

VÍDEOS

HÍGADO

7 NOVIEMBRE 2006
10.30-13.30

SALA DOBLÓN
V-001 – V-014

V-001

RESECCION HEPÁTICA CONSERVADORA POR TUMORES HEPÁTICOS BENIGNOS

F. Mingol Navarro, A. Martínez Blasco, M. Jiménez Fuertes, J. Bertelli Puche, E. Montalva Oron, R. López Andújar, A. Moya Herraiz, E. Pareja Ibars, F. San Juan Rodríguez, M. de Juan Burgeño y J. Mir Pallardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Los hemangiomas son los tumores hepáticos benignos más frecuentes, el diagnóstico de elección se realiza por RMN, y las indicaciones quirúrgicas son: los hemangiomas sintomáticos, complicados, crecimiento rápido, duda diagnóstica y el tamaño, indicándose la intervención por encima de 10cm, aquí presentamos un vídeo de la enucleación de un hemangioma de 13 cm.

Caso clínico: Paciente mujer de 49 años con obesidad mórbida (IMC 36) con síndrome de apnea obstructiva del sueño y HTA, sometida a cirugía bariátrica hace 2 años en otro hospital. La paciente presenta en este momento una colelitiasis sintomática y en la ecografía abdominal como hallazgo incidental, se aprecia un tumor hepático de 13 cm el lóbulo hepático derecho, mediante RMN se diagnostica de hemangioma y se ve otras lesiones compatibles con quistes biliares simples bilaterales.

Resultados: Se procedió a la enucleación, como se aprecia en el vídeo, con clampaje selectivo del lóbulo hepático derecho, y control mediante un vessel-loop de la vena suprahepática derecha para mejor control hemostático, la enucleación se realizó siguiendo el plano de la cápsula fibrosa del hemangioma en todo momento ya que así se consigue su extirpación con menor sangrado, manteniendo mayor volumen hepático residual. Posteriormente se realizó la colecistectomía y la fenestración de los quistes biliares, el postoperatorio cursó sin complicaciones siendo alta al 5º día.

Conclusiones: Es posible la enucleación de los angiomas con escasa pérdida sanguínea y respetando la mayor parte de parénquima hepático sano.

V-002

LAPAROSCOPIC LEFT HEPATECTOMY IN A PATIENT WITH POLYCYSTIC LIVER DISEASE

T. Palser, A. Takhar y I. Beckingham
Queen's Medical Centre, Nottingham (UK).

Highly symptomatic polycystic liver disease has classically been treated by cyst fenestration, although open partial hepatectomy is a rare but well recognised management alternative.

With advances in laparoscopic techniques, there is increasing interest in managing these complex patients laparoscopically.

We demonstrate an unusual case of a patient with severe polycystic liver disease which was almost entirely confined to the left lobe of her liver. We performed an elective laparoscopic left hepatectomy, and in this video we demonstrate the techniques involved.

V-003

ABORJE LAPAROSCÓPICO DE GRAN QUISTE HIDATÍDICO CON FÍSTULA BILIAR

S. Morales-Conde³, J. Valdés³, A. Tejada⁴, A. Cano³, J. Bellido¹, I. Sánchez-Matamoros³, M. Socas², J.C. Gómez-Rosado³, I. Duran³ y J. Cantillana³

¹Hospital Minas de Río Tinto, Huelva. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivo: La hidatidosis hepática es una enfermedad parasitaria causada por el cestodo *Echinococcus granulosus*, característica de regiones "endémicas" como son los países mediterráneos incluido España. El abordaje laparoscópico de esta enfermedad se ha descrito en ocasiones en casos seleccionados según la localización y características del quiste. En esta película se muestra el tratamiento de un quiste hidatídico complicado con una fístula biliar mediante laparoscopia.

Material y método: Se presenta el caso de un paciente de 54 años sin antecedentes de interés con clínica de dolor intermitente y fiebre al que se le detecta un quiste hidatídico en lóbulo derecho hepático de 13,5 x 11,6 cm. que comprime la vesícula y la presencia tras CPRE de posible fístula biliar del conducto hepático derecho al quis-

te. Se introducen 4 trócares (2 x 10 mm y 2 x 5 mm). Apertura del quiste y aspiración de material purulento y del contenido del mismo. Se rellena el quiste con suero hipertónico y se esperan 10 min para aspirarlo. Resección de la cúpula prominente del quiste mediante bisturí armónico y Ligasure. Se comprueba la presencia de fístula biliar tras realizar colangiografía intraoperatoria que se sutura con 2 puntos de Ethibond 2/0. Colangiografía de control con azul de metileno sin evidenciar filtración ha dicho nivel. Colectomía resecando la pared del quiste que se encuentra en contacto con la vesícula. Se realiza la extracción de la vesícula y la pared del quiste mediante bolsa de 15 mm que se introduce a través de hernia umbilical que presentaba el paciente. Se rellena la cavidad con epiploon que no se sutura. Revisión de hemostasia y lavado. Herniorrafia umbilical. El tiempo quirúrgico fue de 300 min.

Resultado: El paciente fue dado de alta el 5º día postoperatorio, encontrándose asintomático tras 2 meses de seguimiento.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para el tratamiento de la hidatidosis hepática es una estrategia factible, aunque no exenta de dificultades técnicas, cuyos Resultados pueden ser comparables a los del abordaje tradicional, pero que requiere un entrenamiento amplio del cirujano en cirugía hepática así como en cirugía laparoscópica básica.

V-004

LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO HEPÁTICO. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA MEDIANTE BISEGMENTECTOMÍA II-III SIN OCLUSIÓN DEL HILIO HEPÁTICO

R. Robles, C. Marín, P. Pastor, J. Aguilar y P. Parrilla

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Los LEIOMIOSARCOMAS primarios hepáticos (LSPH) son tumores poco frecuentes, por lo que cuando se diagnostican se debe pensar en metástasis. Nuestro Objetivo es presentar el único paciente resecado por LSPH, en una serie de 370 resecciones hepáticas, y cuya intervención se realizó mediante abordaje laparoscópico.

Paciente: Mujer de 63 años, con histerectomía más doble anexectomía a los 40 años por miomas uterinos, que consulta en urgencias por dolor en epigastrio. Se le realiza ecografía que detecta masa sólida, pseudoencapsulada de 7 cm. en segmento III hepático, próximo al ligamento redondo. Se le realiza TAC que confirma los hallazgos ecográficos. El PET es positivo y sugiere que se trata de una tumoración maligna. Se le realiza PAAF: leiomioma. Los estudios de extensión: gastroscopia, colonoscopia, tránsito intestinal baritado, TAC y PET no detectaron lesiones extrahepáticas. El estudio histológico retrospectivo del útero miomatoso, extirpado hacía 23 años, confirmó la benignidad del proceso. Con el diagnóstico de LSPH se interviene mediante laparoscopia asistida, con la técnica previamente descrita por nuestra Unidad. La ECO intraoperatoria y en la exploración abdominal manual, detectan una única lesión hepática redondeada localizada en SIII próxima a ligamento redondo. Se realizó segmentectomía lateral izquierda (II-III), sin pinzamiento del hilio hepático, con un margen de seguridad a la lesión mayor de 1 cm. Los elementos portales y suprahepáticos se seccionaron con endogía, mientras que el parénquima se seccionó con ligasure Atlas de 10 mm y la hemostasia se completó con Tissuelink. La pieza se extrajo por la puerta de entrada de la mano asistida protegida la piel con el Omniport.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 120 min, no precisó transfusión intra ni postoperatoria, no existió morbimortalidad, y fue alta al 4º día p.o. La anatomía patológica informó de leiomioma de 7 cm. que abombaba en la superficie hepática, pseudoencapsulada y que el margen de resección parenquimatosa estaba libre de invasión neoplásica.

Conclusiones: Los tumores malignos de la fibra muscular lisa que afectan primariamente al hígado son poco frecuentes y el abordaje laparoscópico de estas lesiones constituye una posibilidad, con las ventajas que presenta la cirugía laparoscópica. La técnica asistida con la mano permite realizar una exploración de la cavidad abdominal completa para descartar otros orígenes digestivos que pudiesen pasar inadvertidos en el estudio preoperatorio.

V-005

BISEGMENTECTOMÍA LATERAL IZQUIERDA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA CON PINZAMIENTO HILIAR COMPLETO

C. Marín, Robles, B. Abellán, A. Lopez Conesa, P. Ramírez, P. Pastor y P. Parrilla

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Presentar un caso clínico al que realizamos una segmentectomía lateral izquierda (II-III) por vía totalmente laparoscópica realizada con oclusión completa del pedículo portal (maniobra de Pringle laparoscópica).

Paciente: Varón de 70 años, intervenido en Enero 04 por adenocarcinoma de sigma realizando sigmoidectomía. En Marzo 04 se detecta nódulo de 3 cm en LHI, siendo el CEA normal. Se realizó PAAF que fue negativa y el PET fue positivo para malignidad en LHI. Se interviene 20-4-04 mediante abordaje totalmente laparoscópico con 5 trócares. Liberación de adherencias. La ecografía laparoscópica demostró una sola lesión en LHI. Liberación de todo el lóbulo izquierdo y disección del hilio hepático. La línea de sección parenquimatosa se identificó bajo control ecográfico de la lesión. Toda la sección parenquimatosa y de los elementos vasculares portales y suprahepáticos, así como de la vía biliar de los segmentos II y III, se realizó, bajo oclusión del pedículo portal durante 20 min, con ligasure atlas de 10 mm. La hemostasia se completó con Tissuelink. La pieza se extrajo por contraincisión de 6-8 cm. en línea media.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue 180 min. No existió morbilidad y fue alta al 4º día postoperatorio. No existieron datos de insuficiencia hepática postoperatoria.

Conclusiones: La extirpación del lóbulo izquierdo anatómico se puede realizar con oclusión hiliar completa, siempre y cuando el tiempo de oclusión sea corto para evitar la insuficiencia hepática postoperatoria. La oclusión permitió seccionar las ramas portales, biliares y suprahepáticas con ligasure atlas de 10 mm sin complicaciones.

V-006

SECTORECTOMÍA LATERAL IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR METASTASIS HEPATICAS DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL

F. Mingol Navarro, J. Bertelli Puche, A. Martínez Blasco, M. Jiménez Fuertes, R. López Andújar, E. Pareja Ibars, E. Montalva Oron, A. Moya Herraiz, F. San Juan Rodríguez, M. de Juan Burgeño y J. Mir Pallardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La laparoscopia en la cirugía hepática hasta unos años era algo impensable, hoy en día se esta viendo que puede ser una opción válida para el tratamiento de las metástasis hepáticas pudiendo realizarse con éxito en unidades especializadas.

Material y método: Paciente varón de 59 años sometido a una resección anterior de recto (G2, pT3, N2) en junio del 2004, posteriormente el paciente llevo quimioterapia adyuvante (RALITITREXED 2 ciclos) radioterapia pélvica (50 Gy.) hasta noviembre del 2004, en el TAC de control en enero 2005 se detecta masa hepática de 10cm y nódulo de 1cm en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, se indicó tratamiento con quimioterapia con los esquemas XELOX x 5 y XELODA x 4 hasta diciembre del 2005. Se realizo un PET-TAC de control en enero del 2006 observando positividad para el nódulo hepático siendo negativo para el nódulo pulmonar, se indicó la cirugía de la metástasis hepática por laparoscopia.

Resultados: Se realizo la intervención mediante laparoscopia asistida con la mano y mediante la utilización de 5trócares. La ultrasonografía intraoperatoria no detecto más nódulos hepáticos, la metástasis se encontraba en los segmentos II y III de 9cm. La sectorectomía se realizo sin clampaje del hilio hepático mediante bisturí ultrasónico y ligasure y tissulink sin necesidad de transfusiones sanguíneas, realizando una resección R0. El paciente fue dado de alta al 3º día sin complicaciones.

Conclusiones: Hoy en día la resección hepática mediante laparoscopia asistida con la mano es factible, como se ve en el vídeo, siguiendo los mismos criterios oncológicos que en cirugía abierta.

V-007

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE METÁSTASIS HEPÁTICA DE ORIGEN RENAL

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

Paciente de 63 años intervenida hace 10 de nefrectomía derecha por carcinoma de células cromóforas de patrón tubulo-alveolar grado I-II de Fuhrman. En seguimiento posterior se detecta, mediante TAC, LOE hepática en segmento VII sugestiva de metástasis. Se realiza metastasectomía por vía laparoscópica. *Gestos técnicos:* Utilización de 5 trócares; Movilización hepática, disección del hilio hepático y maniobra de Pringle, metastasectomía hepática con control hemostático y biliar con bisturí armónico. Sellado con Tissucol®. Drenaje de la zona quirúrgica. *La Anatomía patológica concluyó:* metástasis de carcinoma de células claras compatible con origen renal. Al igual que otros autores defendemos el abordaje laparoscópico de aquellas metástasis hepáticas abordables quirúrgicamente, aportando las mismas garantías oncológicas que le abordaje abierto, no suponiendo una mayor morbilidad en cuanto a sangrado, fístulas biliares, etc. y beneficiándose el paciente de las ventajas de la cirugía laparoscópica.

V-008

SECCIONECTOMÍA POSTERIOR LAPAROSCÓPICA DE SEGMENTO VIII POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLO-RECTAL

C. Marín, R. Robles, A. López Conesa, B. Abellan, P. Pastor y P. Paricio
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: La resección hepática laparoscópica de los tumores hepáticos sólidos plantea pocas dificultades cuando se trata del lóbulo izquierdo hepático y segmentos anteriores del lóbulo derecho. La realización, por laparoscopia, de hepatectomías mayores regladas y resección de lesiones situadas en segmentos posteriores del lóbulo derecho, entraña mayores dificultades. Nuestro Objetivo es presentar un caso de resección laparoscópica de una metástasis hepática de carcinoma colo-rectal de 3 cm situada en segmento VIII hepático, realizada con pinzamiento hilar.

Caso clínico: Varón de 63 años, intervenido 10-1-04 de adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado, T1N0M0 (Dukes A). Recibió radioterapia + Capecitabina postoperatoria. En Noviembre de 2005 se diagnostica por TAC de una metástasis de 3 cm en S. VIII, realizando PET que solo detecta una metástasis hepática sin enfermedad extrahepática. El CEA preoperatorio fue normal. Se interviene en Diciembre de 2005, realizando resección segmentaria del S. VIII mediante cirugía laparoscópica asistida, según la técnica descrita por nuestra Unidad, con maniobra de Pringle de 17 min (7 + 10 min)

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 180 min. No precisó transfusión intra ni postoperatoria. La estancia fue de 5 días. Ha recibido quimioterapia neoadyuvante con Oxaliplatino y 5FU. El CEA es normal. El TAC y PET postoperatorio descartan la recidiva.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico asistido con la mano, permite el abordaje de segmentos posteriores (VI, VII, VIII) con seguridad y buenos resultados.

V-009

RADIOFREQUENCY ASSISTED LAPAROSCOPIC RESECTION OF LIVER SEGMENT IVB

T. Palser, D. Culliver y I. Beekingham
Queen's Medical Centre, Nottingham (UK).

The treatment of choice for colorectal liver metastases is surgical resection. However, in many patients surgery is not possible because of the extent of the tumour or their medical co-morbidity. Radiofrequency ablation (RFA) is a palliative treatment option for patients in whom surgical resection is not possible.

Segment IVb is a difficult area of the liver to resect laparoscopically, because of variability in its blood supply and problems with retraction, leading to difficulties in achieving tumour clearance and ligating the portal structures.

Here we present a case in which radiofrequency ablation (RFA) was used to assist the successful laparoscopic resection of a metastasis in segment IVb. Rather than using RFA for tumour destruction, we used it as a method of achieving haemostasis in the surrounding liver tissue. The techniques used to overcome the operative difficulties are demonstrated. We believe that RFA can be useful in minimising blood loss during laparoscopic liver resection, whilst decreasing total liver ischaemic time.

V-010

HEPATECTOMÍA DERECHA POR LAPAROSCOPIA

R. Robles Campos, C. Marín, A. López Conesa, P. Ramírez, P., Pastor y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: La cirugía hepática por laparoscopia de los tumores hepáticos sólidos entraña muchas dificultades técnicas. Por tanto, las resecciones hepáticas mayores son poco frecuentes en la literatura. Nuestro Objetivo en presentar la primera hepatectomía derecha reglada (S V, VI, VII y VIII) (HDR) realizada por laparoscopia en nuestro país.

Paciente: Varón de 70 años intervenido por adenocarcinoma de sigma, con metástasis hepáticas y pulmonares sincrónicas, a 12 cm del margen anal realizando resección anterior de recto en Marzo 04. En TAC y PET realizado al mes postoperatorio detectaron 2 metástasis en lóbulo hepático derecho y un nódulo en LSI pulmonar. El CEA y CA 19.9 fueron normales. Recibió QMT neoadyuvante a las metástasis con Oxaliplatino + 5FU (X 8 ciclos), siendo el PET negativo al acabar el tratamiento. Tras 5 meses sin QMT, el PET realizado detecta de nuevo 3 LOES en LHD y 1 nódulo en LSI pulmonar y el TAC demuestra 4 LOES en LHD y el nódulo pulmonar 1,5 cm. El CEA y CA 19.9 continúan siendo normales. Se programa para HDR en la primera intervención y resección pulmonar en la segunda. El TAC preoperatorio con volumetría hepática encuentra un VHR del lóbulo hepático izquierdo de sólo 32% por lo que se realiza embolización portal preoperatoria el 7-2-06, siendo el VHR a las 6 semanas del 52%.

Intervención (7-4-06): Abordaje mediante laparoscopia asistida con la técnica descrita por nuestra Unidad. Se disecciona arteria hepática y vena porta derecha que son ligadas y seccionadas. Disección del pedículo biliar derecho que es seccionado con Endogía vascular 4,5 cm. Movilización de todo el lóbulo derecho hasta llegar a la VCI y disección de la vena suprahepática derecha. La sección parenquimatosa se realizó con bisturí armónico y los vasos de mayor calibre se seccionaron con ligasure atlas de 10 mm (venas hepáticas desde lóbulo derecho a VSH media). La vena suprahepática derecha estaba dividida en 2 ramas que fueron seccionadas con endogía vascular 4,5 cm. apoyada sobre fundas de material hemostático.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 360 min. No precisó transfusión sanguínea intra ni postoperatoria (Hto inicial 41%, Hto final 37%, Hto a las 72 horas de 34%). Quick postoperatorio 71%, con Bilirrubina y transaminasas normales. Se dejó drenaje aspirativo 48 horas y fue alta al 5º día postoperatorio.

Conclusiones: El aprendizaje simultáneo de la cirugía hepática y laparoscópica puede permitir a los cirujanos hepáticos realizar resecciones hepáticas mayores con seguridad. La mano asistida consigue una mayor seguridad al poder comprimir pedículos vasculares y el parénquima ante un eventual sangrado intraoperatorio.

V-011

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA CON SEGMENTO I Y RESECCIÓN DE VENA CAVA POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL

L. Sabater Ortí², B. Camps Vilata¹, J. Martínez-León²,
J. Calvete Chornet², S. García Botello², P. Ivorra García-Monco²,
D. Casado Rodrigo², C. Sala Palau² y S. Lledó Matoses²

¹Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia. ²Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica de hepatectomía izquierda con segmento I y resección de vena cava, utilizando bomba de circulación extracorpórea.

Paciente y técnica: El vídeo recoge el caso de un paciente de 53 años con antecedentes de neoplasia de recto a 5 cm de margen anal tratado

con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante y posteriormente intervenido quirúrgicamente realizando resección anterior y anastomosis colo-anal 3 años antes. Catorce meses después, durante el seguimiento, se detectan metástasis hepáticas múltiples, instaurándose tratamiento con quimioterapia con un régimen basado en oxaliplatino. Tras observar una buena respuesta a la quimioterapia se interviene identificando una metástasis única en segmento VI realizando segmentectomía. Quince meses después de esta segunda intervención se identifica una nueva recidiva hepática en forma de 3 metástasis hepáticas potencialmente resecables. Se interviene de nuevo observando que una de ellas está afectando ampliamente a la vena cava y las venas suprahepática izquierda y media por lo que no se considera factible su extirpación en ese momento. Dado que existía el antecedente de la buena respuesta a la quimioterapia previamente se decide realizar de nuevo quimioterapia y reintervenir con posterioridad. La intervención que se presenta, realizada tras esta última tanda de quimioterapia, es una hepatectomía izquierda con resección del segmento I y prácticamente total de la cava que se reconstruye con un parche de pericardio. Durante la resección de la cava y su reconstrucción se dispuso de circulación extracorpórea.

Comentarios: La resección de cava es una técnica infrecuente, pero que conviene conocer ya que puede tener indicación en casos seleccionados para obtener márgenes libres en pacientes con metástasis hepáticas.

V-012

HEPATECTOMÍA IZQUIERDA Y SEGMENTO I POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER DE MAMA

C. Marín Hernández, R. Robles, A. López Conesa, F. Sánchez Bueno, B. Abellán, P. Pastor, P. Cascales, J.C. Navalón, M. Ramírez y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: La resección hepática de metástasis hepática de carcinoma de mama (MHCM), es una situación poco frecuente debido al comportamiento biológico del carcinoma mamario. Sin embargo, existen situaciones clínicas en las que la presencia de MHCM la resección de dichas metástasis puede estar considerada: mujeres jóvenes, con tumores localmente poco avanzados, con respuesta a Quimioterapia de las MH positiva, etc.

Objetivo: Nuestro Objetivo es presentar una enferma intervenida de carcinoma de mama que presentó MH que fueron resecadas mediante hepatectomía izquierda y resección del segmento I.

Caso clínico: Mujer de 36 años, intervenida el 24-3-05 de Ca de mama izquierda realizando mastectomía radical modificada más vaciamiento axilar por carcinoma de alto grado estadio IIA (T2N0M0). Recibió quimioterapia con CMF X 6 ciclos + radioterapia (50 Gy sobre pared). En Marzo 2004 presenta aumento de Ca 15,3, detectando el TAC y PET metástasis de 8 cm en LHI, próximo a VSH media. Recibió quimioterapia con Taxotere y Ercetpin (6 ciclos). El TAC y PET post-tratamiento demuestran una reducción de las metástasis hepáticas. El 10-2-05 se realizó hepatectomía izquierda, con control vascular de venas suprahepáticas, disección de VCI y resección del S. I. La anatomía patológica: Microscópicamente existe un nódulo de 5,5 cm que infiltra cápsula hepática, distando 2 cm del límite quirúrgico. Microscópicamente: lesión de extirpe epitelial que se tiñe para receptores estrogénicos. Sin embargo, alejado del tumor, en el LHI existe permeación por trombos tumorales en vasos portales. Esto explica la evolución posterior, apareciendo metástasis hepáticas en Enero 2006 en el LHD, iniciándose tratamiento con Adriamicina y Ciclofosfamida.

Conclusiones: Las resecciones hepáticas en el carcinoma de mama son poco frecuentes y con un alto % de recidivas debido al comportamiento biológico de estos tumores. Presentamos una hepatectomía mayor y, a pesar de ello, existió recidiva hepática de la enfermedad, relacionado con los hallazgos de anatomía patológica.

V-013

CIRUGÍA ITERATIVA DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS COLORRECTALES

F. Mingol Navarro, M. Jiménez Fuertes, A. Martínez Blasco, J. Bertelli Puche, R. López Andújar, A. Moya Herraiz, E. Montalva Orón, E. Pareja Ibars, F. San Juan Rodríguez, M. de Juan Burgeño y J. Mir Pallardo
Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: la cirugía de las metástasis hepáticas es la única forma de tratamiento que ofrece unas tasas de supervivencia del

25% al 45% a cinco años, no obstante en un 40% se produce recidiva de la enfermedad metastásica, siendo en muchos casos no resecables.

Caso clínico: Presentamos un caso de un paciente varón de 51 años que fue sometido a una resección oncológica de un adenocarcinoma de colon sigmoide (G1,pT3, N0) en febrero del 2003 en la que ya presentaba metástasis hepáticas bilobares sincrónicas, recibió posteriormente quimioterapia neoadyuvante con el esquema (FOLFOX x 3) sin respuesta con lo que se indicó la cirugía de las metástasis en junio del 2003, se detectaron intraoperatoriamente 4 nódulos localizados en los segmentos 2, 3, 5 y 7. Se realizó una hepatectomía izquierda y una resección limitada en las metástasis del lóbulo derecho consiguiendo una resección R0, el paciente fue dado de alta el 6º día sin complicaciones. El paciente no recibió quimioterapia adyuvante y en el control en marzo 2005 se observaron en el TAC 5 nódulos hepáticos, en el estudio de extensión se descartó la recurrencia de la enfermedad a nivel extrahepático, el paciente recibió quimioterapia neoadyuvante (UFT x 3) con una respuesta parcial. En junio del 2005 se le practicó una segunda laparotomía, confirmado con ecografía intraoperatoria la presencia de 5 nódulos en los segmentos 4, 5, 7 y 8, realizando 4 resecciones limitadas de las metástasis y radiofrecuencia del 5 nódulo de 1,4 cm el postoperatorio curso sin complicaciones recibiendo posteriormente quimioterapia (FOLFRI x 3) estando en la actualidad vivo y libre de enfermedad.

Conclusión: El índice de pacientes con recidiva hepática que pueden ser nuevamente resecados varía entre el 20% y el 45%, la cirugía iterativa de la metástasis hepáticas, como se observa en el vídeo, es una cirugía complicada con alta morbi mortalidad, no obstante, es el único tratamiento efectivo que consigue una supervivencia del 15% al 30% a 5 años.

V-014

TRATAMIENTO RADICAL DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE GIST

J.L. Fernández-Aguilar, M.A. Suárez-Muñoz, J. Santoyo, J.A. Pérez-Daga, B. Sánchez-Pérez, A. González-Sánchez, M. Ruiz-López, D. Sánchez-Relinque, A. Álvarez-Alcaide, M. Jiménez-Hernández y A. Maté Hurtado
Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, si bien suponen únicamente el 1% de las neoplasias del tubo digestivo. En el 50% de los casos existen metástasis en el momento del diagnóstico inicial de la enfermedad, encontrándose afecto el hígado en más del 60% de estos casos. De igual modo, la enfermedad metastásica hepática puede surgir de manera metacrónica, debiendo realizarse un seguimiento prolongado de los pacientes una vez resecado el tumor primitivo, ya que hay descritos casos de aparición de metástasis hepáticas hasta 14 años después.

Caso clínico: Presentamos en el vídeo el caso de un paciente varón, de 57 años de edad, intervenido dos años antes por un GIST de localización yeyunal. En el seguimiento, mediante TAC, se detectó la presencia de dos lesiones hipodensas sugestivas de metástasis, una en el segmento IVb (2 cm.) y otra en el segmento III (< 1 cm). Desde el punto de vista clínico el paciente se encontraba asintomático, con analítica normal. Se realizó una laparotomía subcostal bilateral, encontrando múltiples lesiones metastásicas hepáticas, de localización bilobar, de tamaño comprendido entre 0,5 y 3 cm. de diámetro. Se practicó bisegmentectomía IVb + V, metastasectomía de sendas lesiones a nivel de segmento VIII y segmento III (apoyada sobre vena suprahepática izquierda), fulguración de nódulos superficiales en segmentos VI y III, y alcoholización de un nódulo de 0,5 cm de localización profunda en el segmento VI. La resección hepática IVb + V fue llevada a cabo con clampaje hiliar intermitente, y la exéresis del nódulo apoyado sobre la vena hepática izquierda se realizó con exclusión vascular total selectiva de unos 20' de duración. La estancia postoperatoria fue de 4 días, sin signos de insuficiencia hepática ni complicaciones de índole infecciosa. El paciente ha recibido tratamiento con mesilato de imatinib.

Un año después de la intervención el paciente se encuentra vivo y libre de enfermedad.

PÁNCREAS I

07 NOVIEMBRE 2006

15.30 – 17.00

SALA DOBLÓN

V-015 – V-022

V-015

PANCREATECTOMÍA CAUDAL LAPAROSCÓPICA POR INSULINOMA DE COLA PANCREÁTICA

A. Bellido Luque, J.C. Rodríguez Pino, J. Calafell Clar y J.A. Soro Gonsalvez

Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: Los tumores endocrinos pancreáticos (TEP) poco frecuentes. El insulinoma es el TEP funcionante más frecuente, la mayoría (90%) son benignos y no presentan una localización preferente en el páncreas. El abordaje laparoscópico se ha demostrado una buena opción siempre que su localización preoperatorio sea evidente. Presentamos un paciente con insulinoma solitario de cola pancreática en el que se practicó una pancreatectomía caudal laparoscópica con preservación esplénica.

Material y métodos: Paciente varón de 51 años con AP de ADC de pulmón intervenido (2004) y en remitido desde el servicio de endocrinología por hipoglucemias e hiperinsulinismo. Se le practica RMN en el que se precia lesión hipodensa en cola pancreática de algo más de 1cm compatible con insulinoma. En base a ello, se plantea Intervención quirúrgica, practicándose pancreatectomía caudal con preservación esplénica mediante abordaje laparoscópico, evidenciándose claramente mediante visualización directa la localización tumoral.

Resultados: La evolución postoperatoria del paciente fue favorable siendo dada de Alta al sexto día postoperatorio sin complicaciones y con normalización de sus cifras de glucemia. El informe histológico describe la tumoración extirpada como neoplasia neuroendocrina con características benignas.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico en el caso de los TEP es una opción válida sobre todo en los casos en los que se realice el diagnóstico topográfico de forma preoperatoria.

V-016

PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA POR TUMOR NEUROENDOCRINO MULTICÉNTRICO NO FUNCIONANTE

J. Santoyo, M.A. Suárez, J.L. Fernández Aguilar, A. González, M. Ruiz, M. Jiménez, A. Pérez Daga, B. Sánchez, A. Mate, A. Álvarez y D. Sánchez Relinque

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

La cirugía laparoscópica del páncreas esta actualmente en desarrollo y su aplicación es aun limitada a centros con gran experiencia no solo en cirugía del páncreas sino en cirugía laparoscópica avanzada. Se presenta un caso de resección corporo-caudal del páncreas por vía laparoscópica por un tumor neuroendocrino no funcionante, multicéntrico, descubierto como hallazgo incidental en una mujer de 66 años.

La técnica empleada consistió un abordaje anterior, con la paciente en posición en Y invertida ("francesa") y un acceso a través de 5 trocares situados en hipocondrio izdo. La paciente presentaba dos tumores, de 3 y 5 cm situados en el cuerpo y en la cola del páncreas-hilio esplénico. Debido a la situación del tumor mas distal se considero realizar la pancreatectomía corporo-caudal con sección independiente de los vasos esplénicos, conservando la vascularización del bazo por los vasos cortos superiores.

La operación transcurrió sin incidencias, y el postoperatorio se prolongo 2 semanas por infección respiratoria, no desarrollando complicaciones de origen pancreático.

V-017

COLEDOSCOPÍA CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO URGENTE EN PANCREATITIS INCIPIENTE POR COLEDOCOLITIASIS

D. Huerga Álvarez, F.J. de la Torre González, Á. Serantes Gómez, A. Antequera Pérez, P. Artuñedo Pe, J. Martínez-Piñero, A. García Muñoz-Najar, M. de Vega Irañeta y F. Pereira Pérez

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El tratamiento de la pancreatitis aguda cuando se demuestra coledocolitiasis por técnicas de imagen es la extracción de los cálculos, sobre todo si están impactados en la papila. Aunque se suele realizar mediante CPRE, postponiendo la colecistectomía, el aumento la experiencia en el abordaje por laparoscopia de la coledocolitiasis aporta una nueva alternativa que elimina en un solo acto la causa de la pancreatitis, evitando también su progresión. Presentamos un video en el que se muestra la técnica de extracción mediante coledoscopia en esta situación.

Caso Clínico: Mujer de 32 años diagnosticada de coledocolitiasis sintomática (dispepsia, cólicos frecuentes), que acude a Urgencias con cuadro de pancreatitis aguda. **Hemograma:** Leucocitos 16,6 10E3/ μ l Neutrófilos 93,6% Linfocitos 2,6%. Hemoglobina 13,4 g/dl Hematocrito 39,3 Glucosa 120 mg/dl Creatinina 0,7 mg/dl Bilirrubina total 3 mg/dl Sodio 142 mEq/l Potasio 3,7 mEq/l ALT 1074 U/l GGT 520 U/l Amilasa 1.163 U/l Lipasa 16.507 U/l. **Ecografía abdominal:** coledocolitiasis, dilatación e la vía biliar, ausencia de signos ecográficos de inflamación pancreática. Se decide abordaje urgente de la vía biliar mediante laparoscopia y coledoscopia, extrayendo tres cálculos, uno de ellos enclavado en la papila, mediante cesta de Dormia, dejando un catéter transpapilar. A las 8 horas de la intervención se han normalizado las cifras de bilirrubina y de amilasa, y la lipasa ha descendido a 703 U/l. La paciente ha sido dada de alta al 3er día, completamente asintomática.

V-018

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA

F.J. Buils Vilalta, J.J. Sánchez Cano, I. Poves, J. Prieto, A. Morandeira y E. Baeta

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: La infección de la necrosis pancreática se correlaciona con una mayor morbi-mortalidad en la pancreatitis aguda grave (PAG). La punción guiada por TC es el método diagnóstico más fiable de infección de la necrosis. El tratamiento de la necrosis infectada es la necrosectomía y desbridamiento quirúrgico.

Objetivos: Se presentan cuatro casos de pacientes tratados con necrosectomía y desbridamiento quirúrgico de la necrosis infectada por laparoscopia.

Material y métodos: Se muestra la realización de la necrosectomía y desbridamiento de la celda pancreática mediante apertura de la transcavidad de los epilones a nivel de la curvatura mayor gástrica. Se lleva a cabo la necrosectomía y desbridamiento a demanda con posterior colocación de drenajes para lavado continuo.

Conclusión: El abordaje laparoscópico es una alternativa al tratamiento de la necrosis pancreática infectada.

V-019

DRENAJE Y SEQUESTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN DOS CASOS DE ABSCEOS DE PÁNCREAS CON SEQUESTROS INFECTADOS

J.A. Fatás Cabeza, J.L. Blas Laina, J. Escartín, J.L. García Calleja, A. García García, E. Gonzalvo, J. Lagos, J. Resa y J. Solano

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Del 5 al 10% de casos de pancreatitis aguda evolucionan hacia una pancreatitis aguda necrotizante que presenta una mortalidad elevadísima y representan hasta el 80% de muertes en los casos por pancreatitis aguda severa.

El diagnóstico se realiza a través de signos clínicos (evidencia de síntomas sépticos), de laboratorio (elevación persistente de leucocitos y he-

mocultivos positivos) y, sobre todo, por diagnóstico de imagen (ecografía, TAC y RMN)

La RMN es el método que más información nos presta pero el TAC es el más asequible en nuestro medio.

El único tratamiento efectivo, siempre acompañado de los soporte médicos necesarios como la antibioterapia y alimentación artificial, es el drenaje y eliminación de secuestros pancreáticos.

Estos pueden hacerse por drenaje transparietal (guiado por ultrasonidos o TAC) o métodos de aspiración endoscópica pero dado el pequeño calibre de los drenajes en muchas ocasiones precisan de ulterior procedimiento quirúrgico para resolución final del cuadro (hasta el 33% del conjunto y el 100% de los casos con infección activa).

La resolución quirúrgica puede hacerse por laparotomía o por abordaje laparoscópico.

El abordaje por laparotomía convencional presenta mortalidad hasta del 50%, complicaciones mayores del 35 al 40%, reoperaciones en torno al 25%, largas estancia postoperatorias (30 días de media) y alto porcentaje de reingresos (30%).

El abordaje laparoscópico ofrece las ventajas de la mínima invasión junto a la posibilidad de secuestrectomía y tubos de drenaje tan amplios como se quiera y una ventaja no conseguida hasta ahora: la posibilidad de examinar, con visión directa, el interior de la cavidad abscesificada extrayendo secuestros poco accesibles o desapercibidos en la laparotomía convencional.

No se han publicado estudios randomizados sobre comparación de Resultados de los abordajes por mínima invasión y por laparotomía.

Presentamos dos casos (hombre de 53 años y mujer de 90 años) de absceso pancreático con necrosis resueltos por laparoscopia con la introducción de tres trócares, drenaje del absceso, obtención de muestras para cultivo, extracción de secuestros pancreáticos, examen intracavitario con el laparoscopio y colocación de gruesos tubos de drenaje. La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones con estancia hospitalaria de 13 y 15 días por lo que se puede decir que este método es posible, seguro, y puede ser más eficiente que los otros por lo que puede ser el método de tratamiento de elección en determinados casos de abscesos y secuestros pancreáticos infectados.

V-020

DRENAJE POR RETROPERITONEOSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA

M.A. García Ureña², F. García Gómez², A. Lizandro², A. Camacho¹, M. S. Miguel², C. Bazán², V. González², J.R. Castro², M. Mayo², J.M. Pacheco² y J.M. Vázquez²

¹Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El abordaje retroperitoneal laparoscópico es un procedimiento quirúrgico para drenar la necrosis pancreática infectada, las colecciones líquidas y los abscesos pancreáticos. Este procedimiento incluye el drenaje efectivo de material que no puede drenarse a través de la punción percutánea, rompiendo colecciones loculadas, necrosectomía y posible tratamiento definitivo, evitando la laparotomía.

Material y métodos: Siguiendo la experiencia publicada por la Universidad de Washington realizamos una retroperitoneoscopia a un paciente de 38 años de edad con un episodio de pancreatitis aguda grave. Tras tres semanas de evolución tórpida en la UCI con fallo multiorgánico, en el TAC se observó la aparición de una colección loculada masiva retroperitoneal en ambos lados. Tras la punción-aspiración se manifestó un crecimiento para cocos gram positivos, y se intentó sin éxito la colocación de un drenaje percutáneo. Se planteó un abordaje bilateral mediante una incisión de 4-5 cm en ambos flancos en posición de decúbito lateral 30°. Tras disección roma del espacio retroperitoneal se insertaron dos trócares paralelos de 10 mm. Bajo visión directa se realizó el desbridamiento de las colecciones loculadas con la ayuda de un aspirador y unas pinzas. Se dejó un sistema de irrigación continua en el postoperatorio inmediato. La incisión se cerró parcialmente sobre drenajes capilares.

Resultados: El paciente fue dado de alta de la UCI al tercer día postoperatorio, presentando una fístula pancreática de bajo débito que drenaba por el drenaje, y que cerró espontáneamente. Fue dado de alta el 18º día del postoperatorio.

Conclusiones: Aunque la necrosectomía abierta continúa siendo la técnica de elección para el tratamiento de las complicaciones de la pan-

creatitis aguda, la laparoscopia retroperitoneal puede ser una alternativa válida en casos seleccionados cuando fracasan las técnicas percutáneas.

V-021

QUISTODUODENOSTOMÍA POR PSEUDOQUISTE DE CABEZA DE PÁNCREAS EN PANCREATITIS CRÓNICA

J. Calvete Chornet, L. Sabater Ortí, B. Camps Vilata, P. Ivorra Moncó, D. Casado Rodríguez, M. Oviedo Bravo y S. Lledó Matoses

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El tratamiento de los pseudoquistes cefálicos en pacientes con pancreatitis crónica es básicamente quirúrgico, mediante derivación interna a la viscera digestiva adyacente. Entre las diversas opciones técnicas la quistogastrostomía y la derivación quistoyeyunal son las mas utilizadas y ocasionalmente se puede optar por una derivación al duodeno adyacente.

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica de la quistoduodenostomía realizada para el tratamiento derivativo de un pseudoquiste de la cabeza del páncreas en una paciente afectada de pancreatitis crónica hereditaria.

Material y método: Paciente de 23 años con antecedentes familiares de pancreatitis crónica que había sido estudiada por clínica de dolor abdominal recurrente en epi-mesogastrio, desde hacía 1 año y que cedía con analgesia habitual. En el estudio ECO- TAC se apreciaba una lesión quística de unos 4 cm de diámetro bien definida en la cabeza del páncreas, con discreta dilatación del conducto de Wirsung. Ausencia de calcificaciones intraductales o parenquimatosas así como de complicaciones locales en órganos vecinos. Vesícula biliar alitiásica. Tras analgesia, reposo digestivo y administración de inhibidores de la secreción pancreática, la paciente persiste con la clínica de dolor abdominal al iniciar la ingesta. Se decide tratamiento quirúrgico del pseudoquiste. En la laparotomía se aprecia una intensa reacción inflamatoria periviscular y duodenal estando la lesión quística en íntimo contacto con el duodeno. Se practica colecistectomía y con Ecografía intraoperatoria se constata la íntima relación del quiste con la pared de la segunda porción duodenal. El cuerpo y cola del páncreas son fibrosos sin evidenciar una dilatación ductal significativa. Se realiza duodenotomía anterior, apertura transduodenal del pseudoquiste y anastomosis quistoduodenal.

Comentarios: A los 15 meses de la intervención la paciente está asintomática y no se aprecia recidiva del pseudoquiste siendo las pruebas funcionales endo y exocrinas pancreáticas normales.

V-022

DERIVACIÓN PANCREATOYEYUNAL DE PARTINGTON-ROCHELLE COMO TRATAMIENTO DE PANCREATITIS CRÓNICA

D. Huerga Álvarez, F. Pereira Pérez, A. Bertomeu García, A. Antequera Pérez, M. Medina, M. Durán Poveda, M. de Vega Irañeta, P. Artuñedo, E. Tobaruela de Blas y P. Hernández Juara

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Las derivaciones pancreatoyeyunales están indicadas en casos de pancreatitis crónica con dolor intenso que no responde a tratamiento médico o que precisa dosis altas de morfínicos. La técnica más frecuentemente realizada es la derivación latero-lateral, desrita por Partington y Rochelle.

Caso clínico: Un paciente de 48 años es remitido a la consulta para colecistectomía ante el hallazgo en pruebas de imagen de pólipos en vesícula biliar con paredes calcificadas. Refiere dolor abdominal en HD intenso, que se irradia a espalda, que no guarda relación con las comidas, y que no cede con analgésicos mayores. Ha perdido peso en los últimos meses y presenta elevación discreta de CEA desde hace unos meses.

Está además diagnosticado de: Pancreatitis crónica sin repercusión digestiva, EPOC, neumonía organizada crónica, tabaquismo, linfocitosis granular grande de fenotipo T, diabetes M2 buen control metabólico, adenomas suprarrenales normofuncionantes (dos derechos de 22 y 15 mm y otra izq de 15 mm con catecolaminas normales aunque dudosos síntomas adrenérgicos y cortisol no valorable por tto esteroideo).

Ante la existencia de un síndrome constitucional, la elevación de marcadores tumorales y la pancreatitis crónica con dolor, se decide laparotomía con la doble intención de explorar y biopsiar el páncreas, extraer

los cálculos y drenar los conductos pancreáticos. Se presenta un video con la técnica quirúrgica descrita.

PÁNCREAS II

07 NOVIEMBRE 2006

17.30 – 19.00

SALA DOBLÓN

V-023 – V-029

V-023

PANCREATECTOMÍA CORPORO-CAUDAL POR CÁNCER DE PÁNCREAS CON RESECCIÓN DE VENA PORTA

J. Calvete Chornet, L. Sabater Ortí, B. Camps Vilata, J. Martínez León, P. Ivorra Moncó, D. Casado Rodríguez, F. Navarro Vicente, M. Oviedo Bravo y S. Lledó Matoses
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Las neoplasias malignas del cuerpo del páncreas son generalmente de mal pronóstico y pocas veces resecables al realizarse el diagnóstico en fases avanzadas de la enfermedad. Es frecuente la diseminación peritoneal o infiltración de grandes vasos (tronco celíaco, arteria mesentérica superior o eje venoso portal) que contraindiquen la resección tumoral durante la laparotomía.

Objetivo: En el video se presenta la técnica quirúrgica de esplenopancreatectomía corporocaudal por un cáncer del cuerpo de páncreas que precisó de la resección segmentaria de la vena porta para obtener un margen seguro de infiltración tumoral.

Material y método: Paciente de 63 años, diabético no insulinodependiente que consulta por clínica de dispepsia y dolor centroabdominal de 9 meses de evolución. En la TAC y RNM se aprecia una tumoración de cuerpo y cola del páncreas de unos 5 cm de tamaño que aparentemente respeta tronco celíaco y arteria mesentérica superior pero contacta parcialmente con los vasos esplénicos sin ocluirlos. En el video se aprecia la exposición de la celda pancreática y la disección de los pedículos vasculares del tronco celíaco y la tunelización del eje venoso esplenoportal. Tras la disección del tumor se aprecia importante infiltración del retroperitoneo obligando a la resección de la vena esplénica en su confluencia con la vena porta. Tras la sutura del muñón venoso se comprueba una estenosis de la vena porta lo que plantea la resección de unos 2 cm de la misma. Se muestra la movilización de los cabos venosos de la mesentérica superior y vena porta proximal, la resección del segmento estenótico y la anastomosis termino terminal con monofilamento de 6 ceros. La histología confirmó un carcinoma de páncreas con afectación del retroperitoneo y bordes vasculares libres de afectación tumoral.

Comentarios: El control de TAC postoperatorio se aprecia la permeabilidad de la anastomosis portal durante los 6 meses de seguimiento.

V-024

AMPULECTOMÍA RADICAL EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOMA DE PAPILA DE VATER CON DISPLASIA

J. Figueras Felip, S. López Ben, A. Codina Barreras, M.T. Albiol Quer, P. Ortuño, I. Peláez, N. Aragones, A. Arxer, R. Ortiz y A. Codina Cazador
Hospital Universitari Dr Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Clásicamente la "ampulectomía" se ha considerado una intervención paliativa para el tratamiento del adenocarcinoma periampular en pacientes añosos o de alto riesgo. No obstante los avances en los métodos de exploración, como la ecoendoscopia han permitido el diagnóstico de adenomas del área periampular en fase inicial. El Objetivo de este DVD es presentar la técnica y las indicaciones de la ampulectomía como cirugía radical de los tumores ampulares con displasia.

Caso clínico: Se trataba de una mujer con colostasis y trastornos digestivos inespecíficos. Se realiza estudio analítico que descarta Cirrosis Biliar Primaria y otras enfermedades colostásicas hepáticas. Ecografía y TC normal. Se realiza RNM-CP que informa de dilatación muy discreta de la vía biliar con "stop en pata de cangrejo". Ausencia de litiasis vesicular. Se realiza ecoendoscopia que confirma tumoración de as-

pecto adenomatoso en zona de Ampula. Se practica biopsia que informa de adenoma tubular con displasia severa.

Intervención: Laparotomía subcostal. Maniobra de "Kocher". Colectectomía y canulación del cístico hasta la Papila. Duodenotomía longitudinal en la 2ª porción duodenal y exteriorización de la Papila. Colocación de puntos tractores y extirpación de la Papila con sección del Colédoco y del Wirsung. Anastomosis con puntos de monofilamento reabsorbible. Estudio intraoperatorio de la pieza que informa de Carcinoma "in situ" con márgenes libres. Cierre transversal de la duodenotomía. Cierre del cístico. El postoperatorio vino complicado por infección de herida. La paciente 6 meses después de la intervención está bien sin recidiva.

Conclusiones: La ampulectomía radical es un tratamiento menos agresivo que la DPC en tumores adenomatosos ampulares incluso con displasia. Es obligatorio un estudio histológico que confirme la radicabilidad.

V-025

DUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL CON ESPLENECTOMÍA POR NEOPLASIA DE PÁNCREAS

C. Sala Palau¹, L. Sabater Ortí¹, J. Calvete Chornet¹, B. Camps Vilata², P. Ivorra García-Monco¹, S. García Botello¹, D. Casado Rodrigo¹, F. Navarro Vicente¹ y S. Lledó Matoses¹

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Presentar un caso clínico en el que se ha realizado una duodenopancreatectomía total (DPC total) por un tumor de cabeza de páncreas con extensión a cuello y cuerpo.

Paciente y técnica: El vídeo recoge el caso de un paciente de 72 años con antecedentes de bloqueo A-V portador de marcapasos y DMNID de 8 meses de evolución. Remitido por presentar dolor abdominal central e irradiado en cinturón, de naturaleza poco clara. Sin ictericia, con astenia y una pérdida de peso de 4 kilos, se realiza TAC abdominal en la que se identifica una neoplasia de páncreas con afectación de proceso uncinado y extensión hacia el cuerpo de páncreas. No se apreciaba afectación vascular. Se interviene quirúrgicamente realizando duodenopancreatectomía total con antrectomía y esplenectomía. La reconstrucción se realiza mediante hepático-yeyunostomía término-lateral y gastro-yeyunostomía antecólica.

Comentarios: La DPC total es una técnica quirúrgica de utilización infrecuente. Sin embargo, en pacientes con tumores que afectan a la cabeza y cuerpo de páncreas y en los que se prevea que quede un mínimo remanente de tejido pancreático puede estar indicada evitando la anastomosis pancreática.

V-026

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN PILÓRICA Y ANASTOMOSIS PANCREÁTICO-GÁSTRICA

L. Sabater Ortí¹, J. Calvete Chornet¹, B. Camps Vilata², P. Ivorra García-monco¹, S. García Botello¹, D. Casado Rodrigo¹, V. Navarro Aguilar¹, C. Sala Palau¹ y S. Lledó Matoses¹

¹Hospital Clínico Universitario, Valencia. ²Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica de duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica y anastomosis pancreático-gástrica.

Paciente y técnica: El vídeo recoge el caso de una paciente de 72 años con antecedentes de colecistectomía laparoscópica y hernia umbilical intervenida 6 años antes. Ingresó por cuadro de ictericia indolora progresiva de 10 días de evolución, con coluria y acolia. Tras realizarse estudio radiológico se diagnostica una neoplasia de páncreas potencialmente resecable. Se interviene quirúrgicamente realizando duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica y anastomosis pancreático-gástrica tutorizada. Tras esta anastomosis se realiza la hepático-yeyunostomía término-lateral y finalmente la anastomosis duodeno-yeyunal, siendo esta última anastomosis realizada en situación antecólica.

Comentarios: La pancreático-gastrostomía es una variedad de anastomosis pancreática que se relaciona con una baja morbilidad postoperatoria y que interesa conocer al cirujano pancreático, como alternativa a la más habitual pancreático-yeyunostomía.

V-027

DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR LAPAROSCOPIA: RESECCIÓN (PARTE I)

J.J. Sánchez Cano, I. Poves Prim, J. Prieto Amigó, F. Buils Vilalta, A. Morandeira, E.N. Peralta y E. Baeta Capellera
Hospital Universitario de Sant Joan, Reus.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es probablemente una de las intervenciones quirúrgicas más complejas de realizar en la actualidad por laparoscopia. Existen muy pocos casos de DPC realizados por laparoscopia publicados en la literatura mundial. Las supuestas desventajas de la resección de la cabeza de páncreas por laparoscopia son: alargamiento del tiempo operatorio, aumento de la morbilidad y mayor dificultad en la radicalidad oncológica.

Paciente y métodos: Se presenta un paciente de 76 años diagnosticado de una ictericia obstructiva por ampuloma al que se le realizó una DPC totalmente por vía laparoscópica. En el estudio preoperatorio no había evidencia de diseminación metastásica a distancia ni afectación local. Se utilizaron 5 trócares y una óptica de 30° para realizar todo el procedimiento. Se utilizó electrocauterio convencional ("hook") para la disección quirúrgica y Liga-sure para la sección de los vasos. La sección del páncreas y yeyuno proximal se realizó con sutura mecánica lineal de 3,5 y 2,5 mm, respectivamente. La disección se inició exponiendo la cara superior del páncreas y la transcaudad de páncreas por la epiploes después de abrir el epiploon mayor a nivel de la curvatura mayor gástrica. Se realizó una maniobra de Kocher completa hasta exponer la vena cava y la aorta. Se realizó colecistectomía, sección del conducto hepático y linfadenectomía del hilio hepático. La arteria gastroduodenal se secciona una vez concluida la linfadenectomía hilar. Una vez identificada la vena mesentérica superior se realiza el túnel retropancreático identificando la confluencia con la vena esplénica y tronco portal. El proceso uncinado se libera de la vena mesentérica superior utilizando el Liga-sure una vez seccionado el páncreas con sutura mecánica. La resección de la vesícula, cabeza del páncreas, duodeno, gastrectomía distal y linfadenectomía se realiza en bloque extrayendo todo el espécimen protegido en bolsa por una incisión periumbilical.

Resultados: El diagnóstico patológico definitivo informó de un ampuloma T2 N0(0/21). El tiempo operatorio fue de 380 minutos. En el postoperatorio presentó una oclusión intestinal por adherencias en yeyuno distal que precisó reintervención quirúrgica un mes después de la intervención por fracaso del tratamiento médico.

Discusión: La DPC por laparoscopia es una técnica muy compleja que puede ser realizada con seguridad por equipos con experiencia en cirugía pancreática y laparoscopia. La DPC por laparoscopia mantiene una adecuada radicalidad oncológica para el tratamiento de los tumores del área periampular.

V-028

DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR LAPAROSCOPIA. RECONSTRUCCIÓN. (PARTE II)

I. Poves Prim, J.J. Sánchez Cano y J. Prieto
Hospital de Sant Joan, Reus.

Introducción: La duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC) es probablemente una de las intervenciones quirúrgicas más complejas que se pueden realizar en la actualidad por laparoscopia. La habilidad para completar unas anastomosis hepática y pancreática fiables, totalmente por laparoscopia, es la clave para el éxito de la DPC laparoscópica. La complejidad del proceso de reconstrucción bajo visión laparoscópica es la barrera más importante para el cirujano.

Paciente y métodos: Presentamos el caso de un paciente con el diagnóstico de carcinoma de la ampolla de Vater que fue tratado mediante DPC laparoscópica. Se realizó una reconstrucción de Child modificada con un asa en Y de Roux. Se llevó a cabo una pancreaticoyeyunostomía (PY) terminolateral tutorizada con 5 puntos sueltos (monofilamento absorbible 4/0). La hepaticoyeyunostomía (HY) se realizó con sutura terminolateral con material absorbible trenzado 3/0. Se utilizó una sutura continua para la cara posterior de la HY y puntos sueltos para la anterior. Las anastomosis gastroyeyunal y yeyunoyeyunal se realizaron con endograpadoras lineales y cierre de los orificios con puntos sueltos (monofilamento absorbible 2-0).

Resultado: No se apreciaron dehiscencias en el postoperatorio.

Discusión: La reconstrucción de la DPC puede realizarse de forma segura mediante un abordaje totalmente laparoscópico.

V-029

RECONSTRUCCIÓN PANCREATICOYEYUNAL CON BINDING TRAS LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA

S. Cantín Blázquez, R. Cerdán Pascual, M.P. Cebollero Benito, J.I. Barranco Domínguez, V. Rodrigo Vinué, J. Bernal Jaulín, A. Serrablo Requejo y J.M. Esarte Muniain
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La Duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es el tratamiento potencialmente curativo del Cáncer de páncreas. La mortalidad de la DPC en la mayoría de centros con experiencia ha disminuido considerablemente en los últimos años no superando el 3%. En cambio la morbilidad continúa siendo muy elevada, ligada en gran medida a la fístula o la dehiscencia de la anastomosis pancreaticoyeyunal. La incidencia de fístula pancreática oscila en la mayoría de series, entre un 8 y un 15%, con una mortalidad asociada de hasta un 40%. La incidencia de esta se ha relacionado con la modalidad de pancreaticoyeyunostomía, el tipo de lesión, las características del páncreas, el tamaño del conducto pancreático y la experiencia del cirujano. La anastomosis pancreaticoyeyunal con Binding es considerada una técnica sencilla, segura, que puede realizarse en todos los casos sin estar condicionada por las características del páncreas ni con la dilatación o no del conducto pancreático.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón 70 años de edad sin antecedentes de interés, que refiere cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por astenia, dolor en mesogastrio e hipogastrio e importante síndrome constitucional. En las 2 últimas semanas asocia prurito y coluria. En la Ecografía abdominal se observó dilatación de vía biliar extra hepática hasta colédoco distal con tamaño medio de 1,9 cm, área hipocóica de borde irregulares de 1,6 cm que podría corresponderse a un proceso de carácter neoplásico. En la TAC abdominal y en la ERCP se visualiza dilatación hasta colédoco distal y neoformación ulcerada en papila sugestiva de Cáncer de páncreas. En la proyección mostramos los detalles técnicos de la Duodenopancreatectomía con reconstrucción pancreaticoyeyunal en Binding.

Resultados: De los tres pacientes tratados en nuestro centro con este tipo de técnica quirúrgica ninguno de ellos desarrolló fístula pancreática postoperatoria.

Conclusiones: La anastomosis pancreatointestinal ideal debería ser técnicamente sencilla de realizar, segura y reproducible en todos los casos. Revisada la bibliografía pensamos que la técnica descrita podría cumplir dichos requisitos, pero deberían realizarse estudios prospectivos aleatorios para considerarla como técnica de elección.

COLON

08 NOVIEMBRE 2006
 15.00 – 16.30

SALA DOBLÓN
 V-030 – V-036

V-030

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE MESENTÉRICO MULLERIANO PARACÓLICO

M. Toledano Trincado, J.I. Blanco Álvarez, C. Cuesta de la Llave, A. Jad Said, J. Sánchez González, C. Peláez López y J.C. Martín del Olmo
Hospital Medina del Campo, Medina del Campo.

Objetivos: Los quistes mesentéricos son una patología infrecuente, generalmente suele tratarse de quistes de estirpe mesotelial o vascular (linfangiomas).

Material y métodos: Presentamos el caso de un mujer de 40 años de edad que es intervenida por clínica de dolor abdominal localizado en

FII con masa palpable a ese nivel. En los estudios complementarios se evidencia masa intraperitoneal de aspecto quístico de 8 x 8 cm localizada en borde mesentérico de colon sigmoide. No se evidencian signos analíticos de malignidad tras la punción evacuación mediante TAC.

Resultados: En el video se presenta el caso clínico acompañado de iconografía mostrando la técnica laparoscópica de resección.

El resultado anatomopatológico reveló un quiste mesentérico de tipo mülleriano con cistoadenocarcinoma intraepitelial de bajo grado (in situ), de probable origen endometriode.

Conclusiones: La morbilidad de la cirugía en este tipo de patologías puede disminuir considerablemente con la cirugía laparoscópica. La facilidad del procedimiento depende del tamaño tumoral y la extracción tumoral del resultado de la punción previa a la intervención. El caso que presentamos es extremadamente infrecuente.

V-031

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA: SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LIBERACIÓN DEL ÁNGULO ESPLÉNICO

P. Pastor Pérez, J.A. Luján Mompeán, Q.F. Hernández Agüera, G. Valero Navarro, J. Gil Martínez, M.D. Frutos Bernal, C. Marín Hernández, A. García López, E. Romera Barba, A. Sánchez López y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Caso clínico: Paciente varón de 50 años que presenta intolerancia a la aspirina. No es alérgico a medicamentos. No es hipertenso. No es diabético. No presenta antecedentes médicos de interés y como antecedentes quirúrgicos, fue apendicectomizado y amigdalectomizado en la infancia.

El paciente sufrió, en Enero de 2004 y en Agosto de 2005, dos episodios de diverticulitis aguda no complicada resolviéndose con tratamiento médico conservador que consistió en reposo intestinal y antibióticoterapia intravenosa. El 16 de Febrero de 2006 consulta en la puerta de urgencias, por un nuevo cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca izquierda e hipogastrio y fiebre de hasta 38 °C. No presentaba náuseas, vómitos ni alteración del hábito gastrointestinal.

A la exploración física el paciente presentaba un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en FII-Hipogastrio con signos de irritación peritoneal.

Se realizó un análisis de sangre con 15.000 leucocitos y un 85% de neutrófilos, una ecografía y TAC abdominal que mostraban engrosamiento de un segmento de sigma sin presencia de absceso y un enema opaco donde se visualizaban los divertículos.

Con el diagnóstico de diverticulitis aguda recurrente se intervino el día 22 de febrero de 2006 mediante cirugía laparoscópica y tras la ligadura de arteria y vena mesentéricas inferiores y la movilización del ángulo esplénico se realizó sigmoidectomía del segmento afecto y anastomosis T-T mecánica.

V-032

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG DE SEGMENTO CORTO EN EL ADULTO: INTERVENCIÓN DE DUHAMEL

E. Balén Rivera, J. Suárez Alecha, J. Ariceta Iraola, B. Oronoz Martínez, J. Herrera Cabezón y J.M. Lera Tricas

Hospital de Navarra, Pamplona.

Caso clínico: Varón de 26 años de raza negra, con estreñimiento moderado desde la infancia, que consulta por dolor abdominal, diagnosticándose mediante enema opaco un vólvulo recidivante sobre dolico megasigma y un megarrecto. Se desvuelve con colonoscopia, y se establece diagnóstico diferencial entre enfermedad de Hirschsprung y megarrecto idiopático. Manometría: ausencia de reflejo rectoanal inhibitorio. Biopsia quirúrgica rectal transanal: ausencia de células ganglionares.

Intervención: Megacolon en sigma y recto superior. Movilización del colon izquierdo y ángulo esplénico con biopsia circunferencial del colon descendente con presencia de células ganglionares en los cuatro cuadrantes. Disección de los laterales del recto hasta el fondo de

saco de Douglas. Sección de arteria cólica izquierda y arterias sigmoideas preservando plexo hipogástrico y arteria mesentérica inferior y hemorroidal superior. Disección del espacio presacro y la muscular posterior de la mitad inferior del recto hasta el periné, ligando la rama izquierda de la hemorroidal superior. Anastomosis circular colorrectal T-L con la CDH 29 (Ethicon) en la pared posterior de la ampolla rectal. Anastomosis colorrectal L-L con 3 disparos (uno vía anal, dos vía abdominal) de Versafire 60-3.5 (Tyco). Sección del recto a la altura del fondo de Douglas con extirpación de la pieza. Sutura manual del extremo del recto a cara anterior del colon descendente, comprobando hermeticidad de las suturas. Reperitonización, drenaje pélvico e ileostomía lateral en fosa iliaca derecha. Enema opaco a las 6 semanas con estanqueidad de la anastomosis y sin dilatación del colon. Cierre de ileostomía a los 3 meses.

Resultado: Rectificación completa del colocolon, sin megacolon en enema opaco. A los 2 meses del cierre de ileostomía realiza 3 deposiciones formadas al día, con continencia completa. Al año realiza una deposición normal al día sin tendencia al estreñimiento.

V-033

NEOPLASIA DE COLON TRANSVERSO POR LAPAROSCOPIA

M.D. Frutos Bernal, J. Luján Mompeán, Q. Hernández Agüera, G. Valero, J. Gil, J. Castañer, A. Sánchez, P. Cascales, E. Terol, P. Pastor, y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El cáncer colorrectal es el más frecuente del tubo digestivo siendo en el 95% de los casos un adenocarcinoma. Según la localización el cáncer de colon transversal, representa entre el 5-10% de los cánceres de colon. Los avances tecnológicos han permitido que la cirugía laparoscópica se aplique de forma progresiva en la patología colorrectal tanto maligna como benigna, siendo las indicaciones idénticas a las de la cirugía convencional.

Caso clínico: Varón de 59 años hipertenso, con hipercolesterolemia y diagnosticado de arritmia cardíaca por fibrilación auricular en tratamiento con sintrón. Presenta molestias abdominales y alteración del hábito intestinal de 2 meses de evolución. Se realiza colonoscopia que informa a 80 cm de márgenes de ano tumoración de aspecto infiltrante que afecta al 50% de la circunferencia del colon y resto de exploración hasta ciego normal. La anatomía patológica confirma el adenocarcinoma infiltrante. La tomografía axial computerizada y los marcadores tumorales fueron normales. Se interviene mediante cirugía laparoscópica realizándose la movilización de todo el colon, secciones vasculares e incisión de 5 cm supraumbilical para extracción de la pieza y anastomosis termino terminal. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo alta al 4º día postoperatorio.

Conclusiones: Aunque poco frecuente, el cáncer de colon transversal es factible por vía laparoscópica siguiendo los mismos principios que la cirugía convencional, buena vascularización y una anastomosis sin tensión. En definitiva, el cirujano representa un papel fundamental en el tratamiento con intención curativa del cáncer colorrectal tanto en la indicación como en la técnica quirúrgica.

V-034

RECTOPEXIA DE ORR LOYQUE MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

M. Toledano Trincado, J.I. Blanco Álvarez, C. Cuesta de la Ilave, A. Jad Said, J. Sánchez González, J. Gobernado y J.C. Martín del Olmo

Hospital Medina del Campo, Medina del Campo.

Objetivos: El prolapso rectal es un trastorno de la estática del recto que se produce por invaginación con exteriorización del recto a través del ano. Es un síndrome que reúne entidades anatomoclínicas de distinta patogenia. El prolapso por debilidad o multifactorial suele aparecer en mujeres multiparas mayores con debilidad del suelo pélvico y conlleva una hernia del fondo de saco de Douglas a través de la diástasis del suelo de la pelvis y suele tratarse mediante la mucosectomía de Delorme o la rectosigmoidectomía de Altemeier cuando no se espera mejora funcional con la mucosectomía. Por el contrario el prolapso rectal por pulsión es oligofactorial y suele darse en personas jóvenes con suelo pélvico no debilitado y ha de tratarse mediante la

rectopexia transabdominal asociando material protésico que garantiza la suspensión y la funcionalidad rectal en un 90% de los casos, asociando cuando convenga la resección parcial sigmoidea para evitar el estreñimiento.

Material y métodos: Presentamos la corrección de un prolapso rectal de 8 cm en una mujer de 55 años de edad, realizando una rectopexia de Orr-Loygue con prótesis mediante abordaje laparoscópico. En la película se detallan los pasos a seguir. Apertura de la fascia presacra, identificación y disección de las arterias rectales superior y media, tunelización del alerón derecho, colocación de la tiras de prolene y fijación a promontorio y reperitonización de la rectopexia.

Resultados: El postoperatorio inmediato fue satisfactorio, reiniciándose la ingesta oral a las 24 horas y el alta domiciliaria a las 48 horas. La funcionalidad rectal es óptima al año de la intervención.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del prolapso rectal por pulsión es reproducible, menos traumático para el enfermo e igual de efectivo que la cirugía abierta.

V-035

HEMICOLECTOMÍA DERECHA Y ANASTOMOSIS L-L INTRACORPÓREA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON FÍSTULA ILEOCÓLICA

J.A. Luján Mompeán, P. Pastor, Q.F. Hernández, G. Valero, J. Gil, M.D. Frutos, A. Sánchez, C. Marín, A. García, E. Romera y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Mujer de 36 años sin antecedentes médicos de interés, apendicectomizada en septiembre de 2000; presenta en agosto de 2003 cuadro de dolor abdominal en FID asociado a vómitos, diarrea y pérdida de 5 Kg de peso siendo diagnosticada durante su ingreso tras colonoscopia, TEGD y TAC abdominal de Enfermedad de Crohn (E.C.) ileocecal. Se inicia tratamiento con corticoides en pauta descendente y 5-ASA que debe ser suspendido por reacción de hipersensibilidad en diciembre de 2003 y se inicia tratamiento con metronidazol. En septiembre de 2004 se plantea la posibilidad de tratamiento con azatriopina pero la paciente está embarazada. Parto eutócico en Junio de 2005 iniciándose entonces tratamiento con imurel. A pesar de ello continua con cuadros de dolor abdominal y crisis suboclusivas que obligan su ingreso en múltiples ocasiones con buena respuesta al tratamiento médico. En enero de 2006 inicia tratamiento con infliximab sufriendo reagudización de su enfermedad en marzo, demostrándose en el tránsito intestinal asa ileal estenosada. Se comenta el caso con la Unidad de Coloproctología y con el diagnóstico de E.C. estenosante es intervenida el 27 de marzo de 2006 mediante abordaje laparoscópico encontrando plastrón inflamatorio que engloba íleon, ciego y parte del colon transverso. Se realiza resección de la zona afecta y anastomosis ileo-cólica latero-lateral mecánica intracorpórea, apreciando en la pieza quirúrgica la presencia de una fístula ileo-cólica. Es alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio.

Anatomía Patológica: No existen criterios diagnósticos concluyentes de Enfermedad de Crohn. La fístula ileo-cólica que justifica el cuadro parece secundaria a enfermedad diverticular de colon derecho.

V-036

LESIÓN URETERAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA. REPARACIÓN CON DOBLE J O ANASTOMOSIS URETEROVESICAL SIN CONVERSIÓN

J.I. Rodríguez García, E. Turienzo, A. Suárez, G. Vigal, M. García, J. Fernández-Mallo y A. Trelles
Centro de Entrenamiento Quirúrgico y Transferencia Tecnológica-Hospital de Jarrow, Jarrow.

La lesión ureteral es tras las dificultades técnicas y la hemorragia la tercera causa de conversión a laparotomía en la cirugía colorrectal laparoscópica. Se presentan las 2 lesiones de uréter del registro asturiano de cirugía colorrectal laparoscópica así como una simulación en animal de experimentación de las posibilidades de reparación de la misma.

Casos clínicos: 1. Varón de 85 años con cifoescoliosis y tumoración estenosante en colon descendente. Abordaje laparoscópico con

4 trócares. Tras la sección con endoGIA del paquete vascular mesentérico inferior se lesiona el uréter abdominal. Se convierte a laparotomía tras identificar la lesión, tiempo después de producida. Anastomosis uréteroureteral sobre doble J, hemicolectomía izquierda y anastomosis T-T manual. TEP postoperatorio y fallecimiento. T3N0M0. 2. Mujer de 55 años con obstrucción por neoplasia de rectosigmoideas a la que se coloca una prótesis autoexpandible resolutive. Se indica resección laparoscópica y tras la sección del pedículo mesentérico se secciona el uréter con el bisturí ultrasónico. En la búsqueda del mismo se aprecia la lesión producida, se realiza la conversión y la anastomosis sobre doble J. Sigmoidectomía y sutura con CEEA 31. No complicaciones. T3N2M0. Retirada del catéter por cistoscopia a las 12 semanas.

Técnica quirúrgica simulada: En una cerda de 30 Kg, tras histerectomía laparoscópica por tres trócares se secciona de forma deliberada el uréter derecho con bisturí ultrasónico. Se espátulan ambos cabos y se realiza una sutura laparoscópica terminoterminal con sutura de 5/0 sobre catéter doble J 5F. Tras resección del segmento ureteral con la anastomosis se comprueba en banco la estanqueidad de la misma. Se realiza como alternativa a la anterior una anastomosis ureterovesical con sutura de 5/0 en mucosa y 2/0 seromuscular a lo Lich-Gregoir con vejiga psicoica (indicada en secciones del uréter pélvico o devascularizado).

Conclusiones: Tras la lesión del uréter en la cirugía colorrectal laparoscópica no necesariamente se ha de convertir. Se optimizan en el animal de experimentación las técnicas a desarrollar antes de emplearlas en clínica.

RECTO

08 NOVIEMBRE 2006
17.00 – 18.30

SALA DOBLÓN
V-037 – V-043

V-037

REPARACIÓN DE FÍSTULA ANO-VAGINAL RECIDIVADA POR ENFERMEDAD DE CROHN MEDIANTE DOBLE COLGAJO EN H

E. Balén Rivera, J. Suárez Alecha, J. Aricera Iraola, B. Oronoz Martínez, C. Miranda Murúa y J.M. Lera Tricas
Hospital de Navarra, Pamplona.

Caso clínico: Mujer de 50 años, con colitis de Crohn de 20 años de evolución y fístula rectovaginal desde hace 4 años, que no se ha tratado. Dado que el colon no era franqueable por colonoscopia desde los 20 cm, ha sido intervenida por múltiples estenosis y dilataciones de colon en enema opaco, realizándose una colectomía subtotal con anastomosis ceco-rectal. En el postoperatorio no presentaba incontinencia anal y realizaba dos deposiciones diarias normales. Se retiraron los corticoides y se esperó 6 meses para reparar la fístula ano-vaginal. No presenta actividad inflamatoria en la revisión endoscópica de la mucosa rectal y del colon proximal a la anastomosis.

Intervención: En posición de navaja, presenta una fístula tranesfinteriana alta entre la línea pectínea y el tercio medio de la vagina, de 12 mm de diámetro y de aspecto muy crónico. Se extirpa el orificio fistuloso por vía transanal, dejando abierta la mucosa vaginal, suturando el plano esfinteriano y cubriendo el defecto con un colgajo de espesor completo de pared rectal de unos 5 cm de longitud. A las 3 semanas se objetiva recidiva de la fístula, probablemente por tensión del extremo del colgajo.

Reintervención: Se decide reintervenirla pasados 4 meses de la primera reparación. Nuevamente en posición de navaja, presenta la fístula en igual localización, pero de diámetro mucho menor (5 mm). De nuevo se extirpa el orificio fistuloso por vía transanal, se deja abierta la mucosa vaginal y se sutura el plano esfinteriano. Se disecciona a tijera el plano rectovaginal, levantando un grueso colgajo rectal de espesor completo de 6 cm de longitud, que se sutura al margen anal. Se realizan dos incisiones longitudinales en la cara anterior del canal anal, prolongando así

las incisiones laterales del colgajo rectal, con lo que se logra dejar una reparación en H sin tensión entre el colgajo rectal y el colgajo anocutáneo.

Resultado: Sin recidiva de la fístula tras 1 año de seguimiento. En tratamiento de mantenimiento con azatioprina.

V-038

DIFICULTADES TÉCNICAS CON LA MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL ¿CÓMO SOLUCIONARLAS?

X. Serra Aracil, J. Bombardó Juncà, L. Mora López, M. Alcantara Moral, I. Ayguavives Garnica y S. Navarro Soto
Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: La Microcirugía Endoscópica Transanal (T.E.M) es un procedimiento endoscópico que permite a través de un rectoscopio de 4 cm de diámetro, y mediante su sistema de visión, el acceso a tumoraciones de recto situadas hasta 20 cm del margen anal. Esta técnica permite el realizar maniobras de disección, corte, coagulación y sutura. Su dificultad técnica conocida viene determinada por la necesidad de trabajar en un espacio reducido, un neumorrecto mantenido y siempre en paralelo. Se presentan diversas situaciones de dificultad técnica y cómo solucionarlas.

Material y método: Mediante pequeñas secuencias de video se presentan casos particulares de dificultad técnica y cómo solucionarlas, mediante TEM.

Resultados: Los casos que presentamos son: 1) Situaciones con falta de neumorrecto. 2) Lesiones altas (su exéresis, la obligación en suturarlas por peligro de perforación). 3) Lesiones muy bajas. Dificultades por: pérdidas aéreas, exéresis sobre aparato esfinteriano, sutura sobre plexos hemorroidales. 4) Grandes lesiones. 5) Ubicación anómala de la lesión por mala colocación del paciente. 6) Situaciones especiales: a) Recidiva de adenoma sobre anastomosis mecánica en resección anterior de recto previa. b) Doble adenocarcinoma de recto (T1) de 4 cm a 7 y 17 cm del margen anal. c) Presencia de adenoma de recto tributario a TEM y coledoclitiasis que se realizó colecistectomía por laparoscopia en el mismo acto quirúrgico.

Conclusiones: La experiencia acumulada con la TEM permite el poder resolver situaciones de dificultad técnica que serían subsidiarios de cirugía abdominal radical convencional.

V-039

CÁNCER DE RECTO POR LAPAROSCOPIA

M.D. Frutos, J. Lujan Mompean, Q. Hernández Agüera, G. Valero, J. Gil, J. Castañer, A. Sánchez, P. Cascales, E. Terol, P. Pastor y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El cáncer de recto es una patología frecuente y ocupa un lugar importante en el quehacer diario del cirujano, siendo el que más dificultades técnicas suscita a la hora del tratamiento quirúrgico. En los últimos años se han introducido cambios en esta cirugía que han mejorado los resultados en cuanto a complicaciones intra y postoperatorias, conservación esfinteriana, recidiva local y supervivencia.

Caso clínico: Mujer de 64 años sin antecedentes de interés que 2 meses antes comienza con rectorragias tras la defecación. Al tacto rectal se palpa masa mamelonada circunferencial a 6-7 cm del margen anal. Se realiza colonoscopia que informa de neoformación de recto a 7 cm de margen anal que ocupa 3/4 de la circunferencia no franqueable con el endoscopio, confirmando el diagnóstico de adenocarcinoma de recto la anatomía patológica. *Ecografía endoanal:* uT3N1. La Tomografía axial computerizada (TAC) toracoabdominal y los marcadores tumorales fueron normales. El enema opaco no mostró más lesiones. La paciente entró en protocolo de Radioterapia y Quimioterapia preoperatoria, siendo intervenida a las 4 semanas de finalizar la quimioterapia mediante cirugía laparoscópica realizándose una resección anterior baja. La paciente fue alta al 5º día postoperatorio sin complicaciones.

Conclusiones: Además de otros factores ya conocidos, en los Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, la experiencia del cirujano colorrectal es un factor decisivo y fundamental.

V-040

RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO. DISECCIÓN "FÁCIL vs DIFÍCIL"

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

Introducción: Presentamos un vídeo con el Objetivo de comparar las diferencias técnicas apreciables entre intervenciones de resección anterior baja de recto con exéresis total del mesorrecto asistida por laparoscopia, en casos de diferente complejidad técnica.

Objetivo: El Objetivo del mismo, es mostrar las dificultades técnicas con las que nos podemos encontrar en la realización de una resección anterior baja entre un "recto fácil" (pelvis ancha, mujer, múltipara y/o tumor de pequeño tamaño) vs "recto difícil" (hombre, pelvis estrecha y/o tumor de gran tamaño).

Técnica quirúrgica: Los pasos que se describen en el presente vídeo son: 1). Descenso del ángulo esplénico del colon. 2) Disección de los vasos mesentéricos inferiores en el origen. 3) Disección en bloque del mesorrecto (cara anterior, lateral y posterior). 4) Sección del recto. 5) Realización de anastomosis termino-terminal, termino-lateral o coloanal.

Comentarios: La resección anterior baja de recto con exéresis total del mesorrecto es técnicamente factible, aunque los casos de mayor complejidad requieren de un equipo quirúrgico con amplia experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

V-041

EXERESIS TOTAL DEL MESORRECTO (TME) LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER DE RECTO

M. Toledano Trincado, J.I. Blanco Álvarez, A. Jad Said, C. Cuesta de la Llave, J. Sánchez González y J.C. Martín del Olmo
Hospital Medina del Campo, Medina del Campo.

Objetivos: El principal motivo del fracaso de la exéresis del cancer de recto siempre ha sido la alta tasa de recidiva locorregional que oscila entorno al 15-36% tras una intervención convencional. Heald con su Exéresis Total del Mesorrecto (TME) ha conseguido bajar esa tasa hasta el 4% así como disminuir considerablemente el número de disfunciones sexuales gracias a la preservación de los plexos simpáticos y parasimpáticos que acompañan a la fascia de Waldeyer en el plexo hipogástrico.

Material y métodos: Exponemos en la película los pasos detallados para la realización por vía laparoscópica de la TME, la disección vascular, la identificación de los plexos hipogástricos laterales, la fascia pélvica y la lámina visceral del mesorrecto que no debe ser abierta.

Resultados: En nuestra corta experiencia hemos observado una mejor visualización de la lámina visceral rectal posterior y una mejor localización del plexo hipogástrico, así como una más cómoda disección del mesorrecto.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica en este territorio aporta una evidente mejora en la identificación de los detalles anatómicos, magnifica las estructuras y mejora la radicalidad y la morbilidad siempre que el tumor respete los bordes circunferenciales del mesorrecto.

V-042

ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL TRAS RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA LAPAROSCÓPICA

A. Sánchez Pérez, J.A. Lujan, Q.F. Hernández, G. Valero, J. Gil, J. Castañer, M. Ramírez y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Presentamos el caso de una paciente de 46 años, sin antecedentes de interés, que consulta a la unidad de coloproctología de nuestro hospital, tras referir un cuadro de rectorragias y tenesmo de 3 meses de evolución. El tacto rectal nos reveló una masa dura y fija, próxima a esfínteres pero sin llegar a afectarlos. La colonoscopia puso de manifiesto una neoformación pétreo y ulcerada cercana al esfínter anal, que se extendía a lo largo de 6 cm en la cara anterior del recto. La biopsia informó de adenocarcinoma. La estadificación mediante ecografía endoanal fue uT3N1. La paciente recibió radioquimioterapia preoperatoria y se intervino por

laparoscopia a las 7 semanas de finalizar el tratamiento. Se le realizó una disección de sigma y recto hasta el plano esfinteriano, sección y extracción de rectosigma por vía perineal y anastomosis coloanal manual.

V-043

MODELO ANIMAL DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO LAPAROSCÓPICA Y COMPARACIÓN DE RECONSTRUCCIÓN CON DOS TIPOS DE RESERVORIO

E. Balén Rivera, J. Suárez Alecha, B. Oronoz Martínez, J. Ariceta Iraola, C. Zazpe Ripa y J.M. Lera Tricas

Hospital de Navarra, Pamplona.

Material y métodos: Se usaron cerdos hembra raza Large-White de 25-35 kg, con profilaxis antibiótica y bajo anestesia general intubada con propofol, ECG, pulsioximetría y CO₂ espirado, en decúbito lateral derecho y Trendelenburg forzado. *Trócares:* 12 mm en línea media y fosa ilíaca derecha (FID), 5 mm en ambos vacíos. Neumoperitoneo a 12 mmHg. Tras un estudio piloto de 4 casos para estudiar la factibilidad del procedimiento y diseñar la técnica quirúrgica, se han intervenido 20 casos, 10 reconstruidos con reservorio en J (grupo R), y 10 con coloplastia transversal (grupo C). 1) *Técnica quirúrgica:* Tras realizar cistostomía en fosa ilíaca izquierda sobre Foley, histerectomía subtotal y salpinguectomía bilateral, disecamos el origen aórtico de la arteria mesentérica inferior, clipando la hemorroidal superior. Levantando los uréteres hacia delante, con gancho en coagulación monopolar, sección del peritoneo del mesosigma, de los laterales de la pelvis y del Douglas y todo el plano presacro hasta introducirnos entre los elevadores del ano: disecando 8-10 cm de recto extraperitoneal. Sección del recto a 6-7 cm del margen anal externo con EndoGIA universal rotulable 45 intestinal (Tyco) por FID más carga recta de 30 ó 45. 2) *Minilaparotomía de 5 cm suprapúbica:* sacando el recto y el colon, se extirpan 10 cm de recto y se confecciona un reservorio en J de 4 cm (disparo de 3 cm de GIA) o una coloplastia transversal con el sigma, introduciendo el cabezal. Cierre de la laparotomía y restablecimiento del neumoperitoneo. La PCEEA 25 (Tyco) pasa por el canal anal entre el embudo de los elevadores del ano, y se confecciona una anastomosis colorrectal que se comprueba con aire. Se practica la necropsia (tras parada cardiorrespiratoria con Pentotal IV) a las 4 semanas o antes si muere el animal.

Resultados: Se ha producido mortalidad intraoperatoria en 4 casos, dos en cada grupo de reconstrucción: 3 por perforación irreparable del muñón rectal, y 1 por hemorragia del plano presacro: todos estos casos fueron convertidos a minilaparotomía, sin lograr controlar la complicación intraoperatoria. De los 16 supervivientes, uno en cada grupo ha presentado complicaciones con mortalidad: absceso pélvico al 6º día en el grupo R, y urinoma al 5º día en el grupo C. En conjunto el 70% de los animales completaron las 4 semanas de seguimiento sin complicaciones en la necropsia.

Conclusiones: El cerdo raza Large-White es un modelo en el que es factible realizar la resección anterior baja de recto laparoscópica, y la reconstrucción con reservorios. No hay diferencias, ni en complicaciones, ni en conversiones, en la reconstrucción del tránsito entre el reservorio en J y la coloplastia transversal.

MISCELÁNEA

09 NOVIEMBRE 2006

09.00 – 10.30

SALA DOBLÓN

V-044 – V-051

V-044

TUMORECTOMÍA DE PEQUEÑAS LESIONES MAMARIAS POR VÍA PERCUTÁNEA

J.I. Rodríguez-Hermosa, J. Pont, E. Pérez, E. Gómez, J. Puig, F. Tuca y A. Codina-Cazador

Hospital Universitario Dr Josep Trueta, Girona.

Introducción: La biopsia con aguja de corte y aspiración por vacío es el método más eficaz de diagnóstico de lesiones mamarias. Con agujas

de un grosor de 8 a 11G se permite la exéresis de pequeñas lesiones mamarias, de hasta 1 cm de diámetro. Este caso muestra la técnica de la extirpación completa de pequeñas lesiones por vía percutánea mediante el mamotomo.

Caso clínico: Una paciente de 50 años, con antecedentes familiares de carcinoma de mama, presenta un pequeño nódulo homogéneo, bien definido, de morfología ovalada, en QSE de mama derecha, de 11 mm de diámetro. Representa una categoría de riesgo BIRADS III. La resonancia magnética confirma los hallazgos, aunque la dinámica del contraste es sospechosa. Dados los antecedentes y los hallazgos radiológicos se decide la biopsia percutánea con exéresis completa de la lesión.

Técnica: Se explica el procedimiento a la paciente. Se le coloca en la mesa de esterotaxia, con el pecho afecto en el correspondiente agujero, de forma que esté cómoda, ya que permanecerá inmóvil durante 20 ó 30 minutos. Se realiza la exéresis con el mamotomo. Es muy importante que el radiólogo antes, durante y después del procedimiento hable con la paciente y la tranquilice.

Conclusiones: Esta técnica, en pocos minutos y con mínimas molestias para la paciente, permite realizar un diagnóstico preciso mediante la exéresis completa de la lesión. Este hecho suele aportar un alto grado de tranquilidad a la paciente, al saber que se le ha podido extirpar totalmente su lesión.

V-045

TÉCNICA DE LOCALIZACIÓN ENDOSCÓPICA INTRAOPERATORIA DE PAPILOMAS INTRADUCTALES DE MAMA

F. Domínguez Cunchillos, R. Trujillo Ascanio, M.A. Sanz de Pablos, A. Artajona Rosino, L. Flores Jaime, C. Garde Lecumberri, M. Echavarri, S. Vera y H. Ortiz Hurtado

Hospital Universitario Virgen del Camino. Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Los papilomas intraductales de mama son tumores elongados, con proliferaciones exofíticas vellosas que asientan en la pared de los conductos galactóforos principales. A pesar de que su incidencia es escasa, constituyen la causa más frecuente de telorragia. Ninguno de los procedimientos utilizados hasta el momento actual para su localización intraoperatoria aseguraba que el papiloma fuese a estar contenido en el conducto que se extirparía a continuación.

Se presenta una técnica de localización intraoperatoria de papilomas intraductales ideada y desarrollada en nuestra Unidad, y que está basada en la colocación de una guía metálica en el conducto galactóforo afectado mediante control endoscópico.

Técnica quirúrgica: La intervención se puede realizar bajo anestesia general o bien con anestesia local potenciada con sedación. Se utiliza un endoscopio rígido de 4,5 Fr., con canal de trabajo de 0,8 mm., dilatadores de 4 a 7 Fr. y una guía metálica de 0,035 pulgadas. La tracción con dos puntos de seda 2/0 aplicados en la base del pezón logra rectificar el trayecto de los conductos galactóforos y facilita las maniobras posteriores. Se localiza el poro del conducto galactóforo secretante y a su través se introduce la guía metálica. A continuación se introducen sobre ella dilatadores de grosor progresivamente creciente, hasta alcanzar el diámetro que permita la introducción del endoscopio. La endoscopia realizada a continuación permite localizar el papiloma; se pasa la guía metálica a través del canal de trabajo del galactoscopia, y se retira éste comprobando al mismo tiempo mediante visión directa y endoscópica que la guía permanece en el interior del conducto galactóforo que contiene el tumor.

La exéresis del conducto que contiene el papiloma se realiza mediante la técnica habitual, a través de una incisión periareolar y disección del tejido retroareolar hasta llegar al conducto, que en estos casos resulta fácilmente identificable porque contiene en su interior la guía metálica. Se presentan imágenes de galactóforos normales y ectásicos, de la técnica, y de las incidencias acaecidas en su desarrollo, tales como falsas vías, desflameamiento de la pared de los conductos, etc...

El procedimiento ha permitido en todos los casos en que se visualizó el papiloma extirparlo con éxito junto al conducto galactóforo afectado. Estos Resultados, animan a seguir realizando la técnica presentada, puesto que se trata de un procedimiento que, si bien requiere meticulosidad, es fácilmente reproducible por cualquier cirujano habituado a la patología mamaria y requiere un material relativamente poco sofisticado existente en la mayoría de los centros hospitalarios. Sin duda en un

futuro no lejano se podrán extirpar los papilomas por vía endoscópica; sin embargo, hasta que el material con el que se cuenta actualmente para hacerlo no sea de mayor precisión, la técnica descrita permite tratar los papilomas con seguridad.

V-046

TÉCNICAS DE REPRESENTACIÓN 3D DE LA MAMA. NAVEGACIÓN VIRTUAL

J.I. Rodríguez-Hermosa, J. Pont, Baños, E. Pérez, J. Puig, F.Tuca y A. Codina-Cazador

Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: La tomografía computarizada con multidetectores (TCMD) es una potente herramienta diagnóstica para el estadije del cáncer de mama. Valora ambas mamas, estructuras regionales y a distancia. Permite una rápida adquisición de datos, una alta resolución morfológica, una valoración del comportamiento del flujo sanguíneo de los tejidos y una navegación virtual.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo (2004-2006) de la TCMD para el diagnóstico y estadije del cáncer de mama. Seleccionando pacientes posmenopáusicas con lesiones tipo BIRADS IV ó V. Se valoran parámetros morfológicos de las lesiones y estructuras relacionadas. La reconstrucción de las imágenes se realiza con 4 paquetes de software de la estación de trabajo Philips.

Resultados: Muestra con 25 mujeres posmenopáusicas. La densidad radiológica del tejido parenquimatoso es de 16 ± 8 unidades Hounsfield y la del neoplásico es de 44 ± 13 . El incremento de densidad después del contraste iodado es significativamente más alto en el tejido canceroso, 86 ± 20 , respecto al normal, 26 ± 10 . La velocidad de incremento de densidad es significativamente más alta en el tejido neoplásico. Los signos morfológicos más frecuentes son: mala definición (15), microlobulación (11) y espiculación (10). Entre los hallazgos asociados destacan: adenopatías axilares (11) y mediastínicas (7), metástasis pleurales (5) y hepáticas (2).

Conclusiones: La TCMD es capaz de diferenciar el tejido neoplásico del parénquima sano. También permite valorar las estructuras torácicas, las cadenas ganglionares, el mediastino, las pleuras, los pulmones y el hígado. Su software es capaz de realizar representaciones dinámicas en 3D (navegación virtual), que pueden ayudar a planificar la cirugía.

V-047

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ABDOMEN AGUDO POR QUISTE ESPLÉNICO NO PARASITARIO ROTO

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

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Objetivos: Los quistes esplénicos de origen no parasitario son muy poco frecuente y constituyen solo un tercio de todos ellos (los dos tercios restantes son de origen hidatídico); se dividen en dos grandes grupos: los quistes verdaderos, cuando poseen cubierta epitelial (25%) y los pseudoquistes, cuando carecen de ella (75%). El Objetivo de esta comunicación-video es mostrar una esplenectomía laparoscópica de urgencia en un caso de abdomen agudo por quiste esplénico no parasitario fisurado espontáneamente. Comentamos el abordaje laparoscópico y los aspectos técnicos más relevantes de la intervención.

Caso clínico: Mujer de 26 años, sin antecedente traumático conocido, que presenta un cuadro de dolor abdominal súbito, difuso, de dos horas de evolución, acompañado de vómitos. En la exploración destaca dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo, región periumbilical y fosa iliaca, con defensa y peritonismo. La analítica muestra leucocitosis (23.000) con neutrofilia. La radiología simple es normal. Se realizan ecografía y TC abdominal, que describen abundante líquido libre intra-abdominal en pelvis, espacio subhepático y fosa esplénica, objetivándose en el polo superior del bazo una lesión de características quísticas con algún septo periférico, bien circunscrita, salvo en la zona del margen interno, de unos 10,5 cm de diámetro y que impresiona de quiste esplénico complicado con rotura. Se decide intervención quirúrgica urgente. En posición de Fowler, se realiza abordaje laparoscópico. Se colocan cuatro trócares: Hasson periumbilical para la óptica y tres tró-

cares de trabajo; uno de 12 mm en el punto medio entre el ombligo y el apéndice xifoides, otro de 5 mm en hipocondrio izquierdo, subcostal y se completa con otro de 12 mm en fosa iliaca izquierda, en línea medio-axilar. Se aprecia abundante líquido verdoso, turbio, intraperitoneal que procede de la celda esplénica. Se objetiva una lesión quística fisurada en el polo superior del bazo de unos 10 cm de diámetro. Se practicó esplenectomía con bisturí armónico y endograpadora. Para la extracción de la pieza fue necesaria una minilaparotomía en fosa iliaca izquierda de unos 5 cm. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta al cuarto día de la intervención. El estudio anatomopatológico informó de bazo con quiste epitelial simple fisurado.

Conclusiones: La patología quística esplénica de origen no parasitario constituye un proceso poco frecuente y excepcional cuando se presenta como un cuadro de abdomen agudo. El bazo ha sido como un órgano técnicamente difícil, desde el punto de vista laparoscópico, pero durante los últimos años ha existido un constante y progresivo interés en esta técnica. Todos los autores consultados, coinciden en que el abordaje laparoscópico es especialmente recomendable para el tratamiento de las lesiones quísticas. Las ventajas de la esplenectomía laparoscópica son evidentes: es una cirugía exéretica, en la que se evita el traumatismo parietal y sus consecuencias (menos dolor, menos repercusión pulmonar y rápida recuperación), pero por otro lado es incuestionable, que requiere una curva de aprendizaje larga, así como la necesidad de entrenamiento y experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

V-048

FEOCROMOCITOMA MALIGNO, ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

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

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, Bormujos.

Introducción: El feocromocitoma maligno suprarrenal supone el 10% de los casos, siendo más frecuente en aquellos superiores a 5cm. El abordaje de este tumor por vía laparoscópica es hoy día el tratamiento de elección.

Material y métodos: Presentamos un caso de tumoración suprarrenal de 5,8cm con tratamiento quirúrgico laparoscópico satisfactorio. *Varón de 69 años con antecedentes personales:* HTA, DMID y cardiopatía isquémica, sin antecedentes quirúrgicos de interés. Ingresa en planta presentado durante su estancia varios episodios sincopales coincidiendo con crisis de HTA y rachas de FA autolimitadas. *Colonoscopia:* aftas y ulceraciones dispersas en todo el colon semejando colitis isquémica crónica. *TAC y RM abdominal:* masa de 8,8cm dependiente de la glándula adrenal dcha, riñon en herradura. Se realiza despistaje de Neoplasia Endocrina Multiple, catecolaminas en orina: noradrenalina 290, Ac. Vanilmándélico 25.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica laparoscópica realizándose adrenalectomía dcha. laparoscópica (presentación en video). *AP:* pieza de 124 gr, que mide 9 cm de diámetro máximo; Paraganglioma intra-adrenal con patrón sólido alveolar y acinar con extensa permeación vascular por células neoplásicas, invasión capsular y extensión hacia tejido adiposo extraadrenal.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del feocromocitoma es factible en un centro con experiencia laparoscópica avanzada.

V-049

NEFRECTOMÍA RADICAL CON SUSTITUCIÓN DE VENA CAVA POR HIPERNEFROMA CON INVASIÓN VASCULAR

J. Figueras Felip, S. López Ben, A. Codina Barreras, J. Comet, R. Domingo, P. Maestre, B. Pardina, S. Torres, R. Ortiz y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: La invasión tumoral de la vena Cava es un problema frecuente en los tumores renales y suprarrenales derechos. El tratamiento quirúrgico no está claramente establecido y puede abarcar desde la apertura de la vena Cava con extracción del embolo tumoral o la resección de la vena Cava, con o sin sustitución protésica. El Objetivo de este DVD es presentar la técnica y las indicaciones quirúrgicas en función de los hallazgos intraoperatorios.

Caso clínico: Se trataba de una mujer de 48 años con hematuria asintomática. El TC demostró un tumor en el riñón derecho con trombosis tumoral de la vena Cava inferior. En la proyección coronal se observaba que la trombosis tumoral llegaba hasta la altura de las venas hepáticas. No se realizó embolización tumoral.

Intervención: Se realizó laparotomía en "J". Ligadura y sección de la arteria renal derecha y del uréter con linfadenectomía y extirpación de la glándula suprarrenal. Se realizó apertura de la vena Cava con nefrectomía y extracción del tumor intravascular. La biopsia de la pared de la vena Cava demostró invasión tumoral. Por este motivo se decidió "pinzamiento" de la vena Cava por encima y debajo del tumor con sustitución por prótesis de Goretex. No se realizó transfusión. Alta a los 7 días sin complicaciones.

Conclusiones: La nefrectomía radical es el tratamiento para los tumores renales y suprarrenales, puesto que la quimioterapia es poco efectiva. La decisión sobre la mejor indicación del tratamiento de la trombosis tumoral debe decidirse en función del grado de invasión y los hallazgos intraoperatorios. Es obligatorio un estudio histológico que confirme la radicalidad.

V-050

RESECCIÓN DE LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR

M.A. Suárez-Muñoz, J. Santoyo Santoyo, J.L. Fernández-Aguilar, B. Sánchez-Pérez, J.A. Pérez-Daga, A. González-Sánchez, M. Ruiz-López, D. Sánchez-Relinque, A. Álvarez-Alcaide, M. Jiménez-Hernández y A. Maté Hurtado

Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El leiomioma representa el 95% de los tumores primitivos de la vena cava inferior. Es un tumor muy poco frecuente, originado a partir de fibras musculares lisas de la capa media. En la literatura se encuentran publicados poco más de 200 casos de este tipo de lesión. Suelen ser tumores grandes, y por su localización, especialmente a nivel de la zona retrohepática o en relación con las venas renales, su exéresis implica abordajes quirúrgicos complejos. La forma de presentación clínica puede ser variada, refiriendo los pacientes dolor en hemiabdomen derecho, edemas de miembros inferiores o síntomas generales propios de su estado neoplásico. El tratamiento de elección consiste en la resección completa de la tumoración, lo que en ocasiones puede conllevar la necesidad de realizar una sustitución protésica de la vena cava inferior.

Caso clínico: Presentamos en el vídeo el caso de una paciente de 72 años de edad, con cuadro de más de un año de evolución de dolor en hipocondrio y flanco derechos, sin vómitos, fiebre, ictericia ni cambios en el hábito intestinal. A la exploración física la paciente presentaba un abdomen globuloso, siendo dolorosa la palpación profunda a nivel de hipocondrio y flanco derechos. No se evidenciaba ascitis ni circulación colateral.

Los parámetros analíticos se encontraban todos (hemograma, bioquímica, perfil hepático) dentro de la normalidad. Ecografía y TAC pusieron de manifiesto la existencia de una masa de 9 x 8,5 x 7 cm. en contacto con la cara inferior del segmento V hepático, y mediante resonancia magnética se puso de manifiesto que la masa infiltraba la vena cava inferior y que desplazaba las estructuras del hilio hepático pero sin invadirlas.

La paciente fue intervenida, encontrándose una tumoración de unos 10 cm de eje mayor a nivel de hipocondrio derecho, que respetaba colon y duodeno y se encontraba adherida a la cara inferior del segmento V. La subsiguiente disección puso de manifiesto que dicha tumoración dependía de la vena cava inferior, desembocando la vena renal derecha en la cava a nivel de donde se encontraba la tumoración.

Se diseccionó la vena cava inferior proximal y distalmente al tumor, así como los vasos renales derechos. La vena fue seccionada entre clamps vasculares e igualmente se seccionó la vena renal derecha. La continuidad vascular a nivel de la cava se restableció con la colocación de una prótesis de Goretex de 20 mm de diámetro y 10 cm de longitud. La vena renal derecha fue anastomosada en término-lateral a la prótesis. La paciente tuvo una evolución postoperatoria favorable, sin presentar ascitis ni edemas de miembros inferiores. Se inició tratamiento hipocoagulante con Sintrom. Fue dada de alta nueve días después de la intervención, y al año de seguimiento se encuentra viva, con prótesis permeable, y sin signos de recidiva tumoral.

V-051

CITOREDUCCIÓN SECUNDARIA MEDIANTE LOS PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA EN LOS TUMORES DE LA GRANULOSA DE OVARIO

I. Ramos Bernadó, P. Barrios Sánchez, J. Mas Jové, J.C. Arias Estévez, J. Sala Ibáñez, V. Fernández Trigo, V. González Santín y J.L. Ney Sotomayor

Hospital General Hospitales, Hospitales de Llobregat.

Introducción: Existen dos tipos clínico-patológicos de tumores de la granulosa: adulto y juvenil. El subtipo del adulto corresponde al 95% de los casos; y estos a su vez representan alrededor del 1-2% de todos los tumores malignos del ovario. Se manifiestan en el 90% de los casos como masas pélvicas y en un 10% como cuadros de abdomen agudo. Se diagnostican en estadio I en el 30-90% de las pacientes. La supervivencia a 10 años es del 60-90%. Existen factores adversos que favorecen la recidiva tumoral: estadio avanzado, tamaño superior a 6 cm, tipo difuso sarcomatoide, alto índice de mitosis y ruptura del tumor. La recidiva solo responde al rescate quirúrgico y éste requiere de una eliminación total de toda la manifestación abdominal, pélvica y peritoneal del tumor.

Material y métodos: Presentamos un caso de recidiva manifestada en forma de sarcomatosis difusa abdominal, pélvica y retroperitoneal masiva asociada a hemoperitoneo mediante los procedimientos de peritonectomía descritos por Sugarbaker.

OBESIDAD ESOFAGOGÁSTRICA

09 NOVIEMBRE 2006

11.00 – 13.30

SALA DOBLÓN

V-052 – V-064

V-052

COMPLICACIÓN TARDÍA DE CIRUGÍA BARIÁTRICA CON BANDA VÍA LAPAROSCÓPICA. VOLVULACIÓN E INTUSUSCEPCIÓN GÁSTRICA EN RELACIÓN CON LA BANDA

J.M. Suárez Grau¹, M. Socas¹, G. Suárez Artacho¹, J.M. Alamo¹, J.A. Martín Cartes¹, M. Bustos Jiménez¹, E. Prendes¹, J.M.H. Cadet Dussort¹, J.D. Tutosaus Gómez¹, S. Morales Conde² y S. Morales Mendez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Ante el fracaso de las medidas de dietéticas convencionales y dada la elevada mortalidad de la obesidad mórbida, se han ideado numerosas intervenciones quirúrgicas que pretenden corregir el sobrepeso en estos pacientes. Para los enfermos obesos mórbidos las ventajas que ofrece la cirugía laparoscópica en cuanto a la rápida recuperación y la casi ausencia de dolor en la zona torácica y abdominal adquieren gran importancia, ya que disminuyen algunos riesgos postoperatorios inherentes en los obesos. Hoy en día las intervenciones restrictivas más realizadas son la gastroplastia vertical anillada y la colocación de una banda gástrica, ajustable o no. Con la banda gástrica se crea un pequeño reservorio gástrico con unas dimensiones lo más pequeñas posibles (entre 10 y 15 ml) al igual que con la gastroplastia vertical. Cada vez menos utilizada en nuestro país, aunque está sufriendo actualmente un resurgimiento en su uso tanto en EEUU como en varios centros laparoscópicos europeos. Se usa en obesidades mórbidas simples. Está contraindicada en altos IMC. A pesar de todas las ventajas complicaciones propias del tipo de paciente o del acto quirúrgico pueden suceder ya no sólo en el postoperatorio inmediato, sino complicaciones tardías.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 38 años de edad, que ingresa remitido desde otro Centro por presentar desde hacía un mes un cuadro de deterioro progresivo y vómitos copiosos últimamente con intolerancia total. El único antecedente de interés era una intervención, por obesidad mórbida, realizada por vía laparoscópica tres años antes (Banding gástrico). La analítica era normal, salvo una hipoproteiemia y alteraciones hidro-electrolíticas, que se corrigieron. La endosco-

pija mostraba "un saco grande por encima de la banda que hace impronta en la luz del estómago, dificultad importante en la canalización hasta el estómago inferior, donde se muestra que está volvulado".

Intervención quirúrgica: Realizamos intervención vía laparoscópica, encontrándonos con intususcepción del cuerpo gástrico, además de volvulación en torno a la banda colocada en intervención anterior. Posteriormente el paciente ha evolucionado bien, y controla su ingesta y peso bajo la supervisión de su Endocrinólogo. Se realizó estudio gastro-esofágico baritado para control postoperatorio al mes que fue normal.

V-053

EXTRACCIÓN INTRAOPERATORIA DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO PREVIO A BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO. ¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA?

M.D. Frutos Bernal, J. Lujan, Q. Hernández, G., Valero, J., Gil, J. Castañer, A. Sánchez, E. Terol, P. Pastor, P. Castañer y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La pérdida de peso preoperatoria puede optimizar los Resultados tras la cirugía bariátrica. El balón intragástrico no es una alternativa a la cirugía, sin embargo en superobesos puede reducir el peso preoperatorio y esto mejoraría el procedimiento laparoscópico. El balón intragástrico se inserta por vía endoscópica a través de la boca hasta el estómago, hinchándolo con 600 ml de suero salino con azul de metileno en proporción 50:1, retirando posteriormente el catéter de llenado. La duración del balón es limitada, retirándolo a los 6-8 meses de su colocación.

Video: Para evitar los riesgos que conlleva la extracción del balón por vía endoscópica en pacientes con superobesidad, este puede ser extraído en el mismo acto operatorio y posteriormente realizar el bypass gástrico laparoscópico. Mostraremos diferentes formas de extracción del balón intragástrico intraoperatoriamente; con gastrotomía, apertura del balón y extracción, con gastrotomía, aspiración del contenido líquido del balón y extracción, con punción transgástrica del balón, gastrotomía y extracción; siendo esta última la que utilizamos actualmente y creemos más optima.

V-054

BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA CON RESECCIÓN DEL ESTÓMAGO EXCLUIDO

C. Martínez Blázquez, I. Díez del Val, V. Sierra Esteban, J.M. Vitores López, J. Valencia Cortejoso y L. Gómez-Acedo Bilbao
Hospital Txagorritxu.

El bypass gástrico, particularmente por laparoscopia, es la técnica más frecuentemente utilizada en nuestro medio para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Entre las críticas que ha recibido se encuentra el hecho de dejar un estómago excluido que, en caso de necesidad, resulta difícilmente accesible a pruebas diagnósticas. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad, los enfermos intervenidos en nuestro Servicio son sometidos a una gastros-copia rutinaria dentro del estudio preoperatorio, de tal modo que, según la presencia o no de patología, pueda valorarse la indicación de gastrectomía del remanente gástrico. Presentamos el caso de una mujer con IMC de 45 kg/m² y metaplasia intestinal córporeo-antral, que fue sometida a bypass gástrico con resección del estómago excluido.

Mediante cinco trocares, se realiza el reservorio gástrico según la técnica habitual, de unos 3 x 5 cm a partir del ángulo de His, mediante endocortadoras lineales con carga azul. Posteriormente, con la ayuda del sellador de vasos Ligasure®, se realiza la gastrectomía comenzando por la curvatura mayor, hasta los vasos gastroepiploicos derechos y arteria pilórica, tras lo cual se secciona el duodeno.

La reconstrucción en Y de Roux se lleva a cabo igualmente según la técnica habitual: sección yeyunal a unos 50 cm del ángulo de Treitz, enteroenterostomía látero-lateral con endograpadora lineal carga blanca dejando el asa alimentaria de 150 cm y cierre manual del defecto y reservorioyeyunostomía término-lateral con sutura circular mecánica de 25 cm, introduciendo el cabezal basculante por vía transoral.

Tras el cierre de los defectos mesentéricos, la pieza quirúrgica se extrae por el orificio subcostal izquierdo, por donde se introdujo la sutura

circular, sin necesidad de ampliarlo más. El postoperatorio evolucionó satisfactoriamente.

V-055

DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS MANUAL

J.C. Ruiz de Adana, A. Hernández Matías, I. Marirrodiga, D. Acín, B. Ramos, J. Silvestre, J., López Herrero y M. Limones Esteban
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

La derivación biliopancreática por laparoscopia es una técnica mala-absortiva aceptada para el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Los Resultados a largo plazo en cuanto a pérdida de peso y control de las comorbilidades asociadas son excelentes. La anastomosis con técnica manual es factible y reduce la incidencia de hemorragia digestiva postoperatoria pero prolonga el tiempo operatorio.

La cirugía comienza realizando una hemigastrectomía distal mediante 5 trocares, con el cirujano entre las piernas del paciente. La disección se realiza con el sellador de vasos de 5mm y la sección gástrica y duodenal con endograpadoras de carga 3,5 y 45-60 mm de longitud. A continuación, el cirujano se coloca a la izquierda del paciente y añade un 6º trocar para exponer el espacio inframesocólico. En el video se muestra como se desplaza el epiploon mayor en dirección craneal hasta localizar el ciego y el ileon terminal. Se mide un segmento de 50-65 cm según el IMC del paciente que se marca con un clip y se avanza en sentido proximal para confeccionar un asa alimentaria de 200 cm de longitud. A este nivel se secciona el intestino con endograpadora de carga 2,5 y se secciona ampliamente el mesenterio con el sellador de vasos respetando las arcadas vasculares del asa alimentaria. El asa biliopancreática formada se desciende hasta localizar el clip colocado anteriormente para proceder a la anastomosis yeyunoileal látero-lateral con endograpadora de 2,5 y 45 mm de longitud. En el video se observa como quedan colocadas ambas asas, biliopancreática y alimentaria, para evitar hernias internas o torsiones mesentéricas. El cierre de la enterostomía y de la brecha mesenterica se efectúa, respectivamente, con sutura continua manual reabsorbible e irreabsorbible.

Finalmente el asa alimentaria se asciende por vía antecólica para proceder a la anastomosis gastroyeyunal término-lateral con sutura continua 3/0 monofilamento reabsorbible. Se inicia con una primera capa sero-serosa posterior para fijar ambos extremos. A continuación se practica una gastrostomía y yeyunostomía amplia (3-4 cm) con bisturí eléctrico. Se anudan dos suturas independientes en la cara posterior que se continúan con puntos totales hasta completar la cara anterior y se anudan entre ellas. La anastomosis finaliza con una última capa sero-serosa anterior del mismo material. Se comprueba la estanqueidad de la anastomosis con aire y azul de metileno y se coloca un drenaje cerrado en el espacio subhepático. El estómago resecado se extrae en bolsa ampliando el orificio de un trocar.

V-056

ASPECTOS TÉCNICOS DE LA SLEEVE GASTRECTOMY POR LAPAROSCOPIA EN LA OBESIDAD MÓRBIDA

D. del Castillo Déjardin, S. Blanco Blasco, C. Díaz Lara, J. Sánchez Pérez, A. Sánchez Marín, F. Sabench Pereferé, M. Hernández Gonzalez, J. Doménech Calvet, F. Buils Vilalta y E. Peralta

Hospital Universitari de Sant Joan. Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili, Reus.

Objetivos: La "sleeve gastrectomy" o gastrectomía tubular, se desarrolló inicialmente como primer paso en la realización del "switch duodenal", y algunos grupos lo realizan como primer tiempo en pacientes super-super-obesos, donde se espera una pérdida de peso inicial considerable, para realizar al cabo de unos 12 meses el segundo tiempo como by-pass biliopancreático. Así mismo, se ha observado que la "sleeve gastrectomy" como único procedimiento puede ser suficiente en un gran número de pacientes obesos mórbidos. Proponemos esta técnica en la obesidad mórbida triple (IMC > 60 Kg/m²) y en la retirada de la banda ajustable. Dicha técnica es reproducible por vía laparoscópica, teniendo en cuenta una serie de detalles técnicos.

Material y métodos: La colocación del paciente es en antiTrendelenburg de 30°, y el cirujano colocado entre las piernas. La anestesia, mediante intubación orotraqueal, es recomendable sea realizada mediante control por broncoscopio. Se colocan 5 trócars, en unos puntos anatómicos estratégicos.

Recomendamos la óptica de 30° y la utilización de un trócar óptico para la entrada en la cavidad abdominal. La coagulación mediante la selladora (Ligasure) facilita la disección y una excelente hemostasia. Se procede siguiendo los siguientes pasos quirúrgicos: 1) Disección de la curvatura mayor gástrica hacia el ángulo de His, separando el ligamento gastrocólico. 2) Se continúa la disección hasta 2-3 cm del píloro. 3) Sección gástrica a 3 cm del píloro con GIA de 4,8 mm, y tutorizada con una sonda de Faucher de 38 FR. 4) Se continúa la sección gástrica con GIA 3,5 mm, comprobando la correcta posición de la sonda de Faucher, tubulizando el estómago hasta llegar al ángulo de His. 5) Se revisa la hemostasia, mediante puntos o aplicación de clips. 6) Comprobación de la estanqueidad instilando azul de metileno por la SNG. 7) Drenaje aspirativo tipo Jackson Pratt. 8) Cierre orificios de los trócares mediante visión laparoscópica.

Resultados: Se ha realizado en 22 pacientes. La media de BMI = 61 Kg/m². El curso postoperatorio fue sin incidencias en 25 pacientes. 2 se observó una fuga en la línea de grapas, que no requirió reintervención quirúrgica, cerrando a los 7 días. Un paciente tuvo que ser reintervenido por oclusión alta por vólvulo gástrico de la "sleeve gastrectomy". No hubo mortalidad, y la estancia hospitalaria de los pacientes que no tuvieron incidencias postoperatorias (n = 20) fue de 3,5 días. La pérdida media del exceso peso durante el primer año, ha sido superior al 60%, con una excelente calidad de vida.

Conclusiones: La sleeve gastrectomy por laparoscopia es una técnica de baja morbilidad y que consigue una buena pérdida del exceso de peso. Puede ser planteada como única intervención quirúrgica, o como primer tiempo en el marco del switch duodenal.

V-057

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA ACALASIA

A. Pagán Pomar, J.A. Martínez Corcoles, C. Álvarez Segurado, S. de la Serna, M. García Sanz, R. Salinas García y J.A. Soro Gosálvez
Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Introducción: El abordaje laparoscópico mediante cardiomiectomía de Heller ha sido incluido en el arsenal terapéutico para el tratamiento de la acalasia. Los postoperatorios confortables que reducen las estancias hospitalarias lo pueden convertir en el futuro en el tratamiento de elección.

Material y método: Presentamos un video que muestra los detalles técnicos de la cardiomiectomía de Heller y posterior funduplicatura. Con el paciente en decúbito supino y posición de Lloyd-Davis se realiza el neumoperitoneo mediante aguja de Veress manteniéndose automáticamente a 12 mmHg. Tras la colocación de los trocares se dispone al paciente en anti-Trendelenburg de 30°. Se expone el esófago abdominal sin movilizar sus fijaciones posteriores y se realiza la miotomía mediante bisturí armónico de una longitud superior a 10 cm. respetando el nervio vago anterior. Se finaliza la intervención mediante una funduplicatura anterior de Dor mediante puntos intracorpóreos de polipropileno del número cero.

Resultados: Postoperatorio con tolerancia en la misma tarde de la intervención y alta a las 24 horas. Seguimiento ambulatorio con TEGD al mes de la cirugía.

Conclusión: El abordaje laparoscópico para la miotomía de Heller es una opción de tratamiento que aporta todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

V-058

ESOFAGUECTOMÍA TOTAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA

R. Corcelles, S. Delgado, D. Momblán, R. Almenara, R. Bravo y A.M. Lacy
Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La Esofaguectomía total es una técnica quirúrgica asociada a un significativo riesgo operatorio y cifras de morbilidad elevadas. Este elevado riesgo quirúrgico así como las complicaciones asociadas a la cirugía convencional, motivan que los sujetos afectados se puedan beneficiar de las técnicas laparoscópicas.

Objetivo: Mostrar los pasos para la realización de una esofaguectomía total asistida por laparoscopia en un paciente diagnosticado de cáncer esofágico.

Caso clínico: Paciente varón de 54 años diagnosticado de carcinoma esofágico de tercio medio (Estadio T2N1). Los estudios complementarios excluyeron enfermedad a distancia.

Técnica: El procedimiento se realiza en tres tiempos quirúrgicos diferentes. En el 1º tiempo el paciente se coloca en posición de decúbito lateral izquierdo. Cuatro trócares se introducen a nivel del hemitórax derecho para la movilización esofágica asistida por toracoscopía. La vena acigos se identifica y secciona por medio del dispositivo mecánico tipo EndoGIA. Después el esófago se moviliza desde el hiato esofágico hasta su entrada al tórax. La linfadenectomía se realiza en bloque con la disección del esófago torácico. La 2ª parte de la intervención se practica en el paciente en posición de decúbito supino, colocándose 5 trócares. La curvatura mayor del estómago se moviliza preservando la arteria gastroepiploica derecha, seccionándose posteriormente los vasos gástricos izquierdos con endoGIA. Un estómago tubulizado se construye seccionando el estómago en la curvatura menor hasta el ángulo de Hiss. Después, el conducto gástrico se sutura a la pieza quirúrgica. El 3º tiempo quirúrgico es el tiempo cervical. A través de una cervicotomía se comunica el esófago cervical con el plano de disección previamente realizado por toracoscopía. La pieza quirúrgica con el conducto gástrico, se mobilizan a través de la incisión cervical. El último paso es la realización de la esofagogastrotomía L-L mecánica con endoGIA.

Conclusión: Nuestra experiencia inicial con la esofaguectomía total asistida por laparoscopia ha sido satisfactoria, con una baja incidencia de complicaciones perioperatorias y corta estancia hospitalaria.

V-059

RESECCIÓN INTRAGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA DE TUMORES SUBMUCOSOS GÁSTRICOS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

D. Casado Rodrigo, F. López Mozos, R. Martí Obiol, R. Cánovas de Lucas, B. Flor Civera, V. Martí Martí y S. Lledó Matoses
Hospital Clínic Universitario, Valencia.

La cirugía constituye el tratamiento de elección en el caso de los tumores submucosos gástricos (GIST, leiomiomas). La diseminación linfática de estos tumores es rara por lo que la linfadenectomía no está recomendada. Por tanto la resección en cuña del tumor con margen de seguridad, por vía laparoscópica es el tratamiento de elección en los casos de tumores de cara anterior, curvatura mayor y cara posterior gástrica. Tradicionalmente esta resección en cuña no estaba indicada para los casos de tumores localizados en la proximidad de cardias o de píloro. El tratamiento actual de estos tumores consiste en la resección laparoscópica intragástrica.

Presentamos el video de dos casos de tumores submucosos localizados ambos en la cara posterior de la unión esofagogástrica.

Caso 1: Varón de 61 años sin antecedentes de interés. Ingresa en servicio de digestivo por cuadro de hemorragia digestiva alta (HDA). La gastroscopia pone de manifiesto una tumoración submucosa en vertiente gástrica de la unión esofagogástrica, ulcerada, sin sangrado activo pero con estigmas de sangrado reciente. La biopsia sólo obtuvo mucosa gástrica sin lesiones. La TAC informa de lesión submucosa gástrica sin adenopatías locorregionales ni metástasis hepáticas. Con el diagnóstico de sospecha de GIST gástrico fue intervenido mediante resección laparoscópica intragástrica. La anatomía patológica e inmunohistoquímica informan de leiomioma.

Caso 2: Mujer de 72 años con antecedentes de HTA y apendicectomía. Estudiada por cuadro de HDA se realiza gastroscopia que evidencia tumoración subcardial ulcerada. La biopsia es diagnóstica de tumor GIST. La TAC descarta extensión extragástrica. Se interviene realizando resección laparoscópica intragástrica de la tumoración. La anatomía patológica definitiva confirma el diagnóstico de GIST de bajo grado. El postoperatorio, en ambos casos, cursó sin incidentes.

Comentarios: Existen una serie de pasos técnicos que se deben tener en cuenta. En primer lugar el acceso a la cavidad gástrica debe ser mediante trócares con sistema de acoplamiento a la pared para adosar la pared gástrica a la cara anterior del abdomen y evitar la fuga del neumo intragástrico. Se debe evacuar o disminuir el neumoperitoneo para permitir la distensión gástrica. Extracción de la pieza a través de la boca unida a una sonda para evitar la dislaceración excesiva de la gastrotomía.

V-060

TÉCNICA DE LA LINFADENECTOMÍA D2 LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER GÁSTRICO

J.M. Erro Azcárate, F.J. Frias Ugarte, E. Bollo Arocena, A. Martín López, E. Gaona Fernández y F.J. Ibáñez Aguirre
Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

El uso de la laparoscopia para tratar el cáncer gástrico localmente avanzado por laparoscopia actualmente es poco frecuente, salvo algunos autores que recientemente han publicado sus resultados. Desde Septiembre del 2000 se han realizado en nuestro servicio 50 gastrectomías vídeo-asistidas (totales o distales, con linfadenectomía D1 o D2) por cáncer gástrico.

En éste vídeo se muestran los aspectos técnicos de la linfadenectomía D2. Para este propósito, hemos mezclado imágenes de 2 pacientes (gastrectomía total D2 con esplenectomía y gastrectomía distal D2) y se presentan esquemas de la localización ganglionar según la clasificación japonesa.

V-061

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL Y LINFADENECTOMÍA D2 POR LAPAROSCOPIA EN EL EARLY GASTRIC CANCER

E. Veloso, J. Rodríguez Santiago, J. Camps Lasa, J. Osorio Aguilar y C. Marco Molina
Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El tratamiento del cáncer gástrico precoz por laparoscopia es una técnica bien establecida por la Japanese Gastric Cancer Association en los tumores delimitados a mucosa o submucosa sin evidencia preoperatoria de ganglios metastáticos. Múltiples trabajos han mostrado que los aspectos técnicos de la linfadenectomía D2 son técnicamente reproducibles por laparoscopia. En el cáncer localmente avanzado su utilización es controvertida debido a las particularidades de su diseminación.

Paciente y métodos: Paciente de 81 años diagnosticada de tumor en curvatura mayor, unión entre cuerpo y antro. Estadificación preoperatoria T₁N₀M₀. Laparoscopia exploradora. **Descripción del procedimiento:** Sección del ligamento gastrocólico 3-4 cm por fuera de la arcada gastroepiploica. Sección de vasos gastroepiploicos derechos tras disección de la región infrapilórica. Sección del omento menor y disección de la región suprapilórica incluyendo vasos gástricos derechos. Disección ganglionar de la arteria gastroduodenal, hepática y tronco celíaco. Disección de ganglios perigástricos de la curvatura menor incluyendo paracardiales derechos. Gastrectomía subtotal mediante endoGIA (60). Reconstrucción mediante asa en Y de Roux transmesocólica. Anastomosis yeyunoyeyunal mecánica laparoscópica. Gastroyeyunostomía lateral lateral mecánica a través de la incisión de extracción de la pieza.

Resultados: El tiempo operatorio fue de 253 min. El tamaño del tumor fue de 2,3 cm. Se resecaron un total de 26 ganglios de los cuales 4 estaban infiltrados. El estadio anatomopatológico fue Ib (T₁N₁M₀). Los márgenes proximal y distal fueron de 7 y de 2,4 cm. Se inició la ingesta el 4º día, siendo dada de alta en clínica a los 11 días de la intervención.

Conclusión: La gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 por vía laparoscópica es un procedimiento que puede reproducir los aspectos técnicos de la cirugía abierta convencional. Antes de su aplicación en los tumores localmente avanzados debería confirmarse su seguridad oncológica.

V-062

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA LINFADENECTOMÍA D2 DEL CÁNCER GÁSTRICO

F.J. Moreno Ruiz, J. Pérez Lara, L. Lobato Bancalero, R. Luna Díaz, J. Doblas, J. Hernández Carmona, R. Suescun García, A. del Rey Moreno y H. Oliva Muñoz
Hospital de Antequera, Antequera.

Introducción: El abordaje laparoscópico del cáncer gástrico no ha presentado tanto entusiasmo como el realizado en otros tramos del tracto digestivo, y se puede explicar por diversos motivos: en primer lugar existen dudas de tipo oncológico sobre su conveniencia, y en segundo

lugar, la mayor complejidad técnica de la resección. En la actualidad existen publicaciones que admiten la resección oncológicamente segura y no muestran un peor pronóstico al realizarla mediante laparoscopia. **Objetivo:** El Objetivo del presente video es mostrar como se puede realizar una linfadenectomía para completar la gastrectomía D2 por cáncer gástrico, de manera segura y sin comprometer los principios oncológicos.

Material y métodos: Presentamos un video en el que se realiza una gastrectomía laparoscópica D2 y en el que se muestra una linfadenectomía de los ganglios del nivel II. En él se pueden ver como se siguen los pasos de la cirugía abierta cumpliendo gestos oncológicos. Podemos apreciar como se realiza linfadenectomía de los ganglios anteriores de la arteria hepática (grupo 8a), ascendiendo en el pedículo hepático hasta extirpar los ganglios del grupo 12.

Conclusiones: Actualmente es factible la realización de una linfadenectomía extensa por esta vía. Las ventajas de esta técnica es una mayor precisión en la disección por la magnificación de la imagen además de las ventajas ya conocidas de la cirugía laparoscópica.

V-063

GASTRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN UN CASO DE TUMOR GIST ANTRAL

E.M. Targarona Soler, C. Balague, R. Berindoague, S. Vela, P. Hernández, C. Martínez, A. Aldeano, R. Medrano, J.L. Pallares, J. Garriga y M. Trias
Hospital de la Sta Creu i St Pau, Barcelona.

La cirugía laparoscópica se ha utilizado en casos seleccionados de GIST gástrico, en especial en aquellos localizados en zonas móviles del estómago (curvatura mayor, fundus o pared anterior o posterior del estómago), en los cuales la resección parcial a demanda puede realizarse sin prolemas. Sin embargo, si la lesión es próxima al píloro o de gran tamaño, es necesaria la realización de una antrectomía reglada.

Caso: presentamos el caso de un paciente de 50 años de edad que acudió a urgencias por un cuadro de HDA. La Fibrogastroscoopia objetivó una tumoración ulcerada de 6 cm localizada en la cara posterior de antro gástrico. **Técnicam quirúrgica:** la laparoscopia exploradora mostró la existencia de un tumor antral. Inicialmente se realizó una vagotomía truncal bilateral. Tras la sección del epiploon gastroepiploico, se procedió a la sección del píloro, completándose la gastrectomía distal con endostapler. Se procedió a la realización de una minilaparotomía de 8 cm con la exéresis de la pieza. Se realizó la reconstrucción del tránsito mediante gastroenteroanastomosis en Y de Roux extracorporeal. El estudio patológico mostró un GIST C-kit+ de bajo grado.

V-064

QUISTE MESOTELIAL PARADUODENAL

F. Pereira Pérez, D. Huerga, P. Hernández-Juara, M. Durán, M. Medina, E. Tobaruela y A. Rivera
Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Las lesiones quísticas no pancreáticas en el área paraduodenal son entidades muy infrecuentes. Pueden aparecer quistes de colédoco, quistes de duplicación duodenal o quistes mesentéricos. El tratamiento de elección de todos ellos es la extirpación quirúrgica una vez diagnosticados, ya que pueden dar lugar a diversas complicaciones (dolor, hemorragia, obstrucción) e incluso está descrita la malignización en algunos de ellos.

Se presenta un video de la resección quirúrgica de una tumoración quística adyacente a la 2ª porción duodenal. En el estudio preoperatorio, las pruebas de imagen se plantearon el diagnóstico diferencial entre quiste de duplicación o quiste de colédoco.

Caso clínico: Paciente de 31 años de edad ingresada en MI por dolor abdominal con sospecha de cólico renal o biliar. Ausencia de ictericia y coluria. La paciente refiere dolor continuo en mesogastrio irradiado a espalda desde hace 2 meses. Antecedentes personales: operada de retinoblastoma en OD (prótesis ocular) a los 8 meses y catarata en OI. Hemograma y bioquímica, normales. Exploración física: dolor en HCD sin defnsa ni masa palpable. TC: lesión quística de 4,5 cm hipodensa, homogénea y bien definida, entre la cabeza del páncreas y el marco duodenal, por delante del riñón derecho sugestiva de quiste de colédoco.

co como primera posibilidad por aparente conexión con el mismo en su porción intrapancreática. En la colangio RMN se constata que no depende de la vía biliar pudiendo corresponder a un quiste mesentérico, un quiste de duplicación intestinal o bien a un linfangioma. *Hallazgos de la intervención:* tumoración de 4 cm quística, blanda y lobulada, para y retroduodenal, de pared translúcida muy fina y de contenido líquido transparente. Tras la intervención, desaparecen los síntomas. El estudio histológico confirma el diagnóstico de quiste mesotelial.

HERNIA-PARED

9 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA DOBLÓN
V-065 – V-072

V-065

VALORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE COLOCACIÓN DE CATETER DE DIALISIS PERITONEAL

J.C. Rodríguez Pino, A. Bellido Luque, J. Calafell Clar, A. Morey y J.A. Soro

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: La técnica Laparoscópica incorpora paulatinamente a sus indicaciones problemas relacionados con la diálisis peritoneal, sus primeras aportaciones fueron la exploración de la cavidad abdominal, seguidas de la resolución del mal funcionamiento de los catéteres, relacionados con obstrucción por fibrina, atrapamiento epiploicos o tubáricos y recolocación de las migraciones. Posteriormente su colocación en pacientes con antecedentes de laparotomías, de forma sistemática y por ultimo tratamiento de patologías concomitantes.

Material y métodos: Realizamos la implantación de un catéter tipo Tenckhoff de dos cuff, recto y con extremo distal curvo. La entrada de un catéter montado sobre una guía metálica se realiza por un trocar de 5 mm, introducido en la cavidad abdominal a través del músculo recto anterior izdo. Bajo visión directa se conduce su extremo distal hasta el fondo de saco de Douglas, se extrae el trocar, y el cuff profundo que se ha introducido en la cavidad es retirado y alojado inmediatamente por el orificio de salida intrabdominal, tunelizamos subcutáneamente el catéter mediante una aguja de redón del nº 14. Se comprueba la entrada y salida de liquido de lavado peritoneal bajo visión directa.

Resultados: La evolución postoperatoria del paciente fue favorable, encontrándose asintomático al día siguiente, y siendo dada de Alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones, ya que por protocolo estos pacientes permanecen en reposo absoluto dos días.

Conclusiones: La diálisis peritoneal constituye una de las nuevas indicaciones de la laparoscopia, ya sea en el implante o en la recolocación, pues el acceso a la cavidad peritoneal y la visión directa de la misma es primordial para el adecuado desarrollo de esta ultima.

V-066

TRATAMIENTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS SUBCOSTALES

S. Morales-Conde⁴, A. Utrera², J. Valdés⁶, D. Bejarano², A. Cano⁴, J. Bellido¹, J.C. Gómez-Rosado⁴, I. Sánchez-Matamoros⁴, M. Socas³, I. Durán⁴ y A. Tejada²

¹Hospital Minas de Río Tinto, Huelva. ²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Objetivo: La cirugía laparoscópica de las hernias ventrales se va imponiendo progresivamente en la práctica diaria. Las ventajas del abordaje laparoscópico de esta patología se asocia a una baja incidencia de recidivas en comparación con la cirugía abierta, pero, existen algunas hernias especiales que suponen realmente un reto para la cirujanos, especialmente aquellas cercanas a los planos óseos, tales como las hernias lumbares, suprapúbicas, subcostales o subxifoides. Las hernias subcostales son consideradas una de esas her-

nias especiales o complejas, dada las dificultades de fijar las mallas al reborde costal. Es diferente considerar una hernia subcostal cerca de la línea media que en la parte más lateral de la incisión. Las primeras se encuentran habitualmente cerca del reborde costal y del apéndice xifoides, mientras que las segundas suelen considerarse como una hernia lumbar más medial, soliendo estar más separadas del plano costal.

Material y método: En el hemiabdomen izquierdo del paciente se colocan 3 trócares. La mayoría de las adherencias de las hernias subcostales mediales son del hígado, existiendo además una gran cantidad del tejido grado del ligamento redondo, el cual debe ser movilizado completamente para garantizar la fijación adecuada de la malla. Una vez concluida la adhesiolisis y el defecto identificado, nos disponemos para la fijación de la malla, técnica que habitualmente hacemos siguiendo una "Doble Corona" de suturas espirales, aunque en estos casos es preciso el uso de suturas transmurales entre los primeros espacios intercostales derechos e izquierdo, a ambos lados del xifoides, ya que no es recomendable la fijación de la malla con tackers a las costillas, por el dolor que pueden producir, además de ser muy dificultoso la fijación a esta zona dada la forma de la cavidad abdominal. Por otro lado, aquellas hernias subcostales más laterales suelen estar más alejadas del reborde costal por lo que la realización de una "Doble Corona" de tackers suele ser suficiente.

Conclusión: Las hernias subcostales son consideradas un verdadero reto para el cirujano, incluso por cirugía abierta. El manejo de las hernias subcostales es diferente en aquellas cerca de la línea media y en aquellas alejadas de dicha zona. El uso de suturas transmurales a través del primer espacio intercostal es necesario para garantizar una fijación adecuada en esta zona.

V-067

HERNIA INCISIONAL GIGANTE CON "PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO". UTILIDAD DEL PNEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO

R. Vilallonga Puy, M. López Cano, J. Azem, R. Lozoya Trujillo, J.L. Sánchez García, F. Vallribera, C. Semeraro y M. Armengol Carrasco
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La hernia incisional gigante con "pérdida de derecho a domicilio" representa un problema especial para el cirujano a la hora de manejar el paciente. El pneumoperitoneo progresivo preoperatorio (PPP), ha sido usado desde su descripción inicial por Goñi Moreno en la década de 1940 para el tratamiento de estos pacientes, ya que produce un aumento gradual de la capacidad abdominal, facilitando la reducción posterior del contenido herniario. Obesidad, enfermedad obstructiva crónica, trastornos cardíacos o renales y diabetes son a menudo factores asociados, que junto con la disminución de la capacidad de la cavidad abdominal, pueden hacer difícil o imposible la reparación de estos defectos de forma directa.

Objetivo: Se presenta el video del caso de una paciente con hernia incisional con "pérdida de derecho a domicilio", que ha sido tratada mediante la aplicación de PPP.

Método: Paciente mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, EPOC, dislipemia, obesidad y meningitis en la infancia. En octubre del 2002 se practicó en otro centro histerectomía más doble anexectomía por CIN-III. En el postoperatorio, presentó infección de la herida laparotómica. Acudió a nuestras consultas por eventración infraumbilical con pérdida de derecho a domicilio que se extendía en dirección caudal hasta la mitad de los muslos. Tras valoración neumológica y adelgazamiento de 30 kilogramos, ingresó en nuestro hospital para la práctica de pneumoperitoneo progresivo que se llevó a cabo a través de un cateter de "Pig-Tail" colocado en el hipocondrio izquierdo. En total se insuflaron 15.000 cc de aire en un plazo de 15 días. Después de este período, fue intervenida practicándose eventroplastia con doble malla de polipropileno más dermolipectomía.

Discusión: La aplicación del PPP en el tratamiento de hernias incisionales gigantes con "pérdida de derecho a domicilio" puede determinar un aumento del volumen de la cavidad abdominal, mejoría de la dinámica respiratoria y reducción de la tensión de la pared muscular. Por esta razón puede facilitar la técnica de la reparación y debe considerarse como un recurso más en este tipo de hernias.

V-068

LAPAROSCOPIC REPAIR OF A POST-TRAUMATIC DIAPHRAGMATIC HERNIA

T. Palsar, A. Takhar y I. Beckingham
Queen's Medical Centre, Nottingham (UK).

Diaphragmatic hernia is a relatively common complication of blunt abdominal trauma, which may often present long after the traumatic event. Traditionally, repair was carried out via an open laparotomy. This entailed a long post-operative recovery period with a considerable morbidity risk.

Here we demonstrate the technique of laparoscopic mesh repair of a large diaphragmatic hernia which presented three months after a motocross accident. The patient made a rapid recovery and was discharged without complication on the second post-operative day. We believe this technique offers significant advantages compared to traditional open repair.

V-069

RECIDIVA PARAESOFÁGICA DE HERNIA PARAESOFÁGICA TRATADA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

J.M. Erro Azcárate, M. Clemares de Lama, M.I. Almendral López, F. Bao Pérez, E. Moriano Bejar y F.J. Ibáñez Aguirre
Hospital de Zumárraga. Zumárraga.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 78 años, intervenida hace 6 años de una hernia hiatal paraesofágica realizándose una reducción herniaria, cierre de pilares y una funduplicatura tipo Nissen por vía laparoscópica, que presenta recidiva hiatal paraesofágica. Se interviene quirúrgicamente por vía laparoscópica observándose una disrupción total de los puntos de cierre de pilares, con la funduplicatura de Nissen en buen estado y validez quirúrgica. Se practica disección hiatal con resección parcial del saco y cierre de pilares con crurasoft. En el vídeo se muestran los detalles de dicha intervención.

V-070

REPARACION LAPAROSCÓPICA DE HERNIA PARADUODENAL INCARCERADA

A. Morandeira Rivas, I. Poves Prim, J.J. Sánchez Cano, C. Díaz Lara, G. Urdaneta, J. Prieto Amigo y E. Baeta Capellera
Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus.

Introducción: Las hernias internas primarias son una causa poco frecuente de oclusión intestinal, aproximadamente un 1%. La hernia paraduodenal es la más frecuente, cerca del 50% de las hernias internas primarias, con un predominio 3:1 de la hernia paraduodenal izquierda sobre la derecha. Su origen es poco conocido aunque las diferentes teorías apuntan a una malrotación del eje intestinal durante el desarrollo embrionario. Estas hernias son más frecuentes en varones en la 3ª-4ª década de la vida. Los pacientes suelen presentar episodios de oclusión intestinal con importante dolor epigástrico y vómitos, aunque existen casos de estrangulación del contenido herniario con peor evolución y pronóstico. La prueba más fiable para el diagnóstico es la TAC, y el tratamiento definitivo es quirúrgico, reduciendo la hernia y cerrando el defecto o resecando el saco herniario.

Caso clínico: Paciente varón de 17 años, que acude a urgencias por dolor epigástrico súbito y vómitos alimenticios. El paciente había presentado dos episodios autolimitados de características similares en los últimos 4 meses. En la radiografía simple de abdomen destacaba la presencia de asas de intestino delgado en situación retrogástrica y supramesocólica. Se realizó una TAC donde se apreciaba el estómago distendido con asas de intestino delgado en la transcavidad y traccionadas hacia el flanco izquierdo con torsión de los vasos mesentéricos. Se colocó sonda nasogástrica presentando mejoría clínica importante, pero debido a los hallazgos radiológicos y la persistencia de leucocitosis se decidió llevar a cabo una exploración laparoscópica. En la intervención se utilizó un trocar umbilical de 10 mm para la cámara y dos trocates de 5 mm para el instrumental. Se confirmó el diagnóstico de hernia mesentérica paraduodenal primaria izquierda, realizándose reducción del contenido herniario (intestino delgado), resección del saco

y cierre del orificio herniario con fijación del duodeno al ángulo de Treitz. El paciente fue dado de alta a los 6 días de la intervención, permaneciendo asintomático desde entonces.

Conclusiones: Las hernias internas son poco frecuentes y su diagnóstico es difícil ya que la sintomatología es poco específica y en la mayoría de las ocasiones episódica y autolimitada. La TAC aporta información importante para el diagnóstico de este tipo de hernias. La hernia paraduodenal izquierda puede tratarse quirúrgicamente por laparoscopia.

V-071

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA INTERNA DEL LIGAMENTO ANCHO

M. García-Oria Serrano y J. Domingo Fontanet
Hospital de Figueras, Figueras.

Objetivos: Las hernias internas son una causa rara de oclusión intestinal (0,9%), de ellas menos del 9% se deben a una herniación a través del ligamento ancho uterino, lo que significa, menos de 76 casos descritos en la literatura científica. Solo en una ocasión, la intervención fue totalmente realizada utilizando el abordaje laparoscópico.

Presentamos un nuevo caso de diagnóstico y tratamiento laparoscópico, de una hernia de intestino delgado estrangulada, a través de un orificio en el ligamento ancho izquierdo. El vídeo muestra los hallazgos intraoperatorios y la técnica quirúrgica realizada.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 43 años de edad, que ingresó en observación hospitalaria por un cuadro de dolor cólico epigástrico de 6 horas de evolución. A las 24 horas el dolor persiste, pero se ha desplazado hacia hipogástrico. No hay defensa muscular, sí dudoso peritonismo. Aparece febrícula, aumenta la cifra de leucocitos en sangre y la proteína C reactiva. Se decide realizar laparoscopia exploradora encontrando un asa intestinal herniada a través de un orificio en el ligamento ancho uterino. Se consigue reducir laparoscópicamente dicha hernia, sin que sea preciso realizar resección intestinal. El orificio herniario es cerrado con una sutura continua de seda.

Resultados: La paciente tiene un curso postoperatorio correcto pudiendo ser dada de alta el 4 día postoperatorio sin incidencias.

Conclusiones: En el caso presentado la cirugía laparoscópica nos aportó un diagnóstico exacto precoz, evitando así la resección intestinal y tratando al mismo tiempo la patología existente. La paciente se benefició de las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva.

V-072

TRATAMIENTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS LUMBARES

S. Morales-Conde², A. Utrera¹, J. Valdés², D. Bejarano¹, A. Cano², J. Bellido³, J.C. Gómez-Rosado², P. Fernández², I. Sánchez-Matamoros², A. Tejada¹ y J. Cantillana²

¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³Hospital Minas de Río Tinto, Huelva.

Objetivos: La cirugía laparoscópica de las hernias ventrales se va imponiendo progresivamente en la práctica diaria. Las ventajas del abordaje laparoscópico de esta patología se asocia a una baja incidencia de recidivas en comparación con la cirugía abierta, pero, existen algunas hernias especiales que suponen realmente un reto para la cirujanos, especialmente aquellas cercanas a los planos óseos, tales como las hernias lumbares, suprapúbicas, subcostales o subxifoideas. Las hernias lumbares están incluidas dentro de estas hernias especiales o complejas, dada las dificultades de exposición de la zona de anclaje de la malla.

Material y método: El paciente se coloca en decúbito lateral, y se introduce tres trócares en la línea media. En la mayoría de los casos, estas hernias son muy laterales y el colon debe ser movilizado medialmente para exponer adecuadamente el psoas y los músculos paravertebrales. La grasa retroperitoneal en esta zona suele ser muy abundante por lo que suele ser necesario retirarla para poder exponer adecuadamente la zona de tejido donde anclar la malla. Independientemente de estos hechos, las hernias en estas localizaciones suele estar muy cerca de los planos óseos, en especial de reborde costal posterior, y para garantizar la fijación en esta zona es preciso introducir

suturas transmurales entre los espacios intercostales, una vez fijada la malla a la pared siguiendo la técnica de la "Doble Corona" de suturas espirales.

Conclusiones: Las hernias lumbares son consideradas un reto para el cirujano incluso en cirugía abierta. El manejo de la hernias lumbares

por vía laparoscópica requiere una fijación adecuada de la misma para lo que precisa la movilización del colon, la extirpación de la grasa retro-peritoneal, la exposición de los músculos de la zona y la colocación de suturas transmurales a través de los espacios intercostales además de la clásica doble corona de suturas espirales.

SIMPOSIUM

CIRUGÍA ESPAÑOLA indexada: Mirando al futuro

Jueves 9 de noviembre
09:00-10:30
Sala Calatrava

Moderador:

P. Parrilla.

Director Revista Cirugía Española, Murcia. España.

Ponentes:

Strategies for SCI indexation.

D. Tempest.

Elsevier-Oxford, Reino Unido.

How to get your work published. Experience from the BJS.

D. Alderson

Birmingham, Reino Unido.

Proyecto de futuro de CIRUGÍA ESPAÑOLA

E. Targarona.

Barcelona, España.