

---

## CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

### COMUNICACIONES ORALES

#### O-301. FACTORES PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES SÉPTICAS EN APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M. Planells Roig, A. Coret Franco, U. Ponce Villar, F. Peiró, A. Bañuls, C. Rodero, J.M. Bolufer Cano y F. Caro

*Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía.*

**Objetivos:** Estudio de los factores predictivos de complicaciones sépticas (CS) en apendicectomía laparoscópica (AL) por apendicitis aguda (AA).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional de cohortes de 423 pacientes consecutivos intervenidos por AA mediante AL. Se definió CS post AL (CSPAL) los casos en los que ocurrió: 1) absceso/colección intra-abdominal, 2) infección de herida quirúrgica, 3) drenaje purulento persistente y 4) síndrome febril mantenido asociado a íleo postoperatorio en ausencia de colección franca demostrada. Las variables incluidas en el análisis fueron: 1) edad, 2) sexo, 3) recuento leucocitario al ingreso, 4) duración de la intervención quirúrgica (TCIR), 5) duración del cuadro clínico (TCLIN), 6) evidencia durante el procedimiento de AA complicada (gangrenosa, perforada, abscesificada o plastrón inflamatorio) y 7) AL complicada que aconsejara la utilización de drenaje abdominal, en particular por fragmentación intraoperatoria del apéndice.

**Resultados:** Los resultados del análisis univariante se muestran en la tabla. El análisis discriminante identificó como factores predictivos de CS-

Tabla 1. (O-301)

	CSPAL +	CSPAL -		
Edad	40,8 (17,8)	35,2 (14,9)	0,959;10,223	0,018
LEU	16.056 (4.664)	14.975 (4.323)	352,48; 2.513,13	0,139
TCIR	70,0 (24,5)	57,2 (24,9)	3,730;21,962	0,006
Varón/Mujer	14,3/8,0	85,7/92,0	Chis 4,226	0,028 (F)
TCLIN < 48 vs ≥ 48 h*	6,3/25,2	93,7/74,8	26,348	0,000 (F)
AA complicada**	20,0/2,9	80,0/97,1	29,615	0,000 (F)
AL complicada (D+)**	27,8/4,8	72,2/95,2	36,974	0,000 (F)
LEU > 15.000	13,3 /9,9	86,7/90,1	1,228	0,170

PAL sexo (-0,703), tiempo de evolución clínica (\*) (1,553), hallazgo de AA complicada (\*\*) (gangrenosa, perforada, absceso apendicular) (0,719) y fragmentación intraoperatoria apendicular (\*\*\*) u otra complicación intraoperatoria que hiciera aconsejable la utilización de drenaje (1,021).

**Conclusiones:** Los pacientes con AA, sexo varón y duración del cuadro clínico de 48 horas o más, AA evolucionada (gangrenosa, perforada, absceso) y necesidad de drenaje por fragmentación apendicular intraoperatoria o complicación técnica intraoperatoria que aconseje uso de drenaje presentan un claro riesgo de desarrollo de CSPAL. En este subgrupo de pacientes la terapia antibiótica postoperatoria debe ser más agresiva y de mayor duración aunque el postoperatorio inmediato transcurra con normalidad a fin de prevenir el desarrollo de CSPAL.

### O-302. VALIDACIÓN DE UN SISTEMA PREDICTIVO DE COMPLICACIONES SÉPTICAS POSTAPENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M. Planells, U. Ponce Villar, A. Coret Franco, A. Bañuls, F. Peiró, C. Rodero, J.M. Bolufer Cano y F. Caro

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía.

**Objetivos:** Validación de un sistema predictivo de complicaciones sépticas post apendicectomía laparoscópica (CSPAL).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional de cohortes de 423 pacientes consecutivos en los que se practicó AL por apendicitis aguda en el que se analizó un sistema predictivo de CSPAL previamente publicado (Planells et al. Cir Esp. 1997;62:380-5). Se definió CSPAL como los casos en los que ocurrió: 1) absceso/colección intra-abdominal, 2) infección de herida quirúrgica, 3) drenaje purulento persistente y 4) síndrome febril mantenido asociado a íleo postoperatorio en ausencia de colección franca demostrada. El sistema predictivo otorga pesos específicos para el desarrollo de CSPAL a las siguientes variables: presentación clínica como AA complicada (duración de cuadro clínico ≥ 48 h), recuento leucocitario ≥ 15.000, evidencia de AA avanzada en el procedimiento (AA gangrenosa, perforada, abscesificada o plastrón) y necesidad de drenaje por fragmentación intraoperatoria apendicular o extensa reacción inflamatoria peria- ppendicular (D+).

**Resultados:** EL número de casos de CSPAL fue de 48/423 (11,4%). En la siguiente tabla se muestra la incidencia de las variables predictivas en la serie junto a los coeficientes de las mismas según su presencia o ausencia. Se validó el sistema predictivo obteniendo un valor de 21,3 (20,2) en pacientes con CSPAL versus -2,3 (19,8) en pacientes que no desarrollaron CSPAL, p = 0,000 (IC95% 17,552-29,486). El sistema predictivo clasificó adecuadamente 40 de los 48 casos de CSPAL (sensibilidad de 83,3) con una especificidad de 63,0. El Índice de clasificación global fue de 65,0%.

**Conclusiones:** El análisis de nuestra casuística confirma la capacidad predictiva de las variables identificadas como predictivas para el desarrollo de CSPAL. EL sistema predictivo es útil en la predicción de CSPAL ha-

biéndose validado en una población independiente de la originaria del sistema (training set). Su aplicabilidad clínica es sencilla permitiendo una rápida estimación de la probabilidad de CSPAL en el ámbito asistencial.

### O-303. FACTORES PRONÓSTICOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER DE RECTO

F. Mon Martín, I.J. Arteaga González, A.I. Martín Malagón, H. Díaz Luis y A. Carrillo Pallares

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad oncológica a medio y largo plazo de la cirugía laparoscópica del cáncer de recto en nuestro centro. Determinar la importancia del margen circunferencial como factor pronóstico.

**Material y métodos:** Entre los años 2003 y 2009 fueron intervenidos mediante abordaje laparoscópico 130 pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma rectal. Recogimos prospectivamente las variables clínico-patológicas de los pacientes para su posterior análisis estadístico.

**Resultados:** 109 pacientes fueron intervenidos con intención curativa. Edad media: 65,8 años. Todos los pacientes, tienen un seguimiento mínimo de dos años. La supervivencia global fue de 51 meses y la supervivencia libre de enfermedad fue de 38,5 meses. El 86,5% y el 71,2% de los pacientes estaban vivos a los 3 y 5 años de la intervención, respectivamente. La tasa de recidiva locoregional fue de 9,2%. La tasa de recidiva a distancia de 18,3%. El 18% de los pacientes presentaron un margen circunferencial menor o igual a 2 mm. La presencia de un margen circunferencial afecto (≤ 2 mm) se mostró como un factor de riesgo de mortalidad; p = 0,03 (HR: 2,213, IC95% 1,078-4,545). Además, estos pacientes presentaron un mayor riesgo de recidiva locoregional; p = 0,024 (HR: 4,199, IC95%: 1,21-14,54).

**Conclusiones:** La cirugía laparoscópica del cáncer de recto se mostró eficaz desde el punto de vista oncológico en el tratamiento de cáncer de recto en nuestro hospital. El margen circunferencial afecto, fue el factor pronóstico que más influyó en la supervivencia de nuestros pacientes.

### O-304. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN NUESTRA SERIE DEL PROYECTO VIKINGO DE LA AEC

J.P. Paredes Cotoré, M. Loreto Brand, H. Núñez Tasaico, M. Echevarría Canoura, S. López Goye, A.M. Paulos Gómez, A. Fernández Pérez, D. Prieto González, M.J. Ladra González, A. Ríos Ríos y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

**Objetivos:** Evaluar los resultados del tratamiento del cáncer de recto por vía laparoscópica en nuestro servicio (Hospital Universitario de tercer ni-

Tabla 1. (O-302)

	C+	C -	CSPAL +	CSPAL -		
TCLIN < 48 vs ≥ 48h	10	-3	6,3/25,2	93,7/74,8	26,348	0,000 (F)
AA complicada**	12	-8	20,0/2,9	80,0/97,1	29,615	0,000 (F)
AL complicada (D+)**	19	-7	27,8/4,8	72,2/95,2	36,974	0,000 (F)
Leu > 15.000	8	-9	13,3 /9,9	86,7/90,1	1,228	0,170

vel), desde su inclusión en el Proyecto Vikingo de la AEC (hospital 40). La cirugía laparoscópica del cáncer de recto es técnicamente difícil. Exige un adiestramiento con una curva de aprendizaje larga. No obstante, estos obstáculos se están aplicando de forma creciente, tras los buenos resultados a corto y largo plazo de la cirugía laparoscópica del cáncer de colon. Es necesario que los cirujanos evalúen sus resultados y los contrasten con los de su entorno y con los estándares de calidad, particularmente desde el punto de vista oncológico.

**Material y métodos:** Se han incluido los enfermos intervenidos por cáncer de recto por vía laparoscópica desde 2009, fecha de inclusión en el Proyecto Vikingo, hasta 2011. Han sido tratados por los cirujanos de la Unidad de Cirugía Colorrectal de nuestro Servicio de Cirugía General. Los datos (clínicos, quirúrgicos, anatómo-patológicos...) han sido recogidos de forma prospectiva en la base de datos de la AEC, así como en una base de datos propia.

**Resultados:** Se han intervenido 131 enfermos, 69% varones. Edad media 65 años (34-87). Estadificación TNM preoperatoria: I-6 (4,5%), II-23 (17,5%), III-94 (72%), IV-8 (6%). ASA II 73%, III 21%. Neoadyuvancia en 88,5%, en forma de radioquimioterapia en 96,5%. Localización tumoral: recto superior 28 (21%), medio 74 (57%) e inferior 29 (22%). Hubo 6 conversiones (4,5%). Las técnicas quirúrgicas realizadas han sido: resección anterior 92 (70%), alta 10 (7,5%), baja y ultrabaja 82 (62,5%); amputación abdomino-perineal 30 (23%); Hartmann 7 (5%); colectomía total asociada 1; panproctocolectomía total con reservorio ileal 1. Duración operatoria media 244 minutos (120-420). Extirpación mesorrectal total en 108 (82,5%) y parcial en 23 (17,5%). Estomas en 107 casos (89%), 37 colostomías definitivas (28%) y desfuncionalizantes transitorios en 80 (61%) tipo ileostomía en 78. Complicaciones intraoperatorias 4 enfermos (3%): contaminación intraperitoneal en 2, lesión vesical en 1 y apertura del tumor en 1. Hubo que reintervenir a 15 pacientes (10%): 7 obstrucción intestinal, 2 dehiscencia anastomótica y 1 por margen distal R1, cuya RAB se convirtió en amputación abdomino-perineal. Complicaciones postoperatorias: infección herida operatoria abdominal 10%, perineal 50%; dehiscencia anastomótica 7 (5%), absceso pélvico 13 (10%), colección intraabdominal 5 (4%), íleo prolongado (8%), obstrucción intestinal (6%). Mortalidad 0%. Resección R0 95,5%, R1 0,5%, R2 4%. Mesorrecto óptimo en 108 (82,5%). Margen distal libre en 99%, circunferencial libre 96%. Promedio de GL aislados 16,4 (5-69). Grado de regresión de Mandard tras neoadyuvancia: 1. 21,5%, 2. 13%, 3. 41%, 4. 21,5%, 5. 2,5%. Estadificación TNM patológica: 0. 18%, I. 33%, II. 21%, III. 21%. En cuanto al seguimiento: libre de enfermedad 90 (83%), recidiva loco-regional 2 (2%), persistencia de la enfermedad 2 (2%), desarrollo de metástasis 12 (11%), exitus 2 (2%).

**Conclusiones:** Nuestra serie se caracteriza por un estadio localmente avanzado (EIII 75%), que motiva neoadyuvancia en casi el 90% de los casos. La cirugía es realizada por cirujanos expertos con especial dedicación. La vía laparoscópica ha mostrado resultados excelentes. Se conservan esfínteres en el 77% pero con un 5% de Hartmann por edad avanzada o incontinencia previa. La calidad de la resección es excelente, con una mortalidad postoperatoria de 0%. La morbilidad es considerable, en cuanto a infección del sitio quirúrgico perineal. La dehiscencia es baja, pero es difícil de precisar con exactitud ya que algún caso puede solaparse con formas de presentación como abscesos pélvicos (10%), con mínima repercusión clínica y fácilmente tratables de forma conservadora. A medio plazo, a falta de mayor seguimiento, los resultados son buenos, con un 2% de recidiva local.

### O-305. PRUEBA DE NIVEL BASAL DE LA PRÁCTICA DE SUTURA LAPAROSCÓPICA INTRACORPÓREA EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL

M.A. Sánchez-Hurtado<sup>1</sup>, J.M. Asencio Pascual<sup>2</sup>, S. Enciso Sanz<sup>1</sup>, I. Díaz-Güemes<sup>1</sup>, J.A. Fatás Cabeza<sup>3</sup>, A.M. Matos-Azevedo<sup>1</sup>, L. Correa-Martín<sup>1</sup> y F.M. Sánchez-Margallo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

**Objetivos:** La cirugía laparoscópica colorrectal se considera la subespecialidad más avanzada en cirugía digestiva. La sutura intracorpórea en laparoscopia es un recurso necesario para solventar posibles iatrogenias durante estos procedimientos. Nuestro objetivo principal ha sido averiguar, de forma genérica, el nivel en sutura intracorpórea de los asistentes al Curso de Cirugía Laparoscópica Colorrectal (de tipo avanzado) de nuestro centro, comparado con el nivel medio de cirujanos con experiencia acreditada en laparoscopia colorrectal y sutura laparoscópica intracorpórea. También se ha intentado averiguar si los conocimientos previos de sutura intracorpórea reportados por los asistentes se corresponden con el tiempo de ejecución esperado acorde a su nivel. De cumplirse estas premisas, se justificaría la inclusión de la práctica de sutura intracorpórea en cursos avanzados de este tipo.

**Material y métodos:** Veinticinco cirujanos participantes: 4 expertos (GE), 14 con conocimientos en sutura intracorpórea (GCI) y otros 7 sin conocimientos en sutura intracorpórea (GNI) reportaron sus habilidades en esta tarea al inicio del curso. Posteriormente todos recibieron una detallada demostración de la realización de un nudo intracorpóreo (de tipo cirujano) en simulador físico sobre una pletina de gomaespuma utilizada para prácticas de corte y sutura en la formación laparoscópica de nuestro centro. Dicho sistema dispone de líneas estandarizadas para la entrada y salida de la aguja. Una vez finalizado, todos los participantes realizaron individualmente la misma tarea, registrando el tiempo total en realizar un nudo intracorpóreo, desde el comienzo de colocación de la aguja hasta la realización del último anudado del punto. Para hallar diferencias significativas entre los registros de los tres grupos se utilizó la prueba paramétrica ANOVA con prueba *post-hoc* de Tukey. Nivel de significación  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** En las tablas se detallan los resultados medios de los tiempos de ejecución y la comparativa entre los tres grupos.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren la acertada inclusión de la sutura intracorpórea en el programa de formación en laparoscopia avanzada. Por otra parte la validez de los resultados se interpreta con cautela en cuanto que el parámetro de rapidez (tiempo) no debe correlacionarse necesariamente con la calidad del mismo. Además, el hecho de basar los grupos en la estimación de los alumnos puede haber influido en la elevada diferencia de rangos en los registros de GCI y GNI.

### O-306. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LAS VENTAJAS DE LA EXTRACCIÓN TRANSANAL FRENTE A TRANSEMBILICAL DURANTE HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA POR PUERTO ÚNICO

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** Las ventajas del abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la patología colónica han sido ampliamente demostradas: me-

Tabla 1. (O-305)

	GE vs GNI	GE vs GCI	GCI vs GNI
ANOVA de tiempos según grupos (segundos)	58 ± 6,4 vs 553 ± 235	58 ± 6,4 vs 353 ± 166	353 ± 166 vs 553 ± 235
p	0,02	0,01	0,058
	GE	GCI	GNI
Rango de tiempos (segundos) de cada grupo	52-67	120-694	270-960

nor dolor e íleo postoperatorio, y acortamiento de la estancia hospitalaria. Series de casos realizados por puerto único están demostrando resultados similares a abordaje laparoscópico convencional. El problema de la cirugía por Puerto único es que con frecuencia, requiere aumentar la incisión en la pared abdominal para extraer de la pieza, lo que puede estar relacionado con un incremento de la morbilidad de la herida quirúrgica. Para reducir la agresión a la pared y la morbilidad asociada a esta, obteniendo a su vez mejores resultados estéticos, hemos recurrido a la vía anal para la extracción de la pieza de resección. El objetivo es analizar la morbilidad asociada a la herida quirúrgica en función de la vía de extracción de la pieza quirúrgica (transumbilical vs transanal).

**Material y métodos:** Presentamos una serie prospectiva de 27 pacientes sometidos a hemicolectomía izquierda a través de una incisión única transumbilical con un dispositivo tipo SILS sin trócares de apoyo. Este grupo de pacientes fueron divididos en función de la forma de extracción de la pieza: con extracción vía transanal (grupo 1-9 pacientes) y transumbilical (grupo 2-18 pacientes). En los pacientes en los que se realizó la extracción transanal se utilizó en 6 casos con un dispositivo Triport plus, dos con dispositivo Quardport plus y uno con bolsa.

**Resultados:** No existieron diferencias significativas entre los dos grupos en referencia a la edad (61,78 vs 65,6), BMI (24,78 vs 24,73), tiempo quirúrgico (121 minutos vs 124 minutos), pérdida de sangre (47,2 cc vs 119 cc), estancia hospitalaria (3,4 días vs 3,5 días), longitud de la pieza o resultados oncológicos (número de ganglios y margen libre de tumor). El tamaño medio de la incisión transumbilical fue significativamente menor en el grupo de la extracción transanal (25 mm vs 30,6 mm). La morbilidad asociada a la herida fue en 4 casos en el grupo de la extracción transumbilical (22,2%) (2 celulitis superficiales, 1 seroma y una eventración), mientras que no existió en ningún caso en el grupo en que se realizó la extracción transanal. Existieron asimismo 2 íleos paralíticos y un absceso intrabdominal, drenado de forma percutánea, en el grupo en el que se realizó la extracción transumbilical.

**Conclusiones:** La hemicolectomía izquierda por puerto único con extracción transanal es una técnica factible, reproducible, que puede ser llevada a cabo de manera segura y efectiva, pudiendo utilizarse en tumores benignos, malignos precoces y/o de tamaño reducido, con similares resultados desde el punto de vista oncológico. Evita la ampliación de la incisión transumbilical y su traumatismo durante la extracción, reduciendo la morbilidad asociada a la herida, ofreciendo un postoperatorio más confortable y evitando complicaciones en la pared abdominal y una disminución potencial del dolor postoperatorio. Estos datos deberán ser confirmados con series más extensas y ensayos clínicos aleatorizados.

### O-307. MANEJO QUIRÚRGICO PRIMARIO DEL PLASTRÓN APENDICULAR

G. Díaz del Gobbo, C. Ginesta, J. Sampson Dávila, X. Morales, M. Valentini, A. Martínez, R. Soliva, O. Vidal y J.C. García Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

**Introducción:** Tradicionalmente el tratamiento de los casos de apendicitis agudas evolucionadas en forma de plastrón ha sido conservador. El tratamiento quirúrgico inicial se limitaba a drenar abscesos no abordables percutáneamente y la apendicectomía se difería a un segundo tiempo, para realizarse bajo mejores condiciones locales y evitar lesiones viscerales. Hoy en día, con el auge de la laparoscopia, la actitud quirúrgica inicial ha aumentado. Esto permite apurar el diagnóstico, drenar abscesos y valorar la posibilidad de realizar la apendicectomía.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento de los pacientes ingresados con el diagnóstico de plastrón apendicular (PA).

**Material y métodos:** Se recopiló de forma prospectiva en una base de datos todos los casos de apendicitis aguda que se presentaron en el Departamento de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona. La unidad de cirugía de urgencias de este Hospital se encuentra altamente especializada al estar compuesta por 4 cirujanos con dedicación exclusiva a esta patología. El periodo del estudio está comprendido entre enero 2010 a junio 2011. En dicha base de datos se identificó a los pacientes que presentaban PA. El diagnóstico se realizó por exploración clínica, pruebas de imagen (eco-scanner) o intraoperatorio. Describimos el resultado de las variables demográficas, pruebas diagnósticas, el tratamiento, morbimortalidad, estancia postoperatoria y resultado de anatomía patológica.

**Resultados:** Durante el período de estudio se diagnosticaron 376 casos de apendicitis aguda. El PA representó el 5,58% (n = 21). La edad media de los pacientes fue  $57 \pm 19,7$  (25-83) años, distribución homogénea en cuanto a sexo (50% hombres-50% mujeres). ASA I 47,6% (n = 10), II 42,8% (n = 9), III 4,7% (n = 1). 23,8% (n = 5) como antecedente quirúrgico abdominal. 7 pacientes (33,3%) referían sintomatología de entre 12-36 horas de evolución, 4 (19%) de 37-72 horas y 10 (47,6%) de 3-7 días. El diagnóstico se realizó por ECO (n = 8), Scanner (n = 7), intra-operatorio (n = 8). Se operó a 20 pacientes (95% de los casos), siempre por laparoscopia, con 1 conversión por lesión intestinal. El tiempo quirúrgico medio de 84 min  $\pm$  26 (50-145). Se completa la apendicectomía en un 85% (n = 17) el resto (n = 3, 15%) se realizó lavado + drenaje. En el post-operatorio se presentó 1 absceso intra-abdominal, tratado de forma conservadora y la estancia post-operatoria media fue de 5.5 días  $\pm$  4.2 (2-19). El manejo conservador se realizó en 1 ocasión por elevadas comorbilidades. Ningún caso de muerte. La anatomía patológica evidenció 5,8% (n = 1) de apendicitis flegmonosa, 88,2% (n = 15) gangrenosa/perforada, 5,8% (n = 1) de adenocarcinoma.

**Conclusiones:** En unidades con elevada experiencia en el abordaje mínimamente invasivo y en la patología de urgencias, la valoración quirúrgica del PA mediante laparoscopia exploradora permite: drenaje de abscesos, valoración in situ de la posibilidad de completar la apendicectomía consiguiendo, de manera segura, el tratamiento definitivo.

### O-308. APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: COMPLICACIONES Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO SEGÚN LA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Coret Franco, U. Ponce Villar, A. Bañuls Matoses, F. Peiró Monzó, C. Rodero Astaburuaga, M.V. Planells Roig, J. Carbó López, F. Melo Escrihueta, C. Montesinos Melia y F. Caro Pérez

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía.

**Introducción:** La primera apendicectomía laparoscópica se realizó en nuestro servicio en 2002. Desde entonces y de forma progresiva este procedimiento se ha estandarizado como electivo, realizando en la actualidad 80% de las apendicectomías (115-120 anuales). Presentamos la experiencia de nuestro servicio de los últimos 10 años. Analizamos las complicaciones postoperatorias presentadas, así como el rendimiento diagnóstico de las pruebas de imagen de las que disponemos en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de 632 apendicectomías laparoscópicas durante los años 2002-2011 (de un total de 1.272 intervenidos de apendicectomía durante el mismo periodo). Se recogen las características clínicas de presentación, diagnóstico preoperatorio por imagen (ecografía y TC abdominal), tiempo de evolución, patología asociada, sexo y edad y estancia media. En el protocolo quirúrgico se recogen: número y tipo de trócares utilizados, hallazgos, otros diagnósticos evidenciados intraoperatoriamente, tiempos medios, drenajes, conversiones y sus causas. En cuanto a la complicaciones, se revisan las presentadas en el intra y postoperatorio inmediato, así como su modo de resolución. Se recogen asimismo las complicaciones en el seguimiento en la revisión mensual y la anatomía patológica definitiva.

**Resultados:** Se han intervenido mediante técnica laparoscópica un total de 632 pacientes (con diagnóstico preoperatorio de apendicitis), con una edad media de 46 años (rango: 12-89), y de los que 305 (48,25%) eran mujeres y 327 (51,74%) eran hombres. El diagnóstico por pruebas de imagen preoperatorio fue de (480 pacientes) con un rendimiento del 75%. Se confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda en 590 casos (93,35%) siendo en 42 casos (6,64%) otros diagnósticos (patología ginecológica 23 casos, ileítis 4, linfadenitis 2, apéndice normal 13). Se realizó conversión a cirugía abierta en 44 casos (6,96%) por incidentes intraoperatorios o dificultad técnica. El tiempo medio quirúrgico fue de 55 min. (20-150 min). Se registraron complicaciones postoperatorias en 64 casos (10,12%): la formación de abscesos: 14 casos (24,56%) fue la complicación más relevante, resolviéndose con drenaje radiológico en 7 casos, con tratamiento antibiótico en 6, y reinterviniéndose en 1 caso. Otras complicaciones registradas fueron: íleo postoperatorio: 12 casos, infección de herida: 12 casos (5 de ellos tras conversión), retención aguda de orina.: 3 caso, disbacteriosis post tto. antibiótico: 8 casos, sd. febril no filiado: 5 casos, vómitos: 10 casos. Mortalidad 0%. El tiempo medio de necesidad de analgesia fue de 2 días. El inicio de la ingesta se produjo a las 18h y la deambulacion a las 20h. La estancia media postoperatoria fue de 4 días. El control evolutivo de los

pacientes fue satisfactorio en un 85%, confirmándose el diagnóstico AP en 91%.

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia, la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la apendicitis aguda es un procedimiento diagnóstico-terapéutico que debe ser de elección. Aporta las amplias ventajas del abordaje mínimamente invasivo, permite una inspección completa de toda la cavidad abdominal y establecer un diagnóstico preciso con unos resultados óptimos en el tratamiento de dicha patología urgente.

### O-309. ¿MEJORA EL ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA HERIDA QUIRÚRGICA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y A LARGO PLAZO?

M. Socas-Macías, S. Morales-Conde, A. Barranco-Moreno, I. Alarcón del Agua, J. Cañete Gómez, A. Navas Cuellar, D. Bernal, J.C. Herrera, H. Cadet y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**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, húmeda, y en determinados casos "sucia", que podría conducir a un incremento de las complicaciones en el postoperatorio inmediato, sobre todo en aquellos pacientes con incisión trasumbilical, o al desarrollo de una hernia incisional a largo plazo.

**Objetivos:** Analizar el porcentaje de complicaciones postoperatorias inmediatas asociadas al abordaje por PU. Analizar el riesgo de desarrollo de una hernia incisional tras el abordaje por PU, al aplicar un "protocolo de cierre selectivo", basado en las características del paciente y la dificultad técnica que supone la aproximación de la fascia subyacente al ombligo.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a un abordaje por PU, con incisión transversa trasumbilical de 1,5 a 3 cm según el caso, tras limpieza sistemática en quirófano con betadine. Hemos aplicado el "protocolo de cierre selectivo" especificado en la tabla 1, con anclaje posterior del ombligo y cierre de la piel a puntos sueltos de vicryl rapid del 2/0. En todos aquellos pacientes, en los cuales no era posible el cierre directo de la fascia bajo visión directa, por obesidad o por su localización lateral, procedimos a colocar una malla de Ventral patch fijada a ambos lados del defecto fascial con puntos sueltos de polisorb del 1. Analizamos del porcentaje de complicaciones de la herida quirúrgica, tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo (seroma, hematoma, infección, hernia incisional).

**Resultados:** En nuestra serie de 211 pacientes intervenidos por PU (52 colecistectomías, 7 hernioplastias ventrales y 18 inguinales, 69 colectomías, 4 esplenectomías, 41 cirugías bariátricas y 20 misceláneas), con un seguimiento medio de 20 meses, hemos tenido un total de 6 seromas resueltos de forma conservadora (2,8% de la serie), y 5 infecciones de herida quirúrgica (2,4% de la serie), 4 de ellas precisaron drenaje y curas posteriores. Todas las infecciones de herida y la mayoría de los seromas acacieron en pacientes intervenidos por patología colónica, lo que supone un 13% de morbilidad de la herida en este subgrupo de pacientes. Motivo que nos ha llevado a practicar la extracción transanal de la pieza de colon en los últimos 9 pacientes intervenidos, con un 0% de complicaciones asociadas a la herida en ellos. En el seguimiento a largo plazo, hemos tenido 3 casos de hernia post puerto único, 2 tras hemicolecistomía y 1 tras colecistectomía, en ninguno de ellos se empleó malla profiláctica. No han existido complicaciones asociadas al empleo de la malla profiláctica, ni a corto ni a largo plazo.

**Conclusiones:** Ni la realización de una incisión transumbilical ni el empleo de una malla profiláctica en el abordaje por PU, parecen incrementar

las complicaciones de la herida quirúrgica en el postoperatorio inmediato. El abordaje combinado tipo puerto único con extracción transanal minimiza las complicaciones asociadas a la herida en patología colónica. El empleo de malla profiláctica parece reducir el riesgo de desarrollo de una hernia pot- PU a medio-largo plazo.

### O-310. ¿TIENE SENTIDO EL ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA?

M. Socas Macías, S. Morales Conde, A. Barranco Moreno, I. Alarcón del Agua, J. Cañete Gómez, J.C. Herrera, G. Jiménez, M. Rubio, H. Cadet y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** El abordaje laparoscópico supuso una mejora sustancial en el postoperatorio inmediato de la cirugía bariátrica. El abordaje por puerto único, técnicamente más demandante, persigue disminuir la invasividad parietal del abordaje laparoscópico multiportal convencional, sin que se vean afectados sus resultados a corto ni a largo plazo. Sus beneficios teóricos son: la reducción del dolor postoperatorio y la mejora de los resultados estéticos.

**Objetivos:** Analizar los resultados tanto a corto como a largo plazo, de una serie de pacientes sometidos a cirugía bariátrica mediante puerto único, en manos de cirujanos laparoscopistas expertos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica mediante abordaje laparoscópico por PU, con incisión transversa trasumbilical. Indicación del abordaje por PU basada en la distancia xifumbilical (< 28 cm), el tipo de obesidad (periférica), y el IMC (< 50). Realización de una u otra técnica basada en el protocolo de nuestra unidad, siguiendo los mismos pasos estandarizados que en nuestro abordaje laparoscópico convencional. Con vistas a minimizar el riesgo de hernia post-puerto único en estos pacientes, colocamos una malla de Proceed Ventral Patch fijada a ambos lados del defecto con puntos sueltos de polisorb del 1. Analizamos del porcentaje de complicaciones generales y en relación a la herida quirúrgica, tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo.

**Resultados:** Total de 41 pacientes intervenidos por PU (1 banda gástrica, 20 bypass gástricos y 20 gastroplastias tubulares), 38 mujeres y 3 hombres, con una edad media 42,1 años. IMC medio de 42,6 con obesidad periférica predominantemente y distancia xifumbilical media de 21,7 cm. Dispositivo tipo SILS® empleado en el 85% de los casos, con empleo de instrumental articulado en mano izda y recto en la derecha en el 100% de los casos, con un porcentaje de conversión nulo. Ningún paciente precisó colocación de drenaje. Tamaño medio de la incisión al finalizar el procedimiento 2,7 cm. Tiempo medio operatorio 97 min, con una media de sangre aspirada de 15 cc. Estancia media hospitalaria de 3,2 días.

Como complicaciones mayores hemos tenido una colección intraabdominal/hematoma infectado tras gastroplastia tubular (2,4% del total), que se resolvió tras drenaje vía laparoscópica y una fuga en el PO inmediato de un bypass gástrico (2,4% del total), resuelta igualmente tras reintervención vía laparoscópica (drenaje y colocación de yeyunostomía de alimentación), y posterior colocación de stent recubierto para su control definitivo. No mortalidad asociada en la serie. Hemos tenido únicamente un seroma (2,4% del total) como complicación local menor en relación a la herida quirúrgica. Sin que se haya presentado ninguna hernia post-puerto único a largo plazo, tras un seguimiento medio de 12 meses. Elevada satisfacción de los pacientes con los resultados estéticos obtenidos, con PSP similar al abordaje laparoscópico a los 12 meses.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico por puerto único, aunque técnicamente demandante, es factible y seguro en pacientes obesos mórbidos seleccionados, en manos de cirujanos expertos laparoscopistas, con unos resultados estéticos excelentes.

Tabla 1. (O-309)

Tipo de intervención por PU	Tamaño defecto	Tipo de cierre de fascia
Colecistectomía/Hernia inguinal	1,5 cm	Puntos sueltos bajo visión directa (Polisorb 1)
Hemicolecistomía/Esplenectomía	2-3 cm	Sutura continuabaja visión directa (PDS loop 1)
Cirugía bariátrica	2 cm	Ventral patch®
Eventración medial	1,5 cm	Ventral patch®

### O-311. INSERCIÓN LAPAROSCÓPICA DE CAPD. REVISIÓN Y RESULTADOS DE NUESTRA TÉCNICA

L. García Bruña, I. Badiola Bergara, E. Tobalina Aguirrezábal, A. Emaldi Abasolo, E. Las Navas Muro, D. Gómez Domínguez y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

**Introducción:** La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad ambulatoria eficaz de tratamiento sustitutivo renal (TSR). Las complicaciones por malfunción del catéter pueden afectar a la eficiencia de la DP. En los últimos años, diversas técnicas laparoscópicas pretenden minimizar las complicaciones y evitar o retrasar la conversión a hemodiálisis.

**Objetivos:** Revisar los resultados de nuestra técnica laparoscópica de inserción del catéter y compararlos con otras series publicadas.

**Material y métodos:** Análisis prospectivo de 52 pacientes consecutivos entre enero de 2007 y marzo de 2012. Tiempo de seguimiento medio: 22 meses.

**Resultados:** Se han realizado 58 implantes en 52 pacientes. De ellos, 14 (27%) presentaban cirugía abdominal previa y en 6 se realizó adhesiolisis laparoscópica. El tiempo quirúrgico medio fue de 35 minutos. No hubo incidencias intraoperatorias y la estancia media fue de 1,2 días. No hubo fugas de líquido peritoneal y las complicaciones fueron: hemorragia por orificio del catéter (1,9%), episodios de peritonitis/paciente-año: 0,20; infección local de catéter; 3,8%; obstrucción (5,7%); migración (5,7%). Tres catéteres fueron rescatados mediante relaparoscopia. Tasa de conversión a HD por malfunción mecánica: 7,6%. Durante el seguimiento hubo 5 éxitos por causas ajenas al programa de DP y 8 pacientes pasaron a trasplante renal. Se convirtieron a hemodiálisis (HD) 8 pacientes (15,3%). Supervivencia del catéter a un año y a dos años: 94,2% y 84,6% respectivamente.

**Conclusiones:** Nuestra técnica es segura y eficaz. Hemos podido incluir en el programa de DP a pacientes con abdomen complejo. La técnica laparoscópica aporta garantía de colocación correcta, evita lesiones viscerales y parece especialmente útil en el abdomen multioperado y en el rescate de catéter.

### O-312. ADRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL A TRAVÉS DE INCISIÓN ÚNICA. ESTUDIO PROSPECTIVO

O. Vidal Pérez, E. Astudillo Pombo, M. Valentini, G. Díaz del Gobbo, C. Ginesta Martí, J.J. Espert Ibáñez, L. Fernández-Cruz y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

**Introducción:** La adrenalectomía laparoscópica mediante la utilización de tres o más trócares es un procedimiento ampliamente utilizado en el tratamiento de las masas adrenales. Nuestro trabajo describe la experiencia inicial en cirugía laparoscópica a través de incisión única (SILS) para el abordaje transperitoneal de la glándula adrenal izquierda.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo entre abril 2010 y diciembre 2011 con los pacientes ingresados para tratamiento quirúrgico electivo de masas adrenales izquierdas, que aceptaron participar. Los pacientes fueron operados por cirujanos especialmente entrenados en este tipo de cirugía, utilizando la misma técnica quirúrgica en todos ellos. El único punto de entrada fue una incisión subcostal izquierda de 2,5 cm. Las variables recogidas de nuestras adrenalectomías SILS fueron comparadas con las de los pacientes operados con la técnica laparoscópica convencional durante el mismo periodo.

**Resultados:** Recogimos 23 pacientes en cada grupo. La intervención fue completada con éxito en todos los pacientes, sin requerir conversión a cirugía abierta en ninguno de los casos. El tiempo operatorio medio en el grupo SILS fue de 90 min y 80 minutos en el grupo de laparoscopia convencional ( $p = 0,179$ ). No observamos complicaciones intra ni postoperatorias. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en dolor postoperatorio, inicio de la ingesta oral, diagnóstico final (Conn, Cushing o tumores no funcionantes) ni en estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** La adrenalectomía izquierda SILS representa una alternativa segura, factible en pacientes seleccionados. Las ventajas clínicas, estéticas y funcionales deberán ser todavía demostradas. Reproducible a la laparoscópica convencional.

### O-313. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE INCISIÓN ÚNICA FRENTE A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Clerveus, A. Morandera Rivas, C. Moreno Sanz, M.L. Herrero Bogajo, C. Sedano Vizcaíno, C. Román Ortiz, J.S. Picazo Yeste y G. Tadeo Ruiz

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es comparar la eficacia y seguridad de la colecistectomía laparoscópica a través de incisión única frente a la colecistectomía laparoscópica convencional a través de una revisión sistemática de la literatura.

**Métodos:** Como fuente de información se utilizaron artículos originales encontrados en las bases de datos Embase, PubMed, Medline, ISI web of Science, Scopus, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CCTR) y Current Controlled Trials, entre 1985 y febrero de 2012. Se revisaron los resúmenes de comunicaciones de los congresos de las sociedades europea y americana de cirugía endoscópica (EAES – European Association of Endoscopic Surgery y SAGES – Society of American Gastrointestinal and Endoscopy for Surgeons respectivamente), entre los años 2006 y 2011. Para la revisión, se siguieron las recomendaciones del estándar PRISMA.

**Resultados:** Se extrajeron 1399 artículos usando una estrategia de búsqueda predefinida, y el resultado fue revisado por dos de los autores. Se seleccionaron 16 estudios aleatorizados, incluyendo 1.184 pacientes (604 en el grupo de colecistectomía laparoscópica a través de incisión única y 580 en el grupo control). No se encontraron diferencias significativas en la incidencia global de complicaciones entre ambos grupos (OR: 1,58 [0,92-2,72]), ni tampoco al estratificar las complicaciones utilizando la clasificación de Clavien-Dindo. El tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo de incisión única. No se encontraron diferencias en la incidencia de conversión a cirugía abierta, la estancia hospitalaria o el dolor postoperatorio. Los pacientes en el grupo de incisión única presentaron un mayor grado de satisfacción con el resultado estético.

**Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica a través de incisión única es una técnica segura en pacientes seleccionados. Son necesarios nuevos estudios, una vez superados el periodo de implantación y la curva de aprendizaje de este procedimiento, que analicen los posibles beneficios de esta técnica.

### O-314. COLECISTECTOMÍA A TRAVÉS DE INCISIÓN ÚNICA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

M.L. Herrero Bogajo, C. Moreno Sanz, A. Morandera Rivas, G. Tadeo Ruiz, C. Alhambra Rodríguez de Guzmán, M. Clerveus, C. Sedano Vizcaíno, A. López Sánchez, J. Cortina Oliva, M. Manzanera Díaz y J. Picazo Yeste

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

**Introducción:** Aunque la colecistectomía laparoscópica multi-incisión continúa siendo el estándar para el tratamiento de la colelitiasis sintomática, la aparición de tecnologías emergentes como la cirugía a través de incisión única y la necesidad de implantación con criterios de seguridad y eficacia muy estrictos, propiciaron el desarrollo de un programa para su utilización. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia con la colecistectomía laparoscópica a través de incisión desde su implantación en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Desde septiembre de 2009 comenzamos a seleccionar pacientes para este programa tras haber puesto a punto la técnica quirúrgica. Los criterios de inclusión fueron la presencia de colelitiasis sintomática no complicada, IMC < 40, ausencia de cirugía previa supramesocólica y riesgo anestésico ASA I-III. La colecistectomía se realizó a través de una incisión única con trocar multipuerto, óptica de 5 mm-0°/30°, pinza de agarre articulada y resto de instrumental recto convencional. Realizamos un estudio analítico de los resultados obtenidos con esta cohorte, tanto perioperatorios como postoperatorios, con un periodo de seguimiento mínimo de 6 meses y medio de 17 meses.

**Resultados:** Durante el periodo comprendido entre septiembre de 2009 y agosto de 2011, se realizaron 120 colecistectomías a través de incisión única. El 76% fueron mujeres (91 pacientes). La edad media fue de 49,27 años (rango 17-85). El IMC medio fue de 27,33 (16-39,10). El 50% (60 pacientes) fueron intervenidos en régimen de CMA. Se utilizaron métodos de asistencia en el 63% (76 pacientes) y la tasa de conversión fue del 10%.

El tiempo medio de colecistectomía fue de 70,76 ± 20,92 minutos con una estancia media de 21,6 ± 15 horas (rango 4-98). La mediana de intensidad de dolor postoperatorio al alta fue VAS = 2 (1-3), a las 24h VAS = 1 (0-2) y a la semana VAS = 0 (0-1). El seguimiento medio fue de 17 meses (7,5-32,8). Las complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica fueron 9 seromas (7,5%), 8 infecciones de herida quirúrgica (6,7%), y 8 eventraciones (6,6%). Con la introducción de una modificación técnica del cierre de la piel (44 pacientes) el número de complicaciones de la herida quirúrgica ha disminuido notablemente (9%, 4 pacientes), así como un único caso de eventración (2,3%). No existieron otras complicaciones relevantes. La mortalidad fue nula.

**Conclusiones:** La cirugía a través de incisión única es una técnica novedosa que ha demostrado ser eficaz, segura, factible, reproducible y aporta todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva en pacientes seleccionados. Sin embargo, será necesario validar la técnica frente a la colecistectomía laparoscópica convencional, como actual gold estándar, mediante estudios prospectivos.

### O-315. DOLOR POSTOPERATORIO Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TIPO TEP FRENTE A LA REPARACIÓN PROTÉSICA TIPO LICHTENSTEIN

M. Planells Roig, U. Ponce Villar, J.M. Bolufer Cano, A. Coret Franco, J. Seguí Gregori, A. Bañuls, F. Peiró, J. Carbó, C. Montesinos, M. Díaz y F. Caro

Hospital Francesc de Borja de Gandía, Gandía.

**Objetivos:** analizar las diferencias en dolor percibido (DP) y en limitación de movilidad (LM) en pacientes sometidos a cirugía electiva de hernia inguinal mediante reparación protésica abierta (grupo LICH) y pacientes sometidos a reparación protésica preperitoneal laparoscópica (grupo TEP).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo aleatorizado de 36 pacientes, varones, consecutivos sometidos a cirugía electiva por hernia inguinal primaria unilateral. Todos los pacientes fueron intervenidos por 2 cirujanos expertos y en régimen de cirugía ambulatoria. En los pacientes del grupo LICH, se practicó reparación tipo Lichtenstein con malla de polipropileno fijada con material reabsorbible de 3/0. Los pacientes del grupo TEP fueron intervenidos con reducción de saco y lipoma y malla preperitoneal subfunicular y retroepigástrica sin uso de tackers o adhesivos. Los pacientes fueron instruidos para cumplimentar un cuestionario en relación a dolor postoperatorio (DP) y limitación en la movilidad (LM) en función de determinadas actividades y en relación a la intensidad de los mismos, el mismo día de la intervención, del día 1 al 10º postoperatorio y semanalmente hasta completar los 30 días de revisión postoperatoria.

**Resultados:** La edad de los pacientes fue similar en los 2 grupos: 48,9 (9,6) en el grupo LICH (n = 20) y 48,1 (14,1) en el TEP (n = 16). En la tabla se muestran los resultados en función de los diferentes tipos de actividad en función de 2 periodos: periodo I: días postoperatorios 1 a 10 y periodo 2, días 11, 17, 24 y 31. Se utilizó como test estadístico el de medidas repetidas, considerándose significativo p < 0,06.

**Conclusiones:** Aun sin alcanzarse diferencias significativas en el primer periodo postoperatorio el TEP muestra valores inferiores de repercusión en DP y LM. En el 2º periodo postoperatorio el TEP muestra diferencias significativas con el LICH en algunos dominios analizados y mantiene la tendencia a ser mejor tolerado que el LICH. EN conclusión la hernioplastia tipo TEP muestra menor repercusión y dolor que la LICH.

### O-316. COLELITIASIS SIMPLE. LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL O ABORDAJE TRANSUMBILICAL (SILS)

J. Sampson, O. Vidal, J.J. Espert, A. Martínez, L. Martínez de la Maza, D. Saavedra, G. Benarroch y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

**Introducción:** La colecistectomía laparoscópica mediante la utilización de tres o más trócares es un procedimiento ampliamente utilizado en el tratamiento de la coledolitiasis sintomática. La utilización de cirugía con una sola incisión transumbilical (SILS) esta irrumpiendo con fuerza como alternativa al abordaje convencional y representa el siguiente paso en el desarrollo de la "cirugía mínimamente invasiva".

**Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo entre 2009 y 2011 con los pacientes ingresados para tratamiento quirúrgico electivo de coledolitiasis simple, que aceptaron participar. Los pacientes fueron operados por cirujanos especialmente entrenados en este tipo de cirugía, utilizando la misma técnica quirúrgica en todos ellos. Las variables recogidas de nuestras colecistectomías SILS fueron comparadas con las de los pacientes operados con la técnica laparoscópica convencional durante el mismo periodo.

**Resultados:** Realizamos un total de 120 colecistectomías SILS y las comparamos con 120 colecistectomías convencionales. La intervención fue completada con éxito en todos los pacientes. El tiempo operatorio medio en el grupo SILS fue de 45 min. Observamos menor incidencia de hernia incisional en el grupo SILS con respecto a la intervención quirúrgica convencional (p. 0,046). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las otras variables estudiadas.

**Conclusiones:** La colecistectomía SILS representa una alternativa segura, factible y representa una alternativa reproducible a la laparoscópica convencional.

### O-317. INNOVACIÓN EN ROBÓTICA LAPAROSCÓPICA: EVALUACIÓN EXPERIMENTAL DE UN NOVEDOSO INSTRUMENTAL LAPAROSCÓPICO ARTICULADO Y MOTORIZADO (KYMERA™)

F.M. Sánchez Margallo, J.A. Sánchez Margallo y A. Carrero Gutiérrez

Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres.

**Objetivos:** Este trabajo pretende evaluar la factibilidad y seguridad terapéutica de la colecistectomía y funduplicatura de Nissen laparoscópicas por incisión única realizadas con un novedoso sistema de instrumental articulado y motorizado en su extremo (Kymerax™, Terumo Europe N.V., Alemania), en un modelo porcino.

Tabla 1. (O-315)

Variable	Periodo I	p	Periodo II	
DP-reposo (TEP vs LICH)	7,5 (3,5)/10,4 (6,3)	ns	1,0 (1,4)/3,2 (2,4)	0,012
DP-levantarse cama	11,9 (5,4)/13,3 (7,6)	ns	1,8 (1,9)/3,3 (2,8)	ns
DP-calzarse	11,5 (7,2)/14,1 (9,6)	ns	2,3 (2,0)/3,8 (3,3)	ns
DP-levantarse silla	10,1 (5,4) 11,9 (7,8)	ns	1,7 (1,8)/3,0 (2,6)	ns
DP-levantarse sillón	11,5 (4,9)/14,0 (7,9)	ns	2,2 (1,9)/3,9 (4,1)	ns
DP-AVD	15,0 (15,0)/13,3 (9,1)	ns	2,8 (4,3)/3,8 (4,1)	ns
DP-caminar	9,9 (4,4)/12,0 (7,7)	ns	1,6 (1,6)/3,7 (3,5)	0,050
DP-subir escaleras	10,8 (3,9)/13,1 (11,4)	ns	1,7 (1,8)/4,1 (4,1)	ns
DP-inguinal	10,9 (6,0)/13,3 (6,4)	ns	3,0 (2,5)/4,5 (2,8)	ns
LM-calzarse	12,5 (6,9)/16,2 (9,7)	ns	2,0 (2,3)/4,0 (3,4)	ns
LM-levantarse silla	10,8 (6,2)/12,2 (9,3)	ns	1,3 (1,3)/3,0 (2,5)	0,037
LM-levantarse sillón	10,7 (6,2)/13,0 (9,1)	ns	1,6 (1,4)/3,3 (3,1)	0,08
LM-AVD	10,5 (4,6)/15,0 (10,2)	ns	2,4 (3,8)/3,3 (3,4)	Ns
LM-caminar	10,0 (3,1)/11,1 (8,1)	ns	1,0 (1,2)/3,4 (2,9)	0,09
LM-subir escaleras	9,1 (4,1)/12,2 (11,2)	ns	1,3 (1,5)/3,4 (3,4)	0,05

**Material y métodos:** Empleamos cinco animales hembras de la especie porcina que fueron sometidos a la colecistectomía laparoscópica y funduplicatura de Nissen mediante un abordaje por incisión única (SILS, Covidien) colocado en la región supraumbilical, en la línea media abdominal, mediante una incisión de 3cm de longitud. Durante las maniobras quirúrgicas se empleó en la mano izquierda instrumental laparoscópico convencional y en la mano derecha el instrumental articulado (Kymorax™, Terumo), adaptándose al uso como portaagujas, tijeras o disector. Durante la cirugía se registraron los tiempos quirúrgicos y la presencia de complicaciones. Los cirujanos validaron subjetivamente el novedoso dispositivo mediante un cuestionario. Los animales fueron eutanasiados tras la intervención, realizándose los estudios postmortem. La calidad de la disección y sutura intracorpórea y anudado fueron evaluados mediante un sistema de puntuación.

**Resultados:** Durante el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos no se registró ninguna complicación relevante. En la valoración subjetiva de las pinzas los cirujanos afirmaron que el sistema de rotación de la punta facilita la sutura en el abordaje por incisión única. Se destacó la importancia de visualizar el extremo del instrumental y la necesidad de un entrenamiento previo para habituarse a su manejo. Durante la necropsia se apreció que la calidad de la sutura fue inferior a la registrada por abordaje laparoscópico convencional de estudios previos.

**Conclusiones:** La colecistectomía y funduplicatura de Nissen por incisión única realizadas con el sistema de instrumental articulado y motorizado es una técnica factible y segura. Este instrumental permite resultados funcionales similares al instrumental tradicional aunque precisa de un entrenamiento previo y no proporciona ventajas en el tiempo quirúrgico en comparación con la laparoscopia convencional. Más estudios son necesarios para determinar el alcance exacto de esta nueva tecnología en el campo de la cirugía mínimamente invasiva.

### O-318. LAS EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS Y LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA: RESULTADOS DE UNA AUDITORÍA MULTICÉNTRICA EN LA REGIÓN DE LOMBARDÍA-ITALIA

F. Roscio, C. Bertoglio, A. de Luca e I. Scandroglia

Hospital Galmarini, Lombardía, Italia.

**Objetivos:** Para evaluar la prevalencia de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de las emergencias quirúrgicas abdominales en la región de Lombardía-norte de Italia.

**Material y métodos:** En nombre de la Asociación Italiana de Cirujanos del Hospital (ACOI), se llevó a cabo una revisión de la práctica de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de las urgencias abdominales a

través de un cuestionario en línea a los 80 jefes de los principales servicios de cirugía en Lombardía, la región italiana con el mayor sistema de salud, con 9.032.554 habitantes, alrededor de 110 hospitales y cerca de 150 unidades de cirugía. La primera parte del estudio se basó en el tipo de estructura de urgencia/emergencia de cada hospital, el volumen de trabajo quirúrgico, con especial referencia a la práctica de la laparoscopia, y la autonomía de los cirujanos en el tratamiento laparoscópico de la enfermedad en caso de emergencia. La segunda parte del cuestionario se refieren específicamente a las urgencias abdominales más comunes: apendicitis aguda, colecistitis aguda, la perforación gastroduodenal, diverticulitis aguda, obstrucción intestinal. Para cada enfermedad, los encuestados se les preguntó sobre el número de casos tratados por laparoscopia, la autonomía de su equipo, el tiempo y la motivación de la conversión laparotómica. Para la diverticulitis aguda se han tenido en cuenta las clases de Hinchey 2b, 3 y 4, para cada clase se estudiaron opciones laparoscópicas.

**Resultados:** 52 instituciones (65%) participaron, de los cuales 17 (32,7%) con el servicio de urgencia, 23 (44,2%) con el Departamento de Emergencias (DEA) de primer nivel y 12 (23,1%) con el DEA de segundo nivel, lo que representa 550 cirujanos (media 10,7; rango 3-34), para un total de 55943 cirugías electivas al año (media 1079,5; rango 400-2500) y 11864 operaciones de emergencia al año (media 228, 1; rango 20-600). El porcentaje de trabajo realizado con la técnica laparoscópica fue de 29,2 ± 16,0% en electivo y 26,6 ± 19,0% en la urgencia. El número de cirujanos considerados autónomos en la práctica laparoscópica fue de 46,5 ± 21,3% en electivo y 37,1 ± 17,8% en la urgencia. La tabla muestra los principales resultados divididos por la enfermedad.

**Conclusiones:** En nuestra región, la cirugía mínimamente invasiva es bastante generalizado en el tratamiento de urgencias quirúrgicas abdominales. El uso de la técnica laparoscópica para el tratamiento de la colecistitis y apendicitis aguda es ahora rutinario, mientras que un abordaje mínimamente invasivo de las perforaciones gastroduodenales, diverticulitis aguda y oclusiones intestinales no es tan común.

### O-319. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER GÁSTRICO: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 9 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Roig García, E. Artigau Nieto, F. Olivet Pujol, J.I. Rodríguez Hermosa, J. Gironés Vila, M. Puig Costa, J. Gil García, A. Ranea Goñi y A. Codina Cazador

Hospital Doctor Trueta, Girona.

**Introducción:** Se presenta la experiencia de nuestra unidad de cirugía esófago-gástrica en la aplicación de cirugía laparoscópica en el cáncer gástrico. Se valoran los resultados prospectivos de nuestra serie.

Tabla 1. (O-318)

Principales resultados divididos por la enfermedad					
	Apendicitis aguda	Colecistitis aguda	Perforación gastroduodenal	Diverticulitis aguda	Obstrucción intestinal
Tratamiento laparoscópico (%)	56,7 ± 35,5	78,1 ± 26,2	43,0 ± 37,2	H2b: 30,5 ± 32,0 H3: 19,5 ± 27,0 H4: 7,5 ± 15,1	16,3 ± 21,1
Autonomía de los cirujanos en laparoscopia (%)	54,2 ± 28,2	51,8 ± 23,9	31,3 ± 22,2	23,5 ± 15,1	23,1 ± 19,1
Tasa de conversión (%)	8,0 ± 8,9	9,6 ± 9,0	15,5 ± 21,2		35,4 ± 23,2
Conversión por razones técnicas (%)	34,3	28,5	44,1		40,8
Conversión por razones anatómicas (%)	65,7	71,5	55,8		59,2
Tiempo de conversión					
Dentro de los 30 minutos (%)	71,2	40,3	73,1		76,9
30-60 minutos (%)	26,9	50	25		23,1
Más de 60 minutos (%)	1,9	9,6	1,9		/
Tipo de cirugía laparoscópica					
Laparoscopia y drenaje (%)				H2b: 80,7 H3: 38,4 H4: /	
Resección laparoscópica de colon y anastomosis (%)				H2b: 13,5 H3: 13,5 H4: 9,6	
Resección colónica laparoscópica, anastomosis y ileostomía (%)				H2b: 5,8 H3: 32,7 H4: 11,5	
Hartmann por vía laparoscópica (%)				H2b:/H3: 15,4 H4: 78,8	

**Métodos:** De la serie se ha evaluado los siguientes parámetros: datos epidemiológicos, localización tumoral, resultados anatomopatológicos, técnica quirúrgica, número de conversiones, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, supervivencia y mortalidad.

**Resultados:** Se presenta una serie de 118 pacientes (77 hombres y 41 mujeres) con cáncer gástrico resecable intervenidos desde diciembre de 2002 hasta diciembre de 2011. La edad media ha sido de 65 años (32-85). La localización tumoral ha sido: 6 en cardias, 5 en fundus, 4 en fundus y cuerpo, 33 en cuerpo, 15 en antro y cuerpo, 40 en antro, 12 en la boca anastomótica y 3 en la totalidad del estómago. La estadificación tumoral ha sido: 22 pacientes estadio Ia, 30 estadio Ib, 17 estadio II, 30 estadio IIIa, 16 estadio IIIb y 3 estadio IV. Se ha realizado gastrectomía subtotal en tumores de antro gástrico y gastrectomía total en el resto de localizaciones. Se ha realizado linfadenectomía D2 completa en los tumores de antro y D1 ampliada (grupos 7, 8, 9 y 11 proximal) en el resto. Se han convertido a cirugía abierta un 16,9% de los pacientes. El tiempo medio de la cirugía ha sido de 288 minutos (DE 57). El número medio de ganglios extirpados por paciente ha sido de 29,6. La morbilidad ha sido del 33%, representando un 16% las relacionadas con la propia cirugía, se reintervinieron 14 pacientes (11,8%); la mortalidad postoperatoria a los 30 días fue de 4 pacientes (3,3%). La estancia hospitalaria media ha sido de 12 días (6-73). La supervivencia global de la serie es del 65,3% con un seguimiento medio de 29 meses, la recidiva se presenta en un 6,8% de los casos, siendo la más frecuente metástasis a distancia seguidas de la recidiva locoregional. La supervivencia libre de enfermedad es el 58,5%, se han perdido en el seguimiento un 10,2% de los pacientes.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestra serie son superponibles a los obtenidos por la cirugía abierta. En la actualidad el 87% de nuestros pacientes se intervienen por vía laparoscópica. Consideramos como técnica de elección la gastrectomía laparoscópica en unidades de cirugía esófago-gástrica con experiencia acreditada en cirugía mínimamente invasiva avanzada.

#### O-320. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE HIATO MEDIANTE APLICACIÓN DE MALLA SINTÉTICA BIOABSORBIBLE DE REFUERZO (GORE BIO-A®): RESULTADOS A 6 MESES DE UNA SERIE PRELIMINAR

C. Hoyuela, M. Trias, J. Ardid, L. Pulido, A. Martrat, S. Guillaumes, J. Obiols y J. Piulachs

Hospital Plató, Barcelona.

**Introducción:** La reparación de grandes hernias de hiato paraesofágicas o mixtas se asocia a una elevada tasa de recurrencia. El empleo de mallas no absorbibles para la reparación reduce la tasa de recidiva pero puede ocasionar graves complicaciones (disfagia, erosión, inclusión), que en algunos casos han llegado a requerir resecciones esofágicas para resolverlas. El empleo de una malla de refuerzo 100% absorbible sobre el cierre de pilares podría reducir las recurrencias al tiempo que evitaría los problemas asociados al uso de mallas irreabsorbibles.

**Objetivos:** 1. Describir los detalles técnicos de la reparación laparoscópica de la hernia de hiato paraesofágica mediante cierre de pilares y colocación como refuerzo, previa a la realización de la funduplicatura, de una malla sintética absorbible a largo plazo (con especial atención a las características de la malla, su colocación y su fijación). 2. Se analizan las complicaciones perioperatorias y los resultados tras un seguimiento mínimo de 6 meses.

**Material y métodos:** Desde febrero 2010 hasta octubre 2011 han sido intervenidos 7 pacientes -todas mujeres; edad 67,8 (50-80) años- por hernia de hiato de predominio paraesofágico (defecto hiatal mínimo > 5 cm). Todas ellas se abordaron por laparoscopia practicándose reducción del contenido herniario, resección del saco, cierre de pilares y refuerzo del mismo con malla sintética bioabsorbible (Gore Bio-A®). La malla siempre se fijó mediante puntos sueltos de sutura reabsorbible. En todas excepto una (portadora de gastrectomía tubular), se practicó una funduplicatura de Nissen corta y holgada, fijada a diafragma. Se ha empleado drenaje de forma sistemática.

**Resultados:** Tiempo quirúrgico: 130 (80-180) minutos. No se observaron complicaciones intra ni postoperatorias, ni cambios en el curso habitual de la cirugía atribuibles al uso de la malla. Estancia 3 (2-7) días. Seguimiento 6-27 meses. En todos los casos se ha realizado TEGD control a los seis meses, sin apreciar alteraciones en el tránsito ni signos de recidiva en ningún caso.

**Conclusiones:** El empleo de una malla de refuerzo absorbible parece una buena opción para reducir la tasa de recidivas en la reparaciones de grandes hernias hiatales evitando las potenciales complicaciones de las ma-

llas no absorbibles. La malla empleada en este caso, además, es de fácil manejo y colocación. Sin embargo, se precisa confirmar su eficacia en la reducción de recidivas mediante estudios a largo plazo.

#### O-321. ESPLENECTOMÍA POR INCISIÓN ÚNICA FRENTE A ESPLENECTOMÍA CON REDUCCIÓN DE PUERTOS. BUSCANDO LA MEJOR ALTERNATIVA A LA ESPLENECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL

E. Targarona Soler, F. Marinello, V. Turrado Rodríguez, N. Freixas López, A. Carrasquer Puyal, J.L. Pallarés Segura, C. Balagué Pons, J. Bollo Rodríguez, P. Hernández Casanovas y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Introducción:** La esplenectomía por laparoscopia es un abordaje aceptado para el tratamiento de diversas enfermedades hematológicas. En un esfuerzo por mejorar los resultados funcionales y estéticos, se han desarrollado nuevas técnicas y mejoras en el instrumental, con el fin de reducir la invasividad. La esplenectomía por puerto único (SPAS) hace hincapié en el concepto de cirugía a través de una pequeña incisión abdominal en vez del emplazamiento de múltiples trócares, con beneficios teóricos en la disminución del dolor y la mejor del resultado estético. La esplenectomía con reducción de puertos (RPAS) representa una opción híbrida entre la laparoscopia estándar y la SPAS, y hace posible llevar a cabo la operación utilizando menos trócares y de menor tamaño y tomando la cicatriz umbilical como puerto de entrada principal. El objetivo de este estudio es comparar los resultados clínicos de la esplenectomía laparoscópica (LS), SPAS y RPAS, así como analizar los resultados estéticos y la satisfacción del paciente.

**Material y métodos:** En este estudio prospectivo, comparativo, no aleatorizado incluimos pacientes que fueron esplenectomizados mediante laparoscopia convencional (Grupo I, (LS), N: 15), mediante cirugía por puerto único (Grupo II, (SPAS), N: 8), y por medio de cirugía con reducción de puertos (Grupo III, (RPAS), N: 10) entre junio de 2008 y febrero de 2012, en los que el peso final del bazo fuese menor de 500g. Se recogió la edad, sexo, IMC; diagnóstico y recuento plaquetario. Los parámetros de resultado analizados fueron el tiempo operatorio, la necesidad de trócares adicionales o la conversión a cirugía abierta, la pérdida de sangre, las transfusiones de sangre, el peso del bazo, el dolor postoperatorio (evaluado por medio del número de analgésicos (AINEs y opiáceos) requeridos), las complicaciones y la estancia postoperatoria. Para evaluar los resultados estéticos se contactó con todos los pacientes durante Marzo 2012 y se les pidió que rellenasen el Body Image Questionnaire (BIQ).

**Resultados:** Los tres grupos fueron comparables en términos de sexo, IMC, diagnóstico y recuento plaquetario; sin embargo, los pacientes en el grupo III fueron más jóvenes que en el grupo I. El tiempo operatorio fue significativamente superior en el grupo II comparado con los grupos I y III ( $83 \pm 19$  vs  $131 \pm 43$  vs  $81 \pm 22$  min, p: 0,01). No hubo necesidad de conversión a cirugía abierta ni a laparoscopia convencional en ninguno de los grupos, tampoco en el resultado intra o postoperatorio. No hubo diferencias entre los grupos en lo referente a los requerimientos de analgesia o el dolor postoperatorio. La encuesta de satisfacción fue completada tras un seguimiento medio de 17 meses (rango 2-45). Veintidós de los 33 pacientes respondieron al cuestionario. Todos los pacientes estaban muy satisfechos con el resultado estético de los tres procedimientos, con valores individuales inferiores a 2. Sin embargo, el índice de imagen corporal fue superior en los grupos II y III con respecto al grupo I. Pese a ello, no hubo diferencias entre el grupo II y el III ( $7,3 \pm 2,8$  vs  $5,8 \pm 1,3$  vs  $5,1 \pm 0,4$ , p < 0,02).

**Conclusiones:** RPAS es una buena alternativa a la LS o a SPAS. RPAS es un abordaje excelente que puede ser utilizado para otros procedimientos como adrenalectomía izquierda, pancreatoclectomía e incluso resección de algunos tumores gástricos y lobectomía hepática izquierda.

#### O-322. 417 ESPLENECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO? ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES PREDICTIVOS INTRA Y POSTOPERATORIOS

C. Rodríguez-Otero Luppi, E.M. Targarona, J.L. Pallarés, C. Balagué, A. Carrasquer, V. Turrado, N. Freixas, F. Marinello y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Introducción:** El acceso laparoscópico es el "gold standard" en esplenectomías, aunque todavía existen controversias en casos de esplenomega-

lia masiva y diagnóstico de malignidad. El objetivo de este estudio es el de identificar factores de riesgo en pacientes sometidos a esplenectomías laparoscópicas electivas en términos de complicaciones intra y postoperatorias.

**Material y métodos:** Se realizaron análisis univariado y multivariado de nuestra base de datos de 417 esplenectomías laparoscópicas electivas consecutivas realizadas en un período de 19 años. Se han valorado datos demográficos de los pacientes, indicaciones de la intervención, técnica quirúrgica realizada, complicaciones quirúrgicas y postoperatorias. Los resultados fueron analizados de forma retrospectiva.

**Resultados:** De los 417 pacientes intervenidos, un 93,4% de los mismos fueron completadas por vía laparoscópica, un 17% de los pacientes desarrollaron complicaciones postoperatorias, siendo las más frecuentes las de tipo hemorrágico (tipo III de la clasificación de Dindo-Clavien). El análisis univariado muestra que el desarrollo de complicaciones está relacionado con el sexo ( $M = 36/119$  vs  $F = 32/216$ ;  $p = 0,006$ ), la edad ( $52 \pm 16$  vs  $47 \pm 19$ ;  $p = 0,043$ ), el peso del bazo ( $1.186 \text{ g} \pm 1.369$  vs  $552 \text{ g} \pm 690$ ;  $p \leq 0,001$ ) y el diagnóstico de malignidad (Sí = 29/83 vs No = 39/246;  $p = 0,004$ ). También hemos observado que la necesidad de conversión a cirugía abierta está en relación con el sexo ( $M = 16/139$  vs  $F = 11/235$ ;  $p = 0,02$ ), la edad de los pacientes ( $56 \pm 18$  vs  $47 \pm 19$ ;  $p = 0,031$ ), el peso del bazo ( $1.795 \text{ g} \pm 1.708$  vs  $573 \text{ g} \pm 707$ ;  $p \leq 0,001$ ) y el diagnóstico de malignidad (Sí = 14/98 vs No = 13/272;  $p = 0,006$ ). Otros hallazgos fueron que el tiempo operatorio tiene una relación significativa estadísticamente con el peso del bazo ( $p \leq 0,001$ ) y el diagnóstico de malignidad ( $p = 0,001$ ), así como la estancia está relacionada con la edad de los pacientes ( $p \leq 0,001$ ), el peso del bazo ( $p \leq 0,001$ ) y el diagnóstico de malignidad ( $p = 0,023$ ). El análisis multivariado indicó que el tamaño del bazo, es un factor predictor independiente de alargamiento del tiempo operatorio, conversión a cirugía abierta, estancia prolongada y complicaciones postquirúrgicas ( $p < 0,05$ ). También demostró que el sexo es factor predictivo de conversión y el desarrollo de complicaciones ( $p < 0,05$ ). Otro análisis realizado fue la comparación de los primeros 50 casos con los últimos 50, donde hemos objetivado una clara disminución del tiempo operatorio (180 vs 84 minutos,  $p < 0,001$ ) y de complicaciones quirúrgicas.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio, reflejan claramente que la esplenectomía laparoscópica es una técnica factible, con una tasa de conversión similar a la colecistectomía u otros procedimientos laparoscópicos bien aceptados, ofreciendo una baja morbilidad y estancia hospitalaria. Además, refleja que el diagnóstico hematológico que motiva la intervención, tiene un gran impacto en los resultados quirúrgicos debido a su asociación a desajustes biológicos severos (plaquetopenia, anemia, etc.) o cambios anatómicos (esplenomegalia).

### O-323. ESPLENECTOMÍAS PROGRAMADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE RESULTADOS

I. Pulido Roa

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** El abordaje laparoscópico en la patología esplénica no traumática aporta importantes ventajas como disminución del dolor y la estancia postoperatoria, menor número de complicaciones infecciosas y mejoría del resultado estético. La esplenomegalia masiva (bazo superior a un kilogramo y veinte centímetros) y la hipertensión portal constituyen contraindicaciones relativas, pero no lo es la etiología neoplásica.

**Objetivos:** Analizar los resultados en esplenectomía programada en nuestro servicio, tanto por vía laparoscópica como convencional, con la intención de autoevaluarnos tomando como referencia los estándares internacionales.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo en base a las esplenectomías programadas realizadas en un período de catorce años en la UGC de Cirugía Digestiva del HRU Carlos Haya de Málaga. Las variables recogidas son: demográficas (edad, sexo, ASA), indicación quirúrgica, intraoperatorias (vía, necesidad de conversión, tiempo quirúrgico), estancia postoperatoria y morbimortalidad (morbilidad estratificada en función de la clasificación de Clavien). Estudio comparativo entre dos grupos en función de la vía de abordaje utilizada (laparoscópica versus convencional).

**Resultados:** Tamaño muestral de 106 pacientes. La vía de abordaje mayoritaria es la laparoscópica (61%). El sexo equiparable en ambos grupos, mientras la edad y el riesgo anestésico (ASA) es superior en el grupo convencional. La indicación quirúrgica predominante en el grupo convencional es la neoplásica y en el grupo laparoscópico los trastornos hematológicos

benignos, fundamentalmente la PTI; sin embargo, se observa en el período más reciente un aumento progresivo del abordaje laparoscópico también en la etiología neoplásica. No se ha recogido ninguna conversión. El tamaño del bazo es superior en el grupo convencional dado que la esplenomegalia masiva constituye una contraindicación relativa del abordaje laparoscópico. El tiempo quirúrgico es también más prolongado en el grupo convencional. La estancia postoperatoria es superior y las complicaciones más frecuentes en el grupo convencional. La mortalidad recogida es nula.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico en la esplenectomía programada es una vía segura, con escaso mortalidad, menor estancia postoperatoria y mejoría del resultado estético. El abordaje convencional presente tiempos quirúrgicos y estancias postoperatorias superiores y mayor índice de complicaciones debido a la mayor complejidad de los casos respecto a edad, comorbilidad, etiología neoplásica y tamaño de la pieza quirúrgica. Es fundamental una correcta elección del la vía de abordaje en el diseño de la estrategia quirúrgica en función de factores relacionados tanto con el paciente como con la patología a tratar. Las infrecuentes o nulas conversiones indican una adecuada planificación. La recogida exhaustiva de datos es necesaria para evaluar la calidad de nuestra actividad diaria permitiéndonos diagnosticar puntos de mejora, optimizar los resultados y la comparativa intercentros (benchmarking).

## PÓSTERS

### P-182. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE INCISIÓN ÚNICA COMO PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

J. Sampson, O. Vidal, M. Pavel, M. Valentini, C. Ginesta, J. Martí, D. Saavedra-Pérez, J.J. Espert, G. Benarroch y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la experiencia de nuestro centro en la colecistectomía laparoscópica de incisión única (de sus siglas en inglés, SILS) como procedimiento de cirugía de corta estancia (24-72 horas).

**Material y métodos:** De manera prospectiva de enero 2009 a noviembre 2011, los pacientes remitidos a nuestra unidad de cirugía general para la realización de colecistectomía que cumplían criterios para cirugía de corta estancia fueron incluidos en el estudio, previo consentimiento informado. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico y con la misma técnica quirúrgica (colecistectomía SILS). Factores clínicos postquirúrgicos como el dolor postoperatorio y la náusea fueron evaluados mediante escala visual análoga en auto-cuestionarios, aplicados en la primera noche postquirúrgica y la mañana del alta hospitalaria.

**Resultados:** Un total de 150 pacientes (58% mujeres, media de edad 51 años) fueron evaluados. La colecistectomía SILS se llevó a cabo con éxito en todos los pacientes y en ninguno de ellos se requirió conversión a cirugía abierta. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las medianas de las escalas visuales análogas para dolor y náusea de los todos los pacientes en la noche postoperatoria y en la mañana del alta. La media para estancia hospitalaria fue de 22 horas, 98% de los pacientes estuvieron satisfechos con los resultados de la cirugía y repetirían este mismo abordaje para otras intervenciones.

**Conclusiones:** La colecistectomía SILS es una alternativa válida a la colecistectomía laparoscópica como procedimiento de cirugía de corta estancia, incluso como procedimiento de estancia de una noche. De acuerdo con estos resultados, la colecistectomía SILS podría ser incluida en los programas de cirugía de corta estancia.

### P-183. COLELITIASIS ABANDONADA EN LA CAVIDAD PERITONEAL

R. Saeta Campo, T. Blasco Segura, M. Rey Riveiro, J. Ferri Romero y F. Lluís Casajuana

Hospital General Universitario, Alicante.

**Introducción:** Una revisión de cuatro trabajos procedentes de distintas instituciones (Rice 1997, Díez 1998, Memon 1999, Tumer 2005), que conta-

biliza 7.129 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica, pone de manifiesto que en 11% de los pacientes se produjo perforación intra-operatoria de la vesícula biliar, con derrame de bilis y/o cálculos a la cavidad peritoneal, y que en 3% de los pacientes con perforación vesicular, se detectó alguna complicación derivada de los cálculos a corto o a largo plazo durante el seguimiento. Una búsqueda en Medline entre 1987 y 2003 (Woodfield 2004) de artículos con más de 500 colecistectomías laparoscópicas, que engloba un total de 18.280 pacientes, concluyó que se producía perforación vesicular en 18,3% y derrame de cálculos en 7,3%. Detectó una incidencia de cálculos abandonados en la cavidad peritoneal en 2,4%, y 27 pacientes presentaron complicaciones, que fueron más frecuentes en los pacientes con cálculos abandonados. Entre las complicaciones asociadas a la presencia de cálculos abandonados en la cavidad peritoneal cabe destacar: 1) abscesos intraperitoneales, de pared abdominal, torácicos, o retroperitoneales; 2) íleo biliar sin vesícula; 3) sospecha de tumor abdominal; y 4) supuración por trayecto fistuloso cutáneo.

**Caso clínico:** Mujer con antecedentes de hipertensión arterial, prótesis bilateral de cadera, valvuloplastia aórtica y arritmia completa por fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulante oral. Colecistectomía laparoscópica hacía 1 año en su hospital de zona. La paciente refería molestias abdominales y posteriormente lumbares, de 10 meses de evolución, que se habían intensificado en los últimos días coincidiendo con la aparición en región lumbar derecha de una tumefacción de 10 cm dura, dolorosa y sin signos inflamatorios agudos. Se había mantenido en todo momento afebril, aunque presentaba anemia y leucocitosis. La TAC abdominal objetivaba una gran colección limitada por el plano fascial toraco-lumbar y el espacio retroperitoneal, compatible con hematoma muscular con extensión retroperitoneal derecha. Fue remitida a nuestro centro para realizar embolización de un supuesto hematoma toraco-lumbar con extensión retroperitoneal. Antes de proceder a la embolización, se realizó una angio-TAC, que reveló la presencia de un absceso complejo con presencia de material radio-opaco en su porción declive. Se efectuó drenaje percutáneo de la colección, se administró antibióticos y, unos días después, se extrajeron cálculos del interior de la colección bajo anestesia general. La evolución posterior fue satisfactoria.

**Discusión:** Los cálculos biliares abandonados en la cavidad peritoneal durante la colecistectomía laparoscópica suponen un riesgo pequeño pero real de complicaciones a corto y largo plazo. El cirujano debe registrar las incidencias del procedimiento e informar al paciente de las posibles consecuencias.

#### P-184. METÁSTASIS EN VESÍCULA BILIAR DE MELANOMA MALIGNO

E. Vicente, Y. Quijano, F. la Puente, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, R. Caruso y G. Potdevin

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

**Introducción:** Las metástasis en la vesícula biliar son infrecuentes, siendo el melanoma maligno (MM) el tumor que con mayor frecuencia metastatiza a este nivel (50-65% de todas las metástasis en la vesícula biliar).

**Caso clínico:** Mujer de 46 años sin antecedentes de interés, salvo MM en antebrazo derecho intervenida 2 años antes (estadio Clark III y Breslow 3,3 mm) con ganglio centinela en la axila derecha negativo. En las revisiones refiere molestias en hipocondrio derecho, se realiza una ecografía abdomen detectando una vesícula biliar no litiasica, con una imagen poliploide en su pared de aspecto solido de 15 mm. El tac abdomen confirma estos hallazgos, mientras el PET tac releva una captación positiva en la vesícula biliar con un SUV de 2,3. Antes la sospecha de metástasis única de MM se decide realizar colecistectomía laparoscópica sin incidencias. El resultado anatomopatológico confirma la presencia de metástasis de MM en la pared anterior de la capa mucosa y muscular de la vesícula biliar. A 2 años de la intervención la paciente no ha presentado ni signos de recidivas locales ni sistémicas.

**Discusión:** Sólo el 2-4% de los pacientes con metástasis de MM a tracto digestivo serán diagnosticados y la principal localización es en el intestino delgado (35-67%), vesícula biliar (14-20%) colon (9-15%) y estómago (5-7%). A pesar de que la mayoría de la metástasis en la vesícula biliar es asintomática, la manifestación más frecuente es en forma de colecistitis aguda. En cuanto a las pruebas de imagen, el MM en la vesícula biliar, la ecografía es la prueba que con mayor frecuencia identifica esta entidad con una alta sensibilidad y especificidad, identificándola como una lesión poliploide de más de 1 cm de base y con vascularización visible con

eco-doppler. También se pueden identificar en TC abdominal como una lesión sólida o captación en PET-TC con FDG. Contrariamente al cáncer de vesícula, la metástasis de MM no parece estar relacionada a coledoclitiasis. Un aspecto que conlleva una gran controversia es la catalogación de un melanoma de la vesícula como primario o metastásico, encontrándose en la literatura diferentes opiniones al respecto. Cierto es que un paciente con antecedentes de MM y con los hallazgos clínico-radiológicos descriptos antes, debería sugerir la posibilidad de metástasis; mientras sin antecedentes de melanoma lleva a asumir un origen primario del mismo. El pronóstico del MM en vesícula biliar no es bueno con una supervivencia media de 8,4 meses; mientras el tratamiento quirúrgico, si es una metástasis única y la situación clínica del paciente lo permite, mejora la supervivencia hasta 24 meses. La colecistectomía por vía laparoscópica es la mejor opción ya que no parece estar indicada ninguna linfadenectomía.

#### P-185. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO GÁSTRICO POR VÍA LAPAROSCÓPICA CON AYUDA ENDOSCÓPICA

A. Ruiz Zafra, J. Valdés Hernández, L. Capitán Morales, J.C. Gómez Rosado, J. Galán Álvarez, J. Guerrero García y F. Oliva Mompeam

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Caso clínico:** Varón de 76 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y obesidad, que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de dos semanas de evolución así como fiebre de 48 horas. No presentaba náuseas ni vómitos. A la exploración clínica presentaba buen estado general, febril (38,8 °C), abdomen globuloso, levemente distendido, doloroso de manera difusa a la palpación más intenso en mesogastrio, con reacción de defensa abdominal involuntaria y signos de irritación peritoneal. En el estudio analítico se evidencia leucocitosis de 17.700 con neutrofilia de 93%, la PCR 44 mg/l y LDH 471 U/L, el resto de parámetros se encontraron dentro de la normalidad. En la TC abdominal de urgencias se apreció una imagen lineal hiperdensa compatible con espina de pescado que se localiza en tercera porción duodenal, atraviesa la pared del intestino y se asocia a imágenes de gas extraluminal y aumento de densidad en la raíz del mesenterio compatible con perforación, sin evidencia de líquido ni aire libre en otras áreas del abdomen. Así como coledoclitiasis sin signos de colecistitis aguda. El resto sin alteraciones significativas. Tras la valoración por el servicio de cirugía general se decide realizar intervención quirúrgica urgente con ayuda del servicio de endoscopia. Se procede a realizar una laparoscopia exploradora identificando región inflamatoria en 2ª y 3ª porción duodenal sin llegar a identificar la causa. Mediante gastroscopia se localiza el cuerpo extraño cercano al ángulo de Treitz a unos 110 cm desde arcada dentaria, con el enteroscopio se libera y se deja en cavidad gástrica, donde se le entrega al laparoscopista que tras realizar gastrostomía con bisturí armónico lo extrae con endobolsa.

**Discusión:** La ingesta de cuerpos extraños es un gesto común en la población general, siendo más frecuente en pacientes psiquiátricos, con retrasos mentales o en presos. En un 80% de los casos se resuelve de manera espontánea, y en caso de ser necesaria actuación para su extracción, en un 63-76% se resuelve mediante endoscopia y en un 12-16% por cirugía, con unas tasas de mortalidad bajas. Impactaciones, perforaciones u obstrucciones, ocurren en angulaciones del tracto GI, circunstancias como cirugía previa del tracto GI o malformaciones incrementan el riesgo. Cuerpos afilados, huesos, clips, imanes, y blister de pastillas incrementan el riesgo de perforación. En aquellos casos en los cuales es necesaria la cirugía para su resolución, la laparoscopia se ha mostrado una técnica eficaz frente a la cirugía abierta, con menor estancia hospitalaria, menor tiempo operatorio y menos complicaciones postoperatorias, así como mayor tiempo operatorio, menor riesgo de infección y mínima incisión.

#### P-186. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

C. Fortea Sanchis, P. Priego Jiménez, D. Martínez Ramos, G.A. Paiva Coronel, R. Queralt Martín, A. Villarín Rodríguez, J.M. Daroca José y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana.

**Objetivos:** Estudiar el papel de la laparoscopia en el tratamiento de la oclusión intestinal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de oclusión intestinal e intervenidos mediante abordaje laparoscópico, desde el 1 de enero de 2008 hasta el 30 de marzo de 2012. Las distintas variables empleadas para el presente estudio fueron: edad, sexo, etiología de la oclusión, cirugías previas, evolución clínica, realización del neumoperitoneo, uso de incisión de asistencia, tiempo anestésico, tasa de conversión, días de estancia postoperatoria y los necesarios para la tolerancia a líquidos, complicaciones.

**Resultados:** En total 23 pacientes fueron intervenidos con la sospecha clínica de oclusión intestinal, 14 mujeres (61%) y 9 hombres (39%), con una mediana de edad de 65 años (rango 21-92). La etiología de la oclusión fue en 11 casos debida a bridas, 3 a cuerpos extraños, 2 a hernias de la pared abdominal, una hernia interna, 2 por íleo biliar, una secundaria a un bezoar y 3 por otras causas. Catorce pacientes (61%) presentaban cirugías previas, 12 de ellos mediante laparotomía y 2 con abordaje laparoscópico. El neumoperitoneo se obtuvo en 18 casos mediante abordaje abierto, en 4 casos con aguja de Veress y en uno con Visiport. En 8 (35%) de ellos el abordaje fue totalmente laparoscópico, en 8 (35%) fue necesaria la realización de incisiones de asistencia, y en 7 (30%) se decidió la conversión a cirugía abierta. La incisión de asistencia fue necesaria en todos los casos en los que se requirió resección intestinal o extracción de distintos cuerpos extraños, cálculos biliares o bezoares. La conversión fue debida en 5 casos a gran dilatación de asas, a sangrado en un caso y a adherencias densas en otro caso. En cuanto al tiempo anestésico la mediana fue de 90 minutos (55-165). La mediana de estancia postoperatoria fue de 6 días (3-72) y de la tolerancia de líquidos de 3 días (1-10). Aparecieron complicaciones médicas en 7 pacientes siendo la más frecuente la infección de la herida quirúrgica en 4 casos. En ningún caso se provocaron enterotomías iatrogénicas. Se reintervino a un paciente por evisceración. Con una mediana de seguimiento de 10 meses, sólo apareció una recidiva que no requirió reintervención.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de la oclusión intestinal es seguro en manos de cirujanos expertos, sin embargo aún se mantiene una alta tasa de conversión a cirugía abierta.

#### P-187. PSEUDODIVERTICULOSIS YEYUNAL SECUNDARIA A OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA POR BRIDAS

J. López Monclús, J. González González, M. Artés Caselles, J. Gómez-Durán Michi y A. Sánchez Movilla

Hospital Universitario de Madrid Montepíncipe, Madrid.

**Introducción:** La diverticulosis de intestino delgado es una entidad poco frecuente y generalmente asintomática. La mayor parte de los divertículos duodenal y yeyuno son pseudodivertículos y no divertículos congénitos verdaderos como el Meckel. Su fisiopatología sería similar a la de los divertículos de sigma, con una herniación mucosa a través de los orificios de entrada de la vasculatura mesentérica en la capa muscular por hiperpresión en la luz del intestino delgado. Presentamos un caso de diverticulosis yeyunal secundaria a obstrucción intestinal crónica por bridas.

**Caso clínico:** Varón de 75 años de edad con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía abierta y colecistectomía laparoscópica. Cuadro de plenitud posprandial y vómitos de dos años de evolución, con miedo anticipatorio a la ingesta y pérdida de 10 kilos de peso. Se realiza TAC abdominal que sugiere una posible hernia interna o brida a nivel ileal, por lo que se propone la realización de una laparoscopia exploradora. Durante la laparoscopia se revisa en su totalidad el intestino delgado desde la válvula ileocecal hasta el treitz; a 40 cm de este se observa bucle de yeyuno con adherencias firmes entre el tramo aferente y eferente. Proximalmente al bucle observamos una dilatación del yeyuno proximal con deformidad de su arquitectura, con presencia de digitaciones amplias sugestivas de pseudodivertículos en 20 cm de yeyunos. Se procede a extirpar a través de una minilaparotomía la zona afecta, realizando una anastomosis primaria. A la apertura de la pieza, se confirma la presencia de pseudodivertículos de boca ancha con un olor fecaloideo sugestivo de sobrecrecimiento bacteriano por estasis crónico. El paciente evoluciona de forma favorable, siendo dado de alta al quinto día postoperatorio sin desarrollar complicaciones. La sensación de plenitud y los vómitos desaparecen desde el postoperatorio inmediato. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de pseudodivertículos yeyunales.

**Discusión:** Los divertículos yeyunales son habitualmente pseudodivertículos por pulsión, con una fisiopatología similar a los divertículos sigmoi-

deos. Habitualmente son asintomáticos, pero en caso de dar la cara suelen producir cuadros de hemorragia, diverticulitis u obstrucción intestinal. En estos casos estaría indicado el tratamiento quirúrgico. En caso de tratarse de un hallazgo incidental, no estaría indicada su resección.

#### P-188. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA INVAGINACIÓN INTESTINAL DEL ADULTO

E. Raga Carceller, S. Blanco Blasco, M. Vives Espelta, M. Sociás Seco, M. París Sans, F. Buils Vilalta, L. Piñana Campón, F. Sabench Pereferer, M. Hernández González y D. del Castillo Déjardin

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

**Objetivos:** La invaginación intestinal en adultos es muy poco frecuente, correspondiendo a un 1% de todas las causas de obstrucción intestinal y descubriéndose en la mayoría de los casos una lesión tumoral en la cabeza de la misma. El diagnóstico preoperatorio es difícil a pesar de la utilización de las pruebas de imagen, y en muchas ocasiones, se realiza durante el acto quirúrgico urgente por oclusión, hemorragia o perforación. El abordaje laparoscópico se sigue encontrando en debate en este tipo de cuadros y su eficacia no siempre se ve demostrada en estos casos.

**Caso clínico:** Mujer de 49 años, con antecedentes patológicos de asma bronquial, hipertensión arterial, apendicectomía e hysterectomía, que acude a urgencias de nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal de predominio epigástrico, acompañado de cierre intestinal. Durante el estudio inicial se practica un TAC abdominal que informa de cuadro oclusivo por probables bridas. Se indica laparoscopia exploradora urgente. Se evidencia una invaginación yeyuno-ileal, procediéndose a su desinvaginación sin otras maniobras. La paciente fue dada de alta al séptimo día. Durante los meses posteriores la paciente refirió dolor abdominal tipo cólico más o menos intenso, hasta que al 9º mes de la intervención acude de nuevo al servicio de Urgencias presentando un cuadro de obstrucción intestinal. En las pruebas radiológicas realizadas, nuevamente se informa de una invaginación intestinal, que, una vez más, requirió una cirugía urgente. Se realizó nueva laparoscopia exploradora con desinvaginación de unos 30 cm de asa y resección de la misma al hallarse una tumoración subserosa responsable del cuadro, con anastomosis yeyunoileal laterolateral. La paciente evolucionó correctamente, con alta a domicilio al 8º día de la cirugía. Aunque en el estudio inicial de la pieza quirúrgica se apuntaba la posibilidad de un tumor estromal intestinal (GIST), el resultado definitivo se trató de un pólipo fibroide, con abundante componente inflamatorio de predominio linfocitario y presencia de células mesoteliales sin atipias.

**Discusión:** Aunque son evidentes las ventajas de la laparoscopia tanto en cirugía urgente como en electiva, en el caso presentado, la laparoscopia no demostró una eficacia superior a una laparotomía, al no poder evidenciarse por palpación la presencia de la tumoración intestinal responsable del cuadro. Como se ha comentado en la introducción, en muchas ocasiones, el diagnóstico de este tipo de cuadros es intraoperatorio, por lo que se deben reforzar todas las maniobras posibles, hasta identificar la etiología del cuadro, las cuales pueden verse limitadas por la laparoscopia. Es importante recordar que entre un 70 y un 90% de los casos de invaginación intestinal del adulto, tienen como causa una lesión neoplásica, por lo que, tanto si el abordaje se realiza por vía laparoscópica o laparotómica, siempre deberemos identificar la causa que lo produce.

#### P-189. HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA SIN NUDOS

E.E. Rubio González, R. Ortega, G. Supelano, V. García, M. Ortiz, P. Peláez, T. Butrón y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Introducción:** En el esfuerzo por reducir aún más si cabe, la agresión quirúrgica de la pared abdominal en cirugía laparoscópica (CL) se han desarrollado diferentes estrategias: miniinstrumentos, cirugía por orificios naturales, pura o híbrida, etc. En esta línea, numerosos grupos han optado por la CL a través de una incisión única (*single incision laparoscopic surgery* [SILS]), colectomía robótica, etc. La hemicolectomía derecha lapa-

roscópica sin nudos (HDLSN) puede ser una alternativa interesante en el futuro

**Caso clínico:** Mujer de 57 años, no fumadora, con sobrepeso sin otros antecedentes presenta anemia y es valorada por el servicio de Digestivo, tras el estudio de la misma es diagnosticada de neoplasia de colon derecho al menos carcinoma intramucoso. Tras el estudio de extensión donde se descarta enfermedad metastásica es valorada por anestesia (ASA II) y operada vía laparoscópica. La cirugía inició con una visión laparoscópica descartando enfermedad peritoneal, hepática o ganglionar. Posteriormente se realizó una hemicolectomía derecha oncológica. Ligadura de vasos colónicos con EndoGIA 60 (carga vascular). Sección de intestino delgado y colon con EndoGIA (carga azul). Anastomosis mecánica latero-lateral con EndoGIA 60 (carga azul). Se cerró el orificio con sutura V-Loc 90 2/0. Se extirpó la pieza por incisión de Pfannesstiel. El estudio anatomopatológico mostraba un adenocarcinoma cecal pT2 N0 (23 ganglios aislados negativos. La paciente es dada de alta a los 6 días de postoperatorio y en la actualidad se encuentra asintomática.

**Conclusiones:** La HDLSN puede incluso realizarse a través de una incisión única (SILS) con criterios oncológicos, reduciendo así el trauma parietal y con resultados iniciales comparables a la HDL ya sistematizada. Sin embargo, determinar sus potenciales beneficios en términos clínicos requiere futuros estudios comparativos con la cirugía laparoscópica convencional.

#### P-190. BAZO ITINERANTE CON TORSIÓN DE PEDÍCULO ESPLÉNICO TRATADO MEDIANTE ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

N. Farhangmehr Setayeshi, L. Giménez Alvira, J.L. Lucena de la Poza, A. Sánchez Ramos, K. Cuiñas León, E. Jiménez Cubedo, N. González Alcolea, M. Artes Caselles, M.D. Chaparro Cabezas, I. Alonso Sebastián y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

**Caso clínico:** Mujer de 25 años que acude a urgencias por crisis continuas de distensión y de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo continuo y constante que le dificulta deambulación y la sedestación y se modifica con la postura. En radiografía de abdomen se observa imagen de gas en hipocondrio izquierdo compatible con rotación gástrica y esplénica y una dilatación colónica leve. Se descarta patología infecciosa e inmunológica. En estudio hematológico presenta anemia ferropénica leve. Se le realiza gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos. TC de abdomen: esplenomegalia de 19 cm con infartos de pequeño tamaño, en probable relación con la torsión intermitente esplénica y que a su vez se relaciona con una malrotación gástrica que causa anomalía del vaciamiento gástrico. Se realiza laparoscopia asistida por la mano con hallazgo de torsión esplénica con dos vueltas completas del pedículo sobre sí mismo y esplenomegalia con evidencia de múltiples infartos. Postoperatorio sin complicaciones con alta el cuarto día. Anatomía patológica: esplenomegalia de 550 g fibrosis y congestión vascular en la pulpa blanca. Evolución postoperatoria con desaparición del dolor abdominal.

**Discusión:** El bazo itinerante es una entidad muy poco frecuente (< 0,2%). Parece ser que su origen es la ausencia del ligamento suspensorio esplénico como consecuencia de no fusionarse el mesogastrio dorsal a la pared abdominal posterior durante el desarrollo embriológico, lo cual hace que el pedículo esplénico sea extremadamente largo. Otra de las causas descritas es adquirida y se da en algunas mujeres multíparas por alteraciones hormonales que causan una laxitud de los ligamentos. El bazo itinerante se observa con mayor frecuencia en niños y mujeres jóvenes entre 20 y 40 años. La tríada clásica de diagnóstico es: 1) palpación de masa abdominal de forma ovoide; 2) movilidad en determinados ejes (movimientos no dolorosos en dirección hacia el hipocondrio izquierdo y dolorosos y limitados en cualquier otra dirección); y 3) resonancia de percusión en hipocondrio izquierdo. La sintomatología consiste en dolor abdominal recurrente debido a la tensión en el pedículo o torsión intermitente de los vasos esplénicos, que es causa de congestión venosa y esplenomegalia. Generalmente, el bazo itinerante no presenta anomalías analíticas, excepto por la pancitopenia ocasional causada por el hiperesplenismo. El tratamiento ideal es la esplenopexia salvo en casos de torsión, infarto y/o alteraciones del flujo, en los que se indica la esplenectomía.

#### P-191. NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO MANEJADO CON TRATAMIENTO CONSERVADOR. ESTUDIO A PROPÓSITO DE 2 CASOS

P. López Fernández, J.A. Martínez-Piñeiro Muñoz, A. Rivera Díaz, M. Hernández García, F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, L. Carrión Álvarez, P. Artuñedo Pe, A. Serrano del Moral, A. García Muñoz-Najar y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

**Introducción:** La presencia de aire en la cavidad abdominal sugiere en un 90% de los casos, una lesión abdominal por rotura de una viscera hueca, lo cual requiere una conducta quirúrgica inmediata. Sin embargo existen otras causas que pueden asociarse a dicho cuadro de diferentes orígenes: Están descritas causas respiratorias: enfisema, bullas, barotrauma asociado a ventilación mecánica, neumonía, asma; abdominales: como la neumatosiis quística intestinal y la infección por *Clostridium*; y ginecológicas como salpingooforitis por gérmenes productores de gas, poscoital.

**Casos clínicos:** Se presentan 2 pacientes: Caso 1: mujer de 18 años de edad sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal de horas de evolución y en ambos hombros desde el día anterior. Ritmo intestinal sin alteraciones, no vómitos, ni fiebre ni otra clínica. No refiere relaciones sexuales recientes ni ejercicio físico intenso los días previos. Exploración: hemodinámicamente estable y afebril. Buen estado general. Abdomen con mínimo dolor a la palpación sin defensa ni peritonismo. Pruebas complementarias: Analítica sin alteraciones. Rx tórax: Neumoperitoneo, no otras alteraciones. Se realiza TC abdomino-pélvico urgente con contraste IV en el que únicamente se observa neumoperitoneo extenso sin poder identificarse el origen de la perforación. Resto sin alteraciones. Se decide ingreso hospitalario y se realiza nuevo TC abdomino-pélvico con triple contraste: Persiste neumoperitoneo sin apenas cambios y sin objetivarse extravasaciones de gastrografía. La paciente se mantuvo asintomática, con buena tolerancia oral y afebril, por lo que se decide el alta hospitalaria. Caso 2: mujer de 83 años de edad, parcialmente dependiente, con antecedentes de síndrome de Ogilvie con varios cuadros obstructivos manejados de forma conservadora, FA anticoagulada, HTA, cardiopatía hipertensiva, ictus isquémico. Ingresó a cargo de M. Interna con cuadro pseudooclusivo de varios días de evolución con dolor y distensión abdominal. No vómitos ni alteración del ritmo intestinal. No fiebre. A la exploración: hemodinámicamente estable, abdomen distendido, blando y depresible, sin defensa ni peritonismo, no doloroso a la palpación. Pruebas complementarias: Rx abdomen: importante dilatación de asas. Analítica: PCR 23,5 mg/dL. Urea 181 mg/dL, creatinina 1,21 mg/dL. Resto normal. TC abdomino-pélvico con contraste IV: importante neumoperitoneo a descartar perforación de viscera hueca. Dilatación del marco cólico sin que se aprecie causa obstructiva. Moderado líquido libre supra e infra mesocólico. Derrame pleural bilateral. Tras varios días con tratamiento conservador, se realiza nuevo TC: Sin cambios significativos con respecto al previo, con neumoperitoneo que no ha disminuido. Persiste abundante líquido libre en abdomen y derrame pleural bilateral. Evolución favorable, con buena tolerancia oral. En TC de control a los 3 meses se comprueba desaparición de casi todo el neumoperitoneo, persistencia de dilatación de marco cólico.

**Discusión:** El hallazgo en las pruebas de imagen de neumoperitoneo, habitualmente supone una indicación quirúrgica de urgencia, pero no hay que olvidar que en algunos casos no se asocia a signos peritoneales ni patología intraabdominal, considerándose el cuadro como neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico de causa indeterminada, intraabdominal no quirúrgico o extraabdominal. Si la evolución es favorable se puede manejar de forma conservadora, evitándose así cirugías innecesarias.

#### P-192. IVOR-LEWIS LAPAROTORACOSCÓPICO CON ANASTOMOSIS ESÓFAGO-GÁSTRICA CON ENDOGIA

J. Galindo Álvarez, F. García-Moreno Nisa, S. Corral Moreno, P. Luengo Pierrad, P. Abadía Barno, J. Páramo Zunzunegui, G. Rodríguez Velasco, J.D. Pina Hernández, J.A. Nistal Palanca y P. Carda Abella

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción:** Los abordajes mínimamente invasivos para el cáncer de esófago distal han demostrado ser una alternativa segura y reproducible. Los abordajes híbridos mediante toracoscopia/laparotomía han sido sustituidos progresivamente por un tratamiento completamente endoscópico

co, con una ventaja en el dolor postoperatorio y en menores complicaciones pulmonares (Levy et al. *Adv Surg*. 2010;44:101-16).

**Caso clínico:** Varón de 65 años con disfagia y dolor retroesternal, siendo diagnosticado mediante endoscopia de adenocarcinoma de esófago distal. En los antecedentes personales presenta EPOC con tabaquismo activo, hipertensión arterial, diabetes mellitus y ACVA previo. Se realiza tratamiento neoadyuvante. Mediante 4 puertos abdominales y en decúbito supino, se inicia el procedimiento quirúrgico con una exploración de la cavidad abdominal, biopsia hepática de lesión nodular en segmento IV hepático, siendo informada intraoperatoriamente como hamartoma biliar. Comprobación de la reseccabilidad de la lesión situada en esófago distal. Sección gástrica con Echelon 60 (Ethicon endosurgery) protegida con Peri-strips dry (PSD-V) de Synovis, completando la preparación de la plastia gástrica. El procedimiento toracoscópico con 4 puertos, disección esofágica hasta la vena ácigos. Sección de esófago con echelon 60 y embolsamiento de la pieza quirúrgica. Ascenso de la plastia gástrica favorecido por la colocación previa del penrose y anastomosis esófago-gástrica con endoGIA 45 (Ethicon endosurgery) con carga vascular (blanca); cierre de cara anterior con puntos sueltos. Refuerzo de sutura con dos mitades de Tachosil. Se realizó esofagograma a los 6 días de la cirugía, con ausencia de fuga. La anatomía patológica confirmó la presencia de un adenocarcinoma de esófago distal que infiltraba hasta la muscular, con metástasis linfáticas en 2 de los 38 ganglios aislados.

**Discusión:** La vía transhiatal con anastomosis cervical tiene la ventaja de disminuir la morbilidad relacionada con la toracotomía, pero conlleva una disección en el tiempo torácico más compleja y oncológicamente más dudosa. El abordaje laparoscópico del tiempo abdominal está bien establecido, permitiendo una disección oncológicamente completa y la preparación de la plastia gástrica. En los últimos 10 años existen múltiples publicaciones que preconizan las ventajas del abordaje laparoscópico, siendo seguro, reproducible y con unos resultados al menos similares al procedimiento abierto. El abordaje mínimamente invasivo del tórax permite una disección mucho más segura del tiempo torácico, permitiendo la realización completa de la linfadenectomía del tercio medio esofágico y la hemostasia de forma mucho más precisa. Asimismo, permite la confección de una anastomosis esofago-gástrica con menos tensión y una vascularización mejor que cuando se tiene que ascender hasta el cuello. Debe ser valorado principalmente en pacientes con comorbilidad pulmonar, ya que la ausencia de una toracotomía se asocia con una capacidad pulmonar postoperatoria mayor. La ausencia de dolor permite una extubación precoz y el inicio rápido de la fisioterapia respiratoria, que disminuye el riesgo de complicaciones respiratorias.

### P-193. RECONSTRUCCIÓN DEL TRANSITO VÍA LAPAROSCÓPICA TRAS INTERVENCIÓN DE HARTMANN. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

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

*Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.*

**Introducción:** La reconstrucción del tránsito vía convencional tras una intervención de Hartmann se asocia a estancias hospitalarias prolongadas, largos periodos de convalecencia y una elevada tasa de morbilidad. Nuestro objetivo es analizar los diferentes aspectos técnicos del abordaje laparoscópico en la restauración del tránsito intestinal y presentar nuestra experiencia en un hospital comarcal.

**Material y métodos:** Mostramos los diferentes pasos para la restauración del tránsito vía laparoscópica (RTL), pormenorizando los distintos aspectos técnicos del procedimiento que abarca desde la adherenciólisis a la identificación y movilización del muñón rectal, descenso del ángulo esplénico del colon y realización de la anastomosis colorrectal mediante endograpadora circular previa preparación del extremo proximal del colon a través del orificio del estoma.

**Resultados:** Se intervinieron 2 mujeres y tres varones siguiendo este procedimiento, con edades comprendidas entre los 35 y los 65 años, con antecedentes de laparotomía media por diverticulitis aguda Hinchey 3-4. Se realizó fastrack en todos los pacientes con una duración media de la intervención de 180 minutos. El inicio de la tolerancia fue en las primeras 48 horas con una movilización y deambulación precoz desde las primeras 24 horas. La estancia osciló desde las 72 a las 96 horas. No hubo ninguna dehiscencia ni abscesos de la herida quirúrgica y tan sólo

constatamos un seroma que precisó curas postoperatorias. Actualmente todos los pacientes se encuentran asintomáticos y sin datos de complicación.

**Conclusiones:** Tras revisar la literatura, concluimos que la RTL en la intervención de Hartmann proporciona, en manos de cirujanos con experiencia en cirugía colorrectal vía laparoscópica, similares tasas de complicaciones que la vía convencional, siendo sus ventajas fundamentalmente una menor estancia hospitalaria, una recuperación precoz del tránsito, un mayor confort postoperatorio y una menor tasa de complicaciones derivadas de la vía de abordaje.

### P-194. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO URGENTE DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA

J. Galindo Álvarez, E. Lisa, F. García-Moreno Nisa, S. Corral Moreno, J. Herrador Benito, P. Abadía Barno, J.A. Nistal, J.D. Pina, G. Rodríguez y P. Carda

*Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.*

**Introducción:** La perforación esofágica iatrogénica es una complicación temida por los endoscopistas, produciéndose con una frecuencia que varía entre el 2-8% de las dilataciones neumáticas, principalmente en pacientes con achalasia esofágica. En ocasiones se puede realizar tratamiento conservador, pero cuando existe una perforación libre del esófago distal es imprescindible un tratamiento quirúrgico agresivo para evitar la instauración de una mediastinitis grave.

**Caso clínico:** Mujer de 36 años con síndrome de Down, que presenta achalasia en tratamiento con dilataciones neumáticas por parte del Servicio de Gastroenterología. Tras dilatación la paciente presenta dolor torácico trasfiante a las 6 horas, por lo que se realiza TAC toracoabdominal con contraste que confirma la existencia de neumomediastino, enfisema cervical y extravasación de contraste oral. Se indicó laparoscopia exploradora con óptica de 30° con 4 puertos, con disección amplia hiatal para abordaje mediastínico. Drenaje de colección mediastínica y localización de perforación en cara lateral izquierda de esófago distal mediante azul de metileno. Sutura de perforación con puntos sueltos, miotomía gastroesofágica y plastia con fundus gástrico. Se dejaron drenajes mediastínicos y sonda nasogástrica pasada a estómago. La paciente se retiró de forma inadvertida la SNG a las 24 horas de la cirugía. En el postoperatorio presentó una fuga de sutura de bajo débito, que requirió nutrición parenteral durante 4 semanas. Buena tolerancia oral posterior.

**Discusión:** A pesar de considerar que la cirugía es la primera opción en el tratamiento de la achalasia, se sigue realizando la dilatación endoscópica por la baja morbilidad, aunque existe más de un 30% de recidiva de la disfagia. La tasa de complicaciones en el manejo de la perforación tras dilatación se correlaciona con el tiempo de retraso diagnóstico. La experiencia quirúrgica en el abordaje laparoscópico hiatal hace ésta sea la vía más apropiada en nuestro centro para el manejo de las complicaciones secundarias a la perforación yatrógena esofágica, pudiendo abordar lesiones en los 360° de la circunferencia, gracias a la ayuda de la óptica de 30°. Es imprescindible tratar la achalasia mediante una miotomía amplia, para evitar el aumento de presión en el esófago proximal que conlleva un mayor riesgo de dehiscencia de la sutura esofágica. Asimismo, la vía laparoscópica permite una disección y lavado abundante del mediastínico, con colocación selectiva de drenajes a dicho nivel. La realización de una cobertura de la miotomía y de la zona de perforación con una funduplicatura es un mecanismo que aporta seguridad a la reparación y puede disminuir el riesgo de reflujo gastroesofágico posterior.

### P-195. ESPLENECTOMÍA PROGRAMADA. NUESTRA EXPERIENCIA

N. Sánchez Fuentes, M.A. Dobón, M.C. Casamayor, J. Martínez Bernad, I. Gascón, S. Paterna, M. Gutiérrez Díez, M. Herrero y J.M. Miguelena

*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

**Introducción:** Los nuevos tratamientos de ciertas enfermedades hematólogicas, el desarrollo de nuevas técnicas de hemostasia y de distintos estudios de imagen han alterado la manera en que los médicos y los cirujanos evalúan la esplenectomía.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en la esplenectomía programada, valorando tanto las indicaciones como la vía de acceso y la morbimortalidad que se asocia a ella.

**Material y métodos:** Analizamos todos los pacientes intervenidos de esplenectomía de forma programada en el H.U. Miguel Servet en el período entre enero de 2007 y diciembre de 2011. Entre las diferentes variables analizadas incluimos: Edad y sexo de los pacientes, causa por la que se indica la esplenectomía, tamaño, vía de acceso y complicaciones postoperatorias.

**Resultados:** Se intervinieron 21 pacientes, 8 hombres y 13 mujeres, con una edad media de 57 años. Entre las indicaciones de esplenectomía 12 pacientes presentaban neoplasias de origen hematológico: 10 linfomas no Hodgkin y dos leucemias. Cuatro fueron por enfermedades hematológicas: tres púrpura trombocitopénica idiopática y una esferocitosis hereditaria. Un paciente con neoplasia de origen esplénico. Los 4 pacientes restantes presentaban quistes esplénicos, 3 quistes hidatídicos y un quiste simple multiloculado. 10 pacientes fueron intervenidas por vía laparoscópica (47%), de ellos tan sólo uno precisó conversión a cirugía abierta por sangrado. La primera causa de contraindicación fue el tamaño del bazo y en segundo lugar la presencia de laparotomías previas. El sangrado postoperatorio en un paciente fue la única complicación postoperatoria. Preciso transfusión postoperatoria pero, no reintervención. A largo plazo un paciente fue intervenido por eventración de laparotomía. Todos los pacientes fueron valorados por el Servicio de Medicina Preventiva recibiendo las vacunas pertinentes.

**Conclusiones:** La indicación de esplenectomía ha disminuido en los últimos años con los avances en el tratamiento de las enfermedades hematológicas. La vía laparoscópica permite buenos resultados con menos molestias postoperatorias. Su contraindicación más frecuente en esta cirugía es el tamaño del bazo que en muchos casos es mayor de 20 cm de diámetro. En nuestra serie los quistes hidatídicos representan una elevada incidencia dado que Aragón es una zona endémica de esta enfermedad.

#### **P-196. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL SCHWANNOMA SUBDIAFRAGMÁTICO. UNA LOCALIZACIÓN ATÍPICA DE ESTE TUMOR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

R. Martín García de Arboleya, D. Bejarano Serna, M.J. Perea Sánchez, J. Candón Vázquez, I. Escobresca Suárez, G. Morales Martín y E. Espinosa Guzmán

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción:** Los schwannomas forman parte de la clasificación de los tumores del sistema nervioso. Son lesiones que derivan de las células de Schwann situadas en la vaina de los nervios periféricos. Pueden presentarse como masa solitaria en cualquier localización, preferentemente en cabeza, cuello y zonas flexoras de las extremidades. La mayoría de los schwannomas son de carácter benigno, crecimiento lento y cursan de forma asintomática. Los síntomas que producen suelen ser, una vez alcanzado un tamaño considerable, por compresión de estructuras vecinas. El objetivo de nuestra comunicación es presentar un caso de schwannoma de localización atípica (subdiafragmática) analizando sus características y el abordaje del mismo de forma laparoscópica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 39 años con antecedentes personales de infección por VIH en tratamiento con antirretrovirales que se estudia de forma ambulatoria por un cuadro de meses de evolución de dolor dorsal derecho inespecífico. Se le realiza un TAC toraco-abdominal que informa de lesión hipodensa de 3,5 cm en región subdiafragmática. Posteriormente se solicita una RNM para su mejor filiación. Se objetiva LOE de captación heterogénea situada entre diafragma, hígado y apéndice xifoides de 42 x 38 x 31 mm, hiperintensa en T2 sugerente de neurilemoma. La paciente ingresa en nuestro servicio para someterse a un tratamiento quirúrgico de forma programada. Como abordaje se emplea la laparoscopia. Neumoperitoneo con aguja de Veress. Óptica de 0° y 3 trócares de 10 mm. Se objetiva tumoración de unos 5 cm de diámetro máximo adherida a la musculatura diafragmática derecha. Se proceden a su exéresis con ligasure y extracción con endobag. El cierre de la brecha diafragmática se realiza mediante sutura continua empleando material absorbible "V- Loc 90". El postoperatorio cursa sin incidencias y la paciente es dada de alta en 24 horas. El estudio anatomopatológico confirma que se trata de un tumor benigno de origen nervioso compatible con schwannoma.

**Discusión:** Los schwannomas diafragmáticos constituyen una entidad poco frecuente. Suelen ser tumores benignos que pueden llegar a malignizar si no se procede a su exéresis completa. Su incidencia es mayor en

mujeres entre 30 y 60 años. Suelen diagnosticarse de forma incidental en pacientes asintomáticos mediante pruebas de imagen como son la TAC o la RNM. Las características radiológicas típicas de este tumor consisten en lesiones heterogéneas, de márgenes bien definidos con posibles áreas de degeneración quística y calcificación. En RNM son tumores hiperintensos en T2. El diagnóstico definitivo es histológico, siendo la inmunohistoquímica positiva para la proteína S-100. El tratamiento consiste en su exéresis completa, ya que pueden degenerar. La vía de abordaje en el caso de los schwannomas diafragmáticos dependerá de su situación y crecimiento hacia el tórax o por el contrario hacia el abdomen, pudiéndose realizar toracotomía/toracoscopia o laparotomía/laparoscopia respectivamente. La laparoscopia resulta una buena elección siempre que la localización, tamaño del tumor y destreza del cirujano lo permitan. Dicho abordaje aporta beneficios en cuanto a menor estancia hospitalaria, disminución del dolor postoperatorio y menor riesgo de complicaciones.

#### **P-197. QUISTE BRONCOGÉNICO INFRADIAFRAGMÁTICO: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO**

J. Espinosa, J. Hernández, E. Meroño, S. Bravo, V. Marzal y J. Navío

Hospital General de Elda, Elda.

**Objetivos:** Los quistes broncogénicos son una entidad poco frecuente. Se deben a un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el desarrollo fetal. Suelen asentar en el mediastino medio y habitualmente cursan de forma asintomática, pudiendo plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas y malignas. Presentamos un caso de quiste broncogénico de localización retroperitoneal y que fue tratado laparoscópicamente.

**Caso clínico:** Mujer de 36 años de edad atendida en el servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo de una semana de evolución. El estudio radiológico objetivó la presencia de una lesión quística ovalada de 5,4 x 5,6 x 6 cm, de pared lisa y uniforme y con pequeñas calcificaciones, que condicionaba una impresión sobre la unión gastroesofágica y fundus gástrico, desplazando anteriormente la cola del páncreas y lateralmente la glándula suprarrenal. Los marcadores tumorales y serología hidatídica fueron negativos. Ante la clínica de la paciente, y la falta de filiación de la tumoración, se decidió revisión laparoscópica de forma programada. El paciente se colocó en decúbito oblicuo derecho con inclinación de 45 grados. Se usaron cuatro trócares situados el primero de ellos, a nivel umbilical, un trócar de 11 mm, otro de 11 mm a nivel del reborde subcostal, y dos de 5 mm, epigástrico uno, y el otro a nivel de línea axilar anterior. Tras la apertura de la transcavidad de los epiplones, se halló una gran tumoración de tipo quístico, retroperitoneal, a nivel paravertebral izquierdo, recubierta por fibras musculares procedentes del pilar diafragmático izquierdo. Se procedió a disección y enucleación de la tumoración sin objetivar dependencia de ninguna de las estructuras adyacentes, reseccándose finalmente, íntegramente. El estudio anatomopatológico describió una tumoración quística de 4,5 cm de diámetro, compatible con quiste broncogénico. La paciente evolucionó sin complicaciones siendo dada de alta al 5º día.

**Discusión:** Los quistes broncogénicos son los quistes primarios más frecuentes del mediastino. Su localización subdiafragmática es extremadamente rara, donde en la mayoría de los casos están adheridos o comunicados con el tubo digestivo. Habitualmente son hallazgos casuales durante un estudio radiológico por otra patología, presentándose en el TAC como una masa bien delimitada de pared lisa o lobulada que no capta contraste. Un 10% aproximadamente presenta calcificaciones. De los casos publicados, la mayoría se ubican en el hemiabdomen izquierdo (90%), siendo la localización más frecuente por encima de la glándula suprarrenal izquierda. Respecto a la resección quirúrgica de los quistes broncogénicos asintomáticos es controvertida, pues si bien la conducta expectante ha sido defendida, es frecuente su infección, dificultando la posterior exéresis, con mayor morbilidad y mortalidad, ello unido a que el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, y que se han descrito fibrosarcomas y carcinomas en quistes broncogénicos de apariencia benigna. Habiéndose utilizado las vías laparotómica en la mayoría de las series, la vía laparoscópica se ha utilizado desde 1997 habiéndose demostrado su seguridad. En conclusión, los quistes broncogénicos de localización subdiafragmática son muy poco frecuentes, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa quística intraabdominal. Se recomienda su exéresis quirúrgica, ya que en la mayoría de los casos no hay

diagnóstico preoperatorio, y por la posible, aunque infrecuente, malignización. La exéresis laparoscópica en pacientes sin contraindicaciones para la cirugía es factible y segura, evitando complicaciones del quiste y permitiendo un diagnóstico correcto.

#### P-198. TAPONAMIENTO CARDIACO: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL DE LA HERNIOPLASTIA DIAFRAGMÁTICA POR LAPAROSCOPIA

N. Marín Camero, Y. Pulido Roa, I. González Poveda, S. Mera Velasco, M. Ruiz López, J.A. Toval Mata, J. Carrasco Campos, R. Becerra Ortiz, J. Santoyo Santoyo y J. Valderrama Marcos

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Presentamos un caso excepcional de complicación tras cirugía de hernia hiatal con colocación de prótesis fijada con tackers.

**Caso clínico:** Mujer de 73 años intervenida por hernia hiatal y hernia de Morgagni gigantes. Se realizó por vía laparoscópica una funduplicatura tipo floppy-Nissen y hernioplastia con malla bicapa de poliéster tridimensional con colágeno, fijada con tackers metálicos y reabsorbibles. En el octavo día postoperatorio, tras el alta a domicilio inicial, presenta un cuadro de síncope con cortejo vegetativo e hipotensión arterial mantenida que le obliga a consultar en urgencias. Reingresa con diagnóstico de taponamiento cardiaco secundario a localización de uno de los tackers metálicos en la cara diafragmática del ventrículo derecho. Tras contactar con Cirugía Cardiovascular, se realiza extracción del cuerpo extraño mediante esternotomía media y se interpone una membrana de teflón. Es dada de alta al séptimo día sin incidencias.

**Discusión:** Existen pocos casos similares publicados en la literatura, la mayoría de ellos fueron resueltos al igual que en nuestra paciente mediante cirugía abierta, mientras que el resto se diagnosticaron en la necropsia. Es preciso sospechar la presencia de un taponamiento cardiaco en aquellos pacientes en los que se realice una reparación diafragmática por laparoscopia y que presenten fallo hemodinámico no explicable por otras causas. El tratamiento temprano es fundamental para evitar mayores complicaciones e incluso el exitus. Aunque el taponamiento cardiaco es una complicación poco frecuente, es aconsejable evitar la colocación de elementos de anclaje de mallas (suturas, tackers) en el tendón diafragmático central para prevenirlo.

#### P-199. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI

F. García-Moreno Nisa, J. Galindo, S. Corral, E. Lisa, J.M. Molina, J.D. Pina y P. Carda

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción:** Podemos diferenciar dos tipos de hernias diafragmáticas, las de origen congénito como las de Morgagni o las adquiridas, generalmente traumáticas. Las primeras se originan por una alteración embriológica del septum transversum suponiendo menos del 5% de las hernias congénitas y generalmente permanecen asintomáticas hasta la edad adulta. Presentamos dos casos clínicos de hernia de Morgagni intervenidos por vía laparoscópica.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 84 años que consulta a urgencias por vómitos y disfagia tanto para sólidos como para líquidos asociada a pérdida de peso de unos 15 kg en los últimos 3 meses. En las pruebas complementarias realizadas se objetiva una voluminosa hernia en hemotórax derecho. Caso 2: mujer de 82 años que consulta por pirosis retroesternal y reflujo gastroesofágico de meses de evolución asociado a vómitos. En TAC abdominal se objetiva gran hernia diafragmática que contiene colon transversal y antro gástrico. En ambos casos se realizó un abordaje laparoscópico con reducción completa del contenido herniario y reparación del defecto con malla tipo composite. La técnica se realizó mediante un abordaje de 3 puertos en un tiempo quirúrgico de 42 y 48 minutos respectivamente. La evolución postoperatoria cursó sin complicaciones, iniciándose la tolerancia oral a las 24 horas de la intervención quirúrgica y siendo dadas de alta al tercer día. No se ha objetivado recidiva a los 16 y 18 meses, respectivamente, de la intervención quirúrgica.

**Discusión:** La clínica de presentación de la Hernia de Morgagni es muy variable. La reparación laparoscópica del defecto herniario mediante la colocación de malla tipo composite es una técnica eficaz y segura.

#### P-200. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE SECUESTRO PULMONAR INTRAABDOMINAL EN ADULTO DE MEDIANA EDAD

M.L. Herrero Bogajo, C. Moreno Sanz, J. Picazo Yeste, M. Clerveus, C. Madrid Muñoz y M. Legaz Huidobro

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

**Introducción:** En la literatura mundial se han descritos menos de 20 casos de secuestro pulmonar a nivel intraabdominal en adultos jóvenes. Todos fueron localizados en el lado izquierdo sospechando como primera posibilidad una masa adrenal izquierda por lo que habitualmente el diagnóstico definitivo es postoperatorio. Debido a su rareza y a lo excepcional de su manejo laparoscópico (2 casos descritos en la literatura) presentamos un caso tratado por esta vía.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 60 años que ingresa desde urgencias por dolor abdominal agudo lancinante irradiado a espalda y cortejo vegetativo. Se realiza una TAC urgente para descartar aneurisma de aorta en el que se evidencia una masa en HCD de 7 x 4,5 cm, planteándose el diagnóstico diferencial de una masa adrenal. Todas las determinaciones hormonales y de catecolaminas fueron negativas. Se realizó una RMN que orientó el diagnóstico hacia un quiste de duplicación gástrico por lo que el estudio se completo con una ecoendoscopia que confirma esta sospecha. Con el diagnóstico preoperatorio de quiste de duplicación esofagagástrica la paciente fue intervenida mediante abordaje laparoscópico. Durante el procedimiento se evidenció una lesión en íntimo contacto con crura izquierda, medial a la unión esofagagástrica, peritonizada y de límites imprecisos que obligó a disecar la membrana frenoesofágica, el tronco celiaco, la arteria esplénica y el borde superior del páncreas. Al final de la disección la lesión presentaba un puente de unión con la cara posterior de la unión esofagagástrica que se seccionó con endoGIA. Tras la exéresis, se completo el procedimiento con una funduplicatura tipo Nissen-Rossetti. El postoperatorio evolucionó sin incidencias con alta al 5 día. La anatomía patológica es informada como secuestro pulmonar extralobar abdominal.

**Discusión:** Aunque el secuestro pulmonar intra-abdominal es una entidad excepcional en el adulto, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de una masa retroperitoneal izquierda tras descartar el diagnóstico de masa adrenal funcionante con estudios de laboratorio adecuados. La resección laparoscópica es eficaz y segura.