

COLOPROCTOLOGÍA

COMUNICACIONES ORALES

8 NOVIEMBRE 2006
11.30 – 13.00

SALA EL ESCORIAL
O-199 – O-207

O-199

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE COLON Y RECTO. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

F. Vallribera Valls, R. Vilallonga Puy, E. Espín Bassany, M. López Cano, J.L. Sánchez, R. Lozoya, J. Azem, X. Naval y M. Armengol
Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona.

Introducción: Los buenos resultados de la cirugía dependen en gran medida del paciente, y sin duda, del mismo acto operatorio. Las complicaciones postoperatorias son de vital importancia para la evolución posterior del paciente y influyen directamente en los resultados finales del procedimiento. Su análisis, permite detectar los procedimientos sub-objetivos de mejora, y compararse con los estándares propuestos por las diferentes sociedades científicas.

Objetivo: Análisis retrospectivo de la morbimortalidad en cirugía electiva del cáncer colorrectal (CCR)

Población: Pacientes intervenidos electivamente por CCR desde el año 2002 hasta el 2005 en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Valle de Hebrón.

Métodos: Se analizan condiciones basales de edad, sexo y patología asociada ajustada a la clasificación ASA. Las complicaciones peroperatorias, postoperatorias inmediatas, y la mortalidad, recogidas en un gestor de datos creado para este propósito. Se analizan las complicaciones de la herida quirúrgica y del estoma, las complicaciones quirúrgicas (Hemorragias, Fracaso de la cicatrización, íatrogenia, Infecciones intrabdominales, Obstrucción, oclusión, estenosis) y las complicaciones generales (Respiratorias, Urinarias, Cardíacas, Vasculares, digestivas, neurológicas,...).

Resultados: Se han intervenido 682 pacientes de cirugía electiva por cáncer colorrectal desde enero del 2003 a diciembre del 2005, con una intencionalidad curativa del 73%. La edad media es de $67,7 \pm 15,1$, y la hospitalización ha sido de $10,7 \pm 8$. La mortalidad global a sido del 5,7%, y la morbilidad del 39%. Las complicaciones de la herida quirúrgica han sido del 14,4%, siendo la infección de la herida (9,1%) la más frecuente. Las complicaciones quirúrgicas del 22,6%, siendo la más frecuente el íleo paralítico postoperatorio (7,6%), y la dehiscencia de sutura (4,1%). Las complicaciones generales han sido del 12,6%, siendo la más frecuentes las nefrouriurias (4,6%) y las respiratorias (2,9%).

Resumen: La mortalidad observada es ligeramente superior a la propuesta por los estándares de calidad. La infección de la herida quirúrgica (laparotómica/perineal) es la complicación más frecuente. El índice de hospitalización es inferior a los estándares propuestos. El análisis de las complicaciones, ayuda a establecer unos estándares lo que pueden ayudar a mejorar la calidad asistencial.

O-200

PRECISIÓN DE LA ECOGRAFÍA PARA LA ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA DEL CÁNCER DE RECTO. EXPERIENCIA ACUMULADA (1997-2005) POR UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA

P. Esclapez Valero, E. Muñoz Forner, B. Flor Lorente, D. Segura, S. Navarro Fos, E. García-Granero, A. Espi Macías y S. Lledó Matoses

Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Valoración de la exactitud de la ecografía rectal (ER) de la estadificación preoperatoria (T y N) del cáncer de recto distal.

Método: Durante el periodo 1997-2005, como centro de referencia hemos estudiado más de 700 ecografías por cáncer de recto. De ellos

hemos intervenido en la Unidad 345 pacientes con adenomas vellosos o carcinomas de recto de tercio medio o inferior. Para el estudio se excluyen 194 pacientes por: quimiorradioterapia preoperatoria, polipectomías endoscópicas y procedimientos paliativos derivativos. Comparamos el estadije preoperatorio (T y N) obtenido mediante ER con el resultado histopatológico de la pieza de resección de los 151 pacientes restantes.

Resultados: La exactitud global de la ecografía rectal para la T fue del 75 % (T0 89%, T1 60%, T2 69%, T3 78%, T4 75%) con un 19% de tumores sobreestadificados y un 5% de tumores infraestadificados. Por otra parte, la exactitud global para el estadio N fue del 82%, con una sobreestadificación del 9% y una infraestadificación también del 9%.

	pT0	pT1	pT2	pT3	pT4	pTtotal
uT0	8	1	0	0	0	9
uT1	3	6	1	0	0	10
uT2	0	5	20	4	0	29
uT3	0	0	18	71	2	91
uT4	0	0	1	2	9	12
uTtotal	11	12	40	77	11	151

	pN0	pN1	pNtotal
uN0	59	11	70
uN1	11	44	55
uNtotal	70	55	125

Conclusiones: La ecografía endorrectal en manos expertas es un método fiable para el estadije del cáncer de recto distal según la clasificación de Hildebrandt dada la alta exactitud obtenida tanto para T como N.

O-201

¿INFLUYE EL TIEMPO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE RECTO?

P. Armendáriz Rubio, C. Artieda, C. Marzo, M. De Miguel, F. Oteiza, M. Ciga y H. Ortiz

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

La calidad de vida (CDV) de los pacientes intervenidos mediante una Resección Anterior Baja (RAB) cambia durante el primer año tras la operación por la presencia de alteraciones de la función defecatoria y de la continencia. Hay estudios que muestran que la CDV de estos pacientes no difiere mucho de la de los pacientes operados mediante una Amputación Abdomino- Perineal (AAP) y portadores por tanto de una colostomía permanente. El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar que ocurre con la CDV de estos pacientes a largo plazo.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo de la CDV en 98 pacientes diagnosticados de cáncer de recto. 32 pacientes fueron intervenidos mediante AAP y en 67 tratados con una RAB. Para evaluar la CDV se emplearon los cuestionarios QoL- C30 y QoL-CR38 de la EORTC, que fueron administrados preoperatoriamente y postoperatoriamente al año y los dos años de la operación. Las puntuaciones medias de las escalas funcionales y de síntomas fueron comparadas con una prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la mayoría de las escalas evaluadas. Sin embargo la AAP afectaba desfavorablemente la percepción de la imagen corporal y la presencia de dificultades económicas al año de la operación, efecto que se corregía a los dos años.

Conclusión: En términos generales podemos considerar que el transcurso del tiempo no modifica de manera importante la CDV de los pacientes intervenidos de cáncer de recto.

O-202

¿CUAL ES EL BENEFICIO REAL DE LA QUIMIORADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN EL CÁNCER DE RECTO DISTAL AVANZADO SI LA ESCISIÓN DE MESORRECTO ES ADECUADA?

B. Flor Lorente, E. García-Granero Ximenez, A. Cervantes Ruipérez, S. Navarro Fos, S. Campos Hervás, P. Esclapez Valero, A. Espí Macías, E. Braun, E. Muñoz Corner y S. Lledo Matoses
Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Valorar el posible efecto beneficioso de la quimioradioterapia preoperatoria (QRT) en los resultados oncológicos, en la conservación esfinteriana y en la calidad de la cirugía en una serie institucional de pacientes sometidos a ATM con intención curativa.

Material y métodos: De un registro prospectivo han sido seleccionados 154 cánceres de recto (CR) distal (< 11 cm de margen anal), T3-T4 / N0-N1 / M0 (por histopatología o ecografía rectal), intervenidos quirúrgicamente de forma electiva, con escisión mesorrectal y con intención curativa (R0 + R1) por la Unidad de Coloproctología durante el período 1997-2004. Se han subdividido en dos grupos: grupo I: QRT pre + cirugía y grupo II: cirugía sola. Los datos demográficos (edad, sexo), tipo de resección, la calidad de la cirugía: margen circunferencial (MC) y calidad macroscópica del mesorrecto han sido recogidos prospectivamente. El seguimiento medio ha sido de 42 meses (12-97). El método estadístico empleado ha sido el test actuarial de Kaplan-Meier y el test de log-rank para la comparación de las curvas. La significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos excepto para la edad media, inferior en el grupo I. La tasa de amputaciones abdominoperineales fue semejante en ambos grupos (49% vs 51%, $p = 0,02$); así como el porcentaje de mesorrectos insatisfactorios (10% vs 11%, $p = 0,08$) y la tasa de MC afecto (10% vs 17%, $p = 0,18$). Se han detectado 7 recidivas locales, 1 en el grupo I y 6 en el grupo II. La tasa de RL actuarial a los 5 años es del 1,4% en el grupo I y del 8,3% en el grupo II, sin evidenciarse diferencias significativas ($p = 0,07$). Tampoco hemos evidenciado diferencias significativas en cuanto a las recidivas sistémicas (31% vs 35%, $p = 0,96$). La supervivencia global fue más elevada en el grupo I (79% vs 62%, $p = 0,01$).

Conclusiones: Cuando la ATM se realiza de forma adecuada la QRT preoperatoria tiene un efecto sobre las recidivas locales porcentualmente escaso y tampoco incrementa la tasa de cirugía preservadora de esfínteres. Por tanto, su indicación debe ser selectiva.

O-203

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA RECTAL Y LA RNM DE SUPERFICIE PARA ESTABLECER LA INDICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE MILES. GRUPO MULTIDISCIPLINARIO DE UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA

E. Muñoz Forner, E. García-Granero, B. Flor Lorente, S. Campos Hervás, P. Esclapez Valero, S. Navarro Fos, R. Cánovas, A. Espí Macías, A. Cervantes Ruipérez y S. Lledo Matoses
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: La afectación de los esfínteres al tacto rectal continua siendo hoy en día el "gold standard" para la indicación de la amputación abdominoperineal (AAP).

Objetivo: Valorar la utilidad de la ecografía rectal y la RNM pélvica para establecer la indicación definitiva de la AAP.

Método: Estudio prospectivo que incluye 56 pacientes diagnosticados entre enero 2001 y diciembre 2005 de cáncer de recto de tercio inferior (1-6 cm). En todos ellos se valoró la afectación de los esfínteres por el tacto rectal, la ecografía rectal y la RNM pélvica. El tacto rectal e indicación de la AAP fue llevado a cabo por dos cirujanos expertos. La ecografía rectal y la RNM pélvica fue realizada por dos exploradores expertos independientes. Todos los pacientes fueron intervenidos de forma electiva por un grupo de cuatro cirujanos especializados en cirugía colorrectal. En los casos en los que se es-

tableció por el tacto rectal la afectación de los esfínteres se indicó la AAP, mientras que en los dudosos se estableció por ecografía rectal y RNM pélvica.

Resultados: Se les realizó una cirugía preservadora de esfínteres (CPE) a 32 (57%) de los 56 pacientes y una amputación abdominoperineal a 24 (43%). De los 56 pacientes en 16 (29%) los esfínteres estaban afectados al tacto rectal y en todos excepto en uno se llevó a cabo una AAP; el otro paciente era un paciente joven, con la ecografía y la RNM sin afectación de esfínteres por lo que se decidió hacer una RAUB con escisión interesfintérica y anastomosis coloanal de Parks (AP: T2 sin afectación de esfínteres). Al tacto rectal había 4 casos dudosos y a los 4 se les realizó una AAP ya que por ecografía y por RNM los esfínteres parecían estar afectados. De los 36 restantes que no presentaban afectación de los esfínteres al tacto, en 31 se realizó una CPE y en los 5 restantes una AAP (3 por estar afectados los esfínteres por ecografía y/o RNM y 2 por tratarse de pacientes de edad avanzada con incontinencia de esfínteres).

Conclusiones: El tacto rectal continua siendo el "gold standard" para indicar una amputación abdominoperineal en el cáncer de recto de tercio inferior. En casos dudosos debemos guiarnos por la ecografía rectal y la RNM pélvica.

O-204

CÁNCER DE RECTO: AUDITORÍA DEL ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL MESORRECTO TRAS SU IMPLANTACIÓN EN UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA (1998-2005)

E. Muñoz Forner, B. Flor Lorente, E. García-Granero, P. Esclapez, S. Navarro Fos, A. Cervantes Ruipérez, E. García-Botello y S. Lledo Matoses
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Analizar la implantación y los resultados obtenidos del parámetro "calidad macroscópica del mesorrecto" en una unidad de Coloproctología durante un periodo de 8 años. Además, hemos valorado la influencia de la localización tumoral y la técnica quirúrgica en dicha calidad.

Métodos: 330 pacientes con cáncer de recto (CR) fueron intervenidos de forma electiva con intención curativa durante los años 1998 y 2005 en una unidad especializada. La "calidad macroscópica del mesorrecto" fue evaluada por el patólogo y dividida en satisfactorio, parcialmente satisfactorio e insatisfactorio. Se llevó a cabo una auditoría global y bianual: periodo I (1998-99), periodo II (2000-2001), periodo III (2002-2003) y periodo IV (2004-2005).

Resultados: El mesorrecto fue evaluado en el 68,1% (225/330) de los casos, incrementándose de forma significativa a lo largo del periodo de estudio ($p < 0,001$): en el 36% en el primer periodo, en el 64% en el segundo, en el 85% en el tercero y en el 87% en el cuarto. Globalmente, 180 de los mesorrectos analizados fueron satisfactorios, 32 parcialmente satisfactorios y 13 insatisfactorios. El primer periodo fue el de mayor porcentaje de mesorrectos insatisfactorios (11%), mientras que en los periodos II, III y IV fue del 4, 5 y 3% respectivamente, sin encontrar diferencias significativas al comparar dichos periodos ($p = 0,46$). La distribución tumoral por tercios mostró que el mesorrecto fue insatisfactorio en el 2% del 1/3 superior, en el 3,1% del 1/3 medio y en el 8% del tercio inferior, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,26$). Al comparar los cuatro periodos, en todos ellos la tasa más alta de mesorrectos insatisfactorios se dio en los cánceres del tercio inferior, sin alcanzar tampoco la significación estadística ($p = 0,41$). En el subgrupo de tumores de tercio inferior de recto, el porcentaje de mesorrectos insatisfactorios fue mayor en las amputaciones abdominoperineales (12,8% vs 3,2%), sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,06$). El porcentaje de MC afecto fue mayor en el grupo de mesorrecto insatisfactorio (13,8% vs 27,3%), sin significación estadística ($p = 0,20$).

Conclusiones: La "calidad del mesorrecto" es un parámetro necesario para la auditoría de resultados de la cirugía del CR y su implantación es progresiva. En nuestra serie, la calidad macroscópica del mesorrecto no varía a lo largo del tiempo, ni en función de la localización tumoral ni la técnica quirúrgica empleada. La determinación de "mesorrecto insatisfactorio" parece tener implicación pronóstica adversa al asociarse con una mayor tasa de margen circunferencial afecto.

O-205

ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE LA ECOGRAFÍA RECTAL Y LA RNM PÉLVICA PARA LA ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA DEL CÁNCER DE RECTO EN EL SENO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

E. Muñoz Forner, B., Flor Lorente, E. García-Granero, S. Campos Hervas, P. Esclapez, S. Navarro, J.C. Folonier, V. López Flor, A. Cervantes Ruipérez y S. Lledó Matoses

Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Evaluación prospectiva de la precisión de la ecografía rectal (ER) y la RNM pélvica en la estadificación preoperatoria del T y N en el cáncer de recto.

Método: Entre el año 2000 y 2005 han sido incluidos 81 pacientes con cáncer de recto de tercio medio e inferior en un protocolo de estadificación prospectivo comparativo mediante ER y RNM pélvica de alta resolución. En todos ellos se realizó cirugía potencialmente curativa a nivel local. Se excluyeron 48 pacientes por recibir quimiorradioterapia preoperatoria. En los 33 restantes se valora el T y N tanto con la ER como con la RNM pélvica, comparándolos con el resultado histopatológico de la pieza de resección.

Resultados: La exactitud global de la ER para la determinación del T fue del 61% (T1 100%, T2 63%, T3 55%, T4 67%) con un 27% de tumores sobreestadificados y un 12% de tumores infraestadificados. La exactitud global para el N fue del 76%, con una sobreestadificación del 17% e infraestadificación del 7%. Por otra parte, en la RNM pélvica, la exactitud global del T y N fue del 72% (T1/2 77%, T3 69% y T4 75%) y del 64% respectivamente. La sobreestadificación global del T fue del 18% y del N del 30%, mientras que la infraestadificación del T fue del 10% y del N del 6%.

Conclusiones: Tanto la ER como la RNM son pruebas diagnósticas fiables y complementarias para la estadificación del cáncer de recto. La ER es más precisa para la estadificación de los tumores iniciales (T1-2), mientras que la RNM lo es para los estadios avanzados (T3-4). Sin embargo, la exactitud para la estadificación ganglionar es mayor con la ER.

O-206

RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS DE NUESTRA SERIE

G. Valero Navarro, J.A. Luján Mompeán, Q. Hernández Agüera, J. Gil Martínez, E. Martínez Barba, J.D. Alonso Lajara, D. Morales, A. Sánchez Pérez, M. Ramírez Faraco, M.A. García López y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Desde la introducción de la radioterapia neoadyuvante en el tratamiento del cáncer de recto se ha apreciado una notable mejora en los resultados a largo plazo, sobre todo en cuanto a las recidivas locales. Por ello cada vez más grupos la aplican y van apareciendo más series con resultados a largo plazo.

Objetivo: Analizar nuestros resultados en cuanto a técnica quirúrgica, complicaciones y evolución en un grupo importante de pacientes intervenidos de cáncer de recto tras quimiorradioterapia neoadyuvante con seguimiento a largo plazo.

Material y método: Se estudian 167 pacientes intervenidos entre Enero de 1998 y Marzo de 2006 de cáncer de recto, estadios II-III, tras radioquimioterapia neoadyuvante. Se analiza la técnica quirúrgica, las complicaciones postoperatorias y el seguimiento a largo plazo en: todos los casos, por técnicas y por tercios. Para el análisis estadístico se utiliza la Chi-cuadrado para variables categóricas y el test de Kaplan Meier para las curvas de recaída y supervivencia.

Resultados: De los 167 pacientes, 98 (58,7%) son varones. La edad media es de 63,4 años (24-85). En 71 casos (42,5%) el tumor era de tercio inferior, 76 (45,5%) de tercio medio y 20 (12%) del superior. Se realizaron 122 resecciones anteriores (73,1%), 37 amputaciones abdominoperineales (22,2%), 5 colostomías (3%) y 3 laparotomías exploratorias (1,8%). En 67 casos (54,9%) se realizó ileostomía de protección. En 17 casos (10,7%) la cirugía fue paliativa por lo que se excluyen del seguimiento. Se presentaron complicaciones en 52 casos (31,1%), la mayoría de grado leve y un 3% de éxitos en el postoperatorio.

Con un seguimiento medio de 48,06 meses (1,02-98,07), la recidiva local es de 3,9% a los 2 años y de 7,5 a los 5 años, con menor incidencia

en tercio superior y en los pacientes con resección anterior sin diferencias significativas. La aparición de metas hepáticas es de 11,6% y 14,5% a los 2 y 5 años, sin diferencias según la técnica y el tercio. Las metástasis pulmonares fueron de 8,2% y 15,5% a los 2 y 5 años, sin diferencias según la técnica y el tercio. La supervivencia es de 93,2% y 78,6% a los 2 y 5 años, siendo mayor en los casos de tercio superior y de resección anterior.

Conclusiones: La radioquimioterapia neoadyuvante permite un alto porcentaje de cirugía conservadora de esfínteres, con una aceptable tasa de complicaciones y con baja tasa de recidivas locales.

O-207

RESPUESTA A LA RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL CÁNCER DE RECTO. ESTUDIO MULTIVARIANTE

G. Valero Navarro, J.A. Luján Mompeán, Q. Hernández Agüera, B. Ferri Níguez, E. Martínez Barba, J. Gil Martínez, E. Romera Barba, P. Pastor Pérez, J. Salinas Pérez y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El tratamiento neoadyuvante del cáncer de recto modifica tanto el tamaño como el estadio del tumor antes de la cirugía, pero este efecto no es igual en todos los casos. La respuesta del tumor a la radioquimioterapia puede estar relacionada con la evolución del paciente a largo plazo.

Objetivo: Analizar la relación de la respuesta del tumor a la radioquimioterapia neoadyuvante con la supervivencia y el intervalo libre de enfermedad, en el cáncer de recto estadios II-III.

Pacientes y método: Se estudian 136 pacientes intervenidos de adenocarcinoma de recto, entre Enero-1998/ Diciembre-2005, en los que se realizó cirugía curativa. La respuesta a la radioquimioterapia se valora en el estudio anatomopatológico. El grado de respuesta se clasifica en: Grado I: ausencia de tumor, Grado II: predominio de fibrosis sobre tumor, Grado III: predominio de tumor sobre fibrosis y Grado IV: ausencia de respuesta. Para el estudio multivariante se valora la edad, el sexo, el estadio al diagnóstico, la técnica quirúrgica, la experiencia del cirujano y la respuesta.

En el análisis estadístico se utilizó el test de Kaplan Meier para las curvas de evolución y la Regresión de Cox para el análisis multivariante.

Resultados: La respuesta fue Grado I en 20 casos (14,7%), Grado II en 67 casos (49,3%), Grado III en 47 casos (34,6%) y Grado IV en 2 casos (1,5%).

Con un seguimiento medio de 44,33 meses (3,92-97,05), se observa que cuanto mejor es la respuesta del tumor a la radioterapia menor es la tasa de metástasis hepáticas y pulmonares, y mayor es la supervivencia, con significación estadística; y hay menos recidivas locales, sin diferencias significativas.

En el análisis multivariante se aprecia que la recidiva local no está influenciada por ninguno de los factores de forma significativa, mientras que las metástasis hepáticas, las metástasis pulmonares y la supervivencia dependen del grado de respuesta, con significación estadística.

Conclusiones: Los pacientes con tumores más sensibles al efecto de la radioterapia presentan menor tasa de metástasis hepáticas y pulmonares y mejor supervivencia.

8 NOVIEMBRE 2006
15.00 – 16.30

SALA EL ESCORIAL
O-208 – O-216

O-208

INFLUENCIA DE LA RADIOQUIMIOTERAPIA EN LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE RECTO INFRAPERITONEAL

J.C. Manuel Palazuelos, J. Alonso Martín, J. Castillo, E. Martino, I. Seco, E. García Somacarrera y M. Gómez Fleitas

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: 1) Saber el porcentaje de pacientes respondedores a la radioquimioterapia preoperatoria. 2) Conocer si en los pacientes grado de Regresión 3 ó 4 la supervivencia esta aumentada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo Enero 2001, Diciembre 2005, recogiendo 107 pacientes con neoplasia de recto infraperitoneal T3-T4/ N0-N+ .Previamente a la cirugía se administró radioterapia de ciclo largo (50 Gy en 5 semanas) + Quimioterapia con 5FU o derivados fluoropirimidínicos. La cirugía se realizó seis semanas después de la RT, con ablación total del mesorecto. Anatomía patológica nos indicó el estadio tumoral y el grado de regresión de Dworak. Posteriormente a la cirugía recibieron quimioterapia.

Resultados: 107 pacientes, varones 57 y mujeres 50. El estadio previo a QT+RT era T2N1 6 pacientes (2 M1), T3N0/N+ 89 (10 M1), T4N0/N+ 12 (2M1). Realizamos 44 amputaciones de recto y 63 resecciones anteriores bajas (22 ultrabajas). La vía de abordaje, laparotómica en 81 y laparoscópica en 26. Se resecó totalmente el mesorecto en 102 pacientes, y sincrónicamente en 4 pacientes las metástasis hepáticas. Las complicaciones postoperatorias han sido del 41,12%, destacando un 6,3% de dehiscencia anastomótica, un 27,1% de infección de herida. La mortalidad fue del 4,67%.

La anatomía patológica demostró que en 37 pacientes había disminuido la estadificación tumoral después de la RT, en 11 (10,3%) el tumor que restaba era microscópico (grado de regresión 3) y en 13 (12,1%) no existía tumor residual.

En los tumores con grado de regresión 3 y 4 (seguimiento 22,8 meses) el índice de recidiva a distancia fue del 8,3%, falleciendo ambos pacientes. En los tumores con regresión R0-R1 (62 pacientes) y con un seguimiento de 32,75 meses, la recidiva local 17,24% y a distancia de 8,62%, falleciendo 8 pacientes (13,8%). De los pacientes con grado de regresión 2 (21 casos), seguimiento medio 26,47 meses, la recidiva local fue de 4,76% y a distancia de 14,2% con una mortalidad de 9,5%.

Conclusiones: El 34,6% disminuyó la estadificación postradioterapia. Mostraron regresión tumoral 3 o 4 un 22,4%. La supervivencia en los R3-R4 91,6% a 2 años.

O-209

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE 400 NEOPLASIAS DE RECTO DESDE EL ESTABLECIMIENTO DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORECTAL

R. Lozoya Trujillo, M. Lopez Cano, J.L. Sánchez García, S. Grau, E. Espín Basany, F. Vallribera, R. Vilallonga Puy y M. Armengol Carrasco

Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: El tratamiento de la neoplasia de recto ha cambiado favorablemente en los últimos años gracias a avances en la técnica quirúrgica, radioterapia y quimioterapia. El desarrollo de equipos multidisciplinares con unidades quirúrgicas específicas para el cáncer colo-rectal ha aumentado las posibilidades del paciente de recibir un tratamiento curativo con preservación de la continencia.

Objetivo: realizar un estudio retrospectivo de la experiencia con las neoplasias de recto tratadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Valle de Hebrón desde el establecimiento de una Unidad de Coloproctología en 1998. Se hace un análisis de factores pronósticos de mortalidad y de recidiva.

Pacientes y métodos: Se revisan las historias de 400 pacientes con neoplasia de recto desde 1998 hasta el 2004. Se ha confeccionado una base de datos donde se recoge información preoperatoria relacionada con el estadiaje, datos intraoperatorios relacionados con la técnica y características del tumor y datos postoperatorios relacionados con la anatomía patológica y el seguimiento.

Resultados: Tras el análisis de los primeros 102 casos (para la confección de este abstract)

El 95,1% de los casos han sido tratados por la Unidad, de los cuales el 2% no fueron intervenidos. El 68,6% son hombres y el 31,4% mujeres. Preoperatoriamente presentan CEA/Ca 19,9 alterados el 24,5% y el 18,6% respectivamente. Se realiza radioterapia con o sin quimioterapia neoadyuvante en el 28,4%. El grado histológico más frecuente es G2 70,3%. Los ganglios están afectados en el 47,8%. En cuanto el TNM: T3 60,8%, N0 45,1%, M0 64,7%. Por estadios se distribuyen en: 0 el 1,1%, I el 11,5%, IIa el 29,9%, IIb el 2,3%, IIIa el 3,4%, IIIb el 11,5%, IIIC 13,8%, IV el 26,4%. Por la localización el 36,3% corresponde recto medio, el 26,5% recto proximal, el 24,5% recto distal, el 12,7% unión rectosigma. Se practica exéresis total de mesorecto

(ETM) en 52% de la muestra. El margen distal de la pieza es > 2 cm en 71,6% y 1-2 cm en 12,7%. El margen proximal es suficiente en el 100% de los operados. Se realiza cirugía con intención curativa en el 72,5% de los casos. La recidiva (local y a distancia) supone 20%. La localización de las recidivas es (en algunos pacientes combinado): 52,4% regional (pélvico, local, retroperitoneal), 45% hígado, 45% pulmón, 14,3% anastomosis, 14,3% adenopáticas, 10% hueso, 10% cerebral. El diagnóstico de la recidiva durante el seguimiento en consultas externas es 90,5%, siendo sospechada la recidiva en 61,9%. Se intervienen el 28,5% de estas recidivas. En la actualidad el 55,9% están vivos libres de enfermedad.

Comentarios: El estudio estadístico inicial de estos 102 casos, no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas en la aparición de recidivas con respecto a las variables: sexo, grado histológico, ganglios positivos, o estadios anatomopatológicos.

O-210

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO A 5 AÑOS: CIRUGÍA FRENTE A CIRUGÍA CON TRATAMIENTO ADYUVANTE

D. Acín Gándara, A. Carabias Hernández, F.J. Jiménez Miramón, M. Rodríguez Ortega, R. Ríos Blanco, J. Silvestre, J. Bouzada Gil, M. Limones Esten, A. Carabias Hernández, F.J. Jiménez Miramón, M. Rodríguez Ortega, R. Ríos Blanco, J. Silvestre, J. Bouzada Gil y M. Limones Esteban

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: En la actualidad el tratamiento del cáncer de recto (CR) con intención curativa es la escisión del mesorecto (ETM) que, eventualmente asociada a tratamiento neo/adyuvante, consigue una tasa de recidiva local menor del 10%.

Objetivo: Analizar nuestros resultados del tratamiento del CR de tercio medio e inferior con las distintas técnicas mencionadas, con o sin tratamiento adyuvante.

Pacientes y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva 71 pacientes (p) con CR de tercios medio e inferior, intervenidos entre 1996 y 2000 con un seguimiento de 5 años. Fueron excluidos del estudio 17 pacientes (8 con metástasis sincrónicas irresecables, 3 con mortalidad precoz y 6 perdidos en el seguimiento). Los 54 pacientes incluidos fueron 26 varones y 28 mujeres, con una edad media de 63,4 años (35-87). Se estudiaron los siguientes parámetros: 1) localización del tumor; 2) estadio según Astler-Coller modificado y TNM; 3) diagnóstico histológico; 4) técnica quirúrgica; 5) recidiva local; 6) recidiva sistémica; 7) supervivencia global. Se realizaron: resección anterior (RA = 64,8%), amputación abdominoperineal (AAP = 27,8%) y resección local (RL = 7,4%), aplicándose tratamiento adyuvante en el 50%. En los tumores B2 y C (T3, T4 y N+) se analizaron los resultados en cuanto a recidivas y tipo de tratamiento según el test de Fisher.

RESULTADOS: Estadio A (Tis) = 5p (9,5%) que fueron tratados mediante RA (2p) y RL (3p). Recidivas locales = 0%. Supervivencia = 100% a 5 años.

Estadio B1 (T1, T2) = 10p (18,5%) tratados mediante RA (7p), AAP (2p) y RL (1p). Recidivas locales = 0%. Supervivencia = 100% (1 con metástasis).

Estadio B2 (T3) = 20p (37%), tratados mediante RA (14p) y AAP (6p). Cirugía sola en 7p (35%) y tratamiento adyuvante en 13p (65%). Recidivas locales = 2p (10%), tratados exclusivamente con cirugía. Supervivencia = 19p (95%), 2 con metástasis. Mortalidad = 1p (cirugía exclusiva). La diferencia en cuanto a recidivas con y sin tratamiento adyuvante no fueron estadísticamente significativas (p = 0,11).

Estadio C (N+) = 16 p (29,6%) tratados mediante RA (10p) y AAP (6p). Cirugía sola en 3 (18,7%) y tratamiento adyuvante en 13 (81,3%). Recidiva local = 4p (25%), todos T3N2, 1 tratado con cirugía y 3 con cirugía y adyuvancia. Supervivencia = 15p (93%), 7 con metástasis (6 con adyuvancia). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p = 0,6).

Estadio D = 3 p (5,5%), tratados mediante RA (2p), AAP (1p) y resección de metástasis. Recidiva sistémica en 2p y recidiva local en 1p. Supervivencia = 2 p (66,7%).

El número total de recidivas locales fue de 7p (15%) y la supervivencia global 94% a 5 años.

Conclusiones: Los estadios T3-4 y/o N+ tuvieron más riesgo de recidiva local. No se observaron diferencias estadísticamente significativas

en cuanto a recidiva local y a distancia en función del tratamiento. La supervivencia global en enfermos tratados con intención curativa fue muy alta en todos los estadios. Las recidivas locales no fueron elevadas a pesar de no estar estandarizado la ETM y la neoadyuvancia.

O-211

EFFECTO DE LOS RESERVORIOS CÓLICOS LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE RECTO

P. Armendáriz Rubio, C. Artieda, J. Marzo, M. De Miguel, F. Oteiza, M.A. Ciga y H. Ortiz

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

La realización de una resección anterior baja con anastomosis coloanal y reservorio colónico disminuye la frecuencia de deposiciones y por lo tanto mejora la función defecatoria durante el primer año después de la operación cuando se compara con una anastomosis coloanal directa. ¿Tiene este hecho algún efecto sobre la calidad de vida de los pacientes?

Material y métodos: Un año después de la operación, se llevo a cabo un estudio prospectivo de la Calidad de vida en 86 pacientes intervenidos de cáncer de recto mediante una resección anterior baja con anastomosis coloanal. En 46 de ellos la anastomosis coloanal fue directa y en 40 se añadió un reservorio cólico. Para evaluar la calidad de vida se emplearon los instrumentos QoL- C30 y QoL-CR38 de la EORTC. Las puntuaciones medias de las escalas funcionales y de síntomas fueron comparadas con una prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para ninguna de las escalas evaluadas, tanto para la encuesta C30 como para la CR38.

Conclusión: En términos generales podemos considerar que la práctica de un reservorio cólico no supone una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes intervenidos de cáncer de recto mediante una resección anterior.

O-212

MORBILIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN LA HERIDA PERINEAL Y LAPAROTÓMICA TRAS LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

D. Casado Rodrigo², R. Canovas de Lucas², E. García-Granero Ximénez², B. Flor Lorente², E. Muñoz Forner², V. Lopez Flor², P. Esclapez Valero¹, A. Espí Macías², A. Cervantes Ruiperez¹ y S. Lledó Matoses²

Universidad de Valencia, Valencia¹, Hospital Clínico Universitario, Valencia².

Objetivo: Analizar si la quimioradioterapia (QRT) preoperatoria aumenta la morbilidad de la herida perineal y laparotómica tras la amputación abdominoperineal (AAP).

Material y métodos: Se han incluido 119 pacientes consecutivos intervenidos entre Enero de 1993 y Diciembre de 2005 de forma electiva por cáncer de recto y a los que se le practicó una AAP con intención local curativa (R0 o R1). Se excluyen 19 casos por resecciones urgentes, resecciones R2 y resecciones por recidiva loco-regional. Se establecen dos grupos, A y B, en relación a si recibieron QRT neoadyuvante o no respectivamente. Ambos grupos eran homogéneos respecto a edad, sexo, ASA, POSSUM fisiológico y quirúrgico y estadio tumoral según estadificación por ecografía/RNM ($p > 0,05$). Se comparan la tasa de infección (según criterios de "Centers for Diseases Control"), la morbilidad menor (seroma, hematoma o hemorragia) y la morbilidad global de las heridas perineal y de laparotomía en los dos grupos. El método estadístico empleado ha sido Chi cuadrado. La significación estadística se estableció para $p < 0,05$.

Resultados: La tasa global de infección de la herida del periné fue del 16,8% (20/119). 34 pacientes recibieron QRT neoadyuvante (grupo A), de los cuales el 32% presentó infección de herida perineal (11/34) frente a un 10% en el grupo B (9/85), siendo $p = 0,004$. Se objetivó así mismo un aumento de la morbilidad menor del periné, resultando un 20,6% en el grupo A contra un 4,7% en el grupo B ($p = 0,005$). La tasa global de infección de la herida laparotómica fue del 18,5% (22/119). En relación al efecto de la QRT preoperatoria sobre la infección y morbilidad menor en la herida de la laparotomía, no existieron diferencias

significativas, con $p = 0,232$ y $p = 0,917$ en los 2 grupos respectivamente.

Conclusiones: La QRT preoperatoria en pacientes con cáncer de recto a los que se les practica una AAP con intención curativa aumenta significativamente la morbilidad de la herida perineal, si bien no se ha demostrado este efecto sobre la herida laparotómica.

O-213

AUDITORÍA DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE RECTO EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Martín Arevalo¹, F. Ripoll Orts¹, F. Morera Ocon¹, J.J. Millán Tarín¹, M. García-Granero Ximénez¹ G, J.¹, J. García Mingo¹, J.C. Bernal Sprekelsen¹ y F. Checa Ayet²

Hospital General de Requena, Requena¹, Hospital de Sagunto, Sagunto².

Auditoría interna de los resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto en un hospital comarcal que atiende una población de 58.426 habitantes. Comparación de nuestros resultados con los publicados como estándares de calidad en cirugía del recto en la revista Cirugía Española (Cir Esp 2003; 74(6):321-4).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo entre enero'97 y diciembre'05 en el que se han incluido aquellos pacientes diagnosticados de cáncer de recto e intervenidos de forma electiva y con carácter curativo por todos los cirujanos del Servicio ($n = 7$). La técnica quirúrgica empleada ha consistido en la resección anterior baja con excisión subtotal del mesorrecto para tumores del tercio superior y total para tumores de los tercios medio e inferior. Para el análisis de la supervivencia sólo se han tenido en cuenta aquellos con un seguimiento mínimo de 24 meses. En nuestro protocolo de tratamiento a todos los pacientes con estadios II y III se les ofreció tratamiento neoadyuvante. Los factores analizados han sido la tasa de mortalidad operatoria, tasa de dehiscencias anastomóticas, porcentaje de preservación esfinteriana, recidiva local y supervivencia. El método estadístico utilizado consistió en la realización de comparación de proporciones mediante la prueba χ^2 con corrección de Fisher en los casos adecuados y la realización de curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se analizaron 139 pacientes intervenidos por cáncer de recto con una edad media de 70,41 \pm 10,8 años (rango: 41-89 años) y correspondiendo el 62% a hombres y el 38% a mujeres. La distribución de la altura de los tumores fue 56,9% para el tercio superior, 19,49% tercio medio y 23,7% tercio inferior del recto.

La tasa de mortalidad operatoria (dentro de los 30 primeros días) afectó al 7,19% de la serie. De los enfermos fallecidos sólo un caso tuvo relación directa con la técnica quirúrgica. Se detectaron dehiscencias anastomóticas en el 5,05 % de los casos. Se ofreció cirugía preservadora de esfínteres al 76,97% de los pacientes, realizándose finalmente en el 71,22% de los casos (70,42% de los tumores de tercio medio e inferior de recto). La diferencia se debe al rechazo del paciente de la técnica. Las recidivas de la enfermedad se distribuyeron de la siguiente forma: loco-regional pura: 3,6%, loco-regional y sistémica: 4,32% y sistémica aislada: 1,58%. La supervivencia global de la serie ha sido de un 87,8%.

Comentarios: La cirugía del cáncer de recto puede ser llevada a cabo en un hospital comarcal siempre y cuando concurren dos factores fundamentales: una formación correcta en la técnica quirúrgica empleada y una auditoría continua de los resultados para comprobar que se están cumpliendo los estándares establecidos por las sociedades científicas para el tratamiento de esta patología.

O-214

RESECCIÓN LOCAL DEL CANCER DE RECTO: ¿ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ A LA RESECCION RADICAL?

P. Palma, K. Horisberger, A. Joos y S. Post

Clínica Universitaria de Mannheim, Mannheim, Alemania.

Objetivos: La siguiente comunicación analiza nuestros resultados en la resección local del cancer recto y los compara con la resección abdominal (RS).

Métodos: El trabajo incluye un total de 50 pacientes intervenidos entre 1998 y 2005. Solo se incluyeron carcinomas de recto en estadio

precoz (T1N0, UICC). La resección local se realizó mediante microcirugía transanal endoscópica (TEM). La seguridad de ambas técnicas (TEM y RS) se analizó mediante el tiempo de la intervención, sangrado operatorio, estancia hospitalaria y complicaciones. La eficacia de ambas técnicas se investigó mediante la tasa de recurrencia local y la supervivencia.

Resultados: El grupo RS incluyó a 18 pacientes por 32 en el TEM. No se observaron diferencias significativas entre ambos colectivos en lo que respecta a localización, tamaño, y diferenciación (grading) de los tumores intervenidos. El grupo TEM advirtió un tiempo operatorio, sangrado quirúrgico y estancia hospitalaria significativamente más cortos que el grupo RS. Las complicaciones postoperatorias fueron más acusadas en el grupo RS, debiendo ser 4 enfermos reintervenidos por solo uno en el grupo TEM. La tasa de recidiva local fue de 3,125 por ciento en el grupo TEM comparada con cero en el grupo RS (Fisher's test, $p = 1,000$). La supervivencia libre de recidiva fue de 90,625 por ciento en el TEM comparada con 88,88 en el colectivo RS ($P = 0,8991$). **Conclusiones:** La resección local del cáncer de recto precoz mediante TEM advierte la misma eficacia oncológica que las resecciones abdominales. Dadas las características de técnica mínimamente invasiva de la técnica TEM y las ventajas que esto conlleva en la morbilidad, los resultados de esta comunicación indican la importancia de incluir esta técnica en el tratamiento contemporáneo del cáncer de recto en estadio precoz.

O-215

CÁNCER DE ANO. NUESTRA EXPERIENCIA (24 CASOS)

M. Duarte, I. Pascual, J.A. Rodríguez-Montes, R. Vitón Herrero, M. Álvarez Gallego, I. Prieto Nieto, P. Quadros Borrajo y L. García Sancho

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: El cáncer de ano comprende del 1 al 5% de todos los cánceres de colon, recto y ano. Actualmente el tratamiento de los carcinomas de tipo epidermoide, el más frecuente, es la radioquimioterapia, reservándose la cirugía para los casos que no responden. En los demás tipos histológicos la resección quirúrgica, seguida o no de radioterapia, es la primera aproximación terapéutica.

Material y método: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de cáncer de ano en nuestro hospital en los últimos 10 años. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes personales, tiempo de evolución, localización, tamaño, tipo histológico, tratamiento, recidiva y supervivencia.

Resultados: Se encontraron 24 pacientes con cáncer de ano. El tipo histológico predominante fue el carcinoma epidermoide (66,6%). Estos pacientes recibieron tratamiento con 5-FU y cisplatino y se reservó el tratamiento quirúrgico para los casos de recidiva. La mortalidad a los 5 años fue de 43,7%. El adenocarcinoma de ano (un caso, 4,16%) fue subsidiario cirugía y tratamiento radioquimioterápico, a pesar de lo cual el paciente falleció a los 6 años por enfermedad metastásica. Se hallaron además 3 pacientes con Enfermedad de Bowen (12,48%), un epiteloma basocelular (4,16%), un tumor basaloide (4,16%), un tumor de células grandes (4,16%) y un tumor neuroendocrino (4,16%). No se halló ningún caso de melanoma.

Conclusiones: El cáncer de ano es una entidad poco frecuente cuyo manejo terapéutico depende del subtipo histológico, con una mortalidad elevada que se aproxima al 38%.

O-216

MEDIDA DE LA CONCENTRACIÓN DE DNA EN PLASMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON Y RECTO, Y SU CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA

H. Guadalajara Labajo, C. Domínguez Berzosa, M. García Arranz, D. Herreros Marcos, I. Pascual, R. Sanz Baro, D.C. García Olmo, B. San José Valiente y D. García Olmo

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Numerosas publicaciones han detectado niveles elevados de DNA en plasma de pacientes con enfermedad neoplásica, así como en otras patologías. Se ha estudiado su procedencia, y se ha identificado como tumoral mediante la identificación de la mutación de

oncogenes y otras alteraciones genéticas. Por último, se han realizado distintos estudios buscando una utilidad clínica a la presencia de este material genético circulante. Nuestro estudio pretende cuantificar el DNA plasmático en 73 pacientes con carcinoma colorrectal en distintos estadios, y estudiar una posible correlación con el estadio tumoral y la presencia de metástasis.

Material y métodos: Se recogieron los datos clínicos y muestras de sangre de 73 pacientes intervenidos de neoplasias de colon y recto. Se extrajo el DNA del plasma utilizando el kit QIAamp, y lo cuantificamos con Nanodrop. Utilizamos el programa SPSS 13.0 para Windows, para realizar el análisis estadístico.

Resultados: La concentración media de DNA en plasma fue de 107,75 ng/ul. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la presencia de altas concentraciones de DNA en plasma y la presencia de metástasis al diagnóstico. Conviene destacar que dos de los cuatro pacientes con estadios precoces que desarrollaron metástasis durante el seguimiento, tenían concentraciones de DNA plasmático superiores a 120 ng/ul. También existen diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia, en función de la concentración de DNA circulante, siendo menor en los pacientes con concentraciones más altas.

Discusión: Escogimos plasma para la medición del DNA circulante en lugar de suero, porque la concentración en el primero refleja más fielmente la concentración circulante, dado que parte de la que aparece en suero, se genera durante la formación del coágulo.

Niveles elevados de DNA circulante están relacionados con la presencia y aparición de metástasis (especialmente hepáticas) y la supervivencia del cáncer colorrectal.

Nuestros resultados sugieren que la concentración de DNA en plasma puede ser de utilidad como marcador tumoral y probablemente como factor pronóstico en el CCR.

8 NOVIEMBRE 2006

17.00 – 18.30

SALA EL ESCORIAL

O-217 – O-224

O-217

ENSAYO CLÍNICO EN FASE II PARA DETERMINAR LA DOSIS ÓPTIMA, LA TOLERANCIA Y LA EFICACIA DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN LA FISURA ANAL CRÓNICA

J.M. Sousa Vaquero², A. Galindo Galindo², C. Palacios González², D. Covacho Martínez², E. Prendes Sillero², Z. Valera Sánchez², A. Obispo Entrenas¹, D. Legupín Tubío², A. Martínez Vieira², C. Bernal Bellido² y M. Pérez Andrés²

Hospital Costal del Sol, Marbella¹, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla².

Objetivos: La inyección intraesfinteriana de toxina botulínica es un tratamiento alternativo de las fisuras anales crónicas no complicadas que se acompañan de hipertonía esfinteriana. Nuestra hipótesis de trabajo era probar la eficacia de dos dosis diferentes de Toxina botulínica, utilizando dosis altas, y analizar la tolerancia al tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un Ensayo clínico en fase II de grupos paralelos, aleatorizado, doble ciego, de búsqueda de dosis para determinar la dosis óptima y la efectividad y tolerancia de la Neurotoxina botulínica tipo A en el tratamiento de la Fisura anal crónica idiopática en una población de pacientes de entre 18 y 70 años que acudían al Servicio de urgencias de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío refiriendo dolor anal y se le diagnosticaba una fisura anal crónica. A todos los pacientes se les realiza una manometría anorrectal previa y posterior a la inyección. **TRATAMIENTO A:** 25 unidades de Toxina botulínica tipo A más Lidocaína al 2%. **TRATAMIENTO B:** 50 unidades de Toxina botulínica tipo A más Lidocaína al 2%. Los pacientes eran asignados al grupo A o al grupo B de acuerdo con una tabla de permutaciones aleatorizadas. Se inyecta la dosis total en el surco interesfinteriano a ambos lados de la fisura anal. Los pacientes son citados a la semana de la inyección y a los 3 meses y a los 6 meses. Se valoraron las siguientes variables: Dolor anal defecatorio, rectorragia, estreñimiento, Presión

máxima basal (PMB), Presión máxima de contracción voluntaria (PMCV), Longitud del canal anal (LCA).

Resultados: Se ha incluido a un total de 99 sujetos; 50 pacientes en el grupo A (25 unidades) y 49 en el grupo B (50 unidades). A la semana de la inyección de Toxina botulínica se aprecia que en el grupo B (50 U.) el 69,4% de los pacientes están sin dolor frente a un 46% en el grupo A (25 U.). A los tres meses del inicio del tratamiento el 79,6% de los pacientes del grupo B (50 U.) está sin dolor. El 56% en el grupo A (25 U.). El 81,6% de los pacientes del grupo B (50U.) se encuentran asintomáticos y sin fisura anal. El 85,7% de los pacientes del grupo B no precisó tratamiento de rescate (ELI). En el grupo A la PMB media pretratamiento fue de 128,68 mmHg y descendió a 109,75 mmHg con el tratamiento aplicado. En el grupo B la PMB media pretratamiento fue de 127,09 mmHg y descendió a 89,32 mmHg con el tratamiento. En el grupo A la media de PMCV descendió de 232,83 mmHg a 199,17 mmHg tras el tratamiento con 25 U de Toxina botulínica. En el grupo B la media de PMCV sufre un descenso significativo de 253,43 mmHg a 163,28 mmHg con el tratamiento de 50 U.

Conclusiones: La toxina botulínica tipo A es útil y eficaz en el tratamiento de la fisura anal crónica (81,6% de los pacientes) utilizando dosis altas (hasta 50 unidades) según un protocolo establecido. El índice de complicaciones es bajo incluso utilizando altas dosis de toxina botulínica.

O-218

ANOPEXIA MUCOSA CIRCULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL: TÉCNICA Y RESULTADOS

M. del Bas Rubia, L.A. Hidalgo Grau, A. Heredia Budó, J. Carbonell Roure, O. Estrada Ferrer, F. Espín Álvarez y X. Suñol Sala
Hospital de Mataró, Mataró.

Introducción: La anopexia mucosa circular (AMC) intenta reducir el dolor postoperatorio en caso de intervención quirúrgica por hemorroides y/o prolapso mucoso rectal, consiguiendo la misma eficacia terapéutica que la técnicas resectivas.

Objetivo: Evaluar los resultados obtenidos con la utilización de la AMC en nuestro Servicio.

Material y métodos: Desde febrero de 1999 a diciembre de 2005 se han intervenido 181 pacientes mediante AMC (108 varones y 73 mujeres, edad media 48,5 y 47,4 años respectivamente). La indicación en 26 casos fue de prolapso mucoso rectal y en 155 de hemorroides (grado II 35, grado III 77 y grado IV 43 casos); en caso de hemorroides se excluyeron los pacientes con un solo grupo hemorroidal patológico, sometidos a cirugía resectiva. La AMC se realizó en 133 casos a través de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (73,4% de índice de substitución global). En todos los pacientes se realizó preparación con enemas y profilaxis antibiótica; la intervención se practicó en posición de litotomía y bajo anestesia intradural preferentemente (92,3%). Se valoró prospectivamente el dolor postoperatorio, las complicaciones y la eficacia de la técnica (seguimiento con límites entre 4-82 meses).

Resultados: El 88,4% de los pacientes intervenidos mediante AMC manifestó dolor por debajo de 2 en la escala analógica visual de dolor (0-10), y en ningún caso superó el 7. La urgencia defecatoria y el tenesmo rectal han sido constantes en la primera semana para desaparecer con posterioridad. Se produjeron 12 casos (6,6%) de incontinencia leve, autolimitada en los primeros 3 meses. Cuatro pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas graves, de los que 3 precisaron reintervención y hemostasia mediante puntos de sutura en la línea de grapado; en el caso restante, se produjo un hematoma perirrectal que se trató conservadoramente. En el seguimiento, 138 pacientes se hallan asintomáticos (76,2%), en 24 (13,3%) ha disminuido la sintomatología de forma evidente y 19 (10,5%) han requerido reintervención por fracaso de la técnica. En el caso concreto de hemorroides grado IV, el 81,3% se hallan asintomáticos, 12,5% mejorados y 6,2% han requerido reintervención.

Conclusiones: Hemos conseguido una eficacia notable en el tratamiento de las hemorroides y del prolapso mucoso rectal mediante la AMC, con un índice de complicaciones aceptable. El éxito de la AMC se basa en su implementación progresiva y en la realización de una técnica quirúrgica cuidadosa.

O-219

IMPlicACIONES FINANCIERAS HOSPITALARIAS Y RETRIBUCIÓN MONETARIA AL CIRUJANO COLORECTAL USANDO LA TÉCNICA DE HEMORROIDOPEXIA: EXISTE REALMENTE ALGUNA VENTAJA?

J. Lagares García³, L. Tsikitis¹, M. Sherman³, A. Klipfel³, M. Vrees³, S. Schechter³ y H. Sax²

Rhode Island Hospital, Providence, Estados Unidos¹, The Miriam Hospital, Providence, Estados Unidos², Rhode Island Colorectal Clinic, LLC, Pawtucket, Estados Unidos³.

Introducción: La hemorroidopexia se ha convertido en la técnica más usada para las hemorroides internas de grado 3 en los Estados Unidos tras la descripción en los años noventa. Las ventajas de esta técnica descritas en la literatura incluyen una disminución del tiempo operatorio, menos dolor postoperatorio, disminución del uso de analgésicos y menos dolor la primera defecación.

Hipótesis: Evaluación del coste hospitalario al igual que el pago al cirujano desde el comienzo de esta técnica en una consulta privada en el año 2002.

Material y métodos: Estudio retrospectivo con datos demográficos y financieros hospitalarios y del consultorio. Los datos quirúrgicos y demográficos fueron tomados de una base de datos prospectiva establecida desde el año 2002. Los datos financieros se obtuvieron retrospectivamente. La hemorroidopexia (Grupo I) y hemorroidectomía (Grupo II) fueron comparadas y el análisis estadístico fue considerado significativo cuando la probabilidad < 0,05.

Resultados: Setenta pacientes fueron analizados: 36 en el grupo I y 34 en el grupo II.

En el grupo I, la edad media fue de 49 años y hubo 14 mujeres intervenidas. 28 pacientes se operaron bajo anestesia general y 8 con sedación moderada. El tiempo en quirófano fue de 53 min y el tiempo quirúrgico fue de 26 min.

La edad media en el grupo II fue de 52 años y 12 mujeres fueron intervenidas. Sedación moderada se realizó en 30 pacientes, anestesia general en 2 y vía espinal en 2 pacientes. El tiempo en quirófano fue de 44 min y el tiempo quirúrgico fue de 25 minutos.

La edad, el sexo y el tiempo operatorio fue similar entre los dos grupos ($P > 0,05$). La mayoría de pacientes del grupo I se operaron bajo anestesia general en comparación con el grupo II ($P < 0,05$). Los cargos hospitalarios, pagos institucionales y coste institucional no fueron significativamente más altos en el grupo I (\$6124, \$1238 y \$1613, respectivamente), cuando se compararon con el grupo II (\$5106 de cargos hospitalarios, \$1141 de pagos institucionales y \$1400 de coste institucional) ($P > 0,05$).

Las ganancias institucionales netas no fueron significativamente diferentes entre el grupo I y II (\$1113 y \$1110, respectivamente). La retribución financiera al cirujano aunque menor en el grupo I (\$394) no fue significativa cuando la comparamos con el grupo II (\$425) ($P > 0,05$).

Conclusiones: Este estudio demuestra que no existe una diferencia significativa entre las ganancias institucionales o personales del cirujano cuando se comparan la hemorroidopexia y la hemorroidectomía. La técnica a escoger se debe basar en el grado de prolapso hemorroidal y experiencia con la técnica quirúrgica y no basado en datos financieros.

O-220

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE SINTOMÁTICO

V. Pla Martí, D. Moro Valdezate, C. Fernández Martínez, M.D. Ruiz Carmona, A. Solana Bueno, J. García Armengol, R. Alos Company y F. Checa Ayet
Hospital de Sagunto, Sagunto.

Objetivo: La técnica quirúrgica más adecuada para el tratamiento quirúrgico del rectocele no ha sido claramente establecida. El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar nuestra experiencia para intentar determinar que técnica ofrece mejores resultados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de las pacientes intervenidas en nuestro centro entre marzo del 1996 y enero del 2006, por rectocele sintomático que no res-

pondieron al tratamiento conservador. Las pacientes que presentaban un enterocele asociado y que fueron intervenidas vía abdominal han sido excluidas. Se ha analizado la presentación clínica, la técnica quirúrgica, las complicaciones a corto y largo plazo, la existencia de recidiva y la sintomatología al final del seguimiento.

Resultados: Se han intervenido 51 pacientes con una edad media de 60 (44-82) años. El 47% tenían antecedentes de cirugía pélvica siendo la intervención más frecuente la histerectomía (39%). Los síntomas más frecuentes fueron la tumoración vaginal (70%) con necesidad de digitalización (51%) seguidos de esfuerzo defecatorio (49%) y defecación obstructiva (47%). El 23% presentaba incontinencia fecal aunque sólo en el 6% de los casos era grave. La vía de abordaje fue transrectal en el 8%, transperineal en el 41% y transvaginal en el 51% de las pacientes. Se utilizó material protésico en 30 pacientes (59%). Existieron complicaciones tempranas en 19% de los casos (12% hematoma, 4% seroma, 2% infección y 2% dehiscencia de la herida). La estancia media fue de 3,9 (1-10) días. Un 35% de las pacientes han tenido complicaciones tardías siendo lo más frecuente la dispareunia y la incontinencia. En 6 de los 30 casos en que se utilizó malla ha existido un rechazo de la misma (20%). La recidiva ha sido del 15% habiéndose reintervenido el 80% de las mismas. No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes técnicas quirúrgicas en cuanto a complicaciones, estancia o recidiva (aunque por vía transvaginal esta ha sido del 7,6% vs 25% y 24% por vía endorectal y perineal respectivamente). Todas las pacientes que han presentado rechazo de malla se intervinieron por vía perineal con mallas de polipropileno ($p = 0,009$). En los casos en que se utilizaron mallas de poliéster más blandas (Mersilene[®]) o de colágeno acelular (Pelvisoft[®]) no ha existido rechazo. El seguimiento medio ha sido de 29 (1-108) meses. En el 68% de las pacientes se han corregido los síntomas de presentación. La tumoración vaginal persiste en el 3% de las pacientes, la necesidad de digitalización en el 4%, la defecación obstructiva en el 22% y el esfuerzo defecatorio en el 16%.

Conclusiones: Aunque lo heterogéneo de los resultados no permite establecer conclusiones firmes, a tenor de nuestra experiencia, abogamos por la indicación selectiva de la técnica quirúrgica inclinando mayoritariamente por la vía transvaginal utilizando nuevos materiales protésicos y reservamos la vía perineal para los casos en que se asocia incontinencia. Los síntomas que mejor se corrigen con el tratamiento quirúrgico son la tumoración vaginal y la digitalización.

O-221

LIGADURA CON BANDA ELÁSTICA. RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO EN 317 PACIENTES

R. Vilallonga Puy, E. Espin Bassany, F. Vallibera, R. Lozoya Trujillo, J.L. Sanchez Garcia, M. López Cano, O. González y M. Armengol Carrasco

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Las hemorroides, constituyen una patología muy prevalente en la sociedad. Se han propuesto diferentes tratamientos para las hemorroides, según el grado de clasificación. La esclerosis, la fotocoagulación con infrarojos u otros como la criocirugía se han propuesto como métodos no quirúrgicos. Otro método no quirúrgico es la ligadura con banda elástica. Presentamos nuestros resultados de tratamiento de pacientes con ligadura de banda elástica. Este tratamiento está indicado en los pacientes con sangrado hemorroidal y hemorroides del grado 2 o 3, así como en pacientes con prolapso hemorroidal grado 2 y 3.

Resultados: Se han realizado 642 procedimientos en 317 pacientes en un período comprendido entre el de 2002 y el de 2005. Del conjunto de pacientes tratados, se han curado 278 (87,6%) y no lo han hecho 39 (12,3%). De este último grupo, se han intervenido 28 pacientes (8,8%) (15 Milligan & Morgan - 13 Longo).

Las complicaciones que hemos observado en los pacientes tratados mediante ligadura con bandas, han sido: dolor severo en 8 casos (1,2%), tenesmo en 3 (0,45%), sangrado en 7 (1,09%), reacción vagal en 3 pacientes (0,45%), 5 casos de trombosis (0,7%), 1 prolapso (0,15%) y finalmente una fisura anal (0,15%). Todas las complicaciones se han resuelto con tratamiento médico, excepto en 5 pacientes (0,7%)

que requirieron una intervención de urgencia (3 pacientes por sangrado y 2 por trombosis).

Conclusiones: La ligadura es un procedimiento de utilidad, ya que es sencillo y de escasa morbilidad, no requiriendo preparación, ni sedación, ni anestesia. El tratamiento es ambulatorio y los resultados obtenidos demuestran la utilidad del tratamiento si se seleccionan bien a los candidatos.

O-222

RENTABILIDAD DE LA TEM: ESTUDIO COMPARATIVO DE AMORTIZACIÓN CON LA RA Y MILES

O. Aparicio Rodríguez, X. Serra, L. Mora, L., Bombardó, M. Alcántara, J. Hermoso, I. Ayguavives y S. Navarro

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La técnica de microcirugía transanal endoscópica (TEM) fue introducida en nuestro centro en junio 2004. Hasta ahora hemos realizado 57 intervenciones. Partimos de la premisa que aquel paciente candidato a TEM tendría como principales alternativas la resección anterior rectal (RA) o la resección abdomino-perineal (Miles).

Objetivo: Demostrar la mejor amortización de la TEM ante otras dos técnicas alternativas (RA y Miles).

Material y métodos: Calculamos costes fijos y variables, anuales, para cada técnica. Los datos de los pacientes de TEM proceden de nuestros 57 pacientes intervenidos y los de RA o a Miles de los intervenidos en el mismo período de neoplasias de estadio no avanzado.

Resultados: Costes variables:

- Tiempo quirúrgico: mediana TEM 90', RA 155' y Miles 183'; coste minuto quirófano (10).

- Estancia hospitalaria: mediana TEM 3 días (en planta), 13 para RA (2 iniciales en U.Críticos) y 17 para Miles (también 2 iniciales en U.Críticos); coste día ingreso en U.Críticos (600 €) y en planta (300 €).

- Material fungible: TEM 450 € por intervención, RA 1.130 € y Miles 180 €.

- Intervenciones anuales: 50.

Costes fijos (anuales) determinados por:

- Material inventariable: TEM 55.000 €, RA 4.900 € y Miles 5.400 €.

- Tiempo de vida útil estimado del material: 10 años.

Calculando los costes fijos anuales y los costes variables por 50 intervenciones anuales, queda claramente demostrado que el coste anual de la TEM (118.000 €) representa hasta una tercera parte del coste de RA (359.490 €) o Miles (386.040 €).

Conclusiones: La TEM podría parecer una técnica cara debido a la inversión inicial necesaria (por su utillaje específico) comparada con la RA o el Miles. Una estimación de costes anuales teniendo en cuenta el período de vida útil del material permite demostrar la mejor amortización y mayor rentabilidad que realmente supone respecto a las otras dos técnicas.

O-223

COMPARACIÓN SEGÚN MODELOS DE PREDICCIÓN DE LA TEM vs CIRUGÍA ABIERTA

L. Mora López, J. Serra Aracil, J. Bombardó Junca, M. Alcántara Moral, I. Ayguavives Garnica, O. Aparicio Rodríguez, A. Casalots Casado, R. Campo Fernández de los Ríos, C. Pericay Pijaume y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La microcirugía transanal endoscópica (TEM), permite la exéresis de lesiones rectales con una baja morbilidad (10-15%) y una mortalidad nula.

Hipótesis: La TEM supone una menor agresión quirúrgica que la cirugía abierta.

Objetivos: Comparar mediante la morbilidad y los índices de POSSUM, P-POSSUM CR-POSSUM, ASA y Charlson el grupo de pacientes afectados de lesiones rectales sometidos a TEM frente a los sometidos a cirugía abierta

Material y métodos: Se incluyen todos los pacientes afectados de lesiones rectales intervenidos durante Enero-04 a Enero-06. Excluimos aquellos que recibieron quimioterapia y radioterapia preoperatorias.

Todos fueron sometidos al mismo protocolo de preparación preoperatorio y postoperatorio.

También se recoge: edad, sexo, características de la lesión tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria media.

Resultados: 48 pacientes en el grupo TEM y 31 en el grupo de cirugía abierta; la morbilidad general fue menor en el grupo TEM (6/18). Según los índices de ASA y Charlson se trata de poblaciones similares que difieren en el P-Posum y CR-Posum (0,75/3,7) debido al menor score quirúrgico del grupo TEM (8,2/15,64 en P-Posum; 5,7/8,73 en CR-Posum) con score fisiológico similares en los dos índices. El tiempo quirúrgico (92,8 /139,04 min) y la estancia media (4,5/11,96 días) fueron menores en el grupo TEM.

Conclusiones: La TEM es una técnica segura que supone una agresión quirúrgica mucho menor que la cirugía abierta. Ofrece unos resultados postoperatorios precoces con una baja morbi-mortalidad.

O-224

REPARACIÓN DE RECTOCELE MEDIANTE MUCOSECTOMÍA RECTAL TRANSANAL CON GRAPADO (STARR)

M.I. García Domingo, A. Navarro, A. Navarro Luna, A. Muñoz Duyos, J.A. Pando López, S. Sánchez Cabús y C. Marco Molina
Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: No existe, hoy en día, una técnica ideal para la reparación del rectocele. Entre las nuevas técnicas a nuestra disposición, contamos con la sutura mecánica diseñada para hemorroidopexia. Pacientes y métodos: Presentamos nuestra experiencia inicial en 14 casos de mujeres con edad media de 58 años (rango 41-72) que consultaron por evacuación obstructiva secundaria a rectocele. En todas ellas la defecografía confirmó el rectocele con residuo postevacuatorio. Nueve de ellas requerían digitación para poder completar la evacuación y el resto utilizaban otra serie de maniobras manuales y posturales. En todos los casos, el procedimiento quirúrgico se llevó a cabo bajo anestesia raquídea, con preparación anterógrada intestinal y profilaxis antibiótica. La técnica quirúrgica incluyó la resección transanal de dos semicírculos de mucosa rectal, uno anterior y otro posterior, por encima de la línea pectínea.

Resultados: La estancia mediana postoperatoria fue de 3 días (rango 1 a 5). Entre las complicaciones contamos con una complicación postoperatoria por sangrado, que requirió reingreso hospitalario pero no reintervención. Contamos con un caso de retención aguda de orina que se solventó con sondaje de descarga y una incontinencia transitoria leve a gases. No hay recidiva clínica de rectocele en ningún caso tras un seguimiento postoperatorio medio de 15 meses (rango de 3 – 27 meses).

Conclusiones: la mucosectomía rectal por vía transanal mediante grapado con PPH es, en nuestra experiencia, una buena opción terapéutica para solucionar el rectocele.

8 NOVIEMBRE 2006

15.00 – 16.30

SALA JARDÍN

O-225 – O-233

O-225

¿EXISTEN ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN ANORECTAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO TRAS LA MICROCIRUGÍA TRANSANAL ENDOSCÓPICA (T.E.M.)?

L. Mora Lopez, J. Serra Aracil, P. Rebas Cladera, V. Puig Divi, M. Alcántara Moral, I. Ayguavives Garnica, J. Bombardo Junca y J. Hermoso Bosch
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La resección transanal de tumores rectales mediante la técnica de microcirugía transanal endoscópica (TEM) permite la resección transanal mediante un rectoscopio de 4 cm de diámetro de lesiones hasta unos 15 cm del margen anal.

Hipótesis: La TEM no produce alteraciones en la funcionalidad anorectal.

Objetivos: Demostrar que la realización de la TEM no produce alteraciones clínicas en la continencia.

Material y métodos: 48 pacientes intervenidos mediante TEM durante 18 meses (julio 04–enero 06).

Estudio prospectivo que incluye aquellos pacientes afectados de tumoración rectal, a los que se les realizó la exéresis vía TEM. A todos se les realizó una valoración clínica de la funcionalidad anorectal mediante la escala de Wexner y además una manometría rectal tanto de forma preoperatoria como a las tres semanas y a los cuatro meses postoperatorios.

Resultados: 19 mujeres y 28 hombres, con una edad de 69,7 años. El tiempo operatorio empleado fue de 94,68 minutos (55 – 240 minutos). Manometría: Presión basal preoperatoria: 58,37 de media (DE 28,59), en el postoperatorio inmediato: 37,76 (DE 18,44) y a los 4 meses: 50,64 (DE 21,63). Presión máxima de contracción voluntaria preoperatoria: 194,20 (DE 84,99), a las tres semanas: 156,74 (DE 93,54) y a los cuatro meses: 189,2 (DE 98,44).

El análisis estadístico entre las variables preoperatorias y a las 3 semanas es significativo para ambas presiones ($p < 0,001$ en ambos casos) normalizándose en el control manométrico a los cuatro meses ($p > 0,05$). Estas diferencias manométricas no se traducen en la clínica de los pacientes que no presentan variaciones según la escala de Wexner ($p > 0,05$ en ambos casos).

Conclusiones: La TEM produce una alteración manométrica que no se traduce en ninguna alteración clínica a la tercera semana ni al cuarto mes postoperatorios.

O-226

DETERIORO DE LA CONTINENCIA CON EL PASO DEL TIEMPO DESPUÉS DE ESFINTEROPLASTIA ANAL

M. De Miguel Velasco, H. Ortiz Hurtado, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendariz Rubio y J. Marzo Virto
Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: evaluar la continencia a largo plazo de los pacientes tratados con una esfinteroplastia anal

Pacientes y metodología: Muestra de 65 pacientes (56 mujeres, edad 18-72 años) con incontinencia fecal por rotura esfínter externo, intervenidos para realizar una esfinteroplastia anal. Causa: obstétrica 49, postquirúrgica 11, traumática 5. Estudio funcional: ecografía endoanal, manometría anorectal, latencia pudenda, EMG. La valoración de la continencia se ha realizado con dos escalas: de Parks (perfecta, fugas gases, fugas líquidos, fugas sólidos), y la de la Cleveland Clinic Florida con un rango de 0 (continencia perfecta) a 20 (máxima incontinencia). Se remitió una encuesta por correo a 35 pacientes que llevaban operados más de cinco años con un total de 26 respuestas (tasa respondedores 74%). Se han medido los resultados de continencia anal inmediatos (< 12 meses) y a largo plazo (> 5 años). También se ha valorado la continencia de acuerdo al número de años transcurridos desde la intervención.

Resultados: Inmediatos (< 12 meses): *Escala de Parks:* continencia perfecta 30%, fugas gases 35%, fugas líquidos 35%. *Escala Wexner:* media 3,4. Ninguna de las variables del estudio funcional preoperatorio ha guardado relación con los resultados. Largo plazo: (> 5 años) seguimiento medio 103 meses (60-180): *Escala de Parks:* continencia perfecta 0%, fugas gases 78%, fugas líquidos 56%, fugas sólidos 15%. *Escala Wexner:* 8. La puntuación de la escala de severidad se va incrementando progresivamente en razón del tiempo transcurrido desde la esfinteroplastia anal: un año 3,4, dos años 4,6, tres años 5,5, cuatro años 7, más de 5 años 8.

Conclusiones: la continencia anal se va deteriorando de forma progresiva desde la esfinteroplastia.

O-227

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO CON NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS

M. Miguel Velasco, H. Ortiz Hurtado, F. Oteiza Martínez, P. Armendariz Rubio, M.A. Ciga Lozano y J. Marzo Virto
Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: evaluar la neuromodulación de raíces sacras para el tratamiento del estreñimiento refractario a los tratamientos convencionales

Pacientes y metodología: Muestra: 12 pacientes (11 mujeres, edad 50,9 años) con estreñimiento según criterios Roma II, refractarios al tratamiento farmacológico o biofeedback. Estudio funcional: velocidad tránsito cólico, manometría anorrectal, test del balón, videofecografía, latencia púdenda y EMG esfínter anal. Clasificación: tránsito lento 3, obstrucción defecación 7, mixto 2. Neuromodulación: la fase de prueba se realizó con electrodo monopolar (PNE) en S4 durante dos semanas (anchura pulso 210 μ seg, frecuencia 15 Hz); se realizó implante definitivo con electrodo tetrapolar (TIME LEAD) y generador INTERSTIN con los mismos parámetros eléctricos, si la respuesta a la terapia era buena. Estudio de calidad de vida: se ha usado el cuestionario SF-36 valorado antes y a los seis meses del implante definitivo.

Resultados: Complicaciones: rotura electrodo en un paciente durante su implante en la fase de prueba, sin secuelas tras seis meses de seguimiento. Fase estimulación en quirófano: Hubo respuesta sensitiva en todos (2,45 V), y respuesta motora en 9 (2,72 V). Fase de prueba: cuatro pacientes tuvieron buena respuesta (36,7%) (3 por obstrucción defecación, 1 mixto), 2 respuesta regular y 5 no respondieron. Se realizó segunda prueba en los dos casos de respuesta regular, con malos resultados en ambos. Ninguna de las variables del estudio funcional, ni las eléctricas de la prueba se han relacionado con la respuesta. Implante definitivo: cuatro pacientes con un rango de seguimiento de 6-36 meses. Resultado funcional: bueno en tres consiguiendo un ritmo defecatorio diario, desaparición de los síntomas acompañantes (dolor y distensión abdominal) y recuperación de la sensación de llenado rectal. Dos han dejado de usar laxantes y/o enemas y en el otro se ha reducido la dosis un 80%. En el cuarto se realizaron varias reprogramaciones con mal resultado por lo que se decidió su explante a los seis meses. Estudio calidad de vida: en todas las escalas (menos rol emocional) han aumentado las puntuaciones tras el implante definitivo: Función física 51,7 vs 68,4, Rol físico 33,3 vs 66,7, Dolor 42,7 vs 64,7, Salud general 44,0 vs 70,7, Vitalidad 53,3 vs 68,3, Función social 58,3 vs 83,4, Rol emocional 66,7 vs 66,7, Salud mental 58,7 vs 77,4.

Conclusiones: la neuromodulación de raíces sacras puede ser una alternativa para el tratamiento de pacientes con estreñimiento.

O-228

NEUROMODULACIÓN SACRA EN LA INCONTINENCIA ANAL

F. García-Moreno Nisa, J.M. Molina Villar, M. Devesa Múgica, A. Rey Ibarra, J. Die Trill y P. López Hervás
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La incontinencia anal y urinaria con esfínteres anatómicamente intactos es un problema que afecta a un porcentaje significativo de las mujeres, especialmente multiparas. La técnica de NMS es un procedimiento incruento cuya eficacia ya ha sido demostrada en el tratamiento de esta patología. Se presentan los resultados de una serie personal. **Material y métodos:** entre 2001 y 2006 se han implantado 18 mujeres (edad media 68 años; rango 48-78) de 31 pacientes testados. Las causas de incontinencia fueron: neuropática (8), idiopática (9) y traumática (1), siendo mixta (anal y urinaria) en 9 pacientes. Dos pacientes con test positivo eludieron el implante. Las pacientes fueron evaluadas clínicamente objetivándose los resultados mediante la puntuación de Jorge-Wexner (0= continencia normal, 20= máxima incontinencia). También se evaluó la calidad de vida (CCV) pre y post-implante (Rockwood)

Resultados: Entre las 11 pacientes con test negativo hubo 1 con espina bífida y mielomeningocele, 1 con información previa errónea y 1 desestimada por salirse el electrodo de prueba 2 veces. Todas las pacientes implantadas y las 2 con el test positivo no implantado recuperaron parcial o totalmente la incontinencia anal y urinaria.

1.- Puntuación de incontinencia: Pre-implante: 15,41 (rango 9-20), Post-implante 2,3 (rango 0-4).

2.- CCV.- Mejora significativa en las 4 subescalas.

Respecto a las complicaciones, no hubo ningún caso de infección, una paciente presentó dolor en la zona del implante y otra parestesias y dolor en el miembro inferior. **Conclusiones:** 1.- La NMS es un procedimiento altamente eficaz en el tratamiento de la incontinencia anal y urinaria con mejoría significativa o total en el 100% de los pacientes con test previo positivo.

2.- Es una técnica incruenta con un 0% de mortalidad y morbilidad mínima que se puede resolver con procedimientos sencillos.

3.- La ausencia de infecciones en nuestra serie puede estar relacionada con un estricto protocolo de antibioterapia y el implante precoz en los test positivos.

4.- el criterio de selección de los pacientes es trascendental para optimizar el número de test positivos.

O-229

CALIDAD DE VIDA E INCONTINENCIA ANAL TRATADA MEDIANTE ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS

A. Muñoz Duyos, A. Navarro Luna, J.A. Pando López, M. García Domingo, S. Sánchez Cabús y C. Marco Molina
Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Objetivo: Evaluación prospectiva de la calidad de vida de los pacientes con incontinencia fecal tratados mediante estimulación de raíces sacras (SNS).

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con IF de más de 1 episodio semanal de incontinencia, y esfínter anal externo normal por ecografía, en los que el tratamiento médico y biofeedback habían fallado. El seguimiento (1, 3, 6, 12 meses y anualmente) incluyó diario de incontinencia (21 días) y manometría. La calidad de vida se estudió mediante la versión española del test específico para incontinencia fecal de la ASCRS que contiene cuatro escalas de cuatro niveles, de 1 (pobre) a 5 (perfecto); y mediante el test SF-36. Los valores descriptivos se expresan en forma de mediana y rango. El análisis comparativo se ha realizado mediante el estudio t-Student para datos apareados.

Resultados: Desde Junio de 1999 se han implantado 28 pacientes de 60 años de edad (34-79), e incontinencia basal de 6,6 episodios/semana (1,3-59,6). Seguimiento: 34 meses (2,3-81,2). A los doce meses de seguimiento se evidenció una reducción del número de episodios de incontinencia del 74,9% ($p < 0,001$), y del 89,3% ($p < 0,001$) a los tres años. En el último seguimiento 48,2% de los pacientes se mantienen completamente continentes (remisión completa). La calidad de vida basal según el test ASCRS mejoró significativamente en todas las escalas al tercer mes: "Estilo de vida" (2,1 vs 3,8; $p = 0,005$), "Comportamiento-adaptación" (1,9 vs 3,4; $p = 0,0005$), "Depresión-autopercepción" (2,4/3,37; $p = 0,003$) y "Vergüenza" (2,1/3,4; $p = 0,01$), manteniéndose los resultados a los tres años de seguimiento. Respecto al test SF-36 solamente se ha objetivado mejoría significativa en las dimensiones: rol físico, y funcionalidad física.

Conclusiones: La SNS es eficaz en la mejoría de los pacientes con incontinencia fecal y se asocia a una mejoría significativa en su calidad de vida, reflejada en el cuestionario específico para pacientes con incontinencia fecal (test ASCRS).

O-230

LA ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS PROVOCA ESTIMULACIÓN AFERENTE. ESTUDIO DE LOS POTENCIALES EVOCADOS SOMESTÉSICOS

A. Muñoz Duyos¹, J. Monero Homs², A. Navarro Luna¹, J.A. Pando López¹, M. García Domingo¹, S. Sánchez Cabús¹ y C. Marco Molina¹

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa¹, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat².

Objetivos: Estudio del potencial evocado somestésico desde la raíz sacra estimulada a través del electrodo percutáneo, y la respuesta a la prueba de estimulación provisional percutánea (PNE).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con incontinencia fecal (IF) a sólidos con ≥ 1 episodio semanal y esfínter anal externo (EAE) normal (intacto o reparado). El análisis de los potenciales evocados somestésicos se realizó el último día del PNE, con el electrodo de prueba, aplicando una media de 1000 estímulos de bajo voltaje, y recogiendo la respuesta en forma de potencial evocado mediante electrodos cutáneos situados en la zona craneal interparietal anterior. El PNE se consideró efectivo en caso de reducirse en más de un 50% los episodios de IF. Los valores descriptivos se expresan en forma de mediana y rango.

Resultados: Desde 11/2002 hasta 11/2004 se han realizado 14 estudios neurofisiológicos en 14 mujeres con incontinencia de 61,0 meses de evolución (20-240) y con una edad de 61 años (49-72). La incontinencia basal era de 3,9 (0-13) episodios de incontinencia de urgencia semanales, y 1,75 (0-6) episodios de incontinencia pasiva. De los 14 pacientes testados 10 respondieron al PNE, con una reducción media del 85,4% de los episodios de incontinencia de urgencia y del 77,7% de los episodios de incontinencia pasiva. La distribución de raíces estimuladas fue de: 9 electrodos en S3 (4 S3 derecha, y 5 S3 izquierda), y 5 electrodos en S4 (1 S4 derecha, 4 S4 izquierda). Se ha evidenciado respuesta en forma de potencial evocado somestésico en 12/14 casos (85,7%) (8 S3 y 4 S4), siendo éste de una latencia de 17,65 milisegundos (8,2-49). Una de las pacientes en las que no se obtuvo respuesta en forma de potencial evocado somestésico respondió al PNE y la otra no.

Conclusión: Este estudio confirma que la terapia de estimulación de raíces sacras provoca una respuesta aferente, puesto que se ha obtenido potencial evocado somestésico en la mayoría de las pacientes. La ausencia de potencial evocado somestésico no se ha relacionado con la respuesta clínica al PNE en nuestra serie.

O-231

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS MEDIANTE INTERSTIM® EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL EN ESPAÑA

A. Muñoz Duyos¹, A. Navarro Luna¹, M. Brosa³, J.M. Rodríguez⁴, D. Serrano⁴ y R. Gisbert²

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa¹, Universitat de Vic², ObLique Consulting, S.L., Barcelona³, Medtronic Ibérica, S.A., Madrid⁴.

Objetivo: 1.- Evaluar el coste-efectividad de la estimulación de raíces sacras con Interstim® en el tratamiento de la incontinencia fecal considerando dos escenarios terapéuticos teóricos: con y sin estimulación de raíces sacras. 2.- Estimar el impacto económico potencial de su progresiva introducción en España.

Métodos: Se ha desarrollado un modelo analítico de decisión, representando los posibles patrones clínicos para cada uno de los escenarios, así como sus implicaciones económicas a medio-largo plazo, mediante un modelo de Markov. Los datos clínicos se han extraído de la literatura y validado por dos coloproctólogos especialmente dedicados a la incontinencia fecal. La efectividad se ha medido mediante QALYs y también mediante años libres de síntomas. Las ventas de Interstim® junto con los valores de prevalencia de la literatura se han utilizado para calcular el número potencial de pacientes que pueden ser tributarios de la terapia en los próximos años.

Resultados: La introducción de la estimulación de raíces sacras en el algoritmo terapéutico de la incontinencia fecal se ha asociado con un coste-efectividad de 16.181 por QALY ganado para los pacientes con esfínter anal intacto, y de 22.195 € por QALY ganado en los pacientes con esfínter anal reparado mediante esfinteroplastia. La progresiva introducción de la terapia en 75 a 100 pacientes/año tendrá un impacto económico del 0,2 al 0,3% de incremento de los costes globales de los pacientes con incontinencia fecal.

Conclusiones: La introducción de la estimulación de raíces sacras, tanto en pacientes con esfínter anal íntegro como reparado, resulta una medida eficiente, con un coste-efectividad por debajo del límite aceptado en España (30.000 €/QALY), con un incremento relativamente bajo del coste para el Sistema Nacional de Salud Español.

O-232

¿QUÉ GRADO DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA FECAL AFECTA LA CALIDAD DE VIDA?

M. De Miguel Velasco, P. Armendariz Rubio, H. Ortiz Hurtado, M.A. Ciga Lozano, F. Oteiza Martínez y J. Marzo Virto

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: Establecer que grado de severidad de incontinencia fecal afecta la calidad de vida de los pacientes

Pacientes y metodología: Muestra consecutiva de 91 pacientes con incontinencia fecal (edad media 53,93 años, mujeres 78), sin antece-

dentes psiquiátricos. La calidad de vida se ha evaluado con el cuestionario psicométrico GHQ-28; se ha definido como afectados, aquellos con puntuaciones > 5 de acuerdo a su validación en lengua española. La severidad de la incontinencia se ha medido con la escala de la Cleveland Clinic Florida (rango: continencia perfecta 0, máxima incontinencia 20). Se ha calculado la sensibilidad, especificidad, para cada uno de los valores de la escala de incontinencia, y se ha trazado la curva ROC para establecer el punto de corte de mayor afectación de la calidad de vida.

Resultados: 33 (36,27%) tenían puntuaciones patológicas del cuestionario GHQ-28, y se han definido como afectados en su calidad de vida por causa de su incontinencia fecal. A una mayor severidad en la escala de incontinencia corresponde una mayor puntuación en la escala GHQ-28, con una correlación significativa $p < 0,001$. La media de puntuación de severidad de la incontinencia en el grupo de afectados en su calidad de vida ha sido significativamente mayor que en el grupo definido como no afectados: 12,78 (DS 4,94) vs 8,91 (DS 4,61) ($p < 0,001$). En la curva ROC el punto de corte que afecta más la calidad de vida ha sido el nivel de 9 puntos en la escala de severidad de la incontinencia, con una sensibilidad de 0,79, y una especificidad de 0,60. Para un punto de corte de 10 puntos la sensibilidad es de 0,76 y la especificidad de 0,65.

Conclusiones: Una puntuación en la escala de severidad superior a 9 puntos, sería el punto de corte a partir del cual la incontinencia fecal afecta la calidad de vida.

O-233

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL CON NEUROMODULACIÓN RAÍCES SACRAS

M. De Miguel Velasco, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendariz Rubio, H. Ortiz Hurtado y J. Marzo Virto

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: evaluar los resultados de la neuromodulación de raíces sacras para el tratamiento de la incontinencia fecal

Pacientes y metodología: Muestra de 30 pacientes (25 mujeres) (edad: rango 29-80 años), con incontinencia fecal, que no han respondido a otras opciones de tratamiento. Causas: idiopática 23, postesfinteroplastia 2, síndrome resección anterior baja 2, prolapso rectal operado 1, contusión medular 1, lesión esfínter externo 1. Estudio funcional: manometría anorrectal, latencia motora pudenda, EMG esfínter anal y ecografía endoanal. Continencia: escala Wexner. Cuestionario calidad de vida FIQL previo y a los doce meses del implante definitivo. La fase de prueba se realizó durante dos semanas con electrodo monopolar (PNE) implantado en S3 ó S4 según respuesta aguda en quirófano (anchura pulso 210 µseg, frecuencia 25 Hz). Si resultado favorable (reducción de escapes > 50%) se realizó implante definitivo con electrodo tetrapolar (TINED-LEAD) y generador INTERSTIM con los mismos parámetros eléctricos.

Resultados: Complicaciones: prueba no válida por desplazamiento accidental del electrodo en dos pacientes (en un caso se realizó una nueva prueba, otro pendiente nueva prueba). Fase estimulación en quirófano: Hubo respuesta sensitiva en todos (2,27 V) y respuesta motora en 26 (2,43 V). Se dejó electrodo en S3 en 25 y en S4 en 5. Fase prueba: bueno 20 de 29 pruebas válidas (68,3%), regular 3 y malo 6. En seis casos (2 con mala respuesta, 2 con respuesta regular, y 2 con buena respuesta), se realizó una segunda prueba con resultados malos en 4 y buenos en los dos que también en la primera habían sido buenos. Ninguna de las variables del estudio funcional, ni eléctricas de la prueba, se han relacionado con la respuesta. Implantes definitivos: 17 (3 rechazaron implante); evaluados 15 (2 pérdidas: un éxito por neoplasia gástrica, uno por no volver a revisiones). Seguimiento medio 15 meses (1-43). Tres pacientes han requerido reprogramaciones de la polaridad del electrodo. Continencia: Wexner 6 (previo 17, $p < 0,05$). Estudio calidad de vida: Mejoría significativa ($p < 0,05$) de las puntuaciones en las cuatro escalas del FIQL: estilo vida 3,31 (previo 1,62), comportamiento 2,58 (previo 1,4), depresión 3,29 (previo 2,13), vergüenza 3,38 (previo 1,74).

Conclusiones: la neuromodulación de raíces sacras es una buena opción terapéutica para la incontinencia fecal que no ha respondido a otros tratamientos, al mejorar la continencia y la calidad de vida de los pacientes

8 NOVIEMBRE 2006
17.00 – 18.30SALA JARDÍN
O-234 – O-242**O-234****RESULTADOS DE LA ANOPEXIA GRAPADA DE LONGO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DE LAS HEMORROIDES GRADO III-IV**

A. García Fadrique, C. Zaragoza, M. Bruna Esteban, S. Castaño, R. Villalba y C. Redondo Cano

*Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.***Objetivo:** Evaluación prospectiva de los resultados de la anupexia grapada, en el tratamiento de las hemorroides grado III-IV sintomáticas en régimen ambulatorio.**Material y método:** Estudio prospectivo de 85 pacientes afectos de hemorroides grado III-IV, tratados de forma ambulatoria mediante la técnica de anopexia grapada con PPH01 en el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital General Universitario de Valencia, entre junio de 2001 y diciembre de 2005. Se incluyeron a aquellos pacientes con hemorroides grado III-IV sintomáticas, ASA I, II y III bien compensado y que cumplieron los criterios de selección para cirugía ambulatoria: aceptación voluntaria y por escrito del método ambulatorio; vehículo; un adulto responsable que acompañe al paciente; domicilio con teléfono, ascensor y condiciones básicas de higiene.**Resultados:** El 39% fueron mujeres y el 61% hombres, con una media de edad de 47,6 años. El 64,7% fue ASA I y el 35,3% ASA II. El 85,9% presentó hemorroides grado IV, y el 14,1% grado III. El tiempo medio quirúrgico fue de $29,81 \pm 12$ minutos y el tiempo medio de estancia hospitalaria de $168,88 \pm 88$ minutos. Intraoperatoriamente se presentaron 16 hemorragias de la línea de grapado (18,8%), 5 hemorragias por desgarro mucoso (5,9%), y una sección incompleta del anillo mucoso (1,2%). Durante los 8 primeros días la complicación más frecuente fue el dolor (45,9%) siendo controlable con analgesia no opiode y sólo en 6 (7,1%) se requirió analgesia con opiáceos, debiendo ingresar 1 paciente durante 24 horas. El sangrado estuvo presente en 10 pacientes (11,8%), 5 de ellos refirieron un sangrado leve con la defecación que cedió espontáneamente, requiriendo los otros 5 ingreso tras revisión quirúrgica, siendo dados de alta en 24 horas. Dos pacientes presentaron molestias urinarias que no requirieron sondaje y otros dos cierto grado de estenosis por edema de la mucosa. Ingresaron 9 pacientes (10,6%), 3 por hemorragia intraoperatoria, 5 por hemorragia postoperatoria y 1 por dolor. En 7 pacientes (8,2%) fue necesaria una nueva intervención: la exéresis de un nódulo residual en 4 y una nueva anupexia en 3.**Conclusiones:** La anupexia grapada es un procedimiento aplicable en régimen ambulatorio. Aunque es un procedimiento técnicamente sencillo y con una curva de aprendizaje corta, no está exento de complicaciones. Una adecuada selección de los pacientes, una correcta información pre y postoperatoria y un seguimiento estricto, son indispensables para el manejo ambulatorio de esta patología.**O-235****FISTULECTOMÍA Y CIERRE PRIMARIO EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL**J.A. Romero González¹, L. Albaina Latorre², E. Rodríguez Martínez², J.I. Rivas Polo², F. Bahamonde Calvelo², M.I. Mella García² y J. Machuca Santa Cruz²*Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña¹, Complejo hospitalario universitario "Juan Canalejo"².***Objetivos:** 1- Determinar la eficacia de la Fistulectomía y cierre primario en el tratamiento de la Fístula Perianal, en un estudio preliminar, en régimen ambulatorio o de corta estancia. 2- Analizar el porcentaje de infección de herida y su relación con la recurrencia de la enfermedad. 3- Evaluar el índice de recidiva de la Fístula con este método de tratamiento. 4- Establecer el porcentaje y grado de incontinencia anal postoperatoria. 5- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes como indicador de calidad asistencial.**Material y métodos:** Estudiamos a 78 pacientes con Fístula Perianal crónica, operados entre octubre de 2003 y diciembre de 2005. Se incluye al 100% en un protocolo de actuación que abarca preparación intestinal, pro-

filaxis antibiótica y uso de igual material de sutura, entre otros, como parte de un estudio prospectivo. Todos los enfermos fueron intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria o de Corta Estancia y se les realizó Fistulectomía con cierre primario de la herida quirúrgica, incluyendo orificios interno y externo, con o sin colgajo de avance muco-mucoso o muco-cutáneo anal. La técnica fue efectuada por un mismo equipo quirúrgico.

Resultados: De los 78 pacientes operados, más del 80% se fue de alta antes de las 12 horas postoperatorias. El índice de infección de herida quirúrgica fue del 23,6%, clasificado en casi todos los casos como leve, que resolvió con drenaje simple sin métodos cruentos y que no incidió significativamente en la curación o recidiva del total de enfermos. La recurrencia se situó en un 9,2% (7 pacientes), que precisaron segunda intervención, de los cuales sólo 2 recidivaron por segunda vez. Sólo 1 paciente tiene episodio de incontinencia anal postoperatoria, leve, (1,31%), que consideramos un excelente resultado, lo cual a nuestro criterio guarda relación con la técnica empleada ($p < 0,05$), si bien algunos muestran hipotonía esfinteriana en el examen rectal. El grado de satisfacción con los resultados obtenidos fue de "muy bueno" o "excelente" en más del 90%.**Conclusiones:** Dentro de los métodos de tratamiento de la Fístula Perianal crónica, la Fistulectomía con cierre primario de la herida quirúrgica es un método eficaz, quizás con menos índice de recidiva, con excelente resultado de continencia anal y con un alto grado de satisfacción por parte de los enfermos, siempre que se realice con un protocolo único de actuación y por un equipo quirúrgico experimentado, pudiendo llevarse a cabo con éxito en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria o de Corta Estancia.**O-236****INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EVOLUCIÓN DE LA FISURA ANAL CRÓNICA**

M. Ramírez Faraco, J. Gil, J. Luján, G. Valero, Q. Hernández, M.D. Frutos, B. Abellán, J. Castañer, D. Ruiz De Angulo, A. García y P. Parrilla

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.***Objetivos:** Analizar la influencia del sexo en la evolución de la fisura anal.**Material y métodos:** Se estudian 372 fisuras anales crónicas en 282 pacientes, 151 en varones (41%) y 221 en mujeres (59%) con una edad media de $46 \pm 13,92$ años (14-85). Son tratados de su fisura de ano con tratamientos convencionales de nitroglicerina (NTG)- 173 pacientes (85 varones y 88 mujeres), Diltiazem (DTZ)- 75 pacientes (28 varones y 47 mujeres) y Toxina Botulínica (TOX)- 124 pacientes (38 varones y 86 mujeres), además de otros tratamientos complementarios con analgesia, dieta rica en fibra, medidas higiénico-dietéticas y relajantes musculares. Se analizan tasas de curación, cumplimiento e incidencia de los partos sobre la curación.**Resultados:** El varón cura mejor globalmente que la mujer (en los 3 grupos) con tratamientos convencionales ($p = 0,008$), independientemente del nivel de cumplimiento del tratamiento (varones = 72% y mujeres = 67%). Los varones curan mejor con NTG ($p = 0,038$) y las mujeres son poco sensibles al tratamiento con DTZ ($p = 0,032$). En el tratamiento con TOX no es significativo el sexo. El número de partos vaginales no incide sobre la evolución de la fisura ($p = 0,621$), así como los partos instrumentados (forceps o ventosa) ($N = 13$), los niños mayores de 3 Kgs ($N = 35$), el desgarro durante el parto ($N = 7$), o más de una complicación ($N = 13$).**Conclusiones:** El tratamiento tópico con DTZ no parece eficaz para la mujer, mientras que el tratamiento con NTG lo es para los varones. El tratamiento con TOX no tiene relación con el sexo. Los antecedentes obstétricos son poco importantes para la curación de la fisura.**O-237****IMPACTO DE LA ESFINTEROTOMÍA SOBRE LA INCONTINENCIA Y LA CALIDAD DE VIDA A LARGO PLAZO**F. Oteiza Martínez, J. Marzo Virto, M.A. Ciga Lozano, P. Armendáriz Rubio, C. Garde Lecumberri, M. De Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado
*Hospital Virgen del Camino, Pamplona.***Objetivo:** La esfinterotomía lateral interna (ELI) es considerada la técnica ideal en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal. En estudios realizados a corto plazo se ha visto que la ELI mejora la calidad de vida en los pacientes con fisura anal aunque produce deterioro leve de la conti-

nencia fecal. El objetivo de este estudio ha sido analizar la continencia y la calidad de vida en estos pacientes a largo plazo.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo de 109 pacientes a los que se les realizó ELI por fisura anal de octubre de 2001 a junio de 2003. La continencia fecal se evaluó con la escala de la Cleveland Clinic y la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 antes de la cirugía, a los 6 meses de la intervención y en diciembre de 2005. La comparación estadística se realizó mediante un test de Wilcoxon para datos pareados.

Resultados: La mediana y rango intercuartil han sido de 0 (3) en el preoperatorio, 0 (4) a los 6 meses y 0 (4) en diciembre del 2005. Las puntuaciones en el seguimiento fueron diferentes a los del preoperatorio, $p < 0,001$ a los 6 meses y $p = 0,002$ en diciembre del 2005. En el seguimiento a largo plazo aumenta el número de pacientes con incontinencia a heces sólidas (1,1% vs 7,6%, $p = 0,048$).

Las puntuaciones en todas las escalas del cuestionario SF-36 realizadas después de la operación, a los 6 meses y en el estudio reciente, fueron más altas que las del cuestionario realizado antes de la operación.

Conclusión. El deterioro de la continencia después de la ELI puede agravarse con el paso del tiempo. No encontramos evidencia de que esta complicación altere la calidad de vida del paciente.

O-238

¿ES ÚTIL LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA EN EL POSTOPERATORIO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES TRATADAS MEDIANTE FISTULECTOMÍA Y COLGAJO DE AVANCE, PARA PREVENIR RECURRENCIAS?

J. Marzo Virto, F. Oteiza Martínez, P. Armendáriz Rubio, M.A. Ciga Lozano, C. Garde Lecumberri, M. De Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: Diferir la defecación mediante la restricción alimentaria en el postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos por fístula perianal mediante fistulectomía y colgajo de avance es un tema controvertido. El objetivo de este estudio ha sido valorar si iniciar la alimentación oral el mismo día de la intervención aumenta la tasa de recidiva en estos pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo aleatorio controlado por observador independiente, en el que se han incluido 97 pacientes diagnosticados de fístulas transesfinterianas altas y supraesfinterianas, intervenidos de forma consecutiva. A todos ellos se les practicó una fistulectomía con colgajo de avance. Los pacientes fueron aleatorizados a dos tipos de cuidado postoperatorio. En el grupo control ($n = 48$) los pacientes permanecieron en dieta absoluta con una solución de aminoácidos por vía parenteral durante 5 días. En el grupo de estudio ($n = 49$) los pacientes restablecieron la ingesta oral el mismo día de la operación. Los pacientes fueron revisados a los dos años de la intervención por un observador independiente para evaluar la presencia de recidiva. Se consideró que un paciente tenía una recidiva cuando había presentado en este periodo de tiempo una fístula o un proceso supurativo anal. La comparación estadística se realizó mediante el test exacto de Fisher para dos colas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Recidivaron 19 de los 97 pacientes operados (19,5%), 8 en el grupo control (16,6%) y 11 en el grupo de estudio (22,4%) (Fisher exacto 0,610, pNS).

Conclusión: Según los resultados de este estudio, la restricción alimentaria en el postoperatorio de las fístulas perianales tratadas con fistulectomía y colgajo de avance, no modifica la tasa de recidivas.

O-239

¿CUÁNTO TIEMPO HAN DE SEGUIRSE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE FÍSTULA PERIANAL PARA CONSIDERAR CORRECTA LA TASA DE RECIDIVA?

J. Marzo Virto, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendáriz Rubio, C. Garde Lecumberri, M. De Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: El tiempo que deben ser seguidos los pacientes intervenidos por fístula perianal para conocer la tasa de recidiva es desconocido. El objetivo de este trabajo ha sido intentar determinar este tiempo.

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre 247 pacientes (191 hombres, 56 mujeres, edad media de 50,2 años) intervenidos de forma consecutiva por fístula perianal. De ellos, 21 presentaban fístulas subcutáneas, 85 interesfinterianas, 122 transesfinterianas, 17 supraesfinterianas y 2 fueron no clasificables. En 198 pacientes las fístulas presentaban un único trayecto y en 49 existían trayectos accesorios. Se consideraron fístulas sencillas (subcutáneas, interesfinterianas y transesfinterianas bajas) 106 casos, y complejas (transesfinterianas medias y altas y supraesfinterianas) 141. Tras la intervención todos los pacientes han sido revisados periódicamente en consulta. El seguimiento medio ha sido de 40 meses (mínimo 13, máximo 60). Se consideró que un paciente tenía recidiva cuando en la revisión presentaba nuevamente fístula o refería un proceso supurativo anal.

Resultados: En el seguimiento se han registrado 23 casos de recidiva (9,3%). La tasa de recidiva ha sido significativamente mayor en las fístulas complejas (14,9% vs 1,9%; Log Rank Test = 12,05, $p = 0,0005$) y en aquellas que presentaban trayectos accesorios (20,4% vs 6,5%; Log Rank Test = 8,89, $p = 0,0029$), pero independientemente del tipo de fístula y de la presencia o no de otros trayectos, todas las recidivas se han presentado en el primer año de seguimiento.

Conclusión: Las recidivas de las fístulas perianales intervenidas quirúrgicamente se producen en el primer año tras la cirugía. La tasa de recidiva tras un año de seguimiento puede considerarse por tanto adecuada.

O-240

¿EXISTE UN TRATAMIENTO MEDICO DE ELECCIÓN PARA LA FISURA ANAL CRÓNICA (FAC)?

A.J. Martín Arevalo¹, F. Morera Ocon¹, F. Ripoll Orts¹, M. García-Granero Ximenez¹, J.J. Millán Tarín¹, J. García Mingo¹, J.C. Bernal Sprekelsen¹ y F. Checa Ayet²

Hospital General de Requena, Requena¹, Hospital de Sagunto, Sagunto².

Objetivo: comparar el efecto terapéutico de distintas sustancias médicas (Nitroglicerina al 0,2%, 0,3% y Diltiazem al 2%) como primera opción para la fisura anal crónica.

Pacientes y métodos: Análisis prospectivo de los resultados del tratamiento médico mediante crema de nitroglicerina 0,2% y 0,3% y gel de diltiazem 2% de la fisura anal crónica.

Se incluyeron a todos los pacientes con el diagnóstico de fisura anal crónica entre enero'99 y diciembre'04 y se les administró de forma no aleatorizada gel de diltiazem al 2% o crema de nitroglicerina al 0,2% ó al 0,3%. El tratamiento consistió en la administración tres veces al día. Los pacientes fueron revisados tras cuatro semanas de tratamiento y si en el momento de la revisión éstos referían mejoría significativa se continuaba el tratamiento hasta un máximo de 12 semanas, y en caso contrario se les ofrecía la realización de esfinterotomía lateral interna en régimen ambulatorio. También se registró la incidencia de complicaciones asociadas al tratamiento como cefaleas, rash cutáneos, depresión, edema, cuadros vagales o incontinencia. Los pacientes que respondieron favorablemente al tratamiento fueron revisados a los tres meses y al año. Las pruebas estadísticas se limitaron a la comparación entre grupos mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: El número total de pacientes fue 110 (49 hombres/61 mujeres) con una edad mediana de 46 años para los hombres y 44 para las mujeres. Las fisuras fueron posteriores en todos los casos salvo en dos mujeres. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad y sexo de los pacientes. Los resultados del tratamiento en cada uno de los grupos fueron los siguientes:

	Éxito Tratamiento	Fracaso Tratamiento
Crema Nitroglicerina 0,2%	17 (51,5%)	16 (48,5%)
Crema Nitroglicerina 0,3%	25 (56,8%)	19 (43,2%)
Gel diltiazem 2%	26 (78,8%)	7 (21,2%)

Hubo cuatro casos tratados con crema de nitroglicerina que recidivaron pasados tres meses del tratamiento y posteriormente serían retratados con gel de diltiazem con buenos resultados en todos los pacientes. Las diferencias entre los grupos de nitroglicerina 0,2% y 0,3% con respecto al de gel de diltiazem 2% tuvieron significación estadística ($p = 0,011$ [$\chi^2 = 6,548$] y $p = 0,034$ [$\chi^2 = 6,879$] respectivamente). Los efectos secundarios observados fueron más frecuentes en el grupo de NG (60%

cefaleas y 0,02% hipotensión). En el grupo del gel de diltiazem apareció un caso de hipotensión y dos de dermatitis.

Conclusiones: El gel de diltiazem al 2% debería ser considerado como una parte fundamental del tratamiento inicial de la fisura anal crónica, ya que consigue una curación de al menos el 78,8% de los pacientes, comparativamente superior a la crema de nitroglicerina al 0,2% ó 0,3% que consigue entre un 51,5-56,8% de éxitos, con un menor riesgo de complicaciones menores.

O-241

FISTULOTOMÍA CON ESFINTERORRAFIA PRIMARIA VERSUS FISTULECTOMÍA CON COLGAJO DE AVANCE RECTAL

D. Moro Valdezate, G. Alcalá García del Río, V. Pla Martí, M.D. Ruiz Carmona, J. García Armengol, A. Solana Bueno, R. Alós Company, J.V. Roig Vila y F. Checa Ayet

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: las fístulas anales complejas suelen estar producidas por enfermedades, como la de Crohn, y tienden a recidivar más que las de origen criptoglandular. Consideramos fístulas anales complejas aquellas que presentan trayectos secundarios, las fístulas recidivadas y las que aparecen después de operaciones realizadas para tratar la incontinencia. La fistulotomía con reparación esfintérica primaria es una práctica poco habitual en su tratamiento y sobre la que existen escasas referencias bibliográficas. En nuestro centro se ha realizado durante años esta técnica con resultados satisfactorios. Nuestro objetivo es comparar esta intervención para tratamiento de la fístula anal con otra más difundida y bien establecida como es la fistulectomía con colgajo de avance rectal.

Material y métodos: en los últimos 6 años hemos intervenido a 43 pacientes (46,8 ± 12,7 años) por fístula anal compleja, realizando fistulectomía o fistulotomía asociada a esfinterorrafia primaria en 21 pacientes (Grupo A) y fistulectomía tipo "core-out" con colgajo de avance rectal en 22 (Grupo B). Hemos realizado un estudio transversal para comparar ambos grupos en relación a diferentes aspectos: atención sanitaria mediante cuestionario diseñado al respecto, supuración, gravedad de incontinencia mediante escala de Wexner modificada y calidad de vida utilizando el cuestionario FIQL.

Resultados: obtenemos unos resultados superiores a 9 sobre 10 en las escalas sobre información de la enfermedad, atención sanitaria y recomendación del hospital, independientemente del grupo de pacientes. No presentan supuración anal por recidiva o defecto de curación el 76 y 82% de los grupos A y B, respectivamente. Sin embargo, debido a la presencia de complicaciones, sólo se consideran curados de su fístula el 62% del grupo A y el 73% del grupo B, pero sin existir diferencias significativas. Al valorar la incontinencia mediante la escala de Wexner obtenemos unos valores de 5,5 (grupo A) y 4,4 (grupo B), también sin diferencias significativas. Ambos grupos presentan similar frecuencia evacuatoria, esfuerzo defecatorio y consistencia de las heces. Al estudiar la calidad de vida no encontramos diferencias entre los dos grupos en ninguna de sus áreas evaluadas, de 1 (peor estado) a 5 (mejor estado): estilo de vida 3,9 (A y B), conducta 3,4 (A) y 3,6 (B), depresión 4 (A) y 4,1 (B) o vergüenza 3,5 (A) y 3,7 (B).

Conclusiones: todos los pacientes se consideran bien informados sobre la enfermedad y piensan que el hospital les ofrece buena atención. Ambas técnicas presentan un bajo porcentaje de recidiva e incontinencia y muy buena calidad de vida por lo que cualquiera de ellas puede ser recomendada para el tratamiento de las fístulas complejas.

O-242

INCIDENCIA DE LA FÍSTULA PERIANAL EN LA UNIÓN EUROPEA

I. Pascual, C. Zanotti, C. Martínez Puente, M. Pascual, D. Herreros y D. García Olmo

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La fístula perianal es una entidad bien conocida, y en ocasiones temida, por el cirujano general. A pesar de ser una patología de diagnóstico y tratamiento frecuente en un Servicio de Cirugía su incidencia real en la población general no se ha determinado. La única

aproximación encontrada la sitúa en 0,86 casos por 10.000 habitantes en Helsinki, dato publicado por P. Sainio en 1984.

Nuestro objetivo ha sido estimar la incidencia de la fístula perianal en países de la Unión Europea.

Material y métodos: Se consultaron las bases de datos de los hospitales de cuatro países de la Unión Europea: Inglaterra (HES, Hospital Episodes Statistics), Alemania (Health Statistics, Federal Statistics Office), Italia (Health Statistics of the Italian Ministry of Health) y España (INSALUD).

Se extrajeron los casos de fístula perianal en un año. En Inglaterra (año 2004) y en Alemania (año 2002) codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10): K60,3 (Fístula anal), K60,4 (Fístula rectal) y K60,5 (Fístula anorrectal) y en Italia (año 2002) y España (año 2001) según la CIE-9: 565,1 (Fístula anal).

La incidencia de fístula perianal se definió como número de casos diagnosticados por año en 10.000 habitantes.

Resultados: La incidencia encontrada en los diferentes países por 10.000 habitantes/año fue la siguiente: Inglaterra 1,84, Alemania 2,02, Italia 2,32 y España 1,04.

El intervalo estimado fue de 1,2 a 2,8 casos/10.000 habitantes/año.

Conclusiones: Esta es la primera vez que se realiza un estudio epidemiológico sobre la fístula perianal en países desarrollados. Según los datos obtenidos la incidencia de fístula perianal en la Unión Europea oscila entre 1,2 y 2,8 casos por 10,000 habitantes y año, un dato ligeramente superior al encontrado en la literatura.

9 NOVIEMBRE 2006

15.30 – 17.00

SALA PRADO

O-252 – O-257

O-252

RESECCIÓN ANTERIOR POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER COLORECTAL

J.C. Manuel Palazuelos, J. Alonso Martín, J. Castillo, E. Martino, I. Seco y E. García Somacarrera

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivo: 1) Demostrar que la cirugía rectal se puede realizar por laparoscopia. 2) La cirugía rectal por laparoscopia no tiene mayor morbi-mortalidad que por vía laparotómica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo entre Enero 2000 y Marzo 2006 que recoge 80 pacientes (29,2% del total resecados por vía laparoscópica) afectos de cáncer de colon, a los que se practicó resección anterior por vía laparoscópica. 49 Hombres y 31 mujeres. Riesgo ASA I (19), ASA II (53) y ASA III (8). La resección anterior fue alta en 30 casos, baja en 39 y ultrabaja con anastomosis coloanal en 11. Recibieron RT+QT preoperatorio 22 pacientes y QT postoperatorio 31.

Resultados: 14 pacientes (17,5%) fueron convertidos a vía laparotómica, por dificultad en la disección rectal (4), Tumor T4 (4), perforación tumoral (1), perforación intestinal (2), no localizar el tumor (2). Los tiempos quirúrgicos para la RAA fueron de 219 minutos y para la RAB de 251. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en el 28,75% (dehiscencias 11,25% e infección de herida 10%). La mortalidad postoperatoria ha sido del 1,25%. La estancia postoperatoria de 8,65 días (34 pacientes tuvieron una estancia inferior a 8 días). La longitud del espécimen de 23,58 cm. el tamaño tumoral de 3,74 cm en número de ganglios aislados de 11,64, los márgenes libres de 4,78 cm para la RAA, de 3,36 cm para la RAB y de 2,61 para la RA ultrabaja. Los estadios tumorales fueron I (18 casos), II (29), III (24) y IV (6). No existía tumor residual después de RT en 3 pacientes.

Actualmente viven 63 pacientes libres de enfermedad con un seguimiento medio de (30 meses), han fallecido por la enfermedad 12 (15,38%).

Conclusiones: El índice de conversión ha sido alto aunque ha disminuido en los últimos 31 pacientes al 10%. La dehiscencia-fístula tiene una incidencia del 11,25% con un número de reintervenciones del 67%. Los criterios de calidad de las piezas quirúrgicas son correctos en tamaño, número de ganglios y márgenes libres.

O-253

RESULTADOS EN RESECCIONES LAPAROSCÓPICAS EN CIRUGÍA COLORECTAL TRAS COMPLETAR LA SUBESPECIALIDAD QUIRÚRGICA EN LOS ESTADOS UNIDOS

J. Lagares García², D. Klaristenfeld¹, A. Klipfel², S. Schechter², B. Person³, S. Wexner³ y M. Sherman²

Rhode Island Hospital, Providence, Estados Unidos¹, Rhode Island Colorectal Clinic, LLC, Pawtucket, Estados Unidos², Cleveland Clinic Florida, Weston, Estados Unidos³.

Introducción: Las resecciones laparoscópicas colorectales se han implementado como parte del currículum obligatorio en los programas de residencia en cirugía colorectal (RCCR) en los Estados Unidos desde hace dos años. Hasta la fecha, no existen publicaciones que comparan los resultados tras acabar la RCCR realizando cirugía por vía abierta (CVA) o vía laparoscópica (CVL).

Objetivo: Evaluación de los resultados entre CVA y CVL en cirujanos recientemente graduados de RCCR.

Material y métodos: Un cuestionario de participación fue enviado a los cirujanos que completaron una RCCR de programas acreditados por el American Board of Colon and Rectal Surgery en el año 2002. La encuesta evaluaba los primeros dos años de consulta privada o universitaria como cirujano independiente. Los datos demográficos fueron obtenidos y una comparación fue efectuada entre las CVA o CVL.

Resultados: Un total de 66 residentes completaron la RCCR entre los años 2001 y 2002. Catorce cirujanos (21%) respondieron la encuesta y un total agregado de 2326 operaciones fueron analizadas. El número medio de CVL y CVA fue de 32 y 150, respectivamente, durante el año de RCCR.

Los cirujanos habían estado como adjuntos una media de 1,8 años. Un sesenta y seis por ciento indicaron que la RCCR mejoró la destreza laparoscópica. Ocho cirujanos (66%) mantenían una base de datos computerizadas. Se realizaron un total de 623 CVL. El tiempo quirúrgico fue de 195 min. La tasa de conversión fue de 4,4%. Seis cirujanos indicaron el uso de "hand-assist devices". Hubo un total de ocho dehiscencias anastomóticas (1,2%), una mortalidad de 0,3% y una estancia hospitalaria media de 4,4 días.

Un total de 1703 CVA fueron analizadas. El tiempo medio de cirugía fue de 149 minutos. Hubo un total de 26 (1,5%) fallos anastomóticos y once defunciones (0,6%) con una media de estancia hospitalaria de 5,9 días.

Conclusiones: Los resultados en resecciones colorectales en CVL son comparables con CVA en cirujanos que han completado una RCCR al respecto de conversión, dehiscencia anastomótica y mortalidad. La implementación de CVL como parte del currículum mandatorio de RCCR provee al cirujano con una técnica básica adecuada para operar tras completar la residencia.

O-254

RESECCIÓN ILEOCECAL LAPAROSCÓPICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN COMPLICADA

R. Romero Codoceo, C. Ginestá Martí, S. Delgado Rivilla, D. Momblán García, R. Almenara Santacristina y A. Lacy Fortuny
Hospital Clínico, Barcelona.

Objetivos: Conocer la factibilidad y los resultados de la resección ileocecal laparoscópica en pacientes con Enfermedad de Crohn complicada, en nuestro centro.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyó una serie consecutiva de pacientes con Enfermedad de Crohn, a quienes se les realizó una resección ileocecal laparoscópica entre mayo del 2000 y febrero del 2006. Se analizaron variables como: sexo, edad, ASA, IMC, tabaquismo, tiempo de evolución de la enfermedad, número de episodios agudos, presentación clínica según clasificación de Viena, evaluación pre operatoria, tratamiento quirúrgico y evolución.

Resultados: Se operaron 25 pacientes, 14 hombres y 11 mujeres. Las edades fluctuaron entre 20 y 59 años con una mediana de 33 años. 22 pacientes fueron ASA I, dos pacientes ASA II y un paciente ASA III.. El IMC varió entre 17 y 31 con una mediana de 19. El 56% de los pacientes presentó IMC entre 17 y 20. 18 pacientes (72%) eran fumadores, versus 7 (28%) sin antecedentes de tabaquismo. El tiempo de evolución de la enfermedad tuvo una mediana de 72 meses, con un intervalo en-

tre 3 y 240 meses. De acuerdo con la clasificación de Viena, hubo un predominio del grupo A1-B2-L3 (60%), seguido de los grupos A2-B2-L3 (20%), y A1-B3-L3 (20%), sin evidenciarse otras presentaciones. El 36% de los pacientes presentó manifestaciones extra intestinales de la enfermedad. Al momento de la cirugía 4 pacientes presentaban masa abdominal palpable al examen físico y 16 tenían historia de cirugía abdominal previa. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoides por vía oral previo a la cirugía (100%), sólo seis recibieron tratamiento con derivados 5-ASA (24%) y 20 recibieron inmunomoduladores (80%). La indicación de cirugía fue: estenosis en 15 pacientes (60%), estenosis asociada a fístula en nueve pacientes (36%) y absceso en brote grave, en un paciente (4%). La cirugía se realizó de forma electiva en 21 pacientes, (84%), como urgencia diferida en tres pacientes (12%), y de urgencia en un paciente (4%). Se realizó resección ileocecal laparoscópica en 20 pacientes (80%), resección ileocecal más sigmoidectomía laparoscópica en tres pacientes (12%), resección ileocecal más drenaje de absceso de la pared abdominal por vía laparoscópica en un paciente (4%) y resección ileocecal más sigmoidectomía más ileostomía y fístula mucosa en un paciente (4%). Se convirtieron dos pacientes a cirugía abierta (8%). El tiempo quirúrgico tuvo una mediana de 105 minutos. El total de complicaciones alcanzó el 28%. El número de días post operatorio promedio fue de 6,4 días, con una mediana de 5 días. La anatomía patológica confirmó en todos los casos Enfermedad de Crohn. No hubo reintervenciones en los treinta días posteriores a la cirugía.

Conclusiones: La resección ileocecal laparoscópicamente asistida en pacientes con Enfermedad de Crohn complicada es segura y efectiva en la gran mayoría de los casos.

O-255

COMPLICACIONES DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

C. Hoyuela, J. Camps, J. Gascón, E. Cugat, E. Veloso y C. Marco
Hospital Mutua, Terrassa.

Introducción: La sigmoidectomía laparoscópica debe considerarse ya el abordaje de elección para el tratamiento electivo de la enfermedad diverticular colónica sintomática. Sin embargo, la aparición de complicaciones o de un mal resultado funcional tras el procedimiento puede reducir la satisfacción de los pacientes.

Objetivo: Evaluar las complicaciones, los resultados funcionales y la calidad de vida postoperatoria de los pacientes operados por vía laparoscópica por enfermedad diverticular de colon.

Pacientes y métodos: Desde 1997, se han intervenido un total de 35 pacientes. Se trata de 19 varones y 16 mujeres con una edad media de 52,8 (30-79) años. La indicación más frecuente ha sido diverticulitis recurrente (41%). La técnica empleada ha sido sigmoidectomía laparoscópica con resección de la unión rectosigmoide (anastomosis colorrectal termino-terminal) en todos los casos excepto en uno (hemicolectomía izquierda). Ningún paciente ha precisado estoma de protección. La información clínica y funcional se ha recogido tras un seguimiento mínimo de 6 meses. La satisfacción de los pacientes se ha medido mediante escala analógica visual entre 0-10 puntos. El estado global de salud física y mental se ha evaluado mediante el cuestionario SF-36.

Resultados: Tiempo operatorio: 207 (120-300) minutos. Tasa de conversión: 11,4% (4/35 p). Complicaciones intraoperatorias: 1 lesión ureteral, 1 lesión de muñón rectal (al realizar la sutura mecánica); ambas se reconocieron durante la intervención. Complicaciones postoperatorias: 11,4% (4/35 p): 1 peritonitis por dehiscencia de sutura y SDRA secundario, 1 fístula urinaria (por lesión ureteral), 1 evisceración y 1 oclusión mecánica precoz tratada mediante reintervención laparoscópica. Estancia hospitalaria: 7 (4-30) días. Complicaciones a largo plazo: 8% (3/35 p): 2 casos de estenosis de sutura tratados mediante dilatación endoscópica y un caso de diverticulitis recurrente a los tres años de la intervención. Función postoperatoria: sensación de evacuación incompleta: 22% (8/35 p); tenesmo: 8% (3/35 p); urgencia: 0%; deterioro de la función sexual: 0%; deterioro de la función urinaria: 0%.

Satisfacción tras el procedimiento: 86% de los pacientes calificaron los resultados como buenos o excelentes (7 puntos o más). No se han observado diferencias significativas en las dimensiones física, social o mental en el cuestionario SF-36.

Conclusiones: Aunque en base a serie corta de pacientes, los resultados funcionales a largo plazo tras el tratamiento laparoscópico de la enfermedad diverticular de colon pueden considerarse buenos. Sin embargo, esta cirugía puede verse gravada con complicaciones severas, lo que se relaciona directamente con una disminución en la satisfacción y en la percepción de la calidad de vida de los pacientes.

O-256

CIRUGÍA RESECTIVA DEL RECTO POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO: IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS

X. Suñol Sala, M. del Bas Rubia, F. Espin Alvarez, A. Heredia Budó, L.A. Hidalgo Grau, O. Estrada Ferrer y R. Almenara Santacristina
Hospital de Mataró, Mataró.

Introducción: La implementación de la cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal es un objetivo esencial para la mayoría de unidades de coloproctología.

Objetivo: Evaluar los resultados postoperatorios inmediatos obtenidos en la cirugía laparoscópica del cáncer de recto en el periodo de introducción de la técnica en nuestro Servicio.

Material y métodos: Desde enero del 2003 hasta marzo del 2006 se intervinieron 86 pacientes por adenocarcinoma de recto, en 39 casos por vía laparoscópica (45,3%). En un inicio, se seleccionaron los casos técnicamente más factibles para laparoscopia, aunque posteriormente se decidió incluir preferentemente a todos los pacientes (excluyendo a aquellos con sospecha de T4). Se trató de 21 varones y 18 mujeres con edad media de 69,8 años (40-92). La técnica quirúrgica realizada fue resección anterior baja en 23 pacientes, resección anterior ultrabaja en 5 pacientes e intervención de Miles en los 11 restantes. En todos los pacientes se practicó excisión total del mesorrecto y, en caso de ser posible la anastomosis, se usó la técnica de doble grapado.

Resultados: En 2 de los pacientes (5%) se convirtió a la laparoscopia a laparotomía por dificultades técnicas. Respecto al estadio tumoral se trató de T1 en 1 paciente (2%), T2 en 8 (20%), T3 en 26 (67%) y T4 en 4 (10%). La media de ganglios resecados fue de 19,6 (límites 4-42) con Nx (número de ganglios disecados inferior a 12) en 7 pacientes (17%). En el curso postoperatorio se complicaron 12 pacientes (morbilidad global 30,1%). Se produjo 1 caso de dehiscencia anastomótica (3,3%), 2 infecciones del sitio quirúrgico (5%), una evisceración por orificio de trócar (2%) y un hundimiento de colostomía (3,3%); asimismo se objetivaron 3

íleos paráliticos postoperatorios prolongados (7,7%), 2 sobreinfecciones respiratorias (5%) y 4 alteraciones de la dinámica urinaria (10%). La mortalidad fue nula. La estancia media postoperatoria alcanzó 8,2 días (4-49).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en cirugía laparoscópica del cáncer de recto en el periodo de introducción de la técnica nos permiten utilizar el abordaje laparoscópico como la técnica de elección para el tratamiento de dicha patología.

O-257

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL CÁNCER DE COLON

J.F. Noguera Aguilar, J.M. Olea, R. Morales, A. Cuadrado, A. Barceló y J.J. Pujol
Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Objetivo: Evaluar de manera prospectiva la morbilidad postoperatoria tras la implantación del abordaje laparoscópico en la resección por cáncer de colon.

Material y métodos: Estudio comparativo de dos años de duración (2004-2005) de pacientes intervenidos por cáncer de colon, con carácter programado. Fueron excluidos la cirugía urgente y los pacientes con ASA 4. Los grupos fueron homogéneos atendiendo a la localización del tumor y al estadije TNM.

Resultados: Se incluyeron un total de 124 resección cólicas, de las cuales 80 fueron por vía laparotómica (LPM) y 44 por vía laparoscópica (LPS). Los grupos fueron homogéneos atendiendo a la edad (68,9 años, rango 43-91 para LPS y 68,1, rango 43-89 para LPM), al grado de ASA ($\chi^2 = 0,331$) y a la localización derecho/izquierdo ($\chi^2 = 0,067$).

La media del nº de ganglios extirpada no fue significativa, con 14,9 ganglios en la LPS y 16,5 en la LPM ($p = 0,261$, T test). La infección de herida quirúrgica superficial y profunda fue del 15,9% para la LPS frente a 25% en la LPM, sin significación estadística ($\chi^2 = 0,11$, Test Fischer = 0,129). La tasa de dehiscencia anastomótica fue de 4,5% para la LPS y de 8,75% para la LPM, diferencia sin significación estadística ($\chi^2 = 0,388$ y Fischer = 0,49). La mortalidad hasta el mes postoperatorio fue de 4,5% en la LPS frente a un 13,75% en la LPM, valores que tampoco alcanzaron significación estadística ($\chi^2 = 0,109$, Fischer = 0,135). La evisceración postoperatoria fue similar en los grupos, con un 2,2% para la LPS frente a un 3,75% de la LPM. La eventración posterior fue también similar entre los grupos, con un 9,1% para la LPS y un 7,5% para la LPM, con un seguimiento máximo de 24 meses.

Conclusiones: La implantación del abordaje laparoscópico en la resección cólica no aumenta la morbilidad perioperatoria. No hubo diferencias en el número de ganglios evaluados ni en la mortalidad postoperatoria. Existió menor incidencia de infección de herida quirúrgica y de dehiscencia anastomótica con el abordaje laparoscópico, si bien no se han alcanzado diferencias significativas.

9 NOVIEMBRE 2006
13.00 – 14.00

SALA LA MANCHA
O-306 – O-310

O-306

¿CONSTITUYEN LAS MUTACIONES DE TLR-4 Y CD14 UN FACTOR PREDICTIVO PARA LA NECESIDAD DE CIRUGÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN?

M. Barreiro de Acosta¹, F. Barreiro Morandeira¹, S. Ouburd², J.E. Domínguez Muñoz¹, A. Lorenzo González¹, S. Peña², J. Potel Lesquereux¹

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela¹, Vrije Universiteit, Amsterdam (Países Bajos)².

Más de la mitad de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) requieren algún tipo de tratamiento quirúrgico durante el curso evolutivo de su enfermedad, sin que se conozcan factores predictivos para ello. Los receptores toll-like tipo 4 (TLR4) juegan un importante papel en la inmunidad innata al unirse con los lipopolisacáridos (LPS) y permitir la activación final del factor de necrosis kappa beta (Fnkβ) y la producción de citocinas proinflamatorias. CD14 es un correceptor de TLR4 que también se expresa en la membrana y es esencial para reconocer el LPS con alta afinidad. Recientemente se ha descrito una mutación asociada a un polimorfismo en el gen que codifica TLR4 (Asp299Gly) y una mutación en un polimorfismo del gen CD14 (T/C 260) que se han asociado a un mayor riesgo de padecer EC.

Objetivo: Evaluar si la presencia de mutaciones de TLR4 y CD14 constituyen un factor de riesgo para la necesidad de cirugía en la EC. Material y métodos: 165 pacientes consecutivos con EC (70 hombres y 95 mujeres, edad media 36 años, rango 17-76, 8 años de media de enfermedad) originariamente gallegos (al menos dos generaciones) fueron incluidos. Se estratificaron todos los pacientes según hubiesen tenido o no cirugía previa en relación con su EC, analizándose de forma individual las resecciones ileales y la cirugía de las fístulas. También se evaluó la necesidad de apendicectomía. Todos fueron genotipados por PCR para las variantes asociadas con EC (TLR4 + 299 y CD14-260). La asociación entre los antecedentes quirúrgicos y las diferentes mutaciones genéticas se expresaron en OR con un intervalo de confianza del 95%. Se empleó el test exacto de Fisher para el análisis de resultados.

Resultados: Un total de 85 pacientes (51,5%; 95 CI 43,9-59,1%) fueron intervenidos quirúrgicamente en relación con la EC. Entre estos pacientes, el 71,8% presentaba al menos alguna de las variantes de TLR4 + 299 o CD14-260 en comparación con 81,2% de los pacientes con EC que no habían sido intervenidos (OR 0,57; 0,27-1,20) (ns). Las mutaciones de TLR4+299 y CD14-260 tampoco se asociaron a las resecciones ileales (OR 1,51; 0,65-3,50) ni a la apendicectomía (OR 0,68; 0,28-1,63) (ns). Es interesante resaltar que las mutaciones TLR4+299 y CD14-260 son menos frecuentes en aquellos pacientes que han requerido cirugía en relación con sus fístulas (OR 0,34; 0,12-0,90) ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las mutaciones de las variantes de TLR4 + 299 y CD14-260 no se encuentran asociadas a una mayor necesidad de cirugía en relación con la enfermedad de Crohn. Por el contrario, la presencia de estas mutaciones parece ejercer un papel protector en la necesidad de cirugía de las fístulas.

O-307

RESPUESTA INFLAMATORIA Y ANGIOGÉNESIS EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON INTERVENIDOS CON INTENCIÓN CURATIVA. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO ENTRE CIRUGÍA CONVENCIONAL Y LAPAROSCÓPICA

M. Pascual Damiata, M. Pera, R. Courtier, M.J. Gil, D. Parés, S. Puig y L. Grande

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: Se ha demostrado que la respuesta inflamatoria y el crecimiento tumoral tras cirugía laparoscópica es menor que tras cirugía abierta en varios estudios experimentales. Además, en un reciente estudio clínico se observó una menor recurrencia en pacientes con cáncer de colon en estadio III intervenidos por laparoscópica.

In vitro, las citoquinas proinflamatorias IL-6 e IL-1B estimulan la producción del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). Nuestro objetivo fue investigar las respuestas inflamatoria y angiogénica, local y sistémica, en pacientes intervenidos de cáncer de colon.

Métodos: Se randomizaron 52 pacientes con cáncer de colon para resección laparoscópica (CL: n = 24) o abierta (CA: n = 28). Se determinaron los niveles séricos y en líquido peritoneal de IL-6, IL-1B, VEGF y PDGF basales, a las 4, 12, 24 y 48 horas y al 4º día postoperatorio.

Resultados: Los niveles en suero de IL-6 a las 4 horas (CL: 134 ± 14 pg/ml CA: 291 ± 324 pg/ml) y de VEGF a las 48 horas (CL: 258 ± 243 pg/ml CA: 429 ± 295 pg/ml) fueron significativamente más altos en el grupo CA. Cuando los dos pacientes del grupo de laparoscopia convertidos fueron excluidos del análisis, los niveles en suero de VEGF al 4º día fueron también más altos en el grupo CA (CL: 549 ± 577 pg/ml. CA: 738 ± 87 pg/ml).

Conclusión: Estos resultados sugieren que no sólo la respuesta inflamatoria sino también la respuesta angiogénica está atenuada tras la colectomía laparoscópica en pacientes con cáncer de colon en comparación con la cirugía abierta.

O-308

LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE IL-6 Y LA PRODUCCIÓN TUMORAL DE IL-6 MEDIATIZAN LAS RESPUESTA INFLAMATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL RESECABLE

A. Sitges Serra¹, M. Girvent Montllor², M. Iglesias Coma¹, M. Pera Román¹, E. Membrilla Fernandez¹, J.J. Sancho Insenser¹

Hospital del Mar, Barcelona¹, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona².

Introducción: La proteína C-reactiva se encuentra elevada en algunos pacientes con cáncer colorrectal localizado. El desencadenante de esta reacción inflamatoria es poco conocido. La masa tumoral y/o el estadio tumoral pueden condicionar la respuesta inflamatoria al elevar los niveles plasmáticos de IL-6.

Pacientes y métodos: Se investigó prospectivamente una serie consecutiva de pacientes con cáncer colorrectal no metastático y resecable. Se excluyeron pacientes con disfunción tiroidea, tratados con antiinflamatorios, infecciones concomitantes o patología inflamatoria asociada. Se determinaron preoperatoriamente el Índice de Riesgo Nutricional (malnutrición < 83) y las concentraciones plasmáticas de albúmina, hormonas tiroideas, CEA, PCR y IL-6. Tras la intervención se determinaron el estadio tumoral, el diámetro tumoral máximo y la producción de IL-6 en cultivo celular tumoral.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con una edad media de 69 ± 11 años. Las concentraciones plasmáticas de IL-6 correlacionaron con el diámetro tumoral (R = 0,58; P < 0,001), s-alb (R = -0,55; P < 0,001) y PCR (R = 0,53; P < 0,001). Los pacientes con PCR > 0,6 mg/dl tuvieron menor albuminemia (38,7 vs 41,0 g/L; P = 0,02), T₃ (90 vs 104 ng/dl; P = 0,007) y fuerza muscular (98 vs 112% de normal; P = 0,04); concentraciones más elevadas de IL-6 (9,3 vs 3,4 pg/ml; P < 0,001), y tumores mayores (56 vs 36 mm; P = 0,008). Los pacientes malnutridos presenta-

ban concentraciones más altas de IL-6 (9,5 vs 4,3 pg/ml; P = 0,005). Los tumores con producción significativa de IL-6 (> 25 pg/ml/mg) presentaron un estadiaje más avanzado (P = 0,05) y se asociaron a mayor pérdida de peso (4 vs 1%; P < 0,02), menor hemoglobina (11,5 vs 12,8 g/dl; P < 0,04) y más T₃ (104 vs 92 ng/dl; P < 0,04).

Conclusiones: En el cáncer colorrectal la IL-6 correlaciona inversamente con T₃ y s-alb. Las concentraciones plasmáticas de IL-6 se relacionaron con el tamaño del tumor pero no con el estadio. Los tumores más avanzados mostraron mayor producción de IL-6 y un perfil catabólico. La IL-6 parece tener efectos sistémicos endocrinos y locales paracrinos en pacientes con cáncer colorrectal.

O-309

ENSAYO CLÍNICO EN FASE II PARA EVALUAR EL USO DE CÉLULAS MADRE PROCEDENTES DE LA GRASA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA

D. García Olmo², M.D. Herreros², I. Pascual², J.M. Pascual³, E. Del Valle⁴, J. Zorrilla⁴, P. De la Quintana², M. García Arranz², M. Pascual¹, M. González¹, G. Fernández¹ y I. Portero¹

Cátedra UAM-Cellerix, Madrid¹, Hospital Universitario La Paz, Madrid², Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid³, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid⁴.

Introducción: El tratamiento de la fístulas perianales complejas continúa siendo un desafío por el dilema que se plantea entre la recidiva y la incontinencia. El uso de células madre mesenquimales obtenidas de la grasa mediante lipoaspirados ("Adipose Derived Stem Cells" -ADSC-) ha demostrado efectos sobre la cicatrización e inflamación. Un ensayo clínico en fase I demostró que el procedimiento era factible y seguro en fístulas. Por ello se decidió realizar un ensayo clínico en fase II dirigido a conocer datos de eficacia. El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados obtenidos.

Métodos: Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y controlado para evaluar la eficacia y seguridad de la inyección de ADSCs en 49 pacientes con fístula perianal compleja, 14 en el contexto de la enfermedad de Crohn y 35 de otras etiologías. Diseño: esquema 1:1. Control: pegamento de fibrina en el trayecto. Tratamiento: inyección intralesional de 20 millones de células. Si no cura se repite el procedimiento con 40 millones de células. La curación fue definida como la reepitelización completa del orificio externo y por ello la ausencia total de drenaje.

Resultados: El porcentaje de pacientes que curaron fue superior de forma E.S. en los que fueron tratados con ADSCs que en los que solo recibieron pegamento de fibrina [15 (68,18%) vs 3 (12,00%) respectivamente, RR = 5,68 (IC 1,96, 16,42); p-value = 0,0001 (2 pacientes pendientes)]. Esta diferencia se observa en pacientes con o sin enfermedad de Crohn. Con un seguimiento mínimo de 6 meses se han observado dos efectos adversos en cada uno de los grupos, pero ninguno relacionado con la inyección celular.

Conclusión: El uso de células madre de la grasa se ha mostrado como un procedimiento efectivo y seguro para el tratamiento conservador de la fístula perianal tanto en pacientes con enfermedad de Crohn como de otras etiologías. En consecuencia se han diseñado ensayos clínicos en fase III para testar eficiencias en diferentes escenarios clínicos.

O-310

USO DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES EN LA REPARACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN LA RATA

I. Pascual¹, G. Fernández de Miguel², C. Martínez Puente¹, D. Herreros Marcos¹, H. Guadalajara Labajo¹, R. Vitón Herrero¹, M. Álvarez Gallego¹ y D. García Olmo¹

Hospital Universitario La Paz, Madrid¹, Genetrix, Madrid².

Introducción: Las células madre derivadas de tejido adiposo tienen la capacidad de diferenciarse *in vitro* a células musculares y participan en los procesos de cicatrización de los tejidos. Por estos dos motivos su utilización podría mejorar los resultados de la cirugía de reparación del esfínter anal en incontinencia fecal.

Material y métodos: Se utilizaron 2 ratas BDIX, singénicas, para extraer el tejido adiposo subdérmico del que se aislaron las células madre.

Se operaron 6 ejemplares de rata BDIX. Bajo anestesia intraperitoneal se hizo una incisión longitudinal inmediatamente craneal al ano y se seccionó el esfínter anal. Ambos cabos esfinterianos se aproximaron con un punto de polyglactin-910 de 3/0. A continuación se inyectó en la zona anastomótica 0,1 ml de tampon fosfato, en tres de los animales con 10^6 células madre mesenquimales. La piel se cerró con una sutura continua de seda de 3/0.

A las 4 semanas se sacrificaron todos los ejemplares y se resecó en bloque el ano y la vagina. Se realizaron cortes paralelos al periné y se analizaron con tinción de hematoxilina-eosina, sin saber en qué muestras se habían inyectado las células madre.

Resultados: En las muestras correspondientes a esfínteres suturados y tratados con células madre la reparación mostró menor inflamación y fibrosis, con casi restitución ad integrum, que en los casos no tratados.

Conclusiones: El uso de células madre en la reparación quirúrgica del esfínter anal de la rata mejoró su cicatrización en la serie analizada.

9 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA LA MANCHA
O-311 – O-319

O-311

UTILIDAD DEL GANGLIO CENTINELA EN LA ESTADIFICACIÓN DE LA NEOPLASIA DE COLON IZQUIERDO ESTADIO II. ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Hernando Tavira, X. Serra Aracil, J. Bombardó Juncà, A. Casals Casado, J.C. Martín Miramón, F. Junquera Flórez, E. Mena González, C. Pericay Pijaume y S. Navarro Soto
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Los ganglios linfáticos centinela (GC) son los ganglios que tienen el drenaje más directo desde la neoplasia primaria, y el potencial más alto de albergar metástasis. Existe controversia en la literatura sobre la utilidad e importancia biológica del ganglio centinela en el cáncer de colon.

Objetivo: Detección de micrometástasis en los GC que permitan mejorar la estadificación de la enfermedad.

Metodología: Estudio prospectivo controlado con grupos apareados, en pacientes con cáncer de colon izquierdo estadio II. Se utiliza Azul de Metileno o Nanocol® para identificar el ganglio centinela. Se realiza la comparación entre el estudio de los ganglios linfáticos mediante hematoxilina-eosina (H-E) y los GC mediante H-E y Cytokeratina.

Resultados: El estudio consta de 46 pacientes. Detección de los GC en el 100% de los casos, 2,78 GC por paciente.

Con el estudio patológico convencional con H-E, 17 pacientes (37%) fueron estadificados N+ y 29 pacientes (63%) N0.

En el 34,48% de los pacientes estadificados como N0 por estudio convencional se objetivó afectación micrometastásica en el estudio del GC. Observamos un 35,3% de Falsos Negativos.

Aplicando en la estadificación el estudio de todos los ganglios linfáticos con H-E y de los GC con H-E y Cytokeratina, el número de pacientes clasificados como N+ ascendió al 58,7% (27 pacientes), lo que supuso un incremento de la estadificación del 21,7% ($p = 0,002$).

Conclusiones: El estudio linfático combinado (Convencional + GC) incrementa en un 21,7% la estadificación en nuestra serie. Queda por determinar el significado clínico de las micrometástasis.

O-312

EXPERIENCIA EN BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN TUMORES SÓLIDOS CON COLORANTE

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

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, Bormujos.

Introducción: La biopsia de ganglio centinela (BGC) está avalada por multitud de trabajos en los últimos años, sobre todo en melanoma y

cáncer de mama (CM). Su utilidad y validación en otros tumores sólidos aún está en controversia, en especial con el uso exclusivo de la técnica con colorante.

Objetivos: Valorar la aplicabilidad de la BGC en un nuevo centro en tumores sólidos: cáncer colorrectal (CC), CM, cáncer gástrico (CG), nódulo tiroideo (NT) y tumor yeyunal.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de octubre 2004 a marzo 2006 sobre pacientes con tumores descritos sobre los que se practicó BGC. Técnica: para CM: 5 ml azul de isosulfan subdérmico en la zona lesional y en tumores intestinales 0,1 ml submucoso "exvivo" en 4 puntos cardinales.

Resultados: 29 pacientes (17 con CC, 8 con CM, 3 con CG, 1 yeyunal y 1 NT). Edad media global de 70,1 años (de 56 a 90). Se identificó el GC en todos los casos de CM. No se localizó en 2 de CC y en 1 CG (tasa de identificación global del 89,6%). El nº medio de ganglios axilares extirpados fue de 20,6, en mesocolon de 12 y de 19,6 ganglios en CG. El número medio de ganglios enviados como centinela fue de 1,92. Cuando se detectó el GC, éste reflejó el estado regional linfático en todos los casos de CM y CG (precisión 100%). En dos casos de CC la BGC resultó negativa con metástasis en otros ganglios (precisión 86,7% para CC). La sensibilidad global fue del 86,7% y la especificidad del 100%. En 6 casos los GC fueron los únicos afectados por metástasis (3 de CM y 3 de CC).

Conclusiones: Aunque la serie es corta, resaltamos la posibilidad técnica de realizar la BGC en centros que carecen de medicina nuclear, con la ventaja de mejorar el estadije.

O-313

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (DRC) DEL CÁNCER COLORECTAL (CCR)

P. Collera Ormazabal, M. Domenech, J. Ordeix, F. Vida, M. Massanes, F. Roset, X. Curto, M. Bardaji, M. Fernandez-Layos y J. Caballe
Althaia-Xarxa Asistencial, Manresa.

Introducción: En nuestra área de salud se han impulsado en el último año el establecimiento de programas de DCR basados en un mecanismo de rápido acceso desde los diferentes niveles asistenciales: primaria, urgencias, consultas externas, pacientes ingresados, a una unidad que asegure, partiendo de unos síntomas guía, un tiempo entre primera visita y primer tratamiento < 30 días.

Materiales y métodos: Se crea una unidad con una enfermera gestora de casos que se encarga de la coordinación de un circuito con la colaboración de los diferentes servicios implicados en el diagnóstico y tratamiento del CCR. Los síntomas guías que crean una primera visita por un médico de medicina interna en esta unidad son: rectorragia en pacientes > 40 años sin causa aparente, cambios del ritmo deposicional de > 1 mes de evolución sin causa aparente, síndrome tóxico con o sin dolor abdominal, anemia ferropénica de origen desconocido, tenesmo rectal, clínica de suboclusión intestinal, masa abdominal/rectal. Circuito: 1-4 días primera visita; 7 días pruebas complementarias (FCS) y estudio de extensión; 1-4 días segunda visita, 7 días visita cirugía/oncología y presentación en comité de tumores, 8 días primer tratamiento. Se evalúan los resultados de la implantación de dicho circuito.

Resultados: Entre agosto 2005 y marzo 2006 han sido evaluados en la UDRC 187 pacientes. 46 fueron excluidos por no cumplir criterios de sospecha de CCR. 134 pacientes (71%) entraron en el circuito siendo diagnosticados de CCR 61 (45,5%). En el mismo periodo se diagnosticaron 106 CCR por lo que siguieron este circuito el 53% de los casos. 18/61 pacientes (19,6%) tardaron > 30 días en recibir el primer tratamiento y en 6 casos fueron por causas externas. En el mismo periodo se diagnosticaron 16 neoplasias por FCS fuera del circuito: 4 hallazgos casuales y 12 presentaban síntoma guía y tardaron una media de 34 días en diagnosticarse.

Conclusiones: La implantación de la UDRC ha demostrado una alta eficacia tanto en el intervalo primera visita primer tratamiento como en recoger la mitad de los CCR diagnosticados en el mismo periodo. Los enfermos sintomáticos que no entran en este circuito presentan un retraso diagnóstico. Para el correcto funcionamiento de la UDRC es fundamental la enfermera gestora de casos que acompaña al paciente a lo largo del circuito.

O-314

CARCINOMATOSIS PERITONEAL POR CARCINOMA COLORRECTAL

J. Muriel Lopez, A. Gomez Portilla, I. Cendoya Ansola, I. Olabarria Muñoz, E. Martin Martin y L. Magrach Barcenilla
Policlínica San José, Vitoria.

Introducción: En España hubo 19.166 casos nuevos de carcinoma colorrectal en el año 2000. De ellos aproximadamente el 4,5% se estima presentan de forma inicial afección peritoneal como único lugar de diseminación (3% localizada en una región abdominal y 1,5% generalizada). En un porcentaje similar se estima la recurrencia de la enfermedad en dicha localización (3-5%). Esto supondría un total de 1724 pacientes/año con afección predominante peritoneal. Desgraciadamente la mayoría de estos desafortunados pacientes tratados mediante las actuales opciones terapéuticas convencionales consiguen supervivencias medias de 4 meses para la forma generalizada de la enfermedad y de 9 meses para la forma localizada, máximas de 18 a 26 meses. Cada vez son más las series publicadas que realizando una nueva alternativa de tratamiento mediante peritonectomía con intención curativa combinado con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria hipertermica consiguen una espectacular mejoría de estos resultados. Exponemos los resultados de nuestra experiencia mediante esta nueva alternativa de tratamiento.

Material y métodos: Entre abril del 2000 y setiembre del 2005 han sido tratados mediante esta técnica combinada 13 pacientes, 9 mujeres y 4 varones con una edad media de 47 años, mediana 45 y rango 29-71 años. Se realizó exeresis con intención curativa con quimioterapia intraperitoneal hipertermica (MMC 9, oxalplatino 2 y Cip+Adria 1) en 12 casos (92%). Solo 3 casos habían sido remitidos para este tratamiento tras el diagnóstico inicial de carcinomatosis, los otros 10 habían sido tratados de su tumor primario con carcinomatosis peritoneal entre 3 y 24 meses antes (media 11 meses) de forma convencional. En ningún caso de los pacientes de esta serie la afección peritoneal se limitaba a una región peritoneal y en 3 casos presentaban metástasis hepáticas cuando recibieron nuestro tratamiento combinado.

Resultados: Mortalidad postoperatoria 15%. Morbilidad 81% con una estancia media de 49 días (mediana 38 y rango 16-148). Han fallecido 8 pacientes por progresión de la enfermedad con una supervivencia media de 17 meses (mediana 10.75 y rango 5.5-56 meses). Siguen vivos 3 pacientes libres de enfermedad con una supervivencia media y mediana de 11 meses, rango 7,5-14 meses.

Conclusiones: Aunque la serie es corta y sin criterios de selección favorables, no afección localizada, algunos con metástasis hepáticas y remitidos con importante demora, se puede realizar terapéutica combinada con intención curativa en un 92%. Si bien a expensas de una alta morbilidad, acorde a la cirugía de estos pacientes. La supervivencia media de nuestra serie se acerca a la máxima supervivencia posible ofertada por la terapéutica convencional. Creemos que esta opción terapéutica es la más apropiada para la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal.

O-315

CÁNCER COLORECTAL EN EL GRAN GERONTE

J.J. Arenal Vera, C. Tinoco Carrasco, V. Resines Llorente, J.M. Del Río Fernández, A. Pelaz Salomón y T. Gómez Cortijo
Hospital Universitario Río Hortera, Valladolid

Objetivo: Analizar la características del cáncer colorrectal en pacientes con edad igual o superior a 90 años y los resultados de su tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se revisan con carácter retrospectivo 52 pacientes diagnosticados de cáncer colo-rectal en un periodo de 20 años. Los parámetros analizados son: sexo, co-morbilidad, Grado ASA, sintomatología, diagnóstico, tratamiento, mortalidad, morbilidad y supervivencia.

Resultados: La serie está compuesta de 31 mujeres y 21 varones con una edad media de 92 años (rango 90-97). Treinta y cinco pacientes (67%) tenían enfermedades médicas asociadas: diabetes el 46%, HTA el 38%, cardiopatía el 23%, Insuficiencia renal crónica el 10% y patología cerebrovascular el 12%. Un paciente fue clasificado con grado ASA I, 16 ASA II, 18 ASA III, 10 ASA IV y 7 como ASA V. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor (57%), cierre intestinal (46%), anemia (44%)

rectorragia (27%), síndrome constitucional (24%), alteración del ritmo intestinal (22%) y tenesmo (10%). En el periodo 1986-2000 (15 años) han sido diagnosticados 24 casos (46%), mientras que el periodo 2001-2005 (5 años) se han diagnosticado 28 casos (54%). De los 52 pacientes han sido operados 35 (67%), de los cuales en 23 casos (66%) el tumor fue resecado. Cuatro pacientes han sido tratados mediante endoprótesis. De los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, 17 (49%) han sido operados de urgencia. Las operaciones practicadas han sido 9 colostomías, 7 colectomías segmentarias, 7 resecciones anteriores (2 Hartmann), 6 colectomías derechas, 3 colectomías subtotales y 3 ileotransversostomías. La mortalidad operatoria ha sido del 23% (8 casos), siendo la morbilidad del 51% (18 casos). La mortalidad para los 16 pacientes operados y clasificados ASA I-II fue nula. Un paciente ha sido clasificado de acuerdo a la clasificación TNM como estadio 0, 13 como estadio II, 7 como estadio III y 8 como estadio IV. En 23 casos no ha sido posible hacer estadiaje. La supervivencia media ha sido de 14 meses para los pacientes operados (rango 0-80) y de 13 meses para los no operados (rango 0-38).

Conclusiones: En los últimos 5 años, se ha producido un incremento importante de pacientes noagenarios diagnosticados de cáncer colorrectal. La mitad de estos pacientes debutaron con cuadros de obstrucción intestinal. Si bien se puede operar a estos pacientes con cifras aceptables de mortalidad, especialmente los de bajo riesgo perioperatorio, la tasa de supervivencia ha sido la misma en los pacientes operados que en los no operados. Sería conveniente realizar un estudio prospectivo multicéntrico para establecer la estrategia a seguir con estos enfermos, que tienen una esperanza de vida limitada.

O-316

ESTUDIO MULTICÉNTRICO CATALÁN: EVOLUCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA URGENTE DE COLÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS

J. Pérez Martí, J. Encinas Mendez, J. Errando Ricol, L. Ibañez González, C. Chierichetti Asan, A. Serrano Escobedo y J. Verge Schulte
Fundació Hospital Sant Camil, Sant Pere de Ribes.

Objetivos: La patología colónica ocupa un tercio de la actividad programada en los Servicios de Cirugía, su patología urgente conlleva diferentes opciones en su diagnóstico y tratamiento, por este motivo quisimos saber cuales serían los métodos diagnósticos y los tratamientos que efectuaríamos en condiciones idóneas y cuales han sido los resultados reales obtenidos.

Material y métodos: elaboramos una encuesta que distribuimos entre los 48 Servicios de Cirugía de los hospitales catalanes. Dicha encuesta se solicitó en el periodo 1999-2000 y en el 2004-2005.

Resultados: Los resultados en el primer periodo mostraron, en casos de oclusión y perforación, una gran diferencia entre lo que se haría en condiciones óptimas, es decir la cirugía en un tiempo y lo que se hace en realidad. La primera se realizó mayoritariamente en dos hospitales, siendo la intervención de Hartmann la habitual en el resto. En el periodo reciente esta situación se sigue manteniendo en la mayoría de casos a pesar de la disponibilidad del TAC en su diagnóstico. Llama la atención en este último periodo la aparición del término "urgencia diferida o programada" y la derivación de pacientes desde hospitales a Centros de referencia. También nos e los cambios más significativos ha sido el aumento de implantación de stents.

Conclusiones: 1) Ha mejorado la disponibilidad diagnóstica. 2) La proporción de cirugía en un solo tiempo ha variado escasamente. 3) Ha aumentado la proporción de pacientes que se difiere su urgencia. 4) se ha incrementado la proporción de Stents.

O-317

SONDA NASOGÁSTRICA PROFILÁCTICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

J. López-Monclús, J. González González, M. Artés Caselles, D. Melero Montes, I. Alonso Sebastian, A. Sánchez Movilla, J. Abascal Morte, J. Gómez-Durán Michi y A. Colás Vicente
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivo: La sonda nasogástrica postoperatoria en la cirugía colorrectal se ha usado tradicionalmente con los objetivos de una mejor y más

rápida recuperación de la función intestinal y disminuir las complicaciones postoperatorias. El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad y la seguridad del empleo de las sondas nasogástricas de forma sistemática en cirugía colorrectal en función de los días hasta conseguir una tolerancia oral continuada, días de ingreso y prevención de complicaciones postquirúrgicas.

Materiales y métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y randomizado. Se incluyeron 171 pacientes sometidos de forma consecutiva a cirugía colorrectal electiva entre julio de 2004 y diciembre de 2005, dividiéndose en 2 grupos según el empleo o no de sonda nasogástrica profiláctica. Se excluyeron los pacientes sometidos a cirugía urgente y los casos de cirugía por enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados: Encontramos diferencias estadísticamente significativas en el número de días necesarios para conseguir tolerancia oral continuada postquirúrgica ($p < 0,05$), y días hasta el alta ($p < 0,05$) en favor del grupo sin sonda nasogastrica postoperatoria respecto al grupo con sonda nasogastrica. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la incidencia de complicaciones postquirúrgicas (respiratorias, urinarias, infecciones de herida, evisceración y dehiscencia de anastomosis) entre los dos grupos.

Conclusión: A partir de los resultados expuestos, podemos concluir que el empleo sistemático de sonda nasogástrica en cirugía colorrectal no aporta beneficios en el postoperatorio del paciente. Por ello recomendamos limitar su uso a casos seleccionados.

O-318

ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO Y ALEATORIZADO SOBRE EL USO DE UNA MALLA COMO PREVENCIÓN DE LA HERNIA PERICOLOSTOMIA. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Moreno Matias, X. Serra Aracil, J. Bombardó Juncá, M. Alcántara Moral, L. Mora López, I. Ayguavives Garnica, E. Artigau López y O. Aparicio Rodríguez
Consorci Sanitari del Parc Tauli, Sabadell.

Introducción: La hernia pericostomía (HP) es una hernia incisional relacionada con el estoma de la pared abdominal. Muchas de las HP son asintomáticas, pero pueden producir problemas que varían desde el disconfort hasta complicaciones que pueden comprometer la vida. La prevalencia de la colostomía terminal oscila entre el 4 y el 48%.

Hipótesis: La colocación de una malla ligera de amplio poro y reducido contenido en material no absorbible, disminuye la incidencia de HP, con un mínimo porcentaje de complicaciones.

Objetivo: Evitar la elevada incidencia de eventraciones pericostomías, mediante la colocación de una malla ligera. Evaluar las complicaciones inmediatas de la tolerancia de las mallas en las colostomías y estudiar la incidencia de eventración pericostomías en los dos grupos, mediante controles clínicos.

Metodología: Estudio prospectivo controlado y aleatorizado de pacientes afectos de neoplasia de recto sometidos a cirugía programada y subsidiarios de colostomía definitiva. Se asignó a un grupo colostomía terminal sigmoidea convencional y a otro grupo una malla ligera mediante aleatorización simple. La malla utilizada fue una mixta de polipropileno y poliglecarpone (Ultrapro®). Se colocó según la técnica descrita por Kasperk. Se realizarán controles por observador independiente al mes y cada 6 meses, se registró: presencia de eventración, signos de intolerancia de la malla, complicaciones periostomías, necesidad de reintervención.

Resultados: Desde junio-2004 se han intervenido en nuestro centro 132 neoplasias de recto de cirugía programada. Entraron en los criterios de inclusión 25 pacientes. En 13 fueron colocados una malla ligera tipo ultrapro®, en 11 pacientes, se realizó una colostomía terminal según técnica convencional, 1 paciente fue excluido por imposibilidad técnica de colocación de la malla. En el grupo de malla no se ha observado ninguna intolerancia referente a la malla. Con un periodo de seguimiento medio de 13 meses (20-4), no se ha observado ninguna recidiva pericostomía en el grupo con malla frente a 2 (18%) en el grupo sin malla.

Conclusiones: Hasta obtener los resultados definitivos, observamos que no existen complicaciones con la aplicación de esta malla en la colostomía. No hemos observado hasta la fecha eventraciones en el grupo de mallas según la técnica expuesta, pero sí en el grupo control (18%).

O-319

ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PREVALENCIA CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE HERNIA PERICOLOSTOMÍA

J. Moreno Matias, X. Serra Aracil, A. Darnell, J. Bombardó Juncá, E. Artigau Nieto, L. Mora López, M. Alcántara Moral, O. Aparicio Rodríguez y I. Aiguavives Garnica
Consorci Sanitari del Parc Tauli, Sabadell.

Introducción: La prevalencia clínica de hernia parastomal llega al 40% para colostomías terminales, sin que existan estudios de prevalencia radiológica mediante TAC.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la hernia parastomal clínica y la observada mediante TAC.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal comparando la prevalencia clínica y la observada mediante TAC.

Se incluyen pacientes portadores de colostomía terminal vivos, más de 1 año de evolución, intervenidos desde 1999 y con TAC abdominal realizado en los 6 meses previos a la visita o 1 año desde la IQ.

Los pacientes se visitan en una consulta externa específica, donde son valorados por un único observador. Los TACs abdominales fueron valorados por un único radiólogo en base a una clasificación propia:

I:El saco contiene la propia asa que forma la colostomía (A < 5 cm, B > 5 cm)

II:El saco contiene epiploon.

III:El saco contiene un asa diferente de la que constituye la colostomía.

Resultados: Se incluyen 44 pacientes: 14 mujeres (EM 70,7) y 30 hombres (EM 70,7). Patología de base: 39 Miles por neoplasia de recto, 1 diverticulitis complicada y 4 neoplasias complicadas.

Se ha evidenciado hernia parastomal clínica en 25 pacientes (56,8%). 20 de ellos sintomáticos (80%).

Hernia parastomal radiológica en 24 pacientes (55,81%). De ellas, 9 eran tipo I (37,5%), 8 tipo II (33,3%) y 7 tipo III (29,1%).

En la tabla 1 se describe la relación entre hernia parastomal clínica y la detectada radiológicamente mediante TAC

	No Hernia parastomal TAC	Hernia parastomal TAC
No Hernia parastomal clínica	13	6
Hernia parastomal clínica	7	18

La Prevalencia global de hernia parastomal, sea detectada por uno u otro método es del 62%.

La concordancia entre clínica y radiología mediante índice Kappa ponderado, es de 0,4.

Conclusiones:

- La prevalencia clínica de hernia parastomal es muy elevada (57,5%)
- Existe un porcentaje significativo de hernias parastomales asintomáticas pero detectables clínicamente (22%).
- Se ha observado una prevalencia radiológica mediante TAC (55%) similar a la clínica.
- No existe un gold standard para la detección de la hernia parastomal, a pesar de existir cierta concordancia entre ambos métodos. La prevalencia global juntando clínica y TAC llega al 62%.

9 NOVIEMBRE 2006

15.30 – 17.00

SALA JARDÍN

O-353 – O-361

O-353

ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE EL SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE GRAVEDAD EN PERITONITIS POR PERFORACIÓN DEL COLON IZQUIERDO (PSS) Y EL MANNHEIM PERITONITIS INDEX (MPI)

D. Fraccalvieri, S. Biondo, E. Ramos Rubio, E. Kreisler Moreno, J. Martí Ragué, A. Osorio Guillón, J.R. De Oca Burguete y C. Del Río Busto
Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: La evaluación pronóstica de los pacientes con perforación del colon izquierdo es útil para predecir la mortalidad. El objetivo del es-

tudio es validar, de forma prospectiva, el sistema de puntuación "left colonic Peritonitis Severity Score" (PSS) y compararlo con el Mannheim Peritonitis Index (MPI).

Material y métodos: Entre 1999 y 2004, 156 pacientes fueron intervenidos de urgencias por peritonitis secundaria a perforación del colon izquierdo. Fueron calculados PSS y MPI de cada paciente. Para expresar la relación entre puntuación y mortalidad, cada sistema fue dividido en 4 categorías (PSS: 6-7, 8-9, 10-11 y 12-14; MPI: 6-13, 14-21, 22-29 y 30-39). Para medir el grado de asociación entre los dos sistemas de puntuación fue empleado el coeficiente de correlación de Spearman. El poder predictivo de los dos sistemas fue estudiado mediante el área debajo de la curva ROC.

Resultados: El índice de mortalidad postoperatoria fue 26,3% (41 pacientes). La relación entre sistema de puntuación y mortalidad fue estadísticamente significativa para ambos sistemas ($p < 0,001$). El coeficiente de correlación de Spearman fue 0,55 ($p < 0,001$). No se observaron diferencias entre las áreas debajo de la curva ROC de los dos sistemas.

Conclusiones: PSS y MPI representan válidos índices de puntuación de gravedad de peritonitis por perforación del colon izquierdo, son de fácil aplicabilidad en condiciones rutinarias y permiten clasificar a los pacientes en base al riesgo de mortalidad. El sistema PSS puede ayudar en la elección de la estrategia quirúrgica y facilitar la comparación de estudios realizados en diferentes centros.

O-354

PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES EN LA OCLUSIÓN DE COLON

M. Bruna Esteban, C. Redondo Cano, A. Vázquez Prado, J.V. Roig Vila y I. Fabra

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La oclusión intestinal por neoplasias de colon o por compresión extrínseca de otros procesos neoformativos es una patología común en los servicios de Urgencias. Un paciente deteriorado por el cuadro oclusivo y un colon distendido y no preparado hacen que la cirugía de urgencias tenga una elevada morbilidad. Las prótesis autoexpandibles se presentan como una solución para resolver el problema oclusivo agudo y mejorar el estado del paciente antes de una cirugía programada.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes de nuestro centro, sobre los que se indicó la colocación de un *stent* en colon por cuadro oclusivo, desde junio del año 2000 a junio de 2005.

Resultados: De los 42 pacientes incluidos en este estudio, 21 eran mujeres y 21 hombres. La edad media fue de 77,1 años (rango: 42-99 años). El nivel más frecuente de la oclusión se localizó en sigma (52,3%), seguido de recto-sigma (30,9%). El enema opaco fue el método más empleado en el diagnóstico, aportando el nivel de la oclusión en todos ellos. La estadificación tumoral de las 38 neoplasias de colon, mostró que el 55,2% de los pacientes presentaban un estadio IV. En 4 la causa de la oclusión era una neoplasia extrínseca. Se consiguió el éxito técnico en 37 casos (88,1%) y el éxito funcional en 30, el 81% de los que se pudieron desplegar. En 13 casos se mantuvo el *stent* de forma definitiva por la extensión avanzada del tumor (3 de ellos se intervinieron posteriormente elaborando una colostomía en cañón de escopeta). En 5 pacientes el *stent* no se pudo colocar al resultar imposible sobrepasar la neoplasia o no poder desplegarlo. En 4 casos la prótesis migró, 2 pacientes sufrieron rectorragias, en 2 se produjo una perforación y en otro hubo un crecimiento endoluminal del tumor. Ocho (57,1%) de estos pacientes fueron sometidos a una cirugía urgente. En la evolución postoperatoria, 1 presentó un absceso intrabdominal, 1 una sepsis y otro una oclusión. Cuatro (50%) fallecieron en los primeros 30 días tras la intervención. Únicamente 1 vive libre de enfermedad al año de seguimiento. La cirugía programada se realizó en 23 casos, siendo la mediana del tiempo desde la colocación del *stent* a la intervención quirúrgica de 11 días. El 39,1% presentó alguna complicación en los 30 días postquirúrgicos: 4 evisceraciones, 1 episodio suboclusivo, 1 absceso intrabdominal, 1 dehiscencia anastomótica, 1 sangrado y 1 fracaso multiorgánico, falleciendo 4 de ellos (17,3%). Dos pacientes presentaron una eventración y otros 16 han fallecido durante el seguimiento.

Conclusiones: El estado avanzado de la neoplasia en un paciente debilitado, junto con un intestino dilatado y no preparado hacen que

la cirugía de urgencias en la oclusión aguda de colon presente un alto porcentaje de complicaciones y una elevada mortalidad. Las prótesis autoexpandibles (*stent*) se proponen como una terapéutica eficaz, sin apenas contraindicaciones ni complicaciones, mejorando la situación aguda y permitiendo la preparación para una cirugía programada.

O-355

RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS PRIMARIA SIN LAVADO INTRAOPERATORIO EN PATOLOGÍA URGENTE DE COLON IZQUIERDO

M.A. Ciga Lozano, F. Oteiza Martínez, J. Marzo Virto, P. Armendáriz Rubio, C. Garde Lecumberri, M. de Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Objetivo: Valorar en términos de dehiscencia anastomótica y mortalidad, los resultados de la resección y anastomosis primaria sin lavado intraoperatorio del colon en patología urgente de colon izquierdo, mediante un estudio prospectivo observacional.

Pacientes y métodos: En enero de 2003 se implantó en nuestra unidad una política de tratamiento de la patología urgente del colon izquierdo consistente en realizar la resección seguida de anastomosis primaria a nivel del promontorio con técnica de doble grapado sin lavado intraoperatorio del colon. Se consideraron criterios de exclusión para esta práctica los siguientes: 1) pacientes en situación de sepsis grave, shock séptico o fallo multiorgánico, 2) pacientes inmunodeprimidos, 3) pacientes ASA IV, 4) pacientes con peritonitis fecaloidea, 5) pacientes con carcinomatosis peritoneal y 6) pacientes ocluidos con lesiones isquémicas en el colon proximal.

Desde enero-2003 a diciembre-2005 se recogieron de forma prospectiva todos los pacientes intervenidos de urgencia por patología de colon izquierdo, de los que 28 (20 varones y 8 mujeres, edad media de 62 años), cumplieron los criterios para la técnica de resección y anastomosis primaria sin lavado intraoperatorio del colon. De ellos 20 fueron intervenidos por perforación y 8 por oclusión.

Resultados: No hubo mortalidad. Ningún paciente presentó dehiscencia anastomótica. No se registraron colecciones o abscesos intraabdominales. Dos pacientes tuvieron infección de herida. La morbilidad global fue del 17,8%.

Conclusión: La resección y anastomosis primaria sin lavado intraoperatorio del colon puede ser una opción técnica en el tratamiento quirúrgico de la patología urgente de colon izquierdo con buenos resultados en pacientes seleccionados.

O-356

REVISIÓN DE LA RADIOLOGÍA EN LAS SOSPECHAS DIAGNÓSTICAS DE APENDICITIS AGUDA INTERVENIDAS QUIRÚRGICAMENTE

S. Montmany Vioque, J.M. Hidalgo Rosas, G. Canovas Moreno, P. Rebasa Cladera, J. Serra Aracil, E. Artigau Nieto, J.M. Moreno Matias, O. Aparicio Rodríguez, J. Hermoso Bosch y S. Navarro Soto

Hospital de Sabadell, Sabadell.

Objetivos: Conocer el número de pruebas de imagen que solicitamos en nuestro hospital en todas las sospechas de apendicitis aguda que se intervienen quirúrgicamente, analizando el resultado cuando ésta se solicita.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 303 pacientes.

Criterios de inclusión: Todos los casos con orientación diagnóstica de apendicitis aguda intervenidos quirúrgicamente entre Abril del 2004 y Septiembre del 2005.

Criterios de exclusión: Pacientes con edad inferior a 16 años.

De los 303 casos revisamos para cada uno si se había realizado Ecografía (ECO) y/o Tomografía Computerizada (TC). En caso que una de las dos pruebas se hubiera realizado, analizamos qué diagnóstico exacto nos indicaba el radiólogo y si éste coincidía con el resultado obtenido de la Anatomía Patológica de la apéndice extirpada en quirófano.

Resultados: Se solicitó ECO y/o TC en un 29% de los casos (ECO en el 22% de los casos, TC en el 16%).

La ECO acertó en un 54,7% de los casos, erró en el 7,8% y fue no concluyente en el 37,5%.

La TC acertó en un 91,5% de los casos y erró en el 8,5%.

Analizamos los resultados según el sexo, la franja horaria y la edad, encontrando:

Se solicitaron un 53% de las pruebas en mujeres y un 47% en hombres. En mujeres, la ECO tiene un 58,1% de aciertos y la TC un 92,5%. En hombres, la ECO tiene un 47,6% de aciertos y la TC un 87,5%. Por la mañana se solicitó un 17,7% de ECO, por la tarde un 27,7% y por la noche un 23,4%; acertando en un 57,1% de los casos por la mañana, un 64,7% por la tarde y un 45,5% por la noche. En el caso de la TC se solicitaron por la mañana un 12,2%, por la tarde un 20% y por la noche un 19,2%; acertando en un 100% de los casos por la mañana, 71,1% por la tarde y 90% por la noche. Según la edad, se solicitó ECO en un 17% de los menores de 40a, en un 26% de los 40-60a y en un 37,1% de los mayores de 60a; acertando en un 57,9% de los casos solicitados en los menores de 40a, en un 41,2% de los de 40-60a y en un 69,2% de los de más de 60a. Se solicitó TC en un 7,8% de los menores de 40a, en un 28,8% de los 40-60a y en un 34,3% de los mayores de 60a; acertando en un 81,3% de los casos solicitados en menores de 40a, en un 100% de los de 40-60a y en un 91,7% de los de más de 60a.

Conclusiones: Esta revisión nos aporta resultados que nos orientan a como es la realidad en nuestro hospital: Se solicita un número de pruebas de imagen aceptable y con resultados que se aproximan bastante a la realidad patológica, siendo mucho mejor la TC que la ECO. Es la puerta que nos puede conducir a diseñar un estudio prospectivo que recoja todos los casos de dolor en FID y con unas características que nos permitan obtener resultados estadísticamente significativos aplicables a toda la población.

O-357

USO DE SUTURAS RECUBIERTAS DE CÉLULAS MADRE (BIOSUTURAS) PARA MEJORAR LAS ANASTOMOSIS CÓLICAS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN LA RATA

I. Pascual¹, G. Fernández de Miguel², R. Vitón Herrero¹, M. Álvarez Gallego¹, H. Guadalajara Labajo¹, D. Herreros Marcos¹, E. Villasevil¹ y D. García Olmo¹

Hospital Universitario La Paz, Madrid¹, Genetrix, Madrid².

Introducción: Para intentar mejorar la calidad de las anastomosis cólicas recubrimos el hilo de sutura con células madre derivadas de tejido adiposo. Los resultados se evalúan en términos de adherencias postoperatorias y resistencia de las anastomosis.

Material y método: Se utilizaron 2 ratas BDIX, singénicas, para extraer el tejido adiposo subdérmico del que se aislaron las células madre.

Se operaron 40 ratas BDIX en cuatro grupos de diez animales. A cada animal se le realizó una anastomosis colo-cólica monoplaneo con seis puntos sueltos. En cinco ejemplares de cada grupo la anastomosis se realizó con Polyglactin-910 y en los otros cinco con Polyglactin-910 recubierto de células madre. Los grupos se sacrificaron al 4º, 7º, 14º y 21º día postoperatorio.

Se midieron las siguientes variables: 1. Dehiscencia, 2. Dilatación, 3. Obstrucción, 4. Adherencias generales, 5. Separación de adherencias, 6. Estructuras adheridas, 7. Índice de adherencias, 8. Presión de ruptura, 9 Tensión de ruptura, 10. Punto de ruptura y 11. Histología de la anastomosis.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el índice de adherencias al cuarto y séptimo día postoperatorio entre las anastomosis realizadas con hilos convencionales y las realizadas con suturas con células madre. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presión ni la tensión de ruptura en ningún grupo.

Discusión: La utilización de material de sutura recubierto de células madre en anastomosis cólicas produjo un menor índice de adherencias sin alterar la resistencia, en este modelo animal. Queda por valorar el efecto de las suturas con células en un entorno sin adherencias.

O-358

¿TIENE PEOR PRONÓSTICO EL CÁNCER DE COLON COMPLICADO POR PERFORACIÓN QUE POR OCLUSIÓN?

E. Kreisler Moreno, S. Biondo, A. Osorio Gullon, J. Martí Rague, D. Fraccalvieri, T. Golda y M. Miro

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: La oclusión y la perforación son las complicaciones más frecuentes del cáncer de colon afectando a un tercio de los pacientes y estando gravadas por una alta morbilidad. Los resultados de la cirugía radical de urgencia han sido poco estudiados pero se ha observado que los tumores complicados presentan un peor pronóstico a largo plazo. Parecería que tanto el postoperatorio como la evolución a largo plazo son particularmente adversos en la perforación. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la cirugía oncológica del cáncer de colon complicado comparando pacientes ocluidos y perforados.

Material y métodos: Entre Enero de 1994 y Diciembre 2000 todos los pacientes con cáncer de colon ocluido o perforado intervenido de urgencia con intención curativa fueron incluidos en el estudio. Se evaluaron la morbilidad postoperatoria y la supervivencia y recurrencia a 5 años.

Resultados: De los 140 pacientes estudiados, 34 pacientes (24,3%) debutaron con peritonitis por perforación y 106 pacientes (75,7%) con un cuadro oclusivo. No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, clasificación ASA, estadio de la enfermedad. No resultaron diferentes la morbilidad de los pacientes perforados (47%) frente a los pacientes ocluidos (51%), $p = 0,624$. La mortalidad a un mes de los pacientes perforados (12%) no resultó distinta a la de los pacientes ocluidos (16%), $p = 0,51$. No se observaron diferencias significativas en la evolución a 5 años entre los pacientes perforados y ocluidos siendo equiparables sus supervivencias globales ($p = 0,3504$) y relacionada con cáncer ($p = 0,9956$) así como la recurrencia de la enfermedad ($p = 0,9307$). Del mismo modo, no se hallaron diferencias significativas en los resultados a largo plazo al estratificar este análisis por estadios de la enfermedad.

Conclusiones: El cáncer de colon complicado presenta una alta morbilidad postoperatoria y peores resultados a largo plazo que los pacientes intervenidos electivamente. En nuestra experiencia, no se demuestra una peor evolución postoperatoria o a largo plazo de los pacientes perforados sobre los ocluidos.

O-359

CIERRE DE ESTOMAS DE PROTECCIÓN EN CIRUGÍA COLORRECTAL: UNA SITUACIÓN INFAVALORADA

M.C. Cecilia Mercado, M. Rodríguez Martín, G. Salcedo Cabañas, E. Ortega Ortega, J. Zorrilla Ortúzar, E. del Valle Hernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivos: Analizar la morbilidad que presenta la cirugía de cierre de estomas en una serie de 60 casos realizados en nuestro servicio.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio descriptivo que incluye a 60 pacientes sometidos a cierres de estomas de protección en nuestro servicio entre enero de 2000 y julio de 2005. Entre las variables de análisis se incluyeron: tipo de estoma realizado, estancia hospitalaria y tasa de complicaciones.

Resultados: Se realizaron 39 cierres de colostomías frente a 21 cierres de ileostomías. En un 43,3% el diagnóstico de la primera cirugía fue benigno, mientras que en un 56,7% se trataba de un diagnóstico tumoral. Hallamos una incidencia de hernia paraestomal en el 11,7% de los pacientes (15,4% de las colostomías vs 4,8% de las ileostomías, $p > 0,05$), así como trastornos hidroelectrolíticos por débito alto en un 14,3% de pacientes sometidos a ileostomías de protección.

Hubo complicaciones tras el cierre del estoma en un 31,7% de los pacientes. Cabe destacar las complicaciones infecciosas, con una tasa de un 21,7% de infección de herida quirúrgica (25,6% en colostomías vs 14,3% en ileostomías, $p > 0,05$), y de un 8,3% de fuga anastomótica (5 casos en total, de los cuales uno precisó reintervención quirúrgica). La duración media de la estancia hospitalaria fue de 6,2 días tras la intervención.

Conclusiones: El empleo de estomas de protección ante una anastomosis de riesgo es cada vez más frecuente, debido a la reducción de la morbilidad que se consigue en el caso de dehiscencia anastomótica.

tica. Consecuentemente, también ha aumentado la realización del cierre de dichos estomas tras la recuperación del paciente. Esta no debe ser considerada una cirugía "menor", ya que conlleva una alta morbilidad, fundamentalmente infecciosa. En no pocos casos se producen complicaciones serias tras la misma (fugas anastomóticas), que en ocasiones requieren reintervención quirúrgica.

O-360

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN DE COLON IZQUIERDO CON PRÓTESIS AUTOEXPANDIBLES

J.A. Rueda Orgaz, P. Dujovne, P. Hernández, P. Jiménez, M. Ramos, C. García-Llorente, B. Fernández, J., Del Cerro, T. Hernández, C. Loinaz y A. Quintans

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Objetivos: La obstrucción de colon de causa tumoral constituye una urgencia quirúrgica común, que casi siempre conlleva un procedimiento quirúrgico urgente que obliga con frecuencia a la realización de un estoma. Con el empleo de las endoprótesis autoexpandibles de colon, se puede evitar la cirugía urgente, ofreciendo al paciente una intervención programada, en mejor situación clínica y con la opción de una anastomosis primaria. En estadios avanzados, puede utilizarse como medida paliativa.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia inicial desde el año 1999 hasta febrero 2006, revisando 31 casos con el diagnóstico confirmado con TC de cáncer de colon obstructivo, a los que se indicó la colocación de endoprótesis autoexpandibles tipo wall-stent, con radiología intervencionista y con control endoscópico. Se estudian las complicaciones derivadas del procedimiento y el resultado en términos de cirugías urgentes evitadas. Se analizan el estadiaje tumoral y la localización de la obstrucción como limitantes del procedimiento.

Resultados: Se indicó la colocación en endoprótesis, como paso previo a una cirugía reglada o como medida paliativa a 31 pacientes. La distribución por sexos fue de 17 mujeres (55%) y 14 varones (45%), con una edad media de 70 (50-94). En 24 (77%) pacientes se logró resolver la obstrucción evitando la cirugía urgente, de los que 15 se beneficiaron de una intervención programada, en un caso por laparoscopia, con una demora media de 8 días (4-16) y en 9 se adoptó como medida paliativa. El resto (6) se consideraron fallidos por dificultades técnicas, debido a la imposibilidad de canalizar la tumoración, y un caso presentó perforación que obligó a cirugía urgente. La localización habitual de la obstrucción fue en sigma (13), 42%, unión recto-sigma (10) 32%, ángulo esplénico (6) 20% y colon descendente (2) 6%.

El estudio anatomopatológico de las piezas resecadas fue T3 N0 (5), T3 N1 (7), T3 N2 (1) y T4 (3). Los no resecados se trataban de estadios IV. No hubo mortalidad derivada del procedimiento y como complicación reseñable hubo un caso de perforación que precisó cirugía urgente.

Conclusiones:

- Consideramos que la colocación de endoprótesis autoexpandibles de colon es una opción válida para el cáncer de colon obstructivo, siempre que exista la disponibilidad y experiencia del servicio de radiología intervencionista.
- La preparación mecánica del colon para una cirugía programada es adecuada tras la colocación de endoprótesis.
- Como medida paliativa resulta interesante al evitar una cirugía urgente.
- Con el empleo de las nuevas prótesis, las complicaciones como la perforación son más infrecuentes.

O-361

EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA DE LAS ANASTOMOSIS CÓLICAS EN UN ENTORNO SIN ADHERENCIAS POR ICDEXTRINA 4% (ADEPT®)

I. Pascual, A. Touza Fernández, M. Álvarez Gallego, D. Herreros Marcos, H. Guadalajara Labajo y D. García Olmo
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las anastomosis colorrectales tienen un período crítico de aparición de dehiscencias y fugas anastomóticas entre el tercer y el quinto día postoperatorio, que coincide con la fase de menos resistencia de la sutura. Las adherencias peritoneales locales, alrededor de la

línea anastomótica, parecen aumentar esta resistencia al cuarto día postoperatorio.

El objetivo de este estudio es comprobar si el uso de icodextrina 4% intraperitoneal disminuye la resistencia de las anastomosis cólicas al prevenir las adherencias postoperatorias al cuarto día postoperatorio en un modelo animal.

Material y métodos: Se operaron diez ratas macho Sprague-Dawley. En todos los ejemplares se realizó una sección completa del colon a 6 cm de la válvula ileocecal y una anastomosis colo-cólica monoplano con 6 puntos sueltos con polyglactin-910 de 4/0. Posteriormente se cerró el plano muscular de la laparotomía media con una sutura continua de seda del 0 y en la mitad de los ejemplares se inyectaron 40 ml de icodextrina 4% mediante un catéter a través de la laparotomía.

Las 10 ratas se sacrificaron al cuarto día postoperatorio y se midieron las siguientes variables: 1. Dehiscencia, 2. Dilatación, 3. Obstrucción, 4. Adherencias generales, 5. Separación de adherencias, 6. Estructuras adheridas, 7. Índice de adherencias, 8. Punto de ruptura, 9. Presión de ruptura, 10. Radio, 11. Tensión de ruptura.

Resultados: El índice de adherencias en el grupo tratado con icodextrina 4% fue menor de forma estadísticamente significativa (p 0,021). La resistencia y la tensión de ruptura de las anastomosis sin adherencias también fueron menores y en dos ejemplares hubo dehiscencia de la anastomosis.

Conclusiones: El uso de icodextrina 4% provocó una disminución en las adherencias peritoneales de forma estadísticamente significativa, pero esto indujo anastomosis cólicas de menor resistencia e incluso dehiscencias al cuarto día postoperatorio.

PÓSTERS

8 NOVIEMBRE 2006 PATIO COMEDOR/SALA ESCUDO
P-192- P-219

P-192

PRÓTESIS DE COLON, UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA DE URGENCIA EN LA OBSTRUCCIÓN AGUDA INTESTINAL. REVISIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A.B. Aláez Chillarón, J. Ruiz Tovar, S. Díaz Naranjo, C. Ramiro Pérez, D. García Teruel, I. Moreno Montes, E. Mendía y E. Martínez Molina
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El cáncer de colon es uno de los cánceres más frecuentes en nuestro medio y, de ellos, entre un 15%-30% se diagnostican como obstrucción aguda en un servicio de urgencias. Gracias a la aparición de las prótesis colónicas se puede resolver la obstrucción inicial para realizar una intervención quirúrgica diferida o incluso puede ser una alternativa terapéutica en casos de enfermedad tumoral avanzada.

Material y métodos: Revisamos las prótesis de colon colocadas entre enero de 1999 y diciembre de 2005 en el hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Resultados: En este periodo se colocaron un total de 49 prótesis, las cuales resultaron eficaces en 44 pacientes presentando complicaciones en 4 de ellos, todas correspondientes a prótesis definitivas (consistentes en dolor anal y rectorragia, 3 pacientes fallecieron por shock séptico probablemente porque el tumor ya estaba microperforado). Cinco de las prótesis no se expandieron por completo.

Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre 57 y 87 años (con una media de 70.8 años), el 91% de los pacientes acudió al servicio de urgencias con un cuadro de obstrucción colónica. Se colocaron 22 prótesis como tratamiento definitivo paliativo debido a la existencia de enfermedad muy avanzada con metástasis hepáticas y pulmonares en el momento del diagnóstico o bien a un elevado riesgo quirúrgico del paciente.

La media de días de la intervención programada tras la colocación de la prótesis fue de 5,7, realizándose en la cirugía: 13 resecciones anteriores bajas

7 sigmoidectomía

2 amputaciones abdomino-perineales

Conclusiones: La aparición de las prótesis de colon ha permitido realizar una cirugía con anastomosis primaria en casos de obstrucción agu-

da de colon con buenos resultados y mejorar de forma importante la calidad de vida de aquellos pacientes que de otro modo tendrían como alternativa una colostomía.

Es importante destacar que las complicaciones que se produjeron tras la colocación de las prótesis ocurrieron antes del año 2001. Esto puede ser atribuible a la curva de aprendizaje tanto en la selección de los pacientes como en la colocación y el tipo de prótesis existentes inicialmente.

P-193

TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES COMPLEJAS MEDIANTE GLUTARALDEHIDO DE ALBÚMINA BOVINA (BIOGLUE)

J.C. Gómez Rosado, L. Capitán Morales, J. Valdés Hernández, I. Sánchez-Matamoros Martín, E. Domínguez-Adame Lanuza, S. Morales Conde, A. Cano Matías, J. Guerrero García y J. Cantillana Martínez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El glutaraldehido de albúmina bovina es un pegamento biológico utilizado desde hace años en aplicaciones de cirugía torácica y cirugía vascular, fundamentalmente en la reparación de grandes vasos y sustituciones valvulares. Actualmente, y en base a la utilización de otros sellantes biológicos para el tratamiento de fístulas, se está aplicando en las mismas, y valorándose resultados preliminares.

Material y métodos: Mostramos en pasos detallados y con iconografía el proceso de tratamiento de las fístulas perianales de origen criptoglandular mediante sellado con glutaraldehido de albumina bovina (biogluetm).

1. Preoperatoriamente se realiza ecografía endoanal en la que se confirma la existencia de la fístula, se localiza su trayecto y se comprueba la existencia de colecciones residuales.
2. En caso de colección se aplica un seton de drenaje, sin tensión, durante 4-6 semanas, y se administran antibióticos durante 10 días.
3. Proceso del sellado.
 - a. Bajo anestesia locoregional, en posición ginecológica
 - b. Canalización de la fístula
 - c. Legrado del trayecto
 - d. Preparación del sellante
 - e. Aplicación del sellante, comprobando su salida por el orificio interno y por el externo.
4. Valoración clínica tras 1 semana, 1 mes y 3 meses.
5. Criterio de curación: cierre de la fístula y la desaparición de la sintomatología.

Resultados: Tratamos a 6 pacientes, todos ellos varones, al menos con una fístula compleja, de origen criptoglandular. En 2 casos se trataron 2 fístulas simultáneamente. En la primera semana, 4 pacientes presentaron mejoría de los síntomas, pero mantenían exudado. Al mes, habían cerrado la fístula, cesaron los síntomas, y mantienen ese estado a los 3 meses. De los dos restantes, uno de ellos ha precisado un segundo procedimiento de sellado a los 3 meses, tras el cual ha cesado la clínica de supuración y cerrado la fístula. El paciente restante no ha accedido a un segundo sellado, y en el momento de enviar este resumen está pendiente de cirugía. Las únicas complicaciones presentadas han consistido en discreto dolor postoperatorio en 3 casos. No han aparecido alteraciones funcionales.

Conclusiones: El tratamiento de las fístulas perianales complejas mediante sellado con glutaraldehido de albumina bovina obtiene unas tasas de resolución de la fístula aceptables, sin complicaciones. No produce alteraciones funcionales, manteniendo la integridad de los esfínteres. Además no impide la posterior realización de otros procedimientos quirúrgicos más invasivos.

P-194

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE DIVERTICULITIS AGUDA

A. Forero Torres, S. Ayuela García, F. del Castillo Díez, B. Díaz San Andrés, I. Valverde Nuñez, R. Nasimi, R. Fernández Sánchez, S. Valderrábano González y A. Mateo Martínez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Establecer una guía de diagnóstico y tratamiento para la enfermedad diverticular aguda, basándonos en la clasificación de Hin-

chey, y después de estudiar la incidencia y actuación terapéutica de los pacientes ingresados en nuestro servicio en los últimos tres años.

Material y métodos: En los últimos tres años en el servicio de Cirugía General A del Hospital Universitario La Paz, se han ingresado 60 pacientes con enfermedad diverticular de colon. De ellos se intervinieron de manera urgente 14 (23,33%), urgente diferida 2 (3,33%), diferida 8 (13,33%) y recibieron solo tratamiento médico 36 (60%). El 23,33% (14) eran menores de 50 años y de ellos un 73,43% fueron hombres y el 28,57% mujeres. El 33,33% (20) tenían entre 50 y 70 años, 65% eran hombres y 35% mujeres. Finalmente, el 43,33% (26) tenía más de 70 años, de los que 26,92% eran hombres y 73,08% mujeres. Un 35% (21) había sufrido un episodio previo y 65% (39) se presentaba como el primer episodio, y de aquellos que requirieron tratamiento urgente, ninguno había presentado episodios anteriores; Se realizó ecografía en un 18,33% y TAC abdominal en 50% de los pacientes. Cuando el resultado del TAC indicaba un Hinchey estadio 3 o 4 y/o el paciente presentaba signos clínicos de peritonitis, se realizó intervención quirúrgica urgente. En 13 pacientes se realizó intervención de Hartman y en 3 se realizó resección con anastomosis primaria. Los casos en los que la intervención fue urgente diferida, se debieron a un empeoramiento clínico y radiológico, pasando el estadio de Hinchey de ser menor de 2 a ser mayor de 2, realizándose igualmente intervención de Hartman. De los 36 casos tratados médicamente, 7 tenían Ecografía y 22 TAC abdominal todos ellos con sospecha de Hinchey menor de 2 y evolucionaron de forma favorable. A los pacientes tratados de manera diferida se les realizó en todos los casos resección y anastomosis primaria.

Conclusiones: Creemos que el TAC juega un papel fundamental en el momento del ingreso y estudio del paciente con sospecha de diverticulitis aguda resultando éste muy útil para clasificar el episodio según los grados de Hinchey y realizar así una actuación consecuente con los hallazgos. Si el TAC indica un estadio de Hinchey menor de 2 se realizará tratamiento médico, salvo en los casos en los que aparezcan complicaciones y pase a ser un Hinchey 3 o 4. Aquellos casos que sean Hinchey mayor o igual a 3, requerirán intervención quirúrgica urgente, inicialmente intervención de Hartman, excepto en casos muy seleccionados en los que se pueda realizar resección y anastomosis primaria de urgencia.

P-195

COLONO-TC: APLICACIONES VENTAJAS E INCONVENIENTES. NUESTRA EXPERIENCIA

A. Campillo Soto, E. Pellicer Franco, V. Soria Aledo, G. Morales Cuenca, P. del Pozo, M. Mengual Ballester y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: El estudio preoperatorio completo del colon es necesario para el manejo del cáncer colorrectal, debido a frecuente asociación de la neoplasia primaria de colon con adenomas colónicos (28%), y/o carcinomas sincrónicos (5%) de colon. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra serie de pacientes a los que se ha realizado colonografía tomográfica computarizada, indicaciones y los resultados.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo. Entre mayo de 2004 y agosto de 2005, 51 colonografías tomográficas computarizadas fueron realizadas en 51 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal estenosante y colonoscopia preoperatoria incompleta.

Resultados: Cincuenta y una colonografías tomográficas computarizadas fueron realizadas. Los hallazgos fueron los siguientes: 3 de ellas fueron normales (5,8%), y en las restantes se encontró un falso positivo para masa pélvica sospechosa de neoplasia (3,125%) y 2 falsos positivos (11,7%) para pólipos colónicos. El 50% de los hallazgos (n = 32), estuvieron en relación con metástasis peritoneales y neoplasias de colon. Hubo 12 casos de complicación técnica (5 falta de limpieza del colon, 2 falta de distensión, 5 escasa insuflación de aire) y 2 del paciente (1 manifestación vegetativa (vómitos), 1 sangrado rectal). La tasa global de complicaciones fue del 27,4% (correspondiendo el 23,4% a complicaciones técnicas y el 4% restante, relativas a los pacientes). No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento.

Conclusión: La colonografía tomográfica computarizada, por su seguridad, eficacia y buena tolerancia por parte del paciente, debe ser considerada como técnica alternativa de estudio del colon proximal a una neoplasia estenosante con colonoscopia incompleta. Además, permite obtener otros hallazgos asociados, intra y extracolónicos, y mejorar el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente.

P-196

OPERACIÓN DE HARTMANN. PREVALENCIA Y FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA DECISIÓN DE RECONSTRUIR EL TRÁNSITO EN NUESTRO MEDIO

C. Roque Castellano, A. Alonso Alvarado, A. Rodríguez Mendez, J. Marchena Gómez, A. Acosta Mérida, E. Nogués Ramia, G. Gómez Guerra, C. Fernández Quesada, F. Cruz Benavides, M. Sánchez-Lauro Martínez y J.M. Hernández Romero
Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La operación de Hartmann se considera como uno de los procedimientos más utilizados para el tratamiento quirúrgico de la patología del colon izquierdo complicada. Sin embargo, su principal inconveniente es que, por diversas razones, la reconstrucción del tránsito se obvia en un alto porcentaje de pacientes. Presentamos nuestros resultados con este tipo de cirugía.

Pacientes y métodos: Se analizó retrospectivamente una muestra de 162 pacientes que fueron sometidos a operación de Hartmann entre 1997 y 2004 en nuestra institución. Se recogieron como variables la edad, el sexo, escala de riesgo anestésico (ASA), patología de base (neoplasia vs no neoplasia), prevalencia de reconstrucción del tránsito, así como estancia postoperatoria, mortalidad perioperatoria y complicaciones en este último procedimiento. Asimismo se recogió la supervivencia a largo plazo, analizándose mediante el test de Kaplan-Meier. Para comparar variables categóricas se utilizó el test de χ^2 y para comparar variables cuantitativas se utilizó el test de la U de Mann-Whitney.

Resultados: La edad media fue 68,7 años (DE $\pm 14,9$; IC 95%: 66,4-71), 104 hombres (64,2%) y 58 mujeres (35,8%) ($p < 0,001$); 4 pacientes eran ASA I (2,5%), 59 pacientes (36,4%) ASA II, 72 pacientes (44,4%) ASA III y 27 casos (16,7%) ASA IV; 76 casos (46,9%) eran neoplásicos y 86 pacientes (53,1%) no neoplásicos. La mortalidad de la operación de Hartmann fue 20,4% y la estancia mediana 17 días. Se reconstruyeron 42 (25,9%). El tiempo medio hasta la reconstrucción fue 13,3 meses. La estancia mediana del procedimiento de reconstrucción fue 13,50 días, la mortalidad 0% y se complicaron 23 casos (54,8%). No hubo dehiscencia de sutura. La probabilidad de estar vivo a 1, 3 y 5 años fue de 64,1%, 50,4% y 44,3% respectivamente. La reconstrucción del tránsito se practicó de forma estadísticamente significativa y con mayor frecuencia en los pacientes hombres ($p = 0,003$), no neoplásicos ($p = 0,004$), de menor edad ($p = 0,001$) y menor riesgo anestésico ($p = 0,009$).

Conclusiones: La operación de Hartmann conlleva una alta mortalidad y, en nuestro medio, una escasa proporción de reconstrucciones del tránsito, especialmente en pacientes mujeres, neoplásicos, ancianos y de alto riesgo anestésico.

P-197

SISTEMA PARA LA MEDICIÓN DE LA RESISTENCIA DE UNA ANASTOMOSIS EN COLON DE RATA

M.P. Cebollero Benito¹, P. Tellez Yus² y J.M. Esarte Muniáin¹
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza¹, Universidad de Zaragoza, Zaragoza².

Objetivos: En la Cirugía del Aparato Digestivo una de las complicaciones más temidas es la dehiscencia anastomótica. Se realizan numerosos estudios para mejorar la cicatrización del colon. Para medir la resistencia de una anastomosis uno de los métodos empleados es la presión de estallido que indica la resistencia de la pared a los incrementos de presión intraluminal.

Material y métodos: Describimos el aparataje empleado para la medición in vivo de la presión de estallido en una anastomosis de colon en rata.

El sistema consta de un sensor de presión, una tarjeta de adquisición de datos y un software.

El procedimiento se realiza con la rata anestesiada y laparotomizada. Se introduce a través del ano una cánula 14G que va conectada con una llave en T, por un lado al sensor de presión y por otro a un sistema de infusión de suero.

El transductor de presión está conectado a un registro gráfico en un ordenador.

Una vez realizada una ligadura en el colon proximalmente a la anastomosis, se comienza la infusión de suero fisiológico a un ritmo de 1 ml/h hasta que el colon estalla. El estallido se puede evidenciar por un descenso brusco en el registro gráfico de la presión o por salida del suero a través del colon.

Se obtiene una gráfica en cuyo eje vertical aparece la presión de estallido y en el eje horizontal el tiempo transcurrido.

Consideramos importante no liberar las adherencias que se han formado alrededor de la anastomosis para que la medición sea más fisiológica.

Conclusión: El sistema descrito para la medición de la presión de estallido en el colon de rata es sencillo, barato y nos proporciona datos numéricos y gráficos.

P-198

CIRUGÍA COLORECTAL URGENTE VS ELECTIVA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORBIMORTALIDAD

R. Vilallonga Puy, F. Vallribera Valls, E. Espín Bassany, J.L. Sánchez, M. López Cano, R. Lozoya, J. Azem, X. Naval y M. Armengol
Hospital Universitario Valle de Hebrón, Barcelona.

Introducción: Los resultados de la cirugía dependen en gran medida del estado del paciente, y sin duda, del mismo acto quirúrgico. Las complicaciones postoperatorias son de vital importancia para la evolución postoperatoria, y su análisis, permite detectar procedimientos subjetivos de mejora, comparándolos con los estándares propuestos por las diferentes sociedades científicas.

Objetivo: Análisis retrospectivo y comparativo de la morbilidad en cirugía urgente y electiva del cáncer colorrectal (CCR).

Población: Pacientes intervenidos por cáncer de colon y recto con carácter electivo o urgente desde enero del 2003 hasta diciembre del 2005 en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Valle de Hebrón.

Métodos: Se analizan las complicaciones peroperatorias y postoperatorias inmediatas recogidas en un gestor de datos creado para este propósito. Se analizan las condiciones basales de edad, sexo y patología asociada ajustada a la clasificación ASA y mortalidad en el postoperatorio inmediato. Análisis comparativo pormenorizado de las complicaciones de la herida quirúrgica y del estoma, complicaciones quirúrgicas (Hemorragias, Fracaso de la cicatrización, íatrogenia, Infecciones intrabdominales, Obstrucción, oclusión, estenosis) y complicaciones generales (Respiratorias, Urinarias, Cardíacas, Vasculares, digestivas, neurológicas,...).

Resultados: Se han intervenido desde enero del 2003 a diciembre del 2005, 67 pacientes en cirugía urgente, y 682 pacientes de cirugía electiva por cáncer colorrectal. La edad media es de $64,4 \pm 15,9$ vs $67,7 \pm 15,1$. La hospitalización media ha sido de $16,4 \pm 13,5$ vs $10,7 \pm 8$. La mortalidad global ha sido del 13,4% vs 5,7%, y la morbilidad del 55% vs 39%. Las complicaciones de la herida quirúrgica han sido del 19,5% vs 14,4%, siendo la infección de la herida (19,4% vs 9,1%) la más frecuente en los dos grupos. Las complicaciones quirúrgicas del 51,2% vs 22,6%, siendo la más frecuente el íleo paralítico postoperatorio en los dos grupos (22,4% vs 7,6%), y la dehiscencia de sutura (16,4% vs 4,1%). Las complicaciones generales han sido del 35,8% vs 12,6%, siendo las más frecuentes las nefrouriñarias (13,4% vs 4,6%), las respiratorias (8,9% vs 4,6%) y las vasculares (8,9% vs 1,9%).

Resumen: Las complicaciones en cirugía colorrectal urgente tienen una incidencia claramente superior a los propuestos en cirugía electiva, son potencialmente más graves y tienen un mayor índice de mortalidad. El análisis de las complicaciones permite compararse entre diferentes estándares, lo que puede ayudar a mejorar la calidad asistencial.

P-199

PATOLOGÍA URGENTE COLO-RECTAL Y SU TRATAMIENTO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DURANTE LOS AÑOS 2004-2005

L. Comín Novella, J.M. del Val Gil, A. Cruces Conde, M. González Penabad y A. Minguillón Serrano
Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel.

Objetivos: analizar la patología urgente colorrectal y aquellos pacientes que se intervienen quirúrgicamente de forma urgente.

Material y métodos: realizamos una revisión retrospectiva de los datos de los pacientes que han presentado patología colorrectal urgente durante los años 2004-2005. Hemos encontrado casos de diverticulitis, neoplasia de colon perforada o en obstrucción y dehiscencias de sutura. Estudiamos edad, sexo, estancia, tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas y complicaciones. Las variables continuas se expresan como media \pm desviación estándar (DE) y las variables categóricas como porcentajes.

Resultados: Estudiamos a 52 pacientes, 30 varones (57,7%) y 22 mujeres (42,3%) Respecto a las patologías presentaron:

1.- Diverticulitis aguda 22 pacientes, de los que 14 (63,6%) no se intervienen quirúrgicamente de urgencia y el resto, el 36% sí, realizando 5 resecciones (62,5%), 3 segmentarias y 1 panclectomía total con ileostomía de descarga. En el resto se realiza 2 Hartmann (25%) y 1 laparotomía exploradora que, al observar que no había perforación ni peritonitis se cerró y se continuó tratamiento médico.

2.- Neoplasia de colon complicada 27 pacientes, de los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente por obstrucción 21 de los cuales hacen dehiscencia de sutura 2 (requiriendo reintervención), perforación 2, perforación y obstrucción 1 y 3 dehiscencias anastomóticas tras cirugía electiva. La edad media fue $71,2 \pm 9,4$ (DE) años. El 56,7% eran varones. Estancia media global es de $22,3 \pm 11$ (DE) días. Se realizaron 7 colectomías subtotales (23,3%), 9 colostomías (30%), 3 Hartmann (10%), 2 resecciones anteriores y 2 segmentectomías (6,7%) La localización del tumor es en 21 ocasiones recto-sigma (77%), 6% colon izquierdo y 15% derecho. Como complicaciones mayores hubieron 2 dehiscencias de sutura, una de las cuales terminó en éxitus.

3.- Otras patologías: también se intervinieron 1 vólvulo de sigma, 1 íleo biliar y 1 perforación sin causa neoplásica.

Conclusiones: 1.- Algo más de la mitad de los pacientes que ingresan por patología colo-rectal urgente lo hace por neoplasia, siendo la obstrucción lo más frecuente. 2.- La tendencia de nuestro centro es la intervención con carácter curativo y cirugía en un solo tiempo, aunque, dependiendo del estado de la lesión y el paciente se sigue realizando la operación de Hartmann. 3.- Son patologías que precisan larga hospitalización (media 15 días). 4.- La mayoría de diverticulitis agudas (62,5%) se dejan "enfriar" y se intervienen con posterioridad. 5.- Los índices de morbi-mortalidad no son elevados.

P-200

OCCLUSIÓN INTESTINAL MECÁNICA: ANÁLISIS DE LAS PATOLOGÍAS QUE LA PRODUCEN

L. Comín Novella y J.M. del Val Gil

Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: La oclusión intestinal es un síndrome que resulta de la dificultad del paso del contenido intraluminal a través del tracto digestivo. Las causas más frecuentes son las neoplasias, las adherencias-bridas y las hernias.

Material y métodos: realizamos un análisis retrospectivo observacional de los pacientes que han ingresado con oclusión intestinal mecánica durante los años 2004-2005 en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Teruel "Obispo Polanco" estudiando los siguientes parámetros: edad, sexo, estancia hospitalaria, patología, tratamiento (médico o quirúrgico), antecedentes quirúrgicos en los pacientes con adherencias/bridas y complicaciones postoperatorias. Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados: Durante estos dos años han ingresado 129 pacientes con oclusión intestinal de causa mecánica, 10 de los cuales reingresaron en varias ocasiones (todos con adherencias/bridas). La media de edad fue 70,66 años. La estancia media fue 8,12 días. El 56,6% eran hombres. Respecto a la patología, el 43,4% presentaban adherencias/bridas, el 38% hernia incarcerada y/o estrangulada, el 10% neoplasia de colon en oclusión, 3,1% carcinomatosis peritoneal. Los antecedentes quirúrgicos más frecuentes de los pacientes que ingresaron con oclusión intestinal producida por adherencias, en orden de frecuencia, fueron: neoplasia de colon, apendicitis aguda, hernia inguinal, patología gastroduodenal y patología ginecológica. El 57,4% se trató quirúrgicamente, y solamente el 14% de las obstrucciones por adherencias. El 85,7% no presentaron complicaciones, hubieron 10 éxitus, 1 infección de orina, 1 isquemia intestinal, 2 infecciones respiratorias.

Conclusiones: 1.- La oclusión intestinal es un síndrome frecuente, sobretodo en pacientes mayores. 2.- El 80% ha sido por oclusión de intesti-

no delgado y causa extrínseca (bridas/adherencias y hernias), siendo la causa parietal la segunda en frecuencia (neoplasia de colon). 3.- En nuestro medio se tratan mayoritariamente de forma conservadora las adherencias.

P-201

ANÁLISIS DEL CÁNCER DE RECTO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORECTAL

S. Borlan Anson, A. Martínez Germán, A. Monzón Abad, P. Ibáñez Miralles, R. Barranco Cortés, J.M. Esarte Muniain y J.L. Fernández

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio. En la actualidad, constituye la segunda neoplasia tanto en varones como en mujeres, tras el cáncer de pulmón y de mama, respectivamente. Cuando se consideran ambos sexos conjuntamente, ocupa el primer lugar en incidencia y representa la segunda causa de muerte por cáncer.

Los síntomas y signos más frecuentes asociados al CCR son la rectorragia, mezclada o no con las heces, y el cambio en el ritmo deposicional. La detección de anemia ferropénica también puede ser la forma de presentación.

Objetivo: Se analizan en una muestra de 607 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, la epidemiología y diversos aspectos pronósticos en el cáncer de recto.

Material y métodos: El estudio es retrospectivo observacional. Los resultados fueron los siguientes: 170 pacientes con cáncer de recto, la clínica más frecuente de presentación fue la rectorragia vista con 135 casos, distribución por sexos: 110 paciente varones frente a 60 mujeres, distribución por edades: < 65 años: 52, 65-75: 67, 75-85: 41, > 85 años: 10. El tacto rectal fue negativo en 5 pacientes, en 35 fue positivo T2, en 55 positivo T3 y 4 en T4. La infección nosocomial fue de un 19%. Se realizaron un total de 97 RAB sin ileostomía de protección, 7 con ileostomía de protección, 43 intervención de Mies, 4 TEM, 4 Hartmann, 2 colectomías totales, y 8 colostomías. El estadio de extensión más frecuente fue el T3N0M0, T4N0M0 (Estadio II). En 101 pacientes no hubo ninguna complicación, y entre las existentes las más frecuentes son las locales (infección de herida) con 29 pacientes, seguidos de fístulas con 10 pacientes 7 de ellas en RAB y 3 en RAA. La mortalidad fue de un 3%.

P-202

RECONSTRUCCIÓN DEL SUELO PÉLVICO TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL DE MILES ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

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

Hospital Clínico y Provincial, Barcelona.

Introducción: En ocasiones la cirugía del recto debe acompañarse de exéresis de órganos adyacentes, siendo necesario la realización de cirugía reconstructiva. Se expone un caso clínico de una paciente con un carcinoma escamoso del canal anal con amplia infiltración de la cara posterior de la vagina. Se intervino quirúrgicamente, realizándose una amputación abdominoperineal de Miles asistida por laparoscopia con colectomía posterior y realización de neovagina.

Caso clínico: Mujer de 53 años que consulta por proctalgia, salida de material fecal a través de la vagina y síndrome constitucional. Antecedente de histerectomía y doble anexectomía por metrorragias. Tacto rectal: estenosis anal infranqueable y solución de continuidad en cara posterior de la vagina con palpación de mucosa rectal al tacto vaginal. Antígeno carcinoembrionario de 15. No presencia de enfermedad diseminada ni adenopatías inguinales en las pruebas de imagen y presencia de fístula recto-vaginal en enema opaco. Inicialmente se realizó colostomía lateral por laparoscopia y toma de biopsias de la tumoración rectal a través del orificio fistuloso vaginal (AP: carcinoma de células escamosas). Realizó RT + QT neoadyuvante con disminución significativa del tamaño de la masa. A las cinco semanas, se realizó una amputación abdominoperineal de Miles asistida por laparoscopia con tiempo perineal en prono, realizando refección en bloque de dos terceras partes de la

vagina. Posteriormente se procedió a reconstrucción mediante realización de neovagina con plastia musculocutánea vascularizada de gracilis izquierdo. La evolución postoperatoria de la paciente fue satisfactoria.

Comentarios: El carcinoma escamoso supone entre el 2 y el 5% de todas las neoplasias ano-rectales, predomina en mujeres entre los 60 y 70 años y se asocia a infección por el virus del papiloma humano en el 80% de los casos. Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de recto de extensión distal. Si el tumor es inferior a 2 cm se realiza exéresis local amplia y si es superior a 2 cm se debe tratar con RT + QT. Si no hay respuesta o presenta recidiva de la enfermedad se realizará una amputación abdomino-perineal de Miles. Si el defecto de repelación es grande es necesario cubrir el defecto con injertos vascularizados.

P-203

SÍNDROME DE LYNCH EN 3 FAMILIAS: NUEVA MUTACIÓN EN EL GEN MSH2 CONSECUENCIA DE UNA RECOMBINACIÓN CROMOSÓMICA HOMÓLOGA DESIGUAL. POSIBLE EFECTO FUNDADOR

P. Carbonel Meseguer, J.M. Rodríguez González, N. Torregrosa Pérez, T. García, M. Balsobre Salmerón, A. Ríos Zambudio, J. Luján Pompean y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El cáncer colorrectal hereditario no polipósico o síndrome de Lynch es la forma hereditaria más frecuente de cáncer de colon que conocemos siendo la causa de alrededor del 5% de todos los tumores de este tipo diagnosticados en los países desarrollados. Además del colon y recto, se pueden afectar endometrio, estómago, páncreas, sistema urinario, ovario, vías biliares e intestino delgado.

Los genes implicados en el desarrollo del síndrome son fundamentalmente MLH1 y MSH2 (90% de los casos) y menos frecuentemente MSH6 y PMS1 (10% restante). La forma de herencia es dominante y se estima que los individuos portadores de un alelo alterado de uno de estos genes posee un riesgo superior al 80% de desarrollar algún tumor en alguno de los órganos anteriormente citados (principalmente colon y endometrio) antes de los 80 años de edad, siendo frecuente el desarrollo de tumores síncronos o metacrónos. La edad media de diagnóstico se sitúa en torno a los 40-45 años de edad.

La identificación de los individuos portadores de mutaciones permite el incremento de la esperanza y calidad de vida, tanto en los que ya han desarrollado algún tumor como en los asintomáticos al permitir establecer protocolos de seguimiento específicos que posibiliten la identificación de los tumores en sus fases iniciales.

A nivel genético, la mayoría de alteraciones descritas hasta la fecha son mutaciones puntuales (cambios de base) y pequeñas inserciones/deleciones que introducen modificaciones deletéreas en las proteínas sintetizadas. Recientemente, con la aplicación de técnicas cuantitativas, se está empezando a identificar un número creciente de casos en los que el desarrollo del síndrome es consecuencia de la pérdida o (menos frecuentemente) duplicación de grandes regiones dentro de los genes como consecuencia de recombinaciones anómalas entre regiones no homólogas del ADN que guardan una elevada semejanza en sus secuencias.

Pacientes y métodos: Se estudian genéticamente 3 familias que presentaban diversos tumores del espectro del síndrome de Lynch en varios individuos de diferentes generaciones.

Resultados: La caracterización de la mutación responsable ha permitido la identificación de 4 portadores afectados y de 9 asintomáticos, lo que ha hecho posible su adecuado asesoramiento genético. En los 4 casos la mutación identificada supone la duplicación de un fragmento de ADN de más de 2000 pares de bases que incluye el exon 8 del gen MSH2 como consecuencia de una recombinación desigual entre cromosomas o cromátidas hermanas. Se han identificado las secuencias homólogas entre las que ha tenido lugar la recombinación anómala y se propone el mecanismo más probable mediante el cual se produjo esta duplicación. Se estudia el efecto fundador. Por último se discute el posible origen común de la citada alteración genética en base al análisis de secuencias microsatélite ligadas al gen MSH2.

Conclusión: La recombinación cromosómica en MSH2 puede dar lugar al síndrome de Lynch, por lo que debe estudiarse en casos de screening habitual negativo.

P-204

RECONSTRUCCIÓN PERINEAL CON COLGAJO DE AVANCE EN V-Y MODIFICADO Y GRACILIS

B. Montejo Mailló, P. Benito Duque, A. Dejuan Huelves, L. Hernández Cosido, I. Silva Benito, M.J. Iglesias Iglesias, A. Abdelah, A. García Plaza, C. Esteban Velasco, F. Blanco Antona y A. Gómez Alonso

Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: Con frecuencia, el cirujano plástico debe abordar el tratamiento de defectos secundarios a la cirugía oncológica en el área perineal. La pérdida de tejido suele corresponder a una resección perineal y si es precisa la resección conjunta con la región vulvar, el defecto alcanzará dimensiones que limitan el número de colgajos disponibles.

Caso clínico: Paciente de 56 años, con ADC perianal bien diferenciado de tipo colónico (T4N3M0) de 3 años de evolución, infiltrando vagina. Inicialmente se realiza una colostomía terminal sigmoidea por vía laparoscópica, con QT y RT preoperatorias, seguida de una amputación abdomino-perineal, incluyendo la pared posterior de la vagina y los labios mayores. La lesión recidivó 6 meses más tarde, por lo que se realizó una resección completa de la vagina y del cuello uterino, quedando expuesta la pared posterior de la vejiga, las tuberosidades isquiáticas y el coxis. Reconstruida con 2 colgajos en VY basados en la región glútea. Modificamos el diseño del colgajo movilizándolo los extremos laterales hacia el área central del defecto entrecruzándolos, consiguiendo el cierre primario sin tensión ni signos de compromiso circulatorio para los colgajos. La evolución se complicó en el postoperatorio con una infección de la herida al 4º día, que se controló con la revisión quirúrgica de la zona, curas locales y antibióticos intravenosos. Los colgajos sobrevivieron totalmente, pero el edema secundario dificultaba su reposición a la posición inicial, dejando una dehiscencia con exposición de la pared vesical, por los que se realizó un colgajo miocutáneo del músculo gracilis izquierdo. La evolución fue satisfactoria, siendo alta hospitalaria después de un mes.

Discusión y conclusiones: El colgajo de avance VY sobre la superficie interna del muslo ha sido descrito como una técnica segura pero que puede ser insuficiente cuando la reconstrucción del defecto incluye la vulva y la región perianal conjuntamente. El colgajo VY basado en las arterias perforantes procedentes de la arteria glútea inferior ofrece suficiente tejido para la reconstrucción de defectos que incluyen ambas áreas. Hemos modificado la posición final en el avance de los extremos laterales, entrecruzando sobre sí mismos los extremos de cada colgajo para aportar un mayor volumen del tejido al área central. El colgajo VY basado en las arterias perforantes del músculo glúteo mayor permite la reconstrucción de defectos especialmente extensos en la región perianal, siendo una técnica rápida y de fácil realización, con un aceptable resultado estético y mínima mortalidad. El colgajo musculocutáneo gracilis continúa siendo una buena opción para el tratamiento de defectos de tamaño moderado de esta zona anatómica.

P-205

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE SUELO PÉLVICO ASOCIADOS A PROLAPSO VAGINAL

R. Alós Company, A. Solana Bueno, D. Moro Valdezate, V. Pla Martí, M.D. Ruiz Carmona y J. García Armengol

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: Cualquier trastorno del suelo pélvico, como enterocele o rectocele, puede asociarse a la eversion o prolapso vaginal posthisterectomía. La mejor intervención en estos casos no ha sido establecida. Una valoración multidisciplinar puede ayudar a elegir la mejor técnica para estas pacientes. Presentamos una serie de 4 pacientes intervenidas por este motivo.

Material y métodos: 4 pacientes con edad media de 54 años fueron valoradas en nuestra unidad de suelo pélvico por presentar distintas patologías asociadas a eversion de cúpula vaginal posthisterectomía en los últimos 16 meses. En todas ellas el tiempo medio de aparición de la misma fue de 9.5 meses tras la histerectomía y la manifestación más molesta era la tumoración que prolapsaba a través de la vulva. Las demás características fueron:

Paciente	Síntomas asociados	Intervenciones	Patología suelo pélvico asociada	Manometría	Defecografía
1	Defecación obstructiva	Previas Rectoceles	Sd periné descendente	-	Pequeño rectocele
2	—	Cistocele Enteroceles Rectoceles	Enterocel	Normal	Enterocel
3	Defecación obstructiva	-	Rectocel	-	Rectocel
4	Defecación obstructiva Diverticulitis	-	Enterocel Rectocel	Normal	Enterocel Rectocel

Resultados: Las 3 primeras pacientes fueron intervenidas por vía vaginal practicando en todas ellas una colposuspensión al ligamento sacroespinoso izquierdo. En la paciente 2 se asoció una resección de cúpula vaginal y en la paciente 3 se efectuó corrección del rectocele mediante plicatura rectal y colpoplastia también por vía vaginal. La paciente nº 4 fue operada por vía abdominal por su proceso diverticular efectuándose el mismo tipo de colposuspensión, además de la resección de sigma. Las 3 primeras pacientes fueron dadas de alta a las 48 horas y no presentaron morbilidad. La 4ª paciente se dio de alta al 6º día de la intervención también sin complicaciones. Todas las pacientes se encuentran libres de molestias sin recidiva del prolapso.

Conclusiones: La vía vaginal para tratamiento de la eversión vaginal posthisterectomía asociada a rectocele o enterocele es sencilla, con mínima morbilidad, rápida recuperación y con buenos resultados. La vía abdominal debe reservarse para pacientes que van a intervenir de otro proceso abdomino-pélvico concomitante.

P-206

USO DE CONTRASTE ORAL HIDROSOLUBLE EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTestinal DE ORIGEN ADHERENCIAL

A. Cruz Cidoncha, E. Marqués Medina, P. Yunta Abarca, M. Losada Ruiz, G. Zarzosa Hernández, A. Castro, S. Nabhan y V. Rosales Trelles

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: Las adherencias son la principal causa de obstrucción intestinal de intestino delgado. La mayor parte de las obstrucciones por adherencias se resuelve con tratamiento conservador. No existe consenso sobre cuando debería aplicarse el tratamiento conservador en estos pacientes y cuando el tratamiento quirúrgico. El contraste hidrosoluble es utilizado para identificar a pacientes susceptibles de tratamiento conservador en las obstrucciones intestinales. Algunos estudios han demostrado que la administración de contraste hidrosoluble por vía oral es terapéutica en las obstrucciones intestinales.

Pacientes y métodos: Se incluyen 33 pacientes ingresados por cuadro de obstrucción intestinal por bridas desde enero de 2004 a abril de 2006. En 15 pacientes se utilizó solución de contraste yodado hidrosoluble por sonda nasogástrica y en 18 no se empleó. Las variables analizadas fueron edad, sexo, localización de la cirugía abdominal (supramesocólica, inframesocólica o ambas), si fue resuelta mediante tratamiento quirúrgico o conservador, estancia media y fallecimientos. Para el estudio comparativo de variables cuantitativas se utilizó el test de la t y el test de la Chi cuadrado para la comparación de variables cualitativas a partir de una tabla de contingencia.

Resultados: La edad media en el grupo tratado con contraste yodado fue de 75,6 años, en el grupo no tratado fue de 72,6 años. En los tratados con contraste yodado el porcentaje de varones es del 60% (9) y de mujeres del 40% (6) en los no tratados los varones son 38,8% (7) y las mujeres 61,1% (11). En los tratados con solución yodada las cirugías abdominales realizadas previamente fueron 10 inframesocólicas (66,6%), 3 supramesocólicas (20%) y 2 ambas (13,3%) en los no tratados 12 inframesocólicas (66,6%), 2 supramesocólicas (11,1%) y 3 ambas (16,6%), un paciente no presentaba cirugía previa (5,5%). Del grupo de los tratados con contraste yodado fueron manejados con tratamiento conservador el 93,3% (14 pacientes) y solo un paciente

(6,6%) fue intervenido quirúrgicamente. De los no tratados el 72,2% fue susceptible de tratamiento conservador (13 pacientes) y el 27,7% de tratamiento quirúrgico (5 pacientes). La estancia media en los pacientes tratados con contraste yodado fue de 12,46 días y de los no tratados de 14,27 días. Dos de los pacientes tratados fallecieron (13,3%) y dos de los no tratados también (11,1%). Utilizando el test de la Chi cuadrado el porcentaje de pacientes tratados con contraste yodado con cuadro de obstrucción de intestino delgado que se resolvió con cirugía fue significativamente menor que el de los no tratados (nivel de confianza de 90%). La estancia media de los pacientes tratados con contraste yodado fue menor que las de los no tratados aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: El contraste yodado con intención terapéutica administrado por vía oral o por sonda nasogástrica puede favorecer la resolución de cuadros de obstrucción de intestino delgado por bridas y según nuestro estudio disminuye la necesidad de cirugía y la estancia hospitalaria media.

P-207

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA ANAL VERRUCOSO O TUMOR DE BURSCHKE-LOWENSTEIN

A. Rahy Martín, A. Bravo Gutiérrez, J.C. García Hernández, L. Delgado Plasencia y A. Alarcó Hernández

Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El condiloma gigante acuminado o tumor de Burschke-Lowenstein de la región anorrectal o perianal es una entidad infrecuente, que habitualmente afecta a los genitales. Se caracteriza por un crecimiento lento, pero destructivo, que puede extenderse hacia el recto o vejiga. Presentamos el caso de un paciente tratado en nuestro servicio por esta patología.

Caso clínico: Paciente varón de 52 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude a nuestro Hospital por tumoración anal sangrante de 6 meses de evolución, que ha ido progresivamente aumentando de tamaño. Refiere una pérdida ponderal de 20 kg en ese tiempo, sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración destaca importante palidez mucocutánea, y a la exploración anal, gran tumoración anal excrecente y mamelonada, con signos de sangrado reciente y drenaje purulento a la expresión. No es posible la realización de tacto rectal por la imposibilidad para la identificación del orificio anal. No existen otros hallazgos significativos en el resto de la exploración.

Se realizan pruebas complementarias, donde se evidencia Hb de 7,3 g/dl y Hcto de 23,8%, leucocitos de 17.400/mm³ (N 87%). Se toma cultivo de la secreción purulenta, siendo positivo para *Pseudomonas aeruginosa*. Se toma biopsia de la lesión, que es informada como condiloma acuminado. Se realiza TAC abdominopélvico, donde se objetiva la presencia de una gran masa que ocupa la pelvis menor, pero que no infiltra la pared rectal y con ausencia de adenopatías regionales.

Durante el ingreso el paciente desarrolla un cuadro de obstrucción intestinal como consecuencia de la masa pélvica, motivo por el que es intervenido de forma urgente, realizándose una colectomía subtotal con ileostomía Terminal, al evidenciarse una isquemia transmural colónica motivada por la gran distensión colónica subaguda presente, demorándose para un segundo tiempo la extirpación de la lesión anal.

La intervención quirúrgica reglada se programa de acuerdo con el Servicio de Cirugía Plástica. Bajo anestesia general se realiza la extirpación de la lesión, previa colocación del paciente en posición de navaja sevillana, con exéresis de la totalidad de la tumoración, preservando las glándulas seminales, el complejo bulbocavernoso y la próstata, pero con extirpación del complejo esfinteriano y el muñón rectal remanente. La reconstrucción se realiza mediante colgajo muscular hemiglúteo mayor derecho con pedículo superior para relleno de la pelvis menor y cobertura con colgajo glúteo derecho fasciocutáneo de avance.

Conclusiones: A pesar del comportamiento agresivo de esta lesión, el tratamiento quirúrgico es curativo en muchos casos, aunque en ocasiones sea necesaria la realización de una amputación abdominoperineal para conseguir la resección completa de la lesión, siendo este el mejor factor pronóstico.

P-208

EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN EL ESTUDIO DE LA SOSPECHA DE RECIDIVA DEL CÁNCER COLORRECTAL

J. Martín Arevalo, F. Morera Ocon, F. Ripoll Orts, J. García Mingo, M. García-Granero Ximenez, J.J. Millán Tarín, J.C. Bernal Sprekelsen y F. Checa Ayet

Hospital General, Requena.

Objetivo: Evaluar la utilidad del uso de la PET en pacientes con elevación de marcadores tumorales con hallazgos radiológicos previos no concluyentes con el diagnóstico de recidiva locorregional o sistémica del cáncer colorrectal

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo realizado entre enero'02 y diciembre'05 en el que se han incluido aquellos pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal e intervenidos de forma electiva y con carácter curativo. La PET se indicó en casos en los que se detectó bien una elevación de marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) presentando tomografía axial computerizada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RMN) no concluyentes con el diagnóstico de recidiva locorregional o bien ante la detección de nuevos nódulos que planteaban el diagnóstico diferencial entre recidivas de cáncer colorrectal o cambios postquirúrgicos.

Resultados: Se analizaron un total de 10 pacientes intervenidos por cáncer colorrectal con intento curativo. De estos 7 casos correspondieron a tumores rectales (3 tercio superior y 4 tercio inferior) y 3 casos a tumores de colon. La estadificación de los tumores rectales clasificó 5 casos como estadios III y 2 casos como estadios II, mientras que los casos cólicos fueron todos estadios III. El resultado de la PET fue positivo en 5 casos, de los cuáles tres correspondieron a tumores cólicos y dos a tumores rectales. En el caso de los tumores cólicos se informó de la probable presencia de metástasis pulmonares bilaterales (TAC normal y elevación de CEA) en un caso y en el resto se trató de acúmulos patológicos a nivel hepático y a nivel correspondiente a ganglios interaortocavos (TAC normal y CEA elevado). De los casos positivos correspondientes al cáncer de recto en un caso se detectó un acúmulo patológico a nivel pélvico, sin traducción radiológica ni elevación de marcadores tumorales, por lo que, tras plantearle un "second look" a la paciente esta se negó. Esta paciente actualmente se encuentra completamente asintomática y la imagen ha desaparecido en el seguimiento. La PET correspondiente al otro caso del cáncer de recto apreció acúmulos patológicos a nivel hepático, ganglios interaortocavos, esplénicos y a nivel de promontorio sacro (TAC: pequeños nódulos mal definidos a nivel interaortocava que sugerían la presencia de adenopatías a dicho nivel, a nivel hepático aumento del órgano sin apreciar nódulos y elevación de marcadores tumorales (CEA y CA 19.9). En ningún caso se optó por un tratamiento quirúrgico de la recidiva, indicándose tratamiento quimioterápico paliativo en los casos sospechosos de recidiva sistémica. El resto de casos la PET fue normal y correspondió a 3 pacientes con elevaciones de CA 19.9 estando previamente sus valores normales y los dos casos restantes a la aparición de nuevas imágenes radiológicas que planteaban diagnóstico diferencial entre cambios postquirúrgicos y recidivas.

Comentarios: La PET es una nueva herramienta diagnóstica que sin duda alguna será utilizada en el futuro en el seguimiento de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal. Su uso pensamos debería restringirse a pacientes en los que el diagnóstico de recidiva local o sistémica no pueda ser llevado a cabo de forma segura por los medios convencionales disponibles.

P-209

USO Y ABUSO DEL DIAGNÓSTICO DE HEMORROIDES

G. Morales Cuenca, A. Campillo Soto, P. del Pozo Gil de Pareja, V. Soria Aledo, E. Pellicer Franco, A. Moreno Egea y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: Teníamos la hipótesis de que el término "hemorroides" es utilizado de forma genérica tanto por pacientes como por médico no especialistas para referirse a cualquier patología anal. Este diagnóstico "a priori" conduce en ocasiones a una pobre o nula exploración del paciente, y a errores en el diagnóstico y el tratamiento de la verdadera pa-

tología anal. El objetivo de este trabajo es confirmar esta hecho y analizar sus causas.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en 100 pacientes consecutivos remitidos desde primaria con el diagnóstico de hemorroides como primera visita a la consulta de cirugía. Se han recogido, entre otros datos, la edad y sexo del paciente, los datos clínicos, el diagnóstico del propio paciente, el diagnóstico de remisión del médico de primaria (hemorroides o hemorroides mas otro diagnóstico), el tipo de exploración realizada al paciente y el tratamiento que se le ha prescrito. Estos datos se han correlacionado con el diagnóstico del paciente tras la exploración en nuestra consulta.

Resultados: El motivo mas frecuente de remisión de los nuestros pacientes bajo el diagnóstico de hemorroides fue dolor mas anurragia, seguido de solo dolor y solo anurragia. Mas del 90% de los pacientes se autodiagnosticaron de padecer hemorroides, en mas de la mitad de los casos de forma errónea. Casi la mitad de los diagnósticos médicos de remisión fueron también erróneos. Este error diagnóstico se produjo casi exclusivamente en el grupo de pacientes no explorados por su médico. Mas de las 2/3 partes de los pacientes usaban una pomada corticoidea, habiendo desarrollado 1/3 de ellos un eccema corticoideo.

Discusión: Resulta curioso como a una patología generalmente indolora como las hemorroides se le atribuyese dolor, tanto por parte del paciente como el médico. Asimismo es sorprendente la alta "prevalencia" del término hemorroides no solo entre los pacientes sino también entre los médicos. Pero mas sorprendente aun es descubrir como mas de la mitad de los médicos de primaria se fíaron de este autodiagnóstico del paciente y no exploraron a los pacientes antes de remitirlos al especialista, lo que condujo a un alto error diagnóstico y al uso inadecuado de pomadas corticoideas.

P-210

LOS VEINTE PRIMEROS PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS COLORRECTALES EN CUATRO HOSPITALES CON DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN

E. Turienzo Santos², J.I. Rodríguez⁵, A. Suárez², F. Pozo¹, G. Urdiales³, R. Rodríguez⁴, J.A. Fernández³, R. Obregón⁴ y A. Trelles²

Hospital Álvarez-Buylla, Asturias¹, Hospital de Jarrío, Asturias²,

Hospital Valle del Nalón, Asturias³, Hospital de Cabueñes, Asturias⁴.

La introducción de procedimientos innovadores puede realizarse de diferentes formas, la experiencia del equipo en procedimientos colorrectales y laparoscópicos, el perfil de los cirujanos y su entorno de trabajo son condicionantes clave. Se presentan cuatro estrategias de introducción de la cirugía laparoscópica colorrectal llevadas a cabo por cirujanos diferentes, en su respectivo ámbito de trabajo, en distintos momentos y con los mismos resultados a corto plazo?

Material y métodos: Se identifican los primeros veinte procedimientos laparoscópicos colorrectales en cuatro unidades diferentes, los cirujanos que las han realizado, su estrategia de innovación, casuística y los resultados de morbilidad. En el Hospital A, de 500 camas han comenzado dos cirujanos con amplia experiencia en cirugía colorrectal y laparoscópica avanzada, uno de los cuales realizó 18 de los primeros 20 casos. En el hospital B, de 300 camas también han comenzado dos cirujanos, ambos con similar experiencia y cada uno ha hecho la mitad de los casos. En el Hospital C, de 112 camas comenzaron cuatro cirujanos, con menos experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y colorrectal, cada uno de ellos ha realizado menos de 10 procedimientos. En el Hospital D, un centro privado, un solo cirujano ha realizado todos los procedimientos.

Resultados: En A se comenzó en el año 2000 y predominaron las diverticulosis, displasias sobre adenomas y tumores en estadio I. En B empezaron en las mismas fechas y se intervinieron casi en la misma proporción diverticulosis y tumores en estadios precoces. En C, que comenzaron en 2003 predominó el cáncer de colon izquierdo en estadios II y III. En D predominó el cáncer en estadio II y la diverticulosis. Hubo una conversión en A, tres en B, 4 en C y ninguna en D. La morbilidad quirúrgica fue: en A un caso de fístula que precisó reintervención, en B tres complicaciones quirúrgicas en dos pacientes (dos hemorragias y una fístula) una de las hemorragias se reintervino por laparoscopia, en C una fístula y lesión de uréter que condicionaron una reintervención y una conversión, en D una hemorragia en un orificio de trocar que precisó reintervención. La mortalidad fue de dos casos en C, uno por fístula y otro por TEP y un caso en D por anemia severa y fallo cardíaco.

Conclusiones: Las características del entorno y de los cirujanos de la Unidad, así como el momento de inicio determinan la casuística por la que se comienza y esto a su vez condiciona la morbilidad. Comenzar más tarde se asocia a peores resultados si no se realiza una adecuada selección de los pacientes.

P-211

REACTANTES DE FASE AGUDA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA PERFORADA Y GANGRENADA: UTILIDAD DE LA PROTEÍNA C REACTIVA Y COMPARACIÓN CON EL NIVEL DE LEUCOCITOS

P. Artuñedo Pe, A. Rivera Díaz, M. Durán Poveda, G. Ortega Pérez, P. Hernández Juara, M. Medina Gómez, D. Huerga Alvarez, A. Antequera Pérez, E. Tobaruela de Blas, F. Pereira Pérez y A. Serantes Gómez

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La apendicitis aguda es el proceso quirúrgico que genera más intervenciones urgentes. El diagnóstico se sustenta en el análisis conjunto de la historia clínica, exploración, resultados analíticos (leucocitos), y en algunos casos de pruebas de imagen. La proteína C reactiva es un reactante de fase aguda que se eleva ante la presencia de procesos inflamatorios, se han publicado diferentes resultados sobre la utilidad diagnóstica y pronóstica en la apendicitis aguda.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio en 83 pacientes, con diagnóstico de abdomen agudo y sospecha de apendicitis aguda intervenidos quirúrgicamente. Se han analizado los niveles de leucocitos, nivel de proteína C reactiva, estudio anatomopatológico, y complicaciones postoperatorias. Se ha empleado un modelo de historia clínica informatizado (Selene Siemens). Los datos se han exportado desde una base de datos tipo Excel a un paquete estadístico SPSS 11,3, las variables cuantitativas se han comparado mediante la χ^2 , las cuantitativas mediante la t de Student, se han establecido los intervalos de confianza del 95%, y la p para considerar la significación estadística menor de 0,05.

Resultados: Han presentado cifras elevadas de Proteína C en los pacientes que han presentado apendicitis flemosa en el 67,9%, en la gangrenosa en el 100%, en la perforada en el 100%. Las cifras elevadas de Proteína C se han demostrado en el 100%, de los pacientes con complicaciones infecciosas. La asociación de leucocitosis y elevación de Proteína C ha mostrado una alta sensibilidad (> 75%), pero una baja especificidad (55%).

Conclusiones: La proteína C es un parámetro biológico con una utilidad similar a la leucocitosis, se incrementa su utilidad en urgencias si se valora en conjunto con la elevación de leucocitos y el contexto clínico de los pacientes.

P-212

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DEL SINUS PILONIDAL CRÓNICO EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: FISTULOTOMÍA FRENTE A EXÉRESIS COMPLETA

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Comparar los resultados de la exéresis completa y radical frente a la fistulotomía y legado de la periquística, valorando el tiempo de curas, recidivas y otras variables que inciden en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: Estudio comparativo, aleatorizado, abierto, entre la exéresis en bloque y la fistulotomía. En el período comprendido entre julio 2001 – diciembre 2005 se intervinieron un total de 1196 pacientes, 743 varones y 453 mujeres. La edad media de la serie es de 24 años, con rango de 16 – 43 años.

El estudio consta de 100 enfermos: 50 del grupo A (Exéresis completa) y 50 del grupo B (fistulotomía) con un tiempo de evolución postoperatoria superior al año. Ambos tratados con cierre por segunda intención y bajo anestesia local con sedación.

Se realiza valoración inmediata del dolor postoperatorio (escala gráfica 0-10), sangrado, tiempo de curación media, recidivas e infecciones.

Criterios de inclusión: Sinus pilonidal crónico procedente de la esfera quirúrgica. Tratamiento en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Criterios de exclusión: No aceptar tratamiento en régimen de Cirugía mayor Ambulatoria.

Resultados: Dolor postoperatorio grupo A: 5,1 y grupo B: 2,5.

Sangrado grupo A: 3/50 pacientes (6%) y grupo B: 0 pacientes (0%).

Tiempo de curación medio grupo A: 58 días y grupo B: 31 días.

Recidivas grupo A: 2/50 pacientes (4%) y grupo B: 2/50 pacientes (4%).

Infecciones grupo A: 3/50 pacientes (6%) y grupo B: 2/50 pacientes (4%).

Conclusiones: La fistulotomía permite realizar un tratamiento satisfactorio del Sinus Pilonidal con un tiempo de curas significativamente menor, reduciéndose los casos de dolor, sangrado e infecciones postoperatorias, sin que se hayan observado unas mayores tasas de recidivas en el período estudiado.

No parece necesario realizar una exéresis radical del quiste para obtener resultados satisfactorios.

P-213

COMPLICACIONES EN EL CIERRE DE ILEOSTOMIA DE PROTECCIÓN EN PACIENTES CON NEOPLASMA DE RECTO (CR) CON TRATAMIENTO NEOADYUVANTE

P. Collera Ormazabal, F. Roset, X. Curto, M. Bardaji, M. Sola, I. Guasch, M. Fernández-Layos y J. Caballe

Althaia - Xarxa Asistencial, Manresa.

Introducción: La Quimio-Radioterapia preoperatorio (QT-RDTpre) en el cáncer de recto (CR) localmente avanzado está ampliamente aceptada: menor toxicidad aguda, disminución del estadio, y aumento de la preservación esfinteriana. En la resección anterior de recto aumenta la incidencia de fallo de sutura debido a la realización de anastomosis rectales bajas, en ocasiones con reservorios rectales, y la asociación de RT preoperatorio, por lo que se recomienda la realización de un estoma de protección. Se han evaluado las complicaciones relacionadas con el cierre de la ileostomía.

Material métodos: Desde enero 2000/diciembre 2005 se han diagnosticado 175 neoplasias de recto, 80 pacientes presentaban un CR en estadios T3-4 N0-1M0. En 76 casos se administró tratamiento con 5-Fluorouracilo infusión continua (dosis 225 mgrs/m²/día/5 semanas) concomitante RDT 45 Gy (2 Gy/día/5 semanas), y 4 ptes recibieron QTotal. La cirugía se realizó a las 6 semanas. Se realizaron 27 Miles, 3 intervenciones Hartmann, 50 resecciones anteriores de las que 37 pacientes a criterio del cirujano se realizó una ileostomía. El cierre de la ileostomía se realiza a las 4-6 semanas, previa comprobación de la anastomosis rectal mediante rectoscopia y en ocasiones enema opaco.

Resultados: En 4 ocasiones el cierre de ileostomía se realizó al acabar el tratamiento complementario al detectar un fallo anastomótico. Los días de ingreso medio fueron de 5,2 días (rango 3-23). Se detectaron 11 complicaciones: 1 fallo de sutura, 2 suboclusiones, 6 infecciones de herida, y 2 complicaciones tardías: 1 reintervención por oclusión, 1 absceso pélvico.

Conclusiones: Se recomienda la realización de un estoma de protección en anastomosis rectales bajas asociadas a tratamiento QT-RDT preoperatorio con el fin de evitar una posible peritonitis en caso de fallo sutura. La cirugía relacionada con el cierre del estoma no está exenta de complicaciones lo que podría justificar en grupos especializados una mayor selección de las indicaciones de la realización de un estoma temporal.

P-214

PERFORACIÓN INTESTINAL ASOCIADA A INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS

L. Sánchez Moreno, M.C. Martín Jiménez, J.M. Suárez Grau, R. Jiménez Rodríguez, J. Vázquez Monchul, J.M. Álamo Martínez y F. Docobo Durántez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La infección por Citomegalovirus es una importante causa de morbilidad y mortalidad en pacientes inmunodeprimidos, como los pacientes trasplantados, los neoplásicos, los tratados con fármacos inmunosupresores y los pacientes infectados por el VIH.

Caso clínico: Varón de 58 años, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y Cardiopatía isquémica.

Ingresa en Digestivo para estudio de síndrome diarreico de dos meses de evolución acompañado de pérdida de 10 kg de peso, diagnosticán-

dose de colitis ulcerosa mediante colonoscopia y biopsia endoscópica. Se instauró tratamiento específico con corticoides y mesalazina desapareciendo la sintomatología. Un mes después acude por debilidad, hipotensión y dolor abdominal difuso. A la exploración el paciente presentaba signos de shock séptico. La exploración abdominal muestra dolor a la palpación superficial y profunda de forma generalizada con signos de irritación peritoneal.

En la analítica presentaba leucopenia de 3510 leucocitos y acidosis metabólica severa.

Se realizó RX abdomen con cúpulas apreciándose imagen de neumoperitoneo.

Ante la sospecha de peritonitis secundaria a perforación colónica se decide intervención quirúrgica urgente. Se aprecian múltiples perforaciones en colon ascendente, transverso y descendente realizándose Colectomía subtotal e ileostomía terminal.

En el postoperatorio inmediato se confirma la infección por VIH (categoría C3) presentando al 7º día peritonitis terciaria por perforación yeyunal que se sutura.

La anatomía de la pieza operatoria muestra múltiples úlceras en mucosa colónica, con afectación difusa y pocas áreas sin afectación macroscópica. El perfil inmunohistoquímico mostró positividad nuclear dispersa, en células endoteliales para CMV, resultados que confirmaron el diagnóstico de COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS, ULCERADA.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, la infección por citomegalovirus tiene una prevalencia del 21%, particularmente cuando la afectación es severa y existe resistencia al tratamiento corticoideo. En estos casos, la forma de presentación clínica suele ser grave (megacolon tóxico y/o perforación colónica) precisando tratamiento quirúrgico urgente.

El diagnóstico de la infección por citomegalovirus se basa en pruebas de laboratorio: diagnóstico serológico, métodos de cultivo, detección de antígeno viral, amplificación del ADN viral mediante PCR e histopatología, donde el hallazgo patognomónico son las inclusiones intranucleares y la confirmación mediante tinciones inmunohistoquímicas.

Es de vital importancia que se realice un rápido diagnóstico histopatológico postquirúrgico para instaurar una terapia precoz con ganciclovir intravenoso durante 2 semanas y continuar el tratamiento de mantenimiento a mitad de dosis por vía oral para evitar recidivas.

P-215

ENTERITIS EOSINOFÍLICA E INFESTACIÓN POR ANISAKIS: ¿UNA MISMA ENTIDAD CLÍNICA?

M.C. Jiménez Garrido, V. Sánchez Turrión, J.L. Lucena de la Poza, R. Martínez Arrieta, J. Garjo Álvarez, D. Melero Montes, C. Salas Antón, J. López Monclús, C. Jiménez Ceños y A. Colás Vicente
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivo: La enteritis eosinofílica (EE) es una entidad poco frecuente caracterizada por infiltración eosinofílica de la pared intestinal en grado variable, de causa no aclarada y clínica diversa. En ocasiones se diagnostica por métodos no quirúrgicos pero, en no pocos casos causa un cuadro de obstrucción intestinal (OI) que precisa tratamiento quirúrgico con posterior diagnóstico anatomopatológico. La ingestión de pescado contaminado por la larva de Anisakis Simple puede llevar a la aparición de síntomas gastrointestinales. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia de EE como causa de OI y su presunta relación con la infestación por anisakis y presentar nuestra experiencia de 10 casos que precisaron cirugía para su tratamiento.

Pacientes y métodos: Desde 1996 hasta diciembre de 2005, 10 pacientes fueron intervenidos en nuestro servicio de OI por EO, 6 varones y 4 mujeres con una edad media de 37 años. 5 pacientes habían consumido pescado crudo en días previos. El tiempo medio de evolución fue de 25 horas, excepto en un paciente que acudió a las tres semanas de iniciado el cuadro. Todos presentaron cuadro de dolor abdominal con vómitos, distensión abdominal y radiología abdominal con niveles hidroaéreos excepto uno que sólo refería náuseas y dolor en flanco derecho. En 2 pacientes aparecía eosinofilia. Aunque en 5 pacientes se decidió sin éxito tratamiento médico, todos fueron finalmente intervenidos. En 8 pacientes la oclusión se debía a estenosis o engrosamiento de un segmento de asa intestinal y en 2 pacientes a una brida originada en un granuloma del borde antimesentérico de un asa intestinal. En todos existía líquido libre en cavidad abdominal. En un paciente se descubrió

un parásito, anisakis, emergiendo a través de la pared intestinal en la zona engrosada. A 8 pacientes se les practicó resección intestinal, a uno sutura del orificio por donde emergía el parásito y al paciente restante sección de la brida y resección del granuloma. Un paciente presentó una infección respiratoria, otro una infección de la herida operatoria y un tercero una infección intercurrente por varicela.

Resultados: El informe anatomopatológico de todas las piezas operatorias fue de enteritis eosinofílica: en 6 piezas existía inflamación transmural eosinofílica con presencia de anisakis en 3 de ellas; en otras 2 un granuloma en empalizada por eosinófilos en torno a Anisakis y en la pieza restante aparecía una ulceración superficial y presencia de anisakis. Hasta la actualidad todos los pacientes se encuentran asintomáticos.

Conclusiones: La existencia de varios casos de obstrucción intestinal por enteritis eosinofílica con infestación simultánea por anisakis nos hace pensar en que se pueda tratar de una misma enfermedad. La creciente incidencia de esta parasitosis deberá ser considerada seriamente como problema de salud pública que implique cambios en los hábitos higiénico-dietéticos en el consumo de pescado.

P-216

VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL RECURRENTE

V.J. Ovejero Gómez, T. Gallego Bellido, A. Gutiérrez Ruiz, J.C. Cagigas Lanza, F. Gil Piedra, J.M. Gutiérrez Cabezas y A. Ingelmo Setien

Hospital Sierrallana, Torrelavega.

Introducción: Existe controversia en la actitud de diversos autores sobre el seguimiento postoperatorio exhaustivo del cáncer colorrectal y su valor pronóstico cuando se establece un diagnóstico precoz de la recurrencia, debido a su elevado coste económico e impacto social.

En nuestro hospital se realiza un seguimiento protocolizado de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal. Presentamos una revisión de nuestra casuística, los indicadores más precoces de recurrencia y el pronóstico en virtud del diagnóstico de la recurrencia.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo preliminar de 328 pacientes intervenidos en nuestro Centro entre 1995 y 2000 con una edad media de $70,1 \pm 9,7$ años y predominio masculino (62,8%). El estadije tumoral fue I: 4,6%, II: 46,3%, III: 31,4% y IV: 17,7%. La localización cólica fue 1,7 veces más frecuente.

Han sido considerados aquellos casos beneficiarios de resección curativa excluyendo los muertos postoperatorios y el estadio IV.

Resultados: Se produjo recurrencia en el 37,1% de los casos considerados, la mayoría en estadio III (64,9%). La mayoría de las recurrencias (42,5%) presentaron afectación local y a distancia al diagnóstico. La localización rectal del primario motivó el 61,7% de las recidivas presentando sólo recurrencia local el 26,9% de los mismos.

Los indicadores postoperatorios más precoces en el diagnóstico de recurrencia fueron la TAC que detectó el 91,5% de las mismas, la sintomatología (73,4%) y los marcadores tumorales (67%); estableciéndose diferencias significativas entre los diferentes estudios de seguimiento.

En el 9,6% de los casos la elevación de los marcadores tumores se anticipó al resto de indicadores con una premura media de 4,7 meses con respecto al siguiente estudio demostrativo de enfermedad.

El mayor número de recidivas de la enfermedad se produjo en el segundo (39,4%) y tercer (30,8%) años después de la resección.

La valoración de los pacientes con enfermedad recurrente permitió considerar al 31,9% (de los que el 56,6% presentaban síntomas al diagnóstico de la recurrencia) como susceptibles de rescate quirúrgico, consiguiendo reoperar con intención curativa el 19,1% de estos casos, de los cuales sólo el 16,7% habían presentado sintomatología al diagnóstico ($p < 0,05$). La supervivencia global de la serie se cifró en el 67,1% a los cinco años de los cuales 186 (56,7%) casos se encuentran libres de enfermedad.

Conclusiones: La anamnesis durante el seguimiento tiene escaso valor diagnóstico salvo que vaya dirigida a una sintomatología sospechosa. Una elevación de marcadores tumorales puede anticipar en el tiempo a otros indicadores de recurrencia pero pocas veces resulta determinante en la actuación clínica. La TAC representa la prueba con mayor efectividad en el diagnóstico precoz de la recurrencia. La presencia de sintomatología al diagnóstico de la recidiva podría ser un factor de mal pronóstico al ser escaso el número de estos pacientes que se beneficiarían de re-resección quirúrgica curativa.

P-217

UTILIDAD DEL RESCATE QUIRÚRGICO EN LA RECURRENCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

V.J. Ovejero Gómez, A. Gutiérrez Ruiz, I. Berrio Obregón, T. Gallego Bellido, J.C. Cagigas Lanza, J.L. Ruiz Gómez y A. Ingelmo Setién
Hospital Sierrallana, Torrelavega.

Introducción: El tratamiento del cáncer colorrectal ha progresado en los últimos años gracias al desarrollo de técnicas mínimamente invasivas y de modelos de terapia neoadyuvante y adyuvante más efectivos. El resultado de estas estrategias ha favorecido mejorar el pronóstico con supervivencias más prolongadas y una calidad de vida más aceptable. La actitud ante la recurrencia tumoral plantea un manejo más complejo porque no siempre se consigue un diagnóstico precoz, pocos enfermos son susceptibles de rescate quirúrgico y éste no siempre proporciona un efecto curativo.

Aportamos nuestra experiencia clínica en la recurrencia tumoral de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en nuestro hospital con un seguimiento postquirúrgico de cinco años.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo preliminar de 328 pacientes operados entre 1995 y 2000. Su edad media fue de $70,1 \pm 9,7$ años. La mayoría fueron varones (62,8%). La localización cólica del cáncer fue 17 veces más frecuente. El estadiaje según ésta fue: colon en estadio I: 5,8%, II: 52,4%, III: 26,9% y IV: 14,9%; y recto en estadio I: 2,5%, II: 35,8%, III: 39,2% y IV: 22,5%.

Han sido excluidos del estudio aquellos pacientes sometidos a resección paliativa, las muertes postoperatorias y los casos en estadio IV.

Resultados: Se produjo recurrencia en 94 pacientes y su distribución atendiendo a la localización del tumor primario fue: en colon con estadio inicial I-II: 12,8% y III: 25,5%, y en recto con estadio I-II: 22,3% y III: 39,4%. La afectación local y a distancia predominó en la mayoría de las recurrencias tanto en los tumores originarios del colon como del recto (17 y 25,5%, respectivamente). El 26,9% de las recidivas rectales fueron exclusivamente locales. Los periodos de máxima recurrencia correspondieron al segundo (39,4%) y tercer (30,8%) año después de la intervención.

El rescate quirúrgico de la recidiva se realizó en el 31,9% de los casos (colon: 38,8% y recto: 27,5%) de los cuales la re-resección se efectuó con intención curativa en el 19,1% (colon: 27,7% y recto: 22,2%), con la opción de quimioterapia y/o radioterapia complementaria o paliativa a la intervención. El tratamiento de la recidiva permitió rescatar 10 casos netos que se encuentran libres de enfermedad al finalizar esta revisión, incrementando en un 3,1% el número total de pacientes libres de enfermedad (56,7%). Los pacientes reintervenidos con intención curativa alcanzaron una supervivencia global de 30,1 meses.

Conclusiones: Nuestra serie registró casi un tercio de recurrencias colorrectales susceptibles de cirugía de rescate realizándose con intención curativa en menos de un cuarto de los casos.

En nuestra opinión, el tratamiento quirúrgico de la recidiva colorrectal debería considerarse como la mejor alternativa curativa y capaz de modificar el pronóstico de la enfermedad, si las condiciones de la enfermedad y del paciente permiten asentar la indicación, observándose beneficios también cuando la intención resulta paliativa.

P-218

CIRUGÍA RADICAL DE RECIDIVA DE ENFERMEDAD DE PAGET PERIANAL

P. Pastor Pérez, J.A. Luján Mompeán, Q.F. Hernández Agüera, J. Gil Martínez, G. Valero Navarro, M.D. Frutos Bernal, E. Romera Barba, A. García López, A. Sánchez Pérez, P. Galindo Fernández y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La Enfermedad de Paget (EP) tiene como localización principal la mama, estando relacionada en la mayoría de los casos con un carcinoma ductal subyacente. Otras localizaciones menos frecuentes son la vulva y la región perianal, donde las lesiones se suelen localizar con más frecuencia limitadas a la epidermis, folículos pilosos y glándulas sudoríparas. En estos casos se admite que las células de Paget surgen de novo a partir de precursores intraepiteliales. En algún caso se asocia a un carcinoma cutáneo subyacente o a otro carcinoma primario de localización distinta. Macroscópicamente son lesiones eritematosas,

costrosas, delimitadas y de contornos geográficos. El tratamiento, en los casos no infiltrativos, es la extirpación amplia; mientras que en los casos con infiltración es la radioterapia y la amputación abdominoperineal.

Se presentan dos casos de EP extramamaria: una mujer de 54 años diagnosticada en 1996 de EP perianal y una mujer de 56 años diagnosticada en 1993 de EP vulvar. La primera se intervino en 2000 por recidiva de la enfermedad y acude a nuestro servicio por reaparición de la lesión en 2003. La segunda presentó desde 1997 recidivas con exéresis de las mismas hasta 2005 cuando nos consulta por afectación perianal. En ambos casos se realizó exéresis de la lesión con márgenes de 2 cms y reconstrucción mediante dos colgajos de avance V-Y.

La anatomía patológica informa de EP que respeta límites quirúrgicos, con tinción positiva para citoqueratina 7, citoqueratina AE1/AE3 y PAS, y negativa para citoqueratina 20, S-100 y PAS-DIASTASA.

Conclusión: La EP extramamaria es una entidad de muy baja frecuencia que, aun no siendo un caso infiltrativo precisa de una exéresis amplia debido al alto índice de recidiva.

P-219

CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

A. Alonso Alvarado, E. Nogués Ramia, C. Roque Castellano, A. Rodríguez Méndez, G. Gómez Guerra, A. Acosta Mérida, C. Fernández Quesada, M. Sánchez-Lauro Martínez, J. Marchena Gómez y J. Hernández Romero

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

Introducción: Las indicaciones y resultados de la cirugía laparoscópica del cáncer de recto son objeto de debate. Presentamos la experiencia de una Unidad de Coloproctología.

Pacientes y métodos: Se revisaron retrospectivamente los historiales de 87 pacientes no seleccionados, 53 hombres y 34 mujeres, sometidos consecutivamente a tratamiento quirúrgico laparoscópico de cáncer de recto entre 2002 y 2005. Se analizaron la edad, riesgo anestésico, localización tumoral, incidencias operatorias, tasa de reconversiones, inicio de tolerancia, estancia media, tamaño de la pieza y morbimortalidad.

Resultados: La edad media fue 64 años (43-82); 22 casos recto alto, 39 casos recto medio y 26 casos recto inferior; Asa I: 19 casos, Asa II: 44 casos, Asa III: 21 casos y Asa IV: 2 pacientes. El tiempo quirúrgico medio fue 180 minutos (120-320) y las pérdidas sanguíneas 155 cc (30-1300). Se practicaron 19 resecciones anteriores altas, 36 resecciones bajas, 18 amputaciones, 7 resecciones anteriores ultrabajas y 7 Hartmann. Se dejaron 13 ileostomías. Hubo 3 reconversiones (2,3%). El tiempo medio de tolerancia oral fue 60 hrs. (24-96). La estancia media fue 10 días (5-27). Complicaciones postoperatorias: infección herida quirúrgica en 14 casos (16%), infección respiratoria en 5 pacientes (4%), absceso intraabdominal en 2 casos (2%) y 7 casos de fuga anastomótica (8%). El tamaño medio de la pieza quirúrgica fue 21 cms. (15-36) y la media de ganglios obtenidos 14 (5-42). La mortalidad fue 1,1%.

Conclusiones: La resección laparoscópica del cáncer de recto es factible, segura e incluso podría mejorar algunos estándares de la cirugía clásica.

9 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-270– P-289

P-270

PAPEL DE LA CARGA FECAL EN LA COLAGENIZACIÓN DE LAS SUTURAS INTESTINALES

J.M. Alamo Martínez, A. Galindo Galindo, S. Morales Méndez, M. Socas Macías, C. Bernal Bellido, J.A. Martín Cartés, J.M. Suárez Grau, J. García Moreno, M. Bustos Jiménez, Z. Valera Sánchez y H. Cadet Dussort

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: presentamos un estudio experimental con ratas Wistar encaminado a valorar la carga fecal, como factor de riesgo asociado al

síndrome oclusivo intestinal que puede favorecer la aparición de dehiscencias anastomóticas.

Material y métodos: en el presente trabajo hemos conseguido, mediante técnicas de radioinmunoanálisis, aislar las moléculas de procolágeno (PINP) y de telopéptido terminal del colágeno I (ICTP) como marcadores de la formación y de la degradación, respectivamente, del colágeno I depositado en el tejido colónico, y relacionarlas desde la base de un grupo control con carga fecal en el interior de la luz intestinal (A), con modelos animales sometidos a lavado colónico intraoperatorio (B).

Resultados: en el tejido colónico del grupo A hemos encontrado un incremento de PINP del 7,83% ($p = 0,000$) y un aumento de ICTP del 68,44% ($p = 0,000$). Se comprueba así que la realización de una sutura colónica produce un aumento en el metabolismo del colágeno. En el grupo B de nuestro modelo experimental, realizamos una irrigación colónica con suero fisiológico estéril mediante canulación ileal y evacuación del contenido fecal a través de la sección colónica realizada para la recogida de la muestra tisular previa a la anastomosis. Lógicamente, no existen diferencias en cuanto a los niveles de PINP e ICTP en el tejido colónico respecto al grupo control (0,429 #mg/g y 0,852 #mg/g respectivamente), pero sí observamos en la anastomosis realizada tras lavado colónico una mayor presencia de procolágeno (PINP), obteniendo un recuento medio de 0,513 #mg/g frente a los 0,468 #mg/g detectados en la anastomosis del grupo control A ($p = 0,001$). Expresado en porcentaje, el incremento de PINP en el tejido anastomótico tras lavado colónico es del 19,58%, frente al 7,83% observado en el grupo control. Respecto a los niveles recogidos de telopéptido en el tejido anastomótico de este grupo B, observamos un incremento en los niveles de ICTP (1,151 #mg/g) respecto al detectado en el colon preanastomótico (0,852 #mg/g), aunque este incremento es menor que el encontrado en el grupo control: si en el grupo control, el incremento de ICTP en la anastomosis era del 68,44% respecto a los niveles detectados previamente, en las ratas sometidas a lavado colónico, esta diferencia es tan solo del 35,09% ($p = 0,086$).

Conclusiones: podemos afirmar de manera estadísticamente significativa que el lavado colónico intraoperatorio aumenta la síntesis de colágeno en la anastomosis. Además, el lavado colónico también disminuye la destrucción del tejido colágeno formado, objetivándose un descenso en el incremento de los niveles de ICTP en la anastomosis.

P-271

EFFECTO DE LA HIPOALBUMINEMIA EN LA COLAGENIZACIÓN DE LAS SUTURAS INTESTINALES

J.M. Alamo Martínez, A. Galindo Galindo, S. Morales Méndez, J.A. Martín Cartés, M. Bustos Jiménez, G. Suárez Artacho, M. Socas Macías, J.M. Suarez Grau, H. Cadet Dussort, C. Bernal Bellido y M. Pérez Andrés

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: presentamos un estudio experimental con ratas Wistar encaminado a valorar la desnutrición, como factor de riesgo asociado al síndrome oclusivo intestinal que favorece la aparición de dehiscencias anastomóticas.

Material y métodos: en el presente trabajo hemos conseguido, mediante técnicas de radioinmunoanálisis, aislar las moléculas de procolágeno (PINP) y de telopéptido terminal del colágeno I (ICTP) como marcadores de la formación y de la degradación, respectivamente, del colágeno I depositado en el tejido colónico, y relacionarlas desde la base de un grupo control (A), con modelos animales de desnutrición (B).

Resultados: en el tejido colónico del grupo A hemos encontrado un incremento de PINP del 7,83% ($p = 0,000$) y un aumento de ICTP del 68,44% ($p = 0,000$). Se comprueba así que la realización de una sutura colónica produce un aumento en el metabolismo del colágeno.

Después de tres días de ayuno se ha conseguido una disminución de peso del 7% ($p = 0,032$), la media de niveles plasmáticos de albúmina obtenidos de sangre arterial han descendido un 18,43% ($p = 0,000$) y se ha objetivado un descenso cualitativo de la grasa mesentérica en el 100% de los animales ($p = 0,000$). Estos datos nos hacen afirmar de manera estadísticamente significativa que el modelo animal del grupo B se encuentra en situación de desnutrición proteico-calórica, estableciéndose su validez como grupo de estudio de desnutrición.

Hemos comprobado que la desnutrición reduce los niveles de PINP en el colon de la rata previo a la anastomosis en un 16,59% ($p = 0,032$) y

que en el tejido anastomótico se objetiva también un descenso del 19,69% ($p = 0,002$). Es decir, el tejido colónico de las ratas desnutridas presenta un depósito menor de colágeno y, además, este hecho se ve reflejado en una reducción en la síntesis de colágeno en la anastomosis. Hemos detectado también un incremento de ICTP del 12,77% en el colon de este grupo B respecto al grupo control ($p = 0,875$) y también en la anastomosis se incrementan los niveles de ICTP hasta 1,640 (g/g ($p = 0,330$)). Estos datos, próximos a la significación estadística establecida en el presente estudio, reflejan un incremento en la destrucción del colágeno en los animales desnutridos.

Conclusiones: la desnutrición supone una reducción en la síntesis de colágeno en el colon, tanto de forma basal ($p = 0,032$) como en el tejido anastomótico ($p = 0,002$). Además, esta situación incrementa la destrucción de colágeno, igualmente en el colon sano ($p = 0,875$) como en el tejido anastomótico ($p = 0,330$).

P-272

MALROTACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES ADULTOS. REVISIÓN DE CASOS

J.M. Suárez Grau, C. Sacristán, D. Molina, L. Tallón Aguilar, L. Sánchez Moreno, C. Martín, R. Jiménez, M. Flores Cortés, M.J. Tamayo, J. Mena y F. Docobo Durantez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Las anomalías rotatorias ocurren como resultado de una detención de la rotación normal del intestino embrionario. Se asocian a menudo a otras anomalías del tracto gastrointestinal, particularmente a hernia diafragmática congénita o defectos abdominales de la pared. Sin embargo, la malrotación intestinal puede también ocurrir en niños y presentarán los adultos que no tienen ninguna anomalía asociada. Se estiman para ocurrir entre 1/200 y 1/500 de los nacimientos vivos. La malrotación sintomática se estima en 1/6000 de los nacimientos vivos. Tanto como 50 % de niños con atresia duodenal y 33 por ciento de niños con atresia yeyunoileal puede tener una malrotación asociada.

Material, métodos, resultados: En un periodo de 5 años han sido atendidos por el servicio de cirugía un total de 12 pacientes con malrotación intestinal o anomalías de fijación intestinal mayores de 18 años, 2 hombres y 10 mujeres. Solo 5 casos fueron tributarios de cirugía, en dos de ellos pro apendicitis aguda, realizando el diagnóstico de visu de la anomalía de la rotación intestinal, en un paciente pro necrosis segmentaria de sigma (realizando sigmoidectomía, apendicectomía y anastomosis terminoterminal), y en una paciente por quiste ovárico torsionado junto con apendicitis aguda, realizando además una pexia del ciego al parietocólico, sólo en un caso se resolvió el problema mediante laparoscopia por bridas congénitas en colon derecho. En la mayoría de los pacientes existían alteraciones del hábito intestinal, acompañado de fuertes dolores epigástricos y periumbilicales, pérdida de peso, y anemia crónica. En 3 de ellos existía hernia diafragmática asociada, en dos de ellos divertículos de colon distal, y sólo en uno cáncer de colon diagnosticado con biopsia por colonoscopia. En la totalidad de los casos se realizó un tránsito intestinal, en donde se encontraron datos sugerentes de la patología rotatoria intestinal. Sólo en 6 casos se realizó una TAC, donde sólo en un caso fue diagnóstico el estudio. En 2 pacientes aparecen antecedentes pediátricos de vómitos y dolor periumbilical intenso que motivó consultas de urgencia. En sólo 3 pacientes persiste la sintomatología digestiva, y no se controla con tratamiento médico conservador, ocasionando incluso numerosos ingresos por cuadros suboclusivos tanto por bridas postoperatorias como por dolor abdominal. El resto se encuentra sin alteraciones y son revisados tanto en consultas de cirugía, como de digestivo y medicina interna.

Conclusiones: A pesar que la malrotación puede aparecer en jóvenes y adultos, la mayoría de los casos suelen ocurrir en la infancia. El vólvulo intestinal suele ser el signo clínico típico de la presentación de la malrotación intestinal. Si la malrotación y su consecuente vólvulo intestinal no son rápidamente corregidos pueden ocurrir como complicaciones añadidas. En adultos la clínica es menos llamativa, pudiendo presentarse de tres formas manifestadas; la primera es con sintomatología típica de obstrucción intestinal con carácter urgente, otra forma puede ser con dolores abdominales crónicos y síntomas obstructivos intermitentes y por último con síntomas atípicos, distintos de los dolores abdominales comunes.

P-273

PERFORACIÓN INTESTINAL EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB (AVASTIN®)

C. Zapata Syro, E. San Pío, J. Gómez Ramírez, L. Gómez, B. Alcaide, E. Martín-Pérez, L. Sánchez-Urdazpal y E. Larrañaga
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: El Bevacizumab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal contra el Factor de Crecimiento Endotelial Vascular (VEGF). Es el primer fármaco que produce inhibición de la angiogénesis y está indicado en el tratamiento de carcinoma metastático de colon y recto, asociado a 5-FU, ácido folínico e irinotecán. En cáncer de mama metastático, Avastin®, ha demostrado una mejora de la supervivencia libre de progresión. Presentamos una paciente con cáncer de mama diseminado en tratamiento con bevacizumab que presentó una perforación intestinal.

Caso Clínico: Mujer de 66 años con antecedentes de adenocarcinoma de mama derecha diagnosticada en 1993 (T2N0M0, estadio II) por lo que precisó mastectomía derecha y tratamiento adyuvante con Tamoxifeno durante 5 años. En Septiembre 2001, se apreció recidiva en nódulo subcutáneo de cicatriz de mastectomía. Se inició tratamiento con Anastrozol (Arimidex®) y Letrozol (Femara®). En Noviembre 2003 se diagnostican metástasis óseas en L4, arcos costales anteriores 6º y 7º y cabeza de húmero izquierdo. La paciente rechazó quimioterapia por lo que se mantuvo con Zometa y Tamoxifeno. En Enero 2004, presenta de nuevo recidiva cutánea y adenopatía axilar por lo que se inicia tratamiento con Exemestano (Aromasil®) durante 4 meses, suspendiéndose por toxicidad digestiva. En abril 2005 se descubre carcinoma de mama izquierda realizándose mastectomía izquierda. AP: Carcinoma lobulillar infiltrante multicéntrico grado III, ganglios negativos y receptores positivos. Se comienza tratamiento con Tamoxifeno y radioterapia adyuvante. TC abdominal en diciembre 2005: voluminosas lesiones sólidas en epiploon mayor sugestivas de metástasis peritoneales; pequeña cantidad de ascitis. Se decide tratamiento compasivo con Bevacizumab (Avastin®). En abril 2006 acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de presentación brusca asociado a vómitos biliosos. La exploración abdominal era compatible con abdomen agudo. RX tórax: Neumoperitoneo. En la laparotomía se objetivaron múltiples implantes peritoneales en colon derecho, transversos y descendentes con dos perforaciones a nivel de implantes metastásicos en colon ascendente y descendente. Se realizó colectomía subtotal e ileostomía derecha. El postoperatorio transcurrió de forma desfavorable con fallo multiorgánico y distress respiratorio.

Conclusión: Avastin®, al inhibir la neoangiogénesis reduce la irrigación del nuevo tejido forzándolo a disminuir su tasa de crecimiento. Este mecanismo es también el responsable de los efectos adversos que se presentan durante el tratamiento. Los más comunes son HTA, proteinuria, trombosis arterial, complicaciones de la cicatrización de la herida quirúrgica y hemorragia. La perforación gastrointestinal es una complicación rara descrita en el 2% de los casos de los que el 0,4-1% pueden tener un desenlace mortal. Los factores asociados a perforación en algunos estudios han sido cirugía de colon en los dos meses previos, radioterapia o enfermedad ulcerosa previa, pero nuestra paciente la perforación se presentó en dos lugares donde asentaban implantes peritoneales.

P-274

CÁNCER COLORRECTAL EN NUESTRO SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DURANTE LOS AÑOS 2004-2005

L. Comín Novella, J.M. del Val Gil, A. Bermejo Zapatero, A. Minguillón Serrano y M. González Penabaz
Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales. Cuando se consideran ambos sexos conjuntamente ocupa el primer lugar en incidencia y representa la segunda causa de muerte por cáncer.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados y tratados de cáncer de colo-rectal en nuestro Servicio de Cirugía General durante los años 2004-2005, analizando la edad, sexo, estancia hospitalaria postoperatoria, localización tumoral,

intervención quirúrgica, ganglios aislados e infiltrados por tumor, anatomía patológica, estadio tumoral, intervención urgente o programada, complicaciones postoperatorias y marcadores tumorales preoperatorios. Se analizan los datos mediante SPSS 12.0

Resultados: Durante estos 2 años se han intervenido quirúrgicamente 130 pacientes con neoplasia colo-rectal. Edad media 70,3 años \pm 11 desviación estándar (DE). El 60% fueron varones. Estancia media postoperatoria 12,5 días \pm 6,7 DE. Localización: 32% recto, 25% sigma, 8,5% unión recto-sigmoidea, 7,7% colon descendente, 4% transversos, 14% colon ascendente y 8,5% ciego. En el 26% se realizó resección anterior de recto, 8,5% amputación abdominoperineal, 19,2% hemicolectomía dcha, 13% sigmoidectomía, 8,5% colectomía subtotal y cirugía paliativa 11%. El 80% era adenocarcinoma de tipo intestinal. El 11,5% era estadio A de Dukes, 33,1% B y 23,1% C y el mismo porcentaje D. El 81,5% fue cirugía programada. El 58,5% y el 55% presentan CEA y CA 19-9 prequirúrgicos en valores normales. El 77% no presentaron complicaciones. En el resto se presentaron 2 fistulas, 4 dehiscencia de sutura, 1 hemorragia, 2 infecciones de herida, 1 absceso de pared, 1 seroma, 1 absceso perirrectal, 2 evisceraciones, y 6 éxitos en mayores de 72 años, de los cuales la mitad habían sido intervenidos de urgencia.

Conclusiones: 1.- Aún hoy se diagnostica el cáncer de colon en estadios avanzados (50% estadio C o D) 2.- La relación marcadores tumorales y estadio tumoral es estadísticamente significativa ($P < 0,05$) 3.- El cáncer colo-rectal sigue siendo una de las neoplasias más frecuentes en edades avanzadas. 4.- La localización más habitual es el recto y sigma (65,5%). 5.- La mortalidad de nuestra serie se haya dentro de los estándares para dicha patología.

P-275

MUCOCELE APENDICULAR: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

A.C. Utrillas Martínez, J.M. del Val Gil, J.A. Muniesa y A. Moreno Muzas
Hospital Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: El mucoccele apendicular es una neoplasia poco frecuente que aparece entre el 0,1-0,2% de los apéndices extirpados. De todos ellos el cistoadenoma mucinoso es el más frecuente, observándose en el 50% de los mucocceles apendiculares.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo desde el año 1994 hasta 2005 de los mucocceles apendiculares intervenidos en nuestro servicio.

Resultados: Se han intervenido 15 pacientes con tumores apendiculares, de ellos 9 mucocceles. La edad media fue de 61,7 años (39-69), el sexo predominante el femenino (66%). El síntoma más frecuente el dolor abdominal; en dos casos el diagnóstico se hizo en una revisión ginecológica. Como pruebas complementarias recurrimos a la ecografía abdominal y/o ginecológica (55%), el TAC abdominal (33%), el enema opaco (22%), y la colonoscopia o el tránsito gastroduodenal (11%). La sospecha diagnóstica resultó ser ginecológica en el 33% de los casos, apendicitis agudas o tumoraciones apendiculares en el 22% y plastrón apendicular o masa abdominal de origen incierto en un 11%. Se realizaron 3 histerectomías con doble anexectomía y apendicectomía, 4 apendicectomías simples, 1 hemicolectomía derecha y una extirpación de la masa tumoral. La anatomía patológica reveló 2 mucocceles, 1 hiperplasia, 4 cistoadenomas, 1 cistoadenocarcinoma y 1 pseudomixoma peritoneal. El seguimiento, según la anatomía, se basó en ecografía/TAC, marcadores tumorales y colonoscopia. La mortalidad fue del 22% y correspondió a los casos de cistoadenocarcinoma y pseudomixoma.

Discusión: Existen cuatro entidades clínicas clasificadas como mucoccele: *Mucoccele simple o ectasia apendicular, Hiperplasia, Cistoadenoma mucinoso y Cistoadenocarcinoma mucinoso*. El diagnóstico suele ser intraoperatorio. Las técnicas de imagen como el TAC y la ecografía pueden incrementar la posibilidad de un diagnóstico preoperatorio, así como el enema opaco o la colonoscopia. El 6% de los pacientes con mucoccele apendicular desarrollan pseudomixoma peritoneal, posiblemente por diseminación de las células tumorales en la cavidad abdominal. La apendicectomía es suficiente pero si existen criterios de malignidad será necesaria una hemicolectomía derecha. Ante el hallazgo de una patología apendicular sugestiva de neoplasia es necesaria una exhaustiva revisión de la cavidad abdominal por la asociación con otros procesos neoplásicos intra-abdominales.

P-276

RESULTADOS DE 4 AÑOS DE LA HEMORROIDECTOMÍA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Vázquez Monchul, F. Docobo Durántez, C. Martín, L. Sánchez, J. MENA y M.J. Tamayo López

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Valorar los resultados en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides en una UCMA.

Material y métodos: Desde enero de 2001 hasta diciembre de 2005, fueron intervenidos 4.376 pacientes, por patología proctológica, en la UCMA del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Procedentes de la espera quirúrgica del área sanitaria. Distribución por patologías: Sinus pilonidales, 2.058 (47,03%); hemorroides, 1.094 (25,00%); fístulas de ano, 820 (18,74%); fisuras de ano, 404 (9,23%). Criterios de inclusión: Sociales de CMA y Anestésicos (ASA I-III compensada). Estudio preoperatorio y evaluación preanestésica. Ingreso procedente del domicilio. Preparación preoperatoria adecuada. Intervención quirúrgica el mismo día. Grupos de pacientes por número de nódulos hemorroidales extirpados: I, II, III. En la 1ª intervención se extirpan un máximo de 2 nódulos. Procedimiento quirúrgico: Milligan-Morgan, Fergusson y Longo (se llevó a cabo esta intervención sólo unos meses y en casos concretos). Anestesia: Raquídea hiperbárica o local con sedación. Alta el día de la intervención con protocolos de analgesia programada y medidas higiénicas. Control postoperatorio telefónico a las 24 horas, línea telefónica abierta y revisiones posteriores (a las 48 horas en Unidad de Día y al mes en Consulta).

Resultados: 1.094 pacientes intervenidos por hemorroides. Edad media: 43,02 años. Sexo: 603 mujeres (55,12%) y 491 hombres (44,88%). Pacientes según nº de nódulos: I, 307 (28,06%); II, 718 (65,63%); III, 69 (6,31%). Precisaron segunda intervención para completar extirpación total de nódulos hemorroidales, 69 pacientes (6,31%). Procedimiento quirúrgico: Milligan-Morgan, 589 (53,84%); 1ª intervención 550 y 2ª intervención 30. Fergusson, 500 (45,70%); 1ª intervención 461 y 2ª intervención 39. Longo, 5 (0,46%). Anestesia: Raquídea, 502 (45,89%); Local + sedación, 592 (54,11%). Alta: Mismo día, 957 (87,47%); en 24 horas, 128 (11,70%); más de 24 horas, 9 (0,83%). Reingreso, 22 (2,01%); dolor 18 y sangrado importante 4. Los Residentes realizaron 3.112 procesos proctológicos (71,11%), de ellos 704 hemorroidectomías (64,35%). Hasta el momento y controles evolutivos: Curación definitiva, 1092 (99,82%); recidiva o persistencia del cuadro, 2 (0,18%).

Conclusiones: El análisis de los resultados del tratamiento quirúrgico de las hemorroides en régimen ambulatorio, refleja una estancia preoperatoria 0, y estancia postoperatoria mínima (> 24 horas sólo 9 pacientes, 0,83%), con una tasa de reingreso sólo del 2%. La mortalidad es nula y la morbilidad muy baja; destaca el dolor (18 pacientes). Permite extraordinarios resultados (altas tasas de curación y una disminución de los costes sanitarios), siendo muy aceptado y con alta satisfacción por los pacientes. Por ello tras la hemorroidectomía en UCMA, se obtienen excelentes resultados, con una baja tasa de complicaciones. La analgesia postoperatoria es primordial. Procedimiento seguro y posible de realizar en régimen de CMA, requiere una adecuada selección de pacientes, una técnica quirúrgica poco traumática y control evolutivo adecuado.

P-277

DIVERTÍCULOS DE MECKEL (1997-2005)

J.M. Suárez Grau, J. García Moreno, J.M. Sousa Vaquero, J.A. Martín Cartés, E. Prendes, M. Pérez, D. Cobacho, C. Bernal, C. Palacios y A. Galindo Galindo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es un remanente producto de la invólucro del conducto onfalo-mesentérico, que aparece en aproximadamente el 2% de la población, pero se vuelve sintomático en sólo una pequeña parte. El síntoma más común de la diverticulitis de Meckel es un sangrado indoloro por el recto. Con frecuencia, se diagnostica equivocadamente como apendicitis. Estos síntomas normalmente se presentan durante los primeros años de vida, pero también se pueden presentar en los adultos.

Materiales y métodos: revisión de casos intervenidos en nuestro hospital en un periodo que comprende desde 1997-2005 diferenciando entre adultos y menores de 18 años.

Resultados: Entre las pruebas empleadas para el diagnóstico destacar que cuando se trata de una urgencia quirúrgica no se realizaron pruebas especializadas; la más frecuente fue la ecografía abdominal. Como acto quirúrgico añadido la apendicectomía profiláctica fue realizada casi en la totalidad de los pacientes. Recogemos además otra serie de datos como antecedentes personales y si precisaron hemoderivados, etc. En ningún caso no hubo recidiva del DM.

Conclusiones: La patología diverticular aguda se da también en adultos, aunque con una frecuencia muy inferior a la del infante. Se debe realizar apendicectomía profiláctica en todos aquellos casos afectos de DM. En aquellos casos de evolución más silente siguen siendo de elección la ecografía abdominal, la Gammagrafía con Tc99 y la más sensible y específica es la radiología vascular intervencionista.

	< 18 AÑOS	> 18 AÑOS
Nº de Pacientes intervenidos (24 pacientes)	12	12
Urgencia quirúrgica (17)	5	12
Intervención no urgente (7 Hallazgos accidentales)	6	1
Intervención laparoscópica	2	2
Sospecha Diagnóstica de DM (10 casos)	2	8
Sin sospecha evidente (14)	10	4
Complicaciones por IQ por DM	1	2
Complicaciones por IQ por otro acto concomitante	2	
Sintomatología en casos intervenidos por DM		
Anemia ferropénica (4)	2	2
Rectorragia (4)	2	2
Cuadro suboclusivo (3)	2	1
Dolor abdominal agudo, con fiebre y malestar general (10)	2	8
Seguimiento Postoper. tras I.Q. por DM	3-4 meses	4 meses-1año

El hallazgo ocasional en el adulto de DM sin complicación implica su exéresis, así sea resección simple o resección intestinal con anastomosis. Finalmente sólo resaltar que ante la sintomatología más frecuente: sangrado digestivo bajo activo o fiebre, con malestar general y dolor abdominal agudo, nos vemos obligados a descartar la patología diverticular aguda y si existe sospecha razonable, debemos indicar intervención quirúrgica urgente.

P-278

ALTA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN VARONES VIH POSITIVOS, INCLUSO EN AUSENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA ANAL INTRAEPITELIAL (SIL)

M. Piñol Pascual, F. García Cuyas, G. Sirera, A. Ballesteros, M.P. Cañadas, M. Lletjós, S. Vileda, E. Castella, R. Guerola, J. Fernández-Llamazares Rodríguez y B. Clotet

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Alta prevalencia de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en varones VIH positivos, incluso en ausencia de lesión escamosa anal intraepitelial (SIL)

Fundamentos: La infección VIH se asocia a prevalencia alta de VPH, incidencia alta de SIL y mayor riesgo de cáncer anal.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo de VPH y SILs en una cohorte de varones VIH(+).

Métodos: Corte transversal. Inclusión prospectiva durante 2005 de todo varón visitado ambulatoriamente que dio consentimiento y respondió a cuestionario sobre prácticas sexuales y nº de parejas. Se les practicó citología anal (*ThinPrep*) y se determinaron subtipos de VPH mediante PCR. Se evaluaron factores de riesgo mediante análisis univariante/multivariante.

Resultados: 74 varones (52 homosexuales/22 heterosexuales). Edad media $42 \pm 8,7$ años, tomaban TARGA(74%), VIH < 400 c/ml (72%), media CD4+ = $509 \pm 264,6$ células/mm³.

Prevalencia citología anal anormal 43% [ASCUS: 13%, L-SIL: 19%, H-SIL: 11%]. Las prevalencias en homosexuales (48%) y heterosexuales (32%) no alcanzaron diferencias significativas ($p = 0,2$). Tener VIH > 400 c/ml (OR = 3,5; IC 95% = 1,1-10,7) y practicar sexo anal (OR = 4,6; IC 95% = 1,3-16,1) se asociaron a citología anal anormal en análisis multivariante. La edad, CD4+ (reciente/nadir), TARGA, enfermedades de transmisión sexual previas, tabaco o alcohol, no se asociaron a displasia anal.

Prevalencia infección VPH 78% (58/74). El VPH estuvo presente en todos los pacientes con citología anal anormal (mediana subtipos VPH dife-

rentes 3 [RIQ = 2-4]; más frecuentes: 16,33,39,18). El VPH se detectó en 62% (26/42) de casos con *ThinPrep* normal (mediana subtipos VPH diferentes 2 [RIQ = 1-3]; más frecuentes: 16,33). En los 58 pacientes con infección VPH, el número de subtipos diferentes no se asoció a citología anormal en el análisis multivariante ($p = 0,2$).

Conclusión: Se confirma prevalencia alta de SILs tanto en varones homosexuales como heterosexuales VIH(+) e importante prevalencia de VPH, incluso con citología normal. Son necesarios protocolos específicos de detección precoz en población VIH(+).

P-279

MANEJO DE LAS PERFORACIONES DE COLON TRAS COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

S. Regaño, A. Arruabarrena, D. Morales, C. Ortega, C. Madrazo, M. García de Polavieja, F. Castillo, M. Gomez-Fleitas, A. Palacios, S. Naranjo y A. Naranjo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La colonoscopia es un procedimiento que se emplea cada vez con más frecuencia, pero no es una técnica exenta de complicaciones, siendo la perforación colónica la más frecuente.

Objetivos: 1.- Analizar una serie de pacientes que, tras colonoscopia diagnóstica y/o terapéutica, tuvieron una perforación colónica precisando intervención quirúrgica urgente. 2.- Describir las técnicas quirúrgicas utilizadas en su manejo. 3.- Analizar la morbilidad y mortalidad.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de 24 pacientes con perforación colónica tras colonoscopia durante el período de enero de 1995 hasta abril de 2006. Se trató de 9 mujeres y 15 hombres con una edad media de 64,33 años (rango: 27-82 años). Las indicaciones de la colonoscopia fueron: 11 casos de diagnóstico/tratamiento de poliposis colónica (45,8%), 5 de sospecha de neoplasia de colon (20,8%), 2 de diagnóstico/segimiento de diverticulosis colónica (8,3%), 1 caso de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (4,2%), y 5 casos de hemorragia digestiva (20,8%). El intervalo colonoscopia-indicación quirúrgica medio fue de 15 horas (rango: 2-58 horas).

Resultados: La localización más frecuente de la perforación fue sigma (12 casos, 50%). El diagnóstico de la perforación fue inmediato en 8 pacientes (33,3%) y diferido en 16 pacientes (66,6%). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía fue < 5 horas en el caso de perforación inmediata y de < 24 horas en el caso de las diferidas. La perforación sin peritonitis fue el hallazgo más frecuente (75%). La técnica quirúrgica más empleada fue la sutura simple de la perforación (70,8%). La vía de abordaje fue laparotomía media en 21 casos (87,5%) y laparoscopia en 3 casos (12,5%). Se presentó morbilidad en 12 pacientes siendo la infección de herida quirúrgica (50%) la más frecuente. Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: 1.- El pronóstico tras perforación colónica iatrogénica durante colonoscopia se relaciona directamente con el tiempo transcurrido entre la realización de la técnica y el momento de la cirugía urgente. 2.- Cuando ésta se demora más allá de 24 horas, la posibilidad de complicaciones en el postoperatorio inmediato/temprano es mucho mayor. 3.- Las prácticas de técnicas intervencionistas durante la colonoscopia, tales como polipectomía y toma de biopsias parecen relacionarse con mayor probabilidad de perforación durante el procedimiento. 4.- Por tanto, la indicación de colonoscopia debe estar bien sustentada en una sospecha clínica sólida, dado que no se trata de un procedimiento inocuo.

P-280

ANÁLISIS DE LA CIRUGÍA PROCTOLÓGICA DURANTE UN BIENIO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J. Vázquez Monchul, F. Docobo Durántez, L. Sánchez, C. Martín, J. MENA y M.J. Tamayo López

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Valorar los resultados del tratamiento quirúrgico de los distintos procesos proctológicos en nuestra UCMA.

Materiales y métodos: Incluimos en el estudio 1.233 pacientes intervenidos por distintos procesos proctológicos, entre enero de 2.004 y diciembre de 2.005, en la UCMA del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Todos los pacientes procedentes de la espera quirúrgica del área

sanitaria. Criterios de inclusión: Sociales de CMA (teléfono, transporte, distancia al centro menor de 1 hora) y anestésicos (ASA I-III compensada). Estudio preoperatorio y evaluación preanestésica. Los pacientes acuden procedentes del domicilio con preparación adecuada: Ayunas y enema de limpieza esa mañana. Intervención el mismo día del ingreso. Autorización por escrito, consentimiento informado. Técnica quirúrgica por procesos: Sinus (exéresis, fistulotomía + curetaje); hemorroides (Ferguson, Milligan-Morgan); fístulas (fistulectomía, Setón, fistulectomía + Setón); fisuras (ELI, dilatación); otros (extirpación). Anestesia: Raquídea o local + sedación. Alta el mismo día. Se prescribieron analgesia programada y medidas higiénicas. Control y revisiones: En el postoperatorio inmediato en Unidad de Día y posteriores Consultas Externas.

Resultados: Intervinieron por patología proctológica un total de 1.233 (25,93%) entre 4.755 pacientes operados en la UCMA: Sinus pilonidales, 588 (47,69%); hemorroides, 294 (23,84%); fístulas de ano, 226 (18,33%); fisuras de ano, 118 (9,57%); otros (pólipos, condilomas), 7 (0,57%). Edad media: 42,86 años. Sexo: Hombres, 680 (55,15%); mujeres, 553 (44,85%). Alta: Mismo día, 1.218 (98,78%); en 24 horas, 11 (0,89%); más de 24 horas, 4 (0,33%). Hasta el momento y controles evolutivos: Curación definitiva, 1.229 (99,67%). Persistencia del cuadro, 4 (0,32%): Fístulas, 2 (50,00%); sinus, 1 (25,00%); hemorroides, 1 (25,00%). Mortalidad: 0. Morbilidad, 5 pacientes (0,41%): 3 reingresos por sangrado (2 hemorroidectomías y 1 exéresis sinus pilonidal); 2 proctalgia y tenesmo persistente (1 fistulectomías que su posterior estudio diagnosticó enfermedad inflamatoria intestinal y 1 ELI). Los Residentes realizaron 915 procesos proctológicos (74,21%).

Conclusiones: La patología proctológica benigna supone un volumen asistencial importante, superior al 25%, de los distintos procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en una UCMA. El régimen ambulatorio constituye un método idóneo para el abordaje de la mayoría de la patología proctológica, demostrando una alta seguridad y gran eficacia. Existe una buena aceptación por parte de los pacientes y se obtienen unos magníficos resultados a corto y largo plazo. La excelencia en cuanto a resultados se relaciona de forma muy directa con la oportuna aplicación de pertinentes protocolos establecidos. Debe seleccionarse a los pacientes de manera adecuada y llevar a cabo una técnica quirúrgica precisa, junto a unos controles postquirúrgicos idóneos.

P-281

REVISIÓN DE 39 PACIENTES CON ENTERITIS RÁDICA. ANÁLISIS DE RESULTADOS

B. Montejo Maillo, L. Hernández Cosido, A. García Plaza, A. Sánchez Rodríguez, L. Ortega Martín-Corral y A. Gómez Alonso
Hospital Universitario, Salamanca.

Objetivos: Analizar una serie de pacientes sometidos a radioterapia como tratamiento complementario de tumores localizados en la región pélvica, puesto que la enteritis rádica y su patología asociada continúa siendo un problema relativamente frecuente en la práctica clínica, en ocasiones de difícil manejo.

Materiales y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo de 39 pacientes con enteritis rádica, para analizar las complicaciones precoces y tardías, de la radioterapia observadas, así como los resultados en función del tratamiento administrado.

Resultados:

- 39 pacientes, 29 mujeres y 10 varones

- La mayoría de los diagnósticos correspondían a tumores ginecológicos (46,15%, la mayoría endometriales, y en menor número, de cervix, ováricos y vulvares); un 41,02% se justifica por tumores digestivos (11 ADC de recto y 5 ADC de sigma); Un 7,71% por tumores urológicos (vesicales) y un 5,12% corresponden a LNH

- En cuanto al tratamiento quirúrgico inicial, en los tumores ginecológicos se realizaron 12 histerectomías con anexectomía y 5 histerectomías (resultando uno de los ADC de endometrio inextirpable y siendo el único caso de ca epidermoide de vulva tratado exclusivamente con radioterapia); en los digestivos, 8 amputaciones abdomino-perineales, 5 resecciones anteriores de recto y 2 colectomías segmentarias; en los urológicos, se practicaron en los 3 cistectomías radicales tipo Bricker.

- Como complicaciones precoces, las más frecuentes fueron la obstrucción intestinal (13 casos) y las fístulas internas (9 casos, 7 recto-vaginales, 2 entre intestino delgado y vagina, 1 recto-vesical, 1 entero-enteri-

ca). Observamos así mismo, 2 casos de diarrea, 2 dehiscencias de sutura, 1 proctitis y 1 dermatitis.

- Como complicaciones tardías, también resultaron como más frecuentes la obstrucción intestinal (7 casos, con 1 caso de estenosis de la anastomosis, 5 de intestino delgado y 1 de colon) y las fístulas (6, 3 entero-entéricas, 1 cólica, 1 recto-vesical, 1 recto-vaginal). Comprobamos también 1 caso de subobstrucción intestinal, 1 de hipocalcemia-hipopotasemia, 1 de rectorragia y 1 absceso pélvico.

- Respecto al tratamiento de dichas complicaciones, en todos los casos se pautó NPT. Tratamiento exclusivamente médico en la subobstrucción intestinal, la rectorragia, la diarrea, la alteración electrolítica, en una fístula rectovaginal y en 7 casos de obstrucción intestinal. Se realizó tratamiento quirúrgico en las estenosis y mayoría de obstrucciones intestinales, así como en la mayoría de las fístulas. 5 pacientes fallecieron.

Conclusiones: Continúa siendo elevado y muchas veces grave, el número de complicaciones por tratamiento radioterápico. En nuestra serie, apenas hemos observado síndrome de intestino corto.

P-282

LA TRANSPOSICIÓN DE TEJIDO BULBOCAVERNOSO EN FÍSTULAS RECTOVAGINALES

J. Escribano Guijarro, E. San Pío, A. Minaya y E. Larrañaga Barrera
Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Introducción: Las fístulas rectovaginales altas, raras y con pérdida del tejido perineal, tienen unos resultados quirúrgicos aleatorios con técnicas habituales de reparación, necesitando en ocasiones mas de una intervención para su curación.

Material y métodos: Se analizan los resultados de la interposición de tejido bulbocavernoso en 7 pacientes con fístula rectovaginal en el período comprendido entre 1999-2006. La edad media de las pacientes es de 56 años y el tiempo de evolución medio de 18 meses. Las causas determinantes fueron: 3 de origen rárlico después de radioterapia por cáncer de cervix y 4 de origen ginecológico; 2 casos de histerectomía previa y 2 de colectomía ampliada a HT por cáncer endometrial. Dos pacientes fueron intervenidas previamente de la fístula rectovaginal, una mediante cierre del orificio rectal y plastia de avance vaginal y la otra mediante sutura por planos.

Etiología	Edad media	Aparición	Evolución	Localización	Cirug. Fist.
Rálicas	63	Espontánea	M = 22m.	Tercio medio	no
Ginecológicas	51	Postcirugía	M = 6m.	Tercio superior	2

Tres pacientes tenían colostomía previa y en las otras pacientes se realizó una colostomía sincrónica. La intervención de Martius se realizó con tejido bulbocavernoso de espesor y longitud total.

Resultados: En un seguimiento de rango amplio (5meses- 6 años), no se ha registrado recidiva de fístula. Entre las complicaciones registradas una infección perineal controlada y un hematoma en labio mayor.

Conclusiones: La interposición de tejido bulbocavernoso tiene unos buenos resultados en fístulas rectovaginales de pacientes seleccionadas, con tejidos radiados o en pacientes con fístulas altas con debilidad del tabique rectovaginal.

P-283

ESCISIÓN LOCAL DE ADENOMAS VELLOSO RECTALES: INFRAESTADIAJE HISTOLÓGICO PREOPERATORIO

J.A. Gracia Solanas, M. Elia Guedea, J.M. Ramírez Rodríguez, P. Royo Dachary, M.A. Bielsa Rodrigo y M. Martínez Díez
Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

Introducción: La Microcirugía Transanal Endoscópica (TEM) es una técnica muy difundida y utilizada por todo el mundo. Sus resultados son variables según las distintas series. Presentamos nuestros resultados de los últimos 10 años.

Pacientes y métodos: 150 pacientes diagnosticados de adenomas vellosos se sometieron a escisión local mediante TEM. Se recogieron: estancia hospitalaria, complicaciones peroperatorias, tiempo quirúrgico, recurrencia y supervivencia global.

Resultados: Desde enero 1996 a diciembre 2005 se operaron 200 pacientes de adenomas vellosos de recto con una media de seguimiento de 4 años (rango 1-9 años). El diagnóstico preoperatorio fue de 150 adenomas, 50 adenocarcinomas. Se practicó escisión de pared total a 98 de los 150 adenomas (65%), mucosectomía en el 35% (52/150). Estancia hospitalaria media: 4,3 días (rango 2-40). Complicaciones: rectorragias 13/150 (8,6%) que requirieron de reoperación en 3 de ellos en las primeras 48 horas; perforación rectal 3 (2%) que requirió de reoperación/reconversión a cirugía abierta en 2 de ellos. En el 14% de nuestros pacientes (21/150) el resultado histológico definitivo de la pieza quirúrgica fue adenocarcinoma (pT1) con un diagnóstico preoperatorio de adenoma vellosos.

Índice de recurrencia durante el seguimiento fue 16% (20/119) y todos ellos fueron operados mediante TEM nuevamente.

Discusión: La cirugía local tiene menor morbi-mortalidad que la cirugía abierta, manteniendo buenos resultados de recidiva. Como se puede deducir de nuestro estudio, existe hasta un 14% de infra-estadiaje de estos tumores, por lo que recomendamos, cuando sea posible, practicar escisión de pared total y reservar la mucosectomía solo para casos bien seleccionados.

P-284

ABORDAJE DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE URGENCIAS

Z. Valera Sánchez, A. Bermejo Navas, D. Molina García, C. Palacios González, J.M. Sousa Vaquero, D. Covacho Martínez, E. Prendes Sillero, A. Galindo Galindo, D. Domínguez Usero, L. Tallón y J. García Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los objetivos principales sobre el dolor postoperatorio (DPO) los podemos resumir en cuatro puntos: reducción de la incidencia y gravedad del DPO agudo, conocimiento por parte de los pacientes de la necesidad de que informen al personal sanitario cuando sienten dolor, para que se les valore con prontitud y reciban un tratamiento eficaz, aumento del confort y de la satisfacción de los pacientes, y reducción de la incidencia de complicaciones postoperatorias. Es importante tener en cuenta que el tratamiento adecuado del dolor, además de aumentar la satisfacción del paciente ocasiona beneficios adicionales como una movilización más precoz, una hospitalización más breve y menores costes económicos.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio prospectivo descriptivo en el que se recogen datos de 83 pacientes intervenidos de cirugía de urgencias en un período que abarca desde marzo de 2005 hasta julio de 2005. La muestra fue seleccionada aleatoriamente. Se diseñó una hoja de recogida de datos que se iniciaba en la sala de despertar y después quedaba dentro de la historia del paciente, el cirujano durante el pase de sala le preguntaba al paciente acerca del dolor (del 1 al 10 según la escala visual analógica del dolor) y rellenaba la hoja al escribir la evolución.

Resultados: Los diagnósticos postoperatorios fueron: apendicectomías (41), colecistectomías (12), colostomías (3), drenaje de abscesos (3), hernioplastias (9), resección intestinal (9), cierre de evisceración (1), adhesiolisis (2), reconstrucción del tránsito (1), y cierre de perforación (1). La distribución por sexo fue de 32 mujeres (39%) y 51 hombres (61%), empleándose anestesia general balanceada en 75 casos y regional en 5 casos. Los fármacos empleados fueron morfina, paracetamol, metamizol y ketorolaco; se administraron mediante bolos en 39 casos y bolos más bomba de infusión en 44 casos. Entre los resultados obtenidos se objetivó que a las 24 horas 75 pacientes necesitaron analgesia, a las 48 horas 74 pacientes, y entre el 2º -7º día 64 pacientes. Cuando se les preguntó si habían tenido más o menos dolor del esperado, en 11 casos contestaron que más y en 71 casos que menos del que esperaban. En cuanto al grado de satisfacción con el control del dolor, el 6% estaban muy satisfechos, el 70% satisfechos y el 24% ni contentos ni descontentos.

Conclusiones: Finalmente podemos concluir que el 76% de los pacientes estaban muy satisfechos o satisfechos con la analgesia postoperatoria recibida, que la mayoría de las complicaciones que se presentan (nauseas, vómitos, ileo paralítico) son secundarias a los mórlicos, a pesar de que el uso de mórlicos bien manejados se considera un índice

de calidad, y que es fundamental un buen control del dolor postoperatorio para una recuperación más precoz del paciente.

P-285

FÍSTULAS COLOVESICALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

N. Alonso Hernández, J. Cabañas, M. Díez Tabernilla,
P. López Quindós, J. Ruiz Tovar, P. Priego, M.A. Gil-Olarte, M.V. Collado,
R. Rojo Blanco, A. García-Villanueva y V. Fresneda
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La fístula colovesical es una comunicación anormal entre vejiga y colon.

Material y métodos: Desde junio del 1985 a marzo del 2006 han sido diagnosticados en nuestro servicio 40 casos preoperatoriamente: 25 hombres y 15 mujeres; con una edad media de 60,5 años (24–89 años). Las etiologías fueron diverticulitis aguda (37,5%); neoplasias colónicas (35%); enfermedad de Crohn (20%); y tras radioterapia (7,5%). Los síntomas neumaturia (32,5%), infecciones urinarias de repetición o resistentes al tratamiento (30%), fecaluria (17,5%), pérdida de peso (10%), obstrucción intestinal (7%), sepsis (7%), rectorragia (5%) y otros (7,5%). Las pruebas realizadas han sido: enema opaco (45%), TAC abdominal 42,5%, colonoscopia (30%), cistoscopia (30%) y cistografías (22,5%). Los tratamientos de la vejiga fueron: fistulorrafia 57,5%, cistectomía parcial 32,5% y cistectomía total 5%; y de la patología intestinal: sigmoidectomía parcial 55%, resecciones ileocecales asociadas a sutura del orificio rectal 15%, colectomías subtotales 10%, colostomías transversa 10%, y exenteración pélvica 5%. El 5% fueron casos irresecables. Las complicaciones postoperatorias fueron problemas derivados de la herida y un caso de cistitis bullosa en el que no se pudo comprobar la existencia de fístula. En la evolución se han descrito 3 casos de recidiva de la fístula: 2 por recidiva local de carcinomas, y uno en el contexto de enfermedad de Crohn.

Resultados: La etiología más frecuente ha sido la diverticulitis aguda; y la localización el colon sigmoide y la cúpula vesical. Las fístulas más complejas fueron las secundarias a radioterapia y a enfermedad de Crohn. El síntoma más frecuente fue la neumaturia, y el más específico la fecaluria. El enema opaco fue la prueba más realizada, pero la más eficiente para el diagnóstico de fístula fue la cistoscopia; y para la etiología la colonoscopia. En caso de diverticulitis se realizó sigmoidectomía con fistulorrafia; resección en bloque de sigma con cistectomía parcial o total en caso de neoplasias; resecciones ileocecales y cierre de orificios rectales y vesicales para enfermedad de Crohn y ostomías para lesiones por radioterapia.

Conclusiones: Para diagnosticar las fístulas colovesicales es importante basarse en la clínica y en las pruebas diagnósticas adecuadas. El tratamiento definitivo de la fístula es la cirugía que variará dependiendo de la etiología y de las características de la fístula.

P-286

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LA ANASTOMOSIS DE COLON ISQUÉMICO DE RATA PROTEGIDA CON ADHESIVO DE FIBRINA O KETANSERINA Y ANÁLISIS DE LAS ADHERENCIAS

M.P. Cebollero Benito, R. Álvarez Alegret, G. González Sanz,
M.V. Duque Mallén, S. Cantín Blázquez, J. Escartín Valderrama
y J.M. Esarte Muniáin

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Los requisitos indispensables para la realización de una anastomosis son: órgano a suturar sano, buena vascularización, ausencia de tensión, movilización cuidadosa de la pieza y adecuada colocación de los puntos de sutura. Pero como no en todas las ocasiones se cumplen estas condiciones, se estudian tratamientos que protegen las suturas en casos desfavorables.

Objetivo: Estudiar el proceso de cicatrización en el colon isquémico de rata cuando se emplea adhesivo de fibrina con clindamicina y cefotaxima o ketanserina como protectores de la anastomosis.

Material y métodos: Se han utilizado 60 ratas Wistar macho distribuidas en: grupo A (sutura simple), grupo B (sutura simple recubierta con adhesivo de fibrina que incluye clindamicina y cefotaxima) y grupo C (sutura simple con tratamiento perioperatorio con ketanserina). A su vez

cada grupo se dividió en dos en función del día de sacrificio (3º y 7º días).

La ketanserina es un antagonista de la serotonina que pretende mejorar la microvascularización del colon.

Se realiza estudio anatomopatológico con técnica de hematoxilina-eosina. Se analizan el grado de fibrosis, inflamación y vascularización con un método semicuantitativo (nada-leve-moderada-intensa). Además se estudiaron las adherencias a la grasa, vesícula seminales y vejiga.

Resultados: En el proceso de cicatrización, las células inflamatorias son las primeras en aparecer, así en todas las muestras hay signos evidentes de inflamación. La fibrosis es un parámetro de aparición tardía y solamente en ratas del grupo C sacrificadas al 7º día hay fibrosis intensa, en el resto es poco llamativa. La vascularización es un fenómeno presente en todas las muestras ya que su aparición es muy precoz.

Analizando los grupos respecto al día de sacrificio se evidencia un aumento de la inflamación, fibrosis y vascularización estadísticamente significativo al 7º día de sacrificio frente al 3º.

No se han demostrado diferencias significativas entre los diferentes grupos en cuanto a la presencia de adherencias a grasa, glándulas seminales u órganos vecinos, ni tampoco en relación al día de sacrificio.

Conclusiones: La ketanserina no aumenta el grado de vascularización en el colon isquémico.

El adhesivo de fibrina con clindamicina y cefotaxima no aumenta la fibrosis ni la inflamación en el colon isquémico de rata.

El adhesivo de fibrina no aumenta la formación de adherencias a órganos vecinos.

P-287

ESTUDIO EXPERIMENTAL SOBRE CICATRIZACIÓN DE COLON ISQUÉMICO DE RATA PROTEGIDO CON ADHESIVO DE FIBRINA O KETANSERINA

M.P. Cebollero Benito, J.M. González López, J.M. Esarte Muniáin,
E. González Romans, R. Álvarez Alegret, S. Cantín Blázquez
y J.I. Barranco Domínguez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La dehiscencia de anastomosis es una de las complicaciones más importantes en la Cirugía del Aparato Digestivo con una alta morbilidad. Cada vez se intervienen pacientes más añosos con patología asociada que conlleva un déficit de vascularización de todos los órganos.

Objetivo: Valorar la cicatrización del colon isquémico de ratas sometidas a distintos tratamientos para la protección de la anastomosis.

Material y métodos: Se han utilizado 60 ratas Wistar macho distribuidas en: grupo A (sutura simple), grupo B (sutura simple recubierta con adhesivo de fibrina con clindamicina y cefotaxima) y grupo C (sutura simple con tratamiento perioperatorio con ketanserina). A su vez cada grupo se dividió en dos en función del día de sacrificio (3º y 7º días).

La hidroxiprolina es un aminoácido que se encuentra casi exclusivamente en el colágeno y su determinación es un método indirecto de síntesis de colágeno y cicatrización.

La ketanserina es un antagonista de la serotonina que pretende mejorar la microvascularización del colon.

Se realiza la medición del contenido de hidroxiprolina/ peso seco en el tejido del colon mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC/VIS).

Resultados:

Grupo A (3º día) 10,60 mg/l	Grupo B (3º día) 10,64 mg/l	Grupo C (3º día) 8,57 mg/l
Grupo A (7º día) 13,52 mg/l	Grupo B (7º día) 13,96 mg/l	Grupo C (7º día) 13,39 mg/l

Utilizando la prueba de Kruskal-Wallis se observa que no existen diferencias significativas en los valores de la hidroxiprolina/peso seco entre los grupos en las ratas al 3º día de sacrificio ni al 7º día.

Cuando se hace la comparación entre los días de sacrificio para cada grupo por separado y en conjunto, se observa un aumento significativo en el contenido de hidroxiprolina en el colon al 7º día de sacrificio respecto al 3º día.

Conclusiones: La producción de hidroxiprolina aumenta a partir del 3º día en las anastomosis de colon.

La cicatrización del colon isquémico en rata no mejora en cuanto a la cantidad de hidroxiprolina en aquellas suturas recubiertas con adhesivo

de fibrina con clindamicina y cefotaxima ni en las ratas que han recibido tratamiento perioperatorio con ketanserina.

P-288

ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA RESISTENCIA DE UNA ANASTOMOSIS EN COLON ISQUEMICO PROTEGIDA CON ADHESIVO DE FIBRINA O KETANSERINA

M.P. Cebollero Benito, J.M. Esarte Muniáin, J.M. González López, R. Álvarez Alegret, M.V. Duque Malléng, S. Cantín Blázquez y G. González Sanz

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Se realizan numerosos estudios con el objetivo de encontrar algún producto que aumente la resistencia de una anastomosis digestiva, ya que la dehiscencia de la sutura conlleva una alta morbilidad con incremento en la estancia hospitalaria y en los costes. Para la medición de la resistencia de una sutura se emplea fundamentalmente la medición de la presión de estallido y la fuerza de rotura.

Objetivo: Valorar la resistencia de una anastomosis en colon isquémico de ratas sometidas a distintos tratamientos para la protección de la anastomosis.

Material y métodos: Se han utilizado 60 ratas Wistar macho distribuidas en: grupo A (sutura simple), grupo B (sutura simple recubierta con adhesivo de fibrina que incluye clindamicina y cefotaxima) y grupo C (sutura simple con tratamiento perioperatorio con ketanserina). A su vez cada grupo se dividió en dos en función del día de sacrificio (3º y 7º días).

La ketanserina es un antagonista de la serotonina que pretende mejorar la microvascularización del colon.

Para la medición de la resistencia se determinó la presión de estallido (mmHg) in vivo.

Resultados: Se evidenció necrosis parcial de la sutura en 5 ratas sacrificadas al 3º día (2A, 1B, 2C) y necrosis total en una rata del grupo A al 3º día. Presentaron dehiscencia parcial de la sutura dos ratas sacrificadas al 3º día (1A, 1 C). No hubo mortalidad en el estudio.

Las presiones de estallido se detallan en la tabla:

Grupo A (3º día) 117	Grupo B (3º día) 121,21	Grupo C (3º día) 108,05
Grupo A (7º día) 221,23	Grupo B (7º día) 204,33	Grupo C (7º día) 221,9

Utilizando la prueba de Anova se observa que no existen diferencias significativas en los valores de la presión de estallido entre los grupos en las ratas al 3º día de sacrificio ni al 7º día.

Cuando se hace la comparación entre los días de sacrificio para cada grupo por separado y en conjunto, se observa un aumento significativo de la presión de estallido del colon al 7º día de sacrificio respecto al 3º día.

Conclusiones: La resistencia de una anastomosis en un colon isquémico aumenta a partir del 3º día postoperatorio.

La resistencia del colon isquémico en rata no mejora en aquellas suturas recubiertas con adhesivo de fibrina que incluye clindamicina y cefotaxima ni en las ratas que han recibido tratamiento perioperatorio con ketanserina.

P-289

CIRUGÍA COLOPROCTOLÓGICA EN MAYORES DE 90 AÑOS

A. Larzabal Aretxabala, T. Moreno Allende, F. Lor Ballabriga, A. Rebollo García, J. Múgica Barreiro, J. del Hoyo Beraza y L. Perdigo Bilbao

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: La población mundial envejece a un ritmo rápido y creciente. El número de pacientes ancianos que acude al Servicio de Urgencias de un Hospital por distintas patologías, entre ellas las coloproctológicas, ha aumentado considerablemente. La edad como factor aislado no contraindica una intervención pero sí pueden hacerlo las numerosas enfermedades concomitantes. El carcinoma de colon y recto representa la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer. Su incidencia anual está aumentando y por ello su tratamiento ha cobrado una gran importancia. Se ha publicado una mortalidad variable, entre el 6% y el 43%, en cirugía digestiva por cáncer en mayores de 80 años. La conducta biológica del tumor de colon en los ancianos es más agresiva localmente (obstrucción, perforación, invasión local) mientras que tiene menos tendencia a la diseminación.

Pacientes y métodos: Se revisan de forma retrospectiva 24 enfermos mayores de 90 años que fueron intervenidos durante un periodo de 5 años. Quedan excluidos los pacientes en los que se descartó tratamiento quirúrgico o se realizó tratamiento médico conservador.

Resultados: La media de edad fue de 91,66 años [90-97]. El 21% fueron varones y el 80% mujeres. El 19,6% procedía de residencias de ancianos, mientras que el 80,4% convivía con sus familiares. El 77% acudió con carácter de urgencia, de los cuales el 70% fue intervenido de urgencia. En los antecedentes personales las patologías más frecuentes fueron cardio-respiratorias, HTA y demencia. El riesgo ASA se distribuyó de la siguiente manera: I: 8,3%, II: 46%, III: 33%, IV: 12%. Las intervenciones realizadas fueron por: neoplasia de colon (37%), hernia con incarceración de colon (16%), apendicitis (16%), fístula rectal, reconstrucción de colostomía, perforación por colonoscopia o por cuerpo extraño e isquemia intestinal. Se realizaron un 87,5% de anestesis generales, un 4,16% con anestesia espinal y un 12,5% con anestesia local. La estancia media en UCI fue de 0,8 días [0-5]. La estancia media postoperatoria fue de 11 días [1-39], con una estancia media total fue de 13,41 días [0-41]. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron problemas respiratorios (3), fracaso multiorgánico (1), infección herida quirúrgica (1), desorientación (2), crisis cardíaca (2) y evisceración (1). La mortalidad global fue del 20,83%. Las causas más frecuentes de mortalidad fueron de origen cardíaco, seguido del fracaso multiorgánico y la insuficiencia respiratoria.

Discusión: Podemos concluir que, los pacientes mayores de 90 años pueden ser manejados con razonables bajas tasas de mortalidad. El riesgo anestésico es menor de lo que se pudiera sospechar ya que el 50% son catalogados como ASA I-II (77% ASA I-III). Sería conveniente replantearse la edad como contraindicación de la cirugía programada del cáncer de colon y de la hernia inguinal en el anciano ya que supone más de un 50% de los casos intervenidos de urgencia.