

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

COMUNICACIONES ORALES

9 NOVIEMBRE 2006

11.00 – 12.30

SALA CALATRAVA

O-258 – O-266

O-258

MONITORIZACIÓN DE ESTANCIA MEDIA Y TASA DE REINGRESOS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

¿ RÉGIMEN AMBULATORIO?

J.I. Miota de Llama, M. Cortiñas Sáez, J.G. Lorenzo Romero, J.A. González Masía, P. Cascales Sánchez, P. González Masegosa y L. Martínez Gómez

Complejo Hospitalario y Universitario, Albacete.

Objetivos: Evaluar la posibilidad de ambulatorización del procedimiento mediante la monitorización de dos indicadores de calidad asistencial durante un periodo de tiempo de 7 años, en una unidad de Corta Estancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 1104 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica durante el periodo 1998-2005. Los datos fueron obtenidos de los programas informáticos HP-HIS y HP-DOCTOR disponibles en la intranet del Complejo hospitalario y de las historias clínicas de los pacientes que reingresaron. Los programas informáticos SPSS y Excel sirvieron para el manejo estadístico de los resultados.

Resultados: La Estancia Media (EM) de los pacientes fue de 2,9 días (rango 1-119). La Tasa global de reingresos fue 6,61%. El 4º día postoperatorio fue el que registró mayor número de reingresos. Los motivos más comunes de reingreso fueron por este orden, el dolor abdominal y la infección postoperatorios. Las complicaciones mayores detectadas en los reingresos fueron ictericia obstructiva, pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, trombosis venosa profunda, absceso intraabdominal y hematoma intraabdominal, entre otras. 50 pacientes tuvieron estancias hospitalarias superiores a 7 días por complicaciones mayores asociadas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos a lo largo de los 7 años del estudio, actualmente harían difícil la instauración de un programa asistencial en régimen ambulatorio para el procedimiento "colecistectomía laparoscópica" en esta unidad; no obstante pensamos que si se consigue llevar a cabo un protocolo asistencial basado en unos estrictos criterios de selección de pacientes y en un equipo de profesionales implicados, probablemente un número considerable de pacientes puedan ser intervenidos de forma ambulatoria, sin que por ello se vea comprometida la calidad asistencial. Los indicadores de calidad evaluados (Estancia Media y Tasa de reingresos) pueden sernos de gran ayuda para supervisar el programa.

O-259

MANEJO DE LA LITIASIS COLEDOCIANA EN LA ERA LAPAROSCÓPICA

J.R. Lucena Olavarrieta

Universidad Central, Caracas (Venezuela)

Objetivos: Evaluar la factibilidad, porcentaje de éxitos, seguridad a corto mediano y largo plazo del tratamiento en la litiasis coledociana en la era laparoscópica.

Pacientes métodos: entre Julio 1991 y noviembre 2005 se estudiaron 258 pacientes entre 61 y 70 años que fueron sometidos a exploración laparoscópica del conducto colédoco, por sospecha clínica, laboratorio, y ecasonografía de litiasis coledociana. El tratamiento de la coledocolitiasis incluyó uno o más de los siguientes métodos: exploración translaparoscópica, transcística, coledocotomía laparoscópica, y convencional.

Resultados: A 92 pacientes se les administro glucagón para inducir la relajación del esfínter de Oddi y se irrigó el ducto biliar a través del colangio catéter con solución salina tibia. Esta maniobra resultó exitosa en un 73% con una duración promedio de 90 minutos incluyendo al reali-

zación de la colecistectomía laparoscópica. La técnica fue luego reemplazada por la exploración transcística translaparoscópica utilizando la cesta de Dormia o el catéter de Fogarty: el promedio de edad fue de 46 años. La eliminación de los cálculos se logró en un 94% en un tiempo promedio de 55 minutos. En 26 pacientes con edad promedio de 52 años se les realizó coledocotomía laparoscópica y colocación de tubo en T con un p1% de éxito. Y tiempo operatorio de 120 minutos. La coledocotomía abierta fue realizada en el 2,3%. No se presentó la necesidad de realizar reintervenciones, y no se presentaron muertes.

Conclusiones: En los Pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que requieren ser sometidos a colecistectomía, la coledocotomía transcística translaparoscópica resultó segura, efectiva, eliminándose los cálculos en una sola sesión y si resulta infructuosa permite convertir el procedimiento a la técnica abierta, o realizar la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada más la Esfinterotomía Endoscópica. Esta última técnica la reservamos para los pacientes con enfermedad severa o de naturaleza maligna.

O-260

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

F. Martínez Rodenas, R. Hernández Bordan, J.E. Moreno Solorzano, A. Alcaide Garriga, E. Pou Sanchis, J. Troya Díaz, Y. Guerrero de la Rosa, G. Torres Soberano, J.M. Vila Plana y J. Pie García

Hospital Municipal, Badalona.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) en régimen ambulatorio no es aceptada por la mayoría de los cirujanos, fundamentalmente por el temor a las posibles complicaciones postoperatorias. El establecimiento de criterios de selección adecuados y la hospitalización domiciliaria pueden cambiar esta predisposición.

Objetivos: Averiguar que porcentaje de pacientes con CL cumplen criterios de cirugía sin ingreso en nuestra población. Investigar entre los posibles candidatos cuantos presentaron complicaciones postoperatorias. Ello permitiría: validar si la CL en régimen ambulatorio es segura; comprobar si los criterios de selección son adecuados; y establecer mejoras en las técnicas anestésica y quirúrgica, en la terapia analgésica y emética en el caso de detectarse su implicación en los resultados adversos.

Material y métodos: Se analizan prospectivamente los pacientes intervenidos de CL electiva desde Enero 2006. Los criterios de exclusión son: preoperatorios (causas sociales, edad > 70 años, ASA III inestable o ASA IV, patología asociada que precisa control hospitalario e ingreso previo por patología bilio-pancreática), intraoperatorios (conversión a laparotomía, tiempo quirúrgico superior a 60 min, no identificación de arteria cística, sangrado de la misma, aplicación de material hemostática en lecho hepático, hemorragia en puertas de entrada, perforación vesicular con vertido de bilis y cálculos, drenaje intrabdominal, extracción dificultosa de vesícula, complicaciones anestésicas y quirúrgicas) y postoperatorios (inestabilidad hemodinámica, dolor excesivo, náuseas y/o vómitos en sala de reanimación).

Resultados. En los primeros tres meses se han intervenido 41 pacientes. Sólo 14 (34,2%) cumplían criterios de inclusión. La edad elevada y la patología asociada han sido los principales motivos de exclusión. El 71,4% de los pacientes incluidos presentó criterios intraoperatorios para su ambulatorización. El hipotético fracaso del régimen ambulatorio ocurrió en dos pacientes por dolor mal controlado en la sala de reanimación. Un paciente sufrió una retención urinaria en planta, lo que hubiera representado una complicación en el 10% de los pacientes con CL ambulatoria. Algunos pacientes excluidos a causa de ingreso hospitalario previo por patología bilio-pancreática presentaron criterios favorables intra y postoperatorios por lo que podrían haberse beneficiado de cirugía mayor ambulatoria. La mayoría de los pacientes que no cumplían criterios de inclusión, podrían haber sido dados de alta a las 24 horas de existir un equipo de hospitalización a domicilio.

Conclusiones: Es preciso seguir el estudio para aumentar la serie. La edad elevada y la patología asociada limitan la inclusión de pacientes.

El ingreso previo por patología bilio-pancreática puede no ser un criterio de exclusión. Las pautas de analgesia postoperatoria deben mejorarse. La hospitalización a domicilio podría atender y solucionar las posibles complicaciones del paciente con CL ambulatoria y facilitaría el alta precoz en los pacientes sin criterios de cirugía mayor ambulatoria.

O-261

ESPLENECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIELOFIBROSIS

A. Savelli¹, R. Berindoague¹, P. Torelli², E.M. Targarona¹, C. Balague¹, S. Vela¹ y M. Trias¹

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona¹, San Martino Hospital, Génova (Italia)².

La mielofibrosis Idiopática consiste en una rara enfermedad hematológica que suele cursar con una esplenomegalia masiva y para la cual no existe todavía un tratamiento específico. La indicación de esplenectomía viene determinada por la sintomatología de dicha esplenomegalia masiva. Aunque técnicamente difícil, es factible la realización de una esplenectomía mediante técnicas mínimamente invasivas en caso de esplenomegalias masivas. Con una rápida y segura recuperación y una reducción de las complicaciones respiratorias e infecciosas.

Presentamos los resultados obtenidos en una serie de 41 pacientes con mielofibrosis a los que se realizó una esplenectomía mediante técnica mínimamente invasiva.

Material y métodos: Se realizaron 41 esplenectomías mínimamente invasivas en pacientes diagnosticados de mielofibrosis en dos Centros Hospitalarios. La técnica quirúrgica utilizada dependió del tamaño del bazo y la preferencia del cirujano: Esplenectomía con mínimo acceso (EMA) a través de una incisión inferior a los 14 cm ó bien Esplenectomía Laparoscópica (EL).

Resultados: EMA se realizó en 26 pacientes (63%). El diámetro longitudinal medio del bazo fue de 27 cm con un tiempo operatorio medio de 100 min. Dos pacientes (7%) desarrollaron complicaciones mayores (derrame pleural, hemoperitoneo), uno de los cuales requirió reintervención. Dos pacientes (7%) fueron exitus por desarrollar una crisis blástica. La estancia media postoperatoria fue de 7 días.

EL se realizó en 15 pacientes (37%). En cuatro casos la esplenectomía se realizó Asistida con la mano (ELAM) y los otros 11 pacientes fueron intervenidos por laparoscopia pura (ELP). El diámetro longitudinal medio del bazo fue de 24 cm (26 para ELAM y 23 para ELP) con un tiempo medio operatorio de 155 min (200 min para ELAM y 120 min para ELP). El índice de conversión a cirugía abierta fue del 6% (un paciente) en el grupo de ELP. Tres pacientes (20%) desarrollaron complicaciones mayores (derrame pleural, hemoperitoneo, lesión pancreática) con un índice de reintervenciones del 13% (dos pacientes). Un paciente (6%) falleció por crisis blástica. La estancia media postoperatoria fue de 5 días.

Conclusión: La utilización de técnicas mínimamente invasivas en pacientes con esplenomegalia masiva por mielofibrosis es segura, con un bajo índice de morbi-mortalidad aún tratándose de pacientes con malas condiciones clínicas. Los buenos resultados obtenidos dependen de una completa evaluación del paciente, de las dimensiones del bazo, la elección de la técnica quirúrgica más adecuada y la experiencia del cirujano.

O-262

MIGRATION OF CHOLECYSTECTOMY FROM GENERALIST TO SPECIALIST; CHANGING TRENDS IN MANAGEMENT OF GALLSTONE DISEASE

R. Nijjar, N. Champeneria, J. Dmitrewski y R.T. Spychal
City Hospital, Birmingham (UK).

Objectives: We aim to compare the minimum data set identified by The Royal College of Surgeons (RCS) on cholecystectomy collected during 1994 to that collected during 2002 in an attempt to identify any significant trends in the surgical management of gallstone disease.

Patients and methods: A retrospective case note analysis of all patients undergoing cholecystectomy, as identified from histology records, between 1st January 1994 to 31st December 1994 and 1st January 2002 to 31st December 2002 within a single institution. Data collection was

standardised by incorporating the recommended fields suggested by the RCS.

Results: During 1994, 230 patients (53 male: 177 female) had a cholecystectomy versus 180 (36 male: 144 female) during 2002. The mean age for the two periods was 52 and 53 years respectively. Patients classified as ASA grade 3 & 4 accounted for 10.4% of cases in 1994 compared to 16.7% in 2002. A higher proportion of patients had emergency cholecystectomy during 1994; 15% versus 3%. Complications of gallstones requiring hospital admission prior to definitive cholecystectomy rose from 29% in 1994 to 52% in 2002, despite the elective waiting time for surgery remaining relatively equivalent (17 vs. 15 weeks). The proportion of operations performed by the registrar increased from 28 to 40% with a corresponding fall in consultant performed procedures.

The proportion of cholecystectomies performed by surgeons with an Upper Gastro-intestinal (UGI) interest rose by 30% between the study periods but the proportion of gallbladders removed laparoscopically rose most significantly amongst the non UGI surgeons; 42% in 1994 compared to 80% in 2002. Non UGI surgeon conversion rates were approximately double compared to UGI surgeons and that remained a consistent finding between the study periods.

The total morbidity from cholecystectomy fell from 26 to 16% from 1994 to 2002. The readmission rates after surgery increased for UGI surgeons between the two study periods; 2.1 to 8% of patients having surgery. Routine post-operative follow up was only offered to 49% of patients in 2002 compared to 85.1% in 1994.

Conclusion: In our institution, this data suggests cholecystectomy is increasingly performed by UGI surgeons as an elective, laparoscopic procedure, with a consistently lower conversion rate compared to non-specialists. Registrar operating has increased and despite a more unhealthy population, the overall morbidity from surgery has decreased. Cholecystectomy may follow the fashionable trend to specialisation in surgery, such that this procedure may no longer sit comfortably in the hands of a "generalist". Indeed, with the re-organization of cancer services, cholecystectomy may now become an operation for the "benign" upper GI surgeon.

O-263

ERCP: CHALLENGING THE BAD PUBLICITY

S. Wakelin, D. Mccole, F. Welsh, C. Carden y C. Auld
Dumfries and Galloway Royal Infirmary, Dumfries (UK).

Objectives: With the introduction and increasing use of Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP), the use of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), particularly as a diagnostic tool, has received adverse publicity on account of significant rates of early complications including pancreatitis, bleeding, perforation and death. Late complications of ERCP, such as cholangitis are documented but poorly reported in the literature. The aim of this study was to evaluate all ERCPs performed by one consultant surgeon in a district general hospital over an 8 year period. Specifically, we sought to establish the range and rate of early and late complications relating to ERCP.

Patients and methods: Consecutive patients undergoing ERCP between August 1998 and August 2005 were prospectively studied. Indications for the procedure and whether it was diagnostic or therapeutic were recorded. Twenty-four hour serum amylase levels were collected for all patients and early complications such as pancreatitis, bleeding requiring transfusion, perforation and death were noted. Furthermore, casenotes of patients admitted to hospital within 30 days of ERCP were reviewed to determine any late complications.

Results: Between 1998 and 2005, 1020 ERCPs were performed. Of these, 108 (10.6%) were unsuccessful and excluded from the analysis. Of the remaining 912 ERCPs, 322 (35.3%) were diagnostic and 590 (64.7%) therapeutic procedures. Hyperamylasaemia (amylase greater than 3 times the normal upper limit) was evident in 83 patients (9.1%), was three times more common in female patients and was equally common in diagnostic and therapeutic procedures. Pancreatitis complicated 15 ERCPs (1.6%) of which 9 were diagnostic and 6 therapeutic procedures. Bleeding complicated 6 (0.6%) therapeutic ERCPs. One patient required laparotomy to retrieve an impacted stone and dormia basket. No ERCP-related perforation or mortality occurred. Five patients (0.5%) developed cholangitis requiring readmission to hospital within 30 days of ERCP.

Conclusions: In this study, hyperamylasaemia was relatively common. Complications relating to ERCP occurred infrequently and were equally common between diagnostic and therapeutic groups. Thus, despite the adverse publicity regarding ERCP as an investigative tool, our study has shown that, in experienced hands, ERCP has an extremely low rate of early and late complications. These findings would thus support further evaluation of ERCP, particularly in relation to MRCP, as an investigative as well as a therapeutic tool.

O-264

LAPAROTOMÍA FRENTE A LAPAROSCOPIA: FRECUENCIA RELATIVA EN PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE CIRUGÍA DE URGENCIAS

J.M. Romero Fernández, J. Díaz Roldán, S. Kaddouri, J.J. Torres Recio, M. Reig Pérez, A. Amaya Cortijo, Y. López López, J.A. Robles de la Rosa y F. Alba Mesa

Consortio Sanitario Público del Aljarafe, Bormujos.

Introducción: El abordaje laparoscópico de las urgencias abdominales se ha ido incorporando a la práctica clínica habitual. Como concepto general, cualquier abdomen agudo podría ser intervenido por laparoscopia.

Objetivo: Nuestro objetivo ha sido valorar el "peso" (frecuencia relativa) y los resultados de la laparoscopia comparándolos con los de las laparotomías en urgencias en un nuevo hospital de la red sanitaria andaluza.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo desde Enero de 2004 a Diciembre de 2006 revisando todas las intervenciones realizadas de urgencias por el Servicio de Cirugía General. Se han recogido el total de intervenciones y comparado específicamente los datos de pacientes sometidos a cirugía abdominal por las patologías que hemos detectado más frecuentes, excluyendo el resto de intervenciones. Se analizan datos de etiología, tasa de conversión en caso de cirugía laparoscópica y se compara la frecuencia global.

Resultados: Se han registrado un total de 1856 procedimientos quirúrgicos urgentes realizados en nuestro servicio, de los cuales 916 han requerido ingreso. Las patologías más frecuentes han sido apendicitis, colecistitis, obstrucción intestinal por bridas, perforación viscera hueca y abdomen agudo sin filiación preoperatoria. Se han realizado 411 intervenciones en estos casos. De ellas un total de 304 apendicectomías, 283 laparoscópicas de las cuales se convirtieron 4 y 21 abiertas; 56 colecistectomías por colecistitis aguda, 42 laparoscópicas con 3 conversiones y 14 abiertas; 14 suturas y epiploplastias por perforación gástrica, 7 laparoscópicas sin conversión y 7 abiertas; 15 lisis de adherencias en enfermo obstruido, 6 laparoscópicas sin conversión y 9 abiertas y 11 laparoscopias exploradoras sin conversión y 11 laparotomías exploradoras con diagnósticos diversos. La frecuencia relativa de laparoscopia en estos casos ha sido del 83,2% (patología resuelta por laparoscopia)

Conclusiones: Creemos que solventando las dificultades organizativas el abordaje laparoscópico en urgencias de muchas de las patologías mas prevalentes es factible.

O-265

FUENTES DE ENERGÍA PARA LA COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO COMPARANDO ELECTROCIURGÍA MONOPOLAR, ELECTROCIURGÍA BIPOLAR CONTROLADA POR COMPUTADORA Y EL BISTURÍ HARMÓNICO

J. Marín, C. Martínez, E.M. Targarona, C. Balague, S. Vela, J.L., Pallares, P. Hernández, R. Berindoague, R. Medrano, J. Garriga y M. Trías

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La evolución de las fuentes de energía permite el diseño de dispositivos hemostáticos mas eficaces, como alternativas a la electrocirugía convencional. Las supuestas ventajas son la facilitación del acto quirúrgico con reducción de las pérdidas hemáticas y el tiempo operatorio. Si embargo, estos dispositivos incrementan los costes de la intervención y por otra parte no existe información basada en evidencias.

Objetivo: Comparar la efectividad de 3 diferentes fuentes de energía en la realización de la sigmoidectomía laparoscópica

Material y métodos: Se incluyeron 38 pacientes no seleccionados. Los criterios de inclusión fueron: lesión por encima de 15 cm del ano y por debajo del ángulo esplénico. Se randomizó cada paciente en 3 grupos: GI: electrocirugía monopolar y control de los grandes vasos con clips. GII: Electrocirugía bipolar controlada por computadora (LigaSure). GIII: Bisturí armónico y sección del pedículo con endogía. Se registró datos demográficos así como resultados peroperatorios (tiempo operatorio, conversión, pérdidas hemáticas, necesidad de instrumentos adicionales), evolución clínica inmediata (complicaciones, estancia, reoperación y muerte) y el coste. Se siguió el principio de intención de tratamiento

Resultados:	I. Electrocirugía	II. Ultra-Cision.	III. Ligasure. P	
N	11	12	15	
IMC	33 (20-44)	29 (15-43)	33 (20-52)	ns
Diag (Can/Div/ot)	9/0/2	8/1/3	13/2/0	ns
T. op. (min)	180 (90-210)	120 (65-220)*	110 (70-210)*	.01
Conversión	3/11	0	1/15	ns
Pérdida hemática (cc)	200(0-350)	100 (0-150)*	100 (0-450)	.01
Morbilidad	4/11	2/11	2/15	ns
Estancia(d)	7 (6-32)	8 (4-18)	6 (6-16)	ns
Coste (Euros)	2995 (2023-5534)	2928 (2273-3534)	2664 (2320-3635)	ns

Conclusión: Las nuevas fuentes de energía adaptadas a las necesidades laparoscópicas, permiten reducir el tiempo operatorio y la pérdida hemática, y se pueden considerar como coste-efectivas cuando se utiliza la colectomía laparoscópica izquierda como modelo.

O-266

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LESIONES GÁSTRICAS CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TUMOR ESTROMAL

R. Berindoague¹, E.M. Targarona¹, X. Palá², V. Artigas¹, C. Balagué¹, A. Aldeano¹, A. Lahoud¹, J. Navines¹, S. Vela¹, J.L. Pallarés¹ y M. Trías¹

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona¹, Hospital General de Igualada, Igualada².

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 4% del total de tumores gástricos y su diagnóstico preoperatorio es complejo, dada la dificultad para obtener su diagnóstico histológico a través de biopsia endoscópica. El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica radical de la lesión con realización del estudio anatómopatológico de la pieza que permite la valoración diagnóstica y pronóstica. La aplicación de la cirugía laparoscópica se ha convertido en una técnica aceptada para el abordaje en GIST seleccionados, con buenos resultados a corto plazo publicados en la literatura.

Objetivo: Estudio a corto plazo y seguimiento de pacientes diagnosticados de GIST e intervenidos por cirugía laparoscópica.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos por laparoscopia por sospecha clínica de GIST en dos Instituciones. Análisis estadístico de los datos clínico-patológicos, quirúrgicos y resultados postoperatorios.

Resultados: Se llevó a cabo una resección gástrica laparoscópica en 20 pacientes (12 mujeres y 8 hombres) con una edad media de 70,5 años (rango 38-84). La localización del tumor fue: 8 en tercio superior, 6 en tercio medio y 6 en tercio distal gástrico. Las técnicas quirúrgicas consistieron en excisión submucosa transgástrica (n = 1), resección parcial (n = 11), gastrectomía parcial con reconstrucción en Y de Roux (n = 4) y gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux (n = 3). Conversión fue necesaria en 2 casos (10%) para asegurar una correcta resección debido a adherencias o al tamaño tumoral. La morbilidad postoperatoria consistió en un retraso del vaciado gástrico en dos pacientes y un caso de oclusión intestinal. La estancia media hospitalaria fue de 6 días (rango 4-32). El estudio anatómopatológico confirmó la sospecha clínica de GIST en 17 casos, 16 de los cuales fueron c-kit positivo. En los otros casos el diagnóstico fue de leiomioma (n = 1), plasmocitoma (n = 1) y tumor parasitario (anasakis, n = 1). El tamaño medio de los tumores fue 6 cm (rango 2,5-12,5). El grado de malignidad del

GIST según el índice mitótico y el tamaño del tumor fue bajo ($n = 6$), intermedio ($n = 7$) ó alto ($n = 4$). Tras un seguimiento medio de 28 meses (rango 1-88) ningún paciente ha presentado recurrencia.

Conclusión: El abordaje laparoscópico de los tumores gástricos parece seguro con buenos resultados a corto y medio plazo en el tratamiento quirúrgico de GIST.

9 NOVIEMBRE 2006
12.30 – 14.00

SALA CALATRAVA
O-267 – O-275

O-267

BACTERIEMIA Y NIVELES DE CITOQUINAS TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS LAPAROTOMÍA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE PERITONITIS EN CERDOS

M. Cainzos Fernández, E. Mena del Río, J. Martínez Castro, M.L. Jorge Gómez, J.L. Rodríguez Couso, S. del Río y M. Lamas Vázquez

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo de bacteriemia en un modelo experimental de peritonitis en cerdos tras realizar una exploración laparoscópica con alta y baja presión así como con una laparotomía y medir niveles de IL-6, TNF α e IL-8.

Material y métodos: Se utilizaron 45 cerdos machos de 20-25 Kg a los que se les introdujo bajo anestesia general por una minilaparotomía una mezcla conocida de gérmenes.

Estos 45 cerdos se dividieron en 4 grupos:

Grupo 1 (grupo de control): (11 cerdos) Se tomaron muestras de sangre de forma basal y 24 horas después del inóculo bacteriano.

Grupo 2: (11 cerdos) Se tomaron muestras de sangre de forma basal, tras 24 horas del inóculo bacteriano, y después se realizó una exploración de la cavidad abdominal por vía laparoscópica con una presión inferior a 14 mmHg durante 20 minutos. Tres horas después se tomó otra muestra de sangre.

Grupo 3: El mismo procedimiento que el grupo 2 pero con presiones superiores a 14 mmHg.

Grupo 4: El mismo procedimiento que los grupos 2 y 3 pero realizando una laparotomía en vez de laparoscopia.

Resultados:

1. Se evidenció una mayor bacteriemia de *Enterococcus* en el grupo de laparoscopia a alta presión. ($p = 0,024$)

2. Se evidenció una mayor bacteriemia de *Bacteroides fragilis* en el grupo de laparoscopia a alta presión ($p = 0,037$)

3. Se evidenció un incremento en los niveles de interleucina 6 en las muestras recogidas a las 24 horas frente a los resultados basales ($p = 0,001$).

4. El grupo de laparoscopia a baja presión obtuvo niveles inferiores de interleucina 6 que el grupo de laparoscopia a alta presión y el de laparotomía ($p = 0,005$ y $p = 0,004$ respectivamente).

Conclusiones: El abordaje laparoscópico en el contexto de una peritonitis es una técnica segura siempre que se utilice una presión inferior a 14 mmHg y además produce un incremento de interleucina 6 inferior a la cirugía convencional.

O-268

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA APENDICITIS AGUDA FRENTE AL LAPAROTÓMICO: ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES Y FACTORES ANATOMOCLÍNICOS EN 402 APENDICECTOMÍAS

P. Artuñedo Pe, M. Durán Poveda, A. Rivera Díaz, J.A. Martínez Piñero, A. García Muñoz-Najar, A. Antequera Pérez, A. Serantes Gómez, D. Hurga Álvarez, M. de Vega Irañeta y F. Pereira Pérez

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la apendicitis aguda (AL) es realizado en la actualidad con relativa frecuencia frente al abordaje laparotómico o tradicional (AT). **Objetivo:** Evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de 402 pacientes con abdomen agudo y sospecha de apendicitis aguda, análisis de las complicaciones de las apendicectomías

realizadas por laparoscopia frente al abordaje laparotómico o tradicional, estudiar la relación con factores clínico-patológicos.

Pacientes y métodos: Han sido intervenidos en nuestro Centro 402 pacientes consecutivos desde Junio de 2004 a Diciembre de 2005 con el diagnóstico de abdomen agudo y sospecha de apendicitis aguda.

Resultados: De los 402 pacientes intervenidos el 61,9% son varones (249/402) y el 38,1% mujeres (153/401), con una edad media de 26 años (DS14,48), rango (4-88). El abordaje se ha realizado mediante AL en el 36,8% de los casos (148/402). En los varones se han realizado AL el 31,7% (79/249), en las mujeres el 45,1% (69/153). La estancia media total ha sido de 2,65 días (DS 1,3), 2,47 días para la AL frente a 2,85 días para la AT (NS). Han presentado complicaciones el 14,4% (58/402). La distribución de los diferentes tipos de complicaciones es: infección de la herida quirúrgica el 7,2% (29), abscesos intraabdominales 4,0% (16), hematoma o hemoperitoneo 1,5% (6), otras 1,7% (7). La tasa de reingresos ha sido del 4,5%. El estudio anatomopatológico ha mostrado: apendicitis aguda flemosa el 66,2% (266), apendicitis gangrenosa el 12,2% (49), apendicitis perforada el 5,0% (20), sin alteraciones el 10,9% (44) y otros diagnósticos el 5,7% (23). La frecuencia total de complicaciones es del 10,8% del abordaje AL, y del 16,5% del AT (NS, $p = 0,075$). Estratificando la muestra en un grupo A de pacientes con edad pediátrica (hasta 14 años) y un grupo B de adultos ($>$ de 14 años), encontramos que el abordaje mediante AL se ha realizado en 11% en el grupo A frente al 44,4% en el grupo B. La frecuencia de complicaciones en el grupo A es del 17,2% y en el B de 13,5%. La infección de la herida quirúrgica ha tenido lugar en el 18,8% de las AL con complicaciones y en el 61,9% de las AT complicadas ($p < 0,004$). La estratificación de las complicaciones con respecto al tipo patológico indica que las complicaciones son en las apendicitis flemosas el 9,8%, en las gangrenosas del 28,6% y el 55% de las perforadas (DS, $p < 0,005$).

Discusión y conclusiones: El abordaje laparoscópico es un procedimiento seguro en el tratamiento de la apendicitis. La estancia hospitalaria es inferior en la AL, pero no hemos demostrado DS. La tasa total de complicaciones es más alta en el abordaje mediante AT (NS), y se atribuye al la mayor incidencia de infección de la herida quirúrgica. Nuestros resultados se encuentran rangos aceptables de complicaciones, reingresos y estancia hospitalaria.

O-269

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL COLON EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

R. Cosa Rodríguez, S. Delgado Rivilla, R. Bravo Infante, R. Corcelles Codina, C. Ginesta Martí, J. Comas Isus, A. Ibarzábal Olano, D. Momblán García y A.M. de Lacy Fortuny
Hospital Clínico y Provincial, Barcelona.

Introducción: La cirugía colorrectal está asociada a unos altos índices tanto de morbilidad como de mortalidad entre los pacientes cirróticos. Gracias a las mejoras en el manejo perioperatorio y la optimización de las condiciones preoperatorias del paciente, los riesgos quirúrgicos se minimizan. Estos pacientes de riesgo, se pueden beneficiar de las ventajas del abordaje mínimamente invasivo que ofrece la cirugía laparoscópica del colon, siendo ésta una técnica factible y segura en pacientes con cirrosis hepática compensada.

Objetivo: Analizar la eficacia y la seguridad de la cirugía laparoscópica del colon en pacientes cirróticos.

Pacientes y métodos: Entre Septiembre de 1993 y Febrero de 2006 han sido intervenidos por vía laparoscópica un total de 1503 pacientes con patología colorrectal en nuestro centro. En este estudio presentamos los resultados de todos los pacientes con cirrosis hepática que fueron intervenidos de cirugía colorrectal por vía laparoscópica.

Resultados: Treinta y siete pacientes con cirrosis hepática fueron incluidos en el estudio. Treinta y uno tenían una cirrosis hepática grado A de Child-Pugh y seis grado B. El tiempo operatorio medio fue de 150 minutos (75-280 min) y las pérdidas hemáticas medias fueron de 245 ml (100-250 ml). La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 21,6% (ocho pacientes). La estancia hospitalaria media fue de 5 días. La tasa de morbilidad fue del 40% (15 pacientes). Uno de los pacientes presentó una dehiscencia de sutura. Un paciente falleció en el postoperatorio debido a un hemoperitoneo.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la cirugía laparoscópica colorrectal se puede llevar a cabo en pacientes con cirrosis hepática

ca compensada con una morbilidad aceptable y probablemente con una mortalidad menor que en los pacientes intervenidos por técnicas de cirugía convencional. Son de especial importancia una selección adecuada de los pacientes mediante la clasificación de Child-Pugh y una exhaustiva evaluación y optimización de las condiciones preoperatorias. La experiencia en cirugía laparoscópica avanzada es primordial para la obtención de tan buenos resultados.

O-270

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA PERITONITIS DIFUSA POR APENDICITIS AGUDA: TÉCNICA QUIRÚRGICA, LIMITACIONES Y COMPLICACIONES

C. Hoyuela, J. Camps, M. Martí Gallostra, E. Veloso y C. Marco
Hospital Mutua, Terrassa

Introducción: Aún no existe consenso en cuanto al abordaje de elección de la apendicitis aguda. Sin embargo, ante una peritonitis difusa, el empleo de la laparoscopia permite una exploración completa de la cavidad abdominal y facilita el lavado desbridamiento de cualquier colección. De este modo, podría suponer una reducción en la tasa de complicaciones postoperatorias, en especial a nivel de la herida quirúrgica.

Objetivo: Analizar el papel de la laparoscopia en el manejo de la peritonitis difusa (afectación de los cuatro cuadrantes) secundaria a una apendicitis aguda, evaluando su capacidad terapéutica, sus limitaciones técnicas, así como las complicaciones derivadas de la utilización de este abordaje.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de 21 pacientes, no seleccionados, intervenidos por laparoscopia desde enero 2001 hasta enero 2006 en régimen de urgencias por peritonitis difusa (afectación de los cuatro cuadrantes abdominales) secundaria a apendicitis aguda. Todos recibieron tratamiento antibiótico postoperatorio. Se trata de 9 hombres y 12 mujeres con una edad media de 44,1 (15-76) años. El 14% (3/21) presentaba patología de base (ASA III). La recogida de datos se ha realizado de forma prospectiva. Para la valoración del dolor y el resultado estético se ha empleado una escala analógica visual de 0-10 puntos.

Resultados: El procedimiento laparoscópico no se pudo completar en un paciente, debido a ausencia de diagnóstico, lo que supone una tasa de conversión de 4%. Tiempo quirúrgico: 84 (60-130) minutos. Se emplearon 3-5 trócares. En todos los casos se pudo practicar un lavado completo de la cavidad abdominal. Mortalidad 0%. Complicaciones severas 0%. Complicaciones menores: 5 pacientes (5/21: 23%): 2 íleo prolongados, 1 insuficiencia cardíaca descompensada con derrame pleural, 1 fiebre por catéter, 1 infección herida (paciente convertido). No se observaron abscesos intraabdominales postoperatorios. Estancia postoperatoria: 8,2 (5-16) días. Retorno a la actividad normal (promedio): 19,9 días. Dolor postoperatorio: 2,6 (0-10). Satisfacción estética: 9,8 (0-10).

Conclusiones: El tratamiento por laparoscopia de la peritonitis por apendicitis evolucionada es factible y en esta serie se ha asociado a un bajo índice de complicaciones, especialmente en relación a abscesos intraabdominales y de herida quirúrgica. Por tanto, es probable que deba ser considerado el tratamiento de elección de la apendicitis aguda evolucionada. Las posibles limitaciones del procedimiento guardarían relación con la experiencia del equipo quirúrgico.

O-271

INFLUENCIA DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

C. Ginesta Martí, S. Delgado Rivilla, A. Ibarzábal Olano, R. Cosa Rodríguez, R. Corcelles Codina, R. Bravo Infante, R. Almenara Santacristina, J. Panés y A.M. de Lacy Fortuny
Hospital Clínico y Provincial, Barcelona.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn es sintomático. Esta enfermedad la padece una población joven, por lo que las ventajas de la cirugía laparoscópica parecerían ser claras en cuanto a funcionalismo, estética y disminución de complicaciones de pared abdominal.

Objetivo: Analizar retrospectivamente los resultados obtenidos en la primera mitad de la serie comparándolos con la segunda mitad.

Material y métodos: Análisis prospectivo de los paciente con enfermedad de Crohn intervenidos por laparoscopia desde Enero 2001 hasta Diciembre 2005. Sesenta y tres pacientes fueron intervenidos. En 31 pacientes se realizó cirugía del colon y se dividieron en grupo A (15 primeros) y B (16 últimos). Se ha realizado una comparación de ambos grupos a nivel epidemiológico, diagnóstico, terapéutico y de resultados del postoperatorio inmediato.

Resultados: En ambos grupos obtuvimos resultados similares en cuanto a edad, sexo, años de evolución de la enfermedad y tipos de intervención quirúrgica. En el primer grupo el tiempo operatorio fue de 137,6 minutos mientras que en el segundo fue de 102,81 (reducción del 21%). El número de conversiones en el primer grupo fue de 3 (21%) y en el segundo grupo fue de 1 (6,3%). La incidencia de complicaciones fue superior entre los pacientes del primer grupo en comparación con los del segundo grupo. La estancia hospitalaria fue de 9 días para los primeros casos y de 7 para los últimos. Se reintervino un paciente del grupo A y ninguno del B.

Conclusiones: Si bien están claras las ventajas que ofrece la cirugía laparoscópica en el manejo de esta patología, la experiencia es un factor importante para mejorar los resultados obtenidos.

O-272

EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN MÁS DE 300 CASOS DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL CÁNCER DE RECTO.

R. Bravo Infante, R. Corcelles Codina, A. Ibarzábal Olano, C. Ginesta Martí, R. Cosa Rodríguez, S. Delgado Rivilla, D. Momblán García, A. Castells Garangou, R. Almenara Santacristina y A.M. de Lacy Fortuny
Hospital Clínico y Provincial, Barcelona.

Introducción: En la actualidad sigue existiendo controversias en la aplicabilidad de la laparoscopia en el tratamiento del cáncer de recto. Los estudios aleatorizados publicados en la literatura, demuestran que la colectomía asistida por laparoscopia en el cáncer de colon disminuye las complicaciones postoperatorias y permite una recuperación postoperatoria más rápida del paciente. En la literatura no existen estudios que comparen la laparoscopia vs la cirugía convencional en el tratamiento del cáncer del recto.

Objetivo: Analizar los resultados de la cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer de recto.

Pacientes y métodos: Desde marzo de 1998 a marzo de 2006 todos los pacientes diagnosticados de neoplasia de recto han sido evaluados para ser intervenidos por abordaje laparoscópico. Se han excluido los pacientes con oclusión aguda.

Resultados: Se han incluido 375 pacientes (241 hombres y 134 mujeres), con una edad media de 66 años. El 47,7% de ellos habían recibido radioterapia preoperatoria. La técnica quirúrgica realizada fue: 194 resecciones anteriores bajas con excisión total del mesorrecto, 62 amputaciones abdominoperineales, 81 resecciones anteriores altas, 24 intervenciones de Hartmann, 11 colostomías, 2 proctocolectomías y 1 laparoscopia exploradora. Se realizó ileostomía de protección en 125 pacientes (33,3% de los pacientes en los que se realizó cirugía conservadora de esfínteres). La incidencia de conversión a cirugía convencional fue del 15,2% (29 por dificultad de disección, 22 por infiltración de órganos vecinos, 2 por hemorragia, 3 por hipercarbia y uno por sección ureteral). El tiempo operatorio medio fue de 179 minutos. En un 83% de los pacientes, la cirugía se realizó con intención curativa. Un 28,5% de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, entre ellas 27 dehiscencias de sutura, lo que supone un 9,74% de las resecciones con anastomosis y 8 infecciones de herida (2,1%). La estancia hospitalaria media fue de 7,29 \pm 5,29 días. La media de ganglios linfáticos resecados fue de 13,3. El análisis de la supervivencia no difiere de las series publicadas en la literatura.

Conclusión: La cirugía laparoscópica en pacientes diagnosticados de neoplasia de recto se puede llevar a cabo de una forma factible y segura. Los resultados a corto plazo son buenos y a largo plazo son similares a los obtenidos mediante técnicas de cirugía convencional aunque hacen falta estudios prospectivos aleatorizados para ser analizados con mayor exactitud.

O-273

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS.

C. Martínez, E.M. Targarona, C. Balagué, P. Hernández, S. Vela, R. Medrano, R. Berindoague, J.L. Pallares, J. Garriga y M. Trias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Estudios preliminares observan que la cirugía laparoscópica del recto ofrece ventajas similares a las de la cirugía laparoscópica del colon pero las dificultades técnicas se ven incrementadas.

Objetivo: Revisar los resultados de nuestra serie de cáncer de recto intervenidos por laparoscopia.

Pacientes y métodos: Análisis de una serie prospectiva de 157 pacientes intervenidos por laparoscopia de cáncer de recto de En/98 a Dic/05. Se analizaron los resultados a corto plazo y el seguimiento a largo plazo.

Resultados: 157 pacientes, 105 varones y 52 mujeres, con edad media de 70 años (rango 37-89). Procedimientos quirúrgicos: 78 resecciones anteriores de recto (49%), 16 resecciones anteriores ultrajabas + ileostomía (10,2%), y 58 resecciones abdominoperineales (36,9%). Tº op. medio 179 (rango 90-360) con conversión del 17,2%. Un 40,7% de complicaciones postoperatorias (7% de dehiscencias de anastomosis) y una mortalidad perioperatoria del 1,3%. Estancia media hospitalaria de 10 días (rango 5-294). Análisis anatomopatológico: est. I en el 15,2%, est. II en el 34%, est. III en 44% y est. IV en el 6,5%. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 23,8 meses. No se detectaron recurrencias en orificios de los trócares. El índice de recurrencia local fue del 5%. Supervivencia global de los pacientes tratados con fines curativos: 89% a 5 años. Supervivencia media de 48,2 meses (IC 95%, 42,8-53,6). **Conclusiones:** El tratamiento del cáncer rectal puede efectuarse mediante laparoscopia, con resultados clínicos y criterios oncológicos a largo plazo satisfactorios.

O-274

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLO-RECTAL EN PACIENTES OCTOGENARIOS

C. Balagué Ponz, R. Medrano, E.M. Targarona, C. Martínez, P. Hernández, V. Alonso, S. Vela, J.L. Pallares, J. Garriga y M. Trias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

La cirugía coloproctológica en pacientes de edad avanzada se ha asociado con mayor morbi-mortalidad. Los resultados favorables de la cirugía laparoscópica deben representar una reducción de las complicaciones en pacientes de edad avanzada que, en la mayoría de series se sitúan alrededor de los 70-75 años. Pero la proporción de pacientes con edad superior a los 80 años se ha visto incrementada en los últimos años, lo que lleva a considerar los resultados de esta cirugía en pacientes con edades extremas.

Objetivo: Documentar los resultados obtenidos en una serie prospectiva de 112 pacientes con edad superior a los 80 años intervenidos por patología maligna colo-rectal en un Hospital Universitario.

Materiales y métodos: Entre Enero/98 y Febrero/06 se han intervenido en nuestro centro una serie de 507 pacientes con cáncer colo-rectal, los cuales hemos dividido en tres grupos de edad: Grupo I: < 70 años (n: 210), Grupo II: 70-79 años (n:185) y Grupo III: ≥ 80 años (n: 112) y hemos comparado los resultados obtenidos en cada grupo de edad.

Resultados:

Tabla 1. Resultados obtenidos

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
N	210	185	112
Edad media	60	75	84
Sexo h - m	120-90	126-59	61-51
Comorbilidad	36%	55%	47%
Cirugía previa	29%	39%	43%
T4	19%	21%	13%
Tiempo op	152	152	148
compl. Perop	30%	32%	30%
Conversión	15%	18%	20%
compl. Post	32%	33%	34%
Dehisc. Anastomosis	4%	6%	3%
Estancia Hosp. (d.) (mediana)	7	8	9
Reoperación	2%	9%	3,5%
Mortalidad	0,5%	2,7%	1%

Tabla 2. Intervenciones realizadas

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Hemicolectomía D	42 (20%)	61 (33%)	36 (32%)
Hemicolectomía I	13 (6%)	16 (9%)	4 (3%)
Hemicolectomía	72 (34%)	50 (27%)	28 (20%)
R.A.B.	49 (23%)	34 (18%)	20 (18%)
M illes	26 (12%)	19 (10%)	14 (12,5%)
Colect. Subtotal	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)
Hartmann	7 (3%)	4 (2%)	7 (6%)
Paliación	1 (0,5%)	1 (0,5%)	2 (1,7%)
Total	210	185	112

Conclusión: La cirugía laparoscópica del colon es absolutamente factible en pacientes de edad muy avanzada, sin objetivar diferencias significativas en los resultados respecto a paciente más jóvenes, probablemente influido por la similitud en incidencia de patología asociada. Es probable que la diferencia estriba en la más lenta recuperación, con influencia sobre la estancia hospitalaria.

O-275

EL DIT.- EL DEDO ENDOSCÓPICO

S. Montmany, E. Laporte, J.A. Peña González, N. García Monforte y J. Hermoso Bosch

Hospital de Sabadell, Sabadell.

Se presenta un instrumento para cirugía endoscópica diseñado para facilitar la disección de los espacios ocupados por tejido conectivo laxo como el pre o retroperitoneal o como un verdadero palpador que, a semejanza de un dedo, puede usar el cirujano en cirugía endoscópica intracavitaria con precisión.

En las operaciones por endoscopia, la manipulación de los instrumentos a través de una vaina que atraviesa la pared abdominal se halla muy limitada si lo comparamos con el uso de todas las articulaciones de nuestra extremidad superior en cirugía a cielo abierto. Con la intención de mejorar los 3 grados de libertad de los instrumentos endoscópicos, varias compañías han desarrollado instrumentos articulados que permiten la flexión de su extremo distal, principalmente cuando se usan con un robot. Sin embargo, el instrumento máspreciado por el cirujano, su mano, no ha sido considerado en el diseño de este tipo de instrumental. Así como la inserción de un instrumento que fuera una copia de la mano no deja de ser una utopía, el uso de un dedo es posible y útil para las maniobras de disección.

Este instrumento es un palpador de 10 mm de diámetro, con una doble articulación en la punta, recubierta por material elástico, que se acciona mediante la pulsación de un gatillo insertado en su puño, a modo de pistola. De hecho, al accionarlo, se reproduce el movimiento del dedo del cirujano en la punta del instrumento, lo cual hace que su uso sea muy intuitivo. Además, se puede rotar 360º sobre su eje longitudinal, lo cual facilita la correcta posición de la punta en el campo operatorio.

Al prototipo que se presenta se pueden acoplar elementos complementarios como un sistema de aspiración o el terminal de electrocoagulación monopolar para la hemostasia.

PÓSTERS

8 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P 121 – 146

P-121

RETRACCIÓN DE LAS PRÓTESIS UTILIZADAS EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA PARED ABDOMINAL

J.A. Martín Cartes¹, S. Morales Conde², J.M. Suárez Grau¹, M. Bustos Jiménez¹, H. Cadet Dussort¹, J.M. Álamo Martínez¹, F. López Bernal¹, M. Socas Macías¹, J.D. Tutosaus Gómez¹ y S. Morales Méndez¹

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla¹, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla².

Introducción: El tratamiento por vía laparoscópica de las hernias ventrales se hace habitualmente mediante la colocación de mallas intraperitoneales, en contacto directo con las vísceras intraabdominales. Nuestra intención ha sido estudiar las complicaciones subsiguientes a estas técnicas, derivadas de la posible retracción de las prótesis.

Material: Hemos utilizado 20 cerdos, divididos en dos grupos, uno de diez animales, en los que se utilizó como inhibidor de la formación de adherencias la cola de fibrina, y un segundo grupo, de otros diez animales, en los que se utilizó la pomada de hialuronidasa. Con ello se pretendía además ver las posibles interferencias debidas a los inhibidores.

Métodos: En cada animal se implantaron en la cara interna de la pared abdominal, en una posición más cefálica a ambos lados de la línea media dos prótesis de polipropileno, la situada en el lado derecho del animal estaba untada de inhibidor. Mas caudalmente, se implantaron con la misma disposición y preparación otras dos prótesis de PTFE. A las cinco semanas fueron reintervenidos y sacrificados los animales. Se estudió la retracción de los distintos implantes.

Resultados: No había ninguna diferencia en cuanto a comportamiento entre los implantes impregnados de inhibidor con respecto a los no impregnados. Los implantes de PTFE se retraían cinco o seis veces más que los de polipropileno.

Conclusiones: A la hora de realizar una eventroplastia por vía laparoscópica, hemos de tener en cuenta, no sólo el comportamiento de las prótesis en cuanto a la génesis de adherencias, sino también su capacidad de retracción, para que al finalizar ésta, el defecto de la pared abdominal siga estando cubierto. Por otra parte resaltar que apenas hay referencias bibliográficas al respecto

P-122

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 6 AÑOS

J. Ruiz Tovar, J. Pérez de Oteyza, A. Aguilera Velardo, J. Pérez de Oteyza, C. Ramiro Pérez, A.B. Aláez Chillarón, R. Rojo Blanco, M.V. Collado Guirao y A. García Villanueva
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Revisamos nuestra experiencia de 6 años en esplenectomía laparoscópica para evaluar la utilidad y seguridad de este procedimiento.

Material y métodos: Se realizó esplenectomía laparoscópica en 17 pacientes (11 mujeres vs 6 hombres), con una edad media de 49 años. La patología consistió en 16 casos de púrpura trombopénica idiopática (PTI) y un caso de anemia hemolítica autoinmune.

Resultados: La duración media de la cirugía fue de 180 minutos incluyendo el procedimiento anestésico. Sólo en un caso fue necesario reconversión a cirugía abierta. Se detectaron bazo accesorios en 12,5% de los pacientes. En el 69% se consiguió remisión precoz del trastorno hematológico y en el 87,5% remisión a largo plazo. La tasa de complicaciones fue del 35%, incluyendo 3 casos de hematoma subfrénico, uno de pancreatitis aguda focal, un caso de hemorragia postoperatoria inmediata y un caso de trombosis espleno-portal, recuperándose todos ellos sin secuelas. La tasa de mortalidad fue 0%.

Conclusiones: Mediante esplenectomía laparoscópica se obtienen resultados similares a los de cirugía abierta en eficacia y seguridad, pero

con los beneficios de la cirugía laparoscópica y por ello quizás debería ser considerado como el procedimiento de elección para el tratamiento de trastornos hematológicos benignos refractarios a tratamiento médico.

P-123

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS

J.L. García Calleja, J.J. Resa Bienzobas, J. Solano Murillo, A. García García, J.L. Blas Laina, J.A. Fatás Cabeza, J. Lagos Lizán, E. Gonzalvo González y J. Escartín Valderrama.

Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Objetivos: Existen 4 casos en los que se puede encontrar un apéndice izquierdo: situs inversus, mal rotación intestinal, ciego migratorio por mesenterio redundante y apéndice excesivamente largo. El situs inversus es una entidad rara que puede afectar a diferentes vísceras.

El objetivo de la presente comunicación, es destacar las ventajas de la cirugía laparoscópica, especialmente en casos de difícil diagnóstico, como diferentes patologías en pacientes con situs inversus no conocido previamente.

Caso clínico: Mujer de 34 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias del hospital por presentar un cuadro de dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca izquierda de 2 días de evolución. A la exploración, el abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación en la fosa iliaca izquierda y con descompresión dolorosa en dicha zona. En la analítica se objetiva discreta leucocitosis con desviación izquierda, sin otras alteraciones significativas. En la radiología de tórax y abdomen se pudo objetivar la existencia de situs inversus completo. Ante la persistencia del dolor, se solicita ecografía abdominal. En la citada prueba, se confirma la existencia de situs inversus abdominal, y no se observan signos inflamatorios peritoneales. Se decide ingreso en planta de cirugía para observación y tras 10 horas hospitalizada y ante la persistencia de la sintomatología, se decide practicar laparoscopia diagnóstica, que demuestra que se trata de una apendicitis aguda, realizándose apendicectomía laparoscópica, utilizando tres trócares. Fue dada de alta hospitalaria a los 2 días, sin haber surgido incidencias destacables y estando asintomática.

Conclusiones: La existencia de dextrocardias en un paciente con signos y síntomas compatibles con apendicitis en la fosa iliaca izquierda, debe alertarnos de esta posibilidad, que podemos confirmar con la realización de cirugía laparoscópica diagnóstica y proceder a practicar apendicectomía. El caso que presentamos demuestra claramente la utilidad de la laparoscopia como posibilidad diagnóstica, especialmente en cuadros de difícil filiación, como en los pacientes que presentan situs inversus. Otra ventaja de la vía laparoscópica es que permite el tratamiento quirúrgico de la enfermedad, con el consiguiente beneficio que para el paciente representa el abordaje mínimamente invasivo.

P-124

VESÍCULA SINISTRA, CAUSA DE RECONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M.M. Rico Morales, R. Belda Lozano, M. Ferrer Márquez, M. Felices Montes y G.J. López Ordoño

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La localización de la vesícula biliar en la izquierda del ligamento redondo no asociada a situs inversus es muy rara. Existen dos variantes anatómicas de vesícula sinistral: 1. Vesícula biliar que se origina a partir del conducto hepático izquierdo cuyo conducto cístico se une al conducto hepático común por la izquierda ó al conducto hepático izquierdo directamente, y 2. vesícula biliar localizada debajo del segmento IV hepático, medial al ligamento redondo, probablemente como consecuencia de la obliteración prenatal de la vena umbilical derecha. Los estudios preoperatorios no detectan esta anomalía, lo que hace de este hallazgo inesperado, una auténtica sorpresa quirúrgica.

Caso clínico: Paciente varón de 57 años con antecedentes de cólicos hepáticos de repetición que ingresa para ser intervenido por colecistectomía laparoscópica programada. Durante el acto quirúrgico, tras liberación de adherencias a la cara inferior del hígado no se encuentra la vesícula biliar, por lo que se decide reconversión. Se realiza laparotomía

subcostal hallándose vesícula sinistral con cálculo impactado en bolsa de Hartmann, conducto cístico que drena en conducto hepático común. Se realiza colecistectomía conveccional, dejando drenaje aspirativo. La ecografía abdominal preoperatoria no detectó la anomalía.

Conclusiones: La vesícula sinistral es una condición parafisiológica que cuando se detecta de forma preoperatoria debe ser estudiada con TAC. Cuando se descubre de forma accidental durante la cirugía, los cirujanos deben ser muy cautos por la confluencia imprevisible del conducto cístico al conducto hepático común. Se recomienda:

- Comenzar la disección del triángulo de Callot lo más próximo al borde de la vesícula
 - Ligar el conducto cístico lo más próximo al infundíbulo
 - En caso de duda realizar colangiografía intraoperatoria.
- Este caso confirma y demuestra que toda atención en un campo quirúrgico es insuficiente sea cual sea la experiencia del equipo quirúrgico.

P-125

DERRAME PLEURAL MASIVO TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

F. Martínez Ródenas, J. Oriol Sabater, P. Deulofeu Quintana, J.E. Moreno Solorzano, A. Alcaide Garriga, E. Pou Sanchís, R. Hernández Bordán, Y. Guerrero de la Rosa, J. Troya Díaz, J. Garrido Corchón y S. Fernández Serrano

Hospital Municipal, Badalona.

Introducción: La cirugía laparoscópica (CL) ha experimentado una espectacular difusión desde su introducción en la década de los 80, especialmente en cirugía ginecológica y de la vía biliar. La CL presenta una tasa de morbi-mortalidad respiratoria menor que la cirugía tradicional como consecuencia del menor dolor y la mejor movilidad en el postoperatorio. Sin embargo, están descritas algunas complicaciones pleuropulmonares. Presentamos a continuación dos casos de derrame pleural masivo tras la extirpación de un quiste dermoide ovárico y después de una colecistectomía laparoscópica, respectivamente.

Material y métodos: Caso clínico nº 1: Mujer de 35 años diagnosticada de quiste dermoide de ovario derecho de 9 cm de diámetro por ecografía. Se practica laparoscopia y punción aspiración del quiste que es dificultosa por el contenido del mismo (grasa espesa, material piloso y óseo), produciéndose un vertido parcial a cavidad abdominal parcial. Se procede a un lavado y aspiración de la cavidad abdominal con suero fisiológico abundante. Postoperatorio inmediato sin incidencias siendo alta el tercer día de la intervención. Siete días más tarde presenta dolor pleurítico y fiebre. Se objetiva un derrame pleural derecho. La toracocentesis muestra un exudado cuyo cultivo convencional, Ziehl, Löwenstein y citología son negativos. La tinción de "Oil Red" pone de manifiesto estructuras lipídicas redondeadas correspondientes a material graso. El resto de exploraciones complementarias son negativas. Se observó desaparición de la fiebre y mejoría del dolor a los pocos días y desaparición del derrame pleural. Los controles clínicos y radiológicos a los 3, 6 y 12 meses fueron normales.

Caso nº 2: Varón de 81 años al que se le practica colecistectomía simple por laparoscopia por coledolitiasis sintomática diagnosticada por ecografía. Se produce una pequeña perforación vesicular y vertido de bilis sin salida de cálculos en cavidad abdominal. Se realiza aspiración y lavado abundante con suero fisiológico. Se extrae la vesícula con endobolsa a través de herida umbilical y se coloca drenaje de Redón subhepático. Postoperatorio sin incidencias, es dado de alta a las 48 horas de la intervención tras retirar drenaje improductivo. Al décimo día del alta consulta por dolor en hipocondrio derecho y disnea de medianos esfuerzos. La exploración física del paciente demuestra semiología de derrame pleural derecho. La toracocentesis muestra un exudado con cultivo convencional, Ziehl, Löwenstein y citología negativos. Ácidos biliares de 57,4 mcml/L (valores normales: 0,1-6 mcml/L). Exploraciones complementarias negativas. El paciente evolucionó correctamente. El control clínico y radiológico a los 2, 6 y 12 meses fueron normales.

Conclusiones: El derrame pleural masivo tras CL es una complicación infrecuente. Deben realizarse exploraciones complementarias que descarten el TEP, derrame metaneumónico, neoplasias y tuberculosis. En caso de negatividad hemos de pensar en la posibilidad que sea secundario al paso de material intrabdominal a la cavidad torácica a través del diafragma, siempre que exista vertido y lavados abundantes aunque su etiopatogenia sea controvertida.

P-126

UTILIZACIÓN DEL PLASMA ARGÓN EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN NO VARICOSA

M.R. Cordoví Gutiérrez, H. Santos Pérez, I. Lavandera Rodríguez y T. Rodríguez Fernández

Clínica Central Cira García, La Habana, Cuba

Introducción: A pesar del desarrollo tecnológico de las unidades de pacientes críticos y de la fibra óptica con los procedimientos terapéuticos asociados, la Hemorragia Digestiva Alta de origen no varicoso continúa siendo un problema médico con una Morbimortalidad no despreciable.

Objetivos: Demostrar las ventajas y bondades de un proceder mínimamente invasivo de alta tecnología que nos permite situarlo en los primeros planos en el arsenal terapéutico de nuestros pacientes y específicamente señalar las ventajas del proceder desde el punto de vista de su realización, como una alternativa eficaz en el tratamiento de la Hemorragia Digestiva de origen no varicoso.

Pacientes y métodos: Realizamos un trabajo prospectivo de Enero/2003 a Julio/2005 en el Servicio de Cirugía de la Clínica Central "Cira García" de Ciudad de La Habana, en pacientes con Hemorragia Digestiva Alta aguda que requirieron ingreso en la UCI y los cuales fueron tratados por endoscopia aplicando coagulación con Plasma Argón solo o asociado con Tisuacryl. Exponemos nuestra experiencia en la realización de este proceder en nuestra Institución.

Resultados: Un total de 27 pacientes fueron tratados en nuestro servicio de la Clínica Central Cira García, a 19 de los cuales le aplicamos la terapia con Plasma Argón. Como pacientes diagnosticados Forrest Ia, F Ib se le trató con Plasma Argón y sobre la superficie coagulada se aplicó Tisuacryl con el objetivo de evitar la caída de la escara.

Diagnosticado como Forrest Ia (vaso visible) se aplicó solo Plasma Argón, así como 3 pacientes con Síndrome de Mallory Weiss, uno con Tumor Benigno Sangrante y un paciente con diagnóstico Angiodisplasia Gástrica.

En 5 pacientes clasificados como Forrest Ib-c solo aplicamos Tisuacryl en la superficie. Del total de pacientes tratados solo hubo una recidiva en 1 paciente Forrest Ia (Chorro) que posteriormente requirió Cirugía. No hubo fallecidos.

Conclusiones: Se confirman los objetivos generales y específicos, demostrándose las ventajas y bondades de un proceder mínimamente invasivo que permite situarlo en los primeros planos en el arsenal terapéutico de nuestros pacientes.

Se comparan los resultados obtenidos en cuanto a recidiva, necesidad de cirugía y mortalidad constatándose buenos resultados con el método solo o combinado, por lo cual hacemos sugerencias y recomendaciones al respecto.

P-127

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE ESPLÉNICO SIMPLE

J.M. Navarro Rodríguez, R. Ferrer Riquelme, L. Juárez Palomo, I. Oliver García, A.M. Sánchez Romero, A.M. Fernández Frías, D. Costa Navarro, B. Merck, P. Cansado y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario, Elche

Presentamos la fenestración o "destechamiento" mediante abordaje laparoscópico como opción terapéutica en los Quistes Esplénicos Simples (QES), cuya incidencia está aumentando actualmente merced a la gran disponibilidad de técnicas de imagen.

Dentro de los distintos tipos de quistes esplénicos (parasitarios, epitelizados, pseudoquistes ...) nos referiremos únicamente a los QES, lesiones de comportamiento generalmente benigno y habitualmente asintomáticas, aunque los casos de gran tamaño pueden provocar clínica por compresión de estructuras vecinas y sufrir complicaciones como la rotura (la más frecuente), la infección o la hemorragia.

El origen malformativo durante la embriogénesis es la teoría más aceptada para explicar el origen de los QES, mediante el cual se producirían inclusiones de epitelio escamoso y/o mesotelial en el interior del parénquima esplénico durante su desarrollo embrionario, con una posterior metaplasia epidermoide de las células epiteliales ectópicas. Dado que los QES aparecen normalmente en población joven, su tratamiento ha de ser

lo más conservador posible con la finalidad de prevenir las consecuencias inmunológicas de la pérdida total del parénquima esplénico en esta patología en principio benigna. En este sentido, la fenestración o "destechamiento" del quiste es una buena opción, la cual consiste en la aspiración del contenido del mismo y resección de una porción de su pared. Consideramos subsidiarios de tratamiento quirúrgico conservador a los QES sintomáticos o mayores de 5 cm (por el riesgo de rotura), reservando la esplenectomía total únicamente para los quistes de gran tamaño o próximos al hilio esplénico.

P-128

NUESTRA EXPERIENCIA VIA LAPAROSCÓPICA EN PERFORACIONES POR ULCERA GASTRODUODENAL. LOS PRIMEROS RESULTADOS

M. Ferrer Márquez, M.M. Rico Morales, R. Belda Lozano, M. Felices Montes, E. Yagüe Martín, O. Rodríguez Ruiz y H. Oehling de los Reyes

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El Conocimiento de la fisiología de la enfermedad ulcerosa como la erradicación del *Helicobacter Pylori* (HP), han permitido que el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa péptica se limite al control de sus complicaciones. Una de ellas, muy frecuente en nuestro medio es la perforación. Con el progreso de la cirugía laparoscópica, el tratamiento quirúrgico de la úlcera perforada puede realizarse mediante una vía de acceso poco invasiva.

Paciente y métodos: Presentamos nuestra experiencia desde Noviembre de 2005 con los primeros cuatro pacientes con diagnóstico clínico de úlcera gastroduodenal perforada, abordados por vía laparoscópica.

En todos los casos se ha utilizado el trócar de Hasson para la entrada en cavidad colocando posteriormente tres trócares adicionales bajo visión directa. La técnica realizada ha sido lavado abundante de cavidad, cierre simple con puntos sueltos más epiploplastía, y drenaje peritoneal. Posteriormente el paciente es remitido al servicio de digestivo realizando erradicación del HP si es positivo.

Resultados: Fueron intervenidos cuatro pacientes varones con edad media de 39 años (26-71) de los cuales dos presentaban antecedentes de úlcera péptica en tratamiento médico. La localización de las perforaciones fue en piloro en tres casos y en antro gástrico en uno de ellos. En todos los casos se dejó drenaje espirativo. No hubo que reconvertir en ningún caso. El tiempo medio en comenzar la tolerancia fue de 2 días con una estancia hospitalaria que osciló entre 4 y 8 días. La morbilidad estuvo representada por un paciente al que se reintervino por presentar hematoma intraperitoneal importante originado por una lesión en una de las puertas de entrada de un trócar que pasó inadvertida.

Discusión: En la actualidad está aceptado el abordaje de la úlcera gastroduodenal perforada por vía laparoscópica.

Es importante un equipo entrenado en este tipo de cirugía.

Por especiales circunstancias en nuestro medio la mayoría de pacientes con esta patología son inmigrantes siendo difícil el seguimiento de los mismos.

Los resultados son superponibles al resto de pacientes que se han intervenidos vía abierta.

P-129

LAPAROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS PROGRAMADAS EN UNIDAD DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

J.M. Suárez Grau, L. Sánchez Moreno, C. Martín, F. López Bernal, M. Socas Macías, J.M. Álamo, J.A. Martín Cartes, M. Bustos Jiménez, J.M.H. Cadet Dussort, J.D. Tutosaus Gómez y S. Morales Méndez
Hospital. Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la cavidad abdominal hoy en día no sólo supone una ayuda para una correcta actuación quirúrgica de forma mínimamente invasiva, con rápida recuperación hospitalaria y menor dolor postoperatorio, sino que puede ser programada para confirmar una sospecha diagnóstica que no ha sido despistada con el resto de los métodos diagnósticos de los que disponemos, con las ventajas ya comentadas. Podemos realizar por tanto un abordaje laparos-

cópico con finalidad diagnóstica en aquel proceso de oscuro manejo en el cual hemos agotado el resto de las posibilidades con otras técnicas, ya sean invasivas o no.

Material y métodos: Analizamos el total de pacientes que se han sometido de forma reglada a laparoscopia diagnóstica programada en la Unidad de Cirugía Laparoscópica, desde el año 2002 al año 2005. Incluimos solamente aquellos en los que se realizó de forma reglada como acto de ayuda al diagnóstico, sin ser programada la laparoscopia para acto quirúrgico definido.

Resultados: Total de 30 pacientes sometidos a laparoscopia programada. Un total de 10 pacientes acusaban dolor abdominal crónico (33,3%), por sospecha de neoplasia intraabdominal fueron sometidos a este procedimiento 9 (30%) pacientes (carcinomatosis peritoneal, linfoma, metástasis intraperitoneales...), por herida por arma blanca 3 pacientes (10%), por adenopatías intraabdominales 3 pacientes (10%) y el resto, 5 pacientes (16,7%) por otra serie de sospechas diagnósticas diversas (lupus, tuberculosis peritoneal, cirrosis hepática). Aproximadamente el 50% de los pacientes fue dado de alta con menos de 24 horas de hospitalización tras el acto quirúrgico.

Conclusiones: A pesar de no ser una técnica diagnóstica convencional, podemos usar el abordaje laparoscópico en aquellos pacientes en los cuales a pesar de tener sospecha diagnóstica o clínica manifiesta las pruebas convencionales o avanzadas han sido negativas. Consideramos útil la programación del acto quirúrgico y su capacidad de realizarlo de forma programada en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria previa selección adecuada de los pacientes.

P-130

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA ENDOMETRIOSIS EXTRAUTERINA

A. Serantes Gómez, F. Sánchez Ganfornina, A. Gordon Suárez, J. López Ruiz, A. Cruz Muñoz, M. Ruiz Fernández, I. Moreno Toril, A. Cosano Álvarez y F. Baez Romero

Hospital Valle de los Pedroches, Pozoblanco.

Introducción: La endometriosis en cualquiera de sus presentaciones extrauterinas constituye un reto diagnóstico, no solo preoperatorio sino también, en muchos casos, intraoperatorio.

Las características poco definidas de su presentación clínica y la poca utilidad de las pruebas preoperatorias implican la realización de diagnósticos de sospecha y abordaje quirúrgico para tratamiento y confirmación definitiva.

Caso clínico: Paciente de 43 años que acude a la consulta de cirugía por dolor abdominal de años de evolución localizado en hipocondrio derecho y acompañado de náuseas y vómitos. La exploración clínica, analítica y ecografía (vesícula alitiásica) no muestra alteraciones. Se sospecha endometriosis con implante vesicular por la presentación compatible con cólicos biliares coincidiendo con la menstruación y se consulta con el servicio de Ginecología que inicia tratamiento de supresión hormonal efectivo.

Se plantea abordaje laparoscópico para realizar tratamiento definitivo de los implantes por dolor recurrente y se aprecia implante hepático de 1.5cm y pequeños implantes peritoneales. Se realiza resección de los implantes en su totalidad. La paciente permanece asintomática.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio de la endometriosis de localización atípica es complicado. Algunos autores lo definen como "casi imposible".

Las razones que pueden justificar esta dificultad están condicionadas por su variabilidad de localización, siendo la más frecuente la uterina, seguida de la ovárica, tubárica y la peritoneal, aunque también se han descrito localizaciones muy poco frecuentes como la cicatriz de laparotomía, repliegue umbilical, pleura y masa muscular.

Incide principalmente en pacientes en edad fértil, pico de frecuencia entre los 30-40 años, siendo la presentación postmenopáusica muy rara.

Macroscópicamente se presenta como una lesión perlada y azulada debido a su contenido hemático.

La anamnesis específicamente dirigida hacia dolor abdominal recurrente y coincidente con la menstruación, es quizás el mejor indicador preoperatorio del proceso. La exploración sistemática de la cavidad abdominal es obligada y tiene como objetivo el diagnóstico de enfermedad pélvica asociada.

Conclusiones: 1. la historia clínica de dolor recidivante orienta hacia el diagnóstico preoperatorio
2. la exploración intrabdominal completa, debe realizarse de forma sistemática, en todo paciente con enfermedad endometrial extrauterina.
3. el estudio intraoperatorio ayuda al diagnóstico.

P-131

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL TERATOMA PRESACRO BENIGNO

V.J. Ovejero Gómez, S. Revuelta Álvarez, I. Berrio Obregón, A. Gúezmes Domingo y A. Ingelmo Setién

Hospital Sierrallana, Torrelavega

Introducción: Los teratomas pueden contener diferentes tejidos dependientes de cualquier hoja blastodérmica con un grado de diferenciación variable, responsable de su agresividad.

La mayoría de las tumoraciones presacras son congénitas y la posibilidad de malignización decrece a medida que aumenta la edad del paciente.

Presentamos el caso de un teratoma de localización presacra, con características clinicoradiológicas benignas, intervenido por laparoscopia.

Caso clínico: Mujer de 38 años sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés que consultó de forma ambulatoria por tenesmo rectal de 1 mes de evolución con aparición reciente de induración y prurito en genitales externos.

En el examen físico el abdomen no presentó signos patológicos destacables salvo ligeras molestias hipogástricas a la palpación profunda que en la exploración ginecológica combinada revelaría una tumoración bien delimitada de consistencia blanda a la altura del promontorio. El tacto rectal resultó molesto con sensación de ocupación retrorrectal a punta de dedo. Una ecografía abdominal demostró una tumoración de ecogenicidad homogénea y localización pélvica de unos 6 centímetros de diámetro mayor no dependiente de estructuras genitales y una T.A.C. abdominopélvica se informó de tumoración quística encapsulada de densidad grasa y calcificación focal parietal, que localizada en espacio pararectal derecho provocaba discreto desplazamiento de la arteria rectal hacia su izquierda.

La paciente fue intervenida mediante abordaje laparoscópico observando una tumoración de aspecto quístico subperitoneal en fondo de saco de Douglas procediendo a la liberación de la grasa periquística para su extirpación completa. El resultado histopatológico fue de teratoma quístico benigno y el postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Discusión: El quiste dermoide representa la variante benigna del teratoma manifestándose como un dolor postural en la parte baja de la espalda o periné con irradiación poco definida. Su rotura genera una reacción granulomatosa a cuerpo extraño sin diseminación tumoral. La coexistencia de alteraciones intestinales o urinarias no es característica y su fistulización a piel, generalmente en región postanal, es sugestivo de sobreinfección del quiste. Su potencial maligno se reduce al 10% en el adulto cuando la lesión es quística.

El estudio radiológico más eficiente es la resonancia magnética y, en su defecto, la TAC con el fin de establecer la naturaleza de la lesión y sus límites anatómicos. No es recomendable la realización de biopsia por el riesgo de complicaciones sépticas o siembra tumoral.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica para evitar su sobreinfección y descartar su potencial maligno. Su acceso laparoscópico se encuentra condicionado por su tamaño y localización. La sospecha de malignidad y las complicaciones sépticas puede cuestionar este abordaje pudiendo contraindicarse en tumoraciones bajas o sobreinfectadas con fistulización cutánea, más beneficiarias de un acceso posterior trans-sacro no endoscópico. En lesiones de gran tamaño podría ser factible un abordaje mixto abdominal laparoscópico y trans-sacro.

P-132

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL COLON EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN

A. Martínez Peralta, S. Delgado Rivilla, R. Bravo Infante, R. Corcelles Codina, A. Ibarzábal Olano, C. Ginesta Martí, R. Cosa Rodríguez, J. Comas Isus y A.M. de Lacy Fortuny

Hospital Clínico y Provincial, Barcelona

Introducción: Los pacientes de alto riesgo se benefician más de las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas. Los receptores de un riñón

trasplantado presentan comorbidades asociadas tanto a la etiología de su insuficiencia renal como a la inmunosupresión. El tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal representa un alto riesgo para estos pacientes por interrupción de la inmunosupresión y por tratarse de una cirugía mayor. Es importante evaluar si la cirugía laparoscópica colorrectal ofrece beneficios a este grupo de pacientes en comparación con la cirugía abierta.

Objetivos: Presentar los resultados de pacientes trasplantados renales en los que ha sido necesario realizar una colectomía asistida por laparoscopia y evaluar la dificultad y los beneficios obtenidos con estas técnicas.

Pacientes y métodos: Desde septiembre de 1993 hasta febrero de 2006, un total de 1503 pacientes fueron intervenidos de patología colorrectal asistida por laparoscopia. En este estudio incluimos a todos los pacientes trasplantados renales en los que se llevaron a cabo estos procedimientos.

Resultados: Se han incluido un total de cuatro pacientes (tres varones y una mujer). La edad media fue de $63,2 \pm 8,8$ años. El tiempo medio transcurrido entre el trasplante y la cirugía del colon fue de 15 años (3-31 años). Dos pacientes presentaron rechazo del implante, uno de ellos dos meses después de la cirugía colorrectal. Tres pacientes eran portadores de un cáncer de colon y uno de ellos de un adenoma vellosos. Tres de los injertos eran contralaterales a la colectomía realizada y uno de ellos era homolateral. El tiempo operatorio medio fue de 113 ± 15 minutos. No hubieron complicaciones postoperatorias. La estancia hospitalaria media fue de $6,7 \pm 1,7$ días. Dos de los cuatro pacientes se encuentran actualmente en programa de hemodiálisis y sin tratamiento inmunosupresor. Un paciente ha presentado progresión de su enfermedad en forma de metástasis hepática.

Conclusión: Los beneficios del abordaje laparoscópico de la patología colorrectal también se aprecian en los pacientes trasplantados renales. Es de vital importancia la no suspensión de la inmunosupresión para minimizar el potencial riesgo de rechazo del injerto. Estos pacientes también se benefician de las mínimas complicaciones que ofrecen las pequeñas incisiones de la pared abdominal. Por lo tanto, el abordaje laparoscópico de la patología colorrectal, se propone como una técnica factible y segura para la resección cólica electiva en pacientes trasplantados renales.

P-133

ABORDAJE DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL. PREPARACIÓN, INSTRUMENTAL Y TÉCNICA

E. Cabezuelo González, M. Copan Estudillo, M. Fernández Varela, A. Rodríguez González, E. Sánchez y F. García Molina

Hospital del SAS, Jérez de la Frontera.

Introducción: La exploración en la cirugía laparoscópica colorrectal es una de las técnicas de cirugía avanzada que requiere una mayor cualificación técnica del personal de enfermería.

Material y métodos: Exposición de las técnicas quirúrgicas laparoscópicas destinadas al personal de enfermería, basándonos en la experiencia durante el período 1995-2005, con más de 300 pacientes intervenidos, tanto por patología benigna como maligna.

Técnica:

- A.- Preparación del espacio quirúrgico (posición del paciente y equipo)
- B.- Hemicolectomía derecha.
- C.- Colectomía transversa.
- D.- Sigmoidectomía y resección anterior del recto.
- E.- Amputación abdomino-perineal del recto.

Instrumental básico: el correspondiente a los distintos tiempos quirúrgicos; exploración e identificación de lesiones, disección y movilización del colon o recto, tratamiento de los pedículos vasculares, sección del mesocolon o intestino, y por último reconstrucción de la luz intestinal.

Comentario: La principal función de esta presentación (póster) es la reafirmación de las ventajas de este procedimiento quirúrgico y la importancia que tiene el conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería ante dicho reto.

P-134

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

M.C. Martín Jiménez, L. Sánchez Moreno, J.M. Suárez Grau, G. Suárez Artacho, J. Vázquez Monchul, R. Jiménez Rodríguez, M.J. Tamayo García y F. Docobo Durántez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos: El objetivo del estudio es conocer los resultados inmediatos obtenidos con la colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 75 años en el Servicio de Cirugía General del Hospital Virgen del Rocío.

Material y métodos: Se realizó un estudio de 118 pacientes mayores de 75 años de edad diagnosticados de patología biliar a los cuales se le practicó Colecistectomía laparoscópica en el periodo de tiempo comprendido entre Enero 2003 hasta Diciembre 2005.

Las variables que se analizaron comprendieron el sexo, la edad, las enfermedades asociadas, estancia hospitalaria, cuadro clínico, complicaciones postoperatorias y mortalidad.

Resultados: En el periodo de tiempo analizado se realizaron 118 colecistectomías laparoscópicas en mayores de 75 años. La distribución por sexos fue de predominio femenino 76 mujeres (64,40%) frente a 42 varones (35,60%). El promedio total de edad fue de 80 años.

El 76% tenía algún tipo de enfermedad asociada. Las más frecuentes fueron la hipertensión arterial (47,7%) y la cardiopatía isquémica (21,0%). Otras afecciones concomitantes fueron diabetes mellitus, lesiones digestivas como úlcera péptica, gastroduodenitis, hepatopatías y hernia hiatal.

El cuadro clínico de inicio fue de colecistitis aguda litiasica en 20 pacientes, Colelitiasis sin colecistitis aguda en 95 pacientes, colecistitis aguda perforada en 2 pacientes y 1 caso de ileo biliar.

Las complicaciones postoperatorias fueron: 1 caso de hemorragia o infarto cerebral, 2 casos de complicaciones quirúrgicas cardíacas, 3 casos de complicaciones quirúrgicas vasculares, 1 caso de shock postoperatorio, 5 casos de infección de herida quirúrgica, 3 casos de hematoma de herida quirúrgica, 2 casos de fístula postoperatoria y 1 caso de peritonitis.

La estancia hospitalaria media fue de 4,48 días.

La mortalidad total fue del 0%.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica constituye el tratamiento de preferencia para la litiasis vesicular. Sus evidentes ventajas (menor trauma operatorio, la reducción de la estancia hospitalaria, del dolor postoperatorio y del tiempo de convalecencia), han motivado en los cirujanos el interés creciente e incluso explosivo en desarrollar la técnica.

Esto desempeña un papel fundamental cuando nos referimos a pacientes de la tercera edad, por ser más vulnerables a las complicaciones y molestias postoperatorias.

P-135

EFFECTOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA CALIDAD DE VIDA, ESTADO EMOCIONAL, Y SATISFACCIÓN

R. Cantero Cid, M. Soriano Cirugeda, I. Delgado Lillo, J.A. Cruzado Rodríguez, M.E. Olivares Crespo, J.M. Balibrea del Castillo, J.C. García Pérez y J.L. Balibrea Cantero
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida, los síntomas de ansiedad y depresión y la satisfacción percibida con el tratamiento y con el equipo médico en los pacientes de cáncer colorrectal en los que se ha llevado a cabo cirugía en el Hospital Clínico San Carlos. Así como, estudiar las variaciones a lo largo del tiempo de la calidad de vida, sintomatología física, ansiedad y depresión, desde la finalización de la cirugía hasta los tres años de seguimiento. Por último, determinar el efecto de las variables sociodemográficas: edad y sexo en la calidad de la vida, ansiedad y depresión, satisfacción percibida con el tratamiento y el equipo médico.

Material y métodos: Se recogieron datos de 35 pacientes (edad media: 66 años, 43% mujeres y 57% hombres) en con las siguientes variables e instrumentos: a) sociodemográficas: edad, sexo y nivel socioedu-

cativo; b) calidad de vida medida por la escala de la EORTC QLQ C-30; c) ansiedad y depresión evaluadas con la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD); d) satisfacción con el tratamiento y con el equipo médico se recogen mediante escalas visual-analógicas.

Resultados: Las dimensiones de calidad de vida global, función física, rol, emocional, cognitivas y social son altamente satisfactoria, no obstante muchos pacientes muestran síntomas de fatiga, náusea, y dolor, mientras que no manifiestan problemas de disnea, insomnio, falta de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas.

En cuanto a las variables de ansiedad y depresión las puntuaciones en el HAD son bajas: media de 4,57 y 3,38 respectivamente. El 19% de la muestra se puede considerar caso clínico de depresión y el 29% de ansiedad.

La satisfacción en cuanto a la información, tratamiento y con el equipo médico es muy satisfactoria, en cada una de estas variables más del 50% de los pacientes se considera muy o totalmente satisfecho.

No se detectaron diferencias significativas en calidad de vida, ansiedad/depresión y satisfacción en función del sexo, edad y tiempo transcurrido desde la cirugía.

Conclusión: Los pacientes están altamente satisfechos con el tratamiento quirúrgico, no obstante, un significativo porcentaje (entre el 20 y el 25%) manifiesta importantes problemas de calidad de vida y síntomas de ansiedad y depresión que justifican una intervención psicológica

P-136

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO. NUESTROS RESULTADOS

S. Borlan Anson, M.V. Duque Mallen, M.A. Dobon Rascon, R. Cerdan Pascual y J.M. Esarte Muniain
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD) representa aproximadamente el 75% de la patología esofágica. La primera causa (60%) es un defecto mecánico del esfínter esofágico inferior (EEI). El objetivo de las operaciones antirreflujo es aumentar la eficacia del EEI. El advenimiento de la laparoscopia ha supuesto un gran avance en el abordaje de esta patología

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica antirreflujo desde Enero de 1995 hasta Diciembre de 2004.

Resultados: Hemos realizado 51 operaciones laparoscópicas antirreflujo. No se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexos. Riesgo anestésico: ASA II en un 68,6%. Estudios preoperatorios: manometría: EEI hipotónico en un 72%, Phmetría: reflujo gastroesofágico ácido en un 72%, endoscopia: normal, sin detectarse esófago de Barrett en un 45,098%. La técnica mas utilizada fue la de Nissen (88,15%). En 2 pacientes (3,92%) se requirió conversión a laparotomía por hallarse un gran saco y por perforación del fundus. La duración media de la intervención fue de 150 minutos (rango 100-200 minutos). El promedio de días de hospitalización fue de 2 días. Complicaciones precoces: dos casos de neumonía (3,9%) y un caso de infección de herida quirúrgica. Complicaciones tardías: deslizamiento del Nissen que requirió reintervención (2%). Tasa de mortalidad: 0%.

Conclusiones: A corto plazo, la cirugía laparoscópica del GERD ofrece buenos resultados técnicos con una mejora evidente en parámetros como estancia hospitalaria, tasa de infección de herida y confort postoperatorio. No apreciamos un aumento de la morbilidad en comparación con la cirugía convencional.

P-137

COMPLICACIONES EN LA APENDICITIS AGUDA. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO FRENTE A LA VÍA ABIERTA

P. del Pozo, A. Campillo, B. Flores y J.L. Aguayo
Hospital Dr. JM Morales Meseguer, Murcia.

Se analizan las complicaciones postoperatorias de la apendicitis aguda en una serie de pacientes, realizándose un análisis prospectivo y descriptivo de una serie de 341 apendicectomías realizadas en un periodo de dos años. Se realizó abordaje laparoscópico en el 19,7% de los casos. No hubo mortalidad operatoria, mientras que la tasa de complicaciones globales fue del 19,4% (fundamentalmente de tipo infeccioso) y

están en relación con el grado evolutivo del proceso ($p < 0,001$) y con la edad de los pacientes ($p < 0,05$). El abordaje laparoscópico fue más frecuente en mujeres ($p < 0,001$) y la vía abierta más frecuente en los pacientes más jóvenes ($p < 0,05$). No se detectaron diferencias significativas en cuanto a la tasa global de complicaciones postoperatorias según el tipo de abordaje, pero sí una mayor tasa de abscesos residuales (7,8%) que generó una mayor tasa de reintervenciones (5,9%) y la supresión de infección de herida quirúrgica en el abordaje laparoscópico. Pese a la rigurosa profilaxis antibiótica y la cirugía mínimamente invasiva, la apendicectomía tiene aún una elevada tasa de complicaciones (fundamentalmente infecciosas) y están en relación con el grado evolutivo del proceso y con la edad de los pacientes. No hemos observado una disminución de la morbilidad global con el uso de la laparoscopia y en nuestra serie conlleva una mayor tasa de reintervención por abscesos residuales.

P-138

RESECCIÓN COLORECTAL LAPAROSCÓPICA POR ENDOMETRIOSIS

S. Vela, J.L. Pallarés, C. Balagué, E.M. Targarona, C. Martínez y M. Trias

Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La afectación rectosigmoidea en la endometriosis pélvica se presenta en un 3- 37% de los casos. La forma de presentación clínica puede variar desde un hallazgo casual a una obstrucción intestinal. El avance de la cirugía laparoscópica ha supuesto un cambio radical en el manejo diagnóstico y terapéutico de la endometriosis pélvica.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en la cirugía laparoscópica de la endometriosis con afectación rectosigmoidea.

Pacientes y métodos: desde Julio/03 a Febrero/06 3 pacientes con endometriosis pélvica requirieron intervención quirúrgica por afectación rectosigmoidea. En un paciente la cirugía fue con intención diagnóstica y en dos con intención curativa. En un paciente se realizaron múltiples biopsias, en otra se realizó un sigmoidectomía laparoscópica y en otra una resección anterior baja con cistectomía parcial y ileostomía de protección.

Resultados: el tiempo medio operatorio fue de 126 min (60-240). No se produjeron complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria media fue de 4,6 días (2-7). Hasta la fecha no hemos observado complicaciones a medio plazo.

Conclusiones: la laparoscopia es la principal herramienta para el manejo diagnóstico y terapéutico de la endometriosis pélvica con afectación rectosigmoidea, con resultados similares a la cirugía convencional pero con minimización del trauma quirúrgico. En manos de un cirujano laparoscópico experto, la cirugía de la endometriosis pélvica con afectación rectosigmoidea es factible y segura.

P-139

RESULTADOS DE LA LAPAROSCOPIA EN 5 AÑOS DE UNA UNIDAD DE URGENCIAS

R.M. Jiménez Rodríguez, A. Galindo Galindo, J.M. Sousa Vaquero, C. Bernal Bellido, M. Pérez Andrés y C. Palacios

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo: evaluar el papel de la laparoscopia en nuestra unidad de Cirugía de Urgencias en los últimos 6 años.

Materiales y métodos: Revisamos todos los pacientes intervenidos mediante cirugía laparoscópica desde noviembre del año 2000 hasta enero del año 2006 en nuestra Unidad de Cirugía de Urgencias. Se consideran en esta revisión todos aquellos pacientes en los que se indicó cirugía laparoscópica aunque en algunos de estos casos hubo que convertir a cirugía abierta.

Resultados: Se han realizado un total de 576 intervenciones laparoscópicas que se dividen en 346 apendicectomías laparoscópicas, 204 colecistectomías laparoscópicas, 4 adhesiolisis, 3 cierres de perforación gástrica, 3 colostomías, 2 esplenectomías, 2 hemicolectomías, 2 ooforectomías y 8 laparoscopias exploradoras en blanco.

De estas intervenciones un total de 188 se realizaron en hombres, es decir el 32,63% y 388 se realizaron en mujeres, lo que supone el 67,36%.

La edad media de los pacientes intervenidos es de 34,96 años, siendo los 13 años el límite inferior y los 84 años como límite superior. Los picos de edad en los que se realizaron más cirugía laparoscópica fueron los 18 años y los 23 años, con el mismo número de pacientes (23 pacientes), un 3,99% del total para cada año.

La estancia media según el tipo de intervención son: las adhesiolisis presentan una estancia media de 3,75 días, las apendicectomías laparoscópicas presentan una estancia media de 2,48 días, los cierres simple de perforación gástrica 2,33 días, las colostomías 20 días, esplenectomías 15 días, hemicolectomías 11 días, laparoscopias exploradoras 4,8 días, ooforectomías 5 días y las colecistectomías laparoscópicas 2,85 días.

De todas las intervenciones, se convirtieron a cirugía abierta 31, esto es, un 5,38%.

Conclusiones: La técnica laparoscópica es segura, y demostramos que iguala e incluso supera en muchos aspectos a la cirugía abierta. No aumenta la estancia media por patología, sino que en algunos casos la reduce, y en nuestra experiencia nos permite diagnosticar y resolver patologías con menor morbilidad, estancia postoperatoria..., que la cirugía abierta.

P-140

INTERVENCIONES LAPAROSCÓPICAS CON ESTANCIA HOSPITALARIA MENOR A 24 HORAS POSTOPERATORIAS

J.M. Suárez Grau, M.D. Casado Maestre, M. Socas Macías, J.M. Álamo, J.A. Martín Cartes, M. Bustos, H. Cadet, J.D. Tutosaus, J. Mena, F. Docobo Durantes y S. Morales Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Hoy en día las indicaciones de cirugía ambulatoria están aumentando, y debemos incluir en la cartera de servicios otras patologías quirúrgicas que pueden ser dado de alta en este régimen de cirugía ambulatoria. Exponemos nuestra experiencia en los últimos 3 años en cirugía laparoscópica de corta estancia.

Materiales y métodos: Pacientes que tras ser intervenidos en nuestra unidad permanecen menos de 24 horas en el hospital en los últimos 3 años (2001-2004).

Resultados:

LAPAROSCOPIAS 2001 < 24 HORAS ESTANCIA HOSP. POSTOPERATORIA

2 Laparosc. Diagnósticas (1 herida por arma blanca, 1 hígado metastático), 19 Apendicectomías (2 S. Adherenciales, 1 resec quiste ovario, 1 resec quiste trompa),

76 Colecistectomías, 3 Eventraciones (Malla de PTFE-e) y 3 ERGE (3 Nissen y uno con colelap y H Umbilicales).

LAPAROSCOPIAS 2002 < 24 HORAS ESTANCIA HOSP. POSTOPERATORIA

6 Laparosc. Diagnósticas (1 masa paravertebral, 1 TBC peritoneal, 1 Hepatocarcinoma, 1 Neoplasia pancreática, 1 Neo ovárico, 1 patología ginecológica), 33 Apendicectomías, 205 Colecistectomías (8 en agudo), 1 Esplenectomía, 1 Extrac. Cuerpo extraño, 9 Eventraciones: Malla de PTFE-e, 7 ERGE: Nissen.

LAPAROSCOPIAS 2003 < 24 HORAS ESTANCIA HOSP. POSTOPERATORIA

3 Laparosc. Diagnósticas (2 Carcinomat. Peritoneales, 1 Blanco), 19 Apendicectomías, 175 Colecistectomías (7 en agudo), 1 S. Adherencial, 1 Div Meckel, 1 Gastrostomía, 16 Eventraciones: Malla de PTFE-e, 30 ERGE: 8 con colecistectomía.

LAPAROSCOPIAS 2004 < 24 HORAS ESTANCIA HOSP. POSTOPERATORIA

5 Laparosc. Diagnósticas (1 ascitis recidivante (lupus), 2 linfomas, 1 Carcinomatosis peritoneal, 1 Resecc. Quiste ovárico), 20 Apendicectomías, 1 Catéter diálisis peritoneal

239 Colecistectomías (4 en agudo), 2 Eventroplastias, 1 retirada Banding, 1 H inguinal

1 Hemitiroidectomía, 8 Eventraciones: Malla de PTFE-e, 31 ERGE: 8 con colecistectomía, 1 Toupet

Conclusiones:

- En patologías como el RGE y las Eventraciones, más del 50% de pacientes operados en nuestro hospital, podían haberse operados en unidades de CMA.

- Será preciso que en las unidades de CMA los cirujanos tengan una buena formación laparoscópica para abordar estas patologías.

- Pacientes con patología de RGE y Eventraciones, con criterios médicos y anestésicos propios de CMA, se le debe de proponer la I.Q. en estas unidades.

P-141

FUNDUPPLICATURA DE NISSEN POR LAPAROSCOPIA. LA TÉCNICA DE ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. Albarracín Marín-Blazquez, M.F. Candel Arenas, P. Parra Baños, J. Ródenas Moncada, M. González Valverde, C. Escamilla Segade, R. de Prado Serrano, F. Carrión Hidalgo, E. Romero Mas y P. Marín
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Diferentes estudios han demostrado que la funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica es la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la ERGE. En la presente comunicación aportamos nuestros resultados comparando datos manométricos y pHmétricos, pre y postoperatorios, obteniendo resultados similares a los de la cirugía convencional.

Material y métodos: En un periodo de 10 años, se intervinieron en nuestro servicio 200 pacientes diagnosticados de ERGE, 149 hombres (74,5%) y 51 mujeres (25,5%), con una edad media de 40 años (rango: 18-79 años). Todos presentaron clínica de reflujo durante un tiempo medio de 4,6 años, siendo la pirosis (91,81%) y las regurgitaciones (30%) los síntomas más frecuentes. Todos los pacientes habían recibido tratamiento correcto durante una media de 23 meses. En el estudio preoperatorio se incluyó: endoscopia (100%), TEGD (73,63%), pHmetría de 24 horas (86,36%) y manometría esofágica (30%). La técnica quirúrgica practicada fue una funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. Todos los pacientes fueron revisados al mes de la intervención y a los 6 meses se repitieron las mismas pruebas preoperatorios a todos aquellos que lo permitieron: endoscopia (80,9%), pHmetría de 24 horas (57,27%) y manometría esofágica (17,27%). El grado de satisfacción se valoró mediante la escala de VISICK y los datos obtenidos se compararon estadísticamente mediante el test de la t de Student apareada y el test de Wilcoxon.

Resultados: Preoperatoriamente, la pHmetría de 24 horas reveló una media de % de tiempo de pH < 4 de 10,63% y un índice de DeMeester de 36,3. Las presiones basales medias del EEI fueron de 10,8 mmHg y la longitud media del mismo de 2,99 cms. Como complicaciones intraoperatorias tuvimos un caso (0,5%) de perforación de fundus gástrico que precisó reconversión a cirugía abierta, un caso (0,5%) de lesión esplénica que requirió esplenectomía en el postoperatorio inmediato. Como complicaciones postoperatorias, hemos observado 25 casos (12,5%) de disfagia transitoria y 5 casos (2,5%) de síndrome de Gas-Bloat. En dos casos (1%) tuvimos que reintervenir a los pacientes, en uno de ellos por dolor y en otro caso por sintomatología severa de reflujo, en esta paciente, el Nissen se había deshecho. Postoperatoriamente, la pHmetría obtuvo un índice de DeMeester medio de 7,02 y % de tiempo de pH < 4 medio de 1,9%. La longitud media del EEI fue de 3,6 cms y la presión basal media del mismo, de 21,6 mmHg. Los resultados pre y postoperatorios fueron comparados resultando ser todos estadísticamente significativos ($p < 0,005$).

Conclusiones: Tras una experiencia de 10 años en funduplicatura de Nissen por laparoscopia, y a la vista de los resultados obtenidos, podemos afirmar que es la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico de la ERGE.

P-142

RESULTADOS DE LA ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA INDICADA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

F.J. González Rodríguez, J.P., Paredes Cotoré, J.A. Puñal, C. Beiras Sarasquete, C. Pontón Larrea, P. Parada, A. Beiras, E. San Luís Calo y J. Potel Lesquereux
Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: En la actualidad la esplenectomía laparoscópica está indicada para la exéresis del bazo excepto en el procedimiento de urgencia. En la literatura existen numerosas publicaciones que defienden la

seguridad de dicha técnica. Pretendemos mostrar nuestros resultados prestando especial atención a su morbilidad y a la remisión clínica de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo que analiza las esplenectomías laparoscópicas realizadas en nuestra institución desde enero del 2000 hasta abril del 2006. Se han empleado para comparar los diferentes grupos de pacientes el test de Fisher y Wilcoxon, asumiendo un nivel de significación estadística $p\text{-value} < 0,05$.

Resultados: Realizamos 40 esplenectomías laparoscópicas, precisando de conversión a técnica abierta 1 paciente (2,5%). Las indicaciones para esplenectomía abierta incluyen la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) en 28 pacientes, linfoma (LNH, Linfoma B) en 4 pacientes, anemia hemolítica autoinmune en 1 paciente, metástasis en 1 paciente y, por otras causas en 6 pacientes. Se identificó bazo accesorio en 4 pacientes (10%), sucedieron complicaciones post-operatorias en 8 (20%) pacientes. Los pacientes con PTI precisaron de menos tiempo operatorio (134 minutos vs 163 minutos $p < 0,04$), menor estancia hospitalaria (3,9 vs 7,1 días $p < 0,04$), menor número de conversión (0 vs 1, $p < 0,04$), menor peso del bazo (161,4 g vs 337,5 g, $p < 0,04$), que los pacientes intervenidos por otro motivo.

Conclusiones: La esplenectomía laparoscópica para PTI se realiza en menor tiempo, con menor porcentaje de conversión y con mayor remisión de la enfermedad que en el resto de enfermedades hematológicas. La esplenectomía laparoscópica es segura y eficaz para multitud de enfermedades hematológicas benignas y malignas.

P-143

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA EFICACIA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CIRRÓTICOS COMPENSADOS

M. Flores, E. Romero, Z. Valéra, D. Legupín, L. Sánchez, C. Martín, D. Domínguez, J.M. Suárez, C. Sacristán y F. Docóbo
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Comparar la serie de pacientes cirróticos colecistectomizados por vía laparoscópica en nuestro hospital frente a la serie de cirróticos colecistectomizados por vía laparotómica entre enero 1996 y enero de 2005 para determinar la eficacia y seguridad que ofrece la técnica laparoscópica en este tipo de pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo-analítico observacional que compara dos grupos de pacientes cirróticos Child A y B compensados colecistectomizados en nuestro hospital. El grupo de 18 pacientes corresponde a las colecistectomías laparoscópicas (CL) y un segundo grupo de 45 pacientes a las colecistectomías laparotómicas (CA). Se analizan en ambos grupos varias variables: sexo, edad, tiempo operatorio, Child, indicación quirúrgica (colecistitis, coledoclitiasis), complicaciones intraoperatorias (sangrado del lecho quirúrgico, necesidades de transfusión), complicaciones postoperatorias (ascitis, agravamiento del Child, encefalopatía), estancia media y número de fallecidos.

Resultados: Para comparar variables cualitativas utilizamos la prueba Chi2. Al comparar el sexo observamos que en el grupo CL el 50% (9p) son mujeres frente al 35,6% (16p) en el grupo CA. En el grupo CL el 50% son estadio B frente al 37,8% (17p) del grupo CA. En el grupo de CL el 16,7% (3p) fueron intervenidos por colecistitis y en el de CA alcanzaron el 60% (27p). Las complicaciones intraoperatorias ascienden en el grupo CL al 22,2% (4p) frente al 55,6% (25p). Cuando las analizamos independientemente: Sangrado, con un 22,2% (4p) en el grupo CL frente al 48,8% (22p) en el grupo de CA. La necesidad de bolsas de sangre durante la intervención fueron en el grupo de CL del 11,1% (2p) y en grupo de CA del 37,8% (17p). Las complicaciones postoperatorias en el grupo CL fueron del 16,7% (3p), en el grupo de CA del 37,8% (17p). Cuando las analizamos independientemente: Ascitis, con un 22,2% (4p) en el grupo de CL y el 37,8% (17p) en el grupo de las CA. Agravamiento del Child: el 11,1% (2p) corresponde a las CL frente al 15,6% (7p) en las CA. La Encefalopatía: el 5,6% (1p) corresponde a las CL y el 20% (9p) en las CA. Para la comparación de variable cuantitativas se aplica U de Mann-Whitney resultando: Edad, con una media de 55,5 años en el grupo de CL frente a la media de 64 años del grupo de CA. El tiempo operatorio, con una media en las CL de 60 min. Frente a 120 min en las CA, las Estancia Media, con una media de 3 días con CL frente a 11

días en el grupo de las CA. No hubo ninguna muerte en ninguno de los grupos analizados.

Discusión: No existen diferencias significativas en la edad, sexo, estadio de child. Tampoco existen diferencias con las complicaciones postoperatorias. Sin embargo, existen menos complicaciones intraoperatorias en el grupo de las CL. También podemos afirmar que con la CL el tiempo operatorio es menor, al igual que la estancia hospitalaria. Por tanto, la CL es una técnica eficaz y efectiva en los cirróticos Chile A y B compensados.

P-144

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO MEDIANTE GASTRECTOMÍA TOTAL

J.T. Castell Gómez, F. Del Castillo Díez, R. Fernández Sánchez, S. Ayuela García y A. Mateo Martínez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y objetivos: Diversos trabajos en la literatura afirman que la resección laparoscópica del adenocarcinoma gástrico se puede realizar siguiendo los mismos principios oncológicos del abordaje convencional. Presentamos nuestra experiencia inicial con este tipo de resecciones.

Material y métodos: Se han seleccionado pacientes con lesiones del tercio medio y distal sin metástasis a distancia. En todos ellos se realiza una Gastrectomía total con linfadenectomía D2 (excepto en pacientes afectados de lesión del tercio medio en los que la linfadenectomía no afecta al grupo 10) y omentectomía. El procedimiento consta: Neumoperitoneo abierto introduciendo 5 trócares, se inicia la disección separando el omento mayor del colon transversal, y se prolonga por la curvatura mayor ligando los vasos breves hasta identificar el pilar diafragmático izquierdo. Se prosigue la separación del omento y se identifican los vasos gastroepiploicos derechos ligándolos en su origen. A continuación se liga la arteria pilórica y se secciona el duodeno con endo GIA, el muñón duodenal es reforzado con sutura. Se prolonga la disección por el omento menor hasta identificar el pilar derecho diseccionando el esófago. A continuación utilizando un separador de esófago se desplaza la pieza hacia el hipocondrio izquierdo, tensando y exponiendo los vasos coronarios, realizando su ligadura con endoGIA vascular y completando la linfadenectomía de los territorios 7 y 9. A continuación se realiza la linfadenectomía del grupo 8. Se secciona el yeyuno a 20 cm del Treitz. Realizamos una minilaparotomía en hipocondrio izquierdo para extraer la pieza y realizar la anastomosis esófago yeyunal en Y de Roux con grapadora circular del 25, pie de asa manual a 50 cm.

Resultados: 6 pacientes, con edad media de 63 años, peso medio de 84 Kg. Pérdida hemática de 290 ± 40 ml. El tiempo medio de intervención fue 270 ± 20 m.

Localización	Lauren	Linfadenectomía	Estadificación (nº ganglios)
Distal	Difuso	D2	T3N2MO, IIIB (43 Distal)
	D2	T1N0MO, IA (20) Tercio medio	Difuso
	D2 excepto grupo 10	T3N2MO, IIIB (18) Distal	
	D2	T1N0MO, IA (15) Tercio medio	Difuso
	D2 excepto grupo 10	T2N1MO, IIB (28) Distal	Difuso
	D2	T3N1MO, IIIA (22)	

Estancia media 11 ± 5 días. Sólo tuvimos como complicación mayor una fístula duodenal diagnosticada en el primer día de postoperatorio y reintervenida encontrando una mínima fuga duodenal a nivel de la línea de grapas que fue resuelta mediante sutura simple. Desde entonces, el cierre duodenal mecánico se refuerza con una sutura de Lembert.

Conclusiones: La laparoscopia en el cáncer gástrico está en periodo de desarrollo y exige una alta cualificación del equipo quirúrgico. Los resultados oncológicos son homologables a los obtenidos en el abordaje laparotómico.

P-145

CAUSA INFRECIENTE DE DISFAGIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

L. Lobato Bancalero, F.J. Pérez Lara, F.J. Moreno Ruiz, J. Doblas Fernández, R. de Luna, J. Hernández Carmona y H. Oliva Muñoz

Hospital Comarcal, Antequera.

Introducción: La causa más común de la ERGE es la hernia hiatal, siendo la incidencia de la hernia de hiato del 5% en la población general y de éstas el 5% son hernias paraesofágicas gigantes. La principal dificultad técnica en la reparación de este tipo de hernias reside en la reparación del defecto hiatal con el cierre de los pilares, ya que en un gran número de pacientes el defecto es grande (> 10 cm) y los pilares diafragmáticos son frágiles, desgarrándose con facilidad. En estos casos y para evitar un cierre a tensión algunos autores abogan por el uso de mallas.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 71 años intervenido hace tres años por una hernia de hiato paraesofágica gigante con clínica de regurgitación y ERGE. Al paciente se le realiza una Nissen pos vía laparoscópica con cierre del defecto herniario hiatal con malla de PTFE, que se fija a los pilares mediante material irreabsorbible, realizándose una hiatoplastia posterior sin tensión.

A los tres años de encontrarse asintomático el paciente consulta por disfagia a líquidos que progresivamente se vuelve a sólidos. Se realiza endoscopia digestiva alta apreciándose zona de estenosis a nivel del esófago distal por impactación de cuerpo extraño adherido a la pared esofágica. En estudio gastroduodenal baritado se aprecia zona de estenosis a dicho nivel, sin existir recidiva herniaria.

El paciente es sometido a intervención quirúrgica con abordaje mixto, por vía laparoscópica y endoscopia digestiva alta. En el abordaje laparoscópico, se realiza disección del hiato, apreciándose zona fibrosa, sin recidiva herniaria, con funduplicatura intraabdominal, no encontrándose restos de la malla a nivel del hiato. Al mismo tiempo se realiza endoscopia digestiva alta con extracción de cuerpo extraño, que corresponde a la malla de PTFE (íntegra), pudiéndose apreciar una restitución *ad integrum* de la pared esofágica.

El paciente es dado de alta en 24 horas tolerando la ingesta y sin disfagia.

Discusión: Es un caso verdaderamente infrecuente no existiendo en la literatura occidental ningún caso en el que haya existido una restitución *ad integrum* de la pared esofágica. En el póster se muestran fotografías del estudio gastroduodenal previo a la cirugía, de la laparoscopia y endoscopia conjunta, de las maniobras de extracción de la malla y de la malla extraída y extendida en su totalidad.

Conclusión: Pensamos que en las hernias paraesofágicas gigantes con un gran defecto hiatal la reparación sin tensión con el uso de mallas es apropiado. Aunque la causa de disfagia postoperatoria tardía presentada es bastante infrecuente es necesario pensar en ella y descartarla mediante la realización de un estudio baritado y una endoscopia digestiva alta. En caso de requerir reintervención apostamos por el abordaje conjunto *laparoscopia-endoscopia digestiva alta*.

P-146

PREVENCIÓN DE COLECCIONES SUBHEPÁTICAS POSTOPERATORIAS MEDIANTE SELLADO CON COLA DE FIBRINA DE LA FOSA VESICULAR

J.A. Martín Cartes, H. Cadet Dussort, M. Bustos Jiménez, J.M. Álamo Martínez, J.M. Suárez Grau, M. Socas Macías, F. López Bernal, J.D. Tutosaus Gómez y S. Morales Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es la intervención de elección en el tratamiento de la colelitiasis sintomática. Un problema frecuente durante el postoperatorio es la aparición de colecciones líquidas en el espacio subhepático, que en ocasiones pueden plantear problemas sobre la conducta a seguir con las mismas, y dar lugar a exploraciones e ingresos hospitalarios innecesarios; es por ello que se intenten probar determinados productos que disminuyan la incidencia de estas colecciones líquidas, así como de sus posibles complicaciones.

Objetivo: Nuestro objetivo al plantear este estudio es comprobar si la utilización de selladores de fibrina (Tissucol Duo®) en el lecho vesicular al terminar una colecistectomía laparoscópica disminuye la incidencia de colecciones líquidas subhepáticas, o al menos su tamaño y sus posibles complicaciones.

Pacientes y métodos: Hemos incluido en nuestro estudio 44 pacientes de ambos sexos, diagnosticados de coleditiasis, y programados para cirugía electiva mediante colecistectomía laparoscópica. Como criterio de exclusión se utilizó la asociación de cualquier otra técnica quirúrgica en el mismo acto operatorio.

Se establecieron dos grupos, cada enfermo era asignado a uno de los dos alternativamente por orden de intervención. A uno de los grupos se le aplicó Tissucol Duo® mediante el sistema Duplojet® asociado al aplicador de spray Duploreach 35®, y al otro no. De un modo aleatorio se decidió comenzar por el grupo en el que no se aplicaba el lecho vesicular la cola de fibrina.

Al cabo de 7-10 días los pacientes fueron controlados mediante la realización de una TAC, comprobando la posible existencia o no de una co-

lección subhepática, y, en caso afirmativo, sus características y tamaño, así como la existencia o no de clínica acompañante.

Resultados: En el grupo en el que no se aplicó Tissucol Duo® en el lecho hepático al finalizar la colecistectomía laparoscópica se apreció en mayor número la aparición de colecciones postoperatorias, por otra parte su tamaño fue mayor, y en ocasiones acompañadas de síntomas, que dieron lugar a revisiones, así como a algún ingreso. En un caso de nuestra serie fue preciso realizar punción evacuadora.

Conclusiones: La utilización de Tissucol Duo® en las colecistectomías laparoscópicas contribuye a disminuir e incluso evitar la aparición de colecciones subhepáticas.