

PARED ABDOMINAL Y SUTURAS

COMUNICACIONES ORALES

9 NOVIEMBRE 2006

11.00 – 13.00

SALA LA MANCHA

O-294 – O-305

O-294

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

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

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

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

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

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

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

O-295

APLICACIÓN DE CULTIVOS CELULARES EN 3D EN EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS Y ANASTOMOSIS

H. Guadalajara Labajo, C. Domínguez Berzosa, M. García Arranz, I. Pascual, M. D. Herreros Marcos y D García Olmo
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las técnicas habituales de cultivos celulares permiten el crecimiento de las células troncales en monocapa o en suspensión, sin embargo su aplicación en medicina regenerativa precisa de una matriz para que las células crezcan en tres dimensiones. Se han desarrollado tejidos de forma artificial, aplicándose con limitaciones en algunos casos como piel, córnea, vejiga, sin embargo su aplicación para optimizar procesos de cicatrización precisa más investigación. El objetivo es comunicar el desarrollo de un sistema para cultivar células en 3D que podría ser aplicado sobre anastomosis o heridas a modo de "gel" o "apósito" biológico, para mejorar la cicatrización.

Materials y métodos: Los cultivos han sido realizados de forma autóloga, a partir de células troncales mesenquimales de lipoaspirados humanos, plasma fresco humano anticoagulado con EDTA, 0,7 mg/mL cloruro cálcico y medio de cultivo compuesto por: 89% D-MEM, 10% suero bovino fetal, 1% penicilina-estreptomicina (GIBCO). Bajo condiciones de esterilidad mezclamos en un tubo de 50 ml: medio de cultivo

y plasma a partes iguales, cloruro cálcico 0,7 mg/mL y 250.000 células. Tras homogeneizar la muestra se deposita sobre la placa de cultivo (P60). Por último una vez formado el coágulo añadimos de medio de cultivo.

Resultados: Las células se desarrollan entre una red de fibrina en tres dimensiones, siguiendo una curva de crecimiento más lenta que las de las células cultivadas en monocapa, sin embargo pueden mantenerse en cultivo al menos tres meses sin presentar signos de muerte celular. Su disposición en tres dimensiones les da un aspecto dendrítico. Su consistencia y manejabilidad es la de un "gel".

Discusión: Con este trabajo hemos conseguido un "gel" fácil de desarrollar y de manejar, por lo tanto su empleo rutinario es posible. Al tratarse de un sistema autólogo, no produce rechazo, su acción inmunomoduladora, puede optimizar los mecanismos de la cicatrización. Esta red de fibrina sobre la que se integran y crecen las células a modo de tejido, es biodegradable y desaparece sin causar problemas en el organismo. Es una prometedora solución para la cicatrización de las heridas y anastomosis.

O-296

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ

J.I. Rodríguez-Hermosa, E. Garsot, J. Gironès, J. Roig, J. Pont, B. Ruiz y A. Codina-Cazador

Hospital Universitario Dr Josep Trueta, Girona.

Introducción: La hernia obturatriz es infrecuente (0,05-1,4%), con sintomatología inespecífica, lo que provoca una demora en la consulta, en el diagnóstico y en el tratamiento, y condiciona una alta mortalidad.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo en los últimos 20 años (1986-2005), de los pacientes que han requerido cirugía para la reparación de una hernia obturatriz complicada.

Resultados: Hubo 16 pacientes, todas mujeres (edad media de $82,6 \pm 7,8$ años) con importante patología de base. Como factores predisponentes destacaron la delgadez y la multiparidad. El tiempo medio de demora en la consulta fue de $4,1 \pm 2,4$ días. El diagnóstico preoperatorio fue de oclusión intestinal de causa desconocida en 13 casos y obstrucción intestinal por hernia obturatriz complicada en 3. El diagnóstico en estas 3 pacientes se realizó mediante TC. El signo de Howship-Romberg fue positivo en 5 casos, pero en 2 se achacó a procesos osteoarticulares. El tratamiento fue urgente mediante laparotomía exploradora. La tasa de estrangulación herniaria fue del 75% y la de perforación del 56,3%. Precisaron resección intestinal 12 casos. La reparación herniaria se realizó con malla de polipropileno (11) y mediante sutura simple y aposición del peritoneo (5). La morbilidad fue del 75% y la mortalidad del 18,8%. En las 13 supervivientes no se evidenció recurrencia, con un seguimiento medio de 18,5 meses.

Conclusiones: Un diagnóstico temprano –recomendamos una TC en mujeres ancianas, delgadas y multiparas, con obstrucción intestinal– y un tratamiento precoz podría condicionar una menor incidencia de complicaciones y una disminución de las defunciones.

O-297

ANÁLISIS DE LAS RECIDIVAS TRAS EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA

R. Fernández Lobato, J. García Setpiem, R. Ríos Blanco, J. Marín Lucas, F. Angulo Morales y M. Limones Esteban
Hospital de Getafe, Getafe.

Introducción: Con la mejora de la curva de aprendizaje de la eventroplastia laparoscópica se ha conseguido llegar a una tasa de recidivas aceptable, pero es preciso conocer sus causas para poderlas evitar.

Objetivos: Determinar las recidivas aparecidas tras eventroplastia laparoscópica en nuestra serie y analizar las causas que han podido influir en ellas.

Material y métodos: Desde julio de 1999 y hasta el 31 de marzo de 2006 se han intervenido 148 pacientes y han aparecido 8 recidivas con seguimiento de 4-84 meses (5,4%).

Resultados: Fueron 4 mujeres y 4 hombres. Edad media de 53,5 años (rango 31-84). BMI > 30 en 6 pacientes (75%). Fueron 2 hernias primarias y 6 eventraciones (4 línea media, 1 subcostal y 1 suprapúbica). El tiempo transcurrido hasta la aparición osciló entre 3-28 meses (media 12,8), perteneciendo 4 a los 15 primeros pacientes de la serie, y 4 en los 110 restantes (3,6% de recurrencias), en los que no se ponían puntos de anclaje y el margen de la malla hasta el defecto era de 2-3 cm, siendo en la actualidad de 6-8 cm. **Aspectos técnicos:** 1) Tamaño de la malla fue de 10 x 15 en 3 y 2 mallas unidas en 2 casos. 2) Anclaje: no se han utilizado los 4 puntos de anclaje en 4 casos, intervenidos entre los 15 primeros pacientes. 3) Obesidad en 6 casos. 4) Onfalitis previa que produjo una infección secundaria de la malla con recidiva a los 18 meses en otra paciente.

Conclusiones: Consideramos que los problemas técnicos han sido el motivo principal de la recidiva justificados por la curva de aprendizaje, por lo que son muy importantes y deben corregirse: 1) Malla pequeña e insuficiente: nunca utilizamos la de 10x15, y hemos pasado a utilizar mallas grandes de al menos 6-8 cm de margen superior al defecto. 2) No unir mallas, pues la unión proporciona una zona de debilidad. Es mejor una malla grande aunque sean 2 defectos cercanos. 3) Defectuosos anclaje: aunque la doble corona de sutura helicoidal puede ser un sistema de anclaje suficiente, consideramos que la fijación añadida con puntos y anclaje a xifoides, reborde costal o pubis si es preciso, además de la doble corona, facilita la correcta ubicación y mejora la fijación con un sistema de doble seguridad. 4) Evitar pacientes con onfalitis: hay que desestimar como indicación pacientes con infección umbilical o problemas isquémicos de la piel que puedan comprometer ésta y la viabilidad posterior de la malla.

O-298

NUEVO MÉTODO DE OPERAR EN LA GRAN EVENTRACIÓN: SEPARACIÓN ANATÓMICA DE COMPONENTES MODIFICADA. COMPLICACIONES Y SEGUIMIENTO

T. Belda Ibañez, M. Cortes Cerisuelo, F. Carbonell Tatay,
S. Bonafé Diana y R. Baquero Valdelomar
Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Aplicación en eventraciones complejas: Separación anatómica de componentes modificada, con el fin de disminuir la tasa de recidiva.

Material y métodos: Durante los últimos 3 años (2004-2006) se han practicado en nuestra Unidad la reparación de 20 eventraciones complejas, de larga evolución en pacientes con edades comprendidas entre 39-69 años con IMC > 26, todas ellas de forma programada. El seguimiento se realiza al mes, a los 6 meses y anualmente hasta 5 años. La técnica se basa en la separación anatómica de los capas musculares de la pared abdominal, con la desinserción de los músculos oblicuos mayores, separándolos de los menores, transverso y recto, para disminuir la tensión en la línea de sutura central. Colocamos una gran malla de polipropileno por debajo de los colgajos separados del oblicuo mayor, fijándola para luego reintesar a ambos lados el músculo separado.

Resultados: con esta técnica hemos reparado 20 eventraciones complejas sin recidiva hasta el momento con complicaciones menores en el postoperatorio inmediato tipo 1 caso de seroma, 2 abscesos de la herida, 1 de necrosis de la piel en la herida que evolucionaron satisfactoriamente.

Conclusiones: con esta nueva técnica no hemos recogido hasta el momento recidivas o complicaciones que obligaran a retirar la malla; con buen resultado estético y funcional.

O-299

FACTORES PREDISPONENTES DE INCARCERACIÓN EN PACIENTES CON HERNIA INGUINAL

J. Jimeno Fraile, J.A. Pereira Rodríguez, R.M. Prieto Butille,
I. Martínez Casas, E. Nve Obiang, J.J. Sancho Insenser
y L. Grande Posa
Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Introducción: Las hernias de pared abdominal siguen siendo la segunda causa en frecuencia de oclusión intestinal. La cirugía de urgencia de la hernia inguinal complicada mantiene una elevada morbilidad.

Es de especial interés la identificación de factores asociados a la incarceración, en pacientes con hernia inguinal, que justifiquen la priorización de la cirugía electiva.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo de incarceración en pacientes con hernia inguinal que precisaron de una cirugía urgente.

Pacientes y método: Se realizó un estudio de casos y controles en el que se analizaron retrospectivamente los historiales clínicos de los pacientes intervenidos en nuestro centro por hernia inguinal desde Enero de 2004 hasta Diciembre de 2005. Se definió como *caso* a los pacientes que fueron operados de urgencia (Grupo URG) en este período por hernia inguinal incarcerada; excluyéndose los intervenidos por otros tipos de hernia o por hernia inguinal no complicada. Se definió como *control* a pacientes, seleccionados aleatoriamente, operados de forma electiva (Grupo ELEC) en el mismo período por hernia inguinal no complicada. Durante el período de estudio se intervinieron 37 pacientes del Grupo URG y se seleccionaron al azar 117 pacientes control. Se escogieron las variables: edad, sexo, indicación de la cirugía y la existencia de antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus (DM), prostatismo, cirugía intraperitoneal previa, o hepatopatía. La distribución de cada factor de riesgo entre casos y controles se analizó mediante la prueba de Chi cuadrado (χ^2) y se expresó como *odds ratio* (OR) la fuerza de la asociación entre las variables y el riesgo de incarceración.

Resultados: Se detectaron diferencias significativas en cuanto a la proporción de mujeres en el Grupo URG (URG = 21,6% vs. ELEC = 6,8%; P = 0,02) pero siendo la OR para el sexo de 0,27 (0,09-0,77). Los pacientes del Grupo URG presentaron con mayor frecuencia antecedentes de cirugía intraperitoneal (URG = 47% vs. ELEC = 17%; P < 0,01) siendo la OR 4,19 (1,8-9,5). Los antecedentes de prostatismo fueron más frecuentes en los hombres que se operaron de urgencia (URG = 44,8% vs. ELEC = 19,8% (p < 0,01). La edad de los pacientes intervenidos de urgencia también fue significativamente mayor (URG = 69,9 ± 19 años vs. ELEC = 62,4 ± 14 años; P = 0,001). No se constataron diferencias significativas en los antecedentes de EPOC, DM ni hepatopatía. El análisis discriminante por pasos identificó como variables independientes predictoras de incarceración al prostatismo y la cirugía intraperitoneal previa, presentándose alguna de estas dos circunstancias en el 66% de los pacientes operados de forma urgente.

Conclusión: Los pacientes que requieren cirugía urgente por hernia inguinal complicada presentan con más frecuencia antecedentes de prostatismo y cirugía intraperitoneal previa, existiendo una asociación intensa, y una causalidad en dos tercios de los pacientes operados.

O-300

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LAS BIOPELÍCULAS DESARROLLADAS SOBRE MALLAS QUIRÚRGICAS INFECTADAS

M. Cortés Cerisuelo, T. Belda Ibañez, A. Tuzón Segarra,
J. Arroyo Martín, F. Carbonell Tatay, S. Bonafé Diana
y R. Baquero Valdelomar
Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Desarrollar un modelo experimental (*in vitro* e *in vivo*) de biopelículas (bacterianas y fúngicas) formadas sobre mallas quirúrgicas para estudiar la efectividad de los antibióticos y la resistencia de las mallas a la infección.

Material y métodos: los animales de experimentación son conejos machos de raza New Zealand que se distribuyen en 3 lotes de 8 individuos. Al primero se le implanta una malla de polipropileno preaponeurótica estéril. Al segundo de le implanta el mismo tipo de malla infectada con *Staphilococo* y al tercero el mismo tipo de malla infectada pero con tratamiento antibiótico. Cada grupo se subdividirá en otros dos en función de si recibe profilaxis antibiótica o no. Esta se realizará con cefazolina. El tratamiento antibiótico será con meropenem. Tras anestesiar al animal, se implantará la malla en situación preperitoneal. A los 30 días se reintervendrá al conejo resecando la malla y tomando muestras para microbiología y anatomía patológica (microscopio óptico y m.electrónico que demostrará la presencia de biofilms).

Resultados: los conejos con malla estéril no desarrollaron infección tras 9 meses. En el lote con malla infectada sin tratamiento antibiótico, el estudio anatomopatológico y microbiológico mostró infección tras 1

mes tanto en el grupo con profilaxis como el otro. En el que se administró antibiótico se observó una disminución del número de UFC.

Conclusiones: la profilaxis antibiótica no evita el desarrollo de infección en el material protésico, en cambio, el tratamiento antibiótico disminuye de forma significativa la presencia de biofilms en la malla.

O-301

CIRUGÍA ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INCISIONAL: RESULTADOS DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO

R. Ferri Espí¹, M. A.¹, J. Carbó², S. Peiró³, J. Aguiló¹, F. Asencio¹, F. Melo², L. Minguet¹, J. Ruiz⁴ y F. Caro²

¹Hospital Francisco de Borja, Gandia. ²Eves, Valencia. ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁴Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Objetivo: Analizar y comparar los resultados de morbilidad postoperatoria, dolor, calidad de vida y recidiva, entre la reparación laparotómica y la laparoscópica en el tratamiento de la hernia incisional.

Material y método: Ensayo clínico aleatorizado, no ciego, realizado en tres hospitales distintos, en pacientes con hernia incisional y un orificio herniario de tamaño entre 5 y 15 cm de diámetro mayor, o pluriorificial con una suma de diámetros entre los mismos límites. Los pacientes, previo consentimiento informado, se aleatorizaron a uno de los siguientes grupos: cirugía abierta convencional (CA) o cirugía laparoscópica (CL). Los tipos de hernia incisional fueron: 75% línea media, 12% umbilical, 11% lateral y 2% subcostal. Se presentan los resultados de 83 pacientes (CA = 38; CL = 45) con respecto a la recidiva herniaria, la estancia postoperatoria, el tiempo quirúrgico, las complicaciones generales y locales, el dolor medido por escala visual analógica, y la calidad de vida estimada por el cuestionario de salud EuroQol-5. En el grupo CA se utilizó para la reparación una malla de polipropileno y en el CL una malla compuesta de polipropileno y PTFE. Como método estadístico se aplicó un análisis de la varianza (Test de Anova) y el paquete estadístico SPSS versión 11.

Resultados: De los 83 pacientes incluidos, el 67% eran mujeres y el 33% hombres, con una edad media de 59 años. Los grupos no mostraron diferencias significativas en sus características previas (edad, sexo, índice de masa corporal, riesgo ASA, diámetro del anillo herniario, estancia media preoperatoria, intervención por hernia incisional recidivada). No se hallaron diferencias en estancia media postoperatoria y ni en el tiempo hasta la ingesta, pero la CL precisó de mayor tiempo operatorio que la CA (101,9 vs 68,1 minutos; p < 0,005). No hubo reintervenciones ni fallecimientos. En el grupo de CL hubo 5 conversiones (11%) por dificultades técnicas. Las complicaciones locales fueron mayores en el grupo CL (28,8% vs 5,3%; p < 0,05), fundamentalmente seromas, pero no existieron diferencias significativas en las complicaciones generales entre ambos grupos (CL 6,6% y CA 2,6%). Tampoco existieron diferencias entre ambos grupos en las puntuaciones de dolor y calidad de vida medidas en los días 1, 2, 3, 7, 30, 90 y 365 días tras la intervención, con excepción del dolor que mostró un incremento significativo a los 30 días en el grupo CL (p < 0,05). No hubo diferencias significativas en la tasa de recidiva (CL 10,5% vs CA 9,4%).

Conclusiones: Ambos procedimientos quirúrgicos son equivalentes en términos de recidiva, dolor postoperatorio, calidad de vida y estancia postoperatoria, aunque la CL presenta más complicaciones locales (seromas) y requiere un tiempo operatorio mayor.

O-302

ESTUDIO DE LA RETRACCIÓN DE LAS MALLAS EN SITUACIÓN INTRAPERITONEAL

R. Fernández Lobato, A. Polo, C. Fernández de la Plaza, J. García Septién y M. Limones Esteban
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: Las mallas de polipropileno sufren un proceso de retracción de 33% al cabo de 6 meses. Este hecho tiene implicaciones terapéuticas ya que obliga a ampliar el tamaño de las mismas en previsión de esta retracción y evitar una recidiva.

Objetivos: Determinar la retracción de las mallas de PTFE ubicadas intraperitonealmente en pacientes intervenidos por eventroplastia laparoscópica.

Pacientes y método: Se estudian 15 p. a los que se ha intervenido por presentar una hernia incisional de pared abdominal anterior. Se realizó una reparación vía laparoscópica con malla de Dualmesh with holes (Gore-Tex®), fijada con 4 puntos de anclaje trasnsaponeuróticos y doble corona de sutura helicoidal. La medida de la malla se calculó añadiendo de 6-8 cm. al defecto por todos los márgenes. Se practicaron controles radiológicos con posibilidad de medición sin artefactos (mediante un telemundo) basal a las 24 horas a 3 meses, 6 m y 1 año. Se realizaron 3 medidas radiológicas tomando como referencia las grapas radioopacas en las medidas longitudinal, transversal y posición lateral.

Resultados: A los 3 m. la reducción ha sido 18% (rango 1,6-41%) o 25-35 mm longitudinal, 20% (rango 6-34%) en transversal o 14-30 mm, y la posición lateral del 21% (rango 6,6-45%) con diferencia significativa (< 0,002). A los 6 m. se ha incrementado hasta una media del 21-30% (p < 0,002) y a 1 año ha ascendido ligeramente hasta 27-40%, estabilizándose prácticamente desde los 6 meses. La diferencia entre las 24 horas y 1 año es significativa con una p < 0,001.

Conclusiones: 1) La retracción del tamaño de la malla de PTFE intra-peritoneal puede medirse con este sistema. 2) Esta retracción, se produce de modo significativo entre 2-5 cm hasta los 6 meses de la cirugía estabilizándose hasta 1 años. 3) Esta reducción del tamaño debe considerarse para planificar la reparación pues debe incrementarse el tamaño y obtener un margen de seguridad suficiente que evite las recidivas por este mecanismo.

O-303

FIJACIÓN DE MALLAS MEDIANTE GRAPAS DE FASCIA. UN MÉTODO RÁPIDO, SEGURO Y EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INCISIONAL

M. Pérez López, J.A. Pereira Rodríguez, V. Juncá Valdor, M. Martínez Vilalta, J.J. Sancho Insenser, R. Prieto Butillé, M. Segura Badía, J. Solsona Martínez y L. Grande Posa
Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos en la reparación de hernias incisionales utilizando grapas de fascia para la fijación en posición supra-aponeurótica (onlay) de mallas protésicas.

Pacientes y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron de forma electiva para reparación de una hernia incisional en nuestro Hospital en el período comprendido entre Enero de 2001 y Diciembre de 2005 en los que se utilizaron mallas en posición supra-aponeurótica fijadas con una doble corona de grapas de fascia. Se recogieron los datos de filiación, de la hoja quirúrgica, complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías, alta hospitalaria y seguimiento inicial. Se contactó por teléfono con todos los pacientes para citarlos a consultas externas a una revisión actualizada con el fin de determinar el dolor crónico, la tasa de recidiva y la presencia de infección crónica de la malla.

Resultados: Se intervinieron un total de 146 pacientes (37 V/109 M) con una edad media de $65,2 \pm 12$ años, que presentaban las siguientes hernias incisionales: 49 suprainfraumbilicales; 39 infraumbilicales; 27 supraumbilicales; 3 parrectrales; 9 subcostales derechos; 1 subcostal bilateral; 1 Pfannenstiel; 3 colostomía ; 1 lumbotomía ; 5 McBurney; 8 de trócar laparoscopia. La duración media de la intervención quirúrgica fue de 67 ± 31 minutos. La estancia media postoperatoria fue de $5,2 \pm 5$ días. Se presentaron 27 complicaciones postoperatorias en 26 pacientes (17,8%): infección herida 9 (6,1%); hematoma 5 (3,4%); seroma 7 (4,8%); hemorragia digestiva 3 (2%); insuficiencia respiratoria 1 (0,7%); descompensación cardíaca 1 (0,7%); necrosis cutánea 1 (0,7%). No se registró mortalidad. Dos pacientes (1,4%) precisaron reintervención, uno por infección profunda de la herida y otro, en dos ocasiones por necrosis cutánea. El seguimiento medio ha sido de $24,2 \pm 13$ meses, habiéndose completado en 115 pacientes (78,2%). Nueve pacientes fallecieron durante el período de estudio por patología no relacionada con la cirugía. Se detectaron 14 recidivas (12,2%) y dos infecciones crónicas (1,7%). En cuanto al dolor crónico el 73% de los pacientes refirieron no presentar ningún tipo de dolor; el 12% presentaron dolor leve; un 13% dolor moderado y el 4% dolor intenso.

Conclusiones: La fijación con grapas de fascia de mallas "onlay" para la reparación de hernia incisional es una técnica segura, rápida, con escasa morbilidad y nula mortalidad y que obtiene unos resultados a largo plazo equivalentes a los descritos en la literatura utilizando otras técni-

cas de fijación. Por su rapidez y facilidad de uso es nuestra técnica de elección en la reparación de hernia incisional primaria.

O-304

TERAPIA VAC EN HERIDAS ABDOMINALES

I. García Marirrodriga, J. Bouzada Gil, B. Ramos Lojo, D. Acín Gándara, J. Silvestre Rodríguez, I. Ortega Vázquez, S. Fuerte Ruiz y M. Limones Esteban

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: La terapia V.A.C.® (cierre asistido por vacío) es una modalidad física nueva, no farmacológica, que utiliza una presión negativa localizada y controlada para estimular la curación de heridas agudas y crónicas.

Objetivo: presentar nuestra experiencia en pacientes con heridas quirúrgicas infectadas.

Pacientes, material y método: se ha aplicado la terapia VAC® a 9 pacientes ingresados en el Sº de Cirugía General y Digestiva entre mayo de 2005 y febrero de 2006. Se trata de 2 mujeres y 7 hombres, con una media de edad de 65,6 años (53-75).

Paciente	Edad	Diagnóstico	Tratamiento	Sin Vac	Con Vac	Aplicac. sobre	Al alta
Caso 1	62	Tumor retroperitoneal	Extirpación	12 d	5 d	Herida	Cierre 2º int.
Caso 2	73	Cáncer de colon	Colectomía a total	15 d	12 d	Evisceración	Cierre 2º int.
Caso 3	70	Fistula colocolutánea	Cierre fistula	16 d	26 d	Herida	Injerto
Caso 4	72	Pancreatitis aguda grave	Necrosectomía	74 d	4 d	Fistula pancreát.	Cierre 2º int.
Caso 5	66	Adenocarcinoma de páncreas	Duodenopancrectomía cef.	18 d	18 d	Fistula biliar	Cierre 2º int.
Caso 6	75	Colédocolitisis recidivada	Colédoco-duodenostomía	10 d	10 d	Herida	Cierre 2º int.
Caso 7	58	Pancreatitis aguda grave	Necrosectomía	31 d	25 d	Fistula pancreát.	Éxitus
Caso 8	53	Politraumatismo	Resección ileon y sigma	13 d	7 d	Evisceración	Injerto
Caso 9	62	Úlcera duodenal sang.	Antrectomía + anastom. B III	10 d	6 d	Eventración	Cierre 2º int.

Resultados: en la mayor parte de los casos, se logró un cierre progresivo o se preservó la retracción de la fascia, necesaria para la subsiguiente reconstrucción de la pared abdominal.

Conclusiones: La técnica VAC® ha demostrado que aumentando la perfusión en la herida, estimula la formación de tejido de granulación, lo que permite un cierre primario a corto plazo o favorece una más rápida cicatrización por segunda intención. Cabe destacar que, secundariamente, ha disminuido el número de curas, la estancia hospitalaria y el coste económico, así como ha favorecido el mayor confort del paciente.

O-305

HERNIA ESTRANGULADA. ¿TODAVÍA MORTAL EN EL SIGLO XXI?

M.A. Martínez Serrano, J.A. Pereira Rodríguez, J.J. Sancho Insenser, E. Membrilla Fernández, V. Juncá Valdor, M. Segura Badía, J. Solsona Martínez y L. Grande Posa

Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Introducción: La morbilidad y mortalidad de la cirugía herniaria urgente continúa siendo alta, por lo que el conocimiento de los factores que predisponen a la aparición de complicaciones es de gran importancia tanto para la priorización de la cirugía electiva en los pacientes de riesgo como para seleccionar aquellos casos que pueden ser susceptibles de seguimiento clínico y ser intervenidos sólo en el caso de aparición de sintomatología.

Objetivos: Analizar los factores que condicionan la morbilidad y mortalidad de la resección intestinal asociada a la reparación herniaria urgente.

Pacientes y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes intervenidos urgentemente por patología

herniaria en nuestro hospital desde de Enero de 2000 hasta la actualidad. Se recogieron los datos de filiación, informe operatorio, datos del alta, complicaciones y mortalidad. Se compararon los resultados clínicos obtenidos en función de si fue o no necesaria una resección intestinal.

Resultados: De un total de 2.367 pacientes intervenidos por patología herniaria en dicho período, 362 (15,3%; edad media 69,5 años; 146 V/216 F) lo fueron de forma urgente: 125 inguinales; 78 crurales; 75 incisionales; 71 umbilicales; 9 epigástricas; 3 de Spiegel y 1 obturatriz. Precisaron resección intestinal 60 pacientes (16,6%). Presentaron complicaciones 108 enfermos (29,8%) y 17 pacientes (4,7%) fallecieron tras la intervención. El límite de 75 años discriminó una mortalidad significativamente mayor (> 75 : 7,5% vs ≤ 75 : 2%; $P = 0,01$).

La resección intestinal fue necesaria con mucha mayor frecuencia en las hernias crurales que en los otros tipos de hernia (27% vs. 13%; $P = 0,005$). El grupo de pacientes que precisó resección intestinal presentó una mayor edad media (75,4 vs. 68,3 años; $P = 0,002$), una mayor prevalencia de complicaciones totales (40,7% vs. 6,2%; $P < 0,0001$), de infección de herida (59% vs. 10,7%; $P < 0,0001$) y una mortalidad significativamente superior (20% vs. 1,6%; $P < 0,0001$). El análisis discriminante identificó la resección intestinal como única variable independiente predictiva de mortalidad (Lambda Wilks: 0,89; $P = 0,0001$; Valor predictivo 85%).

Conclusiones: La morbilidad y la mortalidad de la cirugía herniaria urgente que precisa resección intestinal son muy elevadas, especialmente en pacientes de edad avanzada, y cuando se trata de hernias crurales. Estos factores deben ser tenidos en cuenta para la priorización de la cirugía electiva.

PÓSTERS

9 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-290– P-334

P-290

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL RECIDIVADA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA SIN INGRESO

J.A. Torralba Martínez, A. Moreno Egea, J.G. Martín Lorenzo, R. Lirón Ruiz, J. Miguel Perelló, A. Campillo Soto, P. del Pozo y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Objetivo: En nuestro entorno, el tratamiento de la hernia inguinal unilateral está ampliamente incorporado a las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA), mientras que la hernia bilateral y la recidivada van incorporándose paulatinamente a dichas unidades. El objetivo de este estudio es analizar si ha sido adecuado realizar el tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal recidivada en nuestra unidad de CMA.

Pacientes y métodos: Desde enero de 1999 hasta diciembre 2005 hemos intervenido 79 pacientes con hernia inguinal recidivada realizando una herniplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP), 60 de ellos en régimen de CMA (65 hernias). Los datos se han recogido de forma prospectiva. Se valoran parámetros clínicos, anestésicos y quirúrgicos, índice de ingresos inesperados, reintegros, índice de sustitución, grado de satisfacción y recidiva.

Resultados: Recibieron anestesia general 43 (71,6%) pacientes y raquídea 17 (28,4%), precisando uno de ellos conversión a anestesia general. El tiempo quirúrgico fue de $4983 \pm 22,42$ minutos. Incidencias intraoperatorias: rotura peritoneal en 15 casos (25%) y hemorragia en 4 casos (6,6%). Un paciente precisó reconversión a herniplastia abierta. La morbilidad postoperatoria fue: hematoma-seroma inguinal en 3 casos, retención urinaria 2 en casos, hematoma preperitoneal en 2 casos y neuralgia transitoria en 1 caso. No hubo mortalidad. En un paciente (1,3%) fracasó la CMA, ingresando por dificultad de disección durante la intervención. Solo un paciente reintegró tras el alta (1,3%, por hematoma preperitoneal). El índice de sustitución ha crecido progresivamente.

te, siendo en 1999 del 50% y llegando en la actualidad al 87,5%. El grado de satisfacción fue referido como excelente o satisfactorio en el 95% de los casos. En el seguimiento se han detectado 2 recidivas (3,1%).

Conclusión: El tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal recidivada puede realizarse de manera segura, eficaz, eficiente y con excepcional aceptación del paciente, dentro de un programa de CMA.

P-291

TELEASISTENCIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M.J. Tamayo López, C. Martín Rodríguez, L. Sánchez Moreno, V. Navarro García, J.M. Suárez Grau, F. Docobo Durantes y J. Mena Robles

Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Concepto: Según una definición de la Organización Mundial de la Salud de 1.998, la Telemedicina es la distribución de servicios de Salud, donde la distancia es un factor crítico, y donde los profesionales de la Salud usan información y tecnología de comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o daños, investigación y evaluación; y para la educación continuada de los proveedores de Salud Pública, todo ello en interés del desarrollo de la Salud del individuo y su comunidad.

Objetivos: 1) Una metodología para la planificación y toma de decisiones orientadas a la reestructuración del modelo organizativo sanitario para integrar los nuevos servicios basados en Telemedicina. 2) Una plataforma tecnológica interoperable de fácil personalización a las necesidades y funciones asistenciales concretas demandadas. 3) Unas herramientas para la implantación y operación de los servicios que incluya los protocolos clínicos adecuados en el seguimiento de pacientes intervenidos.

Método: Se propone llevar a cabo la monitorización de pacientes intervenidos en régimen de CMA, obteniendo así datos cuyo estudio nos permitirá mejorar el control médico del paciente (medicación, postoperatorio en general, así como la disminución reingresos y asistencia al servicio de urgencias. El Objetivo principal del estudio es telemonitorizar a los pacientes de la unidad de CMA a través de un teléfono de 24 horas de información y mantener el paciente así monitorizado. Los parámetros a medir en domicilio son nivel de dolor, fiebre, cualquier sintomatología nueva que aparezca. El paciente es dado de alta una vez controlados sus parámetros de TA, Temperatura, dolor, apósito, tolerancia oral y deambulación, aproximadamente a las 4-6 horas de intervención. El paciente y su cuidador o responsable, lleva un teléfono de contacto con la unidad, de 24 horas de atendimiento, por personal de enfermería y cirujano. El control postoperatorio se realiza por una llamada telefónica con un cuestionario sobre los datos anteriormente citados, para ver la evolución.

Resultados: Se intervienen 1.991 pacientes en el año 2005 en régimen de CMA por el servicio de cirugía general. Agrupados los pacientes tenemos: que el 95% de los pacientes con patología anorrectal presentan un dolor del 0 al 5, El 93% de los pacientes con hernias están en la escala del dolor del 0-5. Demás patologías el 98% se encuentran entre el 0-5. Sólo 7 pacientes necesitan reingreso (0,35%) según criterios de control en domicilio.

Conclusión: En el momento actual parece imprescindible analizar y, en su caso, aportar las soluciones pertinentes a los servicios sanitarios basados en telemedicina que condicionan el objetivo estratégico de la implantación decidida (integrada y masiva), en el SNS de los servicios sanitarios soportados por las tecnologías de la información y las comunicaciones.

P-292

HERNIA POSTRAUMÁTICA DE PARED ABDOMINAL

E. Gutiérrez Cafranga, J. Gómez Menchero, C. Medina Achirica, C. Gutiérrez de la Peña, B. Ortega Castellano, J. Gil Quirós, M. López Hurtado, F. García Molina, M. González Ruiz, E. Montes Posada y F. Mateo Vallejo
Hospital SAS, Jerez de la Frontera.

Introducción: Las hernias posttraumáticas de la pared abdominal están provocadas por la herniación de órganos intrabdominales (fundamental-

mente colon) a través de un defecto a nivel de la musculatura y fascia abdominales en el que no existe lesión cutánea ni hernia previa. Son consideradas un raro evento a pesar del incremento observado en los últimos años en el número de traumatismos abdominales cerrados. En función del mecanismo de producción son secundarias a traumatismos de baja y de alta energía. Un 60% de estas hernias se asocian a lesiones viscerales intrabdominales, en su mayor parte las secundarias a traumatismos de alta energía. El tratamiento quirúrgico ha de ser precoz para evitar la aparición de complicaciones tales como incarceración/estrangulación de su contenido.

Caso clínico: Paciente de 39 años de edad con antecedentes personales de apendicectomía en la infancia y meningitis vírica en el año 2000. En Noviembre de 2005 sufrió accidente laboral cayendo un muro sobre su cuerpo. A su llegada al Servicio de Urgencias el paciente se encontraba consciente, orientado y hemodinámicamente estable. La exploración realizada mostró volet costal derecho, masa palpable en hemitórax derecho y deformidad de ambas extremidades inferiores. A nivel abdominal se objetivó defensa de forma generalizada, con dolor difuso de intensidad leve a la palpación profunda siendo el peristaltismo audible. El TAC de tórax y abdomen informó de múltiples fracturas costales derechas, pequeño neumotórax anterior derecho, desplazamiento importante de musculatura de pared abdominal a nivel lateral derecho provocando herniación de colon, pequeños hematomas a nivel de segmento 6 hepático y glándula suprarrenal derecha y fractura de apófisis transversa de L1 y L5. El TAC de extremidades inferiores informó de fractura desplazada de cabeza femoral derecha y acetábulo izquierdo. Se indicó laparotomía urgente confirmando el defecto a nivel de musculatura de pared abdominal con herniación de colon derecho y epíplon. Se comprobó la viabilidad del contenido herniario y se realizó cierre primario de dicho defecto con sutura no reabsorbible y refuerzo con malla intraperitoneal (PTFE). Se objetivó pequeña rotura a nivel diafragmático derecho que se reparó con cierre primario. Los hematomas hepático y suprarrenal y el neumotórax derecho fueron tratados de forma conservadora. No existieron hallazgos intraoperatorios de otras lesiones abdominales. El postoperatorio cursó sin incidencias. El paciente obtuvo el alta a los 32 días, tras ser intervenido quirúrgicamente de las fracturas de miembros inferiores. En la actualidad se encuentra asintomática.

Conclusiones: 1) Las hernias posttraumáticas a nivel supraumbilical y en flancos están asociadas a un alto porcentaje de lesiones viscerales intrabdominales. 2) La TAC abdominal muestra una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico diferencial del hematoma posttraumático vs. hernia posttraumática de pared abdominal. 3) El uso de material protésico en el tratamiento proporciona una reparación libre de tensión y mejora los resultados a largo plazo en la mayoría de los casos (menor recurrencia).

P-293

HERNIA INTERCOSTAL ABDOMINAL

M.J. Cabrerizo Fernandez, D. Rodríguez Morillas, B. Mirón Pozo, A.L. Romera López, B. Florenciano Lajusticia, C. del Olmo Rivas, J.A. Pérez Ramón, M. López-Cantarero Ballesteros y J.M. García Gil
Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La hernia intercostal abdominal es una patología poco frecuente. Se produce cuando existen dos orificios contiguos, uno en la pared diafragmática por desinserción de las fibras musculares laterales bajas y el otro en la pared intercostal y suele deberse a traumatismos toracabdominales cerrados o penetrantes. La mayoría están localizadas en el octavo espacio intercostal y sobre todo en el hemitórax izquierdo.

Caso clínico: Varón de 73 años con antecedentes de obesidad, HTA y sin alergias conocidas a fármacos. Remitido a consulta de Cirugía desde el Servicio de Neumología, refiriendo que durante el transcurso de una bronquitis aguda presentó un golpe de tos importante, con dolor intenso en región costal izquierda baja y gran hematoma a este nivel. Un día más tarde nota tumoración en dicha localización que ha ido creciendo progresivamente.

El paciente presenta buen estado general, aunque continua con dolor sobre todo con la tos, que es escasa y sin expectoración. No existe clínica digestiva asociada. A la exploración se aprecia tumoración superventosa a los últimos arcos costales izquierdos, de consistencia blanda y no dolorosa a la palpación. La auscultación respiratoria es normal. Como pruebas diagnósticas se utilizaron la radiografía de tórax, la eco-

grafía y la TAC, que informan de fracturas del 7º, 8º y 9º arco costal izquierdo y la presencia de hernia parietal a este nivel cuyo contenido es epíplon sin asas de intestino presentes. Con dicho diagnóstico se decide tratamiento quirúrgico. En el acto quirúrgico destaca la presencia de un saco herniario amplio, que emerge por un anillo de 3 x 2 cm y una diastasis entre el 8º y 9º espacio intercostal. Para corregir el defecto parietal se practicó una hernioplastia con doble malla de prolene: la primera, se colocó preperitoneal anclada con puntos sueltos al plano muscular y al reborde costal; la segunda, sobre el plano costomuscular. El postoperatorio cursó de forma satisfactoria y fue dado de alta sin complicaciones. A los cinco meses tras la cirugía el paciente presenta mínimas molestias y pared torácica continente sin signos de recidiva.

Discusión: Las hernias intercostales abdominales pueden ser congénitas o adquiridas. Las últimas se clasifican a su vez en espontáneas, traumáticas y patológicas. En todas ellas existe debilidad en la pared torácica. Las de tipo traumático son las más frecuentes, el defecto de la pared se produce tras una lesión que puede ser penetrante o no, como por ejemplo un golpe de tóz que asocia rotura de costillas. La masa puede presentarse inmediatamente o tras varios años del incidente. El contenido herniario varía en función de la localización derecha o izquierda. El paciente puede estar asintomático, con molestias o incluso con dolor y a veces puede aparecer sintomatología digestiva. La prueba diagnóstica por excelencia es la TAC. El tratamiento es quirúrgico, aunque el cierre espontáneo de la hernia se ha descrito en niños, es improbable en adultos. La reparación de los tejidos dañados no es suficiente, es necesario utilizar prótesis que se fijen al periostio y al plano muscular e incluso suturas de acero inoxidable que ayuden a disminuir la diastasis que suele existir entre estas costillas. Estas técnicas quirúrgicas con materiales no reabsorbibles, ayudan a disminuir las recurrencias.

P-294

HERNIA DE AMYAND EN MUJER: UNA PATOLOGÍA MUY INFRECUENTE ENTRE LAS URGENCIAS QUIRÚRGICAS

S. Arias Martín, J. Ortiz Lacoriana, M.T. Gutiérrez Rodríguez, J.M. Gómez Zabala, B. Uriarte Bergara, A.I. Gutiérrez Farreras, A. Expósito Rodríguez, A. Gomez Palacios, J. Méndez Martín y I. Iturburu Belmonte
Hospital de Basurto. Bilbao.

La patología herniaria y la apendicitis son dos entidades muy frecuentes en nuestro medio. Sin embargo la asociación de ambas entidades en un paciente es muy infrecuente. Cuando el apéndice forma parte de la hernia, pero no está inflamado, se denomina hernia de GARANGEOT y su incidencia es del 1% de la población. Mientras que la asociación de hernia y apendicitis (hernia de AMYAND) es aún más infrecuente, (0,1-0,6%). Esta entidad tiene un predominio claro en pacientes varones, en edades extremas de la vida (niños y ancianos). El diagnóstico preoperatorio es extraordinario ya que habitualmente se diagnostica como hernia inguinal/crural incarcerada y el hallazgo de apendicitis suele ser intraoperatorio. Se presenta un caso de apendicitis aguda sobre una hernia crural incarcerada, en mujer.

Material y métodos: Mujer de 94 años que ingresó por cuadro de varias horas de evolución, de dolor abdominal y aparición de bultoma en zona inguinal derecha. No náuseas ni vómitos. Ventoso y deposición normal en las últimas horas. Febrícula (37,3°C). **1. Exploración:** destacaba un bultoma crural derecho sugestivo de hernia crural incarcerada. El abdomen era blando, depresible, sin defensa.

P. complementarias: analítica: normal (mínima neutrofilia) y Rx de abdomen sin alteraciones. **2. Tratamiento:** se intervino de urgencia, objetivándose hernia crural derecha incarcerada. Como único contenido del saco se descubrió el apéndice inflamado, gangrenoso, no perforado, con base libre de enfermedad. Se realizó apendicectomía reglada y herniorrafía. El postoperatorio transcurrió sin alteraciones, siendo dada de alta al 4º día. **3. Anatomía patológica:** apendicitis aguda gangrenosa.

Conclusiones: La apendicitis aguda dentro de una hernia inguinal/crural es una entidad muy infrecuente y habitualmente es un hallazgo intraoperatorio. La incidencia es muy baja, con predominio del sexo masculino en edades extremas de la vida. La clínica suele ser similar a cualquier hernia incarcerada, sin datos de obstrucción intestinal y unido a ello también se suele encontrar la clínica característica de una apendicitis aguda, con dolor periumbilical y posteriormente en FID. El diagnóstico diferencial ha de hacerse con la hernia inguinal/crural incarcera-

da, aunque también con la hernia de Richter, la adenitis, y las alteraciones dependientes del testículo en los hombres. Entre los datos complementarios, la fiebre y la leucocitosis no suelen ser constantes. El tratamiento y vía de acceso dependen de la ubicación del ciego y de las características del saco herniario y su contenido (siendo necesario a veces la doble incisión). La reparación de la hernia con material protésico tendrá que valorarse en cada caso, dependiendo de la contaminación y características de cada paciente.

P-295

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL

A. Morandeira Rivas, A. Sánchez Marín, C. Díaz Lara, F.J. Buils Vilalta, E. Peralta y D. del Castillo Dejardin
Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus.

Introducción: Los sarcomas de partes blandas son neoplasias mesenquimales raras, suponen aproximadamente un 1% de las neoplasias malignas en el adulto. Los sarcomas primarios de la pared abdominal suponen menos del 5% del conjunto de los sarcomas. El tipo histológico más frecuente es el Histiocitoma fibroso maligno. Para el diagnóstico histológico preoperatorio se recomienda la biopsia incisional ya que la PAAF tiene escaso rendimiento. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes de resección de 2-3 cm. Los límites de resección y el tipo histológico son los factores pronósticos más importantes. En cuanto a los tratamientos adyuvantes, la radioterapia parece disminuir la incidencia de recidivas, pero la quimioterapia no ha demostrado beneficios en el tratamiento de la enfermedad metastásica.

Caso clínico: Paciente de 84 años sin antecedentes oncológicos ni quirúrgicos, en tratamiento con Acecumarol por AC x FA e Insuficiencia mitral y aórtica. Presenta tumoración en fossa ilíaca derecha de 8 cm de diámetro, de consistencia dura y adherida a plano aponeurotico. Se practica ECO y TAC donde se aprecia tumoración heterogénea de ocho centímetros de diámetro máximo sin signos de enfermedad a distancia. El paciente fue intervenido realizándose incisión oblicua sobre la lesión que se encontraba adherida a las aponeurosis de los músculos oblicuos mayor y menor. Se resecó la lesión y se cubrió el defecto con una malla de polipropileno sobre la musculatura transversa. Se dejaron dos drenajes de tipo redón en el subcutáneo. El estudio anatopatológico evidenció sarcoma pleomórfico de alto grado (histiocitoma fibroso maligno) con bordes de resección libres. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El paciente permanece asintomático y libre de enfermedad un año después de la intervención.

Discusión: Los sarcomas de la pared abdominal son tumoraciones poco frecuentes. La resección quirúrgica amplia es el tratamiento de elección. En nuestro caso no se hizo biopsia preoperatorio ni tratamiento adyuvante. Estas tumoraciones pueden alcanzar grandes tamaños siendo de gran utilidad las mallas de material protésico para reconstruir la pared abdominal.

P-296

LIPOSARCOMA DE LA REGIÓN INGUINAL

M.C. Martín Jiménez, L. Sánchez Moreno, M. Pérez Andrés, M.J. Tamayo García, J. Vázquez Monchul, A. Galindo Galindo y F. Docobo Durández
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Existen diferentes causas de tumoraciones en la región inguinal. El diagnóstico más frecuente es el de hernia inguinal, siendo necesario hacer el diagnóstico diferencial con tumores de partes blandas.

Caso clínico: Hombre de 81 años que consulta por presentar tumoración inguinal de 4 meses de evolución con aumento de tamaño en los últimos días. Como antecedentes personales presenta cardiopatía isquémica, asma bronquial, infarto agudo de miocardio, insuficiencia renal crónica, diabetes, carcinoma de células escamosas ulcerado bien diferenciado e infiltrante en región temporal, carcinoma vesical. A la exploración presenta tumoración inguinal izquierda indurada, dolorosa a la palpación no reductible e hidrocele en teste izquierdo. Analítica 11.600 leucocitos con 72,9% de neutrófilos. Se realiza ecografía abdominal que se informa como hernia inguinal izquierda de contenido mixto sin signo de complicaciones. Se decide intervención quirúrgica urgente ante el diagnóstico de probable hernia inguinal incarcerada. En el acto

operatorio se objetiva tumoración en región inguinal izquierda de consistencia pétreas, adherido a planos profundos, con material espeso blanquecino. Se practica biopsia de dicha tumoración. Los hallazgos anatomo-patológicos eran propios de liposarcoma, con CD-34 positivo en el endotelio vascular, desmina positiva, vimentina positiva difusa en áreas de tipo hemangiopericitoide y proteína S-100 positiva difusa en estructuras neoplásicas.

Conclusión: El liposarcoma es un tumor maligno que procede de células lipoblásticas primitivas o embrionarias. Puede estar formado por células grasas bien diferenciadas o no diferenciadas, mixoides, de células redondas o pleomórficas, generalmente asociado con una rica red de capilares. Se presenta más comúnmente en la vida adulta, más frecuente entre los 50 y 65 años de edad. Representan un 1% de todos los tumores malignos. La localización más frecuente son los muslos y el retroperitoneo. Como la mayoría de los sarcomas el liposarcoma suele crecer sin dar síntomas. La RM constituye la técnica diagnóstica de elección, ya que permite diferenciar tumores benignos de los malignos. En el diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas, carcinomas metastásicos, melanoma, linfoma y hernia inguinal. La seguridad diagnóstica se determina con el estudio histológico, marcadores inmunohistoquímicos y análisis citogenéticos. El objetivo fundamental del tratamiento es la resección completa con márgenes libres de tumor. La radioterapia facilita el control local de la lesión. La quimioterapia no ha demostrado ser efectiva. Las recidivas son frecuentes, con un intervalo libre de patología de 18 meses.

P-297

MIGRACIÓN DE PRÓTESIS DE POLIPROPILENO A LA CAVIDAD ABDOMINAL TRAS HERNIOPLASTIA SEGÚN TÉCNICA DE LICHTENSTEIN

M. Labalde Martínez, E. Ferrero Herrero, O. García Villar, P. Peláez Torres, A. Marcos Herrero, S. Alonso Gómez, J.M. Danés Grases, C. Nevado García, A. Manrique Municio, J. Calvo y M. Hidalgo Pascual

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las mallas de polipropileno (PP) se han utilizado como material protésico para la reparación de hernias desde 1950. Observaciones obtenidas de trabajos experimentales han revelado que el PP implantado en la pared abdominal produce una reacción inflamatoria adherida a la malla que permite una rápida fijación fibrosa al tejido.

Caso clínico: Varón de 51 años intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal mediante la colocación de prótesis de PP según técnica de Lichtenstein, que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal. En TC se objetiva la migración de la malla a la cavidad abdominal y su adhesión a un asa de intestino delgado. Se realiza resección intestinal del fragmento al que se ha adherido la prótesis y anastomosis termino-terminal.

Conclusiones: Las complicaciones asociadas a la presencia de material protésico intraperitoneal como migraciones, fistulizaciones, erosiones o adhesiones son poco conocidas. Sin embargo, una buena técnica quirúrgica en la que se elimine la tensión y la isquemia podría reducir significativamente el riesgo de presentar complicaciones.

P-298

EPITELIOMA BASOCELULAR GIGANTE DE PARED ABDOMINAL. PARIETOPLASTIA PROTESICA Y DRENOASPIRACIÓN PERMANENTE

D. Dávila Dorta, F. Palomar Llatas, B. Fornés Pujalte, A. López, J. Canet Guardiola y J.V. Roig Vila
Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivo: Se presenta a un paciente con un infrecuente epiteloma basocelular: gigante y de pared abdominal, subrayando este inusual tamaño, la táctica y técnica quirúrgica así como el manejo postoperatorio de la extensa herida parieto-abdominal.

Introducción: Los tumores de la piel son frecuentes y normalmente limitados al espesor dérmico-epidérmico, siendo los epitelomas los más frecuentes. Asientan con preferencia en zonas de la piel expuestas a la radiación solar pero, en el caso que nos ocupa, del tipo basocelular, lo hizo en zona-sombra (no expuesta) de la pared abdominal anterior, desarrollando unas dimensiones infrecuentes de observar en la práctica clínica y en la bibliografía.

Caso Clínico: Varón de 70 años con tumoración ulcerada gigante de pared abdominal (45 x 20 x 4 cm) con unos 14 años de evolución. No le dio importancia y no consulta. *Hace unos 6 meses:* astenia, anorexia y pérdida de peso (12 kg). Fumador de 1 paquete/día hasta hace 10 años. *En TAC:* atrofia de corteza cerebral, enfisema pulmonar, quistes hepáticos simples, hepatosplenomegalia leve, colelitiasis y cistolitiasis; y en pared abdominal, masa infiltrante dérmica, músculos y del tejido preperitoneal. RMN no aporta más datos. Biopsia tumoral: epiteloma basocelular morfeiforme infiltrante. *1. Intervención:* Exéresis oval extensa del 80% de la piel y celular de la pared abdominal. En la zona centro-abdominal, coincidiendo con el mayor grosor tumoral se practica una exéresis circunferencial de unos 20 cm de diámetro de pared muscular y peritoneo. Reconstrucción con malla de polipropileno intraperitoneal fijada en corona sobre el epiplón mayor. Compresas betadinas oclusivas, 2 drenajes y apósito hermético para aspiración negativa permanente. *2) Apoyos:* UCI, nutrición parenteral, antibióticos, bomba de analgesia, y curas a días alternos. Con este sistema se obtiene un tejido de granulación rápido que tapiza toda la superficie y a la malla antes de los 90 días. Alta para curas ambulatorias y posteriores injertos libres de piel consiguiendo una epitelización final eficaz. Hubo una sépsis de catéter como única complicación postoperatoria. La pared abdominal mantiene una silueta y una contención eficaz.

Comentarios: El epiteloma basocelular es muy frecuente pero: a) la forma de presentación clínica infrecuente de este caso (grandes dimensiones) hasta con infiltración preperitoneal extensa, b) la táctica y técnica quirúrgica para la exéresis extensa de piel y celular, extendida a pared muscular y peritoneo (20 cm), más la parietoplastia con prótesis de polipropileno intraperitoneal apoyada sobre una omentoplastia en corona y c) el manejo para las curas y cuidados de la extensa herida con malla expuesta, mediante apósito hermético con aspiración negativa para drenaje permanente, con resultado excelente (salvo una sépsis por catéter); son las 3 características diferenciales que justificaron esta presentación.

P-299

GASTO ENERGÉTICO Y RESPUESTA BIOLÓGICA A LA AGRESIÓN EN LA CIRUGÍA ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA DE LAS EVENTRACIONES ABDOMINALES

A. Sánchez Marín, J. Doménech Calvet, M. Hernández González, F. Buils Vilalta, J. Sánchez Pérez, F. Sabench Perefferrer, S. Blanco Blasco, A. Morandeira, E. Peralta y D. del Castillo Déjardin
Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus.

Introducción: La cirugía laparoscópica ha sido preconizada, en su comparación con la vía abierta, como un procedimiento menos agresivo. La reparación de las eventraciones por vía laparoscópica, está actualmente en controversia. Se realiza un estudio prospectivo y randomizado en el cual comparamos valores de gasto energético y de respuesta biológica entre la cirugía abierta y laparoscópica de la eventración abdominal.

Material y métodos: 20 pacientes fueron intervenidos de eventración abdominal. En 10 se utilizó la cirugía abierta con aposición de malla de polipropileno preaponeurótica y en 10 de ellos cirugía laparoscópica con colocación de malla de PTFE (Gore-Tex®) intraperitoneal. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad y sexo. En todos los pacientes se realizaron 3 calorimetrias indirectas, una preoperatoria, otra a las 24 horas y la última a las 48 horas de la intervención quirúrgica. Así mismo se realizaron 3 determinaciones analíticas de mediadores de respuesta inflamatoria, una preoperatoria, a las 24 y 48 horas. Se realizó un estudio comparativo entre los valores absolutos y entre las variaciones en el tiempo de las distintas determinaciones analíticas y calorimétricas.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los parámetros hallados en las calorimetrias entre los dos grupos de pacientes, ni en valores absolutos ni en sus variaciones. Se encontró un aumento más significativo en la IL-6 ($p = 0,023$) en el grupo laparoscópico. Se encontró un aumento más significativo en la ACTH ($p = 0,15$) en el grupo de cirugía abierta pero estas variaciones de ACTH ocurrieron siempre dentro de los límites de la normalidad. En el resto de parámetros no se hallaron diferencias significativas.

Conclusiones: Con los datos obtenidos observamos que el gasto energético en ambas técnicas es similar, si bien la respuesta inflamato-

ria a la agresión parece ligeramente menor en la vía laparoscópica. Los tiempos quirúrgicos, y la estancia media, fueron mejores para el grupo de la cirugía laparoscópica.

P-300

GASTO ENERGÉTICO Y RESPUESTA BIOLÓGICA A LA AGRESIÓN EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS INGUINALES

J. Doménech Calvet, A. Sánchez Marín, M. Hernández González, A. Morandeira Rivas, E. Peralta, J. Sánchez Pérez, F. Sabench Pereferrer, C. Díaz Lara, S. Blanco Blasco y D del Castillo Déjardin

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Reus.

Introducción: El abordaje laparoscópico de las hernias inguinales está actualmente en controversia con un nivel de evidencia bajo, solo a favor de la vía laparoscópica en las hernias inguinales recidivadas y bilaterales. La cirugía laparoscópica ha sido preconizada, en su comparación con la vía abierta como un procedimiento menos agresivo desde el punto de vista de la respuesta biológica a la agresión. Se ha realizado un estudio prospectivo y randomizado comparando la vía abierta y laparoscópica (IPOM). Han quedado excluidos del estudio, las hernias bilaterales y las recidivadas.

Material y métodos: El estudio consta de 29 pacientes distribuidos es 19 donde se utilizó la cirugía abierta con técnica de Liechtenstein y en 10 de ellos mediante abordaje laparoscópico y colocación de malla totalmente intraperitoneal (IPOM). En el primer grupo se utilizó una malla de polipropileno y en el segundo de PTFE (Goretex®). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad y sexo por lo que se confirma la homogeneidad de la muestra. El gasto energético se ha valorado mediante la realización de una calorimetría indirecta preoperatorio(basal) y a las 24 y 48 horas del curso postoperatorio. La respuesta inflamatoria se ha valorado mediante la determinación de la PCR, IL-6, ACTH, recuento de linfocitos y leucocitos, en los mismos intervalos de tiempo. Así mismo, se ha analizado el tiempo quirúrgico y la estancia media hospitalaria

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los parámetros hallados en las calorimetrías entre los dos grupos de pacientes y tampoco se encontraron diferencias significativas en ninguna de las determinaciones analíticas (PCR, IL-6, ACTH, recuento de linfocitos, recuento total de leucocitos) entre los dos grupos de pacientes. La estancia media fue similar, y el tiempo quirúrgico tampoco hubo diferencias significativas, si bien fue algo menor en el grupo laparoscópico

Conclusiones: Con los datos obtenidos no hemos hallado diferencias significativas entre la cirugía laparoscópica y abierta de la hernia inguinal unilateral y no recidivada. Si los datos de los siguientes pacientes no lo cambian podemos afirmar que la agresión quirúrgica es similar en ambos procedimientos. Creemos que se deben realizar más estudios en las hernias bilaterales y recidivadas.

P-301

GASTROSQUISIS: CESÁREA ELECTIVA Y CIRUGÍA INMEDIATA

A. Palacios Nieto, M Maestro de la Calera, E. Güemes Veguillas, S. Duque González, I. Castro Ramos, A.M. Rubio Álvarez, E.M. de Diego García y I. Fernández Jiménez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La gastosquisis es la evisceración del intestino fetal en la cavidad amniótica, siendo uno de los defectos congénitos de la pared abdominal más común, con una elevada morbi-mortalidad, y controversia a la hora de decidir cuándo y cómo finalizar la gestación y el abordaje quirúrgico del recién nacido.

Caso clínico: Se presentan dos casos de recién nacidos con gastosquisis diagnosticados prenatalmente mediante ecografía en la semana 15 de gestación. Ambos residen en la misma zona geográfica y presentan parentesco lejano. Se programó cesárea electiva en la semana 35, teniendo que ser adelantada en uno de los casos por sufrimiento del intestino eviscerado. Al nacimiento presentaron buena vitalidad, sin precisar reanimación, realizándose intervención quirúrgica inmediata. 1. El primer caso presenta herniación completa del intestino delgado, desde duodeno hasta ángulo esplénico del colon, con coloración oscura y edema de las asas intestinales. Durante el acto quirúrgico se observa

volvulación con importante compromiso vascular y atresia intestinal a nivel de yeyuno con perforación del extremo proximal y malrotación intestinal. Se realiza resección del extremo proximal perforado con anastomosis término terminal. Durante el postoperatorio inicia acidosis grave mixta con empeoramiento progresivo y shock a las seis horas sin respuesta al tratamiento. 2. El segundo caso presenta evisceración de estómago, intestino delgado y colon hasta sigma. En el acto quirúrgico se observa malrotación intestinal, edema discreto de asas y divertículo a nivel de colon transverso que es extirpado, con reintroducción posterior de asas intestinales. Presenta buena evolución postoperatoria con expulsión de meconio en las primeras horas e inicio de tolerancia a los trece días de vida siendo positiva. En ambos casos fue posible la reintroducción de asas intestinales en cavidad abdominal sin compromiso ni aumento de presión intraabdominal.

Conclusiones: El diagnóstico prenatal permite una actuación multidisciplinar al nacimiento, pudiéndose realizar una cesárea electiva y programada en el momento adecuado de la gestación, y una cirugía inmediata mejorando así el pronóstico. La cirugía precoz evita el deterioro intestinal. Estos casos apoyan la asociación familiar de la gastosquisis.

P-302

SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Die Trill, F. García Moreno, J. Molina, P. López Hervás, A. Rey y M. Devesa

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Presentamos la experiencia en síndrome compartimental abdominal en nuestro centro. Nuestro objetivo definir la entidad según la literatura, comparar el manejo realizado de los mismos respecto a la literatura y ver la morbilidad del proceso, así como protocolizar el manejo de estos pacientes.

Pacientes y métodos: Se recogen en el estudio los 15 pacientes diagnosticados de síndrome compartimental abdominal e intervenidos en nuestro hospital desde el año 1998 al 2005.

Resultados: Se define síndrome compartimental abdominal (SCA) como un aumento brusco de la presión intra-abdominal (PIA) mayor de 20 mmHg ó de 25 cm de H₂O acompañado del fallo de al menos un órgano que previamente no existía (renal con oliguria/ anuria, respiratoria con hipoxia, cardíaco con disminución gasto cardíaco e hipotensión, presencia de acidosis metabólica por isquemia intestinal, ...), la confirmación se realiza al mejorar con la descompresión abdominal. Se distingue un SCA primario (origen en el abdomen (sobre todo postoperatorio, tras traumatismo abdominal o por procesos inflamatorios/infecciosos intraabdominales) 13 de nuestros casos, SCA secundario (causa no abdominal sobre todo pacientes sépticos y pacientes con resuscitación líquida masiva por shock hipovolémico) tan sólo 2 casos; y SCA terciario (recidivado tras descompresión abdominal). El manejo realizado en estos pacientes fue: laparostomía mediante Bolsa de Bogotá en 12 casos (en 3 de ellos con aspiración), colocación de parche de Witmann en 2 pacientes y colocación de malla de gore-tex en 1 paciente. Se cerró el abdomen en una mediana de 6 días (rango de 2-41 días). La mortalidad de nuestra serie fue de 9/15 pacientes 60% comparable con los datos vistos en la literatura. El manejo de estos pacientes debe de ser primero profiláctico evitando cierres a tensión en pacientes con edema intestinal masivo, pacientes con deterioro respiratorio o inestables hemodinámicamente inestables y tratando el SCA descomprimiendo el abdomen con PIA > 20 mmHg o 25 cm de H₂O (medida trans sonda vesical) y con fallo de un órgano que previamente no tenía el paciente.

P-303

ENDOMETRIOSIS INCISIONAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

P. García Pastor, H. Husseini Husseini, J. García Castell, J. Ferrando Marco y F. Checa Ayet

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: La endometriosis incisional es una entidad clínica descrita en la literatura ginecológica, pero poco reconocida entre los cirujanos generales; por eso se han publicado muy pocos casos. Se trata de tejido endometrial ectópico, que responde a la estimulación hormonal, que aparece en un 0,1% de mujeres intervenidas previamente: generalmente

en la cicatriz de cesáreas, pero también tras histerectomías o cirugía tubárica. Asimismo, se han descrito implantes en los puntos de punción de aguja para amniocentesis, o en los de los trócares para laparoscopias.

Casuística: Presentamos dos casos de endometriosis incisional. Se trata de dos pacientes de 31 y 39 años, con antecedentes de cesárea 2 y 8 años antes, ambas por incisión de Pfannestiel. Se quejan, desde meses atrás (6 y 48), de una pequeña tumoración, dolorosa y lentamente creciente, en uno de los extremos de la cicatriz; una de ellas observa que la tumoración cambia de tamaño, pero no lo relaciona con el ciclo menstrual sino más bien con la tos y los esfuerzos. En ambos casos se descartó la existencia de eventración mediante exploración física, pero la ecografía convencional no aportó datos diagnósticos; por eso, con la sospecha de granuloma a cuerpo extraño, se decidió exéresis. El estudio histológico de la pieza se informa como endometrioma.

Discusión: Se trata de una patología poco frecuente y, por ello, poco sospechada. Se presenta sobre cicatrices de cirugía abdominal (no necesariamente ginecológica), como tumoración molesta, que cambia con el ciclo menstrual. Frecuentemente se confunden con eventraciones, hematomas encapsulados, granulomas u otros tumores, y el diagnóstico suele ser postoperatorio. Aunque se describen casos de diagnóstico previo mediante eco-doppler, RMN o PAAF, habitualmente lo que falla es la sospecha diagnóstica. El tratamiento es sencillo y de éxito garantizado. Algunos autores defienden la posibilidad de su prevención, mediante el lavado minucioso y la irrigación con solución salina a chorro de los bordes de la herida antes de proceder a su cierre.

P-304

ANESTESIA EN CMA: HERNIOPLASTIA INGUINAL CON ANESTESIA LOCAL: TÉCNICA Y RESULTADOS

R.M. Jiménez Rodríguez, F. Docobo, J. Mena, M. Flores Cortes, L. Tallón y D. Molina

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Resaltar la importancia de la técnica de la anestesia local en la cirugía ambulatoria de la hernia inguinal intervenida en nuestra CMA.

Material y métodos: Analizamos la técnica empleada en la anestesia de la hernia inguinal unilateral. Para ello, establecemos un protocolo de actuación en el que se definen los siguientes pasos: localización de puntos anatómicos, infiltración en puntos de referencia, infiltración en tejido subcutáneo en la zona de la futura incisión y adecuado protocolo de analgésicos postoperatorio.

Resultados: En todos los pacientes se utiliza una premedicación anestésica con omeprazol, midazolam y orifidol, en dosis adecuada a su peso corporal. Ya en la mesa de quirófano, se administra a los pacientes mediante perfusión continua díprivan según peso; mientras se mantiene la perfusión se procede a la infiltración local. Se traza una línea imaginaria entre la espina ilíaca anterosuperior y el ombligo y sobre esa línea a dos dedos de la EIAs se inyecta de forma perpendicular con un abocet de número 17,10 cc de una solución de anestésico local con suero fisiológico. A continuación tras localizar el anillo inguinal se infiltran primero en el arco izquierdo y después en el arco derecho 10 cc de la disolución de anestésico local. Finalmente se infiltra la zona de la incisión y un amplio abanico subcutáneo. Esta técnica se realiza en la práctica totalidad de las 892 hernias intervenidas el año 2005 en la CMA. De ellas no tuvimos ningún reingreso en el postoperatorio inmediato por dolor.

Conclusiones: Esta técnica tras su uso en prácticamente el 100% de los pacientes intervenidos de hernia inguinal en nuestra CMA se constituye como la técnica de elección en la anestesia para el tratamiento de la cirugía si se asocia de un tratamiento analgésico adecuado postoperatorio.

P-305

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA INFERIOR. COMPLICACIÓN INUSUAL EN EL CIERRE DE UNA LAPAROTOMÍA CON SUTURAS METÁLICAS

J.A. Torralba Martínez, A. Moreno Egea, R. Lirón Ruiz, E. Girela Baena, J.G. Martín Lorenzo, Á. Campillo Soto, P. del Pozo y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivo: El cierre de una laparotomía mediante suturas metálicas de retención presenta una serie de riesgos tales como la obstrucción, per-

foración, fístula intestinal, necrosis cutánea y de la pared abdominal, etc. La aparición de un pseudoaneurisma de la arteria epigástrica inferior es una complicación muy rara de este procedimiento, de la que solo hemos encontrado dos casos similares descritos en la literatura. El objetivo es presentar un caso y revisar la etiología, diagnóstico y formas de tratamiento actual.

Material y métodos: Paciente de 63 años intervenido por una neoplasia vesical, reintervenido por hemorragia masiva por úlcus duodenal y evisceración completa de la laparotomía, colocando dos suturas metálicas de retención atravesando el espesor de la pared abdominal al nivel de la vaina de ambos rectos. En el postoperatorio apareció una masa palpable en la vaina del músculo recto izquierdo de 5 x 7 x 3 cm sugestiva de hematoma. La ecografía y el TAC con contraste mostraron su origen vascular y llevaron a la sospecha diagnóstica de pseudoaneurisma de la arteria epigástrica inferior, confirmada con la realización de una ecografía Doppler Color, al mostrar la presencia de un flujo sanguíneo turbulento dentro de un hematoma organizado. El tratamiento aplicado fue la inyección percutánea de Trombina humana bajo control ecográfico, consiguiendo la trombosis total y desaparición del pseudoaneurisma.

Discusión: La formación de un pseudoaneurisma es una complicación frecuente en cirugía vascular, tras punciones arteriales para diferentes procedimientos diagnóstico-terapéuticos y traumatismos. Tradicionalmente, el tratamiento de los pseudoaneurismas fue la resección quirúrgica, pero el uso de técnicas de radiología intervencionista, han permitido que el tratamiento actual sea la compresión bajo control ecográfico o la embolización percutánea selectiva de la cavidad pseudoaneurismática, obteniendo excelentes resultados y desplazando casi por completo la cirugía. El tratamiento más novedoso es la inyección percutánea de Trombina, sustancia con la que se induce la trombosis en el seno del pseudoaneurisma y su desaparición.

P-306

HERNIOPLASTIA CON ADHESIVO BIOLÓGICO (TISSUCOL)

T. Moreno Allende, J. Merino, A. Lamíquiz Vallejo, A. Larzabal Aretxabala, A. Rebollo, R.A. Silva Hormazabal y L. Pérdigo Bilbao

Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: La intervención de hernia inguinal es uno de los procedimientos más frecuentes realizados en Cirugía General. Para el tratamiento de las hernias se están empleando diferentes tipos de prótesis que, en función de la técnica empleada, requieren más o menos puntos de sutura para su fijación. En los últimos años, se están utilizando adhesivos de fibrina para lograr esta fijación. Al no utilizar suturas, su principal ventaja radica en evitar el daño de los tejidos adyacentes. Es un producto de fácil aplicación, fisiológico y biocompatible que sirve de soporte para el crecimiento de fibroblastos, favoreciendo la cicatrización e integración de la malla en el tejido.

Material y métodos: Durante un año hemos intervenido a 50 pacientes de hernia inguinal primaria en los que se fijaron las mallas de forma atraumática con un adhesivo biológico (Tissucol®). Estudiamos el dolor postoperatorio, la recidiva y el grado de satisfacción del paciente mediante encuesta en consulta externa. Analizamos nuestros resultados a largo plazo con el test de calidad SF-36.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 60,2 años. El 94% eran varones y el 6% mujeres. Presentaron hernia inguinal derecha el 52%, hernia inguinal izquierda el 46% y bilateral el 2%. El 57,7% de las hernias fueron indirectas, 35,5% directas y 6,6% crurales. *La técnicas quirúrgicas empleadas fueron: Rutkow-Robbins (58,6%), Lichtenstein (32,6%), anuloplastia simple del orificio interno (6,52%) y tapón en el orificio crural (2,17%).* El 90% fue intervenido mediante el programa de cirugía mayor ambulatoria. El 10% de los pacientes requirió ingreso debido a su patología médica, causas sociales o por petición del paciente. No se observaron recidivas tras 12,2 meses de seguimiento. El 84% de los pacientes respondieron a la encuesta realizada. Los resultados muestran que el dolor postoperatorio fue de 3,22 sobre 10 y el grado de satisfacción de 8,34 sobre 10. Las valoraciones en el test de calidad de vida (SF36) se pueden resumir como sigue: función física 78,96%, rol físico 67,71%, rol emocional 76,33%, función social 81,77%, salud mental 74% y vitalidad 68,33%.

Comentarios: El adhesivo biológico Tissucol se puede considerar como un método seguro y rápido para la fijación traumática de las ma-

llas en las hernioplastias inguinales. Produce escaso dolor postoperatorio y un alto grado de satisfacción en el paciente, sin aumentar el riesgo de morbilidad ni las recurrencias.

P-307

NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INGUINO-ESCROTALES GIGANTES

C. Buqueras, J. Robres Puig, V. González Santin, L. Ortiz de Zarate, N. Farreras, F. Mata y P. Barrios
Hospital General L'Hospitalet. Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen: El neumoperitoneo progresivo preoperatorio para la reparación de hernias inguinales gigantes o grandes eventraciones de la pared abdominal fue introducido por Goñi-Moreno en 1940, siendo aún en la actualidad un método esencial para la corrección del defecto herniario en estos casos. Aquellas eventraciones cuyo defecto músculoaponeurótico sea mayor de 10 cm, pacientes obesos, hernias con pérdida de dominio visceral, el neumoperitoneo progresivo quirúrgico es un procedimiento seguro facilitando la técnica quirúrgica electiva posterior de dichos pacientes.

Caso 1: Varón de 50 años con antecedentes patológicos de obesidad (Índice masa corporal: 35.15), HTA, neoplasia de próstata en tratamiento hormonal (pendiente de tratamiento adyuvante con radioterapia siendo imposible de realizar por interposición de asas intestinales) y coartrosis severa bilateral, remitiéndose a nuestro centro para IQ electiva de hernia inguinoescrotal bilateral con perdida de dominio visceral de larga evolución. Se realizaron 8 sesiones de neumoperitoneo progresivo según protocolo de Goñi-Moreno con aguja de Veress bajo sedación endovenosa, insuflándose 500-2.000 ml de CO₂ en cada sesión, siendo el total 8.000 ml en 8 sesiones sin presentar complicaciones y con buena tolerancia por el paciente. Posteriormente se procedió a la cirugía electiva realizándose una hernioplastia inguinal bilateral vía preperitoneal abierta con malla de polipropileno dejándose 2 drenajes tipo aspirativo que se retiraron a las 24h sin incidencias y siendo dado de alta hospitalaria al 4º día de la cirugía.

Discusión: El neumoperitoneo progresivo preoperatorio es un procedimiento seguro y que facilita la reparación quirúrgica de los grandes defectos herniarios con pérdida de dominio visceral. Los factores predisponentes son la obesidad, multiparidad, múltiples cirugías abdominales y enfermedad pulmonar crónica. Las complicaciones de este procedimiento son infrecuentes (enfisema subcutáneo, hematoma, perforación visceral y embolia pulmonar) siendo la tolerancia del paciente adecuada pudiéndose realizar en ámbito ambulatorio y facilitando la cirugía reparadora definitiva posterior.

P-308

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI

M. Losada Ruiz, J.C. Palomo Sánchez, C. Blanco Prieto, B. Diéguez Fernández, E. Marqués Medina, A. Cruz Cidoncha, A. Castro García, M.J. Cantero Ayllón, G. Zarzosa Hernández y V. Rosales Trelles
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: La hernia de Morgagni (HM) es un raro defecto muscular congénito del diafragma de localización retroesternal que suele presentarse en la edad adulta y de tratamiento generalmente quirúrgico. Presentamos dos casos de HM.

Caso clínico 1: Mujer de 72 años, hipertensa, con epigastralgia asociada a vómitos y pérdida de peso de unos 10 Kg. en dos meses que consulta en Urgencias por reagudización de su clínica. La radiografía de tórax muestra una imagen en el ángulo cardiofrénico derecho con un nivel hidroáereo. En el enema opaco y el tránsito esofagogastrico se aprecia emigración a tórax de ángulo hepático de colon y estómago distal. Todos estos hallazgos son confirmados por la TAC que evidencia una hernia diafragmática retroesternal que además de las vísceras ya descritas contiene epiplón. Es intervenida con el diagnóstico de HM mediante una laparotomía media, encontrándose un defecto diafragmático retroesternal de 8 x 4 cm, a través del cual se hernian al tórax estómago, colon transverso y epiplón mayor. Se reduce el contenido de la hernia, se reseca su saco y se cerró el defecto con puntos sueltos de Polipropileno.

Caso clínico 2: Mujer de 77 años, histerectomizada e intervenida de hernia inguinal, que consulta en Urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de dos días de evolución. En la radiografía de tórax se advierte una masa en tórax con un nivel hidroáereo. En el tránsito esofagogastrico se aprecia desplazamiento de estómago y colon a tórax. Se indica cirugía con el diagnóstico de HM realizándose mediante laparotomía media y encontrándose un defecto retroesternal en el diafragma de 8 cm de diámetro que permite el paso a hemitórax derecho de colon transverso y epiplón mayor, asociándose a mínima hernia hiatal. Se reduce el contenido herniario y se repara el defecto con una malla dual no resecándose el saco. **Discusión:** La hernia de Morgagni fue descrita en 1769 y representa el 2-5% de las hernias diafragmáticas en el adulto. Se caracteriza por su localización paraesternal predominantemente en el lado derecho y por tener saco. Frecuentemente son de presentación en la edad adulta y asintomáticas y cuando producen clínica esta puede ser, bien abdominal por incarceración de las vísceras herniadas, bien torácica por compresión pulmonar. Su diagnóstico se realiza mediante radiografía de tórax, tomografía computarizada y resonancia magnética, siendo útiles los estudios radiológicos con contraste para confirmar qué vísceras contiene. El tratamiento es quirúrgico generalmente con la colocación de una malla; siendo discutido si la resección del saco es necesaria dado que generalmente la cavidad se oblitera, no parece que modifique el pronóstico y se evita lesionar la pleura o el mediastino. Actualmente se tiende a la corrección por vía laparoscópica.

P-309

CIRUGÍA DE LA HERNIA EN MAYORES DE 90 AÑOS

A. Larzabal Aretxabala, T. Moreno Allende, F. Lor Ballabriga, A. Rebollo García, J. Mugica Barreiro, J. del Hoyo Beraza y L. Perdigó Bilbao
Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: La hernia inguinal en el anciano es un problema frecuente para el cirujano general. El tratamiento quirúrgico debe tener en cuenta la patología cardiovascular y respiratoria del paciente. El objetivo de la cirugía debe ser devolver rápidamente al anciano a un estado funcional óptimo mediante una técnica sencilla, sin tensión y realizada con anestesia local o regional. Sin embargo, las intervenciones de hernia inguinal incarcerada, uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en los pacientes añosos, conlleva una alta tasa de morbilidad y mortalidad. Presentamos nuestra experiencia en un grupo de pacientes de edad extrema, más de 90 años, que han sido intervenidos de hernia inguinal.

Pacientes y método: Se revisan de forma retrospectiva 38 enfermos mayores de 90 años que fueron intervenidos durante un período de 5 años por patología herniaria. Quedan excluidos los pacientes en los que se descartó tratamiento quirúrgico o se realizó tratamiento médico conservador.

Resultados: La media de edad fue de 91,7 años [90-97]. El 41,6% fueron varones y el 58% mujeres. El 20% procedía de residencias de ancianos, mientras que el 80% convivía con sus familiares. El 80% acudió con carácter de urgencia, de los cuales el 86% fue intervenido de urgencia. En los antecedentes personales las patologías más frecuentes fueron cardiorrespiratorias, HTA y demencia. El riesgo ASA se distribuyó de la siguiente manera: I: 2,6%, II: 50%, III: 28%, IV: 26%. Las intervenciones realizadas fueron: hernia inguinal 15 (60%), hernia crural 13 (34%), hernia umbilical 1, eventración 2, hernia de Spiegel 3. Se realizaron un 47% de anestesias generales, 36% con anestesia espinal y un 15% con anestesia local. La estancia media en UCI fue de 0,5 días [0-1]. La estancia media postoperatoria fue de 6,7 días [1-20], con una estancia media total fue de 7 días [1-20]. Entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes destacan los problemas respiratorios (6), infección herida quirúrgica (2), desorientación (2), fracaso renal agudo (1) y crisis cardiaca (2). La mortalidad global fue del 19%, y sus causas principales achacables a origen cardiaco e insuficiencia respiratoria.

Discusión: A la vista de estos resultados podemos concluir que los pacientes mayores de 90 años pueden ser intervenidos con razonables tasas de mortalidad. El riesgo anestésico es menor de lo que se pudiera sospechar ya que el 52% de estos enfermos son clasificados como ASA I-II (80% ASAI-III). Sería necesario realizar más cirugía programada de hernia en el anciano ya que es la patología que más se realiza en las intervenciones de urgencia, llegando a suponer un 35% de los casos. A pesar de la elevada mortalidad y el alto riesgo, creemos que se deben

fomentar las patologías subsidiarias de intervención en los pacientes ancianos, dada la buena calidad de vida que generalmente presentan. Tan- to las modernas técnicas quirúrgicas (hernioplastias sin tensión) como anestésicas (anestesia local o regional) facilitan este tipo de cirugía.

P-310

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y FISTULA ENTEROCUTANEA SECUNDARIA A HERNIOPLASTIA CON TAPÓN DE POLIPROPILENO. A PROPOSITO DE 2 CASOS

A. Larzabal Aretxabala, M.T. de la Fuente Tabares, F.A. Ramos Jiménez y P.M. Múgica Barreiro
Hospital de San Eloy, Baracaldo.

Introducción: Los cirujanos intentan proporcionar a sus pacientes el máximo confort en el postoperatorio y una mínima tasa de recidiva en las intervenciones de hernia inguinal. Las técnicas laparoscópicas y la cirugía sin tensión intentan cumplir este propósito. La técnica de Rutt-kow-Robbins y la utilización de tapones de malla son unos procedimientos rápidos y fáciles de realizar con una baja tasa de recidivas. Desde que se convirtió en una técnica habitual a partir de 1993, se han publicado casos esporádicos de complicaciones de estas técnicas. Así, se describen casos de dolor crónico en el período postoperatorio secundarios al tapón, migraciones al escroto, al espacio preperitoneal y al abdomen, produciendo perforaciones de sigma y pseudotumores. Existe varias soluciones para evitar su migración como son la sutura del tapón al resto de la malla plana o el empleo de una pieza única ya unida por el fabricante.

Presentación clínica: Caso 1: Paciente mujer de 68 años de edad. Intervenida 4 meses antes de hernia crural derecha colocándose un tapón de polipropileno. Acude por vómitos, dolor abdominal, estreñimiento y absceso de herida inguinal derecha. Se realiza desbridamiento y drenaje. **Analítica:** 14.000L. Rx: dilatación de asas de intestino delgado. La paciente es intervenida a las 72 horas por empeoramiento de la obstrucción intestinal. **Hallazgos:** Obstrucción intestinal secundaria a adherencias del intestino delgado al tapón de la hernia crural derecha y fistula entero-cutánea en ileon terminal. **Técnica:** resección de 15 cm de intestino delgado con anastomosis y exérésis parcial de la malla. Fijación de epíplano mayor en la zona cruenta de adherencias. **Cultivo:** E. Faecalis, Pseudomonas, Proteus, Klebsiella y Bacteroides fragilis. **Evolución:** satisfactoria.

Caso 2: Paciente varón de 78 años de edad. Intervenido un mes antes de hernia inguinal derecha realizándose hernioplastia Rutt-kow-Robbins. Acude por dolor abdominal en hipogastrio y distensión abdominal. Exploración: abdomen difusamente doloroso, distendido y timpanizado. Rx: asas de intestino delgado dilatadas. Se decide laparotomía exploradora a las 48 horas debido a la progresión de la obstrucción. **Hallazgos:** obstrucción intestinal a unos 30 cm de la válvula ileocecal secundario a una adherencia al tapón-cono de polipropileno. Se realiza sección del borde intestinal, sutura simple y extirpación del material protésico. **Evolución:** fallece por coma hipoglucémico.

Comentario: El empleo de las mallas en forma de cono-tapón se ha implantado en el uso diario de la cirugía de la hernia, logrando ser una técnica sencilla, rápida y segura en la mayoría de los casos, pero no exenta de complicaciones que pueden ser graves. Se debe prestar especial cuidado en la colocación de este material, ya que en pacientes muy delgados, en los que apenas existe grasa preperitoneal, la malla puede traspassarlo y ponerse en contacto con las asas intestinales. Se están introduciendo en el mercado tapones biodegradables que consigan evitar estas complicaciones o tapones fijos a la malla plana principal.

P-311

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA OBTURATRIZ. EXACTITUD DE LA TAC EN EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

E. Muñoz Forner, S.A. García Botello, R. Martí Obiol, F. López Mozos, V. Martí Martí, B. Flor Civera y S. Lledó Matoses
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

La hernia obturatrix es infrecuente y representa el 0,073% del total de hernias con un predominio en mujeres (1/6). La manifestación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal y supone el 0,02% de los ca-

sos de obstrucción intestinal que requieren tratamiento quirúrgico. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y es frecuente realizar la laparotomía sin el diagnóstico preoperatorio de hernia obturatrix. Presentamos 4 casos de obstrucción intestinal producidos por hernia obturatrix diagnosticados en el preoperatorio mediante TAC.

Caso 1: Mujer de 78 años que acude a urgencias por presentar cuadro de obstrucción intestinal de 3 días de evolución. La exploración física no revela la presencia de hernias. La radiología de abdomen evidencia ileo de intestino delgado. La TAC pone de manifiesto obstrucción de intestino delgado secundario a hernia obturatrix derecha. La paciente fue intervenida mediante laparotomía media infraumbilical con reducción de un asa de ileon incarcerada que no requiere resección. Se evidencia también hernia obturatrix izquierda. Se realizó hernioplastia preperitoneal bilateral con malla de polipropileno.

Caso 2: Mujer de 77 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro compatible con obstrucción intestinal de 5 días de evolución. La exploración física no evidencia hernias de pared. La radiología de abdomen demuestra obstrucción de intestino delgado. La TAC evidencia una hernia obturatrix derecha. Se realizó acceso preperitoneal a cavidad, reducción de ileon incarcerado y hernioplastia con malla de polipropileno.

Caso 3: Mujer de 81 años sin antecedentes de interés, ingresa en urgencias por cuadro de obstrucción intestinal de 2 días de evolución. La exploración física no evidencia hernias. Tras realizar radiología simple de abdomen que demuestra obstrucción de delgado, se realiza TAC que pone de manifiesto hernia obturatrix derecha incarcerada. El tratamiento quirúrgico de urgencia consistió en revisión de cavidad y reparación de la hernia por vía preperitoneal.

Caso 4: Mujer de 88 años atendida en urgencias por dolor en región inguinal derecha que aumentaba con los movimientos de la pierna, asociado a cierre intestinal. La exploración física no revela hernias; la radiología simple de abdomen demuestra ileo de intestino delgado. La TAC informa de hernia obturatrix. La laparotomía demuestra hernia obturatrix con asa de ileon terminal estrangulada que requirió resección y anastomosis T-T. La hernia fue reparada mediante colocación de malla preperitoneal.

Conclusión: La presentación más frecuente de la hernia obturatrix es la obstrucción intestinal. La TAC es útil en el manejo de estos enfermos ya que establece el diagnóstico de obstrucción intestinal y la causa de la misma, evitando el retraso en el tratamiento quirúrgico que condiciona un aumento en la morbilidad.

P-312

APENDICITIS AGUDA INCARCERADA EN HERNIA DE SPIEGEL

A. Larzabal Aretxabala, T. Moreno Allende y L. Perdigón Bilbao
Hospital de Cruces. Baracaldo.

Introducción: La hernia de Spiegel es la protusión de la grasa preperitoneal, saco peritoneal u órganos abdominales a través de un defecto congénito o adquirido en la aponeurosis de la línea de Spiegel. Supone el 1 ó 2% de todas las hernias de la pared abdominal. Las hernias de Spiegel incarceradas de presentación aguda pueden contener diferentes órganos. Se han descrito casos atípicos conteniendo el divertículo de Meckel, pinzamientos del borde antimesentérico del intestino delgado y hasta la vesícula biliar. El diagnóstico clínico de estas hernias es difícil, sobretodo en pacientes obesos. Hoy en día gracias a las modernas técnicas radiológicas podemos distinguir tumoraciones de pared abdominal de diferentes orígenes. El tratamiento es quirúrgico mediante la sutura del defecto con o sin la incorporación de materiales protésicos. Presentamos el inusual caso de una mujer anciana que padecía una apendicitis aguda en el interior de una hernia de Spiegel incarcerada.

Presentación clínica: Se trata de una paciente mujer de 97 años de edad que acude de urgencia por dolor abdominal y náuseas. Como antecedentes personales refiere HTA, cardiopatía hipertensiva y pancreatitis no filiada hace un año. ASA II. A la exploración presenta una tumefacción en vacío derecho, no reducible, con defensa a la palpación, pero sin peritonismo. **Analítica:** 14800L, Cr.: 1,3, Hematócrito: 32%. Rx: sin hallazgos. Es intervenida hallándose una hernia de Spiegel de gran tamaño que contiene el ciego y el apéndice cecal con datos inflamatorios. Se realiza una apendicectomía reglada y reparación de la pared abdominal con puntos sencillos de sutura irreabsorbible. La anatomía patológica confirma que se trata de una apendicitis aguda. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Comentario: 1. No podemos confirmar si nuestra paciente presentaba una hernia crónica incarcerada y posteriormente se produjo un episodio de apendicitis o si, por el contrario, se produjo una incarceración aguda que provocó la inflamación del apéndice. 2. No creemos que sea necesario utilizar obligatoriamente material protésico en la reparación de las hernias de Spiegel. Con la sutura simple del defecto y de los diferentes planos musculares con material irreabsorbible podría ser suficiente. 3. La ecografía o el TAC en pacientes obesos o en casos de duda diagnóstica son útiles para orientar el tratamiento. En nuestro paciente la exploración clínica fue suficiente para sentar la indicación quirúrgica.

P-313

USO DE PRÓTESIS DE PARED EN AMBIENTE CONTAMINADO

G. Zarzosa Hernández, B. Díeguez, M. Losada, M.J. Cantero, J.C. Palomo, J. Alonso, C. Blanco y J.M. Saiz Jarabo
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Introducción: El uso de mallas en heridas contaminadas puede ser peligroso por el potencial séptico y la falta de incorporación a la pared y para algunos cirujanos el riesgo de infección y retirada de la malla es inaceptablemente alto. La evisceración no es un problema infrecuente en la práctica diaria y nos enfrentamos a cierres complicados asociados en ocasiones a resecciones intestinales u otros gestos quirúrgicos que implican riesgo de infección así como los defectos de pared importantes donde no es posible aproximar bordes. Valoramos el empleo mallas irreabsorbibles en cierres complicados por evisceraciones y re-evisceraciones y alta contaminación.

Pacientes y métodos: Presentamos 9 pacientes en un período de 8 años, 7 varones y 2 mujeres con rango de edades entre 63 años y 87 años. Todos eviscerados entre el 4º y 7º día postquirúrgico, a 5 pacientes se coloco malla irreabsorbible de entrada, a 4 pacientes se coloco malla en una segunda evisceración, de estos uno sufrió nueva evisceración donde se combino malla absorbible con irreabsorbible. Todas las mallas irreabsorbibles se pusieron supraaponeuroticas.

Resultados: La estancia media fue de 48 días, hubo dehiscencia parciales de la piel con exposición de la malla en 7 casos por infección, en los pequeños defectos la herida cerro por segunda intención y en los grandes defectos (cuatro) tras curas locales intensas se aproximaba la herida con puntos sueltos una vez libre de infección. Sólo una muerte intrahospitalaria y no derivada de la infección de la herida y los 8 pacientes una vez dados de alta, TODOS libres de eventración con seguimiento entre 1 año y 4 años después.

Conclusiones: Pensamos que el uso de malla irreabsorbible en evisceración es posible y que no hay razón en nuestra experiencia para evitarla en cirugías de riesgo de contaminación cuando la técnica y la selección del paciente es adecuada.

P-314

ACTINOMICOSIS PRIMARIA DE PARED ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Gómez Ramírez, C. Zapata Syro, B. Alcaide Pardo, I. Sharmashvili, E. Martín-Pérez, J.L. Martín-Álvarez y E. Larrañaga Barrera
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: La actinomicosis abdominal es una enfermedad poco frecuente producida por *Actinomyces israelii*, germen saprofita de la orofaringe, tubo digestivo y aparato genital femenino. Suele ser secundaria a procesos que causan lesión tisular. La forma primaria es mucho más rara y frecuentemente pasa desapercibida hasta su diagnóstico anatopatológico. Presentamos un caso de actinomicosis primaria de pared abdominal ingresada para estudio de una masa abdominal, sin antecedentes quirúrgicos recientes.

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes personales de HTA, colecistectomía e hysterectomía hace 30 años y 15 años, respectivamente. Acude a urgencias por dolor tipo cólico en hipogastrio de 2 meses de evolución que en las dos últimas semanas se focaliza en fosa ilíaca izquierda (FII), disminución de peso de 2-3 kg en el último mes, astenia y aumento del ritmo intestinal. **Exploración física:** abdomen blando, depresible, sin defensa y doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, donde se palpa una masa dura, dolorosa, de bordes imprecisos y fija a la pared abdominal. **Analítica:** sin alteraciones significativas.

Ecografía abdominal: masa en FII en probable relación con colon descendente. **Colonoscopia:** no evidencia de masa ni signos de obstrucción. **TC abdominal:** masa de unos 3 cm en la pared abdominal que afecta al músculo recto anterior y a la grasa del epíplano adyacente, de límites mal definidos y que capta contraste, compatible con el diagnóstico de posible tumor desmóide. Con este diagnóstico se indicó intervención quirúrgica. En la cirugía, se objetivó una masa en recto anterior del abdomen de límites imprecisos con epíplano íntimamente adherido a la superficie peritoneal. Se realizó extirpación amplia de la misma, y se envió a analizar. Desde el punto de vista microscópico, se observaba densa fibrosis colágena, con zonas de abscesificación con abundantes histiocitos espumosos en lo que ocasionalmente se observaban colonias de actinomicetos. El diagnóstico final fue de actinomicosis con fibrosis reactiva secundaria. La evolución postoperatoria fue favorable siendo dada de alta a los 7 días con tratamiento antibiótico consistente en ceftriaxona IV 1 mes y penicilina vía oral 12 meses.

Discusión: El caso presentado es una forma primaria de actinomicosis, ya que la última agresión tisular conocida fue una histerectomía hace más de 15 años. En la mayoría de los casos descritos en la literatura existen antecedentes quirúrgicos previos recientes, infecciones a otros niveles o incluso puede ser secundaria al uso de dispositivos intrauterinos. Habitualmente se presenta como un absceso o una masa y puede confundirse con otros procesos. Las pruebas de imagen pueden sugerir la presencia de una actinomicosis pero sólo el estudio anatopatológico con visualización de los característicos "granos de azufre" o con el crecimiento de colonias de *Actinomyces* en medios de cultivo anaerobios nos dará el diagnóstico definitivo. *Actinomyces israelii* es sensible a penicilina G y este es el tratamiento de elección. La cirugía se emplea para eliminar el tejido necrótico y drenar el contenido purulento y en ocasiones para hacer el diagnóstico definitivo. Se ha visto que el tratamiento quirúrgico, combinado con tratamiento antibiótico es el más eficiente.

P-315

RESULTADOS DE 9 AÑOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA INGUINAL CON TECNICA DE DOBLE MALLA

F. Docobo Durántez, J. Mena, L. Sánchez, C. Sacristán, C. Martín, J.M. Suárez Grau, M.J. Tamayo López y A. Guzmán
Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La hernia inguinal presenta una elevada incidencia en nuestro medio. El tratamiento quirúrgico con material protésico conlleva por lo general a su curación, en escaso número se presentan recidivas o morbilidad asociada al dolor crónico. El objeto del estudio es presentar la experiencia del tratamiento de la hernia inguinal mediante un procedimiento estandarizado por un equipo con especial dedicación a la patología herniaria en régimen de cirugía ambulatoria y con implicación en la formación a postgraduados.

Material y métodos: En el período 1997-2005 fueron intervenidas de forma ambulatoria en nuestra Unidad 5450 hernias inguinales. En los últimos 7 años se ha estandarizado el tratamiento con anestesia local más sedación consciente y la colocación de una malla de doble capa (en espacio preperitoneal y en el canal inguinal) fijada con un máximo de 4 puntos a ligamento inguinal, arco aponeurótico del oblicuo menor y espina del pubis. Se incluyeron hernias inguinales primarias y recidivadas, con criterios ASA I-II-III, que asuman el protocolo de ambulatorización quirúrgica. El grupo de estudio está formado por 1.840 hernias. Se estableció profilaxis antibiótica o antitrombótica cuando existía patología asociada. Se realizó valoración por criterios CMA, a mes de la intervención y a los 3 meses. Con la posibilidad de control posterior si existiese motivo de consulta.

Resultados: Las 1.840 hernias correspondían a 147 mujeres (8%) y a 1.693 varones (92%). Edad media de 56 años. Rango 18-82. Se clasificaron según Tipos de Gilbert en: I -15 (0,81%), II- 49 (2,66%), III-736 (40%), IV-939 (51,3) y V-101 (5,48%). Hernias primarias 1.692 (91,95%); Hernias recidivadas 148 (8,04%).

Anestesia: Local mas sedación 1.793 (97,4%); loco-regional 45 (2,49%); general 2 (0,1%).

Tamaños mallas: Normal: 376 (20,43%); Grande: 801 (43,53%); Extra-grande: 663 (36,03%).

Cirujanos: Plantilla: 838 (45,45%), Residentes: 1.002 (54,45%)
Alta Unidad: 1.748 (95%) CMA; 81 (4,4%) 23 horas; 11 (0,59%) > 24 horas.

Reingresos: 10 (0,5%) 7 hematomas (0,3%), Infección herida operatoria 3 (0,2%)

Control 3 meses-7 años: 1.830 (99,4%) Curación sin secuelas; 6 (0,3%) Curación con secuelas "dolor crónico", Recidiva herniaria 4 (0,2%)

Conclusiones: Tras 7 años de experiencia con el procedimiento de herniplastia en doble capa con anestesia local mas sedación en régimen de cirugía ambulatoria en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal primaria y recidivada se han objetivado resultados muy favorables tanto en la escasa presencia de recidivas como de dolor crónico posterior. Su realización por residentes mantiene los mismos resultados.

P-316

EVENTRACIONES COMPLICADAS. SERIE DE 51 ENFERMOS

L. Sánchez, C. Martín, F. Docobo Durández, C. Sacristán, J.M. Suárez Grau, M.J. Tamayo López, J. Mena y J. Vázquez Monchul
Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La eventración es una de las complicaciones habituales de la laparotomía. Su presencia puede condicionar una importante morbi-mortalidad. Se pretende valorar las características de una serie de enfermos que presentaron complicaciones derivadas de la presencia de una eventración.

Material y métodos: De un total de 590 eventraciones intervenidas en un período de 3 años en un Hospital de 3º nivel, 51 de ellas (8,64%) fueron intervenidas de urgencia por presentar complicaciones agudas. Se analizan las características de la serie en cuanto a edad, género, riesgo anestésico, tipo de anestésico, tratamiento quirúrgico (cierre primario-colocación material protésico), procedimientos asociados.

Estancia hospitalaria. Curaciones. Complicaciones. Recidivas. Morbimortalidad.

Resultados: 31 eran mujeres (60,7%) y 20 varones (39,3%), la edad media de la serie fue de 57,3 años. El riesgo anestésico se distribuyó según ASA en: I-6 (11,76%); II-7 (13,72%); III-22 (43,13%); IV-16 (31,37%). **Tipo de anestesia:** 40 general (78,6%); 39 balanceada y 1 TIVA, 6 raquídea (11,76%); 5 local mas sedación (9,8%). **Tratamiento:** Cierre primario 10 (19,6%) (5 Sutura absorbible-5 Sutura irreabsorbible) (3 Monoplano-7 Multiplano). Herniplastia con malla; 41 (80,39%). Tipo de material protésico: PTFE 5 (12,19%), Dualmesh 1 (2,43%), PPL 41 (85,36%). Situación protésica: suprafascial 31 (75,6%), retro muscular 4 (9,75%), intraperitoneal 6 (14,63%). **Técnicas asociadas:** 13 (Resección intestinal 9; plastia intestinal 2; liberación adherencias 2; colostomías temporales 3). **Estancia media:** 17 días. Rango 2-21 días. Complicaciones 27 (57,94%) (Infección herida 7, ileo prolongado 10, dolor abdominal 8, FMO 5. Recidivas 3 (5,88%); Mortalidad 2 (3,9%)

Conclusiones: La eventración es una complicación frecuente del cierre laparotómico. Su resolución es quirúrgica que debe realizarse sin demora. En ocasiones se presentan complicaciones agudas que requieren un tratamiento urgente para evitar un aumento de la morbimortalidad.

P-317

EVISERACIONES. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 61 ENFERMOS

C. Martín, L. Sánchez, F. Docobo Durández, J.M. Suárez Grau, C. Sacristán, D. Legupín, M.J. Tamayo López y J. Vázquez Monchul
Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La evisceración es un grave problema postoperatorio que incrementa la morbimortalidad de cualquier intervención. Conocer la incidencia actual e identificar los factores de riesgo que pueden favorecer su presentación. Revisar las técnicas de cierre laparotómico para mejorar resultados y proponer medidas que limiten su presentación.

Material y métodos: Se incluyen 61 enfermos eviscerados de un total de 4835 laparotomías realizadas en un período de 3 años en un Hospital de 3 niveles. Se valoran criterios epidemiológicos en relación con la edad, género, patología asociada, intervención quirúrgica realizada (urgente-electiva), tipo de incisión, características del cierre (mono o multifilamento) (Continua-discontinua) (Absorbible-No absorbible), Suturas de retención, colocación de mallas. **Tratamiento:** Revisión herida y órganos eviscerados. Limpieza. Planificación del cierre (Sutura o malla). Complicaciones. Morbimortalidad.

Resultados: Edad media 63 años. Rango 18-90. Género: 31 Mujeres (50,8%), 30 Varones (49,2%). **Diagnóstico:** Salida visceral 61 (100%),

Abultamiento herida 26 (42,4%), Perdida líquido herida 49 (80,3%), Dolor agudo 32 (52,4%). **Factores de riesgo:** EPOC 14 (22,9%), H. Tabáquico 24 (39,3%), Obstrucción intestinal 10 (16,3%), Diabetes 16 (26,2%), Neoplasias 24 (39,3%), otras 8 (13,1%). Asociación de 2 factores en un 57,3%. **Tipo de incisión:** Supraumbilical 6 (9,8%), Infraumbilical 6 (9,8%), Suprainfraumbilical 32 (52,4%), Subcostal 5 (8,15%), Subcostal bilateral 5 (8,15%), Otras 7 (11,4%). Longitud incisión: >10 cm 43 (70,49%), < 10 cm 18 (29,51%). **Momento cirugía:** 31 urgente (50,8%), electiva 30 (49,2%). **Tipo de cierre:** Continua 49 (80,32%) Entre cortada 12 (19,66%); Monoplano 26 (42,62%); Multiplano 35 (57,3%); Reabsorbible 44 (72,12%) No absorbible 17 (28,86%); Monofil 45 (73,7%) Multifilar 16 (26,2%); Sutura de retención 14 (22,94%); Sin sutura de retención 47 (77,04%). **Intervenciones:** Cierre con sutura 53 (86,88%); Monoplano 43 (70,49%) (Absorbible prolongado 30-49,18%) (No absorbible 13-21,31%). 2 Planos 10 (16,39%) (Absorbible prolongado 4-6,55%) (No absorbible 6-9,83%). **Cierre con mallas:** 8 (13,11%); 6 intraabdominales (9,85%) 4 PTFE 6,55% 2 Composite (3,27%); 2 Retromusculares (2,37%) (2 PPL-2,37%). **Seguimiento:** Curación sin secuelas 48 (78,68%) con secuelas 5 (8,21%) (4 sinus 6,55%-1 infección 1,66%). Complicaciones graves 8 (13,11%); Infección intraabdominal 4-6,55%, fistula entérica 1-1,66%, TEP 1-1,66%, insuficiencias sistémicas 2-3,27%. Mortalidad 8 (13,11%) (FMO 6-9,83%) (IRA 2-3,27%)

Conclusiones: La evisceración presenta una incidencia infrecuente pero esta gravada con una elevada morbimortalidad. Se debe prevenir su presentación mediante un adecuado planteamiento del cierre laparotómico. Su tratamiento implica cirugía sin demora y cierre primario o colocación de material protésico según las características de cada enfermo.

P-318

MIONECROSIS DE LA PARED ABDOMINAL TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

L.M. Oms Bernad, R. Mato Ruiz, D. Güell Puigcercós, F. Campillo Alonso y J. Sala Pedrós
Hospital de Terrassa, Terrassa.

Las infecciones necrotizantes de la pared abdominal se caracterizan por su gravedad, con una mortalidad que puede llegar al 100% en caso de retraso diagnóstico o aparición de choque séptico. Tras intervenciones laparoscópicas se han descrito poco más de diez casos.

Presentamos la evolución de un paciente de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial y taquicardia paroxística supraventricular, lipomatosis diseminada e índice de masa corporal de 50. Se le practicó una colecistectomía electiva por colelitiasis después de un episodio de pancreatitis aguda leve. A través de un trocar de Hasson epigástrico de realizó el neumoperitoneo. La colecistectomía transcurrió sin incidencias extrayéndose la vesícula íntegra por la incisión epigástrica. Al día siguiente el paciente requirió analgesia por dolor en hemicuerpo izquierdo, presentando exploración normal. Posteriormente se detectó hipotensión y oliguria así como induración de la pared abdominal izquierda. Al explorar la herida epigástrica se obtuvo un exudado maloliente. En la reintervención se observó necrosis de la pared abdominal izquierda, sin hallar lesión visceral. Se practicó un amplio desbridamiento y colocación de malla protésica. Se aisgó flora polimicrobiana con presencia de *Clostridium perfringens*. Curso favorable en unidad de cuidados intensivos, precisando diversos desbridamientos y recolocación de nuevas mallas, siendo dado de alta a los tres meses.

Las infecciones necrotizantes de la pared abdominal, si bien son excepcionales tras la colecistectomía y los procedimientos laparoscópicos, precisan de una detección rápida, dificultada en este caso por la obesidad, y un tratamiento quirúrgico agresivo.

P-319

PACIENTES OCTOGENARIOS: ¿QUÉ PATOLOGÍAS LES HACEN ENTRAR EN EL QUIRÓFANO?

L. Comín Novella, J.M. del Val Gil, P. López Peris, J. Blanco González y M. Sanz Gómez
Hospital General de Teruel Obispo Polanco, Teruel.

Objetivo: Analizar las intervenciones quirúrgicas a las que se someten los pacientes mayores de 80 años en nuestro medio y sus características.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo observacional de los pacientes mayores de 80 años ingresados en nuestro Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo durante los años 2004-2005 y se compara el sexo, la edad, la estancia hospitalaria postoperatoria, la patología, intervención urgente o programada y las complicaciones postoperatorias. Se analiza mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados: Durante estos 2 años se han intervenido quirúrgicamente 192 pacientes con edad superior o igual a 80 años. De ellos, el 55% fueron mujeres (105 pacientes) y el 45% hombres (87 pacientes). La edad media fue 84,5 con una desviación estándar (DS) de $\pm 4,3$. La estancia media postoperatoria fue 9 días $\pm 8,85$ DS. Por patologías presentadas el 25% (48 casos) fue pared abdominal (hernia incarcerada o estrangulada); colon 12% (23 casos); neoplasia de mama y recidiva cutánea 14% (27 casos); apendicitis aguda 3,6% (7 casos); isquemia o embolia arterial e isquemia mesentérica 8,29% (13 casos); pólipos y neoplasia de estómago 3,6% (7 casos); úlcera sacra, abscesos e intervenciones locales un 4,7% (9 casos); patología de la vía biliar y páncreas 20,8% (40 casos); absceso retroperitoneal y peritonitis un 1,55% y en menos proporción liposarcoma, tumor retroperitoneal, carcinomatosis peritoneal y obstrucción por adherencias en 2 ocasiones y neumotórax presentado por un paciente. La cirugía fue urgente en 42,7% y programada en 57,3%. No presentaron complicaciones 166 pacientes (86,5%), complicaciones menores como hematoma o seroma en 5 pacientes (2,6%), complicaciones mayores como insuficiencia respiratoria (5 casos) y evisceración (5 casos) (2,6%), éxitos (15 casos) (7,8%) de los que 12 se dieron en pacientes intervenidos de urgencia y en 3 casos, eventración (1,6%). Se ha analizado la relación entre la mortalidad y la intervención quirúrgica de urgencia mediante el test de la χ^2 habiendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,005$).

Conclusiones: 1) Debido al aumento de la esperanza de vida se ha incrementado significativamente las intervenciones quirúrgicas realizadas a pacientes mayores de 80 años, sobretodo las urgentes que poseen una mayor mortalidad. 2) Las patologías más frecuentes han sido pared abdominal y vía biliar seguido de neoplasia mamaria y colónica.

P-320

HERNIA ABDOMINAL MULTISACULAR CON ÍLEON PERFORADO Y FISTULIZADO A PIEL

J.M. Suárez Grau, F. López Bernal, M. Sucas Macías, E. Romero Vargas, F. Docobo Durández, J.L. Gollonet, C. Sacristán, J. García Moreno, D. Molina, D. Domínguez y L. Tallón
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Presentamos el caso de una paciente que consulta de urgencias por gran hernia umbilical incarcerada recidivada de dos intervenciones previas, en la primera realizándose hernioplastia con polipropileno y en la segunda con PTFE, recidiendo ambas al año aproximadamente de su realización respectivamente. Acudió a urgencia por supuración y trastornos tróficos en la piel periumbilical. Comprobamos a la exploración que la supuración provenía del contenido herniario. Realizamos intervención quirúrgica urgente, en la cual encontramos ileon perforado y fistulizado hacia la piel, todo contenido en la propia hernia recidivada incarcerada. Igual de extraña que resulta la implicación del ileon en la complicación de dicha hernia, resulta también la falta de alteración del tránsito intestinal.

Intervención quirúrgica: Hallazgos: Hernia multisacular postlaparotómica con ileon distal perforado. Gestos: Resección y anastomosis de ileon latero-lateral; y Friedrich de los bordes de planos musculares, realizando posteriormente herniorrafia suturando los bordes músculo-aponeuróticos, según técnica de Quenu.

Análisis anatopatológico: Descripción Macroscópica: Pieza de resección de intestino delgado que mide 20 cm. de longitud. La serosa muestra placas de fibrina adheridas. También se identifican dos soluciones de continuidad, la mayor de ellas mide 2 cm de dimensión principal, los bordes son anfractuosos y con fibrina adherida. A la apertura de la pieza se identifica una pared intestinal, rígida, con el tejido adiposo firmemente adherido a esta, la mucosa tiene aspecto empedrado con áreas ulceradas.

Diagnóstico: Ileitis isquémica, ulcerada, con necrosis transmural y perforación reciente.

Curso clínico: La situación postoperatoria de la paciente fue muy grave, precisando ingreso en cuidados intensivos con shock séptico, del cual se recuperó tras una semana de terapia intensiva. Actualmente presenta una pared abdominal continente y no hay recidiva, estando asintomática y siendo revisada en consultas externas de cirugía sin precisar ningún otro tipo de tratamiento.

Discusión: A pesar de encontrarnos en plena era de la cirugía protésica herniaria, cuando nos enfrentamos a un defecto rebelde que ha requerido ya más de dos intervenciones con las dos principales clases de mallas, dispuestas en distintos planos, la reconstrucción debe orientarse de una forma más fisiológica y rescatar intervenciones que usan incluso colgajos musculares para crear una nueva pared abdominal continente. Así pues podemos realizar una herniorrafia con material irreabsorbible, o reabsorbible de larga duración, tipo Quenu o Gibson, usando los rectos anteriores para la reconstrucción abdominal, o tipo Welti-Eudel, utilizando colgajos de la vaina de los músculos rectos anteriores. La hernia abdominal multisacular de gran diámetro suele incluir tanto intestino delgado como grueso, pero es escasa la responsabilidad del ileon como perforación y fistulización al exterior. El manejo postoperatorio de este tipo de patología suele ser difícil, sobre todo si existe afectación renal, ya que suelen mantener una acidosis metabólica de larga duración con un desbalance electrolítico difícil de corregir.

P-321

FORMACIÓN ADHERENCIAL EN PROTESIS

DE ULTIMA GENERACIÓN:

ESTUDIO POR LAPAROSCOPIA SECUENCIAL

M. Rodríguez Mancheño, N. García Honduvilla, V. Gómez Gil, G. Pascual González, J. Buján Varela y J.M. Bellón Caneiro
Universidad, Alcalá de Henares.

Objetivo: Los materiales protésicos empleados en la reparación de defectos de la pared abdominal, en algunas ocasiones tienen que quedar en contacto con el peritoneo visceral. Esta interfaz plantea en ocasiones problemas debido a la formación de adherencias, pudiendo aparecer obstrucción intestinal y otras complicaciones como aparición de fistulas intestinales. El objetivo del presente trabajo, ha sido llevar a cabo un estudio de la formación adherencial sobre diferentes materiales protésicos de última generación, empleando la laparoscopia secuencial.

Material y métodos: Se emplearon 30 animales (Conejo blanco Nueva Zelanda) de un peso aproximado de 2500 gr. Se crearon defectos de 7 x 5 cm en la pared anterior del abdomen que comprendían todos los planos (aponeurótico, muscular y peritoneo parietal), siendo reparados con seis diferentes materiales protésicos: Polipropileno (Surgipro®) (PP); Polipropileno y poliglecaprone 25 (Ultrapro®); PTFEe (Dual-Mesh®); Polipropileno y PTFEe (Composix®); Poliéster y glicerol (PO+gl) (Parietex composite®); Polipropileno y poliuretano (PL-PU99), diseño original de nuestro grupo. Estas prótesis fueron ancladas a los márgenes del defecto con una sutura continua de polipropileno, interrumpida en los ángulos del implante. A los 3 y 7 días fue realizada una laparoscopia empleando una óptica de 3 mm y 0°, visualizando de una forma secuencial en los distintos períodos de tiempo la formación adherencial. A los 14 días los animales fueron sacrificados sometiendo a análisis de imagen computarizada las zonas adherenciales sobre los diferentes materiales protésicos. Para el estudio estadístico se aplicó un test de Man-Withney.

Resultados: La formación adherencial en las prótesis reticulares fue muy precoz, estando ya presentes a los tres días de los implantes. El menor porcentaje de adherencias se obtuvo con las prótesis de tipo laminar (DM) y las prótesis compuestas (PP+ePTFE, PO+gl, PL-PU). Las diferencias fueron significativas cuando se compararon con las prótesis de tipo reticular. No fueron objetivados cambios cuantitativos, aplicando análisis de imagen, en la formación adherencial entre los tres, los siete y catorce días de estudio.

Conclusiones: 1) Tanto la prótesis laminar de DM como los diferentes composites presentaron un comportamiento óptimo, muy similar entre ellos, en cuanto a la formación adherencial; 2) estos materiales protésicos son óptimos para su colocación en la interfaz peritoneal; 3) la for-

mación adherencial permaneció estable entre los 3 y los 14 días de estudio.

P-322

TUBERCULOSIS PERITONEAL. REVISIÓN DE CASOS TRATADOS EN NUESTRO SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

J.M. Suárez Grau, F. Docobo, J.A. Martín Cartes, J.M. Alamo, J.M. Sousa, M. Socas, M. Bustos, G. Suárez, C. Sacristán, Z. Valera y S. Morales Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La tuberculosis (TBC) peritoneal es una forma poco frecuente de afectación extrapulmonar de la enfermedad tuberculosa, generalmente causada por *Mycobacterium Tuberculosis*. El riesgo de desarrollar la enfermedad aumenta según una serie de factores de riesgo, tales como el tratamiento corticoideo, la inmunosupresión, VIH, cirrosis, Diabetes Mellitus, patología maligna o diálisis peritoneal entre otros. Aproximadamente el 70% de los afectados presenta síntomas varios meses antes del diagnóstico. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso.

Materiales y métodos: Revisión de todas las historias clínicas de pacientes afectos de TBC peritoneal en el transcurso del año 1995 hasta el 2005.

Resultados: Existe un total de 12 pacientes afectados en nuestro medio hospitalario de TBC peritoneal en el transcurso de los diez años analizados (7 hombres y 5 mujeres). Localización: peritoneal 10 pacientes, además retroperitoneal en 1, y perineal en 1. En 10 pacientes cursó como primera aparición de la enfermedad tuberculosa, y solo 2 ya habían sufrido tuberculosis de otra localización con anterioridad. La media de la edad es 50 años. Se detectaron en 5 pacientes otras zonas afectadas de TBC añadida a la peritoneal (3 pleuropulmonar y 2 ginecológica). En sólo 4 casos se sospechó al ingreso. Como factores predisponentes: 4 pacientes eran ADVP, 3 VIH+, 1 infección de herida quirúrgica, 3 inmunodeprimidos y 4 sin predisposición alguna. Todos recibieron tratamiento antituberculoso, completando el ciclo. Recidivaron dos casos. En 2 pacientes no fue necesario tratamiento quirúrgico agresivo, siendo sólo 2 pacientes intervenidos de urgencia, y 8 de forma diferida. Referente a la sintomatología destaca el malestar general junto a la febrícula, pero también se añaden: tos, ascitis, diarrea, dolor abdominal agudo y muguet entre otros.

Conclusiones: Consideramos que estamos ante un cuadro de tuberculosis peritoneal cuando se cumple uno de los dos criterios siguientes: 1. Aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en el líquido ascítico o especímenes de biopsia de tejido peritoneal. 2. Observación de pequeños tubérculos en el peritoneo durante la laparoscopia o laparotomía, con el diagnóstico de granulomas en la biopsia y la respuesta clínica favorable al tratamiento quimioterápico antituberculoso, a pesar que no se aísle el germe. En nuestra experiencia está indicado sospechar esta enfermedad en todo dolor abdominal de larga evolución con dolor abdominal, distensión abdominal y acompañado de ascitis sobre todo, y decidimos comenzar el tratamiento antituberculoso a pesar de que la tinción de Zhiel-Neelsen sea negativa y tras sólo la sospecha con pruebas que aumenten la probabilidad del diagnóstico creemos necesario la visualización de la cavidad peritoneal de forma laparoscópica o laparotómica junto al tratamiento empírico.

P-323

UTILIDAD DE ICODEXTRIN VS RINGER LACTADO EN LA INHIBICIÓN DE LA FORMACIÓN ADHERENCIAL A FIJADORES DE PRÓTESIS INTRAPERITONEALES

M. Rodríguez Mancheño, N. García Honduvilla, V. Gómez Gil, G. Pascual González, J. Buján Varela, J.M. Bellón Caneiro
Universidad, Alcalá de Henares.

Objetivo: El propósito de este estudio ha sido evaluar la formación adherencial en prótesis intraperitoneales fijadas con "tackers" y determinar el efecto de la administración de Ringer lactado y/o Icodextrin sobre la formación de las mismas.

Material y métodos: Fueron utilizados 24 conejos blanco Nueva Zelanda de un peso entre 3.000 y 3.00 gr. A través de una laparotomía

media, se fijó una prótesis de ePTFE (DualMesh®) de 7 x 5cm con tackers (*ProTack®*) al peritoneo parietal intacto de la vertiente izquierda de la cavidad peritoneal. Cada prótesis fue fijada con seis tackers, que fueron colocados a lo largo de cada uno de los lados de siete centímetros de la prótesis. Tanto la prótesis como las fijaciones de la misma quedaron en contacto con el peritoneo visceral. Se establecieron tres grupos de estudio: Grupo I-control (n = 8): prótesis solamente fijadas con tackers; Grupo II: (n = 8) implantes fijados con tackers administrando una solución de Ringer lactado intraperitoneal; Grupo III (n = 8): implantes fijados con tackers a los que se administró una solución de Icodextrin al 4% intraperitoneal (20 mgr/kg). Estos dos últimos grupos recibieron un mismo volumen de 60 ml administrado antes del cierre peritoneal. La formación de adherencias y el estudio del comportamiento en la interfaz peritoneal se efectuó mediante laparoscopia secuencial a los 3 y 7 días. Los animales fueron sacrificados a los 14 días. Se realizaron estudios a microscopía óptica y electrónica de barrido. La cuantificación de las adherencias fue llevada a cabo con una técnica de análisis de imagen y el espesor del neoperitoneo formado fue sometido a estudio morfométrico. Los estudios estadísticos fueron efectuados empleando el test de Mann-Whitney.

Resultados: La formación adherencial se generó mayoritariamente sobre los tackers, siendo la misma de tipo integrado. No fueron observadas apenas adherencias sobre la prótesis de PTFE. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la formación de adherencias y el espesor del neoperitoneo entre los animales del grupo control y los que recibieron Ringer lactado vs Icodextrin.

Conclusiones: 1) Los fijadores prósticos inducen una importante formación adherencial. 2) El empleo de sustancias como Icodextrin y/o Ringer lactado no disminuyeron dicha formación adherencial. 3) El empleo de Icodextrin no ofreció ventajas sobre la solución de Ringer lactado.

P-324

SPIEGEL HERNIA: LAPAROSCOPIC TREATMENT

E. Domínguez-Adame Lanuza, J. Valdés Hernández, I. Sánchez Matamoros, J.C. Gómez Rosado, P. Fernández Zamora, L. Capitán Morales, Á. Nogales Muñoz, M. Calvo Zapata, J.M. Ortega Beviá y J. Cantillana Martínez
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Spigelian hernia, also known as the semilunar line hernia, was described by Le Dran in 1742 as a hernia through a congenital or acquired defect of the Spigelian fascia. They are infrequent (0,1–0,2% of abdominal wall hernias), difficult to diagnose, and often have a complicated presentation (strangled and/or incarcerated) and requiring urgent surgery.

Twenty-nine (29) Spigelian hernias were operated from January 1995 until December 2005. Distribution by sexes: 6 (20,68%) M, 23 (79,32%) F. Mean age: 60,3 (range 36-77).

The most common predisposing factors are: 17 (58,62%) patients had been pregnant before, 13 (44,82%) had undergone previous ipsilateral surgery in the area where spigelian hernia appeared, 10 (34,48%) presented chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

The most frequent clinical manifestations were: abdominal tumour, local pain – abdominal, subocclusion – intestinal obstruction. 16 (55,17%) patients underwent urgent surgery. The habitual content of the hernia sac was: 12 (41,38%) empty, 12 (41,38%) small intestine, 3 (10,35%) sigma, 1 (3,44%) small intestine and epiploon, 1 (3,44%) sigma and epiploon.

Surgical techniques applied, postoperative stays, complications, relapses: 1) Laparotomies: 17 (58,62%): - ePTFE hernioplasties 10 - Polypropilene hernioplasties 5 - Single herniorraphy 2

Mean postoperative stay: 4,5 days. Complications: 5 surgical bruising. Relapses (range, 21-96 months): 4. 2) Laparoscopies: 12 (three trocars): - ePTFE hernioplasty 4 - Composix (ePTFE + Polypropilene) hernioplasty 8. Mean postoperative stay: 2,1 days. Complications: 2 hematoma. Relapses (range, 4-60 months): none.

Spigelian hernia, laparoscopically treated, offers lower morbility, shorter postoperative hospital stay and greater patient comfort than laparotomy treatment.

P-325**ICTERICIA OBSTRUCTIVA, INICIO CLÍNICO DE UNA AMILOIDOSIS DUODENAL TRATADA QUIRÚRGICAMENTE**

M. Rodríguez Ortega, A. Carabias Hernández, P. Garaulet González,
B. Ramos Lojo y M. Limones Esteban
Hospital Universitario Getafe, Getafe.

Introducción: La amiloidosis se caracteriza por el depósito extracelular de sustancia amiloide. Es frecuente la afectación digestiva, sin embargo de forma aislada es poco común, y menos la afectación duodenal. Ésta puede manifestarse como pseudotumor (amiloidoma) y rara vez con perforación duodenal. Si afecta la ampolla de Vater puede cursar con pancreatitis recurrente, colostasis, ictericia y colangitis. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de amiloidosis duodenal, que debutó con ictericia obstructiva, tratada quirúrgicamente.

Caso clínico: Varón de 79 años con ictericia obstructiva indolora y vómitos. *Eco abdominal:* masa en cabeza del páncreas en contacto con conducto pancreático. *Endoscopia digestiva alta:* en bulbo duodenal, mucosa de aspecto nodular e infiltrativo, afectando a la ampolla de Vater. *Biopsia:* depósito de material amiloide tipo AL. *Marcadores tumorales:* normales. *TAC abdominal y colangio RMN:* dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con aumento de la cabeza y proceso uncinado del páncreas. Engrosamiento de pared duodenal en 2^a y 3^a porción, con estenosis de su luz y dilatación postestenótica. Adenopatías peripancreáticas y afectación yeyunal. Tratado inicialmente con NPT por intolerancia oral, y drenaje biliar percutáneo. Posteriormente se realizó laparotomía exploradora, encontrándose adenopatías en mesenterio y epiplón mayor. Yeyuno e ileon proximal con paredes engrosadas, vesícula biliar de aspecto verdoso y cabeza del páncreas indurada que producía dilatación de la vía biliar. Confirmación intraoperatoria (adenopatía mesentérica) de amiloidosis. Dada la afectación de la pared duodenal que producía síntomas obstructivos a nivel de la 2^a porción, se realizó doble derivación para tratar ictericia y obstrucción duodenal (hepático-yeyunostomía y gastro-yeyunostomía). Durante la maniobra de Kocher se produjo perforación accidental del duodeno a nivel del tumor. La exploración duodenal reveló la presencia de tumoración que afectaba región ampular. Sutura duodenal, exclusión antral y colecistectomía. *A.P definitiva:* yeyuno proximal, vesícula y adenopatías mesentéricas con afectación severa por amiloidosis. Postoperatorio sin complicaciones, normalización de los niveles de bilirrubina y buena tolerancia oral. Evolución durante el año posterior a la cirugía fue buena, falleciendo por desnutrición proteica por progresión de la amiloidosis intestinal. Durante este tiempo pudo llevar una vida con aceptable calidad.

Discusión: No existe en la literatura revisada artículos que incluyan la ictericia obstructiva como debut de una amiloidosis intestinal, por la presencia de un depósito de aspecto tumoral (amiloidoma) duodenal. Inicialmente se planteó el tratamiento conservador. La clínica, los hallazgos e incidencias intraoperatorios indujeron a un tratamiento quirúrgico paliativo en forma de derivación biliar y gástrica. Pese a que la literatura no aconseja la realización de anastomosis digestivas en presencia de amiloidosis, nuestro caso demuestra seguridad de las mismas y el beneficio de una paliación quirúrgica.

Conclusión: Recomendamos el tratamiento quirúrgico en caso de obstrucción biliar y digestiva por amiloidosis duodenal, ya que en nuestro caso tanto las suturas como anastomosis intestinales fueron seguras y eficaces.

P-326**TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES**

P. Priego Jiménez, E. Lisa, R. Peromingo, G. Rodríguez, C. Pedro, M.A. Gil Olarte, N. Alonso, N. Losa, I. Moreno, J. Cabañas y V. Fresneda
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El tumor de células granulares fue descrito por primera vez por Abrikosoff en 1926 y tiene un origen neural. Más frecuente en la 4^a-6^a década de la vida y en mujeres. Las localizaciones más frecuentes son la dermis, tejido subcutáneo, submucoso, lengua, mama... aunque se han descrito en cualquier parte del cuerpo. La mayor parte de los tumores tienen una naturaleza benigna, encontrándose un 2%

de formas malignas. El tratamiento es la extirpación local, que es curativo en la mayoría de los casos.

Caso clínico: Mujer de 54 años que presenta una tumoración en región infrACLAVICULAR izquierda de unos dos años de evolución que ha ido aumentando de tamaño y coloración. En la exploración se palpa gran tumoración de unos 9 cm de diámetro de consistencia dura, móvil, no adherida a planos profundos, y dolorosa a la palpación. La superficie es eritemato-violácea. La exploración mamaria es normal, y no se palpan adenopatías cervicales ni axilares.

Analítica y rx de tórax normal. *PAAF:* Tumor de células granulares dermo-hipodérmico. *TAC cérvicotoracoabdominopélvico:* Masa preclavicular y prepectoral izquierda, hipercaptante y de bordes lisos bien delimitados sin plano graso de separación con músculo pectoral por lo que no se puede descartar infiltración del mismo.

Durante la cirugía se realiza extirpación completa de tumoración, respetando el músculo pectoral que se observa no está infiltrado.

Anatomía patológica: Tumor de células granulares.

Conclusión: Los tumores de células granulares son en general benignos y extirpables mediante cirugía. El índice de metástasis y de formas malignas es muy bajo, pero se observan hasta un 10% de recidivas locales, por lo que tras la cirugía se debería continuar con el seguimiento del paciente.

P-327**CARCINOMA SEROSO PAPILAR PRIMARIO DE PERITONEO:****PRESENTACIÓN DE 2 CASOS**

J. Ruiz Tovar, J. Pérez de Oteyza, M.E. Reguero Callejas, J. Sánchez Corral, A.B. Aláez Chillarón, C. Ramiro Pérez, R. Rojo Blanco, M.V. Collado Guijarro y A. García Villanueva
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El carcinoma seroso papilar primario (PSCP) de peritoneo es una neoplasia poco frecuente, indistinguible histológicamente del carcinoma seroso papilar de ovario. Se presenta como carcinomatosis peritoneal en ausencia o con mínima afectación de ovarios, sin otro foco primario.

Material y métodos: Presentamos 2 casos de PSPC diagnosticados en el Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

Resultados: El primer caso fue tratado mediante ooforectomía bilateral y quimioterapia posterior (Taxol + Carboplatino), falleciendo de tromboembolismo pulmonar a los 3 meses de la cirugía. El segundo caso fue tratado con quimioterapia inicial tras laparotomía exploradora, donde se observaron implantes tumorales en peritoneo. Ante la buena respuesta a la quimioterapia se realizó cirugía de rescate mediante peritonectomía pélvica, histerectomía, y doble anexectomía, extirmando todos los implantes tumorales. Se administró quimioterapia postoperatoria (Taxol + Carboplatino), encontrándose la paciente en remisión completa a los 12 meses de la segunda intervención.

Conclusiones: El manejo del PSCP es idéntico al de ovario, aunque su pronóstico suele ser peor. Se ha descrito una buena supervivencia a largo plazo mediante cirugía citorreductora y quimioterapia adyuvante con platino. Cuanto menor es la masa de tumor residual, mayor es la eficacia de la quimioterapia adyuvante, razón por la cual se plantea la peritonectomía como cirugía citorreductora.

P-328**DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN SU MANEJO EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL**

J. Ruiz Tovar, M. Fernández Guarino, M.E. Reguero Callejas, A. Aguilera Velardo, A.B. Aláez Chillarón, C. Ramiro Pérez, J. Arano Bermejo y L. Cabañas Navarro
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) es un tumor de partes blandas de baja frecuencia con grado de malignidad bajo-intermedio y crecimiento lento. Se suele diagnosticar en fase de placa rojiza, compuesta de nódulos duros irregulares.

Material y métodos: Describimos las características clínico-patológicas de 21 casos diagnosticados de DFSP.

Resultados: El tamaño medio de las lesiones era 5,6 cm, localizándose la mayoría en tronco. En el 61,9% de los casos se realizó

extirpación sin biopsia previa. El 52,4% de los pacientes presentaron márgenes afectos, que requirieron ampliación. La tasa de recidiva fue 28,6% (6 casos), cinco de ellos recidivas locales, tratados mediante nueva resección con márgenes. La mediana del período libre de enfermedad fue 32,5 meses y el seguimiento medio 33,25 meses.

Conclusiones: El DFSP tiene gran tendencia a la recidiva local, asociándose a extirpación de la lesión con márgenes inadecuados. El conocimiento preoperatorio de la histología permitiría resección con márgenes adecuados, lo que probablemente disminuiría el número de recidivas locales. La radioterapia podría evitar la ampliación de márgenes en casos con márgenes afectos. La quimioterapia podría estar indicada en la enfermedad metastásica. La mayoría de recidivas se producen en los 3 primeros años, pero es importante un seguimiento estrecho e indefinido a todos los pacientes.

P-329

ESTUDIO TRANSVERSAL EN CIRUGÍA DE HERNIAS DE PARED ABDOMINAL EN RÉGIMEN CMA

J.M. Suárez Grau, F. Docobo Durández, J. Mena, A. Guzmán Piñero, J.L. Blanco, J.A. Pineda, M.J. Tamayo, M.J. Cuaresma, L. Sánchez Moreno y C. Martín Jiménez
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Consideramos que esta patología es tributaria del régimen de CMA, pues no está demostrada sólo la efectividad, sino la eficiencia de la técnica, con un mínimo tiempo operatorio y de estancia posquirúrgica, con una rápida recuperación a la vida social y laboral del paciente.

Material y métodos: Revisión de postoperatorios de los pacientes intervenidos en régimen de CMA de hernia de la pared abdominal, incluyendo hernias de distintas localizaciones: epigástrica, ventral, umbilical (Supra-infraumbilical), lumbares. Presentamos un total de 110 casos intervenidos durante el período de 6 meses, en seguimiento actualmente, en un postoperatorio desde los 3 meses hasta 6 meses de duración desde la intervención quirúrgica.

Resultados: La localización herniaria: 75% de h. umbilicales, 7% epigástricas y 3% lumbares (el 15% fueron hernias recidivadas). 53% fueron varones y 47% de mujeres. La edad de los pacientes oscila desde los 18 años a los 97, con dos picos entre los 40-50 años y 60-70 años de edad. En cuanto al riesgo anestésico estimado en el grado de ASA: 1-30%, 2-55%, 3-14%, >3-1%. IMC: la mayoría se encontraron entre 28-35. Tiempo operatorio medio (incluido el tiempo anestésico): 20-30 min. Uso de drenaje aspirativo: 10% de los casos, usado en las herniplastías laparotómicas de hernias con anillo entre 5-10 o más cm. Tipo de anestesia: anestesia local más sedación (95%), seguida de la raquídea y finalmente la anestesia general en un pequeño porcentaje. Complicaciones: índice de recidivas del 0,6%, seromas 1% (sobre todo en herniplastías sin drenajes), hematomas 0,7% (sin apósito compresivo), 0,9% de infección de la herida quirúrgica. La intervención quirúrgica realizada estuvo acorde al diámetro del anillo herniario.

Defecto	%	Tipo de intervención quirúrgica realizada
< 3 cm	40%	Herniorrafia
3-5 cm	9%	Plug polipropileno
5-10 cm	45,5%	Herniplastía prefascial (Chevrel) 40% o Preperitoneal (Rives) 5,5%
> 10 cm-Recidiva	4,5%	Herniplastía laparoscópica o preperitoneal (Rives)

Conclusiones: La disminución de seromas es debida al uso de apósito compresivo en toda herniplastía, incluso laparoscópica. La disminución en los hematomas se debe a la utilización de drenajes aspirativos. No hubo que reintervenir ningún caso de infección de la herida quirúrgica, curando todos con antibioterapia oral de amplio espectro (cefalosporinas de última generación orales). Las recidivas están conforme a los estándares de calidad y se corresponden a la curva de aprendizaje de los residentes que realizaron un total del 75% aproximado del total de las intervenciones.

P-330

HEMATOMAS GIGANTES DE LA VAINA DE LOS RECTOS. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

F.J. González Rodríguez, C. Pontón Larrea y E. San Luís Calo
Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: El hematoma de la vaina de los rectos es un proceso infrecuente debido a la rotura de la arteria epigástrica inferior, su presentación suele ser unilateral y simula una enfermedad intraabdominal (abdomen agudo, neoplasia) (Rosell J, et al). El hematoma espontáneo es mucho menos frecuente que el post-traumático siendo el embarazo y las terapias anticoagulantes importantes factores predisponentes y la tos, el principal factor precipitante (Hadzima S, et al). El 80% de los hematomas son infraumbilicales, su confusión con un abdomen agudo quirúrgico se debe al íntimo contacto entre la fascia transversalis y el peritoneo parietal (Lee P.W, et al).

Material y métodos: Presentamos una serie de 13 pacientes diagnosticados y tratados por hematoma de la vaina de los rectos en nuestro servicio desde Enero del 2000 hasta Abril del 2006. Todos los datos han sido analizados con el test t-student, el test U de Mam Whitney y, el test χ^2 , asumiendo un nivel de significación estadística p-value < 0,05.

Resultados: El 46,1% son hombres, el 53,9% son mujeres, la edad media es de 76,3 (DT 6,21). Se relacionan con la toma de anticoagulantes el 100%, siendo su presentación espontánea o relacionada con episodios de tos el 84,7%, y traumática en el 15,3%. Han sido tratados de forma conservadora el 84,7% de los pacientes, mientras que el 15,3% precisó de evacuación del hematoma y hemostasia debido a invasión del retroperitoneo y compresión ureteral o por inestabilidad hemodinámica. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,043$) en relación a la estancia media hospitalaria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente (4,18 días) y los tratados de forma conservadora (12,7).

Conclusiones: Es sistemático el uso de la ecografía para su diagnóstico, reservando la TC para casos no concluyentes o para descartar la existencia de sangrado activo en hematomas gigantes. La utilidad diagnóstica-terapéutica de la punción ha desaparecido por su ineficacia y por el riesgo de infección del hematoma. El tratamiento de elección es conservador salvo si existen datos desangrado activo e inestabilidad hemodinámica o un síndrome compartimental; optando por la embolización selectiva en el primero de los casos o por la evacuación del mismo en el segundo.

P-331

HIDATIDOSIS DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Villafañe Pacho, A. Romero de Diego, A. Delgado Mucientes, M. Montes Manrique, D. Pacheco Sánchez, A. Barrera Rebollo, J.L. Marcos Rodríguez, J.M. Ruiz-Vela y A. de Anta Román
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La hidatidosis quística es una zoonosis causada por un helminto parásito hermafrodita, el *Echinococcus granulosus*, presente en países con clima templado y con actividad agrícola y ganadera, entre los que se encuentra España. Puede ser primaria, afectando al órgano en el que se desarrolle el estadio larval del parásito o secundaria o difusa, cuando el quiste primario se rompe y se disemina a sitios cercanos o a distancia.

Objetivos: Presentamos, por su rareza y peculiaridad, el caso clínico de un paciente con tres quistes hidatídicos en el interior del saco de una hernia inguinal.

Material y métodos: Paciente varón de 76 años de edad afecto de Hemofilia B, que ingresó en el servicio de Cirugía General para ser intervenido de forma programada de una hidatidosis diseminada con quistes localizados en el hígado, epiploon mayor, riñón derecho y bazo. Se realizó una omentectomía y quistoperiquistectomías parciales y totales previa aseptización con suero salino hipertónico. En el mismo acto operatorio, por el alto riesgo que suponía una nueva intervención debido a su patología hematológica, se decidió reparar una hernia inguinal directa recidivada que presentaba. Durante la disección del saco herniario se objetivaron 3 quistes hidatídicos en su interior. Se seccionó el saco conteniendo dichos quistes y se realizó una herniplastía convencional.

Resultados: La evolución del paciente fue satisfactoria.

Conclusiones: La localización más frecuente de la hidatidosis quística es el hígado (60-90%) seguida del pulmón (20-30%). Sin embargo, puede afectar prácticamente a cualquier órgano de la economía. La localización en el interior de un saco herniario inguinal es de extraordinaria rareza, encontrando en la literatura sólo un caso de quiste hidatídico en el interior del saco de una hernia umbilical (Karavias DD, et al. World J Surg. 1996). El tratamiento de elección es la cirugía (Quistoperiquistectomía) combinándolo con tratamiento médico (Albendazol) en las hidatidosis difusas secundarias.

P-332

LA APARICIÓN DE ADHERENCIAS POSTOPERATORIAS NO ES ALGO "INEVITABLE"

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

Introducción: Cuando, en el curso de nuestro quehacer, nos vemos obligados a dejar un biomaterial en el interior de la cavidad abdominal para reparar un defecto de la pared abdominal, uno de los factores a tener en cuenta, es conocer su comportamiento en relación a la producción de adherencias peritoneales. La formación de adherencias guarda una relación inversa con la mesotelialización de dichas prótesis.

Material y método: Hemos utilizado en este estudio veinte cerdos, divididos en dos grupos: *En todos los animales se procedió a colocar implantes de 4 x 4 cm*: dos de malla de polipropileno en una posición más cefálica, y otros dos de PTFE (Dualmesh Plus Corduroy) en una posición más caudal. Los implantes situados en el lado derecho del animal se impregnaron de inhibidores de la producción de adherencias (en 10 animales se utilizó cola de fibrina, serie A, y en otros 10 se utilizó gel de hialuronidasa, serie B). Despues de cinco semanas, se procedió al sacrificio de los animales, evaluando los resultados.

Resultados: Al cabo de cinco semanas se apreciaba como los implantes impregnados de sustancias inhibidoras de la producción de adherencias presentaban menos adherencias, éstas (cuando existían) eran más laxas, e incluso en muchos casos los implantes estaban perfectamente peritonizados.

Conclusiones: Las adherencias no son algo "inevitable" tras la cirugía abdominal. La disminución conseguida es mayor en la cantidad que en la consistencia de adherencias. Los resultados son algo mejores en la serie en la que se utilizó hialuronidasa que en la que se utilizó la cola de fibrina. La hialuronidasa tiene la ventaja de su escaso coste, así como su facilidad de aplicación.

P-333

HEMATOMAS ESPONTÁNEOS DE LA PARED ABDOMINAL

S. Paterna López, R. Cerdán Pascual, S. Cantín Blázquez, J.I. Barranco Domínguez, J. Bernal Jaulín y J.M. Esarte Muniain
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: El hematoma espontáneo de la pared abdominal (HEPA) es una entidad de aparición infrecuente y de difícil diagnóstico debido a su similitud clínica con otros procesos agudos. Presentamos nuestra casuística y realizamos una revisión de esta entidad en cuanto a etiología, factores desencadenantes, diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados y tratados de HEPA en nuestro Servicio desde Diciembre de 1999 hasta Diciembre de 2005.

Resultados: De 106 hematomas revisados, 94 eran traumáticos (88,67%) y 12 eran espontáneos (11,33%). Se trataba de 3 hombres (25%) y 9 mujeres (75%) con una edad media de 72,5 años (57-90). Como factores predisponentes destacaban HTA en 3 casos (25%), administración de HBPM en 3 casos (25%), HTA y toma de dicumarínicos

en 2 casos (16,66%), toma aislada de dicumarínicos en 1 caso (8,33%), discrasia sanguínea en 1 caso (8,33%) y administración de Heparina sódica intravenosa en 1 caso (8,33%). En un paciente no se identificaron factores predisponentes. Como factores desencadenantes se constataron la tos en 5 casos (41,66%) y los esfuerzos defecatorios en 2 casos (16,66%). En dos de los pacientes con tos existía el antecedente de laparotomía previa. En 5 pacientes (41,66%) no pudo establecerse el factor desencadenante. El diagnóstico se estableció por ECO en 5 casos (41,66%), por TC en 3 casos (25%) y por ECO y TC en 4 casos (33,33%). Se trataron exitosamente de forma conservadora 10 pacientes (83,33%). Un caso fue sometido a drenaje quirúrgico al existir dudas diagnósticas con una posible eventración incarcerada y en otro caso se realizó punción y evacuación del hematoma sin registrar resangrado.

Discusión: Los HEPA son entidades que a veces presentan dificultades diagnósticas debidas a sus manifestaciones clínicas (dolor abdominal, masa palpable y signos de irritación peritoneal). El tratamiento antiocoagulante es el principal factor predisponente asociado al HEPA. La tos es el factor desencadenante más comúnmente implicado. Pueden afectar a cualquier localización de la pared abdominal, pero la más frecuente (como consecuencia de la rotura de la arteria epigástrica inferior) es la de la vaina de los músculos rectos anteriores. Son más frecuentes en mujeres y en su diagnóstico, las pruebas de imagen como la ecografía y la Tomografía Computerizada (TC) tienen un papel fundamental. Su tratamiento es inicialmente conservador y son pocos los pacientes que precisan cirugía.

Conclusiones: la cirugía debe reservarse para los casos de hemorragia activa con repercusión hemodinámica.

P-334

CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE QUISTE PILONIDA. ANÁLISIS DE TRES CASOS

M. Echenique Elizondo², J. Alecha Gil¹, C. Lirón de Robles¹, G. Górriz Arias¹ y J.A. Amondarain Arratibel¹

¹Hospital Donostia, San Sebastián. ²Universidad del País Vasco, San Sebastián.

Introducción: El Sinus Pilonidal es una enfermedad muy común, especialmente en hombres, y a menudo complicado por procesos infecciosos localesLa degeneración maligna es una complicación rara observada principalmente en caso de enfermedad crónica recurrente y se asocia con un muy mal pronóstico comparado con neoplasias cutáneas de la misma naturaleza. Su tasa de recidiva tras tratamiento quirúrgico es alta. Hasta el presente, solamente 56 casos han sido recogidos en la literatura internacional.

Material y métodos: Hemos estudiado tres casos intervenidos en un mismo hospital de tres pacientes presentando éste tipo de patología enormemente infrecuente.

Discusión: La degeneración maligna ocurre en aproximadamente 0,1% de pacientes con enfermedad pilonidal de evolución crónica no tratada ó recidivante. El diagnóstico incluidos nuestros tres casos se realizó mediante examen y biopsia de una úlceras crónicas con márgenes friables y necróticos. El tejido óseo está afectado en un 8% de casos. La rectoscopia puede ser necesaria para excluir la extensión al recto. La tomografía axial computarizada o la resonancia magnética tienen indicación para demostrar la extensión local y para excluir metástasis intra-abdominales, así como la extensión a ganglios ilíacos y/o paraaórticos y sobre todo en la región inguinal, afectada precozmente. La recidiva local tras cirugía es frecuente (44%) y la enfermedad recurrente sucede de forma temprana. La combinación de la cirugía radical con radioterapia post ó preoperatoria precoz parece reducir la recidiva (30%). Por lo tanto, la radioterapia se debe considerar como parte del tratamiento en estos tumores para reducir la tasa de recidiva local y para mejorar la tasa de supervivencia.

Conclusiones: La degeneración maligna del sinus pilonidal es un proceso infrecuente, difícil de tratar y de muy mal pronóstico.