



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



XVIII Reunión Nacional de Cirugía

Pamplona, 9-11 de noviembre de 2011

VÍDEOS

CIRUGÍA COLORRECTAL

V-013. ABORDAJE VÍA TEM DE TUMOR DE GIST RECTAL

I. Manzanedo Romero, J. García Septiem, J. Jiménez Miramón, M.A. Hernández Bartolomé, M. González Bocanegra, L. Bañuls Laguía y M. Limones Esteban

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: El tumor de GIST es una entidad rara a nivel rectal y su tratamiento es la exéresis completa del tumor. El objetivo de este vídeo es mostrar que el abordaje por TEM (microcirugía endoscópica transanal) es una buena opción para la resección completa de un tumor GIST rectal.

Caso clínico: Paciente varón de 69 años remitido por palpase en tacto rectal un nódulo en cara anterior de recto. La colonoscopia demuestra nódulo redondeado de 5 mm de aspecto submucoso que se biopsia (cambios inespecíficos). Se realiza una ECO transrectal que es compatible con un tumor estromal. Se decide extirpación local por vía TEM. El paciente es intervenido bajo anestesia general, en posición de decúbito prono, realizando una exéresis de la lesión con márgenes, hasta la fascia recto-prostática en profundidad y cerrando el defecto con sutura continua.

Discusión: El paciente es dado de alta al día siguiente de la cirugía. La anatomía patológica confirma que se trata de un tumor del estroma gastrointestinal de 0,5 cm de muy bajo grado de malignidad (pT1). Los tumores de GIST de localización rectal son muy infrecuentes (7-11% de todos los GIST). Suelen presentarse en la 6ª-7ª década de la vida y un 20% suelen ser asintomáticos. El tratamiento debe ser la cirugía, ya que el grado de malignidad viene dado por la histología. El estudio inmunohistoquímico debe demostrar positividad para CD117 (Ckit) y CD34. El grado de malignidad depende del índice mitótico y proliferativo, así como por el tamaño tumoral. El tratamiento adyuvante con imatinib queda reservado para GIST de alto grado de malignidad. La técnica TEM (microcirugía transanal endoscópica) ha demostrado

su eficacia como tratamiento local de tumores de recto. En nuestro vídeo demostramos que la vía TEM es eficaz para extirpar tumores GIST con márgenes suficientes. El tumor de GIST rectal es raro y debe ser extirpado quirúrgicamente. La técnica TEM es eficaz y puede conseguir la exéresis completa del tumor.

V-014. GENITOPLASTIA FEMINIZANTE EN CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE GÉNERO

J.A. Toval Mata¹, J. Carrasco Campos¹, J. Torres Corpas¹, J.L. Fernández Serrano², M. Ruiz López¹, I. González Poveda¹, J.S. Lara Montenegro¹, S. Mera Velasco¹ y J. Santoyo Santoyo¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ²Hospital del S.A.S, La Línea de la Concepción.

Introducción: La atención a pacientes con trastornos de identidad de género (TIG) requiere un abordaje multidisciplinario con la implicación de diversos especialistas a lo largo de todo el proceso asistencial. En el procedimiento quirúrgico de genitoplastia feminizante realizado para la reasignación de género hombre-mujer, es importante la implicación de un equipo de cirugía general y del aparato digestivo con experiencia en cirugía colorrectal junto con el servicio de cirugía plástica y reparadora.

Caso clínico: Presentamos un vídeo con el procedimiento quirúrgico realizado por nosotros durante la intervención de genitoplastia feminizante realizada a un paciente con TIG hombre-mujer. El cirujano plástico ha realizado ya la primera parte de la intervención, y nosotros debemos continuar con la disección de una cavidad que tendrá la función de neovagina. En nuestro campo quirúrgico vamos a encontrar un paciente al que ya se le ha realizado orquiectomía y en el que podremos observar la uretra ya seccionada y el músculo bulboesponjoso, referencia anatómica muy importante. Seccionaremos el tendón central del periné y debemos encontrar un plano de disección en el que preservando el aparato esfinteriano y la pared del recto en zona posterior y la uretra en zona anterior accedamos a la fascia de Denonvilliers. Debemos progresar la disección entre próstata y recto hasta llegar al fondo de saco de Douglas, teniendo además una anchura suficiente para la confección de la neovagina y permitir una actividad sexual normal.

Discusión: La Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Carlos Haya de Málaga fue la primera que se creó en el Sistema Sanitario Público tras la aprobación de su financiación

sanitaria integral en la comunidad autónoma de Andalucía en 1999. Nuestra unidad de coloproctología participa de una manera reglada desde el año 2007. No hemos tenido ninguna complicación perioperatoria grave y los resultados postoperatorios han sido satisfactorios. Consideramos, por tanto, de gran importancia la implicación en estas unidades de cirujanos colorrectales con experiencia en este tipo de procedimientos.

V-015. ABORDAJE ENDOVAGINAL E INTERPOSICIÓN DE PERMACOL® POR FÍSTULA RECTO-VAGINAL DESPUÉS DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA MECÁNICA

A. Parajó Calvo, R. Santos Lloves, S. Villar Álvarez, R. González Conde, X. Fernández Varela, N. Iglesias Rodríguez, S. Núñez Fernández, M. Salgado Vázquez, D. Iglesias Diz y F.J. Gómez Lorenzo

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: La fístula recto-vaginal después de resección anterior baja por cáncer de recto es infrecuente (0,9-2,9%) y la incidencia es mayor tras quimio-radioterapia neoadyuvante. Cuando no ocurre la cicatrización espontánea con estoma de derivación, el tratamiento quirúrgico es más complejo. Presentamos la técnica quirúrgica de reparación con colgajo endovaginal e interposición de Permacol®.

Caso clínico: Mujer de 44 años con adenocarcinoma G2 de recto a 5 cm de margen anal, cT3N2M0, y radioquimioterapia preoperatoria. 6 semanas después se realizó resección anterior baja (escisión total del mesorrecto) y anastomosis doble grapado con ileostomía en asa. La anatomía patológica mostró adenocarcinoma pT2N0, células tumorales aisladas (GRT-2). En el postoperatorio inmediato presentó infección urinaria. Se completó quimioterapia adyuvante. Durante la reevaluación se diagnosticó una fístula recto-vaginal, confirmada con enema opaco. Después de 12 meses y dada la persistencia se indicó cirugía reparadora. Se encontró una fístula recto-vaginal de 0,5 cm de diámetro situada a nivel de la anastomosis colorrectal baja. Mediante abordaje endovaginal se talló un colgajo de la pared posterior de la vagina, disecando el tabique recto-vaginal. Se reavivaron los bordes del orificio rectal y se suturó transversalmente. Se colocó una lámina de Permacol® de 5 x 5 cm interpuesta entre la sutura colorrectal y la sutura del colgajo vaginal. El postoperatorio cursó sin complicaciones. Se comprobó la cicatrización de la fístula por exploración física y enema opaco y se cerró la ileostomía.

Discusión: El abordaje endovaginal permite una adecuada disección del plano recto-vaginal para el manejo y cierre de los orificios colorrectal y vaginal de la fístula. La lámina de Permacol® es un derivado acelular de dermis porcina que sirve de soporte para la infiltración por células mesoteliales y la neovascularización. Puede ser una alternativa técnicamente más sencilla y sin la morbilidad de otros colgajos (v.g. Martius, gracilis) para separar las suturas vaginal y rectal y prevenir la recidiva.

V-016. CIRUGÍA RADICAL CON PROSTATECTOMÍA EN BLOQUE VÍA PERINEAL POR RECIDIVA DE CÁNCER DE RECTO Y COLGAJO MIOCUTÁNEO DE GRACILIS

A. Parajó Calvo¹, R. Valbuena Álvarez¹, J.R. Sanz Giménez-Rico², R. Santos Lloves¹, P. Trillo Parejo¹, D. Iglesias Diz¹, X. Fernández Varela¹, S. Villar Álvarez¹, R. González Conde¹ y F.J. Gómez Lorenzo¹

¹Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Presentamos un caso de recidiva de cáncer rectal 4 años después de amputación abdómino-perineal (AAP) y qui-

miorradioterapia, tratado con resección radical (R0) y prostatectomía en bloque por vía exclusivamente perineal y reconstrucción mediante colgajo miocutáneo de gracilis bilateral.

Caso clínico: Varón, 74 años, ASA III, con elevación de CEA (6,9 ng/ml) durante el seguimiento. Enfermedad de Parkinson, adenocarcinoma G2 de recto inferior tratado mediante amputación abdómino-perineal (R0, estadio pT2pN1M0) y quimio-radioterapia postoperatoria, TVP, operación de hernia paraestomal. Exploración: cicatriz perineal no dolorosa, engrosamiento de piel y subcutáneo perineal-glúteo, sin clara masa palpable. Hernia paraestomal recidivada. TC-RM: imagen nodular espiculada perineal paramedial derecha de 30 x 30 mm, con infiltración de cara posterior de próstata y nódulo satélite de 6 mm en grasa isquiorrectal. Fibrosis presacra-precoccígea sin cambios respecto a estudios previos. No metástasis. Punción-biopsia guiada por TC: adenocarcinoma. Intervención: resección radical con prostatectomía perineal en bloque y colgajo miocutáneo de gracilis bilateral. Anatomía-patológica: adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado, que infiltra el tejido subcutáneo del perineo, invadiendo la cara posterior de próstata. Márgenes quirúrgicos libres. Evolución: infección urinaria y mínima dehiscencia cutánea superficial, alta 24º día postoperatorio.

Discusión: Cuando es técnicamente factible y con una selección cuidadosa de pacientes, el tratamiento de elección para la recidiva local del cáncer de recto es la re-resección. Si está limitada al tejido conectivo y/o órganos adyacentes, la supervivencia libre de enfermedad alcanza 38% a 5 años (Yamada, 2001). La prostatectomía perineal permitió la resección oncológica con mínima invasión y evitar un estoma urinario. Las pérdidas de sustancia perineal tras resección oncológica presentan un doble desafío: relleno de espacio intracavitario con tejidos bien vascularizados y cobertura de la superficie perineal. En este caso los colgajos basados en el eje epigástrico inferior profundo estaban contraindicados debido al estado de la pared abdominal. La reconstrucción con colgajos uni o bilaterales de gracilis de pedículo proximal satisfacen las pretensiones establecidas y suponen una excelente alternativa.

V-017. RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA SEGUIDA DE MICROCIURUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL EN UNA NEOPLASIA DE CANAL ANAL T2N0

P. Galindo, H. Durán, E. Esteban, E. Díaz, M. Marcello, Y. Quijano, E. Vicente, S. Prados, M. Rodríguez, S. Chacón y L. Córdoba

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La microcirugía endoscópica transanal (TEM) posibilita la exéresis de grandes adenomas y ciertos cánceres de la ampolla rectal (T1-T2 N0), con rigor oncológico, pero evitando la alternativa quirúrgica convencional (resección anterior baja o amputaciones abdominoperineales).

Caso clínico: Se remite el caso clínico de una paciente mujer de 70 años de edad diagnosticada de una neoplasia de recto a 5 cm del margen anal. El estudio preoperatorio (resonancia pélvica y ecoendoscopia) estadió un T2N0. Presentada en sesión multidisciplinar, se decide tratamiento neoadyuvante con radioterapia hipofraccionada del recto, mesorrecto y adenopatías pelvianas con dosis de 25 Gys fraccionadas en 5 dosis de 5 Gys. 21 después la paciente fue sometida a una resección endoanal con la técnica TEM. La paciente está libre de enfermedad 24 meses después. El caso clínico se ilustrará en su presentación con un vídeo demostrativo

Discusión: Se presenta una alternativa novedosa en la proctología quirúrgica con el interés adicional de mostrar un caso en el que existe amplia discusión en los foros: TEM es una alternativa

aceptada universalmente en los grandes adenomas y en las neoplasias T1N0 rectales; sin embargo, diversos autores siguen mostrando su escepticismo en la radicalidad oncológica del TEM para las neoplasias T2N0, incluso tras neoadyuvancia con radioterapia.

V-018. TUMOR DE GIST RECTO-VAGINAL: RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

C. Cerdán Santacruz¹, E. Kachikwu² y J. García Aguilar²

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ²City of Hope, Duarte, Los Angeles, California.

Caso clínico: Paciente de 31 años con diagnóstico de tumor de GIST en tabique recto-vaginal a 5 cm de margen anal. Tras tratamiento prolongado con imatinib y buena respuesta al mismo se realiza tratamiento quirúrgico mediante resección anterior ultrabaja laparoscópica asistida por robot. Intervención que se muestra en el presente vídeo.

V-019. REPARACIÓN DE PERFORACIÓN RECTAL TRAUMÁTICA MEDIANTE MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEM/TEO)

R. Guerrero López, C.J. Gómez Díaz, X. Serra Aracil, J.M. Hidalgo Rosas, I. Ayguavives Garnica y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Los traumatismos rectales tienen una baja incidencia, pero pueden tener graves complicaciones. Su tratamiento depende de su localización anatómica, tiempo de evolución y severidad (Rectal Injury Scale – RIS). Teniendo en cuenta estas características, las opciones quirúrgicas varían entre la sutura primaria, limitada por la altura de la lesión rectal, hasta la laparotomía con colostomía de derivación, en la mayoría de los casos. A través de un caso clínico, presentamos la utilización de la microcirugía endoscópica transanal (TEM/TEO) para el tratamiento de casos seleccionados de traumatismos rectales penetrantes.

Caso clínico: Hombre de 32 años que acudió a urgencias por proctalgia intensa tras empalamiento con barra de metal (15 cm de longitud) secundario a caída accidental. A su llegada, el paciente permanecía hemodinámicamente estable, normotérmico y con Glasgow 15. La exploración abdominal era anodina; y a nivel perianal se objetivó rectorragia y una herida incisa a 3 cm de margen anal lateral derecho. No se apreció ninguna alteración en la radiología de tórax y abdomen. Se solicitó TC abdomino-pélvico, que informaba de traumatismo penetrante a nivel de la fosa isquiorrectal derecha con burbujas adyacentes a grasa mesorrectal e imagen de sangrado intraluminal; con una mínima banda de líquido a nivel de la flexión peritoneal y ausencia de signos de pneumoperitoneo. Ante estos hallazgos y el corto tiempo de evolución del traumatismo (<12h) se decidió exploración quirúrgica vía TEM/TEO. Durante la cirugía se evidenciaron dos heridas penetrantes en recto: una a 4 cm del margen anal posterolateral derecho y otra a 9 cm del margen anal anterolateral derecho, ambas de aproximadamente 1 cm de longitud (RIS = II). Se realizó sutura simple de todo el espesor de la pared rectal a nivel de las lesiones y desbridamiento de la herida perineal sin incidencias. Evolución postoperatoria favorable, con TC de control a los 5 días sin hallazgos significativos.

Discusión: El TEM/TEO constituye una opción terapéutica, no descrita previamente en la literatura y alternativa a la cirugía convencional, en casos seleccionados de traumatismos rectales (RIS < II; corto tiempo de evolución); que conlleva para el pa-

ciente una mínima agresión quirúrgica y menor morbimortalidad en comparación con otros procedimientos.

V-020. PERINEOPLASTIA DE CORMAN. TRATAMIENTO DE DESGARROS OBSTÉTRICOS CON CLOACA RECTOVAGINAL

D. Huerga Álvarez, J. de la Torre González, N. González Ávila, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, A. Rivera Díaz y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: Las lesiones perineales obstétricas de cuarto grado (desgarro de ambos esfínteres y del epitelio anal) pueden dar lugar a una deformidad del ano y vagina con aspecto de cloaca, asociada o no a fístula rectovaginal, que condiciona una incontinencia fecal severa. La reparación quirúrgica de estas lesiones de estas lesiones es la única alternativa terapéutica eficaz y sus resultados suelen ser muy positivos. Se presenta un vídeo de una reconstrucción del cuerpo perineal (perineoplastia) con interposición del músculo puborrectal y sutura solapada del esfínter anal externo (esfinteroplastia).

Caso clínico: Mujer de 33 años remitida por Ginecología por incontinencia fecal tras parto eutócico 2 meses antes. En el informe del parto la matrona describió un desgarro grado II (lesión de músculos perineales –bulboesponjoso- sin afectar al esfínter anal), que no fue reparado. A la exploración presentaba un desgarro perineal completo con ausencia del segmento distal del tabique rectovaginal correspondiente al canal anal y con solución de continuidad en la cara anterior de todo el aparato esfinteriano. No refiere incontinencia urinaria ni de urgencia ni de esfuerzo. La ecografía endoanal mostraba un defecto anterior de 90° del EAE. La técnica fue descrita por Corman en los 80 El autor no recomienda la realización de colostomía de descarga, aunque hay otros cirujanos que lo aconsejan. Actualmente la tendencia es a no realizar estomas, aunque se recomienda la preparación mecánica del colon y retrasar la deposición mediante restricciones dietéticas y opioides orales. Se realiza una incisión en forma de cruz o equis entre el ano y la vagina. Si existe fístula rectovaginal se extirpa el tejido cicatricial que la contiene. Se disecciona el tabique rectovaginal hacia arriba hasta llegar al puborrectal y lateralmente hasta encontrar los cabos desgarrados del bulboesponjoso y del esfínter anal externo; este último con margen suficiente para poder solaparlos al suturarlos. Se aproximan los dos fascículos del puborrectal para darle cuerpo al periné, se suturan solapados los dos cabos del esfínter anal externo y se sutura el bulboesponjoso. Por último se sutura la piel realizando una plastia en Z que sirve para aumentar el espesor del cuerpo perineal. En nuestra experiencia la complicación que hemos tenido en casi todos los casos operados ha sido la dehiscencia de la plastia de piel, a veces con necrosis del colgajo, que ha requerido sutura diferida de la misma, pero con buen resultado estético y funcional una vez que ha granulado y cicatrizado completamente.

Discusión: La técnica ha demostrado a lo largo de los años ser segura, con baja incidencia de complicaciones graves, y muy eficaz en resolver la incontinencia fecal. La satisfacción de las pacientes operadas es alta. Las secuelas más importantes son la presencia de dispareunia, que se achaca a la plicatura de los puborrectales.

CIRUGÍA ENDOCRINA

V-041. PARATIROIDECTOMÍA INFERIOR DERECHA VIDEOASISTIDA

M.T. Gutiérrez Rodríguez, A. Gómez Palacios,
M. García Carrillo, A. Expósito Rodríguez,
B. Roca Domínguez, B. Barrios Treviño
y N. Partearroyo Saiz de la Maza

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: La técnica quirúrgica clásica en el tratamiento del hiperparatiroidismo primario consiste en la exploración bilateral de las cuatro glándulas paratiroides mediante cervicotomía, para identificar la glándula o glándulas patológicas y extirparlas. Sin embargo, el gran desarrollo de la gammagrafía MIBI y la ecografía cervical ha permitido identificar de forma preoperatoria con gran sensibilidad a pacientes portadores de un adenoma único. Cuando el estudio de localización es inequívoco, y en particular cuando gammagrafía y ecografía son coincidentes, estos pacientes pueden beneficiarse de un abordaje selectivo, mínimamente invasivo, sobre la glándula afectada. Una de las posibles técnicas selectivas es la paratiroidectomía videoasistida.

Caso clínico: Mujer de 68 años, con antecedente personal de osteoporosis, y hallazgo casual de hipercalcemia en una analítica. Calcio: 10,79. PTH: 139. Gammagrafía MIBI: adenoma paratiroides inferior derecho. Ecografía: Nódulo en localización posterior al lóbulo tiroideo derecho compatible con adenoma de paratiroides. Técnica quirúrgica: se realiza un abordaje mínimo de 1,5 cm en la parte baja y central del cuello, un poco por encima de la escotadura supraesternal. Se abre el tejido subcutáneo y el rafe medio de la musculatura pretiroidea hasta localizar el polo inferior del tiroides. Introducimos una cámara de laparoscopia de 5 mm para comenzar la disección videoasistida, sin insuflación. Utilizamos dos pequeñas espátulas (una de ellas conectada a aspiración) para disección roma hasta localizar el adenoma, en posición posterior al lóbulo tiroideo. Se liga entre clips el pedículo vascular y se secciona, completándose la extirpación de la glándula. Se muestran algunos detalles anatómicos de interés: arteria carótida derecha, esófago, y nervio recurrente derecho.

V-042. PARATIROIDECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA (ABORDAJE SELECTIVO CON ANESTESIA LOCO-REGIONAL)

F. Martínez de Paz, L. Calatayud Gómez,
M.C. Manzanares Campillo, B.J. Menchén Trujillo,
A. Gil Rendo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García,
F. Ruescas García, E.P. García Santos y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Introducción: Presentación de un vídeo en que se muestra el manejo anestésico y quirúrgico habitual del hiperparatiroidismo primario por adenoma en el HGU de Ciudad Real. El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es una enfermedad producida por el exceso de parathormona circulante debido a la presencia de una o más tumoraciones de las glándulas paratiroides. El adenoma único representa el 85% de los casos de HPTP. La cirugía es el único tratamiento definitivo con una elevada efectividad y baja morbilidad en manos de cirujanos con experiencia en cirugía endocrina, y está indicada en pacientes sintomáticos o en aquellos asintomáticos menores de 50 años, con calcemia >

11,2, calciuria > 400 mg/l en 24h, osteoporosis o con reducción del aclaramiento de creatinina.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 48 años de edad con antecedentes de bocio multinodular sin nódulo dominante e hipotiroidismo subclínico normosustituido en seguimiento durante los tres años previos. Durante una revisión rutinaria en consultas de endocrinología es diagnosticada de hiperparatiroidismo primario subclínico, por lo que se remite a cirugía para tratamiento. La paciente no refiere sintomatología osteoarticular, cólicos renoureterales ni molestias digestivas o estreñimiento. Pruebas complementarias: 1. ECO cervical: bocio multinodular bilobar. Nódulo caudal a LTI 2 x 1,4 cm; 2. Analítica: Calcio 10,7. Fósforo 2,8. PTH 260. Urea y creatinina normales. Calciuria 24h: 540 mg/l; 3. Gammagrafía TC-sestamibi: adenoma paratiroideo inferior izquierdo. La paciente es intervenida bajo anestesia local (bloqueo de los plexos cervicales superficial y profundo) mediante abordaje selectivo con incisión cervical transversa de 2 cm, practicándose adenomectomía (paratiroidectomía inferior izquierda) sin complicaciones. Se realizan intraoperatoriamente determinaciones de PTH preoperatoria, con la manipulación, a los 5 minutos y a los 15 minutos de la extirpación, comprobándose un descenso > 50% de los niveles de PTH (criterio de Miami). Asimismo procedemos a la confirmación anatomopatológica intraoperatoria. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta a las 6 horas de la intervención.

Discusión: La introducción de la gammagrafía Tc-sestamibi como técnica capaz de localizar glándulas patológicas en un 95% de los casos ha permitido el cambio de estrategia desde el abordaje clásico bilateral hacia un abordaje más selectivo e inocuo en pacientes seleccionados con HPTP. La positividad de la gammagrafía es condición 'sine qua non' para un abordaje de este tipo. Cuando se extirpa un adenoma de forma selectiva identificado por gammagrafía, el riesgo de abandono de un 2º adenoma se estima en torno al 2%. Esta situación puede ser evitada con la determinación intraoperatoria de PTH intacta. El manejo del HPTP en un programa de CMA puede ser optimizado mediante el uso de una técnica anestésica basada en el bloqueo de los plexos cervicales superficial y profundo, la cual proporciona un adecuado nivel de anestesia y analgesia con menor incidencia de dolor, náuseas y vómitos postoperatorios, especialmente indicada en pacientes de alto riesgo y en cirugías de corta duración. El abordaje selectivo supone un beneficio en términos de complicaciones, estancia hospitalaria y cosmesis.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

V-001. ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

P. Fabiano, R. Rosado, H. Yagüe, D. Ramírez, S. Mezquita, A. Gallardo, D. Carranza y J.A. Pinto

Hospital La Inmaculada, Huerca Overa.

Introducción: El desarrollo constante de la cirugía laparoscópica está permitiendo realizar intervenciones en las que la mínima invasión sea el referente. La realización de anastomosis intracorpóreas es un paso más en esa dirección pero le añade a la cirugía dificultad y tiempo operatorio. En este vídeo se presen-

tan tres anastomosis intracorpóreas en el curso de dos intervenciones muy reproducidas: la gastrectomía total y la hemicolectomía derecha.

Material y métodos: La primera anastomosis es esófago-yeyunal realizada tras gastrectomía total seguida de la correspondiente anastomosis yeyuno-yeyunal a pie de asa (Y de Roux). La particularidad de esta última es el estar enteramente realizada con endograpadora, sin necesidad de completarla con puntos de sutura. La siguiente anastomosis es una íleo-cólica tras una hemicolectomía derecha completamente terminada con endograpadora sin necesidad de sutura manual. Se utiliza una carga de 60 mm y el cierre del orificio resultante con otra de 60 mm colocada de manera que no provoque pérdida del calibre de la luz intestinal.

Resultados: Todas las anastomosis han sido concluidas por laparoscopia sin complicaciones post operatoria a corto y largo plazo. El tiempo de la anastomosis es sensiblemente inferior al habitual con puntos de sutura a la vez que simplifica su realización.

Conclusiones: Todavía no hay consenso en cirugía laparoscópica sobre la técnica anastomótica intra o extra-corpórea. En los últimos años han sido publicados varios artículos que afirman la superioridad de las anastomosis intracorpóreas en cuanto a la obtención de ganglios en la patología maligna, un inicio más precoz de la tolerancia oral y del tránsito intestinal y menor dolor post-operatorio. Simplificar la técnica de las anastomosis laparoscópicas intracorpóreas puede conducir a mejorar los resultados y las metas de la cirugía mínimamente invasiva.

V-002. ESPLENECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA POR QUISTE ESPLÉNICO

M. Pujadas de Palol, Marcel, N. Gómez Romeu, A. Pijem Rodeja, A. Martín Grillo, D. Julià Bergkvist, P. Planellas Giné, R. Farrés Coll, F. Olivet Pujol y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Josep Trueta, Girona.

Introducción: Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes. Se clasifican según su origen en parasitarios y no parasitarios. A su vez, estos últimos pueden ser primarios o verdaderos (cuya pared está epitelizada y probablemente de origen congénito), y falsos o pseudoquistes (tras licuefacción de hematomas o infartos). En nuestro medio, son realmente excepcionales los quistes no hidatídicos, habiéndose descrito pocos más de 800 según la literatura disponible, siendo menos infrecuentes los de origen parasitario. En su mayoría, 30% a 60%, son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental por estudios de imagen. Las complicaciones que pueden llegar a presentarse y poner en peligro la vida son infección, formación de absceso, hemorragia, ruptura del quiste con peritonitis y perforación transdiafragmática con derrame pleural. La ruptura es más probable en quistes con un diámetro mayor de 5 cm. El tratamiento quirúrgico se recomienda para los pacientes sintomáticos o con quistes de más de 5 cm de diámetro, dada la posibilidad de complicaciones (infección, ruptura, hemorragia). El tratamiento mediante esplenectomía tiene la ventaja de no presentar recidiva pero conlleva el riesgo de complicaciones inmunológicas. El tratamiento mediante aspiración del quiste o decapsulación, aunque preserva el bazo tiene alta tasa de recidiva. La mejor opción es la esplenectomía parcial en la que se incluya una porción de tejido esplénico sano, lo que evita la recidiva y permite preservar el órgano.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 29 años sin antecedentes patológicos de interés diagnosticada de un quiste esplénico por ecografía debido a unas molestias abdominales inespecíficas. Se realiza RMN para confirmar la presencia del

quiste y valorar anatomía y contenido. Es un quiste esplénico de características benignas de unos 7 cm de diámetro. Se descarta quiste hidatídico por serología negativa para *Equinococcus*. Se indica cirugía del quiste proponiendo esplenectomía parcial debido a la buena situación del quiste en el polo superior del bazo. Realizamos esplenectomía parcial laparoscópica con ligadura previa de la rama superior de la arteria esplénica sin incidencias. La paciente presenta un buen postoperatorio siendo alta del hospital a las 24 horas de la intervención.

Discusión: La esplenectomía parcial en los casos que anatómicamente es factible debe ser la intervención de elección para los quistes esplénicos benignos.

V-003. HIDATIDOSIS ESPLÉNICA PRIMARIA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

A. Martínez Roldán, B. Estraviz Mateos, R. Maniega Alba, M. Corcótegui Pardo, L. García Bruña, E. Jiménez Jiménez y J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Objetivos: Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes. Se clasifican según su origen en parasitarios (casi exclusivamente por hidatidosis) y no parasitarios. Respecto a los quistes hidatídicos esplénicos como único modo de presentación de la enfermedad es excepcional, siendo el tercer órgano afectado por esta zoonosis después del hígado y el pulmón. La sintomatología clínica que ocasionan es insidiosa, con molestias abdominales inespecíficas, llegando a su diagnóstico en muchas ocasiones de manera incidental. La finalidad de este vídeo es presentar el caso de una paciente afectada por hidatidosis esplénica en la que se realizó un abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Paciente mujer de 67 años sin antecedentes de interés, que al realizarse una ecografía ginecológica es diagnosticada de forma incidental de lesión quística esplénica. Se realizó una TAC abdominal que informó de la existencia de dos lesiones quísticas polilobuladas una de ellas en el polo superior y otra en el polo inferior del bazo, sugestivas de quistes hidatídicos. No se evidenció ninguna otra lesión en el resto del abdomen, siendo el estudio torácico negativo. Ante los hallazgos se decidió la intervención quirúrgica programada. La intervención se llevó a cabo mediante un abordaje laparoscópico, realizándose una esplenectomía reglada. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El análisis anatomopatológico de la pieza confirma la naturaleza hidatídica de la lesión.

Discusión: Aproximadamente el 70% de los quistes hidatídicos están localizados en el hígado. El compromiso esplénico de la enfermedad hidatídica es raro. La prevalencia para este tipo de casos varía entre el 0,9% y el 8%. Pese a que la sintomatología puede ser mínima el tratamiento indicado una vez realizado el diagnóstico es siempre quirúrgico, clásicamente se han realizado esplenectomías por vía abierta. El desarrollo de las técnicas laparoscópicas nos permite realizar un tratamiento mínimamente invasivo con todas las ventajas que ello conlleva.

V-004. REDUCED PORT SURGERY. UNA ALTERNATIVA AL SINGLE PORT EN LA PATOLOGÍA ESPLÉNICA

J.L. Pallarés Segura, E.M. Targarona, C. Balagué y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El abordaje laparoscópico es el estándar de oro para el tratamiento de la patología esplénica electiva. En un intento por disminuir la agresión sobre la pared abdominal se han desarrollado técnicas de acceso único en los últimos años. Pro-

ponemos la utilización de miniinstrumental para disminuir la lesión sobre la pared abdominal y evitar las dificultades intrínsecas en cuanto a la triangulación de los instrumentos propios de las técnicas de incisión única. Presentamos el caso de un paciente de 22 años afecto de síndrome de Evans refractaria a tratamiento corticoideo por lo que se decide esplenectomía.

Caso clínico: Se utilizaron 1 trocar de 12 mm, 1 de 5 mm y 1 de 3 mm. Cámara flexible de 10 mm y óptica de 5 mm. La posición del paciente fue en decúbito lateral D. A nivel umbilical se colocó la óptica y dos canales de trabajo subcostales izquierdos. Se inició la disección de los vasos cortos de la curvatura mayor gástrica con ultracisión utilizando la óptica flexible para una correcta exposición del campo de trabajo. Se continuó con la disección de los ligamentos esplenoparietales hasta la total movilización del bazo y la identificación del hilio esplénico que se seccionó con endograpadora. Se extrajo la pieza con bolsa que se introdujo por el orificio umbilical, utilizando una óptica de 5 mm. Posteriormente se fragmentó el bazo y se revisó la hemostasia. La duración de la intervención fue de 30 min, y el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 2 días.

Conclusiones: El abordaje minilaparoscópico como alternativa al single port de la patología esplénica electiva es una opción factible y segura que puede ser facilitada con la utilización de la endoscopia flexible.

V-005. PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA SIN ESPLENECTOMÍA Y CON PRESERVACIÓN DE LOS VASOS ESPLÉNICOS: CASO CLÍNICO

I. Lobo Machín, A. Martín Malagón, I. Arteaga González, L. Delgado Plasencia, H. Díaz Luís, A. Carrillo Pallares y A. Alarcó Hernández

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Introducción: En el tratamiento de las lesiones benignas del cuerpo y/o la cola pancreáticos, el abordaje laparoscópico y la preservación del bazo tienen ventajas clínicas sobre el abordaje abierto y la asociación de esplenectomía a la pancreatectomía distal. Sin embargo, existen discrepancias sobre si dicha conservación del bazo debe hacerse con o sin preservación de los vasos esplénicos. Presentamos un caso clínico en el que se respeta el pedículo vascular esplénico, con el fin de mostrar los beneficios de esta técnica.

Caso clínico: En el vídeo mostramos una pancreatectomía distal laparoscópica sin esplenectomía, con conservación de arteria y vena esplénicas, realizada en un paciente de 38 años para tratar un tumor papilar sólido-quístico del cuerpo pancreático, diagnosticado de forma casual mediante ecografía. La intervención comienza con la disección de la cara inferior del cuello pancreático a nivel de la vena mesentérica superior. Posteriormente se disecan la arteria y vena esplénicas a ese nivel. Seguidamente se procede al grapado del cuello pancreático y a la disección meticulosa de los pequeños vasos procedentes de la arteria y la vena esplénica a lo largo del cuerpo pancreático, grapando o coagulando todas las colaterales existentes. Finalmente se reforzó el muñón pancreático con una sutura continua de polipropileno. La pieza se extrajo por una incisión de asistencia tipo Pfannestiel. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo la paciente dada de alta a los 4 días.

Discusión: Las últimas publicaciones parecen poner de manifiesto una menor morbilidad con la conservación de los vasos esplénicos, que, en nuestra opinión, es el abordaje de elección, dado que se evitan complicaciones como los infartos esplénicos, etc.

V-006. SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO TRANSUMBILICAL

S. Morales-Conde, S. García Ruiz, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, I.P. Alarcón del Agua, D.A. Bernal Moreno, C. Méndez García, G. Sciannamea, J.M.H. Cadet Dussort y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico se ha convertido en los últimos años en el gold estándar para la suprarrenalectomía, siendo una técnica que está bien estandarizada. La reciente introducción del puerto único ha mantenido los principios del abordaje laparoscópico, incluyendo la necesidad en la mayoría de los casos de un trocar adicional para la separación hepática en la suprarrenalectomía derecha. Presentamos la técnica de suprarrenalectomía derecha laparoscópica por puerto único transumbilical sin precisar de trocar adicional.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de aldosteronoma derecho en la que se indica suprarrenalectomía. Se realiza abordaje laparoscópico por puerto único transumbilical. Se emplea puerto único tipo SILS®, ligasure advance® y pinzas de tracción laparoscópica articulada. Tras la localización de la glándula, se disecciona el pedículo vascular y se liga con ligasure advance®. Se disecciona la cápsula de la glándula suprarrenal y se extrae a través de la incisión única. El tiempo quirúrgico total fue inferior a una hora, sin mostrar demora con respecto a la cirugía laparoscópica convencional. El postoperatorio cursó de forma favorable, permitiendo el alta en menos de 24 horas tras la intervención sin presentar complicaciones. La anatomía patológica de la pieza mostró exéresis completa de la glándula, con criterios oncológicos. Los resultados estéticos son inmejorables, al quedar la cicatriz en el ombligo y siendo imperceptible al mes de la intervención.

Discusión: La necesidad de un trocar adicional en el abordaje de la glándula suprarrenal derecha frente a la izquierda, siendo este trocar supranario para la separación del hígado, ha sido el principal inconveniente para la realización de la suprarrenalectomía por puerto único. Sin embargo, el uso de pincería articulada para la presentación de los tejidos facilita la disección y permite mantener la posición del hígado durante la intervención. Obviamente, una selección adecuada del paciente, evitando este abordaje en pacientes obesos, con tumores muy voluminosos y con hígado graso, facilita la técnica quirúrgica. Finalmente, la disección con ligasure advance® permite el uso de un único instrumento durante toda la cirugía, evitando el cambio constante de pincería. En definitiva, aunque la técnica de abordaje por puerto único es de reciente introducción, los resultados preliminares son favorables, especialmente en manos de cirujanos con experiencia en laparoscopia y con una cuidadosa selección de los pacientes.

V-021. ¿DIVERTÍCULO DE MECKEL O DUPLICACIÓN INTESTINAL?

J.L. Rodicio, M. Bongera, O. Abdel-Lah, I. Hevia, B. Alonso, A. Vega y F. Pozo

Hospital Álvarez-Buylla, Mieres.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 14 años, a seguimiento por pediatría por estreñimiento desde los cuatro años, que se acompañó desde los 11 años de dolor abdominal tipo cólico y vómitos. Entre los múltiples estudios realizados, cuenta con una gastroscopia con enteritis linfóide y *Helicobacter pylori* positivo, que se trató con respuesta correcta. La colo-

noscopia fue normal. La cápsula endoscópica revela un tránsito lento, mientras que el tiempo de tránsito colónico fue normal. El estudio baritado intestinal fue normal. Ingresó los cuatro meses previos a la cirugía, hasta en dos ocasiones, en Digestivo con TC abdominal y craneal, normal. Se realizó una gammagrafía con captación a nivel de íleon, compatible con Meckel. El paciente acude a nuestro Centro, con dolor abdominal cólico intenso en región periumbilical, que se acompaña de vómitos. La exploración física revela dolor periumbilical con predominio izquierdo, sin defensa ni peritonismo. El estudio preoperatorio fue normal. Se plantea laparoscopia exploradora, que acepta. La cirugía confirma la existencia de múltiples adenopatías en meso de intestino delgado grueso, así como un divertículo a unos 60 cm de la válvula ileocecal, en el borde mesentérico, que se diseca por endoscopia, y finalmente se reseca en cuña a través de un orificio de trócar que precisa de ampliar hasta 4 cm. Se realiza apendicectomía y toma de muestra de un ganglio mesentérico. La anatomía patológica describe un divertículo que presenta todas las capas de la pared intestinal, con mucosa ectópica gástrica. Tanto el apéndice como la adenopatía no presentaban hallazgos patológicos. La evolución clínica fue favorable, siendo alta a las 72 horas del ingreso, y el paciente permanece asintomático. Si bien se trata de una patología congénita, con localización intestinal, clínica y anatomía compatible con divertículo de Meckel, el hecho de ubicarse en el borde mesentérico nos hace cuestionarnos otras posibilidades, aunque hayan sido descritos previamente divertículos de Meckel mesentéricos. La alternativa diagnóstica es una duplicación intestinal, patología mucho menos frecuente, en la que también puede encontrarse tejido ectópico. Presentamos el vídeo de la cirugía y revisamos el tema.

V-022. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VÍA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO DE UN QUISTE HEPÁTICO SINTOMÁTICO

R. Villalobos Mori, A. Escartín, F. Herrerías, M. Rufas, M.C. de la Fuente y J. Olsina Kissler

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Los quistes hepáticos no parasitarios se presentan en un 5-10% de la población y se incrementa con la edad. La enfermedad poliquística hepática representa un porcentaje de éstos. El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellos pacientes con sintomatología, pero el abordaje óptimo de esta enfermedad, a pesar de los avances tecnológicos, aún no está bien definido. El manejo quirúrgico incluye una variedad de procedimientos como la punción aspiración del quiste y su esclerosis, la fenestración vía abierta o por laparoscopia, la resección hepática más fenestración y en última instancia el trasplante hepático.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 82 años con antecedentes de HTA, valvulopatía aórtica controlada, poliquistosis renal y hepática controlada anualmente, coledocistitis, bocio endotorácico e intervenida de prótesis de cadera derecha que acude a consultas externas por cuadro de dolor abdominal de predominio en HCD de 2 meses de evolución inicialmente esporádico pero que actualmente es persistente. Además señala tener de forma frecuente náuseas y algún vómito habiéndose añadido en estas últimas semanas saciedad precoz. Al examen físico se evidencia un abultamiento marcado del hemiabdomen derecho de matidez a la percusión y levemente doloroso a la palpación. Se realiza una TC abdominal evidenciando una voluminosa lesión de aspecto quístico de paredes finas en lóbulo hepático derecho de aprox. 20 x 20 cm comprimiendo vena porta y cava. Además ligera dilatación de la vía biliar. El

resto del parénquima hepático muestra otras lesiones quísticas de menor tamaño. Por otra parte se evidencian quistes renales múltiples. La enfermedad poliquística hepática del adulto es una condición autosómica dominante y se relaciona con la enfermedad poliquística renal. Las analíticas descartaron origen parasitario. Se realizó una RMN hepática evidenciando los hallazgos descritos sin observar comunicación con la vía biliar. En vista de sintomatología de la paciente se indicó cirugía electiva de fenestración del quiste ya que es una buena técnica para mejorar sintomatología y ser dentro de las quirúrgicas, una de las menos invasivas. Se decidió realizarla por vía laparoscópica y a través de un solo puerto como se muestra en el vídeo presentado. La intervención quirúrgica duró menos de 60 minutos y se pudo realizar una fenestración dejando prácticamente una superficie como puesta a plano por lo que no hubo necesidad de interponer epiplón ni dejar drenaje. La paciente inició la dieta a las 8 horas de la cirugía y fue dada de alta a las 24 horas sin haber presentado complicaciones. Una semana después se visitó en consultas sin haber comentado ninguna incidencia y 6 meses después de la cirugía no se ha evidenciado recidiva de la lesión.

V-023. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VÍA PUERTO ÚNICO ASISTIDA CON TRÓCAR INVISIBLE

R. Villalobos Mori, A. Escartín, F. Herrerías, M.C. de la Fuente, M. Rufas, C. Mías y J. Olsina Kissler

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

La colecistectomía laparoscópica ha demostrado ampliamente las ventajas sobre la cirugía abierta por lo que se convirtió hace casi 20 años en la cirugía de referencia. La aparición de la llamada cirugía transumbilical como técnica mínimamente invasiva ha abierto una brecha en los cimientos de la laparoscopia convencional. ¿Será la técnica transumbilical la nueva cirugía de referencia para las colecistectomías? A pesar de varios estudios realizados no se ha podido evidenciar una clara ventaja. Lo que sí está claro es que es técnicamente factible y segura la realización de este tipo de cirugía siendo la principal desventaja la capacidad de triangulación de las estructuras para una mejor presentación en la disección de las mismas, problema que ha ido disminuyendo gracias a las pinzas articulables. Pero a pesar de ello hemos seguido teniendo dificultades en la elevación del hígado para exponernos mejor la vesícula. Algunos cirujanos han optado por atravesar con aguja e hilo el fundus vesicular y elevarlo tirando a través de la pared pero ello supone perforar la vesícula y tener la posibilidad de contaminar la pared abdominal. Últimamente se ha intentado a través del 4º orificio del puerto único, por donde entra el gas, colocar una pinza que permita traccionar el fundus pero provoca entrecruzamientos de la pincería y choques continuos. Nosotros presentamos nuestra experiencia inicial de 30 casos de colecistectomías vía puerto único asistido con una pinza-trócar de 2,3 mm que colocamos a través del epigastrio y nos permite la tracción del fundus vesicular y poder maniobrar con movimientos de hasta 360º obteniendo una visualización perfecta de la vesícula y una exposición que no se diferencia con la laparoscopia convencional como lo podemos demostrar en el vídeo que presentamos donde explicamos paso a paso la técnica incluso desde la posición del paciente y del equipo quirúrgico. Además cabe señalar que los tiempos operatorios, cada vez que mejoramos en la curva de aprendizaje, se acortan con respecto a la laparoscopia convencional. El paciente es dado de alta al día siguiente previa tolerancia oral y los resultados estéticos son insuperables. En la herida de menos de 3 mm en la zona epigástrica se coloca un steri-strip que se retira al día si-

guiente. Cabe mencionar que los pacientes operados son de cirugía electiva, que no hayan tenido alguna manipulación reciente de la vía biliar y que tengan un IMC < 30. Creemos que la colecistectomía laparoscópica por un solo puerto vía transumbilical en el futuro no presentará diferencias con respecto a la cirugía laparoscópica convencional en aquellos pacientes seleccionados y siempre que se disponga del material y experiencia adecuados.

V-024. ENDOMETRIOSIS HEPÁTICA SINTOMÁTICA TRATADA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

M. Cantos Pallarés¹, R. López Andújar², C. Rueda Alcárcel³, I.C. Gómez Gavara², H. Beltrán Herrera², M. Trallero Anoro², Y. Sosa Quesada², E.M. Montalvá Orón², F. San Juan Rodríguez², F.J. Orbis Castellanos² y M. de Juan Burgueño²

¹Hospital General de Valencia, Valencia; ²Hospital La Fe, Valencia;

³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Introducción: La endometriosis hepática es una patología poco común y difícil de identificar por su extremada variabilidad clínica, por lo que su diagnóstico implica un alto índice de sospecha dentro del diagnóstico diferencial del dolor crónico en hemiabdomen superior en mujeres en edad fértil, sobre todo en aquellas con antecedentes de endometriosis pélvica. Hoy en día, la cirugía mínimamente invasiva tiene un papel fundamental, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la endometriosis pélvica, pero las indicaciones en patologías hepáticas no están bien establecidas. El abordaje laparoscópico de la endometriosis hepática puede establecerse como primera opción si la localización lo permite, ya que podría practicarse una exéresis completa de la lesión con las ventajas de un abordaje menos agresivo.

Objetivos: Presentar el manejo diagnóstico y el tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico de la endometriosis pélvica y hepática sintomática.

Caso clínico: En el vídeo se presenta el caso clínico de una paciente de 41 años con dolor en región costal derecha e hipocondrio derecho coincidiendo con la menstruación, que tras la realización de varias pruebas se objetiva una masa de contenido heterogéneo de 48 mm en segmento 5 hepático, compatible con implante endometriótico hepático. Se muestra el abordaje quirúrgico laparoscópico donde se revisa de forma detallada toda la cavidad abdominal, incluyendo la pelvis, mostrando diferentes focos endometrióticos en el peritoneo pélvico y ambos ligamentos redondos, así como la lesión hepática superficial adherida al hemidiafragma derecho. Se describe la vaporización de las lesiones pélvicas y, de forma más detallada, la resección de la lesión endometrial del hígado con fulguración de la adherencia diafragmática, así como la realización de la maniobra de oclusión del pedículo hepático o maniobra de Pringle. Se puede ver como el mismo abordaje laparoscópico permite el tratamiento de la patología endometrial pélvica y hepática.

Discusión: La endometriosis hepática es una enfermedad infrecuente que debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial del dolor crónico en hemiabdomen superior en mujeres de mediana edad. El diagnóstico final sólo es posible mediante el estudio patológico de la lesión y, teniendo en cuenta el riesgo de malignización de la endometriosis, el tratamiento de primera línea debe ser la exéresis radical de la misma. El abordaje laparoscópico de la endometriosis hepática es un método viable y efectivo, y aunque su indicación no está totalmente generalizada, en nuestra opinión debe ser recomendado como tratamiento de elección si su localización lo aconseja.

V-025. SÍNDROME DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA POR COMPRESIÓN DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO. RESOLUCIÓN MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

M.D. Armas Ojeda, S. Varona Frolog, J. Ramírez Felipe, J. Marchena Gómez, J. Casimiro Pérez, M.I. Sánchez Guédez, A. Bugarolas Díaz, L. Piñero González, V. Cabrera Morán y V. Roque Castellano

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: El síndrome de compresión del tronco celiaco es una causa infrecuente de isquemia mesentérica crónica y de difícil diagnóstico. El origen común de la arteria mesentérica superior y del tronco celiaco en la aorta es una variante anatómica también infrecuente. Se presenta un caso de una mujer de 32 años con dicho síndrome y portadora de dicha variante anatómica que fue tratada mediante un abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 32 años sin antecedentes de interés que presentaba un cuadro de dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo postprandial de diez meses de evolución asociado a pérdida de peso de 10 Kg. A la exploración presentaba un abdomen ligeramente doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal y soplo epigástrico. En angio-TAC se objetivó como variante anatómica de la normalidad la existencia de un tronco celiaco que daba lugar a la arteria hepática común, arteria esplénica, arteria gástrica izquierda y a la arteria mesentérica superior. Además, proximal a la salida de tronco celiaco, se evidenció una indentación producida por el ligamento arqueado medio, que condicionaba un grado de estenosis cercano al 50%. Bajo abordaje laparoscópico se realizó la liberación del ligamento arqueado medio. Se presenta el vídeo de la intervención.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del síndrome del ligamento arcuato es una opción válida y segura en pacientes jóvenes permitiendo una rápida recuperación y una menor agresión quirúrgica.

V-026. COLECISTECTOMÍA POR PUERTO ÚNICO MEDIANTE DISPOSITIVO LESS EN PACIENTE CON HERNIA UMBILICAL

F. Martínez de Paz, B. Menchén Trujillo, A. Jara Sánchez, M.C. Manzanares Campillo, A. Gil Rendo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E.P. García Santos, F. Ruescas García y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Presentación de nuestra técnica de colecistectomía por puerto único transumbilical enfatizando su indicación en pacientes con hernia umbilical. La cirugía por puerto único está emergiendo entre los cirujanos de nuestro país como una técnica que teóricamente mejora la cirugía laparoscópica convencional en términos de dolor y cicatrices.

Caso clínico: En el vídeo podemos ver el caso de una paciente de 45 años de edad propuesta para ser intervenida de hemioplastia umbilical y colecistectomía. Iniciamos la cirugía mediante disección del saco herniario con resección del mismo, el cual es utilizado para la inserción del dispositivo LESS (Triport Multi-instrument Access port, Olympus). Mediante el instrumental angulado HiQ LS y utilizando endoclips de 5 mm, procedemos a la técnica clásica de colecistectomía retrógrada.

Discusión: La primera colecistectomía laparoscópica por puerto único se describió hace más de 10 años. El ombligo podría ser considerado como cicatriz natural, y por tanto un buen lugar de acceso a la cavidad abdominal, en especial en presencia de una

hernia umbilical. Aunque no existe suficiente evidencia, este tipo de cirugía mejora los resultados estéticos de la cirugía laparoscópica y al menos mantiene los beneficios en términos de dolor, estancia hospitalaria, recuperación a las actividades habituales, etc., lo cual hace este tipo de abordaje viable en el entorno de la CMA. En los últimos años se han desarrollado nuevos dispositivos que progresivamente mejoran este tipo de abordaje, como es el dispositivo LESS que nosotros utilizamos. Las peculiaridades de este instrumental obliga al desarrollo de una nueva curva de aprendizaje en cirujanos formados en cirugía laparoscópica avanzada.

V-056. PERSISTENCIA DE CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

B. Estraviz Mateos, M. Corcótegui Pardo, R. Maniega Alba, A. Martínez Roldán, A. Sanz Larrainaz, E. Jiménez Jiménez y J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Introducción: El conducto onfalomesentérico es la comunicación primitiva que existe entre el saco vitelino y el intestino medio embrionario. En el desarrollo embriológico normal, el conducto onfalomesentérico involuciona entre la 5ª y 7ª semana de vida intrauterina. Las anomalías relacionadas con la falta de involución del conducto onfalomesentérico se pueden presentar hasta en el 2% de la población. La persistencia del conducto onfalomesentérico puede dar lugar a un amplio espectro de entidades de origen embriológico común, pero de comportamiento clínico y tratamiento diverso. La presentación adulta es extremadamente infrecuente. El propósito de este trabajo es la presentación de un caso clínico de un paciente con permeabilidad completa del conducto onfalomesentérico (fístula entero-umbilical), tratado mediante un abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Se trata de un varón de 35 años, sin antecedentes de interés que consultó por episodios repetidos de onfalitis. El paciente presentaba un orificio fistuloso a nivel umbilical, y refería así mismo emisión de gases a través del mismo. Se realizó una ecografía que fue normal y un tránsito que ponía de manifiesto la existencia de una fístula onfalomesentérica. El paciente fue intervenido mediante un abordaje laparoscópico mediante tres trócares. Se evidenció una persistencia completa del conducto que comunicaba el ombligo con un asa de íleon. Se realizó una extirpación completa del mismo. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Discusión: La permeabilidad completa del conducto onfalomesentérico es excepcional de presentación en la edad adulta. El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica, avalado posteriormente por las pruebas radiológicas. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha hecho posible el tratamiento de este paciente mediante un abordaje totalmente laparoscópico.

V-057. HERNIA DIAFRAGMÁTICA, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

F. Aranda Lozano¹, M.J. Busto Vicente¹, B. Arín Palacios¹, A. Arruabarrena Oyarbide¹, A. Martín López¹, A. Uranga Goicoechea¹, M. Clemares de Lama¹, F.J. Ibáñez Aguirre² y J.M. Erro Azcarate²

¹Hospital de Zumárraga, Zumárraga; ²Hospital Galdakao, Galdakao.

Caso clínico: En el siguiente vídeo presentamos un caso de hernia diafragmática tratado con plastia protésica por vía laparoscópica. Se trata de un paciente de 50 años de edad que presenta

dolor abdominal continuo, con antecedentes conocidos de reflujo gastroesofágico y hernia de hiato, tratado con inhibidores de la bomba de protones. En el estudio gastroduodenal con bario se ve imagen de hernia paraesofágica con vólvulo mesentericoaxial, que provoca imposibilidad de vaciamiento gástrico. En la gastroscopia se aprecia una hernia mixta sin posibilidad de paso del endoscopio a duodeno. Se realiza abordaje laparoscópico, hallando una gran hernia diafragmática parahiatal izquierda con saco herniario que contiene estómago volvulado, con importante componente adherencial. Se realiza disección del saco, con abdominalización del contenido gástrico intratorácico, y corrección del defecto diafragmático con una malla de crurasoft fijada con puntos de seda del 0. Se completa la intervención con una funduplicatura tipo Nissen. Tras un seguimiento de 36 meses el paciente permanece asintomático sin recidiva ni disfgia. El tratamiento laparoscópico de hernia diafragmática con utilización de plastias, permite disminuir de forma significativa las recidivas y migraciones intratorácicas del antirreflujo.

V-058. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI POR PUERTO ÚNICO

F.J. Moreno Ruiz, A. Rodríguez Cañete, A. Titos García, B. López Rueda, J.A. Bondía Navarro y J. Santoyo Santoyo

Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La hernia de Morgagni es una rara entidad, descrita por Giovanni Morgagni en 1761. Esta causada por un alteración congénita resultante de la defectuosa fusión entre el septo transversal del diafragma y los arcos costales, que junto con otros factores (presión intraabdominal, cambios degenerativos en el diafragma...) hacen que con el paso de los años se produzca herniación de contenido de la cavidad abdominal a través del sitio de entrada de la arteria mamaria interna (zona subcostoesternal derecha). Constituye menos del 2% de las hernias diafragmáticas, no suele dar síntomas por lo que normalmente se diagnostica en adultos como hallazgo incidental. La reparación laparoscópica es el procedimiento estándar en muchos centros para el abordaje de la hernia de Morgagni. El objetivo de este vídeo es mostrar el acceso laparoscópico utilizando un puerto único para el tratamiento de las hernias diafragmáticas.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 71 años, con antecedentes quirúrgicos de histerectomía y nefrectomía parcial izquierda. Diagnosticada de hernia de Morgagni de forma incidental hace 17 años, en relación con proceso neumónico. Actualmente consulta por dolor abdominal en hipocostrio derecho que se incrementa con los movimientos. La TC abdominal confirma el diagnóstico de hernia diafragmática, apreciándose colon transversal herniado a través de zona central del diafragma, con grasa y colon a nivel paracardial. Se realiza abordaje laparoscópico utilizando un puerto único. La incisión inicial es de 2,5 cm transumbilical que permite acceder a la cavidad abdominal previa disección de hernia umbilical, por la que se introduce un puerto único con dos orificios de 5 mm, uno de 10 mm y otro de 12 mm (Octo-port). Utilizamos pinzas convencionales de laparoscopia y bisturí armónico para la reducción del epiplón del interior de la hernia, así como para la exéresis completa del saco herniario. Debido a la imposibilidad del cierre primario sin tensión del defecto diafragmático, se procede a la reparación del mismo con malla Proceed de 15 x 20 cm (Johnson & Johnson) fijada con grapas reabsorbibles de vicryl (Absorba Tack, Covidien). El cierre del orificio de acceso que contenía la hernia umbilical se realizó con malla (Proceed Ventral Patch, Johnson & Johnson). El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos. La paciente fue dada de alta al día siguiente.

Discusión: La hernia de Morgagni es una rara entidad (constituye menos del 2% de las hernias diafragmáticas), no suele dar

síntomas por lo que normalmente se diagnostica en adultos como hallazgo incidental. El abordaje laparotómico incluye reducción herniaria, resección del saco (cuando sea factible) y sutura del defecto, el abordaje laparoscópico da un muy buen acceso a la zona posteroesternal por lo que es de elección, aunque hay diversidad de opiniones sobre la idoneidad de la vía torácica o abdominal. El continuo desarrollo de materiales e instrumental para la realización de cirugía mínimamente invasiva, junto con el aprendizaje y entrenamiento de los profesionales en las habilidades quirúrgicas específicas que ello requiere, ha incrementado el número de procedimientos realizados a través de puerto único.

V-059. RETRACTORES INTERNOS: UNA ALTERNATIVA EN CIRUGÍA MINI-INVASIVA

C. González Serrano, P. Pérez de Villarreal Amilburu, I. del Hoyo Aretxabla, S. Leturio Fernández, I. Iturburu Belmonte y A. Gómez Palacios

Hospital de Basurto, Basurto.

El continuo desarrollo y los avances en el ámbito de la cirugía laparoscópica han impulsado, entre otras circunstancias, el diseño de nuevos dispositivos con objeto de minimizar el número de puertas de acceso (puertos únicos multicanal, endoscopios flexibles, etc.). La utilización de estas técnicas conlleva en algunos casos dificultad de adiestramiento. Presentamos la utilización de retractores internos (EndoGrab™) durante la realización de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis y colecistitis. El empleo de los mismos permite reducir el número de puertas de acceso, así como de pinzas tractoras, con la consiguiente reducción de costes del procedimiento quirúrgico. La colocación y manejo de estos retractores resulta sencilla y muy versátil pudiendo ser aplicada a una gran variedad de cirugías.

V-060. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE UNA HERNIA PARADUODENAL

F. Martínez de Paz, R. Vitón Herreros, M.C. Manzanares Campillo, I. Arjona Medina, A. Jara Sánchez, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E. García Santos, F. Ruescas García y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Presentación del tratamiento vía laparoscópica de una hernia paraduodenal izquierda en un paciente con cuadros recurrentes de obstrucción intestinal. La primera descripción de una hernia paraduodenal fue realizada en 1786 por Neubauer. La hernia paraduodenal izquierda es la forma más común de hernia interna congénita (30-53%), y es el resultado de la malrotación del intestino medio durante el desarrollo embrionario.

Caso clínico: Presentamos el caso de una varón de 33 años con antecedentes de cólicos renoureterales y episodios suboclusivos de repetición que acude al servicio de urgencias por dolor cólico abdominal acompañado de náuseas y vómitos. A la exploración se identifica masa dolorosa localizada en hipocondrio izquierdo. En la radiología simple destaca la presencia de un efecto masa en hipocondrio-flanco izquierdo que borra la línea del psoas. Se realiza TAC abdominal urgente que demuestra, adyacente a cuerpo-cola de páncreas, varias asas intestinales que producen efecto masa sobre estructuras contiguas, en relación con hernia paraduodenal izquierda sin signos de obstrucción intestinal. Se decide tratamiento quirúrgico urgente realizándose reducción herniaria y cierre de defecto mediante abordaje laparoscópico.

Discusión: La herniación interna de intestino delgado es una causa relativamente rara de obstrucción intestinal. La hernia paraduodenal izquierda supone el prolapso de intestino a través de la fosa de Landzert, localizada detrás de la vena mesentérica inferior y la arteria cólica izquierda, manifestándose como un grupo de asas intestinales dilatadas que se sitúan entre el páncreas y el estómago, a la izquierda del ligamento de Treitz y por detrás del mesocolon descendente. El diagnóstico clínico es difícil por manifestarse de manera inespecífica, desde casos asintomáticos hasta cuadros de suboclusión recurrente u obstrucción intestinal completa. La confirmación viene dada fundamentalmente por el TAC abdominal que demuestra asas de intestino delgado dilatadas retrogástricas y anteriores al páncreas. Debido al riesgo de obstrucción y estrangulación está indicado el tratamiento quirúrgico, incluyendo la reducción del intestino herniado y cierre del orificio herniario teniendo precaución con los vasos mesentéricos. El abordaje laparoscópico es una opción factible para el tratamiento de estas hernias.

V-061. HERNIA DE MORGAGNI, REPARACIÓN ROBÓTICA "DA VINCI"

J.M. Vitores López, G. Martínez de Aragón Remiéz de Esparza, F.J. Balsera Rodríguez, J. Barrutia Leonardo, I. Esquiroz Carballo, I. Angulo Revilla, J. Valencia Cortejoso, V. Sierra Esteban y C. Martínez Blázquez

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: La hernia de Morgagni es una patología de baja incidencia, cuyo tratamiento no era sencillo y requería la colocación de materiales protésicos por cirugía abierta. Con la llegada de las nuevas tecnologías se ha facilitado el tratamiento con una menor agresión quirúrgica y una rápida recuperación para el paciente.

Caso clínico: Paciente de 52 años de edad, en estudio por parte del Servicio de Neumología por tos y dolor torácico. Es diagnosticado por TAC torácico de hernia diafragmática tipo Morgagni. El paciente fue intervenido por laparoscopia con ayuda del robot "Da Vinci", realizándose una reducción y hernioplastia con malla fijada a puntos entrecortados de material irreabsorbible, todo ello totalmente robótico. El paciente evolucionó de forma satisfactoria, siendo dado de alta al 4º día postoperatorio, sin incidencias destacables, permaneciendo asintomático en el momento actual.

Discusión: El tratamiento de la hernia de Morgagni que era relativamente complejo por vía laparotómica y laparoscópica, se ve facilitado por el robot Da Vinci gracias a su versatilidad en la realización de suturas intracorpóreas.

V-062. FUNDOPLICATURA DE DORR POR PUERTO ÚNICO

J. Garijo Álvarez, D. Sánchez López, J.C. García Pérez, J. Martínez Alegre, M.A. Vaquero López, L. García Sancho Tellez y J.S. Torres Jiménez

Hospital Infanta Sofía, San Sebastian de los Reyes.

Objetivos: La cirugía a través de incisión única/ puerto único u otros acrónimos (LESS/SPA/SILS...), está cobrando impulso progresivo, incluyendo la realización de una panoplia de procedimientos que están consolidados en la práctica quirúrgica laparoscópica diaria. Presentamos la realización de una funduplicatura de Dorr a través de este abordaje.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 50 años, sin factores de riesgo ni patología acompañante, que fue remitido para tratamiento quirúrgico por un cuadro de reflujo gastroesofágico.

fágico (ERGE) de larga evolución con mala respuesta a inhibidores de la bomba de protones (IBP). Presentaba patología típica (pirosis, regurgitaciones nocturnas y diurnas) y sintomatología atípica (laringitis crónica, estudiada por ORL y presumiblemente asociada a ERGE). Se aporta gastroscopia (sin signos de esofagitis ni esófago de Barrett). pH-metría (reflujo gastroesofágico ácido patológico de intensidad leve, mixto de predominio en bipedestación). Manometría: esfínter esofágico inferior normotenso, asimétrico, de aspecto rígido, con algunas relajaciones incompletas y escaso comportamiento esfinteriano. Trastorno motor de cuerpo esofágico de tipo inespecífico con hiperkinesia de tercio distal en probable relación con reflujo gastroesofágico. Esfínter esofágico superior hipertenso, en probable relación con reflujo gastroesofágico. EGD: no se identifican alteraciones especial significado patológico a nivel del patrón mucoso esofágico ni gástrico, identificándose imagen de hernia de hiato con reflujo gastroesofágico en Trendelenburg. Se utilizó para el abordaje tras umbilical, un Triport™ (Advanced Surgycal Co, Whylock; Brey; Irlanda), y para separar el lóbulo hepático izado, una incisión de 5 mm subxifoidea y un retractor articulado hepático de 5 mm. Como óptica se usó un vídeo laparoscopio rígido Endo Eye Exera™ (Olympus™) de 5 mm y 30°. Se utilizó material recto de laparoscopia convencional y precurvado Olympus®. Las suturas se realizaron con anudado extracorpóreo con puntos preformados (Surgiwip™, Covidien™). El tiempo quirúrgico fue de 62 minutos. La pérdida hemática fue de 10 cc. No hubo complicaciones intraoperatorias ni necesidad de conversión a laparoscopia convencional. La estancia postoperatoria fue de 18h, iniciando la tolerancia oral a las 6h de la cirugía. Solo precisó paracetamol para control analgésico postoperatorio inmediato (EVA 3 máximo). Hasta la fecha el paciente permanece asintomático para la sintomatología típica, sin necesidad de IBP.

Discusión: La decisión de realizar una funduplicatura de Dorr y no una funduplicatura de Nissen (como habitualmente realiza el grupo), se argumentó en la norma tensión del esfínter esofágico inferior. La técnica se mostró segura y reproducible, usando mayoritariamente instrumental de laparoscopia convencional, salvo para la tracción y la realización del túnel retroesofágico. A pesar de los escasos trabajos publicados que comparan dolor entre estos dos abordajes, y sus resultados contradictorios, el paciente requirió escasa analgesia, con evidente reducción de la invasividad parietal. En resumen, la técnica parece reproducible y segura, aunque se requieren trabajos a largo plazo que establezcan fehacientemente las presumibles ventajas de este abordaje.

V-063. OTRAS APLICACIONES DE LA CIRUGÍA POR ACCESO ÚNICO: CUERPO EXTRAÑO INTRAGÁSTRICO

J. Garijo Álvarez, D. Sánchez López, F. del Castillo Díez, L. García Sancho Tellez, R. Cantero Cid, I. Pascual Miguelláñez, J.C. García Pérez y J.S. Torres Jiménez

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: La cirugía LESS/SPA/ por puerto único es una realidad creciente en el ámbito quirúrgico occidental, con una panoplia de intervenciones en aumento desde diversos grupos de EEUU, Europa y España. La hipótesis de trabajo del grupo es ir convirtiendo diversas cirugías de dificultad creciente, sin variar los criterios de seguridad para el paciente, con los mismos resultados que las técnicas mínimamente invasivas bien establecidas en la práctica clínica actual. Presentamos una nueva posible aplicación para este abordaje.

Caso clínico: Paciente de 37 años, con AP de un cáncer in situ de cérvix (conización en mayo/2010); en estudio por amenorrea de 6 meses y múltiples AF de cáncer ginecológico (en seguimiento en la Unidad de Cáncer Familiar). Acude a lo largo de 3 meses en

3 ocasiones por cuadros de intolerancia digestiva alta, sin dilatación de asas de ID o IG, que mejoran con tratamiento antiemético y analgésico sin llegar a desaparecer del todo en su vida diaria. A la exploración abdominal como único dato destaca dolor a presión profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Como pruebas complementarias se realizó radiología torácica y abdominal básica sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal dentro de parámetros de normalidad. En la gastroscopia en la cámara gástrica alta se observa cuerpo extraño de 5-6 cm cilíndrico regular, compatible con "bola de estupefacientes", que no se logra extraer con asa de Roth, con asa de diatermia ni con pinza de trípode de 5 patas. Tras 24h con tratamiento procinético máximo y laxantes, se decide su extracción quirúrgica laparoscópica por acceso único. Para el abordaje único transumbilical se utilizó un Triport™ (Advanced Surgycal Co, Whylock; Brey; Irlanda), y para separar el lóbulo hepático izquierdo, una aguja de Veress. Como óptica se usó un vídeo laparoscopio rígido Endo Eye Exera™ (Olympus™) de 5 mm y 30°. Se utilizó material recto de laparoscopia convencional y precurvado (Olympus®). La sutura de la gastrostomía se realizó con Endograpadora Universal™ (Covidien™). Fue preciso un abordaje combinado (laparoscópico-endoscópico), para la correcta localización del cuerpo extraño. El tiempo quirúrgico fue de 75 min (incluido el tiempo endoscópico). No fue precisa la conversión a cirugía laparoscópica convencional. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. No hubo sangrado intraoperatorio medible. La valoración del dolor postoperatorio (escala EVA) no fue superior a 3, requiriendo solo AINEs y paracetamol para su control. La estancia postoperatoria fue de 72h, con restitución de la ingesta a las 24h.

Discusión: La utilización de la laparoscopia por acceso único/ puerto único es segura y parece reproducible en equipos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada. El espectro de utilización parece tener su mayor utilidad en la actualidad, sobre todo en aquellas patologías no malignas (que no requieran grandes disecciones y ni extracción de piezas de mayor tamaño) del espectro terapéutico quirúrgico actual. Las ventajas que permitan su difusión a largo plazo, precisan de estudios con gran número de pacientes, que realmente ratifiquen las expectativas creadas.

V-064. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE CARCINOMA GÁSTRICO PRECOZ

H. Oehling de los Reyes, J. Hernández Carmona, M.J. Castro Santiago y H. Oliva Muñoz

Hospital Comarcal de Antequera, Antequera de la Frontera.

Objetivos: El cáncer early gastric cancer o carcinoma gástrico precoz se define como un adenocarcinoma del estómago con invasión limitada a la mucosa y/o submucosa independientemente de la afectación linfática. Tiene un buen pronóstico con una supervivencia a los 5 años del 90% tras cirugía resectiva. La laparoscopia parece obtener buenos resultados en la cirugía de éste tipo de tumores, en cuanto a resultados oncológicos y en lo que respecta a complicaciones postoperatorias, sangrado, dolor, etc.

Material y métodos: Presentamos en este vídeo nuestra experiencia en el tratamiento laparoscópico del early gastric cancer o carcinoma precoz. Se trata de un paciente de 82 años con AP de DM, HTA y prostatismo al que se le detectó por endoscopia una lesión polipoidea ulcerativa situada en cara posterior gástrica, cuya patología es de displasia de alto grado sin posibilidad de resección endoscópica (ca. in situ), dada su extensión mayor de 1 cm y fundamentalmente por presentar un componente ulcerativo. Previo marcado de la lesión con tinta china y tras la aceptación del paciente, se procede a la extirpación laparoscópi-

ca realizando una gastrectomía posterior amplia en cuña. Se desestimó realizar linfadenectomía en parte debido a la edad del paciente, y a la baja frecuencia de metástasis encontradas en tumores limitados a la mucosa (1-3%).

Resultados: El procedimiento curso sin complicaciones. El paciente fue dado de alta a los siete días, y a unos trece meses tras la intervención el paciente se encuentra bien. El informe anatómopatológico describe una elipse de cara posterior gástrica centrada por una lesión sobrelevada y ulcerada con márgenes de unos 2 cm, informando de displasia adenomatosa moderada/severa con foco de carcinoma intramucoso, márgenes libres.

Conclusiones: Dados los beneficios de la cirugía laparoscópica, es claro que se haya introducido ésta técnica para el tratamiento del cáncer gástrico en general. En 1993 Ohgami realizó una resección en cuña de un tumor gástrico, siendo mejores candidatos aquellos con carcinoma localizado en pared anterior o curvadura mayor, usando métodos de autosutura. Los más indicados serían aquellos con enfermedad limitada a la mucosa como es el caso que se comenta.

V-065. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y CONTROL ENDOSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE UN LEIOMIOMA DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA

J.L. Pallarés Segura, E.M. Targarona, C. Balagué, S. Sainz y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Los leiomiomas esofágicos son tumores benignos poco frecuentes. Generalmente son asintomáticos, pero pueden ser causa de hemorragia digestiva. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 73 años que presentó cuadro de anemia de 1 año de evolución que tras la realización de una fibrogastroscopia se objetivó una tumoración submucosa a nivel del cardias de 8 cm de longitud. Se completó el estudio con una ecoendoscopia y un TC-Abdominal orientándose como leiomioma de la unión esófago gástrico. Se decidió resección quirúrgica mediante abordaje laparoscópico. Se utilizaron 2 trócares de 12 mm y 3 de 5 mm. Inicialmente se disecaron los pilares de hiato esofágico para reducir la tumoración a nivel intraabdominal. Se procedió a la enucleación de la tumoración observando una zona más adherida a la submucosa en la vertiente gástrica, por lo que se procedió a la sección de dicha zona adherencial con endoguía bajo control endoscópico. Se completó la intervención mediante el cierre de pilares y una funduplicatura anterior tipo Dor. La duración de la intervención fue de 180 min, y el paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 5 días.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del leiomioma esofágico es una opción factible y segura que puede ser facilitada con la utilización de la endoscopia intraoperatoria.

V-066. QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICO EN UN PACIENTE ADULTO

M.D. Ayllón Terán, R. Ortí Rodríguez, M. Gómez Álvarez, J. Alonso Gómez, A. Padial Aguado, J.M. Sánchez Hidalgo, J. Ruiz Rabelo, J. Sánchez Rodríguez, C. Díaz Iglesias y S. Ruiñán Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: El objetivo es presentar un caso muy infrecuente en la edad adulta para tener en cuenta este tipo de lesiones al hacer un diagnóstico diferencial. Los quistes de duplicación son anomalías congénitas infrecuentes que se pueden localizar a cualquier nivel desde la boca al ano. Los gástricos son excepcionales, constituyendo el 4-8% de todos ellos. En orden

decreciente de frecuencia, se localizan en íleon, esófago, yeyuno, colon, estómago, y el apéndice. El 70% de los casos se diagnostican en la edad infantil, fundamentalmente en el primer año de vida. En adultos suelen ser asintomáticos y constituyen un diagnóstico incidental. Pueden desarrollar complicaciones como sobreinfección del quiste, hemorragia gastrointestinal, fistulización, torsión de su pedículo y obstrucción intestinal. Aunque muy infrecuente, se ha descrito la degeneración neoplásica de los mismos. El 50% se asocian otras malformaciones, principalmente localizadas en esófago (quistes de duplicación esofágicos) y en columna vertebral.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años sin antecedentes de interés con clínica de epigastralgia y febrícula de dos semanas de evolución, acompañada de náuseas y vómitos ocasionales. Exploración física y pruebas de laboratorio dentro de la normalidad. La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética (RM) objetivaron una lesión quística de paredes gruesas entre curvadura mayor gástrica y bazo que mostraba realce la capa interna y contenido heterogéneo en su interior, de 7 x 5 cm. Se realiza eco-endoscopia que demuestra una lesión quística en fundus, rodeada de músculo liso en íntimo contacto con la capa muscular gástrica. Se realiza una punción aspiración con aguja fina (PAAF) sin que haya datos de displasia en la muestra. Se realiza un abordaje laparoscópico con 5 trócares. Se libera parcialmente la curvadura mayor gástrica, seccionando los vasos cortos con bisturí ultrasónico. Se realiza una resección en cuña del fundus con endoGIA incluyendo la tumoración. Al liberar la lesión del bazo, ésta se abre provocando salida de pus que se aspira y lava. Refuerzo de la sutura mecánica con puntos sueltos intracorpóreos usando hilo reabsorbible. Extracción de la pieza y colocación de drenaje aspirativo en celda esplénica. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta al 6º día postoperatorio. La anatomía patológica vino informada como pared gástrica con áreas de inflamación aguda transmural sin displasia.

Discusión: No existe un algoritmo aceptado para el tratamiento de los quistes de duplicación. En general se recomienda la cirugía en los casos sintomáticos o cuando presentan complicaciones, mientras que en los casos asintomáticos no hay consenso. Algunos autores recomiendan la resección quirúrgica argumentando el riesgo de complicaciones o degeneración maligna, mientras que otros están a favor del tratamiento conservador, basándose en que estas lesiones en el adulto son incidentales y que la transformación maligna es anecdótica. El abordaje laparoscópico para este tipo de lesiones puede efectuarse con escasa morbilidad y permite reducir la estancia hospitalaria al disminuir el dolor postoperatorio y proporcionar una recuperación más precoz. Sin embargo, es necesario un buen conocimiento anatómico y una gran experiencia en técnicas de laparoscopia.

V-067. GASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA PERCUTÁNEA: DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA SIN PRECISAR ENDOSCOPIA

S. Morales-Conde, S. García Ruiz, A. Barranco Moreno, M. Socas Macías, D.A. Bernal Moreno, C. Méndez García, G. Sciannamea, J.A. García Martínez, J.M.H. Cadet Dussort y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea ha sustituido sin lugar a dudas las anteriores técnicas quirúrgicas laparotómicas, dado que tiene buenos resultados, una baja morbilidad y escasas complicaciones. Sin embargo, siguen existiendo pacientes en los que es imposible la realización de una endoscopia, bien sea por obstrucciones digestivas altas o

por fracaso de la técnica previa. Describimos una nueva técnica quirúrgica mínimamente invasiva en la que se inserta el catéter de gastrostomía de forma percutánea bajo control laparoscópico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 68 años, diagnosticado de carcinoma de cavum en estadio IV y localmente irreseccable, traqueostomizado, con obstrucción completa de la faringe, en tratamiento paliativo con quimioterapia. Se indica la realización de una gastrostomía de alimentación para continuar el tratamiento de forma domiciliaria. Ante la imposibilidad de endoscopia, se indica gastrostomía laparoscópica. Bajo anestesia general, se procede a la realización de neumoperitoneo y con la misma aguja de Veress se insufla también el estómago a través del fundus. De forma percutánea y formando un triángulo, se insertan tres agujas precargadas con hilos de sistema autoexpandible, que atravesarán el estómago y quedarán fijados a la mucosa. Tractionando de los hilos, aproximamos el estómago a la pared abdominal y tras fijar las suturas, se realiza una incisión en pared abdominal por donde se introducirá la sonda de gastrostomía. Bajo visión laparoscópica, se comprueba la entrada de la sonda de gastrostomía y el llenado del globo. Se comprueba con suero que la sonda fluye y refluye y se procede a la fijación de la misma, concluyendo la intervención. El buen funcionamiento de la sonda y el abordaje mínimamente invasivo permitieron la reintroducción de dieta enteral en menos de 24 horas tras la intervención, con buena tolerancia postoperatoria.

Discusión: La gastrostomía percutánea endoscópica es sin duda el gold estándar actual, pero en pacientes como el que presentamos, con obstrucción completa de la vía aérea y digestiva superior, en el que se precisaba una gastrostomía definitiva, se necesita un abordaje exento de la endoscopia. Nuestra técnica, realizada por primera vez con éxito, ofrece una alternativa eficaz en pacientes con contraindicación de endoscopia que se verían abocados a la laparotomía o a un abordaje laparoscópico que no introdujera la sonda de forma percutánea. Consideramos que la laparoscopia puede aportar buenos resultados en estos pacientes, ya que mantiene las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo, con buenos resultados y con menos complicaciones que las técnicas quirúrgicas convencionales como el Janeway, que suelen presentar una alta tasa de reflujo y eritema alrededor de la sonda. Serán necesarias series más amplias de pacientes, dado que es el primer caso que se describe.

V-068. ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA TRANSANAL EN LA HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO SIN TRÓCAR DE APOYO

S. Morales-Conde, D.A. Bernal Moreno, A. Barranco Moreno, M. Socas Macías, C. Méndez García, G. Sciannamea, S. García Ruiz, A. Muñoz Ortega, J.M.H. Cadet y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Mostrar a la comunidad científica una alternativa segura y eficaz para el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la patología tanto benigna como maligna del colon izquierdo, usando para ello un único sitio de acceso a través de una única incisión transumbilical de menos de 3 cm y sin la necesidad de dispositivos adicionales de asistencia.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años, sin antecedentes de interés y con un IMC de 26.9, candidato a tratamiento quirúrgico por diverticulosis colónica. El procedimiento se llevó a cabo a través de una única incisión transumbilical de 2,8 cm y sin trócares de apoyo. Durante el desarrollo de la intervención, se utilizó un puerto único con 3 orificios (dos de 5 mm y uno de 12

mm), una óptica de 5 mm de 30° y una pinza de tracción flexible (Roticulator) en la mano izquierda a través del otro orificio de 5 mm. Se utilizó el orificio de 12 mm para la introducción de una pinza recta, diferentes fuentes de energía como Ligasure Advance y para la endocortadora grapadora. La intervención se llevó a cabo con disección de medial a lateral, ligando la vena y la arteria mesentérica inferior con Ligasure. Sección de la unión rectosigmoidea con 2 cargas de una endocortadora articulable de 60 mm. Tras la extracción de la pieza a través del orificio transumbilical, con la pared abdominal protegida, se secciona el extremo proximal del colon y se lleva a cabo la anastomosis colorrectal intracorpórea transanal con grapadora circular. La intervención se realizó en 120 minutos. El paciente no presentó complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, tolerando la ingesta líquida a partir del 2º día y con un tránsito intestinal permeable, siendo alta hospitalaria al 4º día. La pieza quirúrgica, de 28 cm de longitud, fue informada como diverticulosis coli.

Discusión: Gracias al avance de la tecnología, diseñando y desarrollando diferentes dispositivos para el acceso a través de incisiones únicas, la hemicolectomía izquierda se puede realizar de forma segura y con los mismos resultados que la cirugía colónica laparoscópica convencional. Una selección cuidadosa de los pacientes, especialmente aquellos con un IMC < 28, muestra por tanto resultados similares a la cirugía laparoscópica convencional pero con mejoras estéticas y una posible reducción del dolor.

V-069. VAGOTOMÍA SUPRASELECTIVA POR LAPAROSCOPIA

M. Colomina Pascual, R. Bou, M. Martínez Borrás, N. Pérez Climent, M. Ortín Navarro, C. Serra Díaz, F. Arlandis Felix, J. Miró, T. Belda Ibáñez, C. Navarro y L. Cipagauta Bazurlo

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Introducción: La vagotomía supraseductiva es un tratamiento efectivo y definitivo de la úlcera duodenal. Los estudios a largo plazo demuestran una recurrencia menor del 10% si la cirugía se realiza por cirujanos expertos. Además, puesto que no afecta al vaciado gástrico los efectos secundarios a este nivel son poco frecuentes.

Caso clínico: Presentamos un vídeo que muestra una vagotomía supraseductiva por laparoscopia para tratar la enfermedad ulcerosa benigna de mala respuesta al tratamiento conservador. La intervención se inicia con la preparación del campo quirúrgico y la colocación de los trócares. Se coloca un trócar de 5 mm en posición subxifoidea, 2 puertos de 5 mm en posición subcostal paramedial, un puerto de 10 mm subumbilical y otro de 12 mm entre el ombligo y la apéndice xifoides. La disección se iniciará medial al esófago con la apertura de la pars flácida con unas tijeras de electrocauterio para poder acceder así a la pared posterior del esófago y visualizar el nervio vago posterior. Una vez localizado se realiza la sección del mismo con las tijeras previa colocación de 2 clips. A continuación seguimos disecando el esófago hasta localizar el nervio vago anterior que se secciona de igual manera.

Discusión: Los procedimientos de desnervación utilizados para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad acidopéptica: vagotomía troncular y piloroplastia, vagotomía selectiva y piloroplastia y vagotomía supraseductiva, en la actualidad se realizan exitosamente por laparoscopia. F. Dubois presentó su experiencia de vagotomía troncular sin acompañarla de procedimiento de drenaje, N. Katkhouda y J. Mouiel realizaron por laparoscopia la seromiotomía anterior y vagotomía troncular posterior, descrita por Taylor para la cirugía abierta, con resultados similares.

D. Johnson describió por primera vez la vagotomía supraselectiva en la que se seccionan y ligan todas las ramas gástricas anteriores y posteriores de los nervios de Latarjet en sentido proximal a la incisión angular, de manera que se preservan las ramas motoras del antro gástrico, por lo cual no se afecta el vaciamiento de los sólidos y no se requiere la piloroplastia como drenaje con tasas bajas de recurrencia, *dupping* y diarrea. La vagotomía supraselectiva por laparoscopia permite buenos resultados a largo plazo con escasos efectos secundarios, y un tiempo operatorio similar a la de la cirugía abierta, siempre que sea realizada por un cirujano experto.

CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

V-007. EXÉRESIS TORACOSCÓPICA DE TUMOR GIST DE ESÓFAGO

M. Díaz Tobarra, M. Adrianzén Vargas, F. López Mozos, R. Martí Obiol, A. Morcillo y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal, llamados tumores GIST pertenecen al grupo de los sarcomas de tejidos blandos, siendo un tumor del tejido conectivo. Estos tumores se pueden localizar en cualquier parte del tracto gastrointestinal, también pueden extenderse en la capa de tejido que recubre la pared del abdomen, el peritoneo, el apéndice, páncreas o en el epiplón que es una capa de grasa que cubre los intestinos. En raros casos pueden extenderse a los pulmones y huesos. Los tumores GIST de esófago son extremadamente raros, representando aproximadamente el 5% de los tumores GIST. En la actualidad existen varias opciones para su tratamiento, desde la cirugía hasta las terapias diana.

Objetivos: Mostrar la realización de la exéresis toracoscópica de un tumor GIST de esófago

Caso clínico: Paciente varón de 59 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo I, de larga evolución, hipertensión arterial, hiperuricemia, dislipemia, retinopatía diabética, enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética, en estadio terminal y cardiopatía isquémica con un síndrome coronario agudo en junio de 2005. Debido a su inclusión en el programa de trasplante renal se le detecta mediante tomografía, una tumoración en esófago. En la ecoendoscopia se aprecia tumoración submucosa en esófago a 24 cm de arcada dentaria, submucosa. Ecográficamente se aprecia una lesión submucosa, que afecta la muscular pero que no la sobrepasa, compatible con tumor GIST. Con este diagnóstico y debido a su necesidad de inclusión en el programa de trasplante, se decide intervenir realizando una exéresis toracoscópica del tumor GIST con endoscopia intraoperatoria. El paciente evolucionó de manera satisfactoria y fue dado de alta al 5º día postoperatorio. La anatomía patológica informó de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de bajo riesgo con diferenciación miogénica. Bordes libres.

Discusión: La exéresis toracoscópica de un tumor GIST de esófago es una buena opción terapéutica cuando está indicada.

V-008. GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA Y RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX EN CÁNCER GÁSTRICO

P. Parada González, L. Lesquereux Martínez, J.A. Puñal Rodríguez, J.A. Paredes Cotoré y M. Bustamante Montalvo

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción: El tratamiento radical del cáncer gástrico es la resección quirúrgica completa del tumor. La gastrectomía laparoscópica es un procedimiento ampliamente aceptado para tratar el cáncer gástrico precoz. Este procedimiento es menos invasivo que la cirugía abierta convencional y los resultados oncológicos son comparables si el cirujano cuenta con la suficiente experiencia en cirugía gástrica y laparoscópica avanzada. En el cáncer gástrico avanzado la indicación es más controvertida debido a las dificultades técnicas durante la curva de aprendizaje para realizar una linfadenectomía D2 adecuada, sin embargo, van en aumento el número de publicaciones que comunican unos resultados oncológicos equiparables de la cirugía laparoscópica y la convencional. Existen arterias hepáticas aberrantes en más del 25% de los enfermos y el porcentaje de arterias hepáticas izquierdas aberrantes reemplazante está cercano al 5%. Cuando se identifica esta última variante debe preservarse. La reconstrucción intracorporal total es técnicamente posible y segura pero requiere experiencia, habilidad y coordinación del equipo quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 68 años de edad con antecedentes de lobectomía pulmonar inferior izquierda en el año 2007 por cáncer de pulmón, en seguimiento desde entonces por Oncología sin evidencia de recidiva. En noviembre de 2010 refiere adelgazamiento de 5 kg de peso, anorexia, molestias en epigastrio y vómitos ocasionales de 2 meses de evolución. La analítica muestra anemia ferropénica con hemoglobina de 8,1 g/dl. La TC muestra engrosamiento de la pared del cuerpo gástrico sin evidencia de metástasis ni recidiva de la neoplasia pulmonar. La endoscopia evidencia una lesión vegetante que ocupa toda la circunferencia del cuerpo gástrico distal sin condicionar estenosis significativa. Las biopsias endoscópicas son positivas para adenocarcinoma de tipo intestinal. En la ecoendoscopia, la lesión infiltra en profundidad todas las capas de la pared incluida la serosa y se observan adenopatías perilesionales de aspecto neoplásico sin ascitis. Es intervenido por vía laparoscópica realizando una gastrectomía total con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux. Se identifica una arteria hepática izquierda aberrante reemplazante que se disecciona y preserva. El postoperatorio cursa sin complicaciones, realizando estudio esófago-yeyunal al 6º día en el que se descarta fistula anastomótica por lo que se reintroduce la ingesta por vía oral y es alta hospitalaria al 8º día. La anatomía patológica informa de un tumor de 7 cm de diámetro que infiltra la serosa con metástasis en un ganglio linfático de los 25 aislados (estadio IIIA: T4a,N1,M0). En el vídeo se observan los diferentes pasos de la técnica quirúrgica: disección colo-epiploica, sección de vasos gastroepiploicos derechos y arteria pilórica, sección duodenal, disección ganglionar, preservación de una arteria hepática izquierda aberrante originada en la arteria gástrica izquierda, sección esofágica y reconstrucción en Y de Roux.

Discusión: La gastrectomía por laparoscopia es factible y segura en hospitales con alto volumen de pacientes y entrenamiento suficiente en procedimientos laparoscópicos avanzados, sin reducir radicalidad ni aumentar el riesgo respecto a la realizada por vía laparotómica y añadiendo las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

V-009. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN PATRÓN DE ACALASIA POSTERIOR A UNA ATRESIA ESOFÁGICA

F. Marinello, E. Targarona, C. Balagué y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La asociación de atresia esofágica (AE) y acalasia es muy rara y ha sido reportada escasamente. Presentamos el vídeo de un abordaje laparoscópico de un paciente con acalasia con reparación previa de una AE.

Caso clínico: Paciente varón de 30 años con historia de AE con fístula traqueoesofágica al lóbulo superior derecho intervenido a los 6 días de vida. A los 10 años intervenido de una bilobectomía de los lóbulos medio e inferior derecho por bronquiectasia severa. Desde los 20 años refiere historia de episodios de regurgitación con neumonía aspirativa y disfagia asociada. Deterioro de la calidad de vida (GIQLI 104). El esofagograma demostró un esófago sigmoideo con dificultad de vaciamiento. La endoscopia alta no evidenció alteraciones anastomóticas. A nivel manométrico se apreció un patrón de acalasia con ondas simultáneas no propulsivas con hipotonía generalizada y relajaciones incompletas. Se indicó una procedimiento Heller-Dor laparoscópico. Se encontraron dificultades en la disección de la miotomía por fibrosis. Se realizó una endoscopia perioperatoria que no evidenció signos de lesión esofágica. El tiempo operatorio promedio fue de 90 minutos. No ocurrieron complicaciones. El paciente fue dado de alta en su tercer día postoperatorio.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo de la acalasia sigue siendo un procedimiento seguro, incluso con patología esofágica concomitante.

V-010. VIABILIDAD Y EFICACIA DE LA GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA D2R0 EN CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

J.J. Sánchez Cano, F.J. Buils Vilalta, M. Socías, E. Raga, J. Jara y E. Baeta

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: En espera de las conclusiones definitivas de los resultados fase III, hay expectativas científicas que la cirugía laparoscópica sea aceptada como segura y eficaz en el tratamiento de pacientes con cáncer gástrico estadio I-III. Es de esperar que estos resultados provengan de los grandes hospitales. Sin embargo, no debemos olvidar que los grandes avances en cirugía laparoscópica básica proceden de hospitales de volumen medio-bajo, por lo que la gran experiencia en cirugía laparoscópica es de este último tipo de hospitales. El objetivo de esta comunicación es mostrar la realización de una gastrectomía total laparoscópica oncológica en un hospital de segundo nivel.

Material y Método: En nuestro hospital, unos 10-15 pacientes con cáncer gástrico son tratados quirúrgicamente cada año. Desde 1993 aplicamos el protocolo japonés en la cirugía de estos pacientes, y desde 2003 realizamos el abordaje laparoscópico.

Resultados: Durante este periodo, unos 50 pacientes fueron intervenidos vía laparoscópica. Este vídeo muestra una gastrectomía laparoscópica oncológica, superada la curva de aprendizaje, con un tiempo quirúrgico de 180 minutos, sin complicaciones postoperatorias y con una estancia de 8 días.

Conclusiones: A la espera de los resultados de supervivencia a largo plazo podemos concluir, que es posible la realización de una gastrectomía laparoscópica con criterio oncológico, con los beneficios que conlleva para el paciente, la cirugía mínimamente invasiva.

V-011. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE GRAN DIVERTÍCULO ESOFÁGICO

N. Pérez Romero, J.M. Rodríguez Santiago, J. Osorio Aguilar, C. Maristany Bienert, F. Carvajal López, E. Muñoz Muñoz y C. Marco Molina

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El divertículo epifrénico es una enfermedad benigna del esófago que traduce una alteración motora concomitante. Su incidencia es desconocida, aunque cuando es sintomático, puede llegar a ser de alrededor del 15-20%. La clínica más habitual es la disfagia, asociada a regurgitación y bronco-coaspiración. La mejor opción terapéutica cuando hay clínica es el tratamiento quirúrgico. Desde el avance de las técnicas mínimamente invasivas, este se ha convertido en el abordaje de elección. La vía más utilizada en la actualidad, es la diverticulectomía laparoscópica transhiatal con miotomía y funduplicatura parcial asociadas.

Caso clínico: Se describe un caso de gran divertículo epifrénico con clínica de disfagia por compresión y episodios de regurgitación repetidos. El estudio con tránsito baritado mostró un gran divertículo por encima de la unión esofagogástrica de 8 x 6 cm, con importante reflujo hacia el esófago proximal y dificultad de paso de contraste por compresión del mismo. La endoscopia aprecia gran divertículo de boca amplia en tercio distal esofágico. Se realiza abordaje laparoscópico transhiatal con disección de pilares, tutorización esofágica, disección del divertículo ayudado por tracción esofágica distal. Sección a nivel del cuello con endoguías, previa tutorización con endoscopio. Se completa el procedimiento asociando una miotomía más funduplicatura anterior tipo Door. Postoperatorio sin incidencias. Durante el seguimiento el paciente queda asintomático, sin disfagia ni piro-sis.

Discusión: A pesar de la dificultad en la disección de los divertículos voluminosos, este motivo no debería contraindicar un abordaje mínimamente invasivo.

V-012. FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN. TÉCNICA DE INICIO EN CIRUGÍA ROBÓTICA GASTROESOFÁGICA

G. Martínez de Aragón Remírez de Esparza, F.J. Balsera Rodríguez, J. Baturria Leonardo, J.M. Vitores López, J. Valencia Cortejoso, V. Sierra Esteban y C. Martínez Blázquez

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: El abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico está muy extendido actualmente. Últimamente han aparecido nuevas herramientas y formas de abordaje. Una de las aplicaciones del robot Da Vinci pudiera ser la realización de este tipo de intervenciones.

Caso clínico: Paciente varón de 34 años de edad. Historia de pirosis y regurgitación de años de evolución, que inicialmente responde de forma satisfactoria al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, reapareciendo la sintomatología con su suspensión. Aportaba gastroscopia informada de esofagitis péptica grado B, pHmetría con un De Meester de 64 y manometría esofágica sin hallazgos significativos. Se presenta un vídeo correspondiente a la intervención realizada en febrero de 2010, efectuándose un cierre calibrado de pilares diafragmáticos y una funduplicatura Nissen holgada, todo ello con la ayuda del robot Da Vinci. El paciente reinició la alimentación vía oral al día siguiente de la intervención, siendo dado de alta al tercer día postoperatorio, sin ninguna complicación. Actualmente sin tra-

tamiento y asintomático en seguimiento en consultas externas. **Discusión:** La funduplicatura Nissen con ayuda del robot Da Vinci es factible y segura. El tiempo quirúrgico tras superados los periodos de aprendizaje es superponible a la vía laparoscópica. Así mismo los resultados son similares, aunque evidentemente el periodo de seguimiento es corto.

GIRUGÍA HEPÁTICA

V-027. BISEGMENTECTOMÍA 7-8 COMO ALTERNATIVA A RESECCIONES HEPÁTICAS MÁS EXTENSAS

L.A. Magrach Barcenilla, A. Gómez Portilla, I. López de Tejada, E. Martín Martín, E. López de Heredia, E. Romero, A. Lirola, E. Palacios, B. Ezurmendía, J. Barros Ingerto y J.M. López de Torre

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: La resección hepática es el tratamiento estándar para las metástasis hepáticas de origen colorrectal. Desafortunadamente dos tercios de los pacientes desarrollarán una recurrencia, 30% de las cuales son intrahepáticas. Siempre que sea posible, una nueva hepatectomía es el tratamiento de elección con similares resultados a corto y largo plazo que la primera resección. Con la quimioterapia neoadyuvante y una cirugía agresiva, alrededor de un tercio de los pacientes con metástasis hepáticas inicialmente no resecables pueden ser subestadiadas y resecadas. No obstante los tratamientos basados en oxaliplatino inducen una lesión sinusoidal hepática. La preservación del parénquima hepático durante la primera resección debe ser siempre uno de los objetivos para evitar la insuficiencia hepática dando una nueva oportunidad de resección en caso de recurrencia.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 24 años con antecedentes de poliposis adenomatosa familiar diagnosticado de un adenocarcinoma sobre pólipo a 10 cm del margen anal asociado a dos lesiones hepáticas compatibles con metástasis (S VII y VIII). En un primer acto quirúrgico se realizó una proctocolectomía total más resección en cuña de un nódulo en el segmento VIII hepático. El paciente fue reintervenido tras recibir 7 ciclos de tratamiento quimioterápico (Folfiri Avastatin). En la RNM se evidenciaba una lesión nodular entre los segmentos VII-VIII que infiltraba la VCI, identificándose una captación única en el PET-TAC. Se optó por una bisegmentectomía VII-VIII, dado el carácter agresivo del tumor, la edad del paciente y la existencia de quimioterapia previa. Técnica: tras la movilización del hemihígado derecho iniciamos el procedimiento con una ecografía intraoperatoria que nos confirma la existencia de una vena hepática inferior derecha. A su vez se marca el trazado de la primera línea de transección lateral a la vena suprahepática media que se continua hasta el final del S8, a cuyo nivel la marca de transección se extiende transversalmente hacia la derecha del hígado. La transección parenquimatosa precisó un clampaje pedicular intermitente. Para la identificación y ligadura de las ramas portales que se dirigen a los segmentos 8 y 7 nos valemos de la ecografía intraoperatoria y del bisturí ultrasónico para la sección parenquimatosa, hasta llegar al origen de la

vena suprahepática derecha donde se apoya el tumor. Dicha vena se secciona y se liga mediante sutura continua. La duración de la intervención fue de 240 minutos y la estancia de 10 días, no existiendo ninguna complicación postoperatoria. El paciente se encuentra vivo y sin recurrencia a los 18 meses. El tipo de resección hepática está en relación tanto con factores hepáticos (reserva funcional hepática) como con factores tumorales (número y relación anatómica del tumor con las venas suprahepáticas). Aquellas lesiones localizadas entre los segmentos 7-8 que infiltran dicha vena (VHD) en su origen son generalmente una indicación para una hepatectomía derecha. Por otra parte dado que la conservación del parénquima hepático puede ser un elemento determinante, la posibilidad de una resección hepática superior derecha o de una bisegmentectomía 7-8 dependerá en gran medida de la presencia de una vía de suplencia venosa del segmento 6. La existencia de una gran vena hepática inferior derecha (VHID) de 0,5 a 1 cm de diámetro (tipo II-III de acuerdo con Nakamura y Tsuzuki) se estima entre un 25% y un 50% de pacientes. La preservación de dicha vena (VHID) junto con las que provenientes del segmento 5 drenan en la vena hepática media, puede ser suficiente para asegurar el retorno venoso de ambos segmentos (S5-6). Sin embargo el temor sobre la ausencia de esta vena puede no estar tan justificado si nos basamos en diferentes estudios anatómicos. Machado et al demuestran la viabilidad de dicho procedimiento incluso en ausencia de una gran vena hepática inferior derecha accesoria en cuatro pacientes consecutivos con lesiones localizadas en segmentos 7 y 8.

Discusión: A pesar de tratarse de una resección técnicamente exigente, representando menos del 1% de todas las resecciones hepáticas, en pacientes seleccionados este procedimiento es una alternativa valorable frente a otras resecciones más extensas. La ventaja que se obtiene mediante este procedimiento es doble: por una parte la previene la insuficiencia hepática postoperatoria, fundamentalmente en pacientes con enfermedad hepática subyacente y por otra permite la posibilidad de dobles o triples resecciones como consecuencia de una recurrencia tumoral (dos tercios de los pacientes) alcanzando supervivencias superiores al 30% a los 5 años.

V-028. QUISTOPERIQUISTECTOMÍA TOTAL CERRADA LAPAROSCÓPICA CON BISTURÍ ULTRASÓNICO

J.M. Ramia Ángel, J.E. Quiñones Sampedro, R. de la Plaza Llamas, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A. Kuhnhardt Barrantes, P. Veguillas Redondo y J. García-Parreño

Hospital General Universitario, Guadalajara.

Introducción: La cirugía radical ha demostrado disminuir la morbilidad, especialmente la relacionada con las complicaciones biliares postoperatorias, la estancia hospitalaria y la recidiva. En nuestra Unidad realizamos cirugía radical siempre que es técnicamente factible. Cuando se introdujo la vía laparoscópica para el tratamiento de la hidatidosis, las primeras técnicas que se realizaron fueron las llamadas conservadoras (quistectomía subtotal, Lagrot...). En la actualidad, no hay estudios aleatorizados sobre la utilidad real de la laparoscopia en el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática. Nuestra opinión es que el abordaje no debe cambiar la técnica a realizar por ello presentamos una técnica radical (quistectomía total cerrada laparoscópica realizada con el bisturí ultrasónico) como tratamiento de una paciente con hidatidosis hepática.

Caso clínico: Mujer de 68 años con antecedentes personales de síndrome depresivo. La paciente acude por presentar dolor ab-

dominal epigástrico. Se realizó ecografía y TAC abdominal donde se apreció la existencia de coledocistitis y un quiste hidatídico de 6 cm en segmento II-III (CE3). Serología hidatidosis: negativa. Se interviene en posición francesa, anti-Tredelenburg (15°), óptica de 30°, cuatro trócares: umbilical (10 mm), flanco derecho (5 mm), flanco izquierdo (10 mm) y xifoideo (5 mm). Se realiza liberación de las adherencias epiploicas que presenta el quiste, colecistectomía reglada, se prepara maniobra de Pringle por si fuera necesario su empleo. Se practica quistectomía total cerrada mediante la combinación de bisturí ultrasónico (Sonoca®) que nos permite disecar meticulosamente las estructuras vasculobiliares que seccionamos posteriormente con Ligasure® V 5 mm. Se realizó hemostasia cuidadosa y el quiste se retiró mediante bolsa por el puerto umbilical incrementando su tamaño inicial. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta al 3^{er} día postoperatorio.

Discusión: La quistectomía total cerrada laparoscópica es una técnica factible pero más compleja que las técnicas conservadoras. La utilización del bisturí ultrasónico facilita la disección del plano entre el quiste y el parénquima hepático. Aunque no hay evidencia científica creemos que la hidatidosis hepática puede realizarse por laparoscopia realizando la misma técnica quirúrgica (radical si factible) que se realizaría por vía laparotómica.

V-029. FENESTRACIÓN LAPAROSCÓPICA DE DOS QUISTES SIMPLES HEPÁTICOS SINTOMÁTICOS MEDIANTE TRES TRÓCARES

J.E. Quiñones Sampedro, J.M. Ramia Ángel, R. de la Plaza Llamas, L. Gijón de la Santa, C. Ramiro Pérez, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A. Kuhnhardt Barrantes, P. Veguillas Redondo y J. García-Parreño

Hospital General Universitario, Guadalajara.

Introducción: Los quistes simples hepáticos son relativamente frecuentes, habitualmente asintomáticos y no requieren tratamiento. Cuando se complican, existe duda diagnóstica o son sintomáticos está justificado su tratamiento. Existen varias opciones terapéuticas: drenaje percutáneo con/sin alcoholización o tratamiento quirúrgico (laparotómico o laparoscópico). Pese a unos resultados esperanzadores con el tratamiento laparoscópico por ser mínimamente invasivo, relativamente sencillo técnicamente y con buenos resultados a corto plazo, no ha demostrado a largo plazo una diferencia sustancial en tasas de recidiva radiológica que la punción percutánea con alcoholización. Pese a ello casos con quistes múltiples grandes puede ser una buena indicación para fenestración laparoscópica. La utilización de 3 trócares únicamente puede implicar menos dolor y una más rápida recuperación.

Caso clínico: Mujer de 55 años que consulta por dolor abdominal intenso en epigastrio y flanco derecho, se realiza ecografía y TAC abdominal y se observan 3 quistes simples dos de ellos de gran tamaño (segmentos IV y VIII, segmento VI-VII) y uno pequeño cercano a la vena cava. Se colocan tres trócares: 12 mm (umbilical) para la cámara y dos de 5 mm en ambos flancos para la utilización del Ligasure 5 mm y para las pinzas. Se realiza fenestración laparoscópica de los quistes de gran tamaño extirpando todo la superficie del quiste extraparenquimatosa. Estudio AP: quiste simple. Estancia: 2 días. No hubo morbilidad. En los controles efectuados (10 meses) no hay recidiva radiológica ni sintomatología.

Discusión: La técnica de fenestración por tres trócares es factible y segura. En casos seleccionados, siempre enfermos sintomáticos, puede ser una adecuada maniobra terapéutica.

V-030. TUMOR DE KLATSKIN CON INFILTRACIÓN VASCULAR BILATERAL. ¿CONTRAINDICACIÓN QUIRÚRGICA ABSOLUTA?

C. Gómez Gavara, R. López Andújar, F. Vergara Suárez, C. Tarazona Bautista, M. Cantos Pallarés, E.M. Montalvá Orón, E. Pareja Ibars, F.J. Orbis Castellanos, A. Moya Herraiz, M. Cortés Cerisuelo y M. de Juan Burguenio

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La supervivencia prolongada y la curación de los pacientes con colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin) sólo puede ser lograda mediante la resección completa del tumor (R0). En los últimos años se ha incrementado la realización de hepatectomías mayores, con lo que se ha conseguido un mayor porcentaje de pacientes resecaos y mejores resultados. Debido a la localización del tumor, su progresión local puede infiltrar las estructuras vasculares vecinas (porta principal o bifurcación portal y arteria hepática). La afección portal se presenta en un 20-30% de las resecciones R0 y su identificación preoperatoria se logra con una precisión del 85%. La afección de la arteria hepática derecha es más frecuente que la de la izquierda por su mayor proximidad a la bifurcación biliar. La afectación portal aislada o junto con la arterial unilateral no son actualmente una contraindicación formal para la cirugía, pero la afección vascular bilateral o contralateral al lado de la resección planificada constituye un motivo de controversia para indicar el tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Mostrar la estrategia diagnóstica, la planificación quirúrgica y la realización técnica de la resección de un tumor de Klatskin con afección vascular.

Métodos: En el vídeo se presentan las pruebas de imagen que realizamos para estadificar el tumor de Klatskin, comentando aspectos de volumetría hepática residual y debatiendo la indicación del drenaje biliar preoperatorio. Se muestra el abordaje quirúrgico que realizamos de forma rutinaria en los tumores de Klatskin describiendo las diferentes fases de la técnica. Describimos la sistemática de la ecografía intraoperatoria, la extensión de la linfadenectomía, el abordaje para la resección del lóbulo caudado, la transección parenquimatosa asistida mediante la maniobra de Hanging, cómo abordar la afección arterial del lado contralateral al de la resección, y cómo realizamos la reconstrucción de la vía biliar del hígado remanente.

Conclusiones: La resección de un tumor de Klatskin con afección vascular bilateral es una cuestión debatida, centrándose el interés de la discusión en la indicación quirúrgica. En el vídeo se expone claramente el abordaje diagnóstico y la ejecución técnica sobre un caso clínico de un tumor que actualmente representa uno de los mayores retos de la cirugía hepatobiliar.

V-031. HEPATECTOMÍA DERECHA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS DE CÁNCER COLORRECTAL

E. Herrero Fonollosa, M.I. García Domingo, J. Camps Lasa, L. Lázaro García, A. Rodríguez Campos y E. Cugat Andorrà

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La laparoscopia se ha convertido en una vía de abordaje bien establecida para muchos procedimientos quirúrgicos, y sus ventajas son bien conocidas. La constante evolución del instrumental laparoscópico y la mejora de habilidades de los equipos quirúrgicos han hecho posible el abordaje laparoscópico del hígado y la realización de resecciones hepáticas, incluso mayores, como la hepatectomía derecha e izquierda.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 74 años de edad con antecedentes de cáncer de colon izquierdo intervenido por vía laparoscópica y quimioterapia adyuvante un año antes. Una TC de control mostró una lesión hepática única en el segmento VII en contacto con la bifurcación portal de la derecha. La ecografía intraoperatoria mostró un tumor de cuatro centímetros en el segmento VII del hígado en contacto con la bifurcación portal. Se realizó una hepatectomía derecha totalmente laparoscópica. Caso 2: mujer de 81 años de edad, con cáncer de colon y una metástasis hepática única sincrónica en el segmento VII. La paciente fue tratada con quimioterapia neoadyuvante con respuesta parcial y posteriormente se realizó una hepatectomía derecha totalmente laparoscópica. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Los hallazgos anatomopatológicos demostraron metástasis hepática de cáncer colorrectal con márgenes libres en ambos casos.

Discusión: Para la realización de resecciones hepáticas por vía laparoscópica es imprescindible tener una amplia experiencia tanto en cirugía laparoscópica como hepatobiliar. En pacientes adecuadamente seleccionados, la resección hepática laparoscópica es factible y segura, y obtiene unos resultados similares, en cuanto a supervivencia, a los de la cirugía abierta en pacientes con tumores hepáticos malignos. La evolución de las hepatectomías por laparoscopia probablemente dependerá del desarrollo de nuevas técnicas e instrumental. La hepatectomía derecha totalmente laparoscópica es una técnica válida y se puede realizar con una morbilidad y mortalidad similares a la cirugía abierta. En nuestra opinión, el procedimiento debe realizarse siguiendo los mismos principios oncológicos que en la cirugía abierta, incluyendo la resección R0 y la obtención de un margen quirúrgico libre.

V-032. CIRUGÍA RADICAL DE LA RECURRENCIA DE METÁSTASIS HEPÁTICA CON INFILTRACIÓN DE LA VENA SUPRAHEPÁTICA IZQUIERDA

E. Vicente, Y. Quijano, M. Marcello, P. Galindo, E. Esteban, H. Durán, E. Díaz, J. Román, L. Córdoba, A. Muro y C. Rubio

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La resección de las metástasis hepáticas infiltrando las venas suprahepáticas sigue siendo controvertida. Un adecuado margen oncológico puede requerir resección y reconstrucción de las venas suprahepáticas.

Caso clínico: Un varón de 32 años fue remitido a nuestro Hospital con antecedentes de resección anterior baja electiva por un cáncer de recto, trisegmentectomía hepática derecha y metastasectomía de la porción central de los segmentos 2 y 3 por metástasis hepáticas. Catorce meses después desarrolló una recidiva en el hígado remanente. Un TC y una venografía demostraron una masa de 4 cm en el hígado izquierdo remanente que parecía estar en íntimo contacto con la vena suprahepática izquierda. Un PET evidenció una única captación correspondiente con la lesión descrita. Ante tales hallazgos se decidió tratamiento quirúrgico. Se llevó a cabo una resección no anatómica de la metástasis con resección y reconstrucción de la vena suprahepática izquierda mediante un injerto de cadáver.

Discusión: La afectación de las venas suprahepáticas por tumores malignos no debe necesariamente contraindicar el tratamiento quirúrgico. La resección hepática con reconstrucción de las venas suprahepáticas es factible en casos seleccionados. Los injertos vasculares de donante cadáver ofrecen una excelente alternativa para estas reconstrucciones.

V-033. CIRUGÍA MULTIMODAL AHORRADORA DE PARÉNQUIMA EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA: COMBINACIÓN SECUCIAL DE QUIMIO-EMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL (TACE) Y SECCIONECTOMÍA ANTERIOR

J.M. Tellado Rodríguez, A. Colón Rodríguez, A. Matilla Peña, P. Maldonado, E. Ramón Botella, F. Camúñez, J.M. Pérez Peña y A. Muñoz-Calero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La cirugía hepática en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) Child A no-transplantables (T3N0M0) está limitada por el volumen del remanente hepático. La TACE ha sido usado como terapia neoadyuvante para downstaging de CHCs irresecables (Azoulay. Ann Surg 1997) y en CHC resecables para ampliar el margen oncológico (Chua. Liver Intern 2009). En CHC grandes, la combinación sucesiva de TACE y hepatectomía anatómica menor puede permitir ejecutar una resección oncológica R0 con ahorro de parénquima en pacientes con volumetría insuficiente sin necesidad embolización portal ni de incrementar la morbi-mortalidad asociada a hepatectomía mayores (> 4 segmentos).

Caso clínico: Paciente varón de 62 años, homocigoto por mutación H63D de la hemocromatosis y con hepatopatía crónica por VHC genotipo I, que había recibido tratamiento antiviral sin respuesta, permaneciendo con carga viral elevada. Durante el seguimiento se detecta una lesión en el hemi-hígado derecho. La evaluación oncológica inicial muestra: (1) LOE de 5,5 cm en hemi-hígado derecho (sVIII con afectación parcial de sV) en contacto con ramas de VSHM y VSHD con criterios radiológicos de CHC, trombosis parcial de porta V5, sin adenopatías periportales; (2) Un estudio de extensión con gammagrafía ósea (^{99m}Tc-HMDP) no demostró depósitos óseos patológicos; (3) Biomarcadores tumorales (alfafetoproteína) normal. La valoración quirúrgica preoperatoria muestra: 1) Un estadio Child A; 2) Hemodinámica portal con gradiente de presión venoso-hepático < 4 mmHg; 3) Test verde de indocianina normal con PDR 21,4 /min y R15 4,2%; 4) Volumetría del remanente hepático de 660 cc, insuficiente por su peso corporal (73 Kg) para realizar una hepatectomía derecha. En el Comité Multidisciplinar de CHC se decidió downstaging con TACE supraselectiva en el sector anterior (lipiodol + adriamicina) y TC en 3 semanas. El TC posterior demostró: 1) reducción del CHC a 4,5 cm; 2) Mayor margen oncológico con venas suprahepáticas, 3) Infarto completo del sector anterior. El abordaje quirúrgico planificado fue resección del sector anterior (sV+sVIII), realizándose con: 1) incisión en "J" de Makuuchi; 2) ECO intraoperatoria para descartar la presencia de CHC no conocidos; 3) control intraglissoniano de los diversos pedículos vasculares sectoriales; 4) delimitación del sector anterior por contra-demarcación (oclusión vascular temporal) del sector posterior (sVI-sVII) y del sector central (sIV); (5) transección del parénquima mediante el empleo de LigaSure®, Tissuelink® y Cavitron® con sección intrahepática selectiva de los pedículos de sV-sVIII y VSHM con EndoGIA. La "seccionectomía anterior" se ejecutó sin necesidad de maniobra de Pringle ni transfusión. El control por ecodoppler intraoperatorio demostró buen flujo venoso y arterial en los sectores del hígado remanente. La evolución postoperatoria siguió sin complicaciones locales o generales. El control TC a las 4 semanas del postoperatorio demostró la ausencia de lesiones intrahepáticas residuales. El estudio anatomopatológico fue informado como: 1) Hepatocarcinoma GII, sin presencia de imágenes de invasión vascular (pT1) y con márgenes quirúrgicos de resección libres de infiltración neoplásica. 2) Hepatopatía crónica con patrón morfológico compatible con un origen viral evaluable en un grado inflamatorio 1/4 y de fibrosis 1/4; 3) Necrosis peritumoral superficial.

Discusión: En pacientes cirróticos con CHC grandes y volumen del futuro remanente hepático insuficiente el empleo de TACE previa a resección quirúrgica puede facilitar la realización de hepatectomías anatómicas menores, sin necesidad de recurrir a embolización portal preoperatoria para hipertrofiar y aumentar el remanente hepático. Este tratamiento multimodal en CHC > 5 cm, puede aumentar la reseccabilidad, aunque su beneficio a largo plazo mejorando el intervalo libre de enfermedad es controvertido (Hasegawa et al. Ann Surg 2005; Zhou. Ann Surg 2009).

V-034. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL QUISTE CONGÉNITO DE LA VÍA BILIAR TODANI IVA/KOMI IB EN ADULTO

J.M. Tellado Rodríguez, A. Colón Rodríguez,
J.C. Suárez Lozada, A. Hernando, I. Gómez Anta,
M. Echenagusia, J.M. Pérez Peña y A. Muñoz-Calero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los quistes congénitos de la vía biliar son infrecuentes en adultos (20%), diagnosticándose tardíamente por complicaciones directamente relacionadas con la larga evolución quística (hepaticolitiasis/quistolitiasis, colangiocarcinoma, pancreatitis, colangitis esclerosante). La probabilidad de malignización del epitelio biliar es 20-30 veces superior que en la población general (Soreide. Brit J Surg 2004). La exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección, que en su planificación y ejecución presenta las dificultades inherentes a su clasificación anatómica (Todani. Br J Surg 1998), a la interpretación correcta de otras malformaciones de la unión pancreático-biliar, presentes en el 80% de los pacientes (Komi. J Pediatr Surg 1992), y a la necesidad ocasional de hepatectomía concomitante.

Caso clínico: Mujer de 45 años con discreto dolor abdominal pospandrial y dilatación de la vía biliar extrahepática (ecografía) con bioquímica normal, que presenta en la colangioresonancia magnética: 1) quiste congénito de la vía biliar Todani IVA, 2) canal común pancreático-biliar largo tipo Komi Ib, 3) trifurcación de los conductos biliares intrahepáticos de 1^{er} orden y dilatación de los mismos hasta las ramas de 2^o orden; 4) quistolitiasis; 5) colelitiasis. Los estudios complementarios en la planificación pre-operatoria fueron dirigidos a investigar la presencia de otras patologías asociadas frecuentemente con quiste congénitos de la vía biliar en adultos: 1) Citología/cepillado negativo para colangiocarcinoma obtenido por ERCP que demostró una papila biliar única y permeable, además de biomarcadores séricos normales; 2) AngioTC que excluyó hepaticolitiasis y atrapamiento vascular; 3) Colangiografía percutánea transhepática de saturación que no fueron concluyentes para descartar membranas o diafragmas intraductales, especialmente en el conducto hepático izquierdo; 4) Volumetría hepática. La técnica quirúrgica planificada fue: 1) Tutorización biliar bilateral percutánea 24 previas a la cirugía por Radiología Intervencionista; 2) Abordaje por laparotomía subcostal derecha; 3) Control vascular de la vena porta común y de la arteria hepática propia; 4) Escisión de la vía biliar en bloque desde el colédoco retropancreático (preservando su porción más distal para no dañar el canal común pancreático-biliar extraduodenal) hasta la trifurcación de las ramas de 1^{er} orden, incluyendo vesícula biliar; 5) Vídeo-coledocoscopia intraoperatoria que descartó la presencia de septos, litiasis, colangitis u otras anomalías en la vía biliar intrahepática; 6) Reconstrucción bilio-digestiva con triple hepático-yeyunostomía amplia en Y-Roux con intubación transhepática temporal sobre dos tutores siliconados 9F. La determinación de amilasa intraoperatoria por punción vesicular (> 3.000 UI) confirmó el reflujo pancreático-biliar. La anatomía-patológica intraoperatoria de los cilindros proximales y distales del quiste descartaron la presencia de atipias celulares, el análisis inmunohistoquímico defi-

nitivo del quiste biliar descartó la presencia de colangiocarcinoma y de lesiones premalignas. La evolución postoperatoria no presentó complicaciones locales o generales, con alta hospitalaria al 7^o día, y ambos tutores trans-hepáticos cerrados que fueron retirados definitivamente de forma ambulatoria a la sexta semana postoperatoria. La paciente estará en un programa de seguimiento bianual.

Discusión: La morbimortalidad inmediata del tratamiento del quiste Todani IVA en adultos y en ausencia de patología asociada (cirrosis biliar, hipertensión portal) es < 1% en centros especializados (Lipsett. J HBP Surg 2003), mientras que las complicaciones a largo plazo (colangitis recurrente, estenosis vía biliar, microlitiasis) pueden ser disminuidas (25-30% de los pacientes) con una correcta valoración preoperatoria de todas las variantes ductales, del tratamiento de las estenosis del confluente biliar intrahepático que puedan pasar desapercibidas y de asociar hepatectomías si existe hepaticolitiasis. La probabilidad de malignización del remanente biliar- no quístico proximal y distal (> 2%; Watanabe. J HBP Surg 1999) aun después de la escisión completa, exige un seguimiento permanente.

CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

V-048. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE FÍSTULA ANASTOMÓTICA TRAS BYPASS GÁSTRICO

F. Martínez de Paz, B.J. Menchén Trujillo, A. Gil Rendo,
A. Jara Sánchez, M.C. Manzanares Campillo,
S. Sánchez García, E.P. García Santos, F. Ruescas García,
V. Muñoz Atienza y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Presentación del manejo laparoscópico de la fístula anastomótica tras cirugía bariátrica en el HGU de Ciudad Real. Las fugas anastomóticas complican entre el 0,8 y el 7% de los by-pass gástricos (BYG), representando la segunda causa de muerte tras el embolismo pulmonar con una mortalidad del 6-17%. Aunque en la actualidad existe una tendencia creciente para el tratamiento no quirúrgico de las fístulas anastomóticas tras BYG, existe un grupo de pacientes que se beneficiarán de un tratamiento quirúrgico precoz.

Caso clínico: Exponemos el caso de una mujer de 43 años de edad intervenida de forma programada por obesidad mórbida (IMC 52), practicándose BYG laparoscópico distal con anastomosis gastro-yeyunal L-L con endograpadora 30 mm antecólica. A las 48 horas de la intervención, la paciente presenta de forma súbita dolor y defensa localizados en hipocondrio y flanco izquierdo con taquicardia marcada. Se realiza TAC abdominal urgente evidenciándose fuga de contraste gastroyeyunal sin colecciones ni líquido libre. Ante el deterioro clínico progresivo se decide intervención urgente mediante abordaje laparoscópico, hallándose peritonitis localizada y perforación del bolsón gástrico, decidiéndose sutura primaria, lavados y drenaje. El postoperatorio cursa favorablemente, comprobándose la estanqueidad mediante TAC con contraste oral e intravenoso y siendo dada de alta al 7^o día postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Las fístulas anastomóticas en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica son una seria complicación con una elevada morbimortalidad. El tratamiento conservador de las mismas ha sido comúnmente aceptado para pacientes estables hemodi-

námicamente con fístulas controladas, habiéndose desarrollado técnicas endoluminales con resultados prometedores tales como la colocación de prótesis recubiertas. Sin embargo, el mejor tratamiento para las fístulas precoces (24-48 horas) o aquellas mal toleradas continúa siendo el tratamiento quirúrgico. En nuestra opinión, las técnicas radiológicas contrastadas como el EGD, TAC o la administración de colorantes vía oral, no sustituyen la sospecha clínica como pilar fundamental para el establecimiento de una indicación quirúrgica urgente. Aun con las dificultades propias del proceso inflamatorio local, el abordaje laparoscópico de las mismas es factible y seguro en unidades de cirugía bariátrica con suficiente experiencia, proporcionando a los pacientes complicados los beneficios de la cirugía laparoscópica.

V-049. CIRUGÍA DE REVISIÓN: CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA TUBULAR A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO POR RETRASO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO

J. Arredondo, M. Bellver, P. Martínez, N. Pedano, A. Bueno, V. Valentí y F. Rotellar

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

Introducción: La incidencia de obesidad mórbida ha experimentado un crecimiento dramático en los últimos años en todo el mundo. Hoy en día la cirugía es el único tratamiento eficaz a largo plazo con pérdidas de peso sostenidas y resolución significativa de las comorbilidades. La gastrectomía tubular laparoscópica (GTL) se ha llevado a cabo con éxito en muchos grupos considerándose un procedimiento seguro con complicaciones esporádicas como son: sangrado, estenosis, retraso en el vaciamiento gástrico, dilatación gástrica y vómitos. El objetivo de este vídeo es mostrar la conversión de una GTL a bypass gástrico laparoscópico (BPGL) por presentar el paciente dificultad postoperatoria para el vaciado gástrico.

Caso clínico: Paciente de 56 años que acude para valoración de cirugía de la obesidad grado III que asociaba: Sobrecarga articular, poliartrosis, HTA, hiperinsulinemia, hiperleptinemia y SAOS. Se procedió a realizar GTL siendo el postoperatorio inicial normal y sin incidencias. La paciente refería posteriormente en las revisiones dificultad para tolerar dieta sólida por lo que se hizo gastroscopia y estudio con contraste observándose atonía gástrica y dificultad para el vaciamiento gástrico. Se decidió nueva intervención y conversión a BPGL. La paciente experimentó una mejoría clara comenzando tolerancia oral con normalidad.

Discusión: La cirugía de revisión para el tratamiento de la obesidad mórbida es cada vez más frecuente en nuestro medio. La presencia de reflujo gastroesofágico patológico e hipomotilidad esofago-gástrica preoperatoria constituyen en nuestro centro contraindicaciones para la realización de GTL. La conversión de GTL a BPGL es segura y constituye un procedimiento posible para estos pacientes.

V-050. RETUBULIZACIÓN GÁSTRICA MEDIANTE PLICATURA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA BARIÁTRICA PREVIA

E. Cugat Andorrá¹, C. Marco², C. Maristany¹ e I. Oornaque²

¹Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa; ²Centro Médico Teknon, Barcelona.

Introducción: Se presenta la técnica quirúrgica, realizada en dos pacientes, de plicatura gástrica por laparoscopia de un tubo gástrico previo.

Casos clínicos: Caso 1: paciente mujer de 67 años de edad, con antecedentes de obesidad mórbida y cardiopatía con un índice de masa corporal de 42 al que se realizó un cruce duodenal por vía laparotomía hace 4 años. Presenta una pérdida de peso inicial buena pero lo recupera persistiendo un índice de masa corporal de 37. Se realiza tránsito en el que se ve reservorio gástrico aumentado de tamaño. Se realiza abordaje laparoscópico, se liberan las adherencias y se consigue individualizar por vía laparoscópica las adherencias del tubo gástrico al epiplón mayor. Se coloca una sonda para calibrar el tubo gástrico de 34 Fr y se realiza plicatura del estómago mediante dos suturas continuas de material irreabsorbible que no permiten el retroceso del hilo. Curso postoperatorio correcto. La paciente es dada de alta al segundo día, presentando una pérdida de 15 kg de peso en 5 meses. Caso 2: paciente mujer de 42 años de edad con antecedente de gastrectomía tubular por laparoscopia hace 1,5 años con un índice de masa corporal de 39. Presenta un curso inicial bueno con aumento de peso al año. Se decide realizar una retubulización que se realiza por laparoscopia, apreciándose adherencias mínimas, y es posible realizar una retubulización tutorizada con sonda de 34 Fr mediante 2 suturas continuas irreabsorbibles. Curso postoperatorio correcto. La paciente es dada de alta a las 48 horas presentando una pérdida de peso de 5 kg en 2,5 meses. Técnica quirúrgica: se coloca un trócar supraumbilical de 10 por donde se introduce una óptica de 30°, 2 trócares de 10 Fr a 10 cm del central en flanco derecho e izquierdo para canales de trabajo, 1 trócar de 5 en hipocondrio derecho para separador hepático y 1 trócar de 5 a nivel de hipocondrio izquierdo para tracción. En los 2 casos se inició la introducción del primer trócar en hipocondrio izquierdo con un óptica de 5 para visualizar la cavidad abdominal y colocar los trócares bajo visión directa evitando las adherencias.

Discusión: La retubulización gástrica mediante una plicatura por vía laparoscópica es un técnica factible en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica previa incluso por vía laparotómica y ofrece unos buenos resultados en el control de peso a corto plazo.

V-051. BYPASS GÁSTRICO SIMPLIFICADO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

C. Moreno Sanz, J.B. Muñoz de la Espada, A. Morandeira Rivas, C. Alhambra Rodríguez y J. Picazo Yeste

Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

La demanda asistencial generada en esta área ha obligado al desarrollo de Unidades de Cirugía Bariátrica que, dado el nivel de desarrollo de los programas establecidos, se encuentran obligadas a la implantación de técnicas con estándares de calidad muy reconocidos. Presentamos nuestra técnica quirúrgica de by-pass gástrico simplificado como técnica bariátrica, la cual nos ha permitido desarrollar un programa de tratamiento de la obesidad mórbida con resultados dentro de los estándares de calidad exigibles. La base fundamental de esta técnica es la realización de todas las anastomosis en la porción supramesocólica del abdomen. El término "simplificado" no debe crear en el cirujano una falsa expectativa de simplicidad, sin embargo, permite la realización del procedimiento de una forma eficaz y segura, limitando los inconvenientes de curva de aprendizaje del equipo.

V-052. ¿CÓMO REALIZAR EL CIERRE EN EL ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO EN LOS OBESOS MÓRBIDOS CON VISTAS A EVITAR EL DESARROLLO DE UNA EVENTRACIÓN EN EL POSTOPERATORIO?

S. Morales-Conde¹, M. Socas Macías¹, A. Barranco Moreno¹, V. Gómez Cabeza de Vaca¹, D. Bernal¹, C. Méndez¹, G. Sciannamea², S. García¹, H. Cadet¹ y J. Padillo Ruiz¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Hospital de Bolonia, Italia.

Introducción: El abordaje laparoscópico por puerto único (PU), proporciona al paciente una reducción del dolor postoperatorio y una considerable mejora desde el punto de vista estético. Sin embargo, el ombligo es considerado una zona fisiológica de debilidad, que si no es cerrada de forma adecuada puede conducir indefectiblemente al desarrollo de una hernia en el postoperatorio (PO).

Objetivos: Con vistas a reducir y/o eliminar el riesgo de desarrollo de una hernia tras el abordaje por PU, hemos diseñado un "protocolo de cierre", basado en las características del paciente y la dificultad técnica que supone la aproximación de la fascia subyacente al ombligo. El objetivo de este vídeo es mostrar la sistemática de cierre que hemos aplicado a los pacientes obesos mórbidos intervenidos por PU.

Material y métodos: En los casos de pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica (banda gástrica, gastrectomía tubular o bypass gástrico) por PU, con incisión transumbilical que alcanza en la fascia un tamaño de 2,5-3 cm, debido a la dificultad técnica de exponer la fascia y al elevado riesgo que presentan estos pacientes de desarrollar una hernia en el PO debido a su propia obesidad, procedemos al cierre del defecto umbilical con un ventral match® de 8 cm de diámetro, fijada a ambos lados del defecto fascial con puntos sueltos de polisorb del 1.

Resultados: En nuestra serie de 16 pacientes intervenidos por PU (1 banda gástrica, 7 gastrectomías tubulares y 8 bypass gástricos), con un seguimiento medio de 6 meses, no hemos tenido complicaciones en el postoperatorio inmediato en relación con el empleo de la malla (seromas o infecciones) y tampoco ningún caso de hernia post puerto único en el postoperatorio a medio plazo.

Conclusiones: Un manejo protocolizado en el cierre de la incisión del PU en los pacientes obesos mórbidos, parece eliminar el riesgo de desarrollo de una hernia incisional a medio plazo.

V-053. BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO MEDIANTE ABORDAJE TRANSUMBILICAL CON ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL Y GASTROYEYUNAL LATEROLATERAL INTRACORPÓREA

S. Morales-Conde, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, I. Alarcón del Agua, S. García, D. Bernal, C. Méndez, G. Sciannamea, H. Cadet y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La cirugía laparoscópica es una alternativa factible en los obesos mórbidos, como muestran los resultados a corto y largo plazo, siendo este abordaje tan seguro y efectivo como el abordaje abierto. La cirugía por puerto único (PU) es considerada como un nuevo abordaje mínimamente invasivo que persigue reducir el dolor postoperatorio y obtener mejores resultados estéticos. Uno de los objetivos de la cirugía por PU es mantener los buenos resultados obtenidos en la laparoscopia estándar. Presentamos la realización de un bypass gástrico realizado vía PU, sin trócares de apoyo y con anastomosis yeyunoyeyunal y gastroyeyunal laterolaterales intracorpóreas.

Caso clínico: Presentamos la realización de un bypass gástrico vía PU en una mujer de 54 años con un IMC de 40. Realizamos un abordaje por PU, y procedimos a realizar todos los pasos del bypass gástrico como si estuviéramos realizando un abordaje laparoscópico estándar, sin trócares adicionales y con la realización de ambas anastomosis de forma intracorpórea. Ambas anastomosis se realizaron mediante el empleo de una endograpadora con posterior cierre de la enterotomía con una sutura continua. La intervención se realizó a través de una incisión transumbilical de 2,4 cm, utilizando un dispositivo de PU con dos trócares de 5 mm y uno de 12 mm a su través. La intervención comenzó con la realización de la anastomosis laterolateral yeyunoyeyunal, con asa alimentaria de 150 cm, con posterior cierre de la brecha mesentérica y Petersen, seguida por la confección del reservorio gástrico para realizar finalmente la anastomosis gastroyeyunal antecólica y retrogástrica. Con vistas a obtener una adecuada exposición del estómago, procedimos a utilizar como retractor hepático un hilo de sutura de 120 cm, anclado al pilar derecho y protegido por un tubo plástico de 10 cm, extrayéndose ambos extremos a nivel subxifoideo con un endoclose®, para posteriormente anclarlo con una pinza. Una vez que el hígado se expuso, la tracción necesaria para confeccionar el reservorio gástrico se obtuvo mediante el empleo de un endograb® anclado a la curvatura mayor y a la pared anterior del abdomen. La tracción del endograb® se modificó cuantas veces fue necesario, con vistas a obtener una visión y exposición adecuadas. No se consideró necesario dejar un drenaje. El defecto fascial transumbilical se cerró mediante el empleo de un Ventral Patch®, y la piel con puntos sueltos de sutura reabsorbible. El tiempo operatorio fue de 150 minutos. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias.

Discusión: EL bypass gástrico por PU con anastomosis intracorpórea sin trócares extra, es factible y seguro en manos de cirujanos laparoscópicos expertos. Este abordaje debe seguir los principios básicos del bypass gástrico laparoscópico con vistas a obtener los mismos resultados.

V-054. ¿ES FACTIBLE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL OBESO MÓRBIDO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y A LARGO PLAZO?

M. Socas Macías, V. Gómez, S. Morales-Conde, A. Barranco Moreno, J. García, D. Bernal, C. Méndez, G. Sciannamea, S. García, H. Cadet y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico ha supuesto una mejora sustancial en el postoperatorio (PO) inmediato de la cirugía bariátrica, sin embargo en caso de ser necesaria una reintervención, muchos cirujanos optan por un abordaje abierto. El obeso mórbido es un paciente complejo, siendo la obstrucción intestinal (OI) por bridas o hernias internas una de las complicaciones más temidas, y en ocasiones insospechadas, tanto en el postoperatorio a corto como a largo plazo. Siendo fundamental un alto índice de sospecha, con vistas a obtener un diagnóstico precoz, evitar isquemia de asas y poder aplicar un nuevo abordaje laparoscópico que resuelva el problema sin incrementar la morbilidad asociada a una laparotomía.

Objetivos: Mostrar los casos clínicos, de dos pacientes sometidos a bypass gástrico, con desarrollo posterior de cuadros de OI en el PO inmediato y tardío, resueltos de forma exitosa vía laparoscópica.

Casos clínicos: Caso 1: obstrucción intestinal en PO inmediato de bypass gástrico laparoscópico. Mujer 45 años, IMC 46, sometida a bypass gástrico laparoscópico con asa alimentaria de 150 cm, y ambas anastomosis latero-laterales con EndoGIA 60 azul

y cierre posterior de enterotomía con sutura continua de endostitch. Cierre de brecha mesentérica con 2 bolsas de tabaco de endostitch, sin cierre asociado del Petersen. El 3^{er} día PO la paciente comienza con vómitos biliosos, sin repercusión del estado general. En TAC practicado se pone de manifiesto una distensión del asa alimentaria y biliar, sin signos de isquemia, orientando a un acodamiento del pie de asa. Al persistir el cuadro a pesar de descompresión con SNG, se plantea laparoscopia exploradora, donde se confirma el diagnóstico de sospecha, permitiendo resolución del cuadro con mínima adhesiolisis y fijación del asa con puntos sueltos impidiendo así su acodamiento. La paciente fue alta el 6^o día PO sin incidencias. Caso 2: obstrucción intestinal en PO tardío de by pass gástrico laparoscópico. Mujer 39 años, sometida a bypass gástrico un año antes con pérdida de 40 kg. Comienza con cuadro de dolor abdominal en HI, desde hace un mes, sin vómitos asociados y que se ha vuelto insoponible en las últimas 8 horas acudiendo a urgencias. En el TAC practicado, se aprecia una distribución anómala de las asas con imagen de remolino en el mesenterio y aglomeración de asas en HI sin signos de isquemia. Ante la sospecha de hernia interna se plantea laparoscopia exploradora, en la cual se pone de manifiesto hernia interna a través del espacio de Petersen, que puede ser reducida con facilidad con la ayuda de pinzas atraumáticas, procediendo posteriormente al cierre del defecto con puntos sueltos irreabsorbibles. La paciente evoluciona favorablemente, siendo alta el 7 día PO sin incidencias.

Discusión: El manejo laparoscópico de la OI tras cirugía bariátrica es factible, tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío. Siendo fundamental para su desarrollo exitoso un alto índice de sospecha, evitando con ello la distensión excesiva de las asas, que permita su manejo laparoscópico, así como el posible desarrollo de una isquemia intestinal que requiera una resección o desmontaje de las derivaciones practicadas.

V-055. HERNIA MESENTÉRICA TRAS BYPASS GASTROYEYUNAL CON CIERRE DEL DEFECTO YEYUNO-YEYUNAL

E. Martín García Almenta, N. Cervantes, E. Martín Antona, L. Rodríguez, P. Talavera, C. Ferrigni, A. Sánchez Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Todas las técnicas bariátricas mixtas crean una serie de espacios artificiales, que pueden ser origen de complicaciones por herniación de intestino a través de ellos. En ocasiones su diagnóstico es difícil y las consecuencias pueden llegar a ser muy graves. De ahí que en la actualidad la mayoría de los grupos recomienden su cierre para así disminuir su incidencia. Sin embargo, a pesar de su correcto cierre se han publicado casos de hernias internas.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 42 años que en Julio de 2005, con un IMC de 40 kg/m² es intervenida por laparoscopia realizándose Bypass gastroyeyunal antecólico (Asa Alimentaria 150 cm) y anastomosis yeyuno-yeyunal L-L mecánica (asa biliopancreática de 50 cm), con cierre del defecto yeyuno-yeyunal con sutura continua de vicryl 2/0 reforzada con puntos sueltos de seda 2/0. La paciente no presenta ninguna complicación postoperatoria. A los 4 años de la intervención la paciente, con un porcentaje de exceso de peso perdido (PEPP) del 100%, comienza con dolores cólicos postpandriales acompañados de náuseas y vómitos, que inicialmente son esporádicos. En 2010 la paciente presenta una reganancia ponderal (PEPP 71%, IMC 29), que coincide con un agravamiento de dolor abdominal que aparece cada vez con más frecuencia. El CT abdominal muestra una torsión del mesenterio compatible con hernia interna, por lo que se decide realizar una laparoscopia explorado-

ra. La exploración por laparoscopia revela una herniación de asas a través del defecto yeyuno-yeyunal cerrado previamente. Se reduce el intestino herniado, y se cierra el espacio mesentérico con una sutura continua de seda. En el postoperatorio la paciente evoluciona satisfactoriamente.

Discusión: La laparoscopia exploradora en los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica que presentan clínica compatible con la existencia de una hernia interna es mandatoria, a pesar del cierre previo de los defectos. No debemos olvidar que la pérdida de peso, condiciona un adelgazamiento de los mesos que puede amplificar el defecto ya cerrado. La laparoscopia evita el diagnóstico tardío durante un cuadro agudo cuyas consecuencias pueden ser muy graves.

CIRUGÍA PANCREÁTICA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

V-035. PANCREATOESPLENECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA POR LESIONES QUIÍSTICAS

B. Estraviz Mateos, A. Martínez Roldán, M. Corcóstequi Pardo, R. Maniega Alba, I. Badiola Bergara, E. Jiménez Jiménez y J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Objetivos: Las lesiones quísticas del páncreas incluyen un amplio espectro que incluye condiciones benignas, premalignas y malignas. Dichas entidades plantean un reto diagnóstico importante pese al desarrollo de las nuevas de imagen. La finalidad de este vídeo es mostrar la técnica quirúrgica de la pancreatocetomía corporocaudal con esplenectomía por vía laparoscópica, en dos entidades completamente diferentes.

Casos clínicos: Presentamos 2 casos de pacientes intervenidas por lesiones quísticas pancreáticas con diferentes diagnósticos preoperatorios. Caso 1: se trata de una paciente de 50 años, sin antecedentes de interés que consulta por dolor abdominal. Tras las pruebas pertinentes es diagnosticada de tumoración quística de páncreas con hipertensión portal segmentaria asociada. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica. Caso 2: paciente de 48 años sin antecedentes de interés que es diagnosticada de lesión compatible con pseudoquistes de páncreas tras varios ingresos en el S^o de Digestivo por episodios de pancreatitis aguda. Igualmente se decide su intervención quirúrgica. Ambas pacientes son intervenidas mediante un abordaje laparoscópico, realizándose en los 2 casos una pancreatoesplenectomía distal, dados los hallazgos quirúrgicos. En el vídeo se pueden apreciar detalles de la técnica quirúrgica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica de la primera paciente resultó ser un pseudoquistes de páncreas, mientras que en el segundo caso se informó de cistoadenoma mucinoso de páncreas.

Discusión: El tratamiento de los tumores quísticos pancreáticos depende de su tipo, de su capacidad de malignización y de las características de los pacientes. En ocasiones el diagnóstico final sólo es posible realizarlo una vez extirpada la lesión tras su análisis anatomopatológico. La laparoscopia nos permite realizar cada vez procedimientos más complejos con baja tasa de morbilidad, aportando una menor estancia hospitalaria, un mejor resultado estético y una precoz incorporación a la vida laboral.

V-036. NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA RETROPERITONEAL VIDEOASISTIDA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO SECUENCIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA

A.J. González Sánchez, J.M. Aranda Narváez, C. Montiel Casado, P. López Ruiz, R. Becerra Ortiz, T. Prieto-Puga Arjona, J. Moreno Ruiz y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Presentar el procedimiento denominado necrosectomía pancreática retroperitoneal videoasistida (NPRVA) como parte del tratamiento secuencial en la pancreatitis aguda grave con necrosis pancreática infectada.

Caso clínico: Paciente varón de 47 años sin hábitos tóxicos, talaemia minor, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar de forma brusca dolor epigástrico irradiado en cinturón de 6 horas de evolución, asociado a taquicardia (100 latidos por minuto), hipotensión (90/60 mmHg) y desaturación (saturación de O₂ 89%). En las pruebas complementarias destacaba 42% de hematocrito, amilasaemia en 5.172 U/L y pH 7,21. Tras realizarse ultrasonografía abdominal en la que se observaba líquido en ambas correderas y espacios pararenales, así como colelitiasis, fue diagnosticado como pancreatitis aguda grave litiasica y pasó a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos. La tomografía computarizada (TC) de abdomen realizada a las 48 hrs mostró ausencia de perfusión en más del 50% de la glándula junto con colecciones líquidas en espacio retrogástrico, pararenal anterior derecho, izquierdo y raíz del meso. En el día +11 de ingreso hubo de realizarse fasciotomía subcutánea de la línea alba por desarrollo de síndrome compartimental abdominal, completándose el tratamiento con paracentesis continua de líquido claro y hemofiltración pese a conservar diuresis. A partir del día +11 presentó fiebre persistente, aislándose en cultivos repetidos *Pseudomonas aeruginosa* por lo que se instauró antibioticoterapia dirigida. Por persistencia de fiebre, en el día +28 se realizó punción percutánea guiada por TC de la necrosis pancreática por vía retroperitoneal izquierda drenando abundante líquido turbio a presión pero estéril. Tras mejoría inicial continuó desarrollando fiebre alta con cultivos de líquido negativos, por lo que en el día +43 de ingreso se realizó NPRVA sin incidencias reseñables. Posteriormente el paciente continuó con picos febriles aislados y mejoría analítica significativa, pero con abundante drenaje purulento por la herida y drenaje, programándose una nueva revisión quirúrgica en el día +52, completándose la necrosectomía con éxito a pesar de tener que ser controlada una hemorragia arterial retroperitoneal. La evolución posterior fue satisfactoria.

Discusión: La NPRVA como parte de la terapia secuencial en la pancreatitis aguda grave con necrosis pancreática infectada es un procedimiento seguro y reproducible, que ha de tenerse en cuenta como tratamiento de primera línea para esta patología.

V-037. PANCREATICOGASTROSTOMÍA INVAGINADA EN LA RECONSTRUCCIÓN TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

J. Herrera, C. Zazpe, A. Tarifa, I. Aramendia, L. Ibiricu y J.M. Lera

Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona.

Introducción: En abril de 2008 comenzamos un estudio prospectivo no aleatorizado observacional sobre la morbimortalidad de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) con reconstrucción del páncreas mediante pancreaticogastrostomía (PG), se-

gún técnica de Delcore. Utilizamos la clasificación internacional de las complicaciones pancreáticas y la clasificación de Clavien.

Métodos y resultados: Hasta la fecha -3 años- hemos realizado 66 PG. La morbilidad global fue del 50% (33,8% grado I-II; 1,5% grado III; 12,1% grado IV; 3% grado V-mortalidad: 2 casos-) con una incidencia de fistula pancreática de 13 (19,6%) según la clasificación internacional: grado A 2 (3%); grado B 6 (9,2%); grado C 5 (7,5%). De los 13 pacientes con fistula pancreática 2 tuvieron que ser reintervenidos (15%) y en ninguno contribuyo a la mortalidad. En el vídeo se demuestra la técnica que precisa una movilización del páncreas de la vena esplénica de unos 3-4 cm; seguidamente se realiza una anastomosis en dos planos comenzando por la cara anterior seromuscular a puntos sueltos en cara posterior gástrica a 2 cm del borde pancreático. A continuación se realiza una gastrotomía y el muñón pancreático se introduce en la luz gástrica invaginándola. Se continúa realizando la cara posterior seromuscular de manera que el páncreas quede protruyendo en la luz gástrica al menos 2 cm. Para finalizar y a través de la sección gástrica se realiza una sutura continua con hilo reabsorbible de larga duración monofilamento de la mucosa submucosa con la cápsula pancreática. Esta técnica supone una sutura en dos planos con un alto grado de estanqueidad.

Conclusiones: El grado de morbilidad relacionado con las complicaciones pancreáticas ha disminuido con la PG comparándola con nuestros resultados previos con la pancreaticoyeyunostomía ducto-mucosa. Los resultados son superponibles a los publicados utilizando los mismos sistemas de clasificación de las complicaciones.

V-038. TRASPLANTE HEPÁTICO DOMINÓ: TÉCNICA QUIRÚRGICA EN EL DONANTE Y CIRUGÍA DE BANCO

R. López Andújar, E.M. Montalvá Orón, C. Gómez Gavara, I. Rivadulla, Y. Sosa Quesada, M. Cortés Cerisuelo, E. Pareja Ibars, F. San Juan Rodríguez, Á. Moya Herraiz, J.J. Vila Carbó y M. de Juan Burgueño

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: En los pacientes sometidos a trasplante por polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) de tipo I, el hígado explantado es micro y macroscópicamente normal. Funcionalmente genera una proteína mutante de la transtirretina que se deposita como amiloide en diferentes órganos. En 1997 se introdujo el trasplante hepático secuencial o dominó, que permite ampliar la disponibilidad de órganos. En este tipo de trasplante, el hígado de un paciente afecto de PAF se utiliza como injerto implantable, preferentemente para receptores mayores de 60 años. En la técnica original, durante la hepatectomía del paciente con PAF, la vena cava inferior (VCI) no se conservaba y en muchos casos, era necesaria la realización de una derivación veno-venosa para evitar trastornos hemodinámicos. El talón de Aquiles del trasplante dominó sigue siendo conseguir suficiente longitud de VCI para ambos pacientes, el paciente con PAF y el receptor de su injerto para conseguir un calibre de flujo de salida adecuado para ambos injertos implantados.

Objetivos: Mostrar la estrategia quirúrgica seguida en el donante con preservación de la vena cava y la cirugía de banco necesaria para poder implantar el hígado PAF sin perjudicar ni al donante ni al receptor en el trasplante dominó.

Métodos: En el vídeo se describe las pruebas de imagen que realizamos para estudiar al donante PAF. Se muestra paso a paso la técnica que permite realizar la hepatectomía en el donante PAF con la preservación de la VCI, mediante la que no es necesaria la realización de una derivación veno-venosa, ni la apertura del

pericardio. Así mismo mostramos una técnica de banco que permite la reconstrucción de los orificios de las venas suprahepáticas utilizando un injerto vascular que incluye un injerto de la parte inferior de la VCI en continuidad con las venas ilíacas del donante cadáver para poder realizar una cómoda y efectiva anastomosis en el receptor del hígado de donante con PAF. En el caso que presentamos se suma la dificultad de tener el hígado PAF cuatro orificios venosos independientes.

Conclusiones: Se muestra con detalle la técnica quirúrgica a realizar en el trasplante dominó con la ventaja de ser realizada de forma segura con la preservación de la vena cava inferior en los pacientes de PAF sin realizar derivación veno-venosa ni sufrir los cambios hemodinámicos secundarios al clampaje de la vena cava y garantizando un flujo de salida de calibre suficiente en ambos injertos.

V-039. RESECCIÓN DE VENA CAVA RETROHEPÁTICA E INTERPOSICIÓN DE PRÓTESIS ANILLADA POR CARCINOMA SUPRARRENAL

L.M. Marín Gómez, C. Bernal Bellido, G. Suárez Artacho, J.M. Álamo Martínez, J. Serrano Díaz-Canedo, L. Barrera Pulido, J. Padillo Ruiz y M.Á. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el manejo de tumores que infiltran la vena cava retrohepática.

Caso clínico: Mujer de 45 años. Sin antecedentes de interés. Durante el estudio por dolor en hipocondrio derecho se realiza TC abdominal que diagnostica masa retroperitoneal que parece depender de la glándula suprarrenal derecha, de 11 × 9 cm que infiltra el lóbulo hepático derecho con trombo tumoral en la vena cava retrohepática, engloba vasos renales derechos y se contralateraliza dorsal a la arteria mesentérica superior. Se realiza una hepatectomía derecha, resección de cava retrohepática con interposición de prótesis de pTFE anillada de 20 mm, nefrectomía derecha, resección de parche diafragmático y extirpación de tejido tumoral que rodea a la arteria mesentérica superior en origen. Es dada de alta a los 42 de la intervención, tras 2 reintervenciones por hernia diafragmática y quilotórax.

Discusión: La resección de tumores que infiltran la cava retrohepática es factible en pacientes seleccionados a expensas una morbilidad importante.

V-040. ¿ES NECESARIA LA DISECCIÓN INICIAL DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN LA CIRUGÍA RADICAL DEL CARCINOMA PANCREÁTICO?

E. Vicente, Y. Quijano, H. Durán, M. Marcello, P. Galindo, E. Esteban, E. Díaz, I. Martínez, U. López, E. García y J. Román

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

El objetivo principal del tratamiento quirúrgico del carcinoma de páncreas es efectuar la resección tumoral en su totalidad, obteniendo márgenes macroscópica y microscópicamente libres (R0). La incidencia de resecciones incompletas sigue siendo muy elevada; 20%-80%. En muchas ocasiones la impresión macroscópica quirúrgica no coincide con los hallazgos anatómicos encontrados en el acto operatorio. La localización anatómica del páncreas y su vecindad a los vasos arteriales y venosos mesentéricos condiciona en gran medida la complejidad técnica. Uno de los puntos más complicados en la disección quirúrgica del tumor es la disección de la arteria mesentérica superior.

La exéresis de todo el tejido peri-adventicial garantiza la obtención de una resección R0. Por ello, ha sido defendida la identificación y disección de la arteria mesentérica superior como el primer paso quirúrgico a realizar en pacientes que precisan una duodenopancreatectomía cefálica para el tratamiento de un cáncer de páncreas. En el vídeo presentado, se expone la técnica quirúrgica realizada en un paciente afecto de carcinoma de cabeza de páncreas con importante reacción inflamatoria crónica de vecindad al que se le realizó una resección cefálica pancreática con un abordaje inicial de la arteria mesentérica superior desde el borde derecho del mesenterio de intestino delgado, en un intento de comprobar la resecabilidad y asegurar una resección R0. La técnica quirúrgica seguida en el abordaje vascular, resección tumoral y posterior reconstrucción digestiva es mostrada en el vídeo presentado.

CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

V-043. TRATAMIENTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LA HERNIA DE PETIT ADQUIRIDA

O. Carreño Sáenz, C. Gómez i Gavara, F. Vergara Suárez, M. Sauri Ortiz, J. Maupoey Ibáñez, P. García Pastor, J. Iserte Hernández, S. Bonafe Diana, E. Moreno Egea y F. Carbonell Tatay

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Las hernias de la región lumbar son defectos raros de la pared abdominal, comúnmente están descritos tras traumatismos, cirugías previas, anomalías congénitas de la pared, espontáneas o por toma de injerto de la cresta iliaca como en este caso. El contenido de la hernia frecuentemente es grasa peritoneal, riñón o intestino. La región lumbar comprende desde la décimo segunda costilla hasta la cresta iliaca, medialmente por el músculo espinal y lateralmente por el oblicuo mayor. Está dividida en dos áreas la superior llamada triángulo de Grynfelt-Lesshaft y la inferior llamado triángulo de Petit.

Caso clínico: Presentamos un caso de reparación de una hernia lumbar adquirida, del triángulo de Petit, por una toma de injerto de la cresta iliaca en una mujer de 57 años de edad. Hicimos el abordaje quirúrgico por vía laparoscópica con 3 trócares, se colocó una malla de titanio de 15 × 20 fijada con grapas helicoidales y cubierta con peritoneo. Su evolución postoperatoria fue satisfactoria, necesitando menos analgesia y al segundo día fue dada de alta. Se le realizaron controles al mes, 2 y 6 meses no evidenciando recidivas ni complicaciones a largo plazo.

Discusión: Las hernias lumbares son raros defectos de la pared abdominal postero-lateral, pueden ser congénitas o adquiridas. Existen distintos tipos de técnica quirúrgica tanto abordaje abierto como laparoscópico, incluso colgajos musculares. La mayor ventaja del abordaje laparoscópico es la excelente visualización de las estructuras anatómicas. Los pacientes se benefician de una mínima incisión con menor dolor, menor estancia operatoria, menor necesidad de analgésicos y un mejor resultado cosmético.

V-044. EVENTRACIÓN SUBXIFOIDEA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. TÉCNICA DOBLE MALLA AJUSTADA CON PRÓTESIS BIOLÓGICA

M. Saurí Ortiz, O. Carreño Sáenz, F. Vergara Suárez, C. Gómez i Gavara, J. Maupoey Ibáñez, S. Bonafé Diana, P. García Pastor, J. Iserte Hernández y F. Carbonell Tatay

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Múltiples técnicas se han usado para reparar hernias complejas de la pared abdominal en situaciones especiales con comorbilidad asociada, contaminación potencial o infección local, con resultados variables. Para conseguir resultados satisfactorios tras la reconstrucción de la pared abdominal se precisa de materiales que proporcionen alta resistencia, confortabilidad, disponibilidad, fácil uso, así como alta biocompatibilidad. Las mallas biológicas han resultado útiles en estos casos por todas las ventajas descritas anteriormente junto a la capacidad de revascularización que aportan. Esto es necesario especialmente en pacientes inmunodeprimidos.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años de edad con antecedente de Cirrosis hepática alcohólica trasplantado en el año 2009, recibe medicación inmunosupresora. Al examen físico el paciente presenta tumoración subxifoidea que aumenta con las maniobras de Valsalva. Se le realizó TC abdominal confirmando la eventración subxifoidea por dehiscencia de los rectos anteriores y presencia de contenido de colon transverso. El tamaño del orificio fue de 10 x 6,3 cm en su diámetro transversal y craneocaudal respectivamente. Por tanto, nos encontramos ante una eventración M1 W3 según la clasificación EHS. El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose reparación de la eventración con la técnica de doble malla ajustada. Se le colocó una prótesis biológica de 16 x 10 cm en el plano preperitoneal, fijándola a la vaina posterior de los rectos anteriores. Posteriormente se procedió a colocar una prótesis de PPL que se fija y ajusta a la anterior y a la vaina anterior de los rectos. Finalmente aplicamos fibrina autóloga. El paciente permaneció 5 días hospitalizado, al cuarto día se le retiraron los drenajes y fue dado de alta sin complicaciones. En las revisiones siguientes (al mes, sexto mes y al año), no existieron complicaciones ni recidivas.

Discusión: El uso de mallas biológicas en pacientes seleccionados que presentan patología asociada tal como tabaquismo, obesidad, diabetes mellitus o inmunosupresión, así como en situaciones especiales de contaminación potencial o infección de mallas previas, han resultado una herramienta útil con buenos resultados a corto y largo plazo.

V-045. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA EVENTRACIÓN MULTIRRECURRENCIAL POSTAPENDICECTOMÍA

J.A. Bellido Luque, J. García Moreno, J.M. Suárez Gráu, J. Gómez Menchero, I. Durán Ferreras, E. Ruiz Lupiáñez, D. Tovar y J. Guadalajara Jurado

Hospital General de Riotinto, Minas de Riotinto.

Caso clínico: Se presenta una mujer de 65 años de edad, que llegó al hospital sufriendo una gran masa en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Esta paciente tiene como antecedente quirúrgico una apendicectomía anterior, hace 20 años, una herniorrafia por eventración postapendicectomía hace 10 años y hernioplastia abierta con malla de polipropileno en 2005 por segunda recurrencia de dicha eventración de la incisión de McBurney. Se propone abordaje laparoscópico para resolver el problema del paciente. El primer paso es reducir el contenido herniario. Múltiples asas intestinales son reintrodu-

cidas en cavidad abdominal, seccionando las adherencias que presentaban al saco. El siguiente paso es crear el espacio preperitoneal, reducir el saco herniario. Como en la hernioplastia transabdominopreperitoneal (TAPP), e identificar el ligamento de Cooper para fijar la malla en él, tratando de crear el suficiente espacio preperitoneal como para colocar la malla que cubra ampliamente el defecto herniario. Se utiliza una malla compuesta de fijación con suturas helicoidales. Es necesario superar el defecto por lo menos 4 o 5 cm para disminuir la tasa de recurrencia, fijando la prótesis en el ligamento de Cooper para conseguir una fijación segura, usando la técnica de la doble corona evitando lesionar vasos epigástricos y vasos femorales, que deben de ser perfectamente identificados previamente a la colocación de la malla.

Discusión: La gestión de este tipo de eventración multirrecurrente debe hacerse siguiendo los mismos preceptos que en el abordaje TAPP de la hernia inguinal, siendo una alternativa a tener en cuenta cuando nos enfrentamos a hernias de pared abdominal multirrecurrentes tratadas por vía abierta previamente

V-046. HERNIOPLASTIA INGUINAL POR VÍA ENDOSCÓPICA TRANSABDÓMINOPREPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO. ¿APORTA VENTAJAS?

J.A. Bellido Luque, J. García Moreno, I. Durán Ferreras, J. Gómez Menchero, J.M. Suárez Gráu, E. Ruiz Lupiáñez y J. Guadalajara Jurado

Hospital General de Riotinto, Minas de Riotinto.

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal está sometida últimamente a profundos cambios. El abordaje mínimamente invasivo de la hernia inguinal ha revolucionado el concepto de "free tension" con la colocación de prótesis de tamaño mayor tamaño que en cirugía convencional en el espacio preperitoneal, de forma que cubra los tres hipotéticos defectos herniarios, inguinal directo, inguinal indirecto y crural. La cirugía endoscópica aporta menor dolor postoperatorio con una más rápida reincorporación a la vida profesional de los pacientes, y con un índice de recurrencia similar. Actualmente una nueva vía de abordaje mínimamente invasiva se está extendiendo por la comunidad quirúrgica. Es el acceso por "puerto único" de toda la patología abdominal. En cuanto a la cirugía de la hernia inguinal, están apareciendo artículos en la literatura que demuestran que el abordaje por puerto único es factible, como en otras patologías. Nuestro objetivo es analizar si esta nueva vía de acceso aporta alguna ventaja al paciente, cuando es comparada con la vía endoscópica convencional o con la vía abierta.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 50 años de edad, sin AP de interés, que presenta molestias en región inguinal derecha de larga evolución, que tras exploraciones sucesivas, sugiere la presencia de una hernia inguinal derecha. La realización de una ecografía dinámica de pared abdominal resultó ser negativa y la valoración traumatológica no demostró lesiones inguinales. Ante la persistencia de la clínica, se decidió intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico transabdomino-preperitoneal que confirmase o no la presencia de una hernia inguinal derecha, mediante acceso por puerto único. Comenzamos realizando incisión circunumbilical de 2 cm, y tras acceder al espacio intraabdominal, se colocó el dispositivo de puerto único, que presenta tres orificios de 5 mm, que pueden dilatarse para colocación de un trócar de 10 mm, y otro orificio para la introducción del neumoperitoneo. Usamos generalmente óptica de 5 mm y 30° para tener mayor espacio de trabajo. En la mano izquierda usamos pinza articulada para realizar la tracción adecuada de estructuras, y en la mano de-

recha usamos el disector o la tijera recta, como en cualquier cirugía de puerto único. Tras la confirmación de la sospecha diagnóstica, una hernia inguinal derecha tipo L2 según la clasificación de la EHS (European Hernia Society), el primer paso es la apertura peritoneal a unos 4 cm craneal al orificio inguinal profundo. La apertura de espacio preperitoneal se consigue traccionando del peritoneo con la mano izquierda hacia abajo y la mano derecha realiza el trabajo de apertura de dicho espacio. Tras identificación del cordón inguinal (vasos gonadales, conducto deferente), de los vasos epigástricos, y del ligamento de Cooper, comenzamos la disección del saco herniario indirecto de los elementos del cordón. La realización de estos pasos no resulta difícil si seguimos la regla de "mano izquierda-pinza articulada y mano derecha-pinza recta". Posteriormente introducimos la malla que usamos habitualmente en cirugía endoscópica de la hernia inguinal (malla tridimensional preformada de polipropileno de alto peso), que la introducimos a través de un trócar de 10 mm que previamente hemos cambiado por un de 5 mm. Una vez introducida la malla, de nuevo cambiamos el trócar de 10 mm por el previo de 5 mm. En caso de dificultad en la introducción de la malla, podemos retirar completamente el dispositivo, introducir la malla cubierta por un plástico para que no entre en contacto con la pared abdominal, y colocar posteriormente el dispositivo. Tras la colocación correcta de la malla, la fijamos con cola de fibrina (Tissucol), y el último paso es cerrar el peritoneo. Éste es el paso más complejo, ya que si realizamos un acceso mínimamente invasivo para tratar de ofrecer al paciente menor dolor postoperatorio, fijamos la malla de forma atraumática para también contribuir a no aumentar el dolor postoperatorio, no podemos cerrar el peritoneo con métodos traumáticos, como las suturas helicoidales. Tendremos, por tanto que cerrar el peritoneo con sutura continua, que a través del puerto único, resulta una labor ardua y difícil, consumiendo un elevado tiempo quirúrgico. Todavía no existen en el mercado instrumentos que nos hagan realizar más fácilmente suturas intracorpóreas por puerto único. Por tanto, y hasta que ese momento llegue, tenemos como alternativa el uso de suturas helicoidales reabsorbibles, que si bien producirán un mayor dolor postoperatorio, no producirán dolor crónico, y nos facilitarán el cierre peritoneal en estos pacientes. En nuestra serie, tenemos 10 pacientes intervenidos mediante este acceso, cuya indicación es la alta sospecha de hernia inguinal mediante exploración, que las pruebas de imagen no confirman la sospecha diagnóstica. Por tanto, son pacientes con hernia inguinal unilateral (aquellos con hernia inguinal bilateral son intervenidos mediante abordaje endoscópico totalmente extraperitoneal) L1-2 o M1-2. El tiempo quirúrgico medio es de 50 minutos. La escala EVA en reposo es de 2 en las primeras 24 horas pasando a 1 tras el 5 día. No ha habido complicaciones inmediatas en nuestra serie. Cómo complicaciones tardías tenemos la aparición de un seroma inguinal en un paciente con hernia inguinal M2 al que no se le realizó una ligadura a la base de la fascia transversales con un endoloop (que habitualmente realizamos a estos pacientes para reducir el porcentaje de seromas).

Discusión: La cirugía de la hernia inguinal por puerto único, es una técnica relativamente difícil, que sin embargo, con la experiencia del cirujano en cirugía endoscópica, hace que los tiempos quirúrgicos iniciales se acorten en cerca de un 20%, precisando para su realización de experiencia en cirugía laparoscópica de la hernia inguinal. Los resultados de éste acceso, al compararlos con los de la cirugía laparoscópica, no aporta ventaja alguna, al menos, por el momento, teniendo como único beneficio, los resultados cosméticos a largo plazo. Estamos todavía al principio del desarrollo de ésta técnica, por lo que habrá que esperar para ver si ésta nueva vía de acceso aporta otros beneficios al paciente diferentes a los cosméticos.

V-047. HERNIOPLASTIA INGUINAL POR VÍA ENDOSCÓPICA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL CON MALLA AUTOFIJABLE. VENTAJAS E INCONVENIENTES

J.A. Bellido Luque, J. Guadalajara Jurado, J.M. Suárez Grau, J. Gómez Menchero, J. García Moreno, I. Durán Ferreras, D. Tovar y E. Ruiz Lupiáñez

Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto.

Introducción: Durante los últimos años, la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal ha evolucionado rápidamente para intentar aportar al paciente los mejores resultados postoperatorios al ser comparada con la técnica convencional. En la actualidad se centra la mayor parte de la controversia en torno al abordaje pre o transabdominal, el tipo de malla a usar y el método de fijación de las mismas, con el objetivo de conseguir la menor agresión orgánica con la consiguiente disminución del dolor a corto y largo plazo, y tasas mínimas de recidiva herniaria. La tendencia actual nos hace centrarnos en la mínima fijación protésica, buscando la mayor disminución del dolor postoperatorio, o hacia la fijación atraumática usando colas de fibrina en el abordaje laparoscópico. Presentamos un caso de hernioplastia laparoscópica por vía totalmente extraperitoneal (con las ventajas que la inviolabilidad del compartimento intraperitoneal aporta) usando malla autofijable, evitando asimismo las posibles consecuencias que pueden aparecer con la fijación traumática.

Caso clínico: Varón de 50 años de edad. Sin AP de interés que presenta hernia inguinal bilateral de meses de evolución. Se decide intervención quirúrgica reglada planteando el abordaje totalmente extraperitoneal (TEP) vía laparoscópica dada la bilateralidad de la hernia, la edad del paciente y la necesidad de reincorporación rápida a su vida laboral. Se emplea malla autofijable parcialmente reabsorbible, de bajo peso y poro ancho. Comenzamos realizando incisión de 2 cm en línea media infraumbilical a unos 3 cm por debajo del ombligo. Tras apertura de la aponeurosis superficial homolateral a la hernia de mayor tamaño, se introduce dispositivo PDB para la creación del espacio preperitoneal. Una vez creado dicho espacio, se cambia el trócar PDB por trócar BTT y se introducen 2 trócares de 5 mm en línea media infraumbilical separados por unos 5 cm. Tras la identificación de estructuras de referencia, ligamento de Cooper, vasos epigástricos, vasos gonadales, y conducto deferente, se reduce el saco herniario. Dado que vamos a usar malla autofijable de 12 x 15 cm, es preciso confeccionar un espacio preperitoneal amplio para intentar facilitar la introducción y extensión de la malla. Se introduce la malla protegida con el film de su envuelta, enrollada de tal forma que los "grips" queden hacia el film, colocando dos puntos de sutura en ambos extremos del rollo con el fin de evitar la expansión de la malla hasta su colocación en el sitio deseado. Expansión y colocación de la misma en el espacio preperitoneal de forma que cubra ampliamente el defecto herniario, y los hipotéticos defecto crural e inguinal directo, así como el ligamento de Cooper. Es especialmente importante que el saco herniario quede sobre el centro de la prótesis para evitar su deslizamiento inferior y la posible recurrencia herniaria. Se procedió en el lado contralateral de la misma forma. Posteriormente solo queda evacuar el neumoperitoneo y el cierre del defecto aponeurótico. Tiempo operatorio: 55 minutos. No complicaciones intraoperatorias. Postoperatorio inmediato sin complicaciones. EVA 24 horas: 1. EVA a las 15 días y mes postintervención: 0. no hemos objetivado seroma ni recurrencia herniaria a los 6 meses de la intervención. El paciente se incorporó a la vida laboral a la semana de la intervención.

Discusión: El uso de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de la hernia inguinal bilateral con abordaje preperitoneal y fijación atraumática, permite una rápida, indolora y prácticamente inocua solución, frente a otras técnicas similares, para el

tratamiento a un problema de alta incidencia en la población. No obstante, la curva de aprendizaje para la realización del abordaje preperitoneal puro es más larga que para el abordaje transabdominal, aún más cuando se emplean mallas no prefabricadas con mecanismos de autofijación, que hacen difícil su ex-

tensión y colocación adecuada en el espacio preperitoneal. Creemos que el uso de estas mallas en el abordaje laparoscópico, aporta una más rápida recuperación postoperatoria del paciente, con la consiguiente reducción del gasto al no emplearse mecanismo de fijación alguno adicional, tackers o fibrina.