

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes de edad avanzada o condiciones médicas graves presentan un menor índice de complicaciones. Los pacientes con menor IMC inicial presentan un mayor PEIMC a los 12 meses de seguimiento. En nuestra experiencia, la GTL constituye una técnica alternativa a las ya existentes, segura y eficaz en pacientes con obesidad mórbida, seleccionados y con indicaciones concretas.

P-403. OCLUSIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN DE LA DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA MEDIANTE SWITCH DUODENAL

F. Carvajal López, I. Larrañaga Blanch y J. Camps Lasa

Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Presentamos dos casos de oclusión intestinal por brida como complicación tardía de la derivación biliopancreática mediante switch duodenal, siendo en uno de ellos la causa de la oclusión dependiente del asa alimentaria y en el otro del asa biliopancreática. Se hace hincapié en las dificultades diagnósticas y en los hallazgos radiológicos, tras realizar una revisión de las complicaciones de este tipo de cirugía bariátrica.

Material y métodos: Presentación de dos casos clínicos de oclusión intestinal tardía por brida tras switch duodenal y revisión de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 46 años de edad intervenida en nuestro centro hace 13 meses de obesidad mórbida (IMC 55) mediante SD que consultó por dolor abdominal asociado a vómitos. Tras la sospecha clínica de oclusión intestinal se realizó TC abdominal urgente que observaba asa de ID marcadamente dilatada a nivel del área del pie del asa. Se instauró tratamiento conservador con NPT y SNG mostrando una evolución tórpida y empeorando radiológicamente por lo que fue intervenida al 4.º día del ingreso mediante laparotomía media iterativa, observándose una oclusión intestinal del asa alimentaria por una brida de mesenterio que se seccionó. Posteriormente mostró una evolución favorable y es dada de alta al 6.º día postoperatorio. Caso 2: mujer de 49 años de edad intervenida hace 7 años de switch duodenal y de eventración de laparotomía media a los 2 años; que acudió por dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. En el TC abdominal se objetivó dilatación de asas de ID compatibles con oclusión intestinal que se origina probablemente en el pie del asa del switch. Se realizó IQ urgente observando oclusión intestinal del asa biliopancreática por una brida de mesenterio a unos 10 cm proximalmente al pie del asa que se secciona. No presentó complicaciones durante el postoperatorio y fue dada de alta a la semana de la intervención. El switch duodenal es una técnica mixta agresiva para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuya indicación sigue estando controvertida. Al ser un procedimiento malabsortivo muestra un mayor mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo y es altamente eficaz para el tratamiento de las comorbilidades. La mortalidad operatoria es similar a la de otras técnicas. Los problemas asociados a la técnica a largo plazo son diarrea, desnutrición e hipovitaminosis, siendo necesaria, en algunos casos, la reintervención para alargar el asa común. Las complicaciones potquirúrgicas más comunes son, en orden decreciente, oclusión intestinal (18%), eventraciones y hernias internas (16%), dehiscencia de sutura (10%) y fistulas entéricas (3%). De las oclusiones intestinales, el 65 % de la anastomosis gastroileal, 24 % del asa biliar y 9 % del asa alimentaria. Es necesaria la reintervención por complicaciones en el 2 % de los casos.

Conclusiones: La oclusión intestinal por bridas es una complicación poco a tener en cuenta tras cirugía bariátrica tipo switch duodenal, que en ocasiones plantea dificultades en la interpretación de las pruebas radiológicas y requiere de una reintervención quirúrgica urgente que impida la aparición de otras complicaciones.

P-404. BANDA GÁSTRICA COMPLICADA: PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

F. Atahualpa Arenas, J.A. López Baena, J.L. García Sabrido, R. Obregón Reina, E. Ruiz Ucar, P. Álvarez de Sierra Hernández, M.A. Salamanca Steiner y J. Rodríguez del Campo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir una forma de presentación poco frecuente de la banda gástrica laparoscópica.

Material y métodos: Presentamos a un paciente de sexo femenino de 66 años, antecedentes de importancia: hipertensión arterial, diabetes mellitus II, hipotiroidismo, apendicectomía, dos cesáreas y colocación de banda gástrica laparoscópica por obesidad hace 1 año. Historia de intolerancia oral y dolor abdominal epigástrico de varios días de evolución. Ingreso por urgencias en otro centro por exacerbación brusca del dolor abdominal donde se le practica un TAC abdominal con único hallazgo significativo colelitiasis. Dos días después acude a urgencias de nuestro Centro por empeoramiento además de fiebre e ictericia. El examen clínico mostró irritación peritoneal. La analítica mostró leucocitosis de 11.000 con neutrofilia 79 %, bilirrubina 5,8 mg %, GGT 559 U/l, fosfatasa alcalina 778 U/l, ALT 436 U/l; la ecografía informó dilatación de la vía biliar intra y extra hepática, colelitiasis y signos de colecistitis aguda. Se decidió cirugía de urgencia.

Resultados: Inicio por laparoscopia y conversión por hallazgos intra operatorios: perforación gástrica y cuatro perforaciones en yeyuno proximal, peritonitis generalizada y obstrucción intestinal alta por migración de la banda gástrica intraluminal. Se realizó cierre de la perforación gástrica, resección parcial de yeyuno, anastomosis duodeno yeyunal y colecistectomía. La evolución post operatoria fue satisfactoria y la paciente fue dada de alta en buenas condiciones.

Conclusiones: La inclusión de la banda gástrica con migración intraluminal es una complicación poco frecuente. Su presentación clínica está dada por cuadros de intolerancia alimentaria asociado a abdomen agudo. Su presentación con ictericia-colelititis es muy poco común.

PARED ABDOMINAL Y SUTURAS

COMUNICACIONES ORALES

O-009. HERNIA INCISIONAL TRAS CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL. INCIDENCIA ELEVADA EN SEGUIMIENTO POR TAC EN PACIENTES INTERVENIDOS TANTO POR LAPAROTOMÍA COMO POR LAPAROSCOPIA

J.A. Pereira Rodríguez, M. Pera Román, J. Sánchez Parrilla, S. Alonso Gonçalves, V. Juncá Valdor y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La frecuencia de hernia incisional es elevada especialmente en pacientes con factores de riesgo. Los pacientes intervenidos por neoplasia de colon y recto presentan características comunes que hacen que un número importante de ellos presenten varios factores de riesgo asociados en el momento de la cirugía, por lo que cabe esperar que gran número de ellos se

beneficien del uso de medidas profilácticas para evitar la aparición posterior de hernia incisional con la consecuente morbilidad y mortalidad asociada tanto a la patología como a la cirugía reparadora. El seguimiento por TC de estos pacientes permite evaluar de forma mucho más precisa que la exploración clínica, la prevalencia de hernia incisional y determinar con exactitud la prevalencia de esta enfermedad.

Objetivos: Determinar mediante los TC de seguimiento rutinario de la patología oncológica, la tasa de hernia incisional en pacientes intervenidos por cáncer de colon y recto. Analizar los factores de riesgo individual y determinar aquellos pacientes en los que pudiera ser adecuado el uso de malla profiláctica implantada en el mismo acto quirúrgico.

Material y métodos: Se analiza una serie retrospectiva de 452 pacientes (347 laparotomía y 105 laparoscopia) intervenidos en el periodo entre enero de 2006 y septiembre de 2008. Un total de 341 pacientes (250 laparotomía y 91 laparoscopia) fueron considerados válidos para el análisis. Se examinaron los registros informáticos de los pacientes y se recogieron los datos demográficos, quirúrgicos, complicaciones, factores de riesgo y evolución. Se consideraron afectados de hernia incisional los pacientes que reunían uno o varios de los siguientes criterios: Intervención por hernia incisional durante el seguimiento; diagnóstico de hernia incisional durante el seguimiento; disrupción de la pared abdominal con protrusión del contenido de la cavidad abdominal en la última TC de control. Todas las historias fueron revisadas por un observador no relacionado con el tratamiento del paciente. Los casos considerados dudosos fueron evaluados por un radiólogo independiente que dictaminó si existía o no una hernia. Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico.

Resultados: Un total de 104 pacientes (30,5%) fueron diagnosticados de hernia incisional durante el seguimiento; 62 pacientes (18,2%) fueron intervenidos; siendo el resto descartados por diversos motivos. La TC permitió diagnosticar 36 hernias (10,5%) no detectadas clínicamente. La tasa de hernia incisional en los pacientes intervenidos por laparotomía fue del 41,2% y del 38,4% en los intervenidos por laparoscopia. Los factores de riesgo asociados de forma estadísticamente significativa con la aparición de hernia incisional fueron: el BMI ($p = 0,001$); aparición de complicaciones postoperatorias ($p = 0,003$); infección de herida quirúrgica ($p = 0,01$); asociación de ostomía ($p = 0,03$).

Conclusiones: En nuestra serie la prevalencia de hernia incisional tras resección por cáncer colorectal es superior a la esperada. Los resultados de nuestro estudio demuestran que un elevado número de los pacientes sometidos a resección de colon son candidatos a recibir medidas profilácticas para evitar la aparición de hernia incisional. Un elevado porcentaje de hernias incisionales pasa desapercibido durante el seguimiento. Los informes de TC deberían indicar específicamente la presencia o no de esta alteración.

O-010. RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL EN LAS EVENTRACIONES ASOCIANDO LA "SEPARACIÓN DE COMPONENTES" Y LA "SUSTITUCIÓN APONEURÓTICA CON PRÓTESIS"

M.J. Fraile Vilarrasa, C. García Vázquez, E. York, B. Manso, P. Vorwald y A. Celdrán Uriarte

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Las eventraciones son un problema frecuente en los Servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo; pueden aparecer hasta en un 10% de los pacientes intervenidos. Son causa de importantes complicaciones e incapacidades físicas para los enfermos, y su reparación quirúrgica no ha llegado a obtener unos resultados óptimos.

Objetivos: Presentamos una serie de pacientes con eventraciones en los que se reconstruyó la pared abdominal, independien-

temente del diámetro de sus anillos herniarios, mediante la utilización, a demanda, de la "separación de componentes", asociada a la técnica denominada "sustitución aponeurótica con prótesis".

Material y métodos: Entre 2002 y 2006 fueron intervenidos 83 pacientes que se agruparon en función del diámetro transversal de los anillos herniarios de sus eventraciones. El grupo A (n: 34) incluía los diámetros menores o iguales a 5 cm, y el grupo B (n: 49), a los superiores a 5 cm. No existían diferencias significativas en las características de ambos grupos. La "separación de componentes" se realizó en 6 (18,7%) de los pacientes del grupo A y en 14 (28,6%) de los pacientes del grupo B. La técnica empleada ha sido la "sustitución aponeurótica con prótesis", que consiste en la colocación de una malla profunda preperitoneal o retromuscular prefascial entre la vaina posterior de los rectos y el musculo) y otra malla preaponeurótica, unidas ambas por puntos transfixivos que atraviesan todo el espesor de la pared, intentándose el cierre sin tensión de los bordes de la eventración, para lo que se puede asociar la técnica Ramírez et al "separación de los componentes".

Resultados: Se resumen en la tabla.

	Grupo A ≤ 5 cm N: 34 pacientes	Grupo B > 5 cm N: 49 pacientes
Reconstrucción completa de pared abdominal	31 (91,2%)	35 (71,4%)
Sustitución aponeurótica con doble prótesis	26 (76,5%)	39 (79,6%)
Morbilidad	4 (11,7%)	10 (20,3%)
Seguimiento medio	29,3 meses	25,70%
Recidivas	0 (0%)	2 (4%)
Tasa global de recidivas, 2/83 (2,4%)		

Conclusiones: La reconstrucción de la pared abdominal mediante la "separación de componentes" asociada a la "sustitución aponeurótica" con prótesis puede ser utilizada razonablemente en el tratamiento de las eventraciones de pared abdominal, independientemente de cuál sea su diámetro, con una baja morbilidad y una aceptable tasa de recidivas.

O-011. MALLAS AUTOADHESIVAS EN HERNIOPLASTIA INGUINAL: ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVO DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y POSTOPERATORIO PRECOZ

M. Bruna Esteban¹, M. Cantos Pallarés² y E. Artigues Sánchez de Rojas²

¹Hospital Valencia al Mar, Valencia

²Hospital General Universitario, Valencia,

Introducción: El empleo de mallas confeccionadas con materiales reabsorbibles y con estructuras que las permiten fijarse al tejido sin necesidad de suturas se plantea como una posibilidad terapéutica en la reparación de la hernia inguinal, disminuyendo los tiempos quirúrgicos y mejorando supuestamente los resultados de dolor y recuperación postoperatoria. En este estudio pretendemos determinar si el empleo de este tipo de mallas representa algún beneficio en la técnica y postoperatorio precoz en base al dolor y otras complicaciones en pacientes con hernia inguinal en comparación con la técnica clásica de hernioplastia a lo Lichtenstein.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio prospectivo y aleatorizado de los pacientes intervenidos de hernia inguinal entre marzo de 2009 y marzo del 2010, dividiendo a los pacientes en 2 grupos de 45 individuos. En el grupo AA (AutoAdhesiva)

se incluyeron los individuos a los que se les realizó una hernioplastia inguinal con malla preformada autoadhesiva de polipropileno y ácido poliláctico (Parietene Progrid®) y en el grupo LC (Lichtenstein Clásico) aquellos pacientes sometidos a una hernioplastia tipo Lichtenstein con malla de polipropileno fijada con sutura monofilar. No se incluyeron pacientes que presentaban hernias recidivadas, bilaterales, crurales y aquellos con alguna complicación aguda. Durante los primeros 7 días postoperatorios se evaluaron las complicaciones y diariamente el dolor mediante el sistema de Escala Visual Analógica.

Resultados: Un total de 90 pacientes fueron incluidos en el estudio, incluyendo 45 en cada grupo. La edad media del grupo AA fue de 60 años frente a los 49 del grupo LC. En ambos, la mayor parte eran varones sin diferencias significativas en las comorbilidades asociadas. El tiempo de evolución medio de la patología herniaria fue de 6 meses en los 2 grupos, siendo más frecuentes las hernias del lado izquierdo en el grupo AA y las derechas en el LC. En ambos grupos, el tamaño medio del defecto herniario fue 3 cm y en torno al 60 % de las hernias eran indirectas, sin diferencias significativas en el volumen del saco herniario. El tiempo medio de colocación de la malla y el quirúrgico global fue menor en el grupo AA frente al LC: 1 vs 4 minutos y 18 vs 20 minutos respectivamente. No hubo diferencias significativas en estancia hospitalaria, necesidad de analgesia de rescate, complicaciones (serosa, infección y hematoma) ni dolor postoperatorio.

Conclusiones: El empleo de mallas autoadhesivas y parcialmente reabsorbibles en la reparación de la hernia inguinal disminuye el tiempo quirúrgico total y el de colocación de la prótesis, sin efecto en el dolor y complicaciones postoperatorias precoces frente a la hernioplastia a lo Lichtenstein con malla de polipropileno fijada con sutura monofilar.

O-012. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LAS EVENTRACIONES. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

J.M. Hernández Carmona, H. Oehling de los Reyes, R. de Luna Díaz, A. del Rey Moreno, F.J. Pérez Lara, J. Doblas Fernández y H. Oliva Muñoz

Hospital de Antequera, Málaga.

Introducción: Las eventraciones post-laparotomía constituyen un proceso frecuente en nuestras listas de espera quirúrgica. Su tratamiento sigue buscando mejores resultados que los publicados antes de la aplicación de mallas. Con la introducción de la laparoscopia se ha intentado mejorar los resultados a corto y largo plazo.

Objetivos: Presentar la experiencia propia de un Servicio de Cirugía General y Digestiva en los últimos diez años, en el tratamiento de eventraciones por vía laparoscópica.

Pacientes y métodos: Análisis prospectivo de una serie de 579 pacientes diagnosticados de eventración de pared abdominal. 519 pacientes fueron tratados en cirugía programada y 60 en cirugía de urgencias. Predominio de la patología en mujeres (62 %). El 24 % de los pacientes (125) fue tratado mediante cirugía laparoscópica. El material protésico más utilizado fue PTFE (79 %). Se evalúan parámetros clínicos, complicaciones postoperatorias y tasa de recidivas.

Resultados: El grupo más frecuente fue la eventración de línea media. Estancia media de 3,3 días con un tiempo medio de intervención de 120 minutos. El sangrado y deserosamiento de asas fueron las complicaciones intraoperatorias más frecuentes (12 %). Complicaciones postoperatorias menores: íleo, dolor y serosas. Complicaciones mayores postoperatorias: Dolor prolongado, peritonitis y oclusión intestinal. La tasa de recidiva ha sido de un 12 %.

Conclusiones: Se trata de una técnica compleja, e infravalorada en sus inicios requiriendo la participación de cirujanos exper-

tos. El dolor y el íleo postoperatorio es más marcado que en otros procesos abordados por vía laparoscópica. La prótesis a usar debe ser amplia y rebasar en 5 cm al orificio herniario.

O-013. PUNTUACIÓN DE DIFICULTAD DE KINGSNORTH PARA LA CLASIFICACIÓN DE HERNIAS INGUINALES. UN SISTEMA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

D. Dorcaratto, C. Silva Vergara, M. Climent Agustín, V. Juncá Valdor, J. Solsona Martínez, M. Segura Badía, J.A. Pereira Rodríguez y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La clasificación ideal de las hernias inguinales debería permitir predecir: la dificultad operatoria, la duración de la cirugía y la posibilidad de aparición de complicaciones y recidivas. Ninguna de las clasificaciones utilizadas hasta ahora reúne dichos requisitos, probablemente porque todas se basan en la localización y tamaño del orificio herniario, sin tener en cuenta las características individuales de los pacientes, y conceden gran importancia a la diferenciación entre hernias directas y oblicuas externas (mediales y laterales según la clasificación EHS). La clasificación de Kingsnorth (2004) combina parámetros biométricos y características exploratorias permitiendo puntuar la dificultad quirúrgica esperada entre 2 y 8 puntos.

Objetivos: Evaluar de forma prospectiva la utilidad de dicha clasificación para predecir la duración de la cirugía y la aparición de complicaciones postoperatorias en una cohorte de pacientes sometidos de a reparación electiva de hernia inguinal.

Pacientes y métodos: Los pacientes fueron visitados en consultas externas y se les asignó la puntuación preoperatoria correspondiente. Se recopilaron los datos demográficos, la duración de la intervención, la presencia y tipo de complicaciones, la estancia hospitalaria y las complicaciones a largo plazo. Se compararon los resultados operatorios y postoperatorios en función de la puntuación asignada. El seguimiento se realizó al mes y a los seis meses de la cirugía. El estudio estadístico se realizó con el programa Statview 4.0.

Resultados: Entre enero de 2006 y febrero del 2010 se incluyeron un total de 219 pacientes varones afectados de 256 hernias inguinales (37 bilaterales). La edad media fue de 60,6 años ($\pm 14,4$), con un BMI de 25,8 ($\pm 3,3$). La duración media de la cirugía fue 43,5 minutos ($\pm 15,2$). La distribución de los pacientes por puntuación de dificultad se muestra en la tabla. El análisis estadístico de los datos mostró diferencias significativas en cuanto a la duración de la intervención, (41,4 minutos en pacientes con puntuación menor de 5 y 64,5 minutos en pacientes con puntuación mayor de 5, $p < 0,001$). La proporción de complicaciones post-operatorias fue mayor, aunque sin alcanzar la significación estadística, en los pacientes con puntuaciones más elevadas (13,9 % en los pacientes con puntuación menor de 5 y 30,7 % en los pacientes con puntuación mayor de 5). Completaron el seguimiento a los seis meses 147 pacientes, en los que se detectaron 4 recidivas, todas ellas en pacientes con puntuaciones menores de 5 puntos.

Dificultad	N	%
Dos	82	32
Tres	78	30,4
Cuatro	56	21,8
Cinco	27	10,5
Seis	9	3,5
Siete	2	0,8
Ocho	2	0,8
Total	256	100

Conclusiones: La clasificación de Kingsnorth permite diferenciar las hernias inguinales en función de su dificultad operatoria y anticipar la duración probable de la intervención. Ello facilita una mejor programación de la actividad operatoria diaria. Aunque no se han detectado diferencias significativas, un 30% de las hernias con mayor grado de dificultad (puntuación mayor de 5) pueden presentar complicaciones independientemente de la patología asociada, por lo que dichos pacientes deberían considerarse no candidatos a cirugía mayor ambulatoria. La dificultad no se correlacionó con la recidiva.

O-014. EMPLEO DE PRÓTESIS DE COLÁGENO EN LA REPARACIÓN DE EVENTRACIONES

J.M. Rueda Pérez, J.A. Murcia Legaz, J.M. Alarte Garvía, J.A. García Marcilla, E. Romera Barba, I. Navarro García y J.L. Vázquez Rojas

Hospital Santa María del Rosell, Cartagena.

Objetivos: La prótesis de colágeno, formada por fibras de colágeno entrelazadas tridimensionalmente, es una prótesis biológica que se reabsorbe gradualmente, al tiempo que es sustituida por un nuevo tejido conjuntivo endógeno. De esta forma, actúa como guía y soporte biológico para la formación de nuevo tejido vital. El proceso de elaboración, a partir de pericardio bovino, obtiene un material biológico totalmente inerte, con mínima posibilidad de rechazo inmunológico y de producir infecciones. El objetivo es presentar los resultados de un estudio con el empleo de esta prótesis para la reparación de eventraciones.

Material y métodos: Durante un período de dos años (febrero de 2008 a febrero de 2010), hemos realizado en nuestro Servicio un total de 90 reparaciones de hernias ventrales, por vía abierta, mediante el empleo de prótesis de colágeno, lo que representa casi la tercera parte del total de nuestras eventroplastias programadas. Los criterios de selección de los pacientes son: alto riesgo de infección, oncológicos, eventraciones recidivadas con prótesis previa, prótesis infectadas, intolerancia o rechazo a los materiales sintéticos y mujer en edad fértil (posibilidad de futura cesárea). La mediana de edad es de 59 años (34 a 80 años), con predominio del sexo femenino (63%). La mediana del diámetro del defecto herniario es de 10,5 cm (5 a 27 cm), localizándose la mayoría en la línea media. Empleamos prótesis de colágeno, que precisa rehidratación y que impregnamos de antibiótico (inmersión durante 10 minutos en suero salino con gentamicina). Los tamaños de prótesis empleados son 12 x 8 cm y 16 x 12 cm; en algunos pacientes se emplearon dos o incluso tres prótesis. En todos los casos se utilizó la prótesis como sustitución; se implantó a nivel preperitoneal en el 95% de los pacientes y en ningún caso en posición preaponeurótica. Se suturó con material reabsorbible a un mínimo de 3 cm del borde del defecto herniario y, siempre que fue posible, se cubrió con aponeurosis, al menos parcialmente. Se ha realizado seguimiento de todos los pacientes, no habiéndose perdido ninguno durante el mismo, con revisiones al mes, al trimestre, al semestre y anuales (rango: 1 a 24 meses; mediana: 12 meses).

Resultados: Estancia hospitalaria: mediana de 2 días (2 a 5 días). Morbilidad: Infección: 0 casos. Intolerancia o rechazo: 0 casos. Sensación de cuerpo extraño: 0 casos. Seroma significativo: 3 casos (3,3%). Otras complicaciones: 0 casos. Mortalidad: 0 casos. Recidiva: 5 casos (5,5%); una de ellas precoz.

Conclusiones: La prótesis de colágeno puede emplearse, con seguridad y eficacia, en la reparación de hernias ventrales. Es una prótesis que reúne una serie de ventajas, derivadas de sus características físicas y biológicas, para ser empleada en pacientes seleccionados, siendo muy bien tolerada. La tasa de recidiva que hemos tenido, hasta el momento actual, es relativamente baja y la morbilidad ha sido mínima.

O-015. ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA INGUINAL EN PROGRAMAS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA LA SALUD EN ÁFRICA

E. Gil, J. Gil, J.M. Rodríguez, Q. Hernández, M. González, M.D. Balsalobre, N. Torregrosa, P. Pastor, M.A. García, E. Amate y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos en la Reparación herniaria realizada en un programa de Cooperación internacional en África realizado por cirujanos españoles.

Material y métodos: Se estudian 523 procesos de reparación herniaria efectuados en países africanos (Mali y Camerún) por cirujanos españoles en un programa de Cooperación Internacional para la Salud durante los años 2005-2009. Se analizan los datos generales, los indicadores de calidad científico-técnica, los indicadores de efectividad, indicadores de eficiencia, tipo de cirugía y complicaciones. Se comparan con los obtenidos en 386 procesos de reparación herniaria realizados en diferentes centros españoles dentro del "Proyecto Nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal".

Resultados: Se resumen en la tabla.

	Estudio multicéntrico español / Sección de Gestión de Calidad. AEC-2003	Cooperación internacional en África (2005-2009)
Datos generales		
Pacientes	356	523
Edad	56,33 (19-89) años	51,85 (2-87) años
Sexo	Varones 88,3%	Varones 80%
ASA	ASA I 50,1%	ASA I 20,1%
	ASA II 39,2%	ASA II 69,9%
	ASA III 9,9%	ASA III 9,1%
	ASA IV 0,8%	ASA IV 0,9%
Enfermedades asociadas	EPOC 6,87%	Malaria 100%
	Fumador > 20c/d 20,39%	Filariasis 100%
	Obesidad moderada o grave 28,73%	SIDA 10%
		IMC 21,00 ± 2,70 (13-29)
Indicadores de calidad científico-técnica		
Estudio preoperatorio	Exceso	Pocas:
Consentimiento	95,60%	G.TA.FC.ACP.
Valoración por anestesia	92,70%	Verbal
Anestesia local + sedación	16,36%	Siempre
Profilaxis antibiótica	75,39% (el 87,47 una sola dosis)	Siempre. (dosis única)
Profilaxis TVP	45,04%	No
Uso de mallas	89,60%	80,70%
Interv. por residente	20,42%	14,72%
Indicadores de efectividad		
Mortalidad	0	0
Hematoma	11,61%	3,82%
Infección de herida	1,46%	0,95%
Seguimiento posterior	70% (n = 268)	31,54% (n = 165)
Recidiva herniaria	4,11 (1,74-6,59)	4,24% (7 recidivas)
Indicadores de eficiencia		
Tiempo total (en horas) de estancia media	Hospitalización: 47,5 h	21,6 h
	CMA: 11,65 h	
Estancia media > 24h	53,26 h (48,14-58,38)	25,44 h (25,10-25,78)

Conclusiones: Los programas de reparación herniaria dentro del marco de Cooperación Internacional para la Salud, obtienen tan buenos resultados como los obtenidos en España. Dentro de estos programas es necesario auditar los resultados para poder ofertar estándares de calidad similares a los ofrecidos en países desarrollados.

O-016. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN ABDOMEN ABIERTO

A. Jiménez Salido, A. Caro Tarragó,
J. Vadillo Bargalló, C. Gonçalves Tinoco,
E. Duque Guilera, J.M. Coronas Riba,
C. Olona Casas, F. Feliu Villaró,
J.M. Castellote Caixal, J. Escuder Pérez
y V. Vicente Guillén

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

El abdomen abierto permite un mejor acceso a la cavidad abdominal en caso de necesidad de revisiones quirúrgicas repetidas, drenaje de infección intraabdominal o necesidad de realizar un segundo tiempo quirúrgico. Además previene la deshidratación debida al edema de las asas intestinales, disminuye la agresión sobre la pared abdominal con un menor riesgo de necrosis al evitar el cierre abdominal a tensión, disminuye la presión intraabdominal en caso de síndrome compartimental, y mejora la función respiratoria de los pacientes al disminuir la hiperpresión abdominal sobre el diafragma. Existen múltiples métodos para realizar un cierre abdominal temporal, siendo el objetivo final de todos ellos conseguir el cierre abdominal definitivo. La terapia V.A.C.[®] es un sistema que utiliza presión negativa, continúa o intermitente, que favorece la granulación de los tejidos con una aproximación de los bordes aponeuróticos y cutáneos, estabiliza la herida quirúrgica minimizando las pérdidas de fluidos y proteínas y evitando la contaminación de la misma, disminuye el edema de asas intestinales y elimina el exudado producido en la herida abdominal. En nuestra experiencia, se colocó terapia V.A.C.[®] Abdominal Dressing System en 46 pacientes, desde diciembre de 2005 a diciembre de 2009. De estos 46 pacientes, 33 eran hombres (72 % de los pacientes) y 13 mujeres (28 %). La media de edad fue de 63 años. Entre las causas más habituales para la colocación de la terapia Abdominal Dressing encontramos: 15 evisceraciones (6 únicas y 9 repetidas y/o asociadas a otra patología intraabdominal) (33 %); 6 síndrome compartimental. (13 %); peritonitis: 14 fecaloideas (31 %), 6 purulentas (13 %), 2 abscesos intraabdominales (4 %); 4 pancreatitis aguda necrosantes (tras pancreatostomía) (9 %); 4 isquemias mesentéricas (9 %); 1 perforación vesical (2 %); 3 aneurismas aórticos rotos (6 %). La duración media de la terapia fue de 23 días, con una media de 11 cambios de Abdominal Dressing durante la duración de la terapia. Se llevó a cabo cierre diferido de la pared abdominal en 24 pacientes. En 19 pacientes se colocó una prótesis para el cierre. En 5 pacientes se realizó un cierre primario. Un paciente no requirió cierre abdominal por cicatrización por segunda intención. Entre las complicaciones postoperatorias más frecuentes se encontraron infecciones de herida quirúrgica superficial (6,2 %), dehiscencias de suturas anastomóticas (4,18 %), peritonitis (3,4 %) y fístulas intestinales (4,2 %). En el postoperatorio inmediato, 19 pacientes fueron exitus por causas debidas al shock séptico o descompensación de su patología basal. 27 pacientes pudieron ser dados de alta a domicilio. La terapia V.A.C.[®] Abdominal Dressing puede ser una buena opción ante situaciones con abdomen séptico que requieran un cierre diferido o cuando existe la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico.

O-017. ESTUDIO DEL EFECTO DE LAS CÉLULAS MADRE DERIVADAS DEL TEJIDO ADIPOSO ALOGÉNICAS EN LA CICATRIZACIÓN PERITONEAL Y LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS PERITONEALES EN UN MODELO EXPERIMENTAL IN VIVO

I. García-Gómez, T. Georgiev Hristov, S. Olmedillas,
J. Trébol, A. Gurbindo, M. Álvarez Gallego,
M. García Arranz y D. García Olmo

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción y objetivos: La mala cicatrización del peritoneo tras una cirugía abdominal conlleva la formación de adhesiones peritoneales que causan significativas complicaciones postoperatorias. Mientras se continúa avanzando en la comprensión de los mecanismos que intervienen en la formación de adherencias, es importante seguir intentando desarrollar tratamientos para evitar su formación. Las células madre derivadas del tejido adiposo (ASC) se han aplicado satisfactoriamente en terapias autólogas o alogénicas en procesos de cicatrización cutánea. Por ello, se ha planteado un abordaje experimental utilizando un modelo de lesión peritoneal para estudiar el efecto de las ASC en la cicatrización peritoneal y la formación de adherencias.

Material y métodos: Los cultivos de ASC se obtuvieron de la grasa subcutánea de ratas BDIX. Las células en cultivo fueron transducidas con el gen de la proteína verde fluorescente (eGFP). Para la realización del modelo de lesión peritoneal se utilizaron 50 ratas Sprague-Dawley. La cirugía consistió en exponer la pared peritoneal mediante una incisión en la línea media y diseccionar una parte del peritoneo, de 2 cm de diámetro, incluyendo el *transversus abdominus* que posteriormente se vuelve a suturar en su lugar (fig. 1). A continuación se inyecta localmente 1 ml de ASC alogénicas (2×10^6 cél/ml) (n = 25), o 1 ml de solución salina (SS) (n = 25), sacrificando a los animales a las 24 horas (n = 10), 72 horas (n = 10), 7 días (n = 20) y 28 días (n = 10). La formación de adherencias se evaluó a partir de los 7 días (cuando se consideran permanentes) mediante un estudio macroscópico. La evolución del proceso de cicatrización se valoró estudiando la presencia de las ASC alogénicas implantadas, de los macrófagos, de las células mesoteliales y de los miofibroblastos mediante técnicas histológicas e inmunofluorescentes a los diferentes tiempos establecidos.

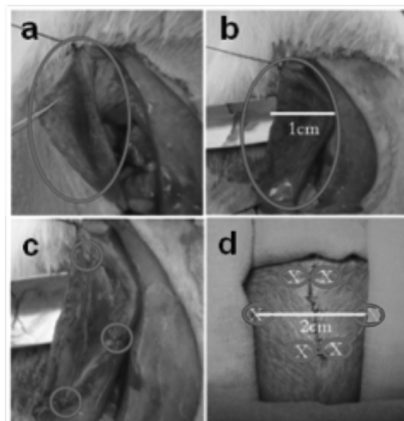
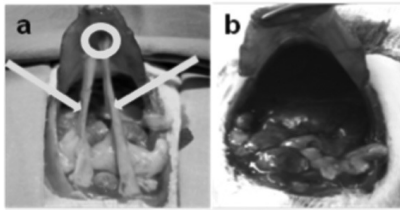


Fig. 1 Cirugía del modelo de lesión peritoneal. Aislamiento (a) y disección (b) del transversus abdominus suturándolo posteriormente en su lugar (c). Por último se cierra la laparotomía quedando una lesión de 2 cm de diámetro (d).

Resultados: El 100% de los animales a los que se les inyectó SS presentaron adherencias permanentes a partir de los 7 días de evolución (fig. 2), sin embargo el 46,67% de los animales tratados con ASC alogénicas no desarrollaron adherencias, existiendo diferencias significativas al analizar los datos en una tabla de contingencia mediante el test de Fisher ($p < 0,01$) (fig. 2). Al estudiar el proceso de cicatrización del área lesionada se apreciaron diferencias entre ambos grupos en los primeros días de evolución de la lesión. En los animales tratados con ASC alogénicas se observó una mayor infiltración de mastocitos así como la presencia temprana de macrófagos localizados entre las ASC implantadas. A los 7 días de evolución se observó la presencia de ASC en el perimio de las fibras musculares y el proceso cicatricial se diferenciaba en la presencia y el ordenamiento de los miofibroblastos en la zona de la lesión. Por último, a los 28 días ya no se observó ninguna diferencia apreciable.



C	Adherencias	No adherencias	Total
Controles	15	0	15
Tratados	8	7	15
	23	—	30

Fig. 2 Formación de adherencias peritoneales a los 7 días de evolución (a). No formación de adherencias en un animal tratado con ASC (b). Tabla de contingencia de la formación de adherencias permanentes a partir de los 7 días de evolución ($n = 30$) (c).

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos, las ASC alogénicas mejoraron la cicatrización en un modelo de lesión peritoneal reduciendo la formación de adherencias permanentes. Las ASC influyeron en el proceso de cicatrización alterando la migración de los macrófagos y de los mastocitos en las primeras 72h tras la lesión e incrementando la presencia de los miofibroblastos.

O-018. HERNIA INCISIONAL. REPARACIÓN ABIERTA CON MALLA INTRAABDOMINAL

C. Silva Vergara, J.A. Pereira Rodríguez, J. Solsona Martínez, V. Juncá Valdor, M. Segura Badía y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos en la reparación protésica de hernia incisional utilizando por vía abierta una malla compuesta (polipropileno y PTFE) en posición intrabdominal o una malla de reticular de bajo peso en posición supra-aponeurótica.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo no aleatorizado comparando dos cohortes de pacientes que fueron intervenidos de forma consecutiva por hernia incisional en el periodo comprendido entre octubre de 2007 y marzo de 2009. Un grupo de pacientes (Grupo 1) fue intervenido por vía abierta y se le insertó una malla en posición intra-abdominal y el otro grupo (Grupo 2) fue sometido a reparación abierta con malla supra-aponeurótica. Se recopilaron los datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y de seguimiento y se analizaron mediante el paquete estadístico informatizado Statview 4.0.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron un total de 88 pacientes (Grupo 1 37; Grupo 2 = 41) con una edad media de 61,6 años. La duración media de las intervenciones fue significativamente menor en el grupo de pacientes a los que se les insertó la prótesis en posición intraabdominal (52,6 vs 74,4 min; $p = 0,01$); la estancia media postoperatoria no presentó diferencias significativas entre los grupos (2,9 vs 3,2 días; NS). Un 19% de los pacientes presentaron complicaciones, siendo más frecuentes en el grupo 2 pero sin alcanzarse la significación estadística (Grupo 1: 16,2% vs Grupo 2: 21,9%; NS), siendo la infección de herida la complicación más frecuente (Grupo 1: 2,7% vs Grupo 2: 7,3%; NS), un paciente del grupo 1 requirió reintervención quirúrgica en el postoperatorio inmediato por oclusión intestinal. No se registró mortalidad postoperatoria. El seguimiento medio de la serie es de 343,9 días. Completaron el seguimiento 62 pacientes (Grupo 1: 31; Grupo 2: 32), presentándose cuatro recidivas, una en el grupo 1 (3,2%) y tres en el grupo 2 (9,7%) sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: La reparación abierta con malla intra-abdominal de las hernias incisionales es una técnica segura, rápida y de fácil aprendizaje. Presenta una baja tasa de recurrencias y de complicaciones. Es de gran utilidad en casos complejos con varias intervenciones previas y en las hernias subprotésicas.

O-019. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LAS EVENTRACIONES DE LOS ORIFICIOS DE LOS TRÓCARES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Comajuncosas Camp, H. Vallverdú, R.A. Orbeal, J.L. López Negre, J. Urgelles, P.J. Gris, J. Jimeno y D. Parés

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi.

Objetivos: La universalización del abordaje laparoscópico ha dado lugar a la aparición de nuevas complicaciones inherentes a dicha técnica. La eventración de los orificios de los trócares (ETL) es la más frecuente de ellas y es por eso que nuestro objetivo ha sido evaluar los distintos factores (bien relacionados con el material y la técnica quirúrgica empleados, bien con las características del paciente) que puedan tener relación con la aparición y prevención de las ETL así como establecer la incidencia de dichas eventraciones en nuestro Servicio.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional longitudinal en el que se diseñó una hoja de recogida de datos en la que reflejar una serie de factores que podían influir en la aparición de las ETL. Dichos factores hacían referencia tanto a características individuales del paciente (edad, sexo, obesidad, diabetes, presencia de hernia umbilical) como a la técnica quirúrgica (trócares empleados, cierre o no del orificio, necesidad de ampliación de la herida para su sutura, dificultad técnica y material empleado para el cierre). También se recogía la evolución postoperatoria del paciente con la aparición o no de complicaciones en las heridas y la fecha de diagnóstico de la ETL. El seguimiento mínimo fue de 1 año.

Resultados: Entre enero de 2007 y diciembre de 2008 practicamos un total de 320 colecistectomías laparoscópicas. Catorce de estos pacientes presentaron en el seguimiento una ETL, todas a nivel del orificio del trocar umbilical. Trece eran mujeres y 1 un hombre, el rango de edad oscilaba entre 52 y 87 años, con una media de 70,8. Diez pacientes eran obesos, 1 presentaba diabetes mellitus y 1 presentaba una hernia umbilical. Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica y el material empleado, en todos los casos el trocar umbilical era un "Hasson", en 8 casos se amplió el orificio umbilical para extraer la vesícula biliar, todos se suturaron con material reabsorbible (ácido poliglicólico) y en

3 casos el cirujano calificó como técnicamente difícil la sutura umbilical. Del total de 14 pacientes, el 50% presentaron una infección de la herida umbilical, requiriendo 4 de ellos desbridamiento de la misma.

Conclusiones: Pese al tratarse de resultados preliminares y de una serie corta, este estudio muestra que el índice de aparición de las ETL no es nada despreciable, y por tanto deben ser tenidas muy en cuenta a la hora de iniciar un procedimiento laparoscópico. El diámetro del trocar es un factor fundamental en la aparición de las ETL y así todos aquellos de 10 mm o más, especialmente el umbilical, deben ser correctamente cerrados utilizando todos los medios técnicos a nuestro alcance. Factores predisponentes, de la técnica quirúrgica y del paciente, deben ser correctamente valorados a la hora del cierre de todos los orificios. Posiblemente la infección de la herida juega también un papel importante en la aparición de las ETL.

O-020. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL USO DEL ADHESIVO DE FIBRINA EN LA CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL

S. Morales Conde, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, J. Cañete Gómez, V. Gómez Cabeza de Vaca, I. Serrano Borrero, I. Alarcón del Agua, L. Tallón Aguilar, D. Bernal Moreno, H. Cadet Dussort y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El objetivo fue analizar las ventajas e inconvenientes que otorgaba el uso de adhesivo de fibrina (AF) frente a medios mecánicos en la fijación de la malla en la cirugía de la pared abdominal.

Material y métodos: La búsqueda bibliográfica incluyó las bases de datos MedLine, EMBASE, Cochrane Library Plus desde su inicio hasta septiembre de 2009. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, estudios comparativos no aleatorizados y series de casos de al menos 10 pacientes.

Resultados: Un total de 38 estudios cumplieron los criterios de inclusión. El AF se mostró biocompatible con los tejidos circundantes y el rendimiento mecánico obtenido en modelos de simulación inerte y animal fue similar al observado para la fijación con medios mecánicos. En pacientes tratados con AF se observó menor prevalencia de dolor post-operatorio agudo y crónico, y menor número de problemas hemorrágicos (hematoma, equimosis, sangrado). A nivel experimental, la formación de adherencias con AF fue inferior a la observada con el uso de medios mecánicos. No existen datos que muestren la influencia del AF en la disminución de la aparición de seroma.

Conclusiones: El AF es una alternativa eficaz para la fijación de mallas en la cirugía de la pared abdominal frente los medios mecánicos.

O-021. DOLOR CRÓNICO TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL PRIMARIA. EL SISTEMA DE FIJACIÓN NO ES LA CLAVE

J.A. Pereira Rodríguez¹, L. Oms Bernat², F. Martínez Ródenas³, J.E. Moreno Solorzano³, A. Zárate Muñoz², A. Alzaga Magaña² y L. Grande Posa¹

¹Hospital Universitari del Mar, Barcelona. ²Consorci Sanitari (Hospital de Terrassa), Barcelona. ³Hospital Municipal, Badalona.

Objetivos: Estudio prospectivo, aleatorizado, multicéntrico diseñado para comparar la eficacia para prevenir la aparición de do-

lor crónico postoperatorio, del pegamento (cianoacrilato modificado) y la sutura (polipropileno) para la fijación de mallas en la reparación de hernia inguinal primaria.

Pacientes y métodos: En el período entre febrero de 2006 y mayo de 2009 aceptaron participar un total de 124 pacientes varones en tres centros. Se les practicó un total de 150 hernioplastias electivas (26 hernias bilaterales) según la técnica de Lichtenstein: 78 fueron tratadas con sutura (grupo S) y 72 con cianoacrilato modificado (Glubran2®) (grupo G). La edad media de los pacientes fue de 59,0 años (59,9 grupo G vs 58,2 grupo S). Un total de 65 pacientes (50,8%) fueron intervenidos en régimen de CMA (29 grupo G vs 36 grupo S). En la visita preoperatoria se realizó un cuestionario específico de dolor (EVA) para diferentes circunstancias: en reposo, durante la actividad diaria, durante el ejercicio y dolor máximo de las últimas 24 horas. La aleatorización se realizó en el momento previo a la intervención quirúrgica siendo recogidos todos los datos de forma prospectiva. Durante el periodo postoperatorio los pacientes han sido seguidos a las dos, seis semanas, tres meses, seis meses, un año y dos años. En cada una de las visitas han rellenado un cuestionario de dolor postoperatorio idéntico al de la visita preoperatoria.

Resultados: La duración media de la intervención quirúrgica fue significativamente menor en el grupo tratado con pegamento (35,7 grupo G vs 41,3 min. grupo S; $p = 0,04$). La estancia media fue similar en ambos grupos (0,7 vs 0,8 días; ns). Se detectaron un total de 17 (11,3%) complicaciones menores (13 hematomas; 3 seromas; 1 infección crónica) sin presentar diferencias significativas en ninguno de los dos grupos (7 vs 10; ns). No se registraron complicaciones mayores ni mortalidad. Durante el seguimiento se han constatado tres recidivas (2 Grupo G vs 1 Grupo S; NS). Un total de 133 pacientes (66 grupo G y 67 grupo S) han completado un año de seguimiento, constatándose la presencia de dolor moderado/intenso en un paciente tratado con pegamento y dos tratados con sutura (1% grupo G vs 2% grupo S; NS). De los 97 pacientes que completaron el seguimiento a los dos años, cuatro pacientes (4,1%) refirieron algún tipo de molestia, únicamente dos refirieron dolor con puntuación EVA mayor de dos puntos (1/46 (2,2%) Grupo G y 1/51 (2,0%) Grupo S; NS), obteniendo un buen control de sus síntomas con tratamiento médico. Ningún paciente precisó de tratamiento quirúrgico por dolor crónico.

Conclusiones: La aparición de dolor crónico tras la reparación de hernia inguinal con malla en nuestra serie fue inferior a lo esperado. El sistema de fijación no influyó en la aparición de molestias crónicas. E haber influido en la baja tasa de dolor crónico de nuestra serie.

O-022. RESULTADOS DE LAS EVENTRACIONES EN LA LÍNEA MEDIA TRATADAS CON LA TÉCNICA DE BROWSE-HURST MODIFICADA

M.A. Taibo Asencor, A.I. Gutiérrez Ferreras, A. Zorraquino González, B. Uriarte Vergara, E. Etxebarria Beitia, J.M. Gómez Martínez y J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto, Bilbao.

Objetivo: Evaluar la eficacia l tratamiento de esta patología por cirujanos expertos puede de la técnica de Browse-Hurst modificada (procedimiento abierto subaponeurótico premuscular) en el tratamiento de las hernias incisionales de la línea media.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 137 pacientes con eventración de línea media, intervenidos con el procedimiento de Browse-Hurst modificado, en el trienio 2006 a 2008. La técni-

ca aplicada se asemeja a la de Chevrel, en la aproximación y cierre en la línea media de las solapas aponeuróticas internas de los rectos anteriores. Se diferencia en la colocación y fijación de la prótesis: por debajo de la solapa aponeurótica externa en el plano premuscular, fijándola con puntos sueltos. Después se añade una sutura continua del borde libre de esta solapa a la prótesis. Los pacientes se revisaron durante el año en curso (2010) citándoles por teléfono o carta. Acudieron a revisión 131 pacientes, y los restantes cumplieron telefónicamente el cuestionario protocolizado; no obstante, todos los casos con sospecha de recurrencia se sometieron a reconocimiento directo, e incluso a estudio con TC si se consideró pertinente. Se analizan los siguientes parámetros: sexo, edad, características de la eventración, complicaciones postoperatorias y tasa de recurrencias.

Resultados: El período medio de seguimiento resultó en 32,25 meses. De los 137 pacientes: fueron 68 hombres y 69 mujeres. La edad media correspondió a 64,57 años. 21 casos se trataron como eventraciones anteriormente recidivadas. La localización de la eventración se distribuyó en: 65 supraumbilicales; 24 infraumbilicales; y 48 supra-infraumbilicales. La anchura del orificio herniario fue menor de 5 cm en 6 casos; entre 5 y 10 cm 60 casos; y mayor de 10 cm 71 casos. 53 casos presentaban eventraciones multisaculares. Las complicaciones correspondieron a: 6 (4,37%) seromas; 10 (7,29%) hematomas; y 7 (5,10%) infecciones superficiales (cuatro de ellas causadas por hematomas infectados). El número de recidivas fue de 9 (6,56%).

Conclusiones: Pensamos que la técnica de Browse-Hurst modificada es un procedimiento eficaz para la resolución de hernias incisionales de la línea media. Con respecto a la técnica de Chevrel tiene la ventaja de una mayor fijación de la prótesis y una menor exposición de la malla al plano subcutáneo. En relación con la técnica de Rives-Stoppa su ejecución es menos laboriosa y, ante una recidiva, ofrece mayor facilidad para retirar la prótesis en el conjunto de la nueva reparación.

O-023. PRÓTESIS DE POLIPROPILENO FIJADA ÚNICAMENTE CON PEGAMENTO BIOLÓGICO (TISSUCOLR) PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

I. Domínguez-Serrano, L. Rodríguez Gómez, N.J. Cervantes Juárez, I. Delgado Lillo, D. Jiménez-Valladolid, J.J. Cabeza Gómez, E. Zafra Cisneros, J.C. García Pérez y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La reparación quirúrgica de la hernia inguinal con malla es actualmente el tratamiento más aceptado de la misma, ya que está comprobada la disminución de la tasa de recidiva. Una de las opciones para la fijación de la prótesis son los pegamentos biológicos.

Objetivos: Analizar los resultados preliminares de nuestra serie de pacientes intervenidos de hernia inguinal con malla fijada únicamente con Tissucol en la unidad de Pared Abdominal.

Pacientes y métodos: Incluimos en la serie 131 pacientes intervenidos en 2008. El 90,8% eran varones con una edad media de 59,1 y un IMC de 25 kg/m². Los factores de riesgo asociados fueron tabaquismo (29,4%), prostatismo (32,8%) la historia familiar de hernia inguinal (12,5%) y tos crónica (13,4%). El 39,3% de los pacientes desarrollaba trabajos de actividad física, el 17,9% trabajo sedentario y el 42,9% no trabajaba. El 10,2% de los pacientes presentaba hernia inguinal bilateral. El

16,1% estaba en tratamiento con alguna medicación que interfiere con la cascada de la coagulación, 65% de los cuales tomaba antiagregantes. En el 91,7% se realizó anestesia loco-regional siendo recomendadas 12h de reposo por el S.^o de Anestesiología. En todos ellos, se realizó profilaxis antibiótica, según protocolo hospitalario. Técnica quirúrgica: en todos los casos se realizó hernioplastia con malla de polipropileno según técnica de Lichtenstein. Los extremos de la corbata de la malla se unieron con un punto de sutura. Como único método de fijación se usó Tissucol; una gota aplicada al pubis y en spray sobre toda la malla en una capa uniforme, sin emplearse suturas.

Resultados: Durante el postoperatorio todos los pacientes requirieron algún tipo de analgesia durante únicamente un día. La media de dolor en una escala de 0-10 fue 2,3 (0-8), pudiendo iniciarse la deambulación a las 14 horas de media desde la cirugía. El 21,7% presentó complicaciones menores siendo las más frecuentes el hematoma de piel y subcutáneo (68,7%) y la retención urinaria (22,4%). El hematoma fue más frecuente en pacientes en tratamiento previo con anticoagulantes ($p = 0,02$). El seguimiento de todos los pacientes fue un año. El 0,8% presentó recidiva de la hernia, que se produjo a los 3 meses. No se encontró relación estadísticamente significativa entre la recidiva y el tipo de trabajo realizado. El tiempo medio de reincorporación a la vida laboral fueron 37 días. Un 45% se reincorporó al mes de la intervención, un 88,4% a los tres meses y a los 12 meses de seguimiento todos los pacientes trabajadores se habían incorporado.

Conclusiones: El empleo de Tissucol en la hernioplastia inguinal es una opción segura. Se asocia a escaso dolor postoperatorio, que a su vez permite una deambulación precoz y una pronta reincorporación a la vida laboral de los pacientes. Las complicaciones son menores y están relacionadas de manera significativa con la morbilidad preoperatoria. La tasa de recidiva no es superior a la de la hernioplastia clásica tipo Lichtenstein, fijada la prótesis con material de sutura.

O-024. TRATAMIENTO DE UN ABDOMEN ABIERTO CATASTRÓFICO MEDIANTE CIERRE ABDOMINAL DINÁMICO CON ELASTÓMEROS (SISTEMA ABRA)

P. Moreno Santabàrbara, J. Navinés, J.M. Balibrea del Castillo, D. Troyano, A. Alastrué y J. Fernández-Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente con abdomen abierto catastrófico por pancreatitis aguda grave que fue tratado mediante un cierre abdominal dinámico con elastómeros (ABRA) complementado con una terapia de presión negativa (VAC). Los buenos resultados en esta paciente nos animan a difundir esta técnica que puede ser de mucha utilidad en estos casos, poco frecuentes pero de gran complejidad.

Material y métodos: Paciente de 47 años, fumadora, ex-consumidora de cocaína y heroína en tratamiento sustitutivo con metadona y enolismo activo moderado-severo. Se traslada a la UCI de nuestro centro tras el diagnóstico clínico y radiológico de pancreatitis aguda grave (grado E de Balthazar con necrosis superior al 50%). Desde su ingreso la paciente presenta una evolución rápidamente desfavorable con inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico por lo que se decide realizar una laparotomía exploradora, que resulta básicamente descompresiva al no hallar colecciones tributarias de desbridamiento o necrosectomías. Se opta por una laparostomía con terapia de presión negativa VAC (KCI, San Anto-

nio, TX). En las curas sucesivas se objetiva salida de bilis clara entre detritus y esfacelos que obliga a retirar el sistema VAC y colocar una bolsa de Bogotá. Se realiza una colangiografía transparietohepática que confirma la sospecha de fístula por necrosis del colédoco intrapancreático. En el mismo procedimiento se consigue colocar una prótesis biliar parcialmente cubierta que permite la lenta resolución de la fístula (fig. 1 a y b). Posteriormente la paciente evoluciona lenta y favorablemente pero no se consigue evitar la retracción aponeurótica por el abdomen abierto mantenido. Aproximadamente un mes después de la primera cirugía se coloca un sistema de cierre abdominal dinámico con eslastómeros ABRA (Bioser, Gijón, España) complementado de nuevo con un sistema VAC.

Resultados: La colocación del sistema de cierre dinámico permitió la aproximación de los bordes aponeuróticos en un tiempo relativamente corto pudiéndose cerrar el abdomen de forma electiva en menos de 15 días sin necesidad de colocar malla protésica (figs. 2a-2e). La tomografía de control mostró la integridad del cierre en condiciones prácticamente anatómicas. El control clínico a los 6 meses no objetivó debilidades de pared sugestivas de eventración.

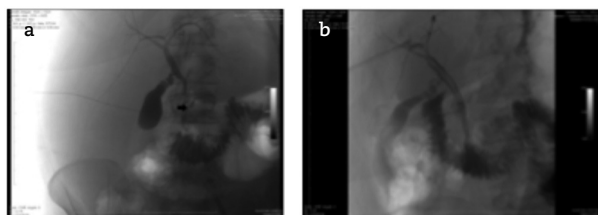


Fig. 1 a) Fístula biliar por necrosis de colédoco intrapancreático (flecha). b) Prótesis biliar parcialmente cubierta.



Fig. 2. Evolución del sistema de cierre abdominal dinámico ABRA. (a) Día 0: previa a colocación. (b) Día 0: colocación. (c) Día 2: ajuste. (d) Día 7: ajuste. (e) Día 13: cierre electivo.

Conclusiones: En casos complejos de abdomen abierto catastrófico suele producirse la retracción de los bordes aponeuróticos lo cual condiciona un prolongado tratamiento que requiere además a menudo una reparación tardía y colocación de malla protésica. En estas situaciones, la utilización de un sistema de cierre abdominal dinámico puede acortar drásticamente el tiempo de tratamiento e incluso evitar la necesidad de prótesis. El uso de un sistema de cierre abdominal dinámico como el presentado no es incompatible sino que puede complementarse incluso con una terapia de presión negativa, con la suma de beneficios que ello supone.

O-025. COMPARACIÓN ENTRE HERNIOPLASTIA CONVENCIONAL (FIJACIÓN CON SUTURAS) Y HERNIOPLASTIA CON PRÓTESIS AUTOADHESIVA (FIJACIÓN SIN SUTURAS). ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

J.M. Suárez Grau¹, C. Méndez García², S. García Ruiz², C. Cepeda², C. Bernardos García², C. Rubio Chaves², F. Docobo Durántez², S. Morales Conde², J.A. Martín Cartes² y J. Padillo²

¹Hospital General Básico de Riotinto, Huelva.

²Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La evolución actual en la hernioplastia es hacia una malla parcialmente o totalmente reabsorbible macroporosa y con fijación atraumática. Dado que estudios actuales han mostrado la validez de la fijación atraumática con colas biológicas frente a las suturas convencionales con polipropileno, nos proponemos estudiar el comportamiento en mallas autoadhesivas frente a las no adhesivas.

Material y métodos: Utilizamos 30 ratas blancas Wistar. Se realizan dos defectos en la pared abdominal seccionando fascia muscular y músculo, que se reparan de la siguiente manera: en hemiabdomen derecho se coloca la malla autoadhesiva (Progrid 80 g/m²) y en hemiabdomen izquierdo se coloca la malla de polipropileno (Premilene 82 g/m²) suturada de forma convencional con irreabsorbible (polipropileno). Se sacrifican 15 ratas a los 14 días (Serie A) y el resto a los 30 días (Serie B). Se emplean para comprobar la fuerza tensil de la pared abdominal 2 tests; test de presión: pneumoperitoneo mayor de 40 mmHg mantenido 1 minuto, test de tracción: dinamometría de la zona afecta mayor de 300 mg de presión por cm². Se analiza macro y microscópicamente la pared abdominal para determinar la reparación provocada por la malla de nueva generación.

Resultados: En la serie A recidivaron una hernia corregida con malla autoadhesiva y otra hernia corregida de forma convencional en el mismo animal. En la Serie B ocurrió igual, sólo una recidiva en malla autoadhesiva y otra en malla fijada de forma convencional, en distintos animales. Con respecto a los test de tracción no hubo ninguna alteración, con una buena fijación de ambas mallas en ambas series. El test de presión detectó en la serie A un resultado negativo en una malla fijada de forma convencional y en otra con sistema autoadhesivo, en el resto fue normal. La mesotelización de las mallas fue correcta en ambas series, salvo en las recidivas, en las cuales se comprobó que existía un defecto peritoneal, con adherencias laxas de epiplón a la malla. Sólo existieron 3 infecciones de mallas en la serie A, todas ellas en las mallas de polipropileno fijadas de forma convencional (estudio microbiológico). En la serie B se infectó una malla de polipropileno fijada con suturas. No existen diferencias significativas entre ambos grupos (p = 1).

		Recidiva	
		Sí	No
Hernioplastia	Malla autoadhesiva	2 (6,67 %)	28 (93,3 %)
	Malla sutura convencional	2 (6,67 %)	28 (93,3 %)

Conclusiones: La fijación atraumática con prótesis autoadhesivas es equiparable a la convencional. La malla autoadhesiva se integra adecuadamente, sin aumentar el índice de recidiva ni de infección de las prótesis.

O-026. RESULTADOS DE LA HERNIOPLASTIA INGUINAL CON MALLAS AUTOADHESIVAS A MEDIANO Y LARGO PLAZO

C. Redondo Cano, M.E. Gómez García, D. Álvarez Martínez, J. Blanco, D. Iborra, E. Castillo, J. del Pino, R. García Espinosa, P. Poves y B. Ballester Sapiña

Hospital Universitario La Ribera, Alzira.

Objetivos: Evaluar los resultados a largo plazo, de la cirugía abierta de la hernia inguinal utilizando una malla de nueva tecnología, parcialmente absorbible y con propiedades autoadhesivas.

Material y métodos: Análisis descriptivo de datos recogidos de forma prospectiva, de una serie de 220 pacientes intervenidos de forma electiva por cirugía de la hernia inguinal entre enero y junio 2009, en todos los pacientes se practica cirugía abierta utilizando una prótesis de malla autoadhesiva (Parietex Pro-grip™), la técnica quirúrgica fue decidida en cada caso por el cirujano, dependiendo de las características del paciente y de la hernia. Se recogieron en una base de datos electrónica, datos referentes a las características de los pacientes, su comorbilidad, la intervención quirúrgica, y las complicaciones inmediatas y tardías, se intervino a los pacientes tanto en régimen de cirugía mayor ambulatoria como cirugía con ingreso, los protocolos utilizados en la cirugía sin ingreso fueron los ya implantados en nuestra institución. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante visitas a consultas externas tanto al mes como a los 3 meses postoperatorios, realizando un último seguimiento mediante entrevista telefónica en la fecha de cierre del estudio, los pacientes con signos claros o dudosos de recidiva fueron citados y valorados mediante examen físico por alguno de los autores.

Resultados: El grupo de pacientes estaba formado por 195 hombres (88,8%) y 25 mujeres (11,3%), la edad media era de 58 años (19-87), 9,5% de los pacientes tenían DM, 5% tomaban tto. anti-coagulante, y un 11,3% tomaban tto. antiagregante. De los 220 pacientes, 15 (6,8%), tenían hernias bilaterales, siendo en total 235 intervenciones; de las cuales, 14 fueron sobre pacientes con hernias recidivadas. 44 (18,7%) hernias eran inguino-es-crotales, y sólo 2 pacientes habían tenido episodios previos de encarceración; del total de pacientes, 125 (56,8%) se intervinieron bajo régimen de cirugía ambulatoria, el tiempo quirúrgico tuvo una media de 33,16 min. (DE: 9,73), los pacientes que se operaron con ingreso estuvieron hospitalizados un tiempo medio de 3,14 días (rango: 1-37 días). Entre las complicaciones POP inmediatas, las más frecuentes fueron el seroma en 17 (7,2%), y el hematoma en 9 (3,8%) de las 235 hernias intervenidas. Los pacientes han sido seguidos durante una media de 13,8 meses (DE: 1,2) con un rango entre 7-15 meses, al final de este periodo, 9 pacientes han referido dolor crónico, siendo leve en 8 de estos y sólo en 1 de intensidad moderada, el dolor es ocasional en

6 pacientes; Con respecto a la recidiva, se ha evidenciado la misma en 2 (0,8%), el grado de satisfacción es alto, y 196 pacientes de los 220 (86,6%) volverían a intervenir, si tuvieran una nueva hernia.

Discusión: A pesar de ser una cirugía realizada ampliamente, la hernioplastia está constantemente en evolución, desarrollando nuevas técnicas y materiales que permitan optimizar sus resultados, el uso de mallas autoadhesivas en nuestra serie ha mostrado tener unos resultados superponibles a los de las prótesis convencionales, con las ventajas, de un menor tiempo quirúrgico y menor incidencia de dolor postoperatorio.

O-027. INDAGACIONES SOBRE UN CISNE NEGRO

V. Martí Martí, V. López Flor, M. Garcés Albir, R. Parreño Arenas, F. Navarro Vicente, Á. García-Granero García-Fuster, J.L. Molina Rodríguez, C. León Espinoza, A. Mayol Oltra, J. Raga Vázquez y C. Hevíia Ivars

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: El "cisne negro" es una de las metáforas que la filosofía de la ciencia aplica a aquel fenómeno cuya manifestación es de poca probabilidad pero de gran impacto. Siempre se dio por supuesto que la hernia incisional aparece a los pocos meses de la intervención original. Sin embargo, nuestro objetivo es analizar las circunstancias que acompañan al pequeño porcentaje de hernias incisionales de presentación tardía.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional. La muestra está constituida por los 200 últimos pacientes diagnosticados de hernia incisional en la consulta de una unidad de pared abdominal. Comprobamos la edad y género de los pacientes. Verificamos el tiempo transcurrido desde la intervención original hasta la aparición de la hernia, averiguando cuantas se presentan tras más de 10 años. Centrándonos en esas hernias de aparición tardía, analizamos qué fármacos con reconocida interferencia en la homeostasis del colágeno o de la elastina (antiácidos, anti-angiotensinas, tiazidas, bloqueantes adrenérgicos, hematológicos, calcio-antagonistas y estatinas) son consumidos por los herniados, en el momento de aparecer la eventración. También averiguamos la localización de la incisión. Y la causa de la intervención original. Los datos se recogen en protocolo prospectivo mediante encuesta en el momento del diagnóstico. Los resultados se expresan en porcentajes.

Resultados: De 200 hernias incisionales, 128 (64%) aparecen tras el primer año; 170 (85%) aparecen tras los primeros diez años de la incisión. Sin embargo, 30 (15%) aparecieron tras entre 10 y 50 años. De estas eventraciones de aparición tardía, toman fármacos anti-colágeno: ningún fármaco 4 (13%), uno o más 26 (87%), dos o más 17 (57%), tres o más 9 (30%), cuatro o más 4 (13%). La incisión fue: supra-umbilical 3 (10%), infra-umbilical 20 (67%), supra-infra-umbilical 4 (13%) y lateral 3 (10%). Y la causa de la intervención previa fue: cirugía digestiva 11 (37%), cirugía de pared 1 (3%), y ginecología 18 (60%).

Conclusiones: La hernia incisional puede aparecer a través de una herida laparotómica que ha permanecido correctamente cerrada durante años. Por tanto, el riesgo de hernia incisional dura, tras la incisión, el resto de la vida del paciente. La aparición de hernia incisional tardía va asociada al consumo de fármacos anti-colágeno, aunque que ello no es determinante, ya que alguno de los pacientes no tomaban ninguno.

Discusión: Entre las pacientes predominan las incisiones de causa ginecológica (cierres realizados desde siempre con material reabsorbible); hay que plantearse si el material de sutura reabsorbible es ideal para un cierre permanente y definitivo de las heridas quirúrgicas.

O-028. RESULTADOS DE ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL USO DE LA MALLA DE BAJO PESO Y AMPLIO PORO OPTILENE® MESH EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINO-CRURAL

J.M. Puigcercós Fusté¹, F. Alcaide Matas², F. Checa Ayet³, A. Gil Goñi⁴, F. López Lanao⁵, J. Ruiz del Castillo⁶, F. Ruiz Marcuello⁷, G. Romero Lumberras⁸ y M. Solà Cardona⁹

¹Hospital Dos de Maig, Barcelona. ²Hospital Mateu Orfila, Menorca. ³Hospital de Sagunto, Valencia. ⁴Hospital San Juan de Dios, Martorell. ⁵Hospital Provincial Santa Caterina, Girona. ⁶Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁷Clínica Quirón, Zaragoza. ⁸Hospital de León, León. ⁹Fundación Althaia, Manresa.

Objetivos: Demostrar que Optilene® Mesh es una malla adecuada para reparación de hernia inguinocrural, uni o bilateral (técnica abierta o laparoscópica) en relación con los hallazgos físicos. Objetivo secundario: valoración postquirúrgica del dolor, la cicatrización de la herida y efectos adversos.

Material y métodos: Optilene® Mesh: malla universal de bajo peso (60 g/m²), amplio poro (1,5 mm de diámetro), extensible, transparente con bandas azules radiopacas. Cuaderno de Recogida de Datos: características paciente, factores riesgo, tipo hernia y técnica quirúrgica, seguimiento postoperatorio: dolor, problemas herida (infección, seroma) actividad diaria, cicatrización. Recogido por cirujanos en nueve hospitales de 100-700 camas de ámbito nacional, durante seis meses seguimiento, con cinco visitas: preoperatoria, día de cirugía, alta hospitalaria, tras 21 días, y 6 meses. n = 197 pacientes: media edad 58 años (19-100); 56 % trabajo activo; 60 % sobrepeso-obesidad; 28 % fumadores (9 % EPOC); 8 % habito intestinal estreñimiento; 7 % diabéticos. 3 pacientes tratamiento con corticoides y una insuficiencia renal. Tipo de hernia: 23 % mediales, 71 % laterales, 6 % femorales; 94 % unilaterales. 55 % tamaño medio, 17 % gran tamaño (Schumpelick). Características cirugía: 81 % ASA I-II; 54 % Lichtenstein, 45 % Rutkow-Robins, 1 % laparoscopia TAPP; duración media 42 minutos. 98 % cirugía programada. Material de sutura absorbible 66 %, no absorbible 20 %, adhesivo tisular 9 %. Hospitalización: 50 % alta día intervención, 40 % estancia un día (máxima 6 días). Explotación estadística: Realizada por el Servei d'Estadística UAB, mediante SAS v9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, EEUU). Nivel de significación 0,05.

Resultados: Se considera adecuada una malla cuyo uso consiga resultados comparables a los recogidos en la literatura, para las mismas técnicas y patologías. Correlacionamos por tanto las características técnicas de la malla Optilene® Mesh con las prestaciones esperadas y los resultados observados en la muestra estudiada (v. tabla).

Conclusiones: Optilene® Mesh es una malla adecuada para el tratamiento de la hernia inguinocrural. Siendo la muestra estudiada comparable con la población a estudio, así como representativos los hospitales elegidos y el uso de técnicas, entendemos que éste es un estudio de conclusiones preliminares (estudio piloto) que sirve de base para el diseño de estudios experimentales con el objetivo de recomendar, en su caso, el uso de mallas de bajo peso y amplio poro para el tratamiento de la hernia inguinocrural, así como para comprobar si los resultados observados son extrapolables para otras indicaciones de uso de la malla Optilene® Mesh.

O-029. ABDOMINOPLASTIA POST CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Moreno, M. Ferrer Márquez, M. Ferrer Ayza, F. Quirantes Contreras, V. Maturana Ibáñez, E. Yagüe Martín, A. Morales González y R. Belda Lozano

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La abdominoplastia es una técnica para la extirpación quirúrgica de un exceso de grasa y piel de la pared abdominal, y en algunos casos la reparación de los músculos débiles o separados, para producir un perfil abdominal que es más liso y firme. La cirugía bariátrica produce severas disminuciones de peso y del índice de masa corporal (IMC), lo que va a ocasionar grandes excedentes cutáneos. Presentan eventraciones 7-10 % de los pacientes intervenidos.

Material y métodos: Presentamos nuestra casuística, en el periodo comprendido entre 2007 y 2010, de 28 pacientes sometidos previamente a cirugía bariátrica tipo Scopinaro y que presentaban una eventración además de un abdomen "péndulo". Su edad media fue de 41,14 años (27-54). 24 fueron mujeres y 4 hombres. Se practicó eventroplastia intraperitoneal en 24 casos. La dermolipectomía se efectuó en 26 casos mediante técnica en "flor de Lis"; en 2 casos se practico abdominoplastia

Características	Prestaciones		Resultados observados	Literatura
Punto de malla de polipropileno monofilar Gran histocompatibilidad	Minimiza la posibilidad de infección		Infección: un caso que precisó antibiótico	1-3 % infecciones
	Acelera la integración tisular	Favorece la rápida cicatrización	Valoración de la herida: sólo un caso de hematoma preciso cirugía	2-10 % formación de hematomas y seromas
Poro (1,5 mm)	Colonización celular más rápida		Seroma: 13 pacientes presentaron serosa (3 antes de visita control 21 día)	
Óptima integración Máxima transparencia		Evita formación de hematomas y seromas		
	Evita dañar estructuras vasculares y nerviosas			
Características físicas: grosor 0,53 mm	Evita el dolor postoperatorio y el dolor crónico		Dolor: ausencia dolor o dolor leve postoperatorio inmediato	Dolor postoperatorio 30-35 %
Peso 60 g/m ²			A 21 día: 50 % no dolor, 49 % leve	A 21 día 3-5 %
Resistencia a la tracción: longitudinal 66 Newtons transversal 60 Newtons			Tras 6 meses: 83 % no dolor 17 % dolor leve y el 80 % no presentaba limitación de actividad	Al año 12 % (leve)
Adaptabilidad anatómica				

"Tummy Tuck". El tejido dermograso extirpado peso 2,24 kg (0,780-11,8).

Resultados: Las complicaciones son infrecuentes, ocurriendo en 7 % de los casos de dermolipectomía. Éstas incluyen la pérdida del ombligo por isquemia en uno de los casos y un paciente con sangrado que obligó a una revisión quirúrgica dentro de las primeras 12 horas. Los resultados estéticos reflejan una tasa de necrosis cutánea del 7 % y un 10 % alteración en la cicatrización presentando cicatrices hipertróficas o queloides. 1 % de eventraciones reproducidas que requirieron reintervención.

Conclusiones: La dermolipectomía es el único tratamiento a largo plazo para mejora de los grandes excedentes cutáneos tras severas pérdidas de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Con una cuidadosa selección del paciente y de la técnica se obtienen buenos resultados funcionales y estéticos sin un aumento significativo en el índice de complicaciones.

PÓSTERS

P-130. ABDOMEN CATASTRÓFICO POR PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRÁGICA. UTILIDAD DEL SISTEMA VACUUM PARA TRATAMIENTO Y CIERRE DE LA PARED ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

F.G. Onieva González, D. López Guerra, J. Márquez Rojas, J.L. Jiménez Redondo, F.L. González Caballero, L. Munuera Romero, M.I. Correa Gutiérrez y J. Salas Martínez
Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El propósito de esta comunicación es demostrar la utilidad de los sistemas de terapia de presión negativa (VAC) en el tratamiento y cierre de la pared abdominal infectada y con pérdida de tejidos. Presentamos nuestra experiencia satisfactoria para el cierre de la pared abdominal de un paciente joven con múltiples reintervenciones a partir de una pancreatitis aguda necrohemorrágica, resultando un abdomen catastrófico.

Material y métodos: Paciente de 43 años con antecedentes de cirugía bariátrica (técnica Larrad) en 2003, con lipectomía posterior y pancreatitis aguda en 2007. Intervenido en hospital de zona por pancreatitis aguda necrohemorrágica practicando drenaje de abscesos pancreáticos y peripancreáticos, precisando en postoperatorio inmediato 3 reintervenciones por peritonitis fecaloidea secundaria a necrosis de colon transverso. Derivado a nuestro hospital, con traqueostomía, en shock séptico. Al ingreso en nuestra unidad, presenta una laparostomía con malla de Vicryl completamente integrada a modo de coraza, con gran defecto de pared, a través de la cual, en su mitad superior, se encuentran dos colostomías transversas y una fístula pancreática; lateralmente a la misma, una cecostomía con sonda de Petzer y una ileostomía terminal. Tras TAC abd, se realiza intervención quirúrgica urgente por colecciones intraabdominales, practicando una nueva incisión media e inferior al defecto de pared y drenando varios abscesos. Tras mejoría inicial, evolución tórpida con persistencia de fístula pancreática y aparición de dos nuevas fístulas intestinales, una en asa alimentaria del Larrad y otra en íleon terminal, así como nuevo proceso séptico. Se realiza nueva relaparotomía, con liberación y extirpación de la totalidad de la coraza de granulación con restos de malla de Vicryl. Adhesiolisis completa y drenaje de varios abscesos. Resección

del asa alimentaria fistulizada con anastomosis T-L mecánica. Hemicolectomía derecha y resección de asa de íleon terminal fistulizada. Confección de doble ileostomía terminal (asa biliar y asa alimentaria). Canalización con drenaje de fuga pancreática. Cierre con malla de Proceed 30 x 30 fijada a aponeurosis y peritoneo, dejando piel y subcutáneo abiertos con gran defecto de pared. Colocación de sistema Vacuum.

Resultados: Buena evolución, con cierre de traqueostomía a las dos semanas. Disminución progresiva del débito pancreático hasta cierre de fístula, sin complicaciones intraabdominales. Se efectúan recambios de esponjas del sistema Vacuum cada 48 horas con limpieza de herida quirúrgica, constatando gran desarrollo de tejido de granulación, desaparición de signos infecciosos e importante disminución del defecto de pared, por lo que seis semanas después se realiza cierre de pared abdominal sobre la malla Proceed, que se encuentra normoposicionada y totalmente integrada, con retirada del sistema Vacuum. Actualmente, el paciente está pendiente de reconstrucción del tránsito, siendo controlado en su hospital de zona.

Conclusiones: Tras cinco meses de ingreso hospitalario, ocho intervenciones quirúrgicas, múltiples complicaciones asociadas al estado del paciente y con el estado de la pared abdominal en condiciones catastróficas, los resultados obtenidos con la aplicación del sistema Vacuum para favorecer el cierre de la pared abdominal han sido superiores a las expectativas iniciales. Este resultado satisfactorio nos ayuda a enfrentarnos a un abdomen catastrófico desde un punto de vista más optimista.

P-131. TERAPIA VAC: APLICACIÓN EN ABDOMEN ABIERTO

C. Gil Manrique, M. Bolado Oria, J.C. Manuel Palazuelos, L. Gala Ramírez y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La terapia VAC proporciona un entorno de curación cerrado que contribuye a estimular el crecimiento del tejido de granulación en la zona de la herida y a disminuir la contaminación bacteriana del exterior, disminuye la muerte celular causada por deshidratación, el volumen de la herida y promueve la granulación ayudando a cerrar uniformemente la herida.

Objetivos: Descripción del manejo y complicaciones de la terapia VAC en abdomen abierto.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero 2009 hasta mayo 2010 de un total de 8 pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla a los que se les aplicó el dispositivo VAC para tratamiento de abdomen abierto. Se analizó edad, comorbilidad asociada, situación previa a la implantación del VAC, efectos secundarios derivados de su uso, el tiempo transcurrido hasta la retirada del dispositivo y situación final del paciente. Se aplicó estadística descriptiva con cálculo de porcentajes y medias.

Resultados: La terapia VAC fue aplicada en un total de 8 pacientes con edades comprendidas entre 29 y 81a. En 7 pacientes (87,5 %) el dispositivo fue intraabdominal y en 1 (12,5 %) suprafasial. Un total de 5 pacientes (62,5 %) presentaba obesidad mórbida, en 2 de ellos (40 %) se asociaba además DM, y otros 2 (25 %) tenían fallo renal crónico. En 1 paciente (12,5 %) no pudo hacerse cierre primario de la pared por síndrome compartimental, en otros 2 (25 %) por infección cutánea y en el resto (62,5 %) se hizo cierre primario de la pared. En 5 (62,5 %) pacientes coexistía infección de herida quirúrgica y fístula intestinal de alto débito en el momento de la colocación del VAC. El resto (37,5 %) tenía únicamente infección de herida, 1 de ellos con fascia íntegra. En 3 pacientes (60 %) se consiguió el cierre de la fístula y uno tuvo (20 %) que ser reintervenido durante el ingreso por persistencia de la misma, precisando posteriormente de nuevo el VAC.

Durante la utilización del VAC un paciente presentó fístula enterocutánea, que acabó cerrando, y sólo 1 paciente falleció. El tiempo medio de utilización del VAC fue 82,3 días. Actualmente 1 paciente precisa todavía del mismo, 1 ingresó para cierre de fístula y el resto presenta hernia laparotómica.

Conclusiones: La terapia VAC puede acelerar la cicatrización de las heridas abdominales infectadas e incluso con fístulas intestinales. La morbilidad ocasionada por el VAC es escasa, sólo 1 paciente presentó fístula intestinal durante la aplicación de la terapia y acabó cerrando con la misma. La mortalidad que genera es muy baja y generalmente se relacionada con las comorbilidades y el proceso patológico primario, no con la aplicación de la terapia.

P-132. TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA EN UN CASO DE FASCITIS NECROSANTE

T. Butrón Vila, R. Ortega, N. Fakih, E. Rubio González, M. Ortiz Aguilar, J.A. Pascual Montero, P. Peláez, M. Lomas Espada y M. Hidalgo Pascual

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La terapia con presión negativa ayuda en la curación y cicatrización de heridas incluso en aquellas que presentan infección. Presentamos un caso de fascitis necrosante en que se utilizó este tratamiento.

Caso clínico: Paciente de 56 años diabético con cuadro de treinta y seis horas de dolor lumbar, hipogastrio y perianal, acompañado de fiebre alta y leucocitosis. Exploración empastamiento lumbar izquierdo, dolor en hipogastrio con defensa, y fisura anal. TAC con signos de fascitis necrosante en pared abdominal inferior, y muslo derecho. Neumoretroperitoneo. Fue operado encontrando fascitis necrosante de fascia de músculos rectos, fascia de oblicuos y fascias de músculos de cara anterior de muslo derecho, colección peri-rectal izda sin solución de continuidad en recto. Se realizó colostomía lateral en colon transverso en epigastrio, desbridamiento sin abrir peritoneo (vía Stoppa) a través de línea media, sección lateral de músculos oblicuos y transversos derechos colocación de tubos de lavado en retroperitoneo bilateralmente, extirpación de testículo derecho, extirpación de fascias de músculos de muslo y zonas de piel isquémica de abdomen y miembro inferior derecho. Se realizaron curas sucesivas en los días siguientes con lavado y desbridamiento a demanda. Colocación de terapia VAC® realizándose cambio cada tres días. En cada cambio se realizaron lavados del retroperitoneo y se fueron cerrando los músculos rectos. A los catorce días cierre total de músculos oblicuos y de músculos rectos en la línea media retirando los drenajes del retroperitoneo, quedando defecto dérmico en pared abdominal y miembro inferior derecho. Se continuó con terapia VAC y a los quince días se realizaron injertos dérmicos. Posteriormente tras varios meses se cerró colostomía para completar su curación. El paciente está en buen estado.

Conclusiones: La terapia VAC® puede ser utilizada con éxito en el tratamiento de la fascitis necrosante acortando los tiempos de cura.

P-133. FIBROMATOSIS MESENTÉRICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Calero García, J. Herrador Benito, M. González Zunzarren, T. Pozancos de Simón, G. Rodríguez Velasco, E. Mendía y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La fibromatosis mesentérica o tumor desmoide supone aproximadamente el 0,03% de todos los tumores malignos y benignos. Suele aparecer en la pared abdominal o en las

extremidades de las mujeres que han tenido hijos, pero también se pueden originar, aunque raramente, en el mesenterio. Puede ser localmente agresivo pero no da metástasis. Los síntomas más comunes son el dolor abdominal, náuseas, vómitos, masa abdominal a la palpación, pérdida de peso y fiebre. El tumor puede conducir a complicaciones como la obstrucción del intestino delgado o del uréter, perforación intestinal, fístulas enterocutáneas o hemorragia intestinal.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los casos tratados en nuestro centro entre los años 1989 y 2009. Se trata de 11 pacientes, 4 mujeres y 7 hombres, con una edad media de 33,2 años a los que se les diagnostica de fibromatosis mesentérica.

Resultados: De todos los pacientes, 3 de ellos acudieron a la consulta estando asintomáticos, habiendo sido un hallazgo casual. Los demás presentaban dolor abdominal (6), masa palpable (5), rectorragia (1), diarrea (1) y sensación de plenitud y/o vómitos (1). Para el diagnóstico, además de la exploración física se utilizaron varias pruebas complementarias; se realizaron 10 tomografías axiales computarizadas, 5 resonancias magnéticas nucleares, 5 ecografías, 5 tránsitos gastrointestinales, 1 colonoscopia, 1 ecografía-doppler del eje mesentérico-portal y se tuvieron que realizar 2 laparotomías exploradoras. El tratamiento realizado fue en 9 casos únicamente quirúrgico, en 1 se añadió también terapia antiestrogénica y un caso se trató sólo con quimioterapia porque el tumor resultó quirúrgicamente irreseccable. Prácticamente la totalidad de los tumores (10) fueron mayores de 10 cm con sólo uno menor de 10 cm. En la anatomía patológica se objetivó que 9 de ellos eran dependientes de intestino delgado o mesenterio y sólo 2 del colon o mesocolon. La evolución a largo plazo ha sido muy variable, tenemos 4 casos que han permanecido asintomáticos en estos años de seguimiento, 3 recidivas, 2 pacientes a los que se les realizó trasplante intestinal y 2 pacientes en los que la cirugía se ha realizado recientemente, por ahora no presentan recidiva.

Conclusiones: La fibromatosis intestinal es una patología poco frecuente, causa de dolor abdominal e incluso obstrucción intestinal en pacientes jóvenes, se llega al diagnóstico fundamentalmente mediante tomografía axial computarizada y el tratamiento de elección es el quirúrgico, pese al cual es habitual una alta tasa de recidivas.

P-134. TUMOR DESMOIDE METASTÁSICO

J. Cabañas Montero, A. Mena Mateos, A. Calero Amaro, M. González Zunzarren, J. Herrador Benito, J.I. Arano Bermejo y L. Cabañas Navarro

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los tumores desmoides se caracterizan por ser proliferaciones benignas con gran agresividad local y tendencia a la recidiva, pero sin capacidad de hacer metástasis a distancia. Existen, sin embargo, casos esporádicos de tumores que clínica e histológicamente parecen desmoides pero que presentan afectación metastásica, lo que lleva a la necesidad de replantear el diagnóstico.

Material y métodos: Varón de 39 años remitido a nuestro centro por presentar desde dieciocho meses antes masa que crece progresivamente en pelvis y región inguinal izquierda, con dolor asociado. Coincidiendo con el inicio de síntomas se le detectó una TVP izquierda, por la cual fue anticoagulado, sin otros estudios ya que fue diagnosticado de trombofilia. Ante persistencia de los síntomas se le realizó TC que demostró existencia de una masa a nivel inguinal izquierdo de unos 10 cm que engloba vasos femorales izquierdos. En estudio con contraste se objetivó flujo arterial normal pero ausencia a través de vena femoral izquierda. Se le realizó PAAF con resultado de proliferación me-

senquimal indeterminada. Con el diagnóstico de tumor desmóide versus sarcoma se decidió intervención quirúrgica. Se encuentra una gran tumoración que engloba rama iliopúbica izquierda, recto anterior y oblicuos y vasos femorales a su paso bajo el ligamento inguinal. Se realiza extirpación en bloque, incluyendo el cordón inguinal izquierdo, ligadura y sección de vena ilíaca izquierda y femoral desde el cayado de la safena, conjuntamente con dos terceras partes del arco inguinal, la rama iliopúbica izquierda y la inserción de músculos recto anterior y oblicuos izquierdos. Se mantiene arteria ilíaca, disecándose a nivel de la adventicia. Se envía biopsia intraoperatoria de nódulo informada como metástasis ganglionar de sarcoma, por lo que se realiza linfadenectomía ilio-obturatriz. En AP se objetiva tumor mesenquimal fusocelular, de bajo grado de anaplasia, que infiltra tejidos blandos con extensa afectación muscular, ganglio linfático y hueso ilíaco, encuadrable en una fibromatosis músculo-aponeurótica pélvica (cKIT positivo). El resto de ganglios aislados fueron negativos. El enfermo recibió radioterapia tras su recuperación y permanece tres años después sin evidencia de recidiva a nivel local o sistémico.

Resultados y discusión: La fibromatosis agresiva o musculoa-poneurótica o tumor desmóide representa un conjunto de entidades de significado incierto, entre la fibrosis y el fibrosarcoma, con características histológicas de benignidad pero un comportamiento localmente agresivo. Algunos autores postulan que puedan tratarse de una variante de fibrosarcomas de muy bajo grado sin capacidad de metastatizar. Sin embargo, localmente se parecen más a los fibrosarcomas de alto grado con la diferencia de una mala delimitación, lo que los hace más difíciles de resear y que tengan tendencia a infiltrar estructuras (los sarcomas tienden a desplazarlas en su crecimiento). La aparición de una metástasis, obliga a replantearse el diagnóstico. Pero en nuestro caso los datos histológicos y de inmunohistoquímica son los del tumor desmóide. Existen en la literatura casos aislados de metástasis pulmonares, de difícil interpretación.

Conclusiones: El comportamiento posterior hasta el momento actual no sirve para aclarar la mejor clasificación para este caso de difícil definición.

P-135. TUMORES DESMOIDES MESENTÉRICOS Y DE PARED ABDOMINAL. LA NECESIDAD DE REALIZAR UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL PARA EVITAR LA FRECUENTE RECURRENCIA LOCAL

Y. Quijano Collazo, E. Vicente López, M. Marcello Fernández, E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, H. Durán Giménez-Rico, C. Loinaz Seguro, M.A. Montenegro Martín, L. Galán Raposo, R. Puga y E. García

Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro, Centro Integral Oncológico Clara Campal, Universidad San Pablo CEU (Facultad de Medicina), Madrid.

Introducción: Los tumores desmoides representan lesiones consideradas como benignas con una gran capacidad de recurrencia local si no se establece un tratamiento quirúrgico adecuado. Este tratamiento puede ir asociado a una importante complejidad técnica.

Objetivos: Describir los aspectos técnicos de las diferentes técnicas quirúrgicas realizadas en pacientes afectados de tumores desmoides localizados en pared abdominal y/o raíz mesentérica.

Material y métodos: Entre marzo de 2001 y abril de 2010, 16 intervenciones quirúrgicas fueron realizadas en 13 pacientes (6 varones y 7 mujeres). La edad media fue de 35 años (22-54). La localización fue abdominal superficial (2), intra-abdominal (9) y mixto (2). En 5 casos tuvo una característica familiar y en 10 idiopático. En 5 enfermos se asoció a una poliposis adenoma-

tosa familiar, de la cual habían sido intervenidos previamente mediante la realización de colectomías subtotales. Tres de ellos eran portadores de ileostomías. 10 enfermos habían tenido resecciones previas. 5 de ellos habían sufrido más de 5 intervenciones. El tratamiento quirúrgico en las lesiones intra-abdominales (11) fue: resección quirúrgica (8/11), resección quirúrgica en otro centro y posterior trasplante intestinal (2/11). Un enfermo afectado de una lesión mesentérica irresecable falleció en lista de espera para trasplante intestinal.

Resultados: En pacientes afectados de tumoración localizada en raíz mesentérica, la resección tumoral condicionó la resección de una importante longitud intestinal; yeyunal, yeyuno-ileal o ileal asociada en ocasiones a cólica. El sacrificio entérico en los pacientes intervenidos en nuestro centro, motivó una notable disminución del intestino remanente: 1,20 m-2,10 m (media: 1,60 m); con válvula íleo-cecal: 1,90 m-2,10 m (media: 2 m), sin válvula íleo-cecal: 1,20 m-1,80 m (media: 1,5 m). Un 62,5% (5/8) de los pacientes con amplias resecciones precisaron soportes nutricionales prolongados superiores al año. Los pacientes con lesiones de pared abdominal requirieron la resección completa del músculo recto afectado y posterior reconstrucción de la pared abdominal. No hubo mortalidad en el tratamiento quirúrgico efectuado. Un único paciente afectado de tumor desmóide de localización mixta presentó recurrencia de su proceso tumoral intra y extra-abdominal a los 10, 19 y 24 meses, respectivamente de la primera intervención efectuada, motivando sucesivas resecciones tumorales y entéricas. Falleció a los 38 meses por progresión intraabdominal de su enfermedad. Los dos pacientes trasplantados por tumor desmóide mesentérico no recidivaron. El primero de ellos falleció a los 42 meses de la intervención por rechazo crónico, estando libre de enfermedad el segundo de ellos a los 50 meses del trasplante efectuado.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de los tumores desmoides exige una estrategia quirúrgica adecuada, basada en la radicalidad que incluso puede llegar en pacientes seleccionados con afectación vascular mesentérica a la realización de trasplante de intestino delgado. La citada radicalidad establecida en el tratamiento quirúrgico evitará la recurrencia local y el consiguiente incremento en la morbilidad asociada a las re-intervenciones precisas.

P-136. RECONSTRUCCIÓN PROTÉSICA DE REGIONES ANATÓMICAS DISTANTES POR TUMORACIÓN MALIGNA DE PARED ABDOMINAL

V.J. Ovejero Gómez, I. Berrio Obregón, T. Gallego Bellido, A. Gutiérrez Ruiz, M.A. Matute Cuartero y A. Ingelmo Setién

Hospital Sierrallana, Torrelavega.

Introducción: Los tumores malignos de pared abdominal son infrecuentes y representan un tercio de las tumoraciones parietales. Las neoproliferaciones más frecuentes son carcinomas, sarcomas, melanomas y metástasis a distancia. El riesgo de dehiscencia ante grandes defectos de pared abdominal, con una elevada morbilidad, ha propiciado el desarrollo de múltiples técnicas quirúrgicas y el protagonismo creciente de materiales protésicos. Presentamos el caso de un carcinoma en el área de acceso de un trocar laparoscópico previo que presentó también afectación tumoral en otra región anatómica que había sido tratada. Proponemos una alternativa protésica en la reparación parietal de amplios defectos músculo-aponeuróticos que incluyen regiones anatómicas diferentes.

Caso clínico: Varón de 62 años con antecedente de hernioplastia inguinal derecha laparoscópica extraperitoneal que presentó una tumoración paraumbilical inferior derecha, como hallazgo casual, y crecimiento progresivo en el último mes. En la exploración, se observó una lesión sólida con firme adhesión a pared

abdominal y preservación del plano cutáneo, donde se evidenciaba la cicatriz del trocar laparoscópico. Los estudios de imagen revelaron la tumoración descrita con crecimiento en profundidad. El paciente fue sometido a una resección de espesor completo de pared abdominal con onfalectomía para consecución de márgenes oncológicos libres, observando un engrosamiento anormal del peritoneo pélvico cercano a la prótesis inguinal. Se procedió a su exéresis amplia con inclusión protésica total originando un defecto en dicha región. La reconstrucción se efectuó mediante una autoplastia epiploica de fijación pélvica con cobertura sobre el área inguinal y colocación superficial de prótesis de polipropileno con protección hidrófila reabsorbible en su superficie interna (Parietene Composite®) para la resolución conjunta de ambos defectos. El postoperatorio cursó con íleo paralítico que se resolvió con tratamiento conservador. La histopatología confirmó el diagnóstico de malignidad, sin poder precisar su origen, con afectación adenopática en el área inguinal, proponiéndose quimioterapia adyuvante.

Discusión: En condiciones normales, la cicatrización fascial depende de una tensión mantenida en la sutura y la integridad de la misma está condicionada por factores inherentes al paciente, la técnica quirúrgica y las características del material. La imposibilidad de cierre primario en grandes defectos parietales ha sido solventada con el uso de diversas técnicas de colgajos miocutáneos, no exentas de complicaciones. El advenimiento de materiales protésicos ha facilitado los cierres sin tensión y con alta resistencia, pero con el riesgo de lesiones viscerales por decúbito; aspecto satisfecho con el uso conjunto de dos materiales sintéticos: PTFE-e para la cara visceral y polipropileno para la cara externa. Nuestra propuesta excluye al primero considerando una mejor manejabilidad del polipropileno en solitario a igualdad de propiedades si se consigue una correcta protección visceral, en espera de un neoperitoneo bien definido en un plazo de tiempo corto, y sin aparente mayor riesgo de adherencias.

Conclusiones: La presencia de tumoraciones parietales en el área de un acceso laparoscópico previo debe alertar sobre su posible origen en la intervención anterior motivando una revisión de todos los campos quirúrgicos que se trataron. Consideramos que la creación de un colgajo epiploico autólogo puede facilitar o sustituir la cubierta protectora de una prótesis, como la presentada, restando morbilidad y cumpliendo los principios básicos del cierre parietal protésico. La adaptación del colgajo y prótesis puede permitir la cobertura unitaria de regiones anatómicas distantes y dispares en conformación, como la pared abdominal anterior y la pelvis, de forma válida y efectiva.

P-137. HIDATIDOSIS MUSCULAR PRIMARIA EN PARED ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Rufas, A. Gonzalo, P. Palacios, J. Marín, L. Lamata, A. Navarro, P. Val-Carreres, A. Güemes, R. Sousa y R. Lozano

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Presentación de un caso de hidatidosis muscular primaria en pared abdominal y revisión de la literatura.

Caso clínico: Varón de 75 años remitido por quiste hidatídico hepático con afectación pared abdominal de 20 años de evolución. Exploración: masa polilobulada, blanda, firme en hipocondrio derecho de 12 cm de diámetro, indolora, no desplazable y que no se moviliza con la respiración. Analítica: inmunoglobulinas normales, hemaglutinación negativa, anticuerpos anti E granulosus 1,95 KU/l. TAC: masa abdominal de 11 cm dependiente del hígado en contacto y aparente infiltración con pared abdominal. Se propone intervención quirúrgica que se desestima por contraindicación cardiológica por BAV de primer grado y BRIHH estableciéndose tratamiento médico con albendazol y control médico. Aumenta el tamaño y la tasa de anticuerpos AE

granulosus progresivamente. Tras nueva valoración cardiológica a los dos años se descarta contraindicación quirúrgica recomendando marcapasos externo durante anestesia general por lo que el paciente es programado para intervención.

Resultados: Reconsiderado y explorado el paciente la impresión del origen de la hidatidosis es la musculatura transversal del abdomen. Se interviene en marzo del 2009 a través de incisión adaptada a lo largo del reborde costal. Hallazgo: hidatidosis multivesicular que afecta a músculos oblicuo mayor y menor derechos y reborde costal a nivel de la 10ª costilla destruyéndolo sin interrumpir su continuidad. Músculo transversal y aponeurosis abdominal profunda respetada. Contenido abdominal normal incluyendo el hígado y sin presentar adherencias. Se extirpa en bloque con margen de seguridad de 1 cm. En reborde costal se fisura la periquística sin exteriorización de membranas hidatídicas, se vacía contenido con trocar y aspirador de Lozano, antisepsia con povidona yodada al 50%, se reseca el cartilago afectado con cizalla, el defecto parietal se reconstruye con malla y se coloca drenaje. El postoperatorio cursa sin incidencias. Alta al 9º día con herida cicatrizada y buen estado general. Posteriormente se dan 3 ciclos de albendazol y a día de hoy no presenta signos de recidiva.

Conclusiones: Ante una masa muscular asintomática de lento crecimiento hay que sospechar hidatidosis. La ingestación hidatídica es la más frecuente de las causadas por helmintos pero su localización primaria en músculo o tejido óseo es tan sólo del 1-4%. Las más frecuentes como hepática (65%) y pulmonar (15%) deben descartarse. Las técnicas de imagen (TAC, RM) son fundamentales en el diagnóstico siendo la RM la más sensible y específica. Hay que establecer el diagnóstico correcto evitando punciones por el alto riesgo de reacciones anafilácticas graves y sobreinfección bacteriana. El tratamiento de elección y curativo es la cirugía radical con márgenes de seguridad. Importancia de los derivados del benzimidazol preoperatoriamente y poscirugía y en caso de que no se pueda realizar cirugía radical aunque no elimina la enfermedad.

P-138. QUISTE HIDATÍDICO EN EL MÚSCULO RECTO DEL ABDOMEN

C. Guillén Morales, S. Fuerte Ruiz, L. Márquez Cantalapiedra, M. González Bocanegra, I. Manzanedo Romero, J.M. Muros Bayo y M. Limones Esteban

Hospital General Universitario, Getafe.

Objetivos: La hidatidosis es una zoonosis de transmisión fecal-oral, ampliamente distribuida a nivel mundial. Necesita huéspedes definitivos (cánidos) e intermediarios (ovinos) para completar su ciclo vital, siendo el hombre un huésped accidental que frena su propagación. Los quistes hidatídicos se presentan en su gran mayoría en el hígado (50-60%) y pulmón (20-30%), siendo el músculo una localización infrecuente (0,5-4%). Se presenta un paciente con hidatidosis hepática y de la pared abdominal. Se describe el procedimiento quirúrgico y tratamiento conservador previo.

Material y métodos: Varón de 61 años, asintomático, con serología hidatídica > 2.560, al que se le realiza quistoperiquistectomía total + colecistectomía en el 2001 por encontrar de forma casual en un CT abdomen, un quiste hidatídico hepático de 12 x 7 cm en segmentos V-VI-VII. Posteriormente el paciente estuvo en tratamiento con albendazol y en seguimiento con serología y pruebas de imagen cada 6 meses, observándose imágenes en LHD y colección en músculo recto derecho de 5 cm, compatibles con quistes hidatídicos. En mayo del 2004 y en diciembre del 2009 el servicio de Radiología Intervencionista le drenó percutáneamente la colección de la pared abdominal, realizando escleroterapia posterior de la cavidad con alcohol 100% (fig. 2) y siendo

dado de alta con albendazol pautado. Presentó posteriormente supuración de líquido seroso por el punto de drenaje. En el CT abdominal de enero 2010 (fig. 3), se apreciaba una colección de 8,7 x 4,6 cm en el recto anterior derecho, con un trayecto fistuloso hacia la superficie de la pared abdominal anterior. El paciente fue intervenido el 28/1/10, realizándole resección del trayecto fistuloso, apertura del quiste con extracción de vesículas (fig. 4) e instilación de suero hipertónico, extirpación de las paredes del quiste con resección del músculo recto anterior, parte de la aponeurosis y del peritoneo, y posterior reparación con malla preperitoneal de polipropileno.

Resultados: Los quistes hidatídicos musculares tienen una frecuencia baja (0,5-4%), siendo asintomáticos y diagnosticándose de forma casual, o manifestándose como masa o dolor. Deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante cualquier masa en tejidos blandos. La cirugía es en la actualidad el tratamiento de elección, alcanzando un 90% de curación. El drenaje percutáneo con instilación de agentes escolicidas (solución de nitrato de plata al 20%, solución salina hipertónica al 30% o etanol al 95%) se prefiere para aquellos quistes de difícil acceso quirúrgico o en aquellos pacientes con alta morbilidad quirúrgica. El tratamiento con albendazol debe considerarse de forma complementaria a la cirugía o la punción de los quistes, para evitar la diseminación hidatídica y disminuir la recurrencia de la enfermedad.

Conclusiones: Nuestro paciente fue diagnosticado de forma casual de un quiste hidatídico asintomático de localización muscular, siendo inefectivo el drenaje percutáneo en 2 ocasiones junto con tratamiento con albendazol. Finalmente se le intervino quirúrgicamente, evolucionando favorablemente y sin evidenciar recurrencia en los controles posteriores, permaneciendo la serología positiva (> 1.250) por la presencia de quistes hidatídicos hepáticos.

P-139. HEMATOMA DE LOS RECTOS: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

J. Martínez Bernard, M. Herrero López, R. Cerdán Pascual, S. Cantín Blázquez, N. Sánchez Fuentes, M. Gutiérrez Díez, C. Gracia Roche, J. Bernal Jaulín, A. Olabera Céspedes, P. Riverola Aso y J.M. Esarte Muniaín

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El hematoma espontáneo de los rectos anteriores del abdomen es una entidad de aparición infrecuente y en ocasiones de difícil diagnóstico debido a la similitud clínica con otros procesos agudos. Suele aparecer en pacientes que siguen tratamiento anticoagulante y se caracteriza por su forma de presentación brusca como dolor abdominal agudo. La cirugía puede evitarse en la mayoría de los casos si se diagnostica correctamente mediante pruebas de imagen.

Objetivos: Describir nuestra experiencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de los hematomas espontáneos de los rectos.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 11 casos de hematoma de los rectos en un período comprendido entre enero del 2005 y diciembre del 2009. Criterios de exclusión: hematomas de pared abdominal no espontáneos (post-traumáticos, iatrogénicos o postoperatorios).

Resultados: Se trata de 11 pacientes, 7 mujeres (63,6%) y 4 varones (36,4%) con una edad media de 74,36 años (rango 57-92 años). Como factores relacionados con la aparición del hematoma destacan la toma de anticoagulantes orales (ACO) en 6 casos, antiagregantes en 4 casos y cuadros de tos intensa en 6 casos. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal acompañado de masa abdominal palpable (7 casos). Las pruebas complementarias para el diagnóstico fueron la ECO en 8 casos (72,7%) y la TC en 5 casos (27,3%). El tratamiento en todos

los casos consistió en analgesia y reposo, junto con reversión de ACO con vitamina K en 2 casos y transfusión de dos bolsas de concentrado de hematíes en 3 de los pacientes. No se han observado complicaciones en relación con los hematomas. Tasa de mortalidad del 0%.

Discusión: Los hematomas de la vaina de los rectos constituyen una causa poco frecuente de dolor abdominal. Entre sus factores predisponentes destacan tratamiento anticoagulante (el más frecuente) o antiagregante, discrasias sanguíneas, traumatismos, ejercicio, embarazo o yatrogenia. Dada la mayor debilidad de la pared abdominal a nivel infraumbilical, ésta es su localización más habitual. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal brusco acompañado de masa palpable. El tratamiento es fundamentalmente conservador, pudiendo considerarse la embolización por radiología o la evacuación quirúrgica con ligadura de vasos sangrantes en caso de inestabilidad hemodinámica a pesar de un adecuado tratamiento.

Conclusiones: En caso de hematoma de los rectos, el tratamiento de elección debe ser inicialmente conservador y consistente en reposo, analgésicos y antiinflamatorios.

P-140. HEMATOMA GIGANTE DE LA VAINA DE LOS RECTOS: CASO CLÍNICO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO

E. Peña Ros, M. Ruiz Marín, M. González Valverde, J. Ródenas Moncada, M. Candel Arenas, C. Escamilla Segade, P. Parra Baños, J.A. Benavides Buleje y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Presentar el caso clínico de hematoma gigante de la vaina de los rectos, analizar su etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico según la literatura, y añadirlo a nuestra serie.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 de larga evolución con retinopatía, fibrilación auricular anticoagulada con heparina de bajo peso molecular, arteriopatía periférica, estenosis mitral con recambio valvular protésico en 2001, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso con irritación peritoneal y masa palpable en hemiabdomen izquierdo. A la exploración la paciente se encuentra pálida, sudorosa, con hipotensión y shock hipovolémico. Presentaba un hematocrito de 19,3% con hemoconcentración, que tras sueroterapia se determina en 15%, fallo renal agudo con creatinina 3,1 mg/dl y acidosis mixta con pH 7,21. Se realiza un TC que evidencia un hematoma muy extenso de la pared abdominal izquierda, de 3,5 litros por estimación radiológica. Se indica cirugía urgente por la situación de inestabilidad hemodinámica, se traslada a quirófano mientras se transfunden dos concentrados de hematíes, sin tiempo a ser intervenida quirúrgicamente, siendo exitus escasas horas después de llegar a Urgencias.

Discusión: El hematoma de la vaina de los rectos es una entidad clínica infrecuente que generalmente se origina por la rotura de la arteria epigástrica inferior o sus ramas, siendo más frecuente en pacientes anticoagulados. Como factores desencadenantes destacan aquellos que aumentan la tensión de la musculatura abdominal (tos persistente, estreñimiento...). La forma de presentación más frecuente es un dolor abdominal agudo acompañado de masa palpable, aunque puede clínica de cualquier enfermedad intraabdominal y ser causa de laparotomías innecesarias, por lo que es importante tenerlo presente como diagnóstico diferencial. La ecografía y el TC son las técnicas de elección para llegar al diagnóstico de certeza. El tratamiento de elección debe ser inicialmente conservador, pero en casos de he-

morragia activa con repercusión hemodinámica puede ser necesario el tratamiento quirúrgico para realizar hemostasia de los vasos sangrantes, precisando a veces la ligadura de la arteria epigástrica, o embolización arterial selectiva por radiología intervencionista. La mortalidad de este proceso es, según autores, hasta el 25 % en pacientes anticoagulados.

Conclusiones: Este caso se suma a nuestra serie de 20 pacientes, 15 de ellos comunicados en 2006. Hemos querido comunicarlo por lo inusual de la presentación tan grave de este cuadro, la rápida evolución del mismo y el gran tamaño que presentaba. Es el único caso de éxitus de nuestra serie, y el de mayor tamaño que hemos registrado. El enfoque diagnóstico fue rápido y preciso, y se planteó de entrada estabilización hemodinámica y cirugía urgente por sospecha de sangrado de la arteria epigástrica. Como vemos estamos ante un cuadro poco frecuente, pero que debemos incluir en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal asociado a masa palpable, cuyo tratamiento es generalmente médico, pero en ocasiones puede requerir cirugía, y que como indica la literatura, puede llegar a ser mortal en un porcentaje importante de los casos.

P-141. ENTEROCELE VAGINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Sugrañes Naval, C. Ribera Serra, M. Palau Esplá, C. Quintana Escandell, E.J. López Herce, J. Otero Xancó, J. Robusté Morell, I. Pros Ribas, A. Filloy Lavia, R. Ros Vallverdú y A. Gil Goñi

Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.

Objetivos: Se presenta un caso de enterocecele vaginal tras histerectomía en paciente añosa. Revisamos la bibliografía del enterocecele vaginal, el rectocecele y el enterodouglascele.

Material y métodos: Mujer de 76 años de edad con antecedentes de HTA, intervenida de prótesis de rodilla y de histerectomía vaginal cinco meses antes por prolapso vaginal total. Acude a urgencias por emisión de asas intestinales a través de la vagina de forma súbita durante la defecación. A la exploración física se aprecia paciente con buen estado general, estable hemodinámicamente y afebril, con presencia de 50 cm de intestino delgado prolapsado a través de la vagina. Analítica sin leucocitosis ni otras alteraciones. RX abdomen con signos de oclusión intestinal de delgado. RX tórax normal.



Resultados: Bajo la orientación diagnóstica de enterocecele vaginal espontáneo se decide cirugía urgente. Se interviene quirúrgicamente practicando laparotomía exploradora bajo anestesia general, reducción de asas intestinales a cavidad abdominal sin resección intestinal y cierre de cúpula vaginal. La paciente sigue una evolución postoperatoria satisfactoria, siendo dada de alta al cuarto día. En los controles posteriores en consulta externa presenta rectodouglascele que requiere intervención programada a los cuatro meses. Se practica colporrafia anterior y posterior bajo anestesia raquídea. La paciente está asintomática desde hace 2 años. El enterocecele es una hernia a través del peritoneo del fondo de saco de Douglas y el contenido intestinal (intestino delgado o sigma). Los factores de riesgo más comunes son la edad avanza-

da, la multiparidad, los partos distócicos u operaciones sobre el suelo pélvico, el estado postmenopáusico y el antecedente de histerectomía (más frecuente si fue vaginal). El enterocecele se clasifican en 4 categorías: congénito, iatrogénico, por tracción y por pulsión. Clínicamente se manifiesta por urgencia defecatoria, defecación obstruida, dolor abdominal, ocupación rectovaginal o crisis suboclusivas. La defecografía o proctografía de evacuación es de elección para el diagnóstico. El tratamiento conservador del enterocecele consiste en la utilización de pesarios y se reserva para pacientes con mínimos síntomas, cuando se desea paridad en breve plazo de tiempo, o en pacientes con elevado riesgo quirúrgico. El tratamiento de elección es quirúrgico; el objetivo principal es el de cualquier otra hernia: reducción del saco herniario y oclusión del defecto. Las técnicas tradicionalmente usadas, vía abdominal (Moschkowitz) o perineales (resección del Douglas y levatoroplastia) tienen en general recidivas. Actualmente, el tratamiento de elección consiste en la resección del saco peritoneal y la reparación protésica del tabique rectovaginal.

Conclusiones: El caso que nos ocupa recibió un tratamiento combinado multidisciplinar entre cirujanos y ginecólogos y terminó favorablemente a pesar de la recidivancia.

P-255. ESTUDIO DE LA HERNIA INGUINAL CON TÉCNICA DE RUTKOW-ROBBINS: COMPARATIVA DE LA UTILIZACIÓN DE MATERIAL PROTÉSICO REABSORBIBLE E IRREABSORBIBLE

F. Aranda Lozano, A. Uranga Goicoechea, A. Oliver Lechuga, M. Santamaría Olabarrieta, M.J. Busto Vicente, M. Clemares de Lama, A. Martín López y J.M. Erro Azcárate

Hospital Zumárraga, Guipúzcoa.

Objetivos: El Servicio de Cirugía del Hospital de Zumárraga utiliza protocolizadamente la técnica de Rutkow-Robbins para la hernioplastia inguinal. Se pretende analizar los resultados de un estudio comparativo a corto, mediano y largo plazo sobre la utilización de material reabsorbible o irreabsorbible en las hernioplastias inguinales, con el fin de conocer las excelencias o inconvenientes de uno u otro método para que la utilización del obligado material protésico en los casos indicados, sea la más adecuada, eficaz y segura posible. Con este fin se ha diseñado un estudio de Ensayo Clínico, prospectivo, con técnica de ciego simple 1/1. Presentamos los resultados preliminares en el primer año.

Material y métodos: Técnica de Hernioplastia de Rutkow-Robbins en todos los casos de Gilbert I, II y III según protocolo del Servicio. Utilización de kit de malla irreabsorbible (Marlex-Bard) en los casos pares. Utilización de kit de Gore (malla irreabsorbible PTFE para el suelo del canal inguinal y utilización de tapón reabsorbible de polyglactil 910) en los casos impares. La distribución y selección de los casos es aleatoria simple. Recogida de datos en hoja de diseño ad hoc, donde se señalan edad, sexo, tipo de malla, tipo de hernia (Gilbert I, II o III), existencia de dolor postoperatorio a los 2, 7 y 30 días, cumplimiento de la pauta analgésica al alta, necesidad de analgesia de rescate, necesidad de nueva consulta o analgesia añadida, infección de la herida y recidiva. Análisis de los resultados en programas estadístico SPSS 16.0.

Resultados: Se han operado en el periodo de un año, 112 pacientes de hernia inguinal con la tipología Gilbert I, II y III. Como resumen del estudio, se puede apreciar que todas las variables en su totalidad demuestran que no existen diferencias significativas entre la utilización de malla con material reabsorbible o irreabsorbible. Los grupos son perfectamente comparables, lo cual añade validez al estudio. Se ha operado mayor número de pacientes del Grupo Gilbert II y todos se han operado con la llamada estancia "0". El cumplimiento analgésico ha sido similar y no se aprecian diferencias entre los dos tipos de mallas en cuanto al dolor postoperatorio ni al índice de infección. El cumpli-

miento del protocolo analgésico ha sido del 92,5 %. Un 9 % de los pacientes ha precisado de nueva analgesia o de una consulta intercurrente, siendo el resultado similar con la utilización de ambos tipos de malla. En el periodo de tiempo del estudio no se han apreciado recidivas.

Conclusiones: En ocasiones se ha observado la presencia de dolor postoperatorio en la región inguinal a largo plazo, con o sin diagnóstico de neuritis del abdominogenital o del inguino-cru-ral. Otra posible complicación es la recidiva herniaria por migración de la malla. Puede ser que estos problemas tengan alguna relación con el material utilizado para la malla. Hasta el momento no hemos apreciado diferencias estadísticamente significativas con la utilización de cono de material reabsorbible con respecto al irreabsorbible. Es necesario mayor número de casuística, así como periodo de seguimiento más largo para obtener conclusiones definitivas.

P-256. HERNIOGRAFÍA POR RNM PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DOLOR INGUINAL SIN CAUSA APARENTE EN PACIENTES SOMETIDOS A DIÁLISIS PERITONEAL

V. Martí Martí, V. López Flor, M. González Rico, A.M. Julve Parreño, R. Aliaga Méndez, M. Garcés Albir, F. Navarro Vicente, R. Parreño Arenas, J.L. Molina Rodríguez, A. García Granero García Fuster y C. León Espinoza

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: El paciente sometido a diálisis peritoneal presenta diversos factores de riesgo para la hernia. Cuando ésta aparece, hay que diagnosticarla y operarla precozmente para evitar complicaciones que impidan continuar con la diálisis. En sus primeras fases, la hernia inguinal provoca molestias intensas, siendo difícil de diagnosticar manualmente. Dado que son pacientes de riesgo, es obligatoria la confirmación diagnóstica. Presentamos dos casos de síndrome inguinal en los que no se aprecia hernia a la exploración física, confirmandose el diagnóstico mediante resonancia nuclear magnética con cavidad abdominal repleta de líquido (herniografía).

Material y métodos: Caso 1: mujer de 66 años; sometida a diálisis peritoneal por insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis; tomadora de varios fármacos con efecto anti-colágeno, sin otro factor de riesgo para hernias; consulta por dolor lancinante en ingle izquierda durante la diálisis, que se mantiene en bipedestación y cede con el decúbito; a la exploración de la ingle, no se palpan hernias; se solicita resonancia nuclear magnética con cavidad repleta. Caso 2: varón de 75 años; sometido a diálisis peritoneal por insuficiencia renal crónica secundaria a hidronefrosis; como factores de riesgo para hernias refiere haber sido fumador, dos intervenciones quirúrgicas en vecindad, haber sido operado de hernia inguinal izquierda, y ser tomador de varios fármacos anti-colágeno; tras la implantación del catéter refiere molestias pélvicas y abdominales localizadas en ingle y flanco derecho, durante la diálisis; la exploración de las ingles no evidencia hernias; se solicita resonancia nuclear magnética con cavidad repleta.

Resultados: El informe de la RNM en el caso 1 es: líquido intrabdominal en relación con diálisis, se evidencia acumulo de líquido con dimensiones de 7-6-2 cm en topografía inguinal izquierda, debida a salida de líquido peritoneal hacia la ingle, en relación con hernia inguinal izquierda. La paciente, tras ser diagnosticada de hernia inguinal izquierda infundibular (se presentan las imágenes), es intervenida de hernia inguinal medial; tras la intervención, no vuelve a presentar molestias. El informe de la RNM en el caso 2 es: líquido intrabdominal en relación con diálisis peritoneal, que muestra continuación a través del conducto inguinal derecho hasta localización supra-testicular, ello es compatible con hernia inguinal derecha sin componente vis-

ceral asociado, o a repermeabilización del proceso vaginal. Tras el diagnóstico (se presentan las imágenes), se interviene al paciente de hernia inguinal lateral; tras la intervención reinicia precozmente las sesiones de diálisis, sin molestias.

Conclusiones: La resonancia nuclear magnética con cavidad abdominal repleta de líquido de diálisis peritoneal (herniografía) es una técnica sencilla, no agresiva, que facilita un diagnóstico precoz de una hernia infundibular sintomática que no se ha podido descubrir mediante la exploración física.

P-257. USO DEL SELLANTE DE FIBRINA PARA FIJAR LA MALLA EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL ABIERTA: ESTUDIO COMPARATIVO

J. Carvajal Balaguera, M. Martín García-Almenta, J. Camuñas Segovia, T. Jorgensen, P. Fernández Isabel y C.M. Cerquella Hernández

Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

Introducción: El concepto de fijación atraumática de la malla, es cada vez más aceptado en la reparación de la hernia inguinal (HI). La finalidad es la de proporcionar una integración óptima de la malla, evitar el atrapamiento nervioso y el dolor postoperatorio, causado por suturas y grapas.

Objetivos: Evaluar la eficacia y morbilidad de fijar la malla con adhesivo de fibrina comparada con la técnica convencional en la hernioplastia inguinal abierta.

Material y métodos: Entre noviembre 2008 y enero 2009, se realizó un estudio clínico prospectivo en 60 pacientes (30 utilizando 2 ml de adhesivo de fibrina (Tissucol® Baxter) y 30 control, utilizando sutura monofilamento 2/0, irreabsorbible de polipropileno, Surgipro® Covidien), intervenidos de HI unilateral primaria, utilizando una malla de polipropileno (7,5 × 15 Brawn®) según técnica de Lichtenstein. Se estudió la intensidad del dolor, morbilidad, estancia, tiempo en recuperar su actividad normal o trabajo, recurrencia, frecuencia del dolor crónico y coste. Seguimiento al mes, tres, seis y doce meses. Se compararon los grupos mediante las pruebas de la Chi² para variables cualitativas y la t de Student para variables cuantitativas.

Resultados: Los dos grupos son comparables en edad, sexo, peso, tipo de hernia, actividad y patología asociada. El grupo de adhesivo de fibrina consumió menos analgésicos el día de la operación y al día siguiente, pero sin significación estadística ($p > 0,05$). Las complicaciones, estancia, y tiempo de recuperación a su actividad normal fueron comparables en los dos grupos. Tras un año de seguimiento no se ha detectado recidiva ni dolor crónico en ningún paciente de los dos grupos. La intervención con adhesivo es más costosa con significado estadístico ($p < 0,05$).

Conclusiones: La fijación de la malla con adhesivo de fibrina es mecánicamente equivalente a los puntos de polipropileno, pero es más costosa.

P-258. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA OBTURATRIZ ESTRANGULADA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PRECOZ

M. Labalde Martínez, J. Señariz, C. Milliani, J.M. Danes, C. López, J. Sáenz, A. Benavente, P. Domingo, S. Villar y C. Moreno

Hospital Sur, Alcorcón.

Introducción: Las hernias obturatrizes son hernias raras que suponen el 0,4 % de las obstrucciones intestinales. El diagnóstico es radiológico en la mayoría de los casos porque la sintomatología es inespecífica y raramente se palpan en la exploración

física. A continuación presentamos un caso clínico de una obstrucción intestinal secundaria a una hernia obturatriz estrangulada junto con una revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 83 años que presenta dolor abdominal y vómitos de un día de evolución. La paciente acudió a urgencias unos días antes por dolor en muslo y rodilla derecha tras esfuerzo físico por lo que fue dada de alta con antiinflamatorios. El abdomen está distendido y es doloroso de forma difusa con defensa abdominal. No se palpan hernias inguinales ni crurales. Leucocitosis con desviación izquierda. Dilatación de asas ID en radiografía de abdomen. En la TAC abdominopélvica presenta gran distensión asas ID con líquido libre intraabdominal e imagen compatible con hernia obturatriz derecha. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz complicada se indica intervención quirúrgica. Tratamiento quirúrgico: a través de laparotomía media infraumbilical se visualiza distensión de asas intestino delgado secundaria a hernia obturatriz estrangulada. Se procede a reducción de la hernia de forma manual e identificación del orificio obturador. Colocación de plug con prótesis de Vicryl® en orificio obturador y revestimiento de la malla con peritoneo. Durante el periodo postoperatorio la paciente presenta un íleo paralítico prolongado e insuficiencia cardíaca descompensada.

Discusión: Las hernias obturatrizes se producen a través del orificio obturador en la pelvis, por el que pasan el nervio, la vena y la arteria obturatriz. Suponen el 0,073 % de todas las hernias y se presentan en mujeres mayores debilitadas. Se asocian típicamente a pérdidas de peso importantes y pueden ser bilaterales o presentarse junto con otras hernias, generalmente crurales. Debido a que los síntomas son inespecíficos y la hernia pocas veces se palpa en la exploración física sólo se diagnostican antes de la intervención quirúrgica el 10 % de los casos. El síntoma clásico es dolor abdominal irradiado hacia la cara medial del muslo y rodilla (Signo de Rowship-Romberg) y es frecuentemente malinterpretado como dolor articular en pacientes mayores, como en nuestro caso. Sin embargo, la manifestación clínica más frecuente es la obstrucción intestinal. El principal problema asociado a las hernias obturatrizes es la dificultad para establecer el diagnóstico. La realización de una TAC abdominopélvica en pacientes con sospecha de obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz puede evitar el retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico y disminuir la tasa de resecciones intestinales, con la consiguiente reducción de la morbi-mortalidad postoperatoria. La mortalidad, que en algunas series llega al 30 %, está directamente relacionada con el retraso en el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico debe ser urgente. La laparotomía exploradora está indicada en casos de abdomen agudo. La colocación de plug en el orificio obturador, como en este caso, se debe realizar sin tensión para evitar neuralgias.

P-259. COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LAS HERNIAS INCISIONALES CON PRÓTESIS EN DISPOSICIÓN INTRAABDOMINAL (323 CASOS)

M.J. Cases-Baldó, A. Moreno-Egea, J.A. Torralba-Martínez, M. Mengual-Ballester, M.P. Guillén-Paredes, M.L. García-García, A. Campillo-Soto, J.G. Martín-Lorenzo y J.L. Aguayo-Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El tratamiento de las hernias incisionales continúa siendo un reto para el cirujano general. Aunque la utilización de prótesis de refuerzo en disposición intraabdominal ha reducido la tasa de recidiva, facilitado la cirugía y permitido la laparoscopia, la necesidad de colocación del material en el interior de la cavidad peritoneal es todavía un punto de conflicto. El

objetivo del estudio es evaluar las complicaciones a largo plazo y la tasa de recidiva herniaria en el tratamiento de las eventraciones postoperatorias con la utilización intraabdominal de diferentes prótesis composite.

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes intervenidos de eventración en nuestro centro, en los que se colocaron prótesis duales intraabdominales (Parietex Composite®, Goretex®, Proceed®) durante un periodo de 10 años. Se incluyeron pacientes intervenidos tanto por vía abierta como por laparoscopia, y tanto en régimen de hospitalización o de CMA. Se excluyeron los pacientes operados de forma urgente. Los parámetros evaluados fueron las características clínicas, tipo de reparación y prótesis utilizada, complicaciones generales y locales asociadas a la cirugía y la tasa de recidiva herniaria. El seguimiento de los pacientes se realizó por los datos registrados en la historia clínica, estudios radiológicos y encuesta telefónica con el paciente.

Resultados: Se intervinieron un total de 323 pacientes; 179 mujeres (55 %) y 144 hombres (44 %) con una edad media de 58 años (rango 83-38). 200 pacientes fueron operados por vía laparoscópica y 126 por vía abierta (tabla). Se produjeron 4 casos de perforación intestinal advertida (sutura simple) y fue preciso reintervenir a 4 pacientes: 3 por peritonitis secundaria a perforación intestinal y de colon y 1 de ellos por obstrucción secundaria a incarceration de asa intestinal. Un caso falleció por sepsis secundaria a la perforación intestinal. En el seguimiento 7 pacientes reingresaron por obstrucción o subobstrucción adherencial y un paciente precisó reintervención. Otros 8 pacientes presentaron infección crónica de la prótesis y 3 de ellos fistula intestinal asociada (2,4 y 1 %). La tasa de recidiva global fue del 14 % y se produjeron un 9 % de pérdidas.

Conclusiones: El tratamiento de las eventraciones sigue siendo un tema controvertido en cuanto a las diversas técnicas quirúrgicas y los diferentes materiales protésicos existentes. Consideramos que la técnica y biomateriales utilizados proporcionan una tasa razonable de eficacia y seguridad.

P-260. HERNIA OBTURATRIZ: CAUSA INFRECUENTE PERO CARACTERÍSTICA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

I. Martínez Rodríguez, O. Gutiérrez Grijalba, J. Cervera Aldama, J.M. García González, M.N. Arana de la Torre, Y. Kataryniuk di Costanzo, I. Álvarez Abad, M.A. Ulacia Beristain y A. Colina Alonso

Hospital Cruces, Barakaldo.

Introducción: Se caracterizan por su rareza y gravedad, debido a la frecuencia con que debutan estranguladas. Predominan en el lado derecho y en mujeres (6:1), generalmente de edad avanzada, y su aparición se ve favorecida por el adelgazamiento y la multiparidad.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 97 años con antecedentes de HTA y enfermedad de Paget que consulta por estreñimiento, dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución. A la exploración destaca importante delgadez con abdomen distendido, doloroso de manera difusa. Se realizan Rx simple y TAC abdominal, que objetivan obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz derecha. Se interviene de manera urgente, realizándose reducción herniaria y hernioplastia con cono de polipropileno. Dada de alta al 21.º día tras íleo prolongado e infección de herida. Caso 2: mujer de 76 años con antecedentes de artrosis, depresión, y artroplastia de cadera, que consulta por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 5 días de evolución. A la exploración destaca un importante hábito asténico con abdomen timpánico, distendido, no doloroso. La analítica objetiva FRA con Cr 1,8, se realiza TAC abdominal, apreciándose hernia obtu-

matriz derecha encarcerada que condiciona obstrucción intestinal. Se decide intervención urgente, evidenciándose sufrimiento de borde antimesenterico de asa encarcerada que revierte tras calor local. Se realiza hernioplastia con cono de polipropileno. Al 4.º día postoperatorio se realiza TAC por íleo prolongado, siendo este compatible con obstrucción por brida, por lo que se reinterviene realizándose adhesiolisis. Evolución posterior satisfactoria, dada de alta al 6.º día. Caso 3: mujer de 78 años con antecedentes de hipercolesterolemia, pseudogota, apendicetomizada en 1982 y adhesiolisis por bridas en mayo de 2008, que consulta por dolor abdominal de 72 h de evolución, vómitos y estreñimiento. A la exploración presenta abdomen distendido, doloroso de forma generalizada sin datos de peritonismo. La analítica revela un FRA (Cr 1,18), PCR de 4,7 y leucocitosis (17.400, 77,1 % N). Se solicita TAC abdominal que sugiere hernia obturatriz derecha encarcerada con moderada cantidad de líquido libre. Se interviene de manera urgente, evidenciándose asa intestinal no viable tras calor local, por lo que se realiza resección de aprox. 7 cm de íleon, anastomosis T-T, y peritonización con sutura reabsorbible del orificio herniario. Alta al 6.º día postoperatorio.

Conclusiones: Existen pocos casos descritos de, se cree que un cirujano experimentado opera en promedio una o dos durante su carrera. En 9 de cada 10 casos son hallazgos en el transcurso de una laparotomía por obstrucción intestinal, en mujeres delgadas de edad avanzada. Rara vez se observa el signo de Howship-Romberg (dolor en el territorio obturador, desde la base del muslo hasta la rodilla). El TAC abdominal es el método diagnóstico preoperatorio de elección. La reparación urgente debe realizarse por vía abdominal, mediante reducción y plastia con malla (en ausencia de contaminación) o peritonización con puntos sueltos (si hay contaminación o alto riesgo de traslocación bacteriana). En el caso de la cirugía programada, la vía de elección es la inguinal preperitoneal, recomendándose la plastia con malla llegando hasta el plano elevador.

P-261. HERNIA GIGANTE PERINEAL. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA CON MALLA COMPLETADA CON RECONSTRUCCIÓN PLÁSTICA DE LA HERIDA PERINEAL

A. Gómez Portilla¹, I. Cendoya¹, E. Uzquiza², E. Martín³, E. Romero³, C. Martínez de Lecea⁴, S. García², C. Gómez Martínez de Lecea⁵, L. Magrach³, I. Olabarria³ y M. Kvadatze¹

¹Hospital San José, Vitoria. ²Facultad de Medicina UPV, Vitoria.

³Hospital Santiago Apóstol, Vitoria, ⁴Hospital USP-La Esperanza, Vitoria. ⁵Facultad de Medicina, Navarra.

Introducción: La hernia perineal (HP) sintomática tras amputación abdominoperineal (AAP) es una complicación rara y su tratamiento sigue siendo un reto quirúrgico. La reparación laparoscópica del periné con material protésico es segura y efectiva y puede realizarse con mínimas complicaciones.

Objetivos: Presentar un caso de una hernia perineal gigante tratada de forma combinada mediante la reparación laparoscópica del periné con material protésico, asociado a reconstrucción plástica cutánea de la herida perineal.

Material y métodos: Paciente de 61 años de edad que presenta una tumoración dolorosa perineal 4 meses después de una amputación abdominoperineal, tras radioquimioterapia neoadyuvante, y quimioterapia postoperatoria adyuvante complementaria por cáncer de recto. La sospecha clínica de hernia perineal se confirmó con el TAC y la RMN, comprobando la presencia de epiplón a través del defecto perineal. El paciente rechazó la solución quirúrgica propuesta y siguió bajo control de seguimiento cada 6 meses. Como la hernia iba creciendo con el

tiempo, el paciente finalmente aceptó una solución quirúrgica 5 años más tarde cuando la hernia había adquirido unas dimensiones desproporcionadas, gigante.

Resultados: Una vez excluido la recurrencia y/o la progresión de la enfermedad oncológica inicial, se intervino al paciente vía laparoscópica y tras la reducción a la cavidad del omento herniado y descartado la enfermedad macroscópica tumoral locorreccional, se procedió a la reparación del defecto del suelo pélvico con una malla de Composix® de 15 x 20 cm (Bard, Davol, Inc. Cranston, RI), fijándola con "tackers" de Protack® (United Status Surgical, Tyco Healthcare Group, Norwalk, CT), recubriéndose con epiplón al final. El exceso cutáneo perineal fue tratado mediante una reconstrucción plástica vía perineal. No hubo complicaciones, siendo dado de alta el paciente al 6.º día postoperatorio. No existe recidiva de la hernia 3 años después de la última intervención.

Conclusiones: La HP típica protruye a través del suelo pélvico y suele presentarse como una tumoración pequeña asintomática. La utilización de material protésico es la técnica más común y con mejores resultados para su reparación. Si no se fija adecuadamente, presenta hasta un 16% de recurrencias. El abordaje para la reparación puede realizarse por cualquier vía de acceso pero el abordaje laparoscópico presenta ventajas sobre los abordajes laparotómico o perineal. La principal ventaja con la vía laparoscópica es que nos permite revisar la totalidad de la cavidad y excluir la presencia de enfermedad. Nuestra solución combinada en este paciente con una HP gigante, posibilitó la solución definitiva de su problema sin complicaciones y es la primera vez que se describe en la literatura.

P-262. APÉNDICE CEGAL EN EL INTERIOR DE UN SACO HERNIARIO. HERNIA DE AMYAND: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M.S. Zurita Saavedra, C. González Puga, B. Florenciano Lajusticia, V.M. Ruíz García, G.C. Cristina y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Presentar dos casos clínicos de un tipo de hernia conocida en la literatura como hernia de Amyand, y realizar una revisión bibliográfica sobre esta patología.

Material y métodos: Caso 1: paciente varón de 74 años de edad, que es diagnosticado en las consultas de Cirugía de hernia inguinoescrotal derecha de varios meses de evolución. Se interviene de forma programada, confirmando el diagnóstico de hernia inguinoescrotal derecha de tipo indirecto, con saco herniario muy engrosado e indurado, apreciándose en el interior del mismo un plastrón inflamatorio que contiene el apéndice cecal. Se realiza apendicectomía a través de la incisión herniaria y se repara la misma con técnica de Rutkow-Robbins. Caso 2: paciente varón de 84 años de edad, con AP de hernioplastia inguinal derecha, que acude al servicio de Urgencias por encarceración de la misma y síndrome febril. A la exploración presenta un abdomen sin signos de peritonismo con hernia inguinal derecha irreductible. Se realiza intervención quirúrgica urgente mediante incisión parainguinal derecha. Tras la disección del saco herniario se identifica que contiene material purulento y el apéndice perforado en su punta. Se realiza apendicectomía, drenaje de cavidad y herniorrafia.

Resultados y conclusiones: El postoperatorio inmediato en ambos pacientes cursó sin complicaciones y la anatomía patológica del primero informó de apéndice cecal sin alteraciones morfológicas significativas, y del segundo, de apendicitis aguda gangrenosa y saco herniario con necrosis e inflamación aguda purulenta. Tras la revisión bibliográfica, podemos decir que la hernia de Amyand es una entidad descrita en el 1% de las her-

nias inguinales. Se define como la presencia de apéndice vermiforme en el interior de un saco herniario, siendo menos frecuente encontrar una apendicitis aguda en el interior del mismo (0,13 %). La etiopatogenia no es clara, siendo la presentación clínica como una hernia estrangulada, o un cuadro de apendicitis. En la mayoría de los casos el diagnóstico preoperatorio es excepcional y se realiza de forma intraoperatoria. No obstante, la ecografía puede demostrar una masa inflamatoria en el interior del saco herniario, aunque es el TAC abdominal el que puede establecer un diagnóstico preoperatorio certero. Por último, el abordaje de este tipo de hernias es controvertido pues nos enfrentamos a dos problemas: la necesidad de identificar las estructuras anatómicas y la decisión de realizar o no apendicectomía. Por otro lado podemos plantear un abordaje preperitoneal, en el caso de hernias estranguladas. En nuestro medio, el abordaje de la hernia por vía anterior es el más utilizado. En el primer caso se practicó apendicectomía transherniotomía y hernioplastia con malla dado que existía un plastrón que indicaba un proceso inflamatorio antiguo, pero no se apreciaban signos de infección aguda. En el segundo paciente se llevó a cabo la apendicectomía transherniotomía y herniorrafia ya que esta técnica está más indicada para disminuir la infección concomitante. Como conclusión, la presencia de apéndice vermiforme inflamado en el interior de una hernia constituye una entidad poco frecuente, en la que prácticamente nunca se llega a un diagnóstico de certeza previo a la cirugía.

P-263. HERNIA CRURAL INCARCERADA CON CONTENIDO DE TROMPA DE FALOPPIO

C. López Muñoz, E. Tobaruela de Blas, M. Durán Poveda, J.A. Martínez Piñeiro, F. Fernández Bueno, L. Carrión Álvarez, A. Rivera y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Las hernias de la región inguinal y femoral son una patología frecuente de la especialidad de Cirugía. Aunque la inguinal indirecta es la más prevalente en ambos sexos, las mujeres tienen un porcentaje más alto de padecer una hernia de la región crural, siendo la frecuencia hasta 16 veces mayor. Si consideramos las intervenciones de urgencia por hernias incarceradas, en el caso de la mujer, el porcentaje de hernia crural puede llegar a más del 50 %, frente al mismo porcentaje de hombres con hernia inguinal indirecta.

Caso clínico: Mujer de 47 años, que acude a urgencias por dolor en hipogastrio de 3-4 días de evolución y bultoma en región inguinal derecha. No náuseas ni vómitos, ni cambios en el ritmo intestinal. No sensación de disuria ni fiebre. Como antecedentes presenta HTA en tratamiento con indapamida. Madre de tres hijos por parto vaginal y portadora de DIU. A la exploración nos encontramos un abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación, sin masas ni visceromegalias ni defensa ni otros signos de peritonismo. En la región crural derecha se palpa una tumoración dura e inmóvil, de 3-4 cm que no se reduce con la expresión manual, sugestiva de hernia crural derecha incarcerada. Resto de exploración y analítica sin hallazgos significativos.

Resultados: Se decidió cirugía urgente mediante abordaje inguinocrural evidenciando una hernia crural incarcerada. La apertura del saco herniario objetivó en su interior la trompa de Falopio sin signos de isquemia. El contenido fue reintroducido en abdomen una vez que se invaginó el contenido y se cerró el saco. Se realizó una hernioplastia con tapón de malla de polipropileno en orificio crural (plug de Lichtenstein). La paciente fue dada de alta a las 24 horas y seguida en la consulta, estando asintomática en el momento actual.

Conclusiones: La estructura anatómica de la pelvis femenina y el menor desarrollo del músculo psoas iliaco y, por consi-

guiente, mayor amplitud del compartimento vascular, constituyen factores etiopatogénicos que hacen que la hernia crural sea más frecuente en mujeres. Alrededor del 70 % de las hernias que contienen trompa de Falopio y/o ovario suceden en niñas menores de 5 años y suelen deberse a alguna anomalía congénita de la región inguino-crural. Otros factores predisponentes más raros son el uso prolongado de dietilbestrol o la existencia de desórdenes ginecológicos en la historia familiar. En la mujer adulta, la existencia de alguna anomalía anatómica ginecológica o el antecedente de algún embarazo inducido hormonalmente pudieran facilitar este hallazgo. Un 15-20 % de las hernias crurales en niñas menores de 5 años contienen la trompa de Falopio y/o el ovario. En raras ocasiones el saco contiene el útero. La incarceration herniaria en las hernias crurales es un hecho conocido y generalmente producido por el aumento de la presión abdominal que distiende el anillo herniario empujando hacia el exterior la viscera intraabdominal, generalmente intestino delgado o epiplón. La incarceration de una hernia crural por una trompa de Falopio deslizada es un hecho muy infrecuente y sus mecanismos fisiopatológicos son poco conocidos.

P-264. HERNIA SPIEGEL INCARCERADA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

L. Comín Novella, M. Oset García, C. Pastor Espuig, D. Escribano Pérez, J.M. del Val Gil y M.A.R. Barbar

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: La hernia de Spiegel se trata de un raro defecto de la pared abdominal localizado en el borde externo de la línea semilunar, en la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Es una afección poco frecuente predominante en mujeres adultas. Clásicamente se consideran factores etiológicos asociados a dicho defecto: la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cirugía previa y los traumatismos abdominales. Su diagnóstico parece venir caracterizado por la escasez e inespecificidad de su clínica (normalmente dolor y masa a ese nivel), y su tratamiento, por la falta de sistematización. En un 20 % de los casos, el primer síntoma de presentación es la incarceration, como sucedió en nuestro caso. Nuestro objetivo es mostrar un caso clínico y revisar la literatura al respecto.

Caso clínico: Mujer de 77 años que acude a Urgencias por dolor abdominal continuo de varias horas de evolución en flanco izquierdo acompañado de vómitos. A la exploración física presenta dolor y tumoración en flanco izquierdo. En la ecografía abdominal se observa un asa de intestino delgado inmóvil, ligeramente distendida que, mediante el TC se confirma la presencia de una hernia a través de la línea de Spiegel con signos de incarceration. Se interviene quirúrgicamente de urgencia, realizando una hernioplastia tras la reducción del contenido herniario y la resección del saco. La paciente evolucionó favorablemente.

Discusión: Aunque el diagnóstico debería realizarse de forma clínica en la mayoría de los pacientes basándose en un alto nivel de sospecha, una adecuada historia clínica y una minuciosa exploración física, es aconsejable la realización de una ecografía o tomografía en los casos de duda diagnóstica. En la actualidad es factible su tratamiento tanto por vía clásica como por laparoscopia presentando óptimos resultados mediante ambas técnicas aunque probablemente por haberse presentado de urgencias es más aconsejable intervenir por vía anterior.

Conclusiones: Ante una zona indurada en el flanco, dolorosa, hay que pensar en una hernia de Spiegel incarcerada. EL TAC,

la ecografía o la RM pueden ser útiles para el diagnóstico, pero si se presenta de urgencia optaremos por la ecografía y/o el TAC. La cirugía de urgencia es mandataria pudiéndose realizar tanto por vía anterior como por laparoscopia colocando una malla.

P-265. HERNIA DE MORGAGNI COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN EL ADULTO

E. Romera Barba, E. Gil Gómez, A. Piñero, J.A. Fernández Hernández, M. Maestre Maderuelo, P. Pastor Pérez, B. Febrero Sánchez, E. Amate Tortosa, A. Bernabé, A. González y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La hernia de Morgagni es una rara forma de hernia diafragmática debida a una debilidad a nivel del triángulo esternocostal derecho, que permite la herniación del contenido intraabdominal. En el adulto suele ser asintomática y diagnosticarse de forma incidental en técnicas de imagen o al realizar una laparoscopia por otra causa. Sin embargo, puede constituir una urgencia, secundaria a incarceración o estrangulación de su contenido, por lo que el tratamiento debe ser quirúrgico incluso en casos asintomáticos.

Objetivos: Presentamos el caso de una mujer de 76 años que acudió a urgencias con un cuadro de abdomen agudo secundario a hernia de Morgagni incarcerada con perforación de colon debido a obstrucción en asa cerrada.

Caso clínico: Mujer de 76 años con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipotiroidismo, que consultó en urgencias por disnea de una semana de evolución, asociado a dolor abdominal en las últimas 48h. A la exploración física se encontraba disneica, con taquicardia e hipotensión. El abdomen estaba distendido, timpánico, doloroso a la palpación de forma difusa, con defensa y signos de irritación peritoneal generalizada. La radiografía simple evidenció neumoperitoneo e imagen sugestiva de hernia diafragmática. Se realizó TC que informó de herniación al tórax de colon transversal a través de defecto diafragmático anterior, complicada con perforación por obstrucción en asa cerrada. Se intervino a través de laparotomía media supraumbilical hallando obstrucción de colon transversal por incarceración de este en hernia de Morgagni, gran distensión de ciego con perforación del mismo y peritonitis aguda purulenta secundaria. Se realizó hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis latero-lateral manual y cierre del orificio herniario con seda. Tras un postoperatorio tórpido fue alta domiciliar al 42 día postoperatorio, permaneciendo asintomática a los tres meses de su alta hospitalaria.

Discusión: La hernia de Morgagni consiste en una debilidad congénita a nivel del triángulo esternocostal derecho que permite la herniación del contenido intraabdominal (habitualmente epiploon y colon y con menor frecuencia intestino delgado e hígado). En la actualidad se considera un origen multifactorial donde factores que contribuyen a un aumento de la presión intraabdominal ampliarían el defecto congénito y conducirían a la aparición de la hernia. Es más frecuente en mujeres (2:1). En la infancia suelen presentarse en forma de infecciones respiratorias de repetición y con menor frecuencia en el periodo neonatal en forma de síndrome de distrés respiratorio. En el adulto la mayoría son asintomáticas y aparecen como un hallazgo incidental en técnicas de imagen, si bien la mayoría de los pacientes refieren sintomatología inespecífica gastrointestinal o respiratoria relacionada con la hernia. Más infrecuente es su presentación en forma de obstrucción intestinal, estrangulación o vólvulo gástrico. El diagnóstico puede es-

tablecerse mediante radiografía de tórax, siendo el TC el principal método diagnóstico, fundamentalmente gracias a las actuales técnicas de reconstrucción 3D. El tratamiento debe ser quirúrgico incluso en casos asintomáticos debido al riesgo de complicaciones. En la actualidad la reparación por laparoscopia ha ido sustituyendo a la vía abierta tradicional mediante toracotomía o laparotomía.

P-266. FASCITIS NECROSANTE DEL MIEMBRO INFERIOR COMO CONSECUENCIA DE HERNIA INGUINAL PERFORADA: CASO CLÍNICO

T. Georgiev-Hristov, M. Álvarez-Gallego, J. Bonastre Juliá, M. García Redondo, A. Verón y J.T. Castell-Gómez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Las complicaciones agudas de la hernia inguinal (incarceración, estrangulación) son relativamente frecuentes, especialmente en ancianos. La cirugía urgente es el tratamiento apropiado en caso de fracaso de la reducción manual o ante la sospecha de estrangulación o perforación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 77 años con fascitis necrosante del miembro inferior secundaria a una perforación extraperitoneal de una hernia inguinal izquierda deslizante. La complicación fue diagnosticada 20 horas después de la reducción manual de la hernia. El cuadro comenzó con celulitis progresiva y posterior crepitación, en la región inguinal izquierda. El paciente presentaba shock séptico, sin signos de irritación peritoneal. El diagnóstico fue confirmado por TAC, observándose gas libre entre los tejidos. El paciente fue intervenido de forma urgente llevando a cabo una sigmoidectomía con colostomía terminal y desbridamiento amplio de los tejidos necróticos del miembro inferior con fasciectomía. No se encontraron signos de peritonitis aguda ni afectación abdomino-pélvica. En el postoperatorio inmediato, el paciente fue ingresado en UCI, presentando ligera mejoría clínica y analítica, pero debido a la edad avanzada, comorbilidades y progresión de la enfermedad, falleció a las 48 horas.

Discusión: La reducción manual sigue siendo el tratamiento de elección de las hernias incarceradas, siempre teniendo en cuenta el tiempo de evolución, tipo de hernia, comorbilidades y experiencia del cirujano. Las complicaciones (perforación) son raras pero su diagnóstico precoz e intervención quirúrgica urgente son de vital importancia, aun sin evidencia de abdomen agudo.

P-267. LIPOSARCOMAS DE LA REGIÓN INGUINAL

C. Alegre Torrado, J. Zárate Gómez, E. Álvaro Cifuentes, M. Gutiérrez Andreu, A. Beteta Gorriti, A. Ibarra Peláez, P. Yuste García y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: Los liposarcomas suponen el 9,8-16% del total de los sarcomas de tejidos blandos siendo sus localizaciones más frecuentes en miembros (41%), retroperitoneo (19%) y región inguinal (12%). Los liposarcomas inguinales son difíciles de diagnosticar de forma preoperatorio, siendo frecuentemente un hallazgo en la reparación quirúrgica de una hernia inguinal. Nuestro objetivo es aportar las características de tres nuevos casos tratados en nuestro Hospital.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 72 años al que se realiza herniorrafia inguinal derecha con hallazgo de lipoma en conducto espermático. Anatomía Patológica (AP): lipoma esclerosante. La tomografía axial computarizada (TAC) postoperatoria objetiva ocupación del hemiescroto derecho por material de densi-

dad grasa con sospecha de resto de la tumoración extirpada. Se realiza orquiectomía radical derecha, respetando el escroto, con resultado histológico de liposarcoma esclerosante bien diferenciado del cordón espermático. Caso 2: varón de 41 años que ingresa para intervención quirúrgica con cuadro de tumoración inguinal izquierda de 6 meses de evolución de 3 x 2 cm dura y móvil, en probable relación con hernia inguinal. Se extirpa obteniéndose una histología de liposarcoma mixoide. Caso 3: varón de 84 años que consulta por padecer hernia inguinal izquierda desde hace 4-5 años. Ingresa para intervención quirúrgica realizándose hernioplastia y extirpándose zona discoidea, indurada, del cordón espermático, con resultado histológico de liposarcoma desdiferenciado que alcanza los bordes de la pieza.

Resultados: Caso 1: seis años tras la cirugía presenta TAC con aumento de densidad en región inguinal y ensanchamiento de la zona operada, que se continúa en el retroperitoneo con masa de predominio graso, compatible con recidiva. Se realiza exéresis presentando eventración como complicación, que se repara. A los 6 meses se evidencia una nueva recidiva en TAC que se extirpa, permaneciendo hasta la actualidad libre de enfermedad macroscópica (dos años). Caso 2: se interviene a los 2 meses para ampliar márgenes de resección del tumor. Se obtiene histología de liposarcoma mixoide con bordes libres. Siguió controles periódicos sin presentar recidivas, sólo hidrocele izquierdo como única complicación. Dieciocho años después no ha presentado recidiva alguna. Caso 3: se propone reintervención para ampliar márgenes pero dada la edad del paciente y su estado asintomático, la familia decide no realizar nuevo acto quirúrgico. En dos años de evolución no ha presentado recidiva.

Conclusiones: El diagnóstico prequirúrgico es difícil, dado que se presentan con una historia de larga evolución de masa inguinal similar a hernia o lipoma. El TAC es la técnica de elección para el diagnóstico y estudio de extensión. Presentan gran tasa de recurrencias locorregionales, pero raramente metastatizan. Deben ser sospechados en pacientes con masas inguinales irreductibles de larga evolución.

P-268. UTILIZACIÓN DE MALLAS BIOLÓGICAS. RESULTADOS PRELIMINARES EN NUESTRO CENTRO

V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Molina García, C. Bernardos García, M. Gutiérrez Moreno, M.J. Tamayo López, I. García González, C. Palacios Rodríguez, J. Martín Cartes y M. Bustos Jiménez

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Estudiar los beneficios, los resultados y las indicaciones del uso de mallas de material biológico basándonos en los resultados de nuestro Centro, desde su implantación en el último año.

Material y métodos: Presentamos el caso de cuatro pacientes en los que se implantaron distintas mallas biológicas. La edad media fue de 60 años y como antecedentes destacaban múltiples factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM tipo 2, Cardiopatía Isquémica); uno de ellos además con diagnóstico de obesidad mórbida y con eventración con pérdida de derecho a domicilio. Los cuatro casos fueron de hernias ventrales multi-recidivadas y con rechazo a mallas previas.

Resultados: La evolución fue favorable en los cuatro casos. Las complicaciones observadas fueron un seroma y una fístula enterocutánea que ya existía previa a la implantación del material biológico. No hubo reintervenciones. Durante el seguimiento

(menor a 12 meses) no ha habido recurrencias ni aparición de otras complicaciones.

Conclusiones: El desarrollo de nuevos materiales protésicos biológicos, aporta una opción terapéutica al tratamiento del abdomen catastrófico. Debido al elevado coste de la malla se deben establecer de manera clara las indicaciones y realizar estudios con seguimiento a largo plazo para conocer los resultados definitivos.

P-269. NECROSIS DE COLOSTOMÍA SECUNDARIA A HERNIA PARAENTEROSTOMAL INCARCERADA

P. Peláez Torres, C. Nevado García, T. Butrón Vila, S. Alonso Gómez, R. Ortega García, N. Fakhí Gómez, E. Rubio González, M. Ortiz Aguilar, J.A. Pascual Montero, M. Lomas Espadas y M. Hidalgo Pascual

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Se definen las hernias paraestomales como aquellas que van asociadas a colostomías, ileostomías, yeyunostomías o urostomías. Suponen la complicación tardía más frecuente y su porcentaje oscila entre el 4-48% dependiendo de las series consultadas y del tipo de estoma. En la mayoría de los casos el defecto se localiza en el margen lateral del túnel ostómico. Entre sus factores predisponentes aparecen en ancianos, obesos, malnutridos, cáncer, tratamiento corticoideo, tos crónica, sepsis y localización anómala. De acuerdo al contenido herniario se clasifican en hernias enterostómicas (cuando hay una migración en el bolsillo subcutáneo del mismo segmento intestinal que termina en la ostomía) y paraenterostómicas (otros contenidos abdominales rellenan el saco herniario).

Material y métodos: Mujer de 83 años de edad con antecedente quirúrgico correspondiente a intervención de Hartmann 3 años antes (por adenocarcinoma de colon). Acude a urgencias por presentar ausencia de deposición de dos días de evolución junto con vómitos en las últimas 24 horas. La paciente refiere cierto componente de prolapso habitual sobre la colostomía pero en los 3 últimos días está dura y con cambios en su coloración. En la exploración física destaca la presencia de un abdomen distendido, timpánico, doloroso de forma difusa y con ruidos metálicos que se acompañan de una colostomía dura y de aspecto necrosado. Se solicita Rx abdomen en la que se observan asas de intestino delgado dilatadas en hemiabdomen izquierdo con niveles hidroaéreos acompañantes.

Resultados: La paciente es intervenida con carácter urgente realizando laparotomía media. Se observa dilatación de asas de intestino delgado con angulación y salida a través del orificio de la colostomía y necrosis de la misma. No hay signos de diseminación tumoral en la cavidad abdominal. Se procede a realizar adhesiolisis, descolgamiento de la colostomía y reducción del asa de intestino delgado encarcelada al interior de la cavidad, observándose área congestiva delimitada por surco herniario con pequeña zona deslustrada que obliga a la resección. Anastomosis laterolateral y exteriorización del nuevo estoma colónico por orificio previo de colostomía con fijación a peritoneo y aponeurosis. El análisis anatomopatológico describe una necrosis del cabo de la colostomía y congestión vascular del segmento correspondiente a intestino delgado. El postoperatorio fue satisfactorio con desarrollo de íleo paralítico durante la primera semana y colostomía con buen aspecto en el momento del alta.

Conclusiones: La creación de estomas no está exenta de complicaciones entre las que se incluyen la necrosis isquémica, retracción, estenosis, prolapso y hernia entre otros. Las hernias ocurren con frecuencia, son difíciles de corregir ofreciendo entre las distintas posibilidades quirúrgicas la repa-

ración local primaria, la reparación protésica y la ubicación del estoma en otra localización. Hay que tener especial cuidado en la creación de ostomías para maximizar la probabilidad de su funcionalidad y minimizar el riesgo de complicaciones.

P-270. REPARACIÓN DIAFRAGMÁTICA CON MALLA DE PTFE CONDENSADO: UNA NOVEDOSA APLICACIÓN DE ESTE TIPO DE PRÓTESIS

J.L. Esteban Ramos, M. Díaz Oteros, C. Pérez Durán, R. Domínguez Reinado, E. Montes Posada, J.D.D. Franco Osorio, F.J. García Molina y F. Mateo Vallejo

Hospital de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Introducción: La reparación de grandes defectos diafragmáticos precisa del empleo de materiales protésicos que permitan la frenoplastia sin tensión. Recientemente hemos empleado en dos casos una malla de PTFE condensado (Motifmesh®) con un resultado muy favorable.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de frenoplastia con malla de PTFE condensado. Caso 1: paciente mujer de 79 años que sufre atropello, presentando una rotura del hemidiafragma derecho (imágenes). Se intervino de urgencias, realizándose la reparación sin problemas. Caso 2: paciente de 76 años que se interviene por neoplasia en colon transversal yuxtaplélico, que infiltra el hemidiafragma izquierdo. Se realiza una extirpación "en bloque" de la lesión tumoral, consiguiendo una resección R0 (imágenes). Se llevó a cabo una plastia diafragmática con la misma malla, con evolución muy favorable.

Discusión: La malla de PTFE condensado (Motifmesh®) empleada para la reparación de eventraciones abdominales con muy buen resultado puede ser empleada de forma segura y sin complicaciones asociadas para la reparación de defectos diafragmáticos.

PATOLOGÍA DE LA MAMA

COMUNICACIONES ORALES

O-201. DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA: MÉTODO HISTOLÓGICO FRENTE A MOLECULAR

R. Saborit Montalt¹, L. Bernet Vegué¹, J. Medrano González¹, B. Ballester Sapiña², J. Torró Richart¹, F. Sevilla Chica¹, C. Muñoz Alonso¹, J. García del Caño¹, M. García Botella¹, J. Orozco Sobrino¹ y J. Aguiló Lucía¹

¹Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva. ²Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: El diagnóstico anatomopatológico del ganglio centinela tiene unas limitaciones relacionadas con la metodología que condiciona la reproducibilidad entre los patólogos. Recientemente, ha sido descrita una nueva técnica de biología molecular, con una elevada sensibilidad y especificidad, basada en la amplificación del RNA mensajero de la citokeratina 19 para el diagnóstico intraoperatorio de la totalidad del ganglio centinela en el cáncer de mama (método OSNA).

Objetivos: Comparar el método OSNA con el estudio histopatológico tradicional en el diagnóstico intraoperatorio del ganglio centinela en la estadificación del cáncer de mama.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes diagnosticadas de carcinoma ductal infiltrante de mama mediante biopsia con aguja gruesa y con estadio clínico T1-2 N-0, tributarias de cirugía conservadora o radical, en el periodo 2006-2009, en 2 hospitales de la Comunidad Valenciana. Se analizan dos series de ganglios centinelas estudiados intraoperatoriamente. Una retrospectiva, que incluyó 478 ganglios diagnosticados histopatológicamente mediante hematoxilina-eosina y citokeratina AE1/AE3, y otro prospectiva de 211 ganglios estudiados por biología molecular (método OSNA), en el que tras la homeogeneización del ganglio, se procedía a la amplificación del mRNA-CK19, obteniéndose una cuantificación del número de copias de mRNA-CK19. El método OSNA establece que > 5.000 copias/μL se corresponde con macrometástasis; > 250 y < 5.000 copias/μL con micrometástasis; > 100 y < 250 copias/μL como células tumorales aisladas. Se consideró "caso" a cada uno de los ganglios.

Resultados: De la serie de 478 ganglios diagnosticados por el método tradicional, 116 resultaron positivos para metástasis (24,2%) y 362 negativos (75,7%). De los 116 ganglios metastásicos, el diagnóstico fue en el 64,6% (75 casos) de macrometástasis, en el 24,1% (28 casos) de micrometástasis y en el 11,2% (13 casos) de células tumorales aisladas. Del segundo grupo de 211 ganglios, correspondiente al método OSNA, 173 (81,9%) resultaron negativos para metástasis y 38 positivos (18%). De los metastásicos, 13 casos resultaron macrometástasis (34,2%), 18 micrometástasis (47,3%) y 7 células tumorales aisladas (18,4%). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en porcentaje de ganglios metastásicos ($\chi^2 = 1,162$; $p = 0,28$). Sin embargo, sí hubieron diferencias entre ambos métodos diagnósticos al considerar el porcentaje de ganglios afectados con macrometástasis, micrometástasis y células tumorales aisladas ($\chi^2 = 18,644$; $p = 0,0001$). Así, el método OSNA presenta un mayor porcentaje de diagnóstico de micrometástasis respecto al diagnóstico histopatológico.

Conclusiones: Ambos métodos, histopatológico y OSNA, no muestran diferencias en el diagnóstico intraoperatorio de metástasis del ganglio centinela en el cáncer de mama. En el grupo de ganglios centinelas metastásicos, el método OSNA muestra una mayor capacidad para diagnosticar metástasis de pequeño volumen, es decir, micrometástasis y células tumorales aisladas, factor de gran importancia pronóstica y con posibles implicaciones terapéuticas.

O-202. MICROMETÁSTASIS GANGLIONAR EN CÁNCER DE MAMA. ¿ES SIEMPRE NECESARIO HACER UN VACIAMIENTO GANGLIONAR AXILAR?

O. Aparicio Rodríguez, S. Barcons Vilaplana, J. Font Renom, J.C. Martín Miramón, X. Andreu Navarro y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La detección de micrometástasis (MIC) como único hallazgo en la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en cáncer de mama genera controversia en cuanto a su valor pronóstico y la necesidad de realizar más tratamiento a nivel axilar. Estudios recientes parecen indicar que el vaciamiento ganglionar axilar (VGA) podría ser evitado en estos casos. Han sido publicadas tasas de prevalencia de MIC de alrededor del 10% así como una afectación adicional de otros ganglios en un 18% de los casos.

Objetivos: El objetivo de este estudio consiste en determinar las características de nuestros casos de MIC e intentar identificar un subgrupo en el que se pueda predecir la no afectación adicional de ganglios para poder evitar la realización del VGA.