



XXVIII Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 8-11 de noviembre de 2010

VÍDEOS

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

V-009. SLEEVE GÁSTRICO REALIZADO A TRAVÉS DE UN DISPOSITIVO DE PUERTO ÚNICO

C. Balaguer Ponz, E.M. Targarona, L. Pallarés,
G. Urdaneta, S. Mocanu, A. Carrasquer,
C. Martínez, P. Hernández y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El concepto de cirugía mínimamente invasiva conlleva un continuo avance en la búsqueda de nuevas tecnologías que nos permitan realizar las intervenciones con la menor agresión posible al paciente. Uno de estos avances que se están desarrollando en los últimos tiempos es el denominado "single-port" o "puerto-único". Este dispositivo se ha aplicado en diferentes patologías. Una de las intervenciones donde parece poder tener una aplicación factible es en la tubulización gástrica para el tratamiento de la obesidad mórbida.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 42 años, con IMC 40. En el vídeo presentamos la colocación del dispositivo a través de una incisión de 3 cm realizada a nivel epigástrico, en el punto medio entre apéndice xifoides y zona umbilical. A través del dispositivo se introduce la óptica de 30° y los 2 instrumentos de trabajo del cirujano (pinza de agarre y ultracision). La intervención se inicia con la liberación ascendente de la curvadura mayor gástrica hasta visualizar el pilar diafragmático izquierdo. Posteriormente se completa dicha liberación en dirección al píloro hasta unos 2-3 cm del mismo. Tras colocación de sonda 36F se procede a la confección del tubo gástrico con sutura mecánica (Echellon 60). Para ello nos asistimos con otra pinza de agarre de 2 mm introducida a través del hipocondrio izquierdo. Una vez completada la sección del estómago, éste se extrae a través del dispositivo del puerto único. El cierre del orificio se lleva a cabo mediante colocación de malla intraperitoneal fijada a la aponeurosis. La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias y fue alta hospitalaria a las 48 h de la intervención.

V-010. MANEJO LAPAROSCÓPICO DE TUMOR GIST ILEAL GIGANTE COMO CAUSA DE CUADRO SUBOCCLUSIVO DE REPETICIÓN EN PACIENTE JOVEN

J. Bellido Luque, J.M. Suárez Grau, J. Gómez Menchero,
J. Guadalajara Jurado, I. Durán Ferrera, R. Moreno Romero
y E. Ruiz Lupiáñez

Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto.

Introducción: Los tumores GIST son masas mesenquimales gastrointestinales que se originan de la célula intersticial de Cajal. Son la segunda neoplasia más frecuente del intestino delgado. Los tumores GIST no suele producir síntomas cuando son pequeños. El dolor y sangrado gastrointestinal son los síntomas más frecuentes, dejando la perforación como hallazgo muy poco frecuente, así como la obstrucción intestinal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 34 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal cólico de varios días de evolución, asociado a náuseas, vómitos alimenticios y distensión abdominal. Tras valoración por el servicio de ginecología, se detecta masa de probable origen ovárico mediante la ecografía transvaginal. Se realiza TAC de abdomen para etiquetar más el cuadro, objetivándose masa ovárica izquierda con dilatación de asas de intestino delgado, así como imagen en remolino en el meso de intestino delgado, sugiriendo volvulación de una de las asas, junto con su meso. Dada la ausencia de mejoría clínico-radiológica, se decide intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico. Usamos trócar de Hasson a nivel umbilical debido a la dilatación de las asas de intestino delgado que pudieran lesionarse con el uso de la aguja de Veress y la introducción del primer trócar a ciegas. Asimismo se usaron 2 trócares de 5 mm en fossa ilíaca izquierda y derecha. Se observó una masa gigante multilocular y pediculada que ocupaba toda la pelvis menor, con una base pediculada larga, que dependía del borde antimesentérico de un asa de ileón. Dicha masa provocaba una volvulación de asa intestinal de la cual dependía el pedículo, debido a la rotación del asa sobre el eje mayor de la masa y su pedículo. La masa fue resecada usando una Endo-GIA 30 mm con carga blanca, teniendo cuidado no producir estenosis del asa, y fue extraída mediante incisión de Pfannestiel. El postoperatorio cursó favorablemente, sin complicaciones. El estudio anatomo-patológico demostró que la causa de la

obstrucción era un tumor GIST con bajo grado de malignidad, de 3 mitosis por campo.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico posee diferentes ventajas si se compara con el abordaje clásico laparotómico. Incluso en cuadros de obstrucción intestinal con dilatación de asas intestinales, es factible y seguro si se toman las debidas precauciones en cuanto al acceso a la cavidad abdominal. Asimismo es factible el manejo de grandes masas intraabdominales como es el caso que nos ocupa, que debutó como una obstrucción intestinal por un tumor GIST gigante, siendo muy rara esta forma de aparición.

V-011. APENDICECTOMÍA MEDIANTE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR INCISIÓN ÚNICA TRANSUMBILICAL. EXPERIENCIA INICIAL

M. Frutos, J. Abrisqueta, J. Luján, Q. Hernández, G. Valero, J. Gil, A. García, E. Romera, P. Pastor, M. Maestre y P. Parrilla

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La apendicitis es el proceso abdominal de urgencia más común. Su tratamiento es quirúrgico y la vía laparoscópica cada vez se realiza con más frecuencia, con ventajas frente a la cirugía abierta. En las últimas décadas se han desarrollado métodos quirúrgicos mínimamente invasivos, como la técnica SILS (single incision laparoscopic surgery)... en un intento de mejorar los resultados de la cirugía laparoscópica clásica. El objetivo de este vídeo es presentar la apendicetomía con cirugía mediante única incisión transumbilical (SILS) en el tratamiento de urgencia de las apendicitis aguda.

Material y métodos: Técnica quirúrgica: el paciente se sitúa en decúbito supino, colocándose el cirujano y ayudante a la izquierda del paciente. Se realiza, previa eversión de la piel del ombligo, una incisión vertical intraumbilical de 2 cm profundizando hasta abrir el peritoneo bajo visión directa. Posteriormente se introduce en cavidad el SILS PortTM (Covidien®) y a través de este puerto triperforado se hace el neumoperitoneo, introduciéndose 3 trócares de 5mm, utilizándose uno de ellos para la óptica de 30°. Se utilizan instrumentos que pueden rotar y articular de 0° a 80° (endodisset roticatorTM, endograpgs roticatorTM, endominishears roticatorTM, Covidien®) Todos los instrumentos llevan integrados conexión para electrocautério monopolar. La sección del apéndice se realiza con endocortadora 4,5 carga azul y la ligadura del mesoapéndice se realiza con endoloop. La extracción del apéndice se realiza con bolsa extractora de especímenes. El cierre de la aponeurosis se realiza con una sutura reabsorbible de larga duración y la piel usando sutura reabsorbible de corta duración.

Conclusiones: La técnica SILS en apendicitis es una técnica segura y efectiva. Creemos que en un futuro los procedimientos laparoscópicos más comunes podrían ser realizados íntegramente a través del ombligo del paciente, siendo imprescindible, una elevada experiencia en cirugía laparoscópica para introducir esta nueva técnica con seguridad sin añadir morbimortalidad.

V-012. RECOMENDACIONES EN EL MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL MUCOCELE APENDICULAR

J.M. Suárez Grau, J. Guadalajara Jurado, J. Bellido Luque, J. Gómez Menchero, I. Durán Ferreras, J. García Moreno, R. Moreno Romero y E. Ruiz Lupiáñez

Hospital General Básico de Riotinto, Huelva.

Objetivos: Aportar las recomendaciones actuales en el manejo del mucocele apendicular vía laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos un vídeo demostrativo de la técnica laparoscópica para extirpación de mucocele apendicular en el cual mediante cortes de video y subtítulos enumeramos los principales puntos de la técnica quirúrgica.

Resultados: Manejo cuidadoso del tumor. Maniobras controladas y seguras. Si no existe: perforación del tumor, moco libre peritoneal, pseudomixoma, invasión no precisa hemicolectomía derecha. Extirpación total de la lesión, evidenciando que no hay invasión de la base apendicular. Revisión del mesoapéndice para descartar adenopatías. Revisión por cuadrantes para descartar cualquier otro foco tumoral. Extracción mediante bolsa.

Conclusiones: Siguiendo estas recomendaciones básicas se deben seguir para el correcto manejo del mucocele apendicular. Si no existen las alteraciones anteriormente mencionadas el paciente es sometido a resección total (R0) con curación total, precisando revisiones periódicas.

V-013. PUERTO ÚNICO ASISTIDO POR IMANES: UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA

S. Morales Conde, V. Gómez Cabeza de Vaca, R. Sánchez Jiménez, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, D. Molina García, D. Bernal Moreno, J. Cañete Gómez, M.D. Casado Maestre, J.M.H. Cadet Dussort y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La eventroplastia laparoscópica es considerada el gold standard para el tratamiento de las hernias de pared abdominal por su menor índice de recurrencias y complicaciones locales. La evolución de las técnicas laparoscópicas tiene como objetivo disminuir el número de puertos y usar instrumentos de menor tamaño lo que conlleva nuevas dificultades técnicas. Presentamos la reparación de una hernia ventral mediante técnica de incisión única con el uso de imanes para facilitar la manipulación de la malla sin necesidad de uso de puertos adicionales.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 65 años con antecedentes de cesárea e hysterectomía, que acude por dolor en fosa ilíaca derecha, detectándose en la TAC la presencia de una hernia ventral primaria con epiplón incarcerado. Se decide realizar una eventroplastia mediante la técnica de puerto único con un dispositivo de tres trócares y una incisión de 20 milímetros. Se realiza la adhesiolisis, y la posterior disección de un flap peritoneal, dado la localización del defecto en fosa ilíaca derecha. Posteriormente se procede a la colocación de la malla la cual es fijada al ligamento de Cooper y a la cresta ilíaca, para extenderla posteriormente con la ayuda de los imanes (TD-magnet; Tandem-Dominguez), lo que facilita la fijación completa según la técnica de doble corona.

Resultados: La duración de la intervención fue de cuarenta minutos y se realizó vendaje compresivo que se mantuvo durante una semana para evitar la aparición de seroma. La paciente fue dada de alta a las 24 horas de la intervención sin complicaciones. A los seis meses de seguimiento, el paciente no presenta datos de recurrencia ni dolor.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica ha demostrado ventajas frente a la cirugía abierta. Con el objetivo de reducir el número de incisiones realizadas en la pared abdominal y con el desarrollo de instrumentos de menor tamaño cada vez más procedimientos son llevados a cabo mediante la técnica de puerto único donde se ponen de manifiesto nuevos problemas técnicos (pérdida de triangulación y de tracción) que en este caso son subsanados con el uso de imanes. La técnica de eventroplastia mediante incisión única, es una alternativa segura y efectiva para el tratamiento de la hernia ventral aunque son

necesarios más estudios multicéntricos para obtener resultados a largo plazo.

V-014. COLEDOCOGRAFÍA SOBRE STENT TRANSPAPILAR TRAS LA EXPLORACIÓN DE LA VÍA BILIAR POR LAPAROSCOPIA

D. Díaz Gómez, P. Parra Membriques, D. Martínez Baena, V. Pino Díaz, J.M. Lorente Herce y A. Galindo Galindo
Complejo Hospitalario de Valme, Dos Hermanas.

Objetivos: La exploración laparoscópica de la vía biliar principal (ELVBP) se ha convertido en una opción válida de tratamiento para los pacientes con colecisto-coledocolitiasis. El clásico cierre coledociano sobre tubo de Kher se asocia a un mayor número de complicaciones por vía laparoscópica que por laparotomía. Con la intención de evitarlas se han ensayado diversas alternativas para el cierre coledociano, entre ellas la coledocorrafia sobre stent transpapilar, protegida por esponja de colágeno-fibrina (Tachosil®), cuya técnica operatoria presentamos.

Caso clínico: Aportamos el caso clínico de una mujer de 58 años con fibromialgia y síndrome de túnel carpiano que ingresó por dolor abdominal e ictericia de 48 horas de evolución, que cedieron con tratamiento conservador en 72 horas. La ecografía abdominal evidenció una vesícula habitada y una vía biliar dilatada con múltiples litiasis en su interior. En virtud de la mejoría clínica, se programó para colecistectomía y coledocolitotomía por laparoscopia unos días más tarde.

Resultados: En posición francesa se creó un neumoperitoneo mediante aguja de Veress y se abordó la cavidad mediante 4 trócares y óptica de 0°. En la colangiografía transcística se visualizaron múltiples defectos de replección en la vía biliar distal, por lo que se practicó una coledocotomía longitudinal supraduodenal y se extrajeron 19 cálculos, mediante irrigación con suero salino y manipulación extrínseca de la vía biliar. Se constató la ausencia de cálculos residuales mediante una coledoscopía y se precedió a la colocación de una prótesis transpapilar de 7 cm y 7 Fr. Se procedió al cierre coledociano mediante sutura continua con material trenzado reabsorbible de larga duración de 4 ceros y se realizó una nueva colangiografía para comprobar la correcta colocación y funcionalidad de la prótesis y la estanqueidad de la coledocorrafia. Se colocó una lámina de colágeno-fibrina sobre la coledocorrafia según protocolo preestablecido. Finalmente se practicó una colecistectomía estándar y se dejó un drenaje aspirativo. El postoperatorio cursó con náuseas durante 48 horas, procediéndose al alta hospitalaria al 4 día postoperatorio. La prótesis se retiró por vía endoscópica al mes de la intervención, sin incidencias. Hasta la fecha hemos realizado 17 procedimientos siguiendo esta técnica, todos con resultados satisfactorios.

Conclusiones: Tras la ELVBP se producen menos adherencias intraabdominales que bloqueen el trayecto del drenaje de Kehr que después de la cirugía abierta, por lo que se ha comunicado una mayor incidencia de problemas relacionados con el manejo y la retirada del mismo (bilomas, abscesos y peritonitis biliares). Además, el protocolo de cierre progresivo que precisa en su manejo suele ser motivo de prolongación de las estancias hospitalarias en estos pacientes, perdiéndose por ello parte de las ventajas obtenidas del abordaje laparoscópico. Sin embargo, el cierre coledociano sobre stent transpapilar después de la ELVBP es una técnica segura y fiable en manos expertas, que obvia las complicaciones asociadas a la retirada del drenaje de Kher y posibilita el alta más precoz. En aproximadamente la mitad de los casos precisa de la realización de una duodenoscopía para la extracción de la prótesis (el resto la expulsa de forma espontánea), en régimen ambulatorio.

V-015. PASOS BÁSICOS EN EL DESARROLLO DE UNA NUEVA TÉCNICA: APENDICECTOMÍA SILS

I. Valverde Núñez, I. Rubio Pérez, E. Martín Pérez, J. Auza Villegas, S. Salido Fernández y E. Larrañaga Barrera
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: En nuestra búsqueda como cirujanos de aquellas técnicas más efectivas y menos invasivas, la cirugía laparoscópica por incisión única (SILS) es actualmente la principal innovación en el campo de la cirugía general. En nuestro vídeo mostramos los pasos básicos en el desarrollo de una apendicectomía mediante la técnica SILS.

Caso clínico: Mujer de 16 años, sin antecedentes de interés, diagnosticada en nuestro centro de apendicitis aguda. Se procede a iniciar la intervención mediante una incisión umbilical y la desinserción del ombligo. Abrimos la aponeurosis y el peritoneo y anclamos dos puntos de tracción en los extremos del orificio. Por visión directa introducimos el puerto de acceso múltiple. Una vez colocado y realizada la insuflación introducimos tres trócares de 5 mm en el puerto, uno de los cuales sustituiremos posteriormente por un trócar de 12 mm. Inspeccionamos la FID y el Douglas. Identificamos un plastrón móvil a nivel del ciego y líquido libre serohemático en Douglas y periuterino. Introducimos un endograsper y un endodisector y procedemos a la disección del plastrón, traccionando del ciego. Visualizamos el apéndice ileocecal, de aspecto gangrenado, terminamos la movilización, separándolo del fleon terminal. Traccionamos de la punta apendicular, completando la liberación de todo el apéndice y de su meso. Exponemos la base apendicular y procedemos a la disección del meso, mediante electrocautero y clips. Una vez seccionado el meso, comprobamos que la base apendicular está completamente libre y vamos a seccionarla con endoGIA. Introducimos un endobag y guardamos el apéndice. Abandonando la bolsa, manteniendo el hilo en el exterior para extraerlo cuando finalice la intervención. Revisamos la región ileocecal, la sutura de la base y la zona inflamada donde estaba el plastrón apendicular, comprobando la hemostasia en esa zona. A continuación revisamos los anejos y el útero y realizamos lavados del Douglas y la cavidad. Por último, una comprobación de la sutura apendicular y con ello finalizamos la intervención. Extraemos el apéndice en su bolsa y el puerto SILS con sus trócares y cerramos el orificio umbilical.

Resultados: El postoperatorio de la paciente cursó sin complicaciones y la herida, revisada a los 10 días presentaba buen aspecto y apenas se percibía.

Conclusiones: No sólo por el aspecto estético sino como técnica de desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, la técnica SILS supone una nueva y prometedora alternativa, segura y reproducible para cirujanos con experiencia en laparoscopia, además de una técnica más confortable para muchos pacientes. La apendicectomía en pacientes seleccionados es particularmente favorable para el aprendizaje y desarrollo del SILS, ya que consta de pasos sencillos idénticos a los del abordaje laparoscópico convencional; además de tener una reducida morbilidad en comparación con otras intervenciones quirúrgicas.

V-016. HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TIPO TEP CON FIJACIÓN ANATÓMICA DE LA MALLA. TÉCNICA PERSONAL

M. Planells Roig, A. Coret Franco, G. Rodero Astaburaga, M. Díaz, J. Carbó, F. Melo Escorihuela, C. Montesinos, F. Peiró, J. Seguí, J.M. Bolufer Cano y F. Caro

Hospital de Gandía, Valencia.

Objetivos: Presentación de una modificación técnica de la hernioplastia inguinal laparoscópica tipo TEP que evita la

utilización de sistemas de fijación o adhesivos, al utilizar los elementos anatómicos del área inguinal para mantener fija- da la malla.

Material y métodos: El procedimiento se realiza bajo anestesi- a general y en régimen de cirugía ambulatoria. Se desarrolla el sistema preperitoneal mediante balón. Se identifica el tipo de hernia. Las directas se reducen independientemente del tamaño del saco. Las indirectas se reducen y cuando se preci- sa se secciona el saco distal al orificio inguinal profundo. Se independizan los elementos del cordón vasculares y el con- ducto deferente. A continuación de desarrolla el espacio entre los vasos epigástricos y la pared abdominal justo por encima del orificio inguinal profundo, en una longitud de 8 cm aproximadamente. La malla utilizada es una malla anatómi- ca a la que se le practica una incisión central para el paso de los elementos vasculares y el deferente prolongándose dicha incisión en sentido lateral, lo que divide a la malla en un sec- tor lateral con dos hojas superior e inferior. Al colocar la ma- lla en posición anatómica ésta cubre el triángulo de Hessel- bach y las dos hojas se disponen una superior en posición retroepigástrica y otra inferior por debajo de los vasos del cordón, pero por encima del conducto deferente. Los extre- mos de ambas hojas confluyen lateralmente y "cierran" el ori- ficio inguinal profundo.

Conclusiones: La técnica propuesta permite evitar los potencia- les efectos secundarios de la aplicación grapas o adhesivos en el espacio preperitoneal a la vez que evita la potencial migración de la malla causa no infrecuente de recurrencias.

V-017. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN TERATOMA BENIGNO RETRORRECTAL

J.L. Pallarés Segura, E.M. Targarona, F. Marinello, C. Martínez, M.P. Hernández, C. Rodríguez, A. Carrasquer, C. Balagué y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Los tumores retrorectales son raros y su origen histológico varía considerablemente. La escisión quirúrgica está indicada para prevenir complicaciones o para descartar maligni- dad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años que acudió a nuestro servicio de Urgencias con dolor abdo- minal a nivel pélvico que se incrementaba con el movimien- to, especialmente al sentarse. La exploración ginecológica y rectal revelaron una masa retrorrectal. No se evidenciaron alteraciones analíticas ni en la colonoscopia. En el TC se ob- jetivó una lesión hipodensa retrorrectal de 11×5 cm que se extendía desde el promontorio sacro hasta los músculos es- finterianos. Técnica quirúrgica: Se realizó un abordaje lapa- roscópico de la lesión. Se colocó un trócar atraumático de 11mm a nivel umbilical posterior a alcanzar neumoperito- neo con aguja de Veress. Posterior a la inspección abdominal en posición de Trendelenburg, se colocaron 2 trócares de 5 mm en el cuadrante inferior derecho y un trócar de 5 mm en el inferior izquierdo. Durante el acto quirúrgico se accedió al espacio presacro y se prosiguió la disección del tumor de la pared rectal. Se encontraron dificultades al separar el tu- mor de la pared rectal izquierda por lo que se necesitó con- trol endoluminal. El tumor se extrajo a través de una incisión Phannestiel. El tiempo operatorio total fue de 210 minutos. La paciente fue dada de alta en su quinto día post operatorio sin incidencias. El examen anatomo patológico reveló un ter- ratoma quístico benigno.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para este tipo de tu- mores es factible y seguro.

V-018. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO POR UN VÓLVULO DE SIGMA

J.L. Pallarés Segura, E.M. Targarona, C. Martínez, M.P. Hernández, F. Marinello, C. Rodríguez, C. Balagué y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La colectomía laparoscópica es una alternativa aceptada a la cirugía convencional, pero el papel de la cirugía laparoscópica para el tratamiento de las urgencias del colon es menos clara. La manipulación laparoscópica de un intestino frágil y la falta de espacio operatorio debido a la distensión de dicho intestino se oponen a una cirugía segura. Sin embargo, el uso de una técnica sistematizada y algunos trucos intraoperatorios puede permitir solucionar estos inconvenientes y favorecerlos de las ventajas del abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años, con antecedentes de arritmia y fibrilación ventricular tratada con un desfibrilador au- tomático implantable (DAI), presenta una historia de volvulacio- nes aguda y subagudas de sigma que debido al riesgo cardiológico se trataron de forma conservadora con repetidas descompresio- nes endoscópicas. Debido a la persistencia y reiteración de la sim- tomología se propuso un tratamiento quirúrgico. Técnica qui- rúrgica: después de la inducción del neumoperitoneo y la explora- ción de la cavidad abdominal, se realizó una movilización cuidadosa del sigma, que se encontraba muy dilatado, hasta la identificación de la unión recto-sigma. Entonces, se inserto un tubo de lavado gástrico (60 french) transanal, lo que permitió des- comprimir el colon dilatado. Se introdujo hasta el colon sigmoide consiguiendo la descompresión completa del intestino. A conti- nuación, se llevó a cabo una sigmoidectomía laparoscópica con- vencional, después de la sección de la arteria mesentérica inferior y la sección transversal del recto superior. Debido a la distensión del colon y el mal estado general del paciente, se realizó una in- tervención de Hartmann. La muestra se extrajo a través del ori- ficio del estoma definitivo, y una vez resecado el colon sigmoide, el estoma se maduro. El tiempo operatorio fue de 65 minutos. El pa- ciente realizó un paro cardíaco 48 horas después de la cirugía que se resolvió con el desfibrilador (DAI) y fue dado de alta el 5.º día.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica puede ser ofrecida en caso de vólvulo colónico agudo o subagudo. La intubación tran- sanal y la descompresión del colon es obligatorio para un proce- dimiento exitoso y fácil.

V-019. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN TUMOR FIBROSO SOLITARIO RETRORRECTAL

J.L. Pallarés Segura, E.M. Targarona, F. Marinello, A. Carrasquer, C. Martínez, M.P. Hernández, C. Rodríguez, C. Balagué y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Los tumores retrorectales son raros y su origen his- tológico varía considerablemente. La escisión quirúrgica está indi- cada para prevenir complicaciones o para descartar malignidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 33 años que se presentó al servicio de urgencias con dolor abdominal a nivel pél- vico ocasional. Se realizó una Ecografía abdominal que reveló un quiste de ovario izquierdo y un tumor pélvico no relacionado con el sistema genital. Se indicó una resonancia magnética pélvica que evidenció una masa quística de $7,5 \times 4$ cm en el espacio retro- rectal que se extendía desde el promontorio hasta la cuarta ver- tebra sacra (S4). Técnica quirúrgica: se propuso un abordaje lapa- roscópico. Se procedió a colocar un trócar atraumático de 11 mm a nivel umbilical, un trócar de 5 mm y otro de 3 mm fueron colo- cados en el cuadrante inferior derecho y un trócar de 3 mm fue

colocado en el cuadrante inferior izquierdo. La masa fue disecada desde el mesorecto y el espacio presacro hasta escisión final a nivel de S4. No se apreciaron signos de sangrado ni lesión rectal. El tumor fue extraído a través de una incisión tipo Phannestiel. El tiempo operatorio total fue de 180 minutos. La paciente fue dada de alta en el quinto día post operatorio sin complicaciones. El análisis anatomo-patológico reveló un tumor fibroso solitario.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico para este tipo de tumores es factible y seguro.

V-020. ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA COMPLETA DURANTE LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA DE PUERTO ÚNICO PARA EL CARCINOMA DE COLON: UN NUEVO PASO ADELANTE

S. Morales Conde, J. Cañete Gómez, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, J. García Moreno, I. Alarcón del Agua, M.D. Casado Maestre, D. Bernal Moreno, I. Serrano Borrero, H. Cadet Dussort y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La cirugía laparoscópica es una opción viable para el carcinoma de colon como lo demuestran los resultados tanto a corto como a largo plazo, siendo esta técnica tan segura y efectiva como la cirugía abierta. La cirugía de acceso con puerto único se considera un nuevo enfoque mínimamente invasivo en busca de mejores resultados estéticos y postoperatorios, intentando disminuir las comorbilidades gracias a un único puerto de entrada. Uno de los objetivos de la cirugía de puerto único es el de preservar los resultados satisfactorios obtenidos oncológica por laparoscopia estándar. Presentamos la primera hemicolectomía derecha por carcinoma de colon con anastomosis intracorpórea realizada por puerto único, así como diversos métodos de realización de esta.

Material y métodos: Se presenta la cirugía de acceso por puerto único para la realización de una hemicolectomía derecha en un paciente varón de 59 años de edad con una neoplasia de ciego estadio IIA (T3, N0), según la clasificación TNM.

Resultados: Se realizó incisión única transumbilical para colocación del puerto de entrada y realización posterior de hemicolectomía derecha sin trócares adicionales, realizándose la anastomosis de forma intracorpórea completa, presentando nuevos métodos desarrollados posteriormente para la realización de la misma. El tiempo operatorio fue de 140 minutos, estando el tiempo operatorio de los últimos casos en 80 minutos.

Conclusiones: La cirugía con puerto único para la realización de hemicolectomía derecha con anastomosis intracorpórea es una técnica factible y segura cuando es realizada por cirujanos con experiencia laparoscópica. Este enfoque debe seguir los principios básicos de hemicolectomía derecha laparoscópica con el fin de lograr los mismos resultados oncológicos. Las ventajas de una anastomosis intracorpórea total incluyen la no necesidad de ampliar la incisión umbilical y evitar la tracción del pedículo del mesenterio del colon transverso durante la anastomosis extracorpórea.

V-021. COLECTOMÍA SUBTOTAL POR PUERTO ÚNICO POR INERCIA COLÓNICA

S. Morales Conde, A. Barranco Moreno, M. Socas Macías, D.A. Bernal Moreno, J. Cañete, I. Serrano Borrero, M.D. Casado, I. Alarcón del Agua, C. Bernardos García, H. Cadet Dussort y J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Recientemente, la cirugía de una sola incisión laparoscópica, se ha convertido en un paso natural hacia a una cirugía aún más mínimamente invasiva. Los beneficios poten-

ciales asociados con la disminución de trócares, además de los que ya ofrece la laparoscopia tradicional, han hecho que se impulse el desarrollo de la cirugía por puerto único. Este tipo de abordaje está aplicándose a diferentes procedimientos llevados a cabo en la cavidad abdominal habiéndose descrito para la realización de colecistectomías, esplenectomías, adrenalectomías, appendicectomías, etc.. Su aplicación a la cirugía del colon comienza a describirse en la literatura, siendo la mayoría de las publicaciones referidas a la realización de hemicolectomías derechas, y en menor número, a izquierdas. La realización de las colectomías subtotales por puerto único es un nuevo campo aún por desarrollar.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer joven y sana que acude a consultas por estreñimientos y molestias difusas abdominales que dificultan su desarrollo normal de su vida diaria. La realización de un enema opaco revela la existencia de un colon redundante con una disminución de las contracciones, siendo diagnosticada de inercia colónica. Se realiza un abordaje por incisión única de 2,5 cm periumbilical mediante la colocación de un dispositivo con tres orificios (2 de 5 mm y 1 de 12 mm). La intervención se lleva a cabo con una óptica de 30° de 5 mm, una pinza de agarre tipo reticulator en la mano izquierda del cirujano, y el ligasure Atlas en la mano derecha del cirujano. El procedimiento se comienza por la movilización del colon derecho y ángulo hepático, para seguir con la sección del ligamento gastro-cólico y el meso del colon transverso para continuar con la movilización de ángulo esplénico, muy redundante, y el colon descendente hasta el sigma. Una vez completada la movilización del colon, se realiza la anastomosis ileo-sigmoidea latero-lateral extracorpórea, cerrándose el meso por vía laparoscópica a través del dispositivo de puerto único. La paciente fue dada de alta al cuarto día postoperatorio, habiendo desaparecido las molestias abdominales y el estreñimiento, mejorando considerablemente su calidad de vida tras 6 meses de seguimiento.

Conclusiones: La cirugía con puerto único sigue avanzando gradualmente y aplicándose a diferentes campos con unos resultados similares a la cirugía convencional, aunque lógicamente será preciso llevar a cabo estudios prospectivos a largo plazo para analizar los resultados globales de este tipo de procedimientos.

V-022. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA HINCHEY III EN UN PACIENTE OBESO MÓRBIDO. INTERVENCIÓN DE HARTMANN

C. Pérez San José¹, M. Aguinagalde Pinedo¹, F.J. Ellacuria Lanao¹, J.L. Castrillo Villán¹, M.J. Lecumberri², I. Cruz González² y S. Leturio Fernández²

¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²Clínica Virgen Blanca, Bilbao.

Introducción: Los factores que limitan el acceso laparoscópico en la diverticulitis aguda de urgencia son: dificultad de movilización del colon sigmoide debido a los procesos adherenciales inflamatorios, la distensión del intestino delgado y la dificultad de localización de los vasos en el meso. Todos estos factores se ven agravados en pacientes con obesidad mórbida.

Objetivos: Mostrar el abordaje laparoscópico en un paciente obeso mórbido con diverticulitis perforada Hinchey III realizando una operación de Hartmann.

Caso clínico: Varón de 50 años que ingresa por fiebre y dolor en hemiabdomen inferior de 48 horas de evolución. Exploración: obesidad mórbida (IMC 41) y dolor a la palpación en FII. Leucocitosis. Rx tórax: Neumoperitoneo. TAC: neumoperitoneo y colecciones en ambas goteras y pelvis con gas extraluminal. El paciente es intervenido de urgencia por laparoscopia. Técnica

quirúrgica: trócar de 5 mm a nivel umbilical para la óptica de 5 mm 30°, otro de 5 mm en vacío izq y el trócar operativo de 12 mm se adelanta a la línea media suprapúbica dada la obesidad del paciente. Otro trócar de 12 mm es colocado en FII. Se evidencia plastrón en FII, hipogastrio y FID, que contiene abundante material purulento. Se libera el intestino delgado adherido al sigma. Se realiza insuflación con colonoscopio permitiendo localizar el orificio perforativo en un sigma diverticular muy inflamatorio. Se secciona el recto con endograpadora carga verde de varios centímetros por debajo de la perforación. A continuación es seccionado el colon sigmoides proximal con endograpadora carga verde y esto facilita la sección del mesosigma con sellador de vasos y endograpadora. Se liberan las adherencias parietocálicas de colon descendente, no requiriendo movilizar el ángulo esplénico. La pieza es de 20 cm y se extrae a nivel de la incisión que se realiza en FII para la colostomía. Se realiza una colostomía terminal sin tensión y se coloca drenaje aspirativo en Douglas. Pérdida hemática fue de 300 ml y tiempo operatorio de 150 minutos. Postoperatorio sin complicaciones con inicio de dieta y colostomía funcionante a las 48 horas. Alta hospitalaria a los 6 días. A los 15 días del alta se le coloca un balón intragástrico y 3 meses después se le realiza restablecimiento de la continuidad intestinal por laparoscopia con un IMC de 32.

Conclusiones: La insuflación colonoscópica permite determinar el borde distal del recto por debajo de la perforación para su posterior sección, difícil de apreciar macroscópicamente por el componente inflamatorio del sigma. El mesosigma en la diverticulitis complicada y en mayor medida en paciente obeso es de grosor y friabilidad considerable. La sección distal y proximal del sigma facilita la sección del mesosigma próxima a la pared digestiva minimizando el riesgo de lesión ureteral. Con el abordaje laparoscópico en la diverticulitis perforada desaparece la morbilidad asociada a la laparotomía en especial el ileo postoperatorio y la infección de la herida operatoria con posterior eventración postoperatoria. Estas ventajas son mucho más evidentes en el obeso mórbido si bien la dificultad técnica es también mayor, requiriendo experiencia en cirugía colorrectal laparoscópica.

V-023. RESECCIÓN RECTOSIGMOIDEA LAPAROSCÓPICA CON EXTRACCIÓN TRANSANAL DEL ESPÉCIMEN A TRAVÉS DE UN DISPOSITIVO TEO/TEM

L. Solar García, S. Fernández Arias, J.I. Rodríguez García, P. Avilés García y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Presentar el procedimiento combinado de resección rectosigmoidea laparoscópica asistida por un dispositivo de cirugía endoscópica transanal (TEO/TEM) para la extracción de la pieza quirúrgica.

Material y métodos: Se interviene una paciente de 78 años con el diagnóstico de adenocarcinoma rectal situado a 10 cm del margen anal (T2N0M0). Los estudios complementarios comprendieron colonoscopia con biopsia, ecoendoscopia, TC toraco-abdomino-pélvico y resonancia magnética nuclear (RMN) pélvica según el protocolo vigente en nuestro Servicio. Se realizó la intervención de forma programada bajo una correcta profilaxis antitrombótica y antibiótica. Se empleó un equipo de laparoscopia estándar y un dispositivo de TEO/TEM.

Resultados: Se colocó a la paciente en posición de Lloyd Davies, en Trendelenburg con lateralización derecha. Se realizó un lavado retrógrado del recto con yodo, povidona y suero. El neumoperitoneo se instauró con aguja de Veress en el hipocondrio izquierdo. El abordaje se realizó a través de 4 puertos siendo los

trócares empleados de 12 mm, 10 mm y 5 mm dos de ellos. El trócar de 10 mm se situó paraumbilical para la visión a través de una cámara de 0°. Localizada la lesión a 10 cm del margen anal, se procedió a la disección laparoscópica del recto con su mesorrecto íntegro. Se ligaron proximalmente la vena y arteria rectal superior realizando una resección anterior de recto oncológica. Se colocó el dispositivo TEO/TEM. El yunque de la endograpadora circular (CEEA) se introduce a través del dispositivo de TEO/TEM a la cavidad abdominal tras una incisión en la cara anterior del muñón rectal. Se introduce el yunque en el colon proximal fijándolo con dos Endoloop. El espécimen quirúrgico se extrae a través del dispositivo TEO/TEM sin necesidad de realizar una mini-laparotomía. Se cierra con endograpadora por vía laparoscópica en el extremo proximal del muñón rectal retirando el dispositivo TEO/TEM. Se realiza una anastomosis termino-terminal con CEEA deslizada en el muñón rectal a través del ano. Se comprobó la estanqueidad de la anastomosis y se colocó un drenaje tipo Jackson-Prat en pelvis. La paciente evolucionó favorablemente iniciando tolerancia oral en el segundo día postoperatorio siendo alta al 5º día.

Conclusiones: La resección rectosigmoidea laparoscópica asistida por dispositivos de TEO/TEM para la extracción de la pieza quirúrgica, es una técnica viable y reproducible que exige el manejo de instrumental específico y el desarrollo de nuevas habilidades; todo ello encaminado a reducir la morbilidad en la cirugía colorrectal.

V-024. SIGMOIDECTOMÍA + BISEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA II-III SINCRÓNICAS LAPAROSCÓPICAS

J. Cervera Aldama, I. Martínez Rodríguez, A. Gil Iriondo, A. Urigüen Echevarría, J. Ramos Prada, J.M. García González, P. Ruiz Ordorica, M. Gastaka Mateo, M.A. Ulacia Beristain y A. Colina Alonso

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente afecto de una neoplasia de colon con metástasis hepática única sincrónica, tratado por vía laparoscópica de ambos procedimientos en el mismo acto quirúrgico. Varón de 69 años. No alergias conocidas. HTA. EPOC. Acude al Servicio de Urgencias en julio de 2009 por rectorragia que condiciona el ingreso en Digestivo a estudio. No cambios del hábito intestinal, ni pérdida de peso ni síndrome general. Colonoscopia: lesión sugestiva de neoplasia de colon a nivel de colon sigmoide, estenosante y que impide el paso del endoscopio. TAC toracoabdominopélvico: Atelectasia subsegmentaria en LID. Engrosamiento circumferencial de sigma de 8 cm con afectación transmural y adenopatías locoregionales. Lesión focal sólida de 4 cm en segmento III hepático. Marcadores tumorales: normales. Preanestesia: riesgo ASA II. Tras planificar de forma conjunta la intervención entre las secciones de colon y de cirugía hepática del Servicio de Cirugía General, se programa al paciente para el 13/8/2009. Hallazgos: lesión metastásica hepática única de 3,5-4 cm de tamaño localizada en segmento II/III. Neoplasia de colon sigmoide de aproximadamente 5 cm. No adenopatías macroscópicas. Técnica: ecografía hepática laparoscópica. Bisegmentectomía II/III laparoscópica sin clampaje portal. Sigmoidectomía oncológica laparoscópica. Anastomosis colorrectal con EEA 31. Extracción de ambas piezas por incisión de Pfannenstiel. Anatomía patológica: colon sigmoide: adenocarcinoma intestinal bien diferenciado, estenosante, circumferencial, de 5 cm que infiltra hasta la serosa (pt4b). Bordes libres. Ausencia de metástasis ganglionares (0/19). Hígado: infiltración por adenocarcinoma. El postoperatorio transcurre lentamente presentando un ileo al 5º día que se resuelve con tratamiento conservador. El paciente es dado de alta el 13º día PO tolerando dieta y con tránsito intestinal establecido. Un mes

después de la operación inicia tratamiento quimioterápico adyuvante con oxaliplatin 130 mg/m² día 1 y capecitabina 1.000 mg/m² cada 12 horas días 2 a 15, cada 21 días. A día de hoy el paciente se encuentra asintomático, en control por Oncología médica y Cirugía General sin datos de recidiva, en remisión completa por las diferentes técnicas de imagen.

Conclusiones: Resulta escasa la bibliografía sobre tumores en colon y sus metástasis sincrónicas tratados vía laparoscópica en el mismo acto quirúrgico, dado que se precisa de una coordinación y de equipos entrenados en ambos tipos de cirugía laparoscópica. El abordaje mínimamente invasivo empleado para el tratamiento de ambos procesos permitió, sin complicaciones mayores, la rápida recuperación del paciente y el inicio del tratamiento quimioterápico.

V-025. RESTABLECIMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA CONTINUIDAD INTESTINAL TRAS INTERVENCIÓN DE HARTMANN LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE OBESO MÓRBIDO Y CON BALÓN INTRAGÁSTRICO PREOPERATORIO

C. Pérez San José, M. Aguinagalde Pinedo, F. Ellacuria Lanao, I.J. Laso López-Negrete, S. Ruiz Carballo, M. García Carrillo y E. Etxebarria Beitia

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: El restablecimiento de continuidad tras la intervención de Hartmann conlleva varios problemas como la presencia de eventración en muchos casos y la presencia de múltiples adherencias abdominales. Estos problemas pueden ser evitados con el Hartmann laparoscópico.

Objetivos: Mostrar el abordaje laparoscópico en un paciente obeso mórbido (IMC 43) con una operación de Hartmann laparoscópica previa por diverticulitis aguda perforada Hinckey III y al que se implantó un balón intragástrico tres meses antes del restablecimiento laparoscópico de la continuidad. Es de interés mostrar cómo queda el abdomen después del Hartmann laparoscópico y la utilidad del balón intragástrico.

Caso clínico: Varón de 50 años con obesidad mórbida IMC 41 al que se le ha practicado una operación de Hartmann laparoscópica por diverticulitis aguda perforada Hinckey III sin complicaciones postoperatorias. A las 2 semanas se coloca un balón intragástrico. En estudio endoscópico y enema opaco preoperatorio muestran un muñón rectal de 20 cm y resto de colon sin patología asociada ni divertículos. A los 3 meses de ser colocado el balón intragástrico, el paciente ha perdido 43 Kg (IMC 32) y presenta una hernia paraestomal. Se practica un abordaje laparoscópico para restablecer la continuidad intestinal. En primer lugar se libera la inserción cutánea de la colostomía y se cierra el colon con endograpadora lineal para evitar la contaminación de la herida. Se seccionan las adherencias del colon al saco herniario para estomental y se comprueba la ausencia de adherencias en la pared abdominal y que sale ampliamente el colon sin dificultad. Se introduce el yunque de la endograpadora circular en el colon y se reintroduce en el abdomen. Con el fin de cerrar provisionalmente el defecto parietal de la colostomía, se coloca un dispositivo de mano asistida y el cual se aprovecha para colocar un trócar de 12 mm. Se introduce el laparoscopio y se observa el balón intragástrico y la total ausencia de adherencias en la cavidad peritoneal incluida la pelvis. Tras colocar 3 trócares, se identifica y se libera el muñón rectal seccionando con endograpadora 4 cm distales de aspecto fibrótico. A continuación se comprueba que el colon proximal alcanza el recto sin tensión sin requerir movilizar el ángulo esplénico y se realiza la anastomosis colorrectal mecánica y comprobación de estanqueidad con colonoscopio. Por último, se practica cierre directo del defecto herniario paraestomal. El postoperatorio resulta sin com-

plicaciones siendo dado de alta a los 5 días. El balón intragástrico es retirado a los 6 meses de ser colocado con una pérdida total de 49 Kg (IMC 30).

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de urgencia en las diverticulitis complicadas minimizan la presencia de adherencias abdominales favoreciendo el posterior restablecimiento de continuidad. El uso de un balón intragástrico es útil en obesos mórbidos que requieran una cirugía abdominal electiva permitiendo una suficiente pérdida ponderal para disminuir el riesgo quirúrgico y facilitar la misma.

V-026. HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR INCISIÓN ÚNICA UMBILICAL

C. Maíllo, E. Gaspar y A. López

Hospital dos Lusiadas, Lisboa (Portugal).

Objetivos: Mostrar que la cirugía del colon puede ser realizada por un abordaje laparoscópico por incisión única umbilical sin aumentar el riesgo quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 41 años con antecedentes de herniorrafia umbilical que fue ingresado en nuestro hospital por un cuadro de diverticulitis aguda que tuvo una evolución favorable con tratamiento médico. Pasado el cuadro agudo realizó una colonoscopia que confirmó la existencia de divertículos. Fue operado de forma programada 2 meses después del episodio agudo.

Resultados: El paciente fue operado con anestesia general en decúbito supino con las piernas separadas y los brazos a lo largo del cuerpo. Se realizó una incisión peri-umbilical sobre la incisión de la cirugía previa. Se colocó el Gelpoint con método abierto con 3 trócares de 5 mm y uno de 12 mm. Identificación de los vasos sigmoideos y clipaje de los mismos. Liberación de adherencias del colon sigmoideo a la pared abdominal. Apertura del parietocólico izquierdo hasta la liberación del ángulo esplénico. Disección del recto superior y sección con endo GIA 45. Extracción del colon por el Gelpoint y sección del mismo. Colocación del cabezal de la sutura circular 31. Reintroducción del colon. Anastomosis T-T circular con control laparoscópico. Comprobación de la anastomosis con aire. Sutura de la incisión umbilical por planos.

Conclusiones: Mostramos que la hemicolectomía izquierda laparoscópica por incisión única es posible y no produce un aumento del riesgo quirúrgico.

V-027. EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE BAZO ACCESORIO TRAS RECIDIVA DE PÚRPURA TROMBOPÉNICA IDIOPÁTICA

H. Oehling, R. de Luna Díaz, J.M. Hernández Carmona, J.M. Mata Martín, F.J. Pérez Lara, A. del Rey Moreno y H. Oliva Muñoz

Hospital de Antequera, Málaga.

Objetivos: La esplenectomía laparoscópica se ha convertido en un procedimiento plenamente aceptado y efectivo para el tratamiento de determinados desórdenes hematológicos, tales como la purpura trombocitopénica idiopática o la esferocitosis hereditaria. Sin embargo aún no está claro el papel que puede jugar esta técnica en el tratamiento de bazos residuales o no encontrados en el primer procedimiento. Se han encontrado frecuencias de fallo y recidiva de ésta enfermedad por esplenosis en porcentajes que oscilan entre un 28% (Norridge MJ et al. Am J Hematol. 2009;84(11):743-8) hasta un 11% (Balagué C et al. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica. 2004;5:5-11). Se expone en este video nuestra experiencia en este tema.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 73 años con púrpura trombopenica idiopática previamente esplenectomizado vía laparoscópica, y que presenta a los 2 años recurrencia de su trombopenia con recuento de plaquetas entorno a las 40.000/mm³. Se le solicitaron gammagrafía con hematíes marcados y TAC de abdomen que demostraron la existencia de un bazo residual, localizado en zona esplénica normal en HC izquierdo. Se le ofertó al paciente un abordaje laparoscópico. Paciente en decúbito supino con angulación lateral derecha de 40 grados, trócar epigástrico, 2 trócares en zona subcostal izquierda y otro a nivel umbilical en línea medioclavicular izquierda. Se comenzó diseccionando en la zona antes descrita, encontrando un bazo envuelto en un manto graso e íntimamente adherido a la cola pancreática. Disección de adherencias en antigua celda esplénica, continuando por la apertura de la curvadura mayor gástrica para encontrar un nódulo púrpura que poco a poco va disecándose de su envoltorio graso sin poder separarlo de la cola pancreática por lo que se procede a sección corporoacaudal del páncreas para poder extirpar el bazo accesorio. Disección de adherencias a diafragma y extracción final con bolsa.

Resultados: El paciente evolucionó sin complicaciones iniciando tolerancia oral al día siguiente de la intervención. A los 15 días el recuento de plaquetas fue de 137.000/mm³. El estudio patológico demostró un tejido esplénico accesorio junto con una porción de cuerpo y cola de páncreas normal. Resultado estético muy satisfactorio.

Conclusiones: Con este vídeo queremos demostrar que es técnicamente posible la remoción de bazos accesorios mediante laparoscopia, si bien previamente es necesario un estudio de imagen para su localización. En nuestro caso el paciente se ha recuperado satisfactoriamente de su trombopenia y a los 5 meses no tenemos evidencia de recidiva. Los bazos accesorios pueden no ser vistos en la esplenectomía laparoscópica inicial con una frecuencia de un 10–30%, pudiendo quedarse en el hilus esplénico, en las fijaciones esplénicas peritoneales, en el saco mayor o menor, o en el mesenterio intestinal. Es posible que durante la esplenectomía inicial el bazo sea tan pequeño que no se pueda localizar correctamente, y así, luego hipertrofiarse para suplir la función.

V-028. HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON MUCOCELE APENDICULAR

G. Valero Navarro, J.A. Luján Mompean,
Q. Hernández Agüera, M.D. Frutos Bernal, J. Gil Martínez,
E. Romera Barba, P. Pastor Pérez, I. Abellán Morcillo,
A. González Gil, A. García López y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El mucocele apendicular es una entidad poco frecuente que cursa con la dilatación del apéndice producida por acúmulo de moco intraluminal. Se origina por 4 causas: obstrucción del orificio cecoapendicular, hiperplasia mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso. El tratamiento quirúrgico varía desde la apendicectomía simple a la hemicolectomía derecha y la cirugía citorreductora en los casos de pseudomixoma peritoneal. El abordaje quirúrgico del mucocele debe ser cuidadoso, evitando una manipulación excesiva para prevenir la ruptura del mismo y la diseminación del moco y células tumorales por el peritoneo, por lo que algunos autores contraindican el abordaje laparoscópico en estos casos.

Caso clínico: Mujer de 52 años de edad sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés que presenta molestias abdominales inespecíficas más localizadas en fosa ilíaca derecha, de meses de evolución, sin otra patología acompañante. Se realiza

colonoscopia que informa de tumoración submucosa próxima a orificio apendicular. Se realiza TAC que informa de tumor apendicular mucoide. Con diagnóstico de mucocele apendicular se interviene mediante laparoscopia hallando apéndice aumentado de diámetro con y pseudomixoma peritoneal localizado en la punta del apéndice. Se realiza hemicolectomía derecha con extracción de pieza mediante bolsa y anastomosis latero-lateral intracorpórea. La anatomía patológica informó de mucocele apendicular (cistoadenoma mucinoso apendicular) sobre endometriosis apendicular intraparietal y moco extra-apendicular acelular. Tras un seguimiento de 28 meses no ha presentado recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: El principal objetivo en el tratamiento de los mucoceles apendiculares es prevenir la ruptura del mismo para evitar el pseudomixoma peritoneal, por ello hay que ser cuidadoso en la movilización del tumor y esto se puede conseguir mediante el abordaje laparoscópico.

V-091. CIRUGÍA MEDIASTÍNICA VIDEOASISTIDA A TRAVÉS DE UNA VENTANA INTERCOSTAL (IVAMS). UN ABORDAJE MÁS SIMPLE PARA REALIZAR LA PARATIROIDECTOMÍA MEDIASTÍNICA

E. Fernández Alsina¹, F. Salvans², J.M. Francos¹,
A. García-Sampedro², J. Sáez¹, A. García Barrasa¹
y P. Moreno Lorente¹

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

²Hospital General de Catalunya, San Cugat del Vallès.

Introducción: El hallazgo de adenomas paratiroides ectópicos ocurre entre el 4 y el 25 % de los pacientes con hiperparatiroidismo (HPTP). La ectopia paratiroydea mediastínica es una localización poco frecuente y es causa hiperparatiroidismo persistente o recurrente. En este escenario, clásicamente se necesitaba realizar esternotomía o toracotomía para solucionar estos casos. Sin embargo, recientemente se han desarrollado técnicas de cirugía mínimamente invasiva alternativas. El IVAMS (Intercostal Video Assisted Mediastinal Surgery) fue presentado por nuestro grupo en 2007 como alternativa a VATS (Video Assisted Thoracic Surgery) y, actualmente, creemos que también lo es a la cirugía robótica.

Objetivos: Presentar la técnica de cirugía videoasistida a través de una ventana intercostal (IVAMS).

Caso clínico: Paciente mujer de 68 años con antecedentes de obesidad y HPTP sintomático manifestándose como osteoporosis severa y cólicos nefríticos recurrentes. Durante esta técnica se realiza una ventana intercostal única de 10 x 15 mm en el espacio intercostal más cercano a la localización topográfica del adenoma, entre el esternón y los vasos mamarios internos. En este caso en el 4º espacio intercostal. Disección roma retrayendo la pleura visceral para acceder al mediastino anterior. Se utiliza una óptica de 5 mm (0°) y mediante disección roma se accede al mediastino anterior. Se localiza y diseña el adenoma ectópico y su hilus. Externalización del adenoma y coagulación mediante pinza bipolar del hilus. Hemostasia cuidadosa y cierre de la ventana intercostal mediante la sutura del Ms. pectoral. Cierre cutáneo con grapas quirúrgicas.

Resultados: Resolución del caso mediante el IVAMS normalizándose la PTH a los 10 minutos de la exérésis. El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos y la estancia hospitalaria de 24 horas. No hubo complicaciones inmediatas.

Discusión: Los adenomas paratiroides ectópicos en mediastino son extremadamente inusuales y la exploración mediastínica en el HPTP sólo es necesaria en aproximadamente en un 2% de los casos. En este escenario las técnicas mínimamente invasivas constituyen la opción adecuada. El IVAMS constituye un

nuevo abordaje quirúrgico, mínimamente invasivo y con buenos resultados. Respecto a la VATS (con o sin robótica) evita la colocación de varios trócares, la intubación selectiva, estancia en UCI y representa una agresión menor para el paciente aunque también con una gran complejidad técnica.

Conclusiones: IVAMS es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de los adenomas ectópicos situados en el mediastino anterior. Ofrece ventajas significativas frente a la mediastinoscopia y a las técnicas de VATS estándar o realizadas con robótica. Está por demostrar su utilidad en lesiones localizadas más profundas en el mediastino. Requiere el uso de todos los recursos técnicos a nuestro alcance, como la PTHio y la sonda Gamma.

V-092. MINIMIZANDO LA AGRESIÓN EN LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO: FUNDUPPLICATURA DE NISSEN POR MINILAPAROSCOPIA CON 3 TRÓCARES

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Recientemente, la cirugía de una sola incisión por puerto único por vía laparoscópica, se ha convertido en un paso natural hacia a una cirugía aún más mínimamente invasiva. La aplicación de esta nueva vía tiene una gran indicación en aquellos procedimientos en los que es precisa la extracción de una pieza quirúrgica, por lo que su uso en cirugías en los que no se precisa dicha incisión está en discusión. Por tanto la cirugía antirreflujo sea, tal vez, una indicación para la mini-laparoscopia acompañado de la idea de la reducción del tamaño y del número de trócares.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de ERGE con una hernia de hiato menor de 3 cm que tras la realización de diversas pruebas funcionales fue propuesto para la realización de una funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica. El procedimiento fue llevado a cabo con un trócar de 3 mm, para el instrumental de la mano izquierda del cirujano, y dos trócares de 5 mm, uno para la óptica de 30° 5 mm y otro para el bisturí armónico y el porta. El hígado fue separado mediante un punto transmural, realizando las tracciones de la unión esófago-gástrica con una cinta fijada con otro punto transmural con la punción de entrada y de salida equidistantes en ambos flancos del paciente, lo que permitía su movilidad hacia un lado o hacia a otro. La cirugía fue llevada a cabo de forma estándar: disección del hiato esofágico, sección de vasos cortos, cierre de pilares, funduplicatura holgada y corta con tres puntos y punto de fijación del fundus al pilar derecho del diafragma. Para la introducción de la aguja por el trócar de 5 mm es preciso la utilización de otra pinza de 3 mm para que mantuviera su forma habitual dicha aguja. El tiempo quirúrgico fue de 45 minutos y la hospitalización de menos de 23 horas, con una evolución postoperatoria desde el punto de vista funcional similar a la funduplicatura estándar por vía laparoscópica.

Conclusiones: La cirugía con puerto único sigue avanzando gradualmente y aplicándose a diferentes campos con unos resultados similares a la cirugía convencional, aunque su uso en procedimientos en los que no es preciso la extracción de una pieza quirúrgica está en discusión, como en la cirugía antirreflujo, por lo que la minimización del tamaño de los trócares y la reducción del número de ellos, puede ser una alternativa muy válida para minimizar la agresión sobre la pared abdominal.

V-093. RECURSOS TÉCNICOS EN LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE INCISIÓN ÚNICA

C. Moreno Sanz, M.L. Herrero Bogajo, A. Morandeira Rivas, C. García Llorente, M. Manzanera Díaz, J. Cortina Oliva, J. de Pedro Conal, J. Picazo Yeste, C. Alhambra de Guzmán y M. Clerveus

Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: La cirugía a través de puerto único se muestra especialmente atractiva ya que, aunque no está exenta de dificultades técnicas, es menos demandante desde el punto de vista tecnológico que otras técnicas emergentes. La eficacia y seguridad de las técnicas laparoscópicas a través de incisión única ha sido demostrada en pequeñas series de colecistectomía, habiéndose abierto las puertas a otras indicaciones tales como las resecciones de colon. Dada la vigencia del tema y la escasa experiencia existente al respecto presentamos un caso de pólipos degenerados de la válvula ileocecal tratado mediante incisión única.

Caso clínico: El paciente fue intervenido a través de un puerto único multicanal instalado a través de una incisión transumbilical, mostrándose las distintas fases de la hemicolectomía derecha, poniendo especial atención a los recursos técnicos que nos permite esta vía de abordaje (introducción de clips, utilización de instrumental convencional, aplicación de distintos tipos de energía –monopolar y sellador de vasos– y aplicación de endograpadoras).

V-094. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE TUMORES RETROPERITONEALES: LEIOMIOSARCOMA DE VENA RENAL

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Exponer el papel fundamental de la cirugía en el manejo de los tumores retroperitoneales, ya que el diagnóstico definitivo solo puede llevarse a cabo mediante el análisis histológico de la pieza. La exéresis del tumor debe ser radical y en este caso proponemos la vía laparoscópica como abordaje de elección por las ventajas que ofrece la cirugía mínimamente invasiva.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 41 años con clínica de dolor abdominal irradiado a región lumbar izquierda. Se realiza ecografía de abdomen donde se observa una tumoración en el margen lateral izquierdo de la aorta que fue confirmado con la resonancia magnética donde además se aprecia afectación del hilum renal. Debido a la sospecha de linfoma se decide biopsia del tumor por vía laparoscópica. Se realiza a través de cuatro trócares y se objetiva tumoración originada en la vena renal izquierda por lo que se realiza nefrectomía y exéresis completa de la lesión.

Resultados: El estudio histológico confirma el diagnóstico de leiomirosarcoma de vena renal. La paciente fue dada de alta a los cinco días de la intervención sin complicaciones durante el postoperatorio.

Conclusiones: El leiomirosarcoma de vena renal es una neoplasia infrecuente, con sólo 30 casos registrados en la literatura. Es más frecuente en mujeres (3:1) con edad media de 57 años y en el lado izquierdo (60%). La clínica más frecuente es el dolor abdominal pero también puede aparecer como masa abdominal palpable y pérdida de peso, como en el caso presentado. La agre-

sividad y su alto índice de recurrencia (40%) obligan a la realización de la exéresis radical que en este caso es realizada por primera vez mediante abordaje laparoscópico que podemos concluir que es seguro y efectivo para la resección de este tipo de tumores.

V-095. DIVERTICULITIS AGUDA. MALA EVOLUCIÓN DESPUÉS DE DRENAJE LAPAROSCÓPICO-SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

M. Pujadas de Palol, P.G. Pere, A.Q. Maite,
A. Martín Grillo, N. Gómez Romeu, D. Julià Bergkvist,
F. Olivet Pujol, R. Farrés Coll, J.I. Rodríguez Hermosa
y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Introducción: El tratamiento de elección para el estadio Hinchen 2 de la diverticulitis se basa en antibioticoterapia y el drenaje percutáneo de los abscesos mayores de 3 cm o que no evolucionan correctamente con el tratamiento antibiótico. En el caso de que los abscesos no estén al alcance de un drenaje percutáneo surge la necesidad de un acceso quirúrgico para solucionar los abscesos, que muchas veces requiere una sigmoidectomía con colostomía terminal, intervención de Hartmann. Con la aparición de la laparoscopia, tenemos un acceso quirúrgico que nos permite la evacuación de los abscesos y dejar drenajes abdominales sin necesidad de acabar con una sigmoidectomía. No siempre conseguimos una buena evolución con el drenaje y el tratamiento médico. La resección laparoscópica después del drenaje percutáneo o laparoscópico con una mala evolución es una opción válida.

Caso clínico: Paciente de 47 años con antecedente de fractura de pierna izquierda y injerto en mano izquierda por pérdida de substancia en el mismo accidente. No refiere ningún tratamiento médico. Intervenido por diverticulitis complicada con abscesos no accesibles al drenaje laparoscópico. Siendo altado con drenaje por donde presenta un débito escaso de 30-40 cc de aspecto intestinal al día. En casa se mantiene afebril y tolerando dieta oral durante 5 días. Al sexto día presenta fiebre y de nuevo incremento del dolor abdominal por lo que vuelve a consultar a urgencias. Se realiza TC abdominal observando de nuevo los mismos abscesos que al primer ingreso por lo que se decide ingreso para intervención preferente; sigmoidectomía laparoscópica. Se interviene realizándose sigmoidectomía con anastomosis colorectal y ileostomía de derivación por el mal estado del íleon terminal. El paciente puede ser altado a domicilio a los 8 días de la intervención. Seguimiento en consultas externas sin incidencias. Pendiente el cierre de ileostomía.

V-096. VÓLVULO DE CIEGO VÍA LAPAROSCÓPICA

L.M. Alcoba García, V. Simó Fernández, M. Muinelo Lorenzo,
J. Canga Presa, R. Canseco Fernández, E. Pastor Teso,
J. Fernández Fueyo, J. Sahagún Fernández,
A. Turienzo Fraile y T. González de Francisco

Hospital de León, León.

Introducción: El vólvulo cecal es el segundo en frecuencia tras el de sigma y tiende a afectar a las mujeres jóvenes. El ciego puede torsionarse en los casos de movilidad excesiva presentando un giro axial completo que produce torsión del mesenterio y de sus vasos. La clínica del vólvulo de ciego es la de un cuadro agudo de obstrucción intestinal con dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos, distensión abdominal y ausencia

de tránsito. En ocasiones el cuadro clínico puede resolverse espontáneamente con devolvulación del ciego, aunque presenta gran tendencia a la recidiva. Como la devolvulación por enema o colonoscopia sólo se consigue en pocos casos y con un riesgo añadido alto de recidiva precoz, la indicación terapéutica inicial consiste generalmente en la cirugía.

Caso clínico: Mujer de 66 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución, con ausencia de tránsito desde hace un día y vómitos. A la exploración presenta un abdomen doloroso y con sensación de masa en flanco derecho. En el TAC se objetiva un vólvulo de ciego con líquido libre por lo que se decide intervención quirúrgica. Se objetiva en una laparoscopia exploradora con 4 trócares, un gran vólvulo de ciego con isquemia y dilatación de asas ID y líquido libre de sufrimiento intestinal. Se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica, con disección del tronco ileoceccocálico, ligadura con endoGIA carga blanca de los vasos, separación de retroperitoneo, descenso del ángulo hepático y apertura de la fascia de Toldt derecha y anastomosis L-L extracorpórea con endoGIA azul. El paciente se fue de alta a los 4 días. AP: colon con cambios isquémicos. A los 3 meses asintomática y vida normal.

Conclusiones: El vólvulo de ciego es una patología urgente que en la mayoría de los casos precisa intervención quirúrgica urgente. La cirugía laparoscópica proporciona menor morbilidad, menor sangrado intraoperatorio, mejora la función pulmonar, menor dolor postoperatorio, menor requerimiento analgésico, más pronta movilización y recuperación de la función intestinal y menor estancia hospitalaria. La indicación de cirugía depende de la viabilidad del intestino al diagnóstico, pudiéndose realizar descompresión endoscópica, detorsión, cecopexia con o sin cecostomía, hemicolectomía derecha con anastomosis primaria o no.

V-097. APENDICITIS PURULENTA RETROCECAL: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO POR PUERTO ÚNICO CON INSTRUMENTAL CONVENCIONAL

L. Lorente Poch, I. Poves Prim, V. Juncà Valdor
y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, 61 Barcelona.

Introducción: La cirugía laparoscópica por puerto único, generalmente umbilical, se está empezando a aplicar en casos seleccionados de colecistectomías. Otros procedimientos como la apendicectomía también se pueden incluir dentro de las intervenciones que se podrían realizar por esta vía. No obstante, las ventajas y beneficios de este abordaje están todavía por demostrar.

Caso clínico: Paciente varón de 17 años que presenta un cuadro clínico de apendicitis aguda. Se decide intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico con puerto único. Se realiza una incisión paraumbilical vertical por la cual se introduce y coloca un dispositivo de puerto único Triport (Olympus). Para la intervención quirúrgica se utiliza un video-laparoscopio integrado con óptica de 30°, dos pinzas de agarre convencionales rectas, electrocoagulación con gancho, porta-agujas recto y endoclips de 5 mm. Se diseña el mesoapéndice con gancho monopolar. Se diseña la arteria apendicular que se liga con clips previamente a su sección. Se libera todo el apéndice hasta su base y se liga la misma con una ligadura de seda 2/0 realizando anudado intracorpóreo. Se extrae la pieza protegida en el dispositivo Triport. El tiempo operatorio total fue de 57 minutos. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dado de alta el 2º día.

Conclusiones: La apendicectomía laparoscópica por puerto único es factible en casos de apendicitis agudas en disposición retrocecal.

V-098. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN URGENCIAS: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDA CONGÉNITA

P. Benito Expósito, E. Ortiz Oshiro, I. Sánchez Egido
y J. Fernández-Represa

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Mostrar la utilidad del abordaje laparoscópico en el algoritmo diagnóstico-terapéutico del abdomen agudo en urgencias.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal difuso, de 10 horas de evolución, de predominio en flanco derecho, no irradiado, acompañado de un vómito de contenido alimentario. No presenta fiebre, el paciente refiere tendencia al estreñimiento durante la última semana con ausencia de emisión de gas las últimas 24 horas. A la exploración el paciente presenta abdomen distendido aunque depresible, doloroso a la palpación de forma difusa con predominio en hemiabdomen derecho, sin defensa muscular. Ruidos hidroaéreos disminuidos. No signos de irritación peritoneal. En la analítica presentaba leucocitosis con importante desviación izquierda. Con la sospecha clínica de apendicitis aguda se decide solicitar prueba de imagen. Se realizó ecografía y posterior TAC de abdomen en el que se evidencia engrosamiento de ileón terminal con líquido libre y marcada dilatación de asas de intestino delgado compatible radiológicamente con ileítis versus obstrucción de intestino delgado. Ante la duda diagnóstica, se decide realizar laparoscopia exploradora de forma urgente.

Resultados: Se realiza abordaje laparoscópico mediante técnica abierta, objetivándose apéndice de características normales y líquido libre de aspecto seroso en fondo de saco de Douglas. Ileón terminal sin alteraciones. A unos 150 cm de válvula ileocecal se observa brida que estrangula asa de yeyuno (20 cm), la cual se encuentra engrosada, con marcada dilatación y aspecto violáceo. Se secciona la brida con apertura de un asa en uno de los extremos que se sutura. Se considera viable el tramo de intestino afectado. Se revisa el resto de la cavidad con lavado de la misma. Se deja drenaje en Douglas. El paciente evoluciona favorablemente, con buena tolerancia y es dado de alta sin incidencias a los 5 días.

Conclusiones: En aquellos casos de abdomen agudo en los que existe una duda diagnóstica razonable, la laparoscopia exploradora urgente ofrece la posibilidad de obtener un diagnóstico de certeza y en el mismo tiempo tratar la patología subyacente.

V-099. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS POSTOPERATORIAS

M. Martínez-Serrano, I. Poves Prim, V. Juncá Valdor,
M.C. Climent Agustín, S. Puig Compañó y L. Grande

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La oclusión intestinal porbridas postoperatorias es una patología frecuente con una prevalencia de hasta el 17%. El tratamiento suele ser conservador en la mayoría de los casos, pero en un considerable grupo de pacientes es necesario el tratamiento quirúrgico. El abordaje laparoscópico en la oclusión intestinal porbridas sigue siendo controvertido dada su supuesta dificultad técnica, reducido campo de trabajo por la distensión de asas, dificultad en exponer adecuadamente el lugar que produce la oclusión y riesgo de lesiones yatrogénicas por manipulación intestinal, por lo cual no es una técnica estandarizada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 64 años, intervenida hacía 27 años vía laparotomía de Pfannenstiel por quistes ováricos, que consultó de urgencias por un cuadro clínico y radiológico de ocho horas de evolución de oclusión

intestinal completa. En la analítica sanguínea presentaba neutrófilia sin leucocitosis. Siguiendo el protocolo establecido en nuestro centro para el tratamiento de la oclusión intestinal por sospecha de bridás se colocó una SNG, se aspiró el estómago y se administraron por la sonda 50 cc de gastrografín. En la Rx de abdomen de control a las 8 horas se constató la presencia del gastrografín aún en estómago por lo que se realizó una TAC abdominal la cual era sugestiva de oclusión intestinal por adherencia única descartando otra patología. Se intervino quirúrgicamente mediante abordaje laparoscópico accediendo a la cavidad con trócar de Hasson umbilical. Previa exploración inicial se colocaron bajo visión directa otros dos trócares de 5 mm en fosa ilíaca y flanco izquierdo. Se objetivó una oclusión intestinal completa causada por una adherencia única la cual provocaba una congestión severa con sufrimiento de unos dos metros de yeyuno-ileón, por torsión del mesenterio. Se procedió a la sección de la adherencia comprobándose posteriormente la total recuperación de la motilidad y coloración del intestino afectado. La paciente presentó un curso postoperatorio sin incidencias, inició ingesta oral el primer día postoperatorio y fue dada de alta el tercer día postoperatorio.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es una alternativa segura y eficaz en casos seleccionados de oclusión intestinal porbridas que requieran tratamiento quirúrgico.

V-100. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE CÁNCER DE SIGMA CON METÁSTASIS HEPÁTICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Grajal Marino¹, A. Holt², A. Pigazzi² y J. García Aguilar²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²City Of Hope Medical Center, Duarte, California (EE.UU.).

Introducción: La cirugía laparoscópica del cáncer de colon comenzó a desarrollarse a partir de 1991, estando actualmente consolidada como primera opción quirúrgica para el cáncer colorrectal en la mayoría de los pacientes. Esto ha supuesto un avance en la recuperación postoperatoria de los pacientes sin disminuir la supervivencia ni aumentar las posibilidades de recidiva. Presento un caso de sigmoidectomía y metastasectomía hepática por vía laparoscópica.

Caso clínico: Mujer de 32 años de origen asiático sin antecedentes de interés que presenta tumoración colónica a 20 cm de margen anal encontrada en estudio por rectorragia. La biopsia mostró que era un adenocarcinoma. En el estudio de extensión no se objetivó extensión local ni a distancia. Durante la intervención quirúrgica por vía laparoscópica objetivándose dos lesiones hepáticas en lóbulo izquierdo sugerentes de metástasis, menores de un centímetro cada una. Se realiza ecografía hepática intraoperatoria, que no revela nuevas imágenes de metástasis. Se decide resección de metástasis hepáticas, con biopsia intraoperatoria de metástasis de adenocarcinoma con márgenes no afectos. Posteriormente se realiza sigmoidectomía laparoscópica con abordaje medial del mesocolon y los vasos y posterior anastomosis con CEA 29. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo la paciente dada de alta al 4º día con buena tolerancia oral.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva en el cáncer colorrectal con metástasis hepáticas se ha mostrado eficaz, habiéndose objetivado en ensayos prospectivos una disminución de la pérdida de sangre durante la cirugía, así como una disminución de la estancia hospitalaria y del tiempo hasta la ingesta oral, pero sin detrimento de la supervivencia o las posibilidades de recidiva local. Este tipo de cirugía requiere de manos expertas en laparoscopia, no estando claro el número de casos necesarios de entrenamiento, aunque la curva de aprendizaje sugiere que es necesario al menos 20 casos intervenidos por cada cirujano.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del cáncer de sigma con metástasis hepáticas resecables es una opción terapéutica aceptable en manos expertas, sin aumentar la morbilidad ni tasa de recidiva y con mejoría en la recuperación del paciente.

V-101. ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON LA MANO

J. Cervera Aldama, I. Martínez Rodríguez, J. Ramos Prada, A. Urigüen Echevarría, M.A. Ulacia Beristain y A. Colina Alonso

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Presentamos un caso y revisamos las indicaciones y resultados de las esplenectomías laparoscópicas asistidas con la mano (Handport) en nuestra serie de 14 casos.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 14 pacientes con procesos hematológicos sometidos a esplenectomía laparoscópica electiva asistida con la mano en nuestro Servicio de Cirugía General del Hospital de Cruces. El 36% de los pacientes (5) fueron mujeres y el 64% varones (9), con una edad media de 49 años (rango = 18 a 75 años). Las indicaciones para la esplenectomía asistida con la mano fueron esplenomegalia y/o enfermedad hematológica maligna. El 35% de los casos habían sido sometidos a cirugía abdominal previa (apendicetomía, colecistectomía...).

Resultados: En sólo un caso hubo necesidad de conversión a cirugía abierta por gran esplenomegalia. Trece de los casos el inicio fue con Handport y el otro caso fue una conversión a Handport de una vía laparoscópica. La dimensión media de los bazos extirpados fue de $15,4 \times 10,6 \times 5,6$ cm, con un peso medio de 594 g, precisando un tiempo medio de 145,5 minutos para completar la intervención. En 5 casos se realizó una cirugía asociada, 4 colecistectomías, una de ellas acompañada de biopsia hepática y una biopsia de implantes peritoneales. En un caso se evidenció un bazo accesorio que fue resecado. La tasa de morbilidad fue de 7% (1 caso), una colección subfrénica resuelta con tratamiento antibiótico. La estancia postoperatoria media fue de 5 días (moda = 3 días).

Conclusiones: La esplenectomía laparoscópica asistida con la mano (Handport) es una opción válida en el tratamiento electivo de pacientes con procesos tumorales esplénicos y en grandes esplenomegalias, con una tasa de complicaciones, en nuestra experiencia, baja.

V-102. DIVERTICULITIS AGUDA. ABSCESO NO ACCESIBLE A DRENAJE PERCUTÁNEO, DRENAJE LAPAROSCÓPICO

M. Pujadas de Palol, L. Falgueras Verdaguer, P. Planellas Gine, A. Martín Grillo, N. Gómez Romeu, D. Julià Bergkvist, F. Olivet Pujol, R. Farrés Coll, J.I. Rodríguez Hermosa y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Introducción: El tratamiento de elección para el estadio Hinchey 2 de la diverticulitis se basa en antibioticoterapia y el drenaje percutáneo de los abscesos mayores de 3 cm o que no evolucionan correctamente con el tratamiento antibiótico. El drenaje percutáneo elimina o reduce el tamaño de los abscesos, disminuyendo así el dolor y la leucocitosis y favoreciendo la resolución del absceso en los días siguientes. En el caso de que los abscesos no estén al alcance de un drenaje percutáneo surge la necesidad de un acceso quirúrgico para solucionar los abscesos, que muchas veces requiere una sigmoidectomía con colostomía terminal, intervención de Hartmann. Con la aparición de la laparoscopia, tenemos un acceso quirúrgico que nos permite la evacuación de los abscesos y dejar drenajes abdominales sin necesidad de acabar con una sigmoidectomía.

tomía con colostomía terminal, intervención de Hartmann. Con la aparición de la laparoscopia, tenemos un acceso quirúrgico que nos permite la evacuación de los abscesos y dejar drenajes abdominales sin necesidad de acabar con una sigmoidectomía.

Caso clínico: Paciente de 47 años con antecedente de fractura de pierna izquierda y injerto en mano izquierda por pérdida de substancia en el mismo accidente. No refiere ningún tratamiento médico. Fue intervenido en un hospital comarcal (Hospital de Olot) por un cuadro de dolor abdominal compatible con apendicitis aguda. Presentando en el postoperatorio fiebre de hasta 39°C que fue tratada con antibiótico endovenoso durante una semana. Siendo después alta a domicilio. El resultado de la anatomía patológica fue de apéndice cecal sin signos inflamatorios. El paciente consulta a nuestro hospital a los 4 días del alta del hospital de Olot por cuadro de malestar general, dolor en fossa iliaca izquierda, febrícula nocturna y alguna deposición diarreica. En urgencias se pide analítica, Rx y TC abdominal. En la analítica destaca 17.200 leucocitos con 80% de segmentados y PCR de 9. En el TC abdominal se objetivan 2 colecciones hidroáreas retroperitoneales en flanco izquierdo, divertículos en sigma, sin líquido libre. Se inicia tratamiento antibiótico y se intenta el drenaje percutáneo de los abscesos sin éxito debido a la localización de los mismos. Se mantiene el tratamiento antibiótico durante 3 días sin mejoría analítica por lo que se decide intervención quirúrgica laparoscópica para el drenaje de los abscesos. El paciente mejora después de la intervención clínica y analíticamente. Los drenajes persisten purulentos, realizándose TC de control que observa mejoría muy importante de los mismos. El paciente puede ser alta del hospital a los 6 días de la intervención con un drenaje por el que presenta una fistula intestinal controlada.

CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

V-001. LEIOMIOMA DE ESÓFAGO MEDIO: TORACOSCOPIA ROBÓTICA

I. Díez del Val, C. Loureiro González, J.E. Bilbao Axpe, J.R. Cotano Urrutikoetxea, I. Cruz González, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, E. Etxebarria Beitia y M. García Carrillo

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: La cirugía robótica permite la realización de procedimientos complejos en campos profundos, aportando una imagen tridimensional más estable y facilitando el desempeño de gestos quirúrgicos en ángulos limitados en laparoscopia pura, gracias a la versatilidad del instrumental. Su principal limitación radica en la ausencia de sensación táctil, de tal modo que la presión ejercida sobre los tejidos o el material de sutura viene más bien dada por las características de cada pinza que por la sensación del cirujano. Además, las intervenciones resultan más largas por la conexión de los elementos, el enfundado de los brazos, el calibrado de las ópticas, el ensamblaje del sistema, la monitorización anestésica, etc. Por su parte, la toracoscopia derecha en prono permite una mejor exposición del esófago, con una apertura de los planos facilitada por el propio peso del pulmón. Aunque habitualmente se realiza con tres trócares, en cirugía robótica se utilizan 4.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 64 años que presenta una tumoración bilobulada en esófago medio de 5×3 cm, entre

26 y 30 cm de arcada dentaria, sugestiva de leiomioma, y confirmada mediante Anatomía Patológica. A pesar del hallazgo casual y de la escasez de síntomas, se propone extirpación quirúrgica debido al tamaño de la tumoración. Tras realizar intubación selectiva que permita el colapso del pulmón derecho, se coloca al paciente en decúbito prono y se introduce la óptica de 30° tomando como referencia la punta de la escápula, y los dos trócares de 8 mm para los brazos del robot dos espacios por encima y dos por debajo, algo posteriores respecto a la óptica, para permitir una triangulación adecuada. Un cuarto trócar de 12 mm, más declive y en línea axilar posterior-media, en el lugar que ocupará posteriormente el drenaje pleural, es utilizado por el asistente. Una vez localizada la lesión y sin necesidad de seccionar la vena áigos, se realiza una miotomía longitudinal, se procede a enuclear la doble tumoración sin lesionar la mucosa y se sutura el plano muscular de forma simple, gracias a la angulación que el instrumental robótico permite. El postoperatorio cursó sin incidencias, con alta hospitalaria (sin drenaje) a los 5 días.

Discusión: La cirugía robótica resulta ideal para la realización de la leiomiomtomía toracoscópica que se muestra en el vídeo, por tratarse de un campo reducido, con movimientos precisos y suturas que precisan una angulación importante. La ausencia de tacto debe compensarse por la calidad de la imagen.

V-002. ACALASIA TRAS VAGOTOMÍA TRONCULAR Y GASTROYEYUNOSTOMÍA ABIERTA: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

I. Díez del Val, C. Loureiro González, J.E. Bilbao Axpe, J.R. Cotano Urrutikoetxea, I. Cruz González, S. Leturio Fernández, Ruiz S. Carballo, E. Etxebarria Beitia y M. García Carrillo

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: La cirugía supraumbilical previa, sobre todo si se trata de técnicas complejas y por abordaje abierto, se considera una contraindicación relativa para la cirugía laparoscópica, por lo que exige experiencia en laparoscopia avanzada y en el procedimiento en cuestión y un umbral de conversión bajo. Presentamos una miotomía de Heller más un antirreflujo tipo Dor por laparoscopia en un paciente sometido 20 años antes a vagotomía troncular y gastroyeyunostomía abiertas, así como a varias dilataciones neumáticas, últimamente inefectivas, con una pérdida de peso de 15 kg en los últimos meses por intolerancia alimentaria debida a acalasia evolucionada.

Material y métodos: El vídeo muestra el tránsito digestivo alto con un esófago muy dilatado, restos alimentarios y la gastroyeyunostomía previa. Se procede a la liberación de adherencias epiploparietales antes de poder introducir todos los trócares, continuando con las adherencias gastro-hepáticas. Tras una disección hiatal dificultosa, se procede a realizar la miotomía, durante la cual se produce la apertura accidental de la mucosa esofágica, que precisa puntos de sutura. El procedimiento se completa mediante un antirreflujo anterior tipo Dor, que fija el fundus a la miotomía y los pilares y cubre la mucosa esofágica expuesta. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias y 9 meses después el paciente se encuentra asintomático, tolerando dieta normal y sin precisar inhibidores de la bomba de protones.

Discusión: La realización de técnicas quirúrgicas complejas por vía laparoscópica es factible incluso sobre terrenos sometidos a cirugía abierta previa, si bien resulta más larga y difícil, con mayor riesgo de complicaciones y debe ser realizada por cirujanos experimentados.

V-003. TRATAMIENTO DE LA ACALASIA: MIOTOMÍA ROBÓTICA DE HELLER MÁS ANTIRREFLUJO TIPO DOR

I. Díez del Val, C. Loureiro González, J.E. Bilbao Axpe, J.R. Cotano Urrutikoetxea, I. Cruz González, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, E. Etxebarria Beitia y M. García Carrillo

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: La cirugía de la acalasia se cita a menudo como modelo de técnica que puede beneficiarse de las ventajas de la robótica: el campo quirúrgico es profundo, se limita a un solo cuadrante dentro del abdomen, ofrece planos de disección minuciosa aptos para la visión tridimensional magnificada y precisa suturas complejas. Puede añadirse que no hay suturas mecánicas durante el procedimiento y que no se precisa un gran intercambio de instrumentos a lo largo de la intervención, de modo que puede utilizarse un instrumento de disección en la mano izquierda y cauterio y porta en la derecha. Presentamos la técnica quirúrgica estandarizada de la acalasia con el soporte robótico Da Vinci.

Caso clínico: La colocación de los trócares sigue la disposición habitual de la cirugía robótica del hiato esofágico, con los brazos del robot, para ambas manos del cirujano, en posición paraumbilical derecha y subcostal izquierda, algo diferente de la laparoscopia clásica, teniendo en cuenta que los instrumentos entran en el abdomen sin realizar movimientos curvos, y debe evitarse el ligamento redondo. En el caso que presentamos existe además una pequeña hernia de hiato por deslizamiento, por lo que se procede a disección hiatal para realizar posteriormente un cierre de pilares. La miotomía se realiza utilizando hook y cauterio, des cruzando el nervio vago anterior y extendiéndose unos 6 cm proximalmente y 1-2 cm distalmente a la unión esófago-gástrica. La endoscopia intraoperatoria objetiva un cardias permanentemente abierto, signo inequívoco de que la extensión de la miotomía es suficiente en su parte distal. Un antirreflujo tipo Dor completa el procedimiento. Se realiza con sutura irreabsorbible, fijando el fundus a los márgenes de la miotomía y a los pilares.

Discusión: La cirugía robótica permite una exposición ideal de la unión esófago-gástrica y garantiza la realización de la técnica quirúrgica de la acalasia en condiciones de seguridad.

V-004. REFUNDUPPLICATURA ROBÓTICA POR NISSEN DESLIZADO

I. Díez del Val, C. Loureiro González, J.E. Bilbao Axpe, J.R. Cotano Urrutikoetxea, I. Cruz González, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, M. García Carrillo y E. Etxebarria Beitia

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Las reintervenciones sobre el hiato esofágico por vía laparoscópica son procedimientos complejos, largos, sujetos a complicaciones potenciales y que precisan de cirujanos expertos con un umbral de conversión bajo. Las adherencias múltiples y la pérdida de las referencias habituales, junto a la necesidad de revertir el montaje previo, hacen de esta cirugía un reto a la habilidad, a la prudencia y al sentido común. La cirugía robótica, con la importante mejora en la calidad de la imagen y la precisión de sus movimientos, puede contribuir a llevar a buen término este tipo de procedimientos. Presentamos la técnica quirúrgica realizada sobre una paciente con fracaso de una funduplicatura laparoscópica previa.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 47 años de edad sometida 18 meses antes a una funduplicatura de Nissen por laparoscopia, con sección de vasos cortos pero sin fijación de la misma a esófago, que presentaba en los últimos meses una clínica mixta constituida

por recidiva del reflujo previo y disfagia progresiva, tolerando solamente alimentación líquida y, esporádicamente, triturada. El tránsito esófago-gastro-duodenal mostraba reflujo del contraste hacia esófago y una funduplicatura en posición baja respecto a la unión esófago-gástrica (Nissen deslizado). Mediante cinco trócares, dos de ellos y la cámara adaptados al robot, se procede a la liberación progresiva de adherencias peri-hiatales, identificando no sin dificultad el hiato, ambos pilares y el esófago. Tras pasar un drenaje tipo Penrose a la unión esófago-gástrica, se libera la curvatura mayor, se deshace completamente la funduplicatura y se abdominaliza el esófago distal, en un proceso de "restitutio ad integrum" que nos parece, al igual que a otros autores, aconsejable en este tipo de intervención. Tras verificar la hemostasia y la estanqueidad, se procede al cierre calibrado de pilares y a construir una funduplicatura holgada, corta y fijada a esófago. El postoperatorio cursó sin incidencias y la paciente fue dada de alta a los 3 días.

Discusión: Para minimizar el riesgo de fracaso de la cirugía primaria, nos parece importante una selección adecuada de los pacientes, así como respetar los principios básicos de la técnica anti-reflujo, incluyendo la abdominalización del esófago distal y la fijación de la corbata al esófago. En caso de fracaso de la cirugía antirreflujo, la cirugía robótica puede representar una vía ideal de tratamiento.

V-005. LESIÓN VASCULAR DURANTE LA FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA CON HIATOPLASTIA PROTÉSICA

O. Cano-Valderrama, I. Domínguez-Serrano, E. Sánchez, N. Cervantes, C. Ferrigni, P. Talavera, E. Pérez-Aguirre, A. Sánchez-Pernaute y A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La funduplicatura laparoscópica, con o sin hiato-plastia protésica, es hoy día una técnica muy segura, con pocas complicaciones intra o postoperatorias. Presentamos un caso de hemorragia intraoperatoria durante la reparación del hiato esofágico como caso inusual pero que puede tener una gran trascendencia.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 75 años de edad, con historia de enteritis rácica y pendiente de cirugía por cuadros oclusivos. En el estudio preoperatorio se detecta la presencia de una gran hernia de hiato; se realiza esofagograma donde se objetiva la presencia de una hernia tipo III y no se puede completar el estudio funcional debido a la imposibilidad de colocar las sondas. Se decide cirugía combinada comenzando por el abordaje de la hernia de hiato. Se practica laparoscopia con 5 puertos de entrada. Se diseña con bisturí armónico la curvatura mayor gástrica en su porción fúndica y subcardial y abre la membrana frenoesofágica. Se realiza apertura del epíplón menor y disección de pilar derecho del diafragma. Se libera en el mediastino inferior el estómago herniado y se diseña el esófago distal que se rodea con una cinta de tracción y se devuelve a la cavidad abdominal en longitud suficiente. Se cierran los pilares del diafragma con puntos sueltos de Ethibond 0. Dado el tamaño de la hernia y según nuestro criterio y protocolo se decide reforzar el cierre diafragmático con una malla de polipropileno y silicona (MicroVal®). Se introduce la malla plegada y se coloca rodeando el esófago y se sutura el primer punto de anclaje a los pilares del diafragma. Se continúa con el adosamiento con puntos de la malla al diafragma en sentido horario. Tras la aplicación del cuarto punto de anclaje a las 5 horas, se comprueba la salida de abundante sangre roja brillante a través del hiato. Tras descartar hemorragia esplénica o de vasos frénicos se cortan los puntos de la malla y se explora el mediastino inferior comprobando la presencia de un punto de sutura con entrada y salida en la pared de la aorta descendente como causa de la hemorragia. Se retira el punto, y se comprueba

como cede completamente el sangrado. Se reanuda y completa la fijación de la malla y se realiza una funduplicatura posterior de 360° tipo Nissen holgada, calibrada con una bujía de Maloney de 60 French. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y a los 6 meses la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: Es excepcional la lesión vascular severa en la cirugía laparoscópica del hiato, pero es una posibilidad a tener en cuenta, principalmente en pacientes ancianos, con diafragma adelgazado y aorta sinuosa o incluso aneurismática. Tras descartar las fuentes más frecuentes de hemorragia (vasos cortos, bazo, vasos frénicos), es obligada en una situación similar la exploración del mediastino inferior. Ante una lesión por un punto de sutura de un vaso arterial de gran calibre, la retirada del punto es suficiente tratamiento.

V-006. GASTROPEXIA LAPAROSCÓPICA DE TANNER EN UN VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO

J.R. Torres Bermúdez, S.R. del Valle Ruiz, J. López Espejo, G. Sánchez de la Villa, F. González, R. Nehme, B. Abellán Rosique, J.L. Martín, A.A. Carrillo, M. Montoya Tabares y E. García Abril

Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Objetivos: El volvulo gástrico es una entidad poco frecuente definida como una rotación anormal del estómago de más de 180°. Históricamente, su mortalidad ronda el 30-50% debido a la estrangulación con la consiguiente necrosis y perforación. El tratamiento es la intervención quirúrgica de urgencia. Nuestro objetivo es demostrar la efectividad del tratamiento laparoscópico en un paciente con un volvulo gástrico agudo tipo mesentérico axial asociado a una hernia paraesofágica gigante.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 82 años que acude a urgencias con dolor torácico y abdominal superior intenso asociado a un compromiso cardiorrespiratorio y distensión abdominal. La clásica tríada de Borchardt consistente en dolor, náuseas sin poder vomitar y la imposibilidad de pasar la sonda nasogástrica hacia el estómago hizo más fácil el diagnóstico. En la radiografía de tórax en posición errecta se apreciaron 2 niveles hidroaéreos con el antró situado superior al fundus gástrico, mientras que la simple de abdomen en posición supina mostró una imagen esférica del estómago y la sonda nasogástrica dobrada en el esófago sin pasar al estómago, siendo estos hallazgos típicos de la variante mesentericoaxial.

Resultados: El paciente se opera de urgencia. Se coloca en posición de Lloyd-Davies modificada y se insufla el neumoperitoneo que se mantiene siempre por debajo de 12 mmHg previniendo el compromiso respiratorio a la vez que facilita la reducción del estómago desde el mediastino. Se introduce un trócar de 10 mm para la óptica de 30° a 1 cm infraumbilical. Un trócar de 5 mm y otro de 10 mm se introducen en la línea media clavicular en ambos lados para los instrumentos del cirujano. Otros dos trócares de 5 mm en las líneas axilares anteriores de ambos lados, uno para el retractor hepático y otro para la contrarreacción del ayudante. Una vez confirmado el diagnóstico, se comienza a reducir gentilmente el estómago sin tracción excesiva. Luego se diseña el hiato esofágico seccionando la pars flaccida y la membrana frenoesofágica. El saco herniario es diseccionado, resecado y extraído más tarde en una bolsa. Ambas ramas del pilar derecho del diafragma se aproximan con tres puntos de seda 2/0 posteriores al esófago y uno anterior para evitar la excesiva angulación del mismo. No se efectúa proceder antirreflujo al no presentar síntomas el paciente. Se realiza una gastropexia tipo Tanner a la pared anterior del abdomen con 4 suturas de seda 2/0 para fijar la curvatura mayor y otras dos para la curvatura menor. No hubo ninguna complicación intra ni postoperatoria. En el segundo día postoperatorio se retiró la sonda y se restableció la

vía oral tras comprobación del tránsito con gastrografín siendo dado de alta al cuarto día de la intervención.

Conclusiones: El acceso laparoscópico puede ser adecuado en el tratamiento del vólvulo gástrico agudo en ausencia de peritonitis o inestabilidad hemodinámica con disminución potencial de la morbilidad postoperatoria al evitar una laparotomía supraumbilical.

V-007. MIOTOMÍA EXTRAMUCOSA ROBÓTICA “DA VINCI” COMO TRATAMIENTO DE LA ACHALASIA

C. Martínez Blázquez, J.M. Vitorres López, V. Sierra Esteban, G. Martínez de Aragón Remírez de Esparza, J. Valencia Cortejoso y J. Basrutia Leonardo

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: Una de las opciones terapéuticas de la achalasia es la miotomía extramucosa. En la actualidad dicha técnica veníamos realizándola por vía laparoscópica. La utilización de nuevas herramientas como el robot “Da Vinci” pudiera aportar en ocasiones alguna ventaja.

Caso clínico: Paciente mujer de 49 años de edad, con una historia de disfagia de años de evolución, sin otros antecedentes patológicos de interés. Aportaba una gastroscopia que objetivaba espasmos esofágicos y atrofia de mucosa gástrica astral, con una biopsia de gastritis crónica activa. Una manometría esofágica con aperistalsis del cuerpo esofágico y un esofagograma compatible con el diagnóstico de achalasia. La paciente fue intervenida en noviembre de 2009, realizándose una miotomía extramucosa con una funduplicatura anterior asociada, todo ello utilizando el robot “Da Vinci”, como se puede ver en el vídeo adjunto.

Resultados: Tanto la técnica como el tiempo quirúrgico fueron superponibles a la técnica laparoscópica que veníamos realizando habitualmente. El postoperatorio transcurrió sin incidentes reseñables, siendo dada de alta al sexto día postoperatorio. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, siguiendo controles periódicos en consultas externas.

Conclusiones: El robot “Da Vinci” es una herramienta más en el tratamiento quirúrgico de la achalasia. Con el adecuado aprendizaje la miotomía extramucosa y funduplicatura anterior son factibles y seguras, siendo los resultados en principio similares a los obtenidos con el abordaje laparoscópico.

V-008. LAPAROSCOPIA TRANSHIATAL COMO TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO

C. Jiménez Mazure, J. Moreno Ruiz, A. Rodríguez Cañete, M. Valle Carbajo, R.M. Becerra Ortiz, A. Titos García, A. Álvarez Alcalde, N. Marín Camero, I. Pulido Roa y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El divertículo epifrénico es una patología del tercio distal de esófago poco frecuente, que rara vez requiere tratamiento quirúrgico para el control de los síntomas. En los casos en los que esté indicado cirugía, las técnicas mínimamente invasivas han permitido su exéresis mediante abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Varón de 81 años que presenta clínica de regurgitaciones nocturnas, tos y dolor retroesternal de 6 meses de evolución, con pérdida de 7 kg de peso. El EGD objetiva la presencia de ondas terciarias esofágicas, así como un divertículo en esófago distal que dificulta el paso de contraste. Se realiza endoscopia digestiva alta que confirma la existencia de un gran divertículo esofágico. Se realiza abordaje laparoscópico asistido con endoscopia intraoperatoria. Se accede al esófago distal tras frenotomía anterior y se realiza la diverticulectomía mediante en-

dograpadora y miotomía de 12 cm asociada a técnica antirreflujo tipo Dor. El tiempo total de la cirugía fue de 120 min. El paciente es dado de alta al 3º día postoperatorio. Reingresa a los 10 días por dolor torácico y fiebre en relación a derrame pleural derecho secundario a pequeña fuga de la línea de grapas que requirió drenaje torácico y nutrición parenteral.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico del divertículo epifrénico es factible como alternativa al tratamiento clásico mediante toracotomía. Sin embargo, se asocia a una elevada morbilidad postoperatoria, pese a su realización con técnicas mínimamente invasivas.

V-043. CONFECIÓN DE UNA PLASTIA DE AKIYAMA POR LAPAROSCOPIA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

A. Cabrera Vilanova, F.J. Buils Vilalta, J.J. Sánchez Cano, M. Vives Espelta y E. Baeta Capellera

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva constituye una alternativa a la vía convencional en el tratamiento del cáncer de esófago siempre y cuando se respeten los mismos criterios oncológicos. El objetivo de esta comunicación es mostrar la confección, por laparoscopia, de una plastia tipo Akiyama con linfadenectomía abdominal asociada en un paciente concarcinoma escamoso de tercio distal de esófago.

Caso clínico: Paciente varón de 58 años, fumador, con antecedentes de HTA y EPOC. Es diagnosticado de neoplasia de esófago distal recibiendo QT-RT coadyuvante preoperatoria. Tras buena respuesta, es intervenido mediante abordaje laparoscópico inicial, a través de 5 trocares. La revisión sistemática de la cavidad peritoneal resultó negativa para metástasis. Se llevó a cabo una disección ganglionar y confección de la plastia de Akiyama. Posteriormente se realiza toracotomía derecha para ascenso transhiatal de la pieza, disección de la cadena ganglionar mediastínica y anastomosis termino-terminal.

Resultados: El tiempo operatorio total fue de 230' (160' tiempo abdominal). El paciente no presentó complicaciones postoperatorias inmediatas. La evolución posterior fue favorable, tolerando dieta desde el 6º día postoperatorio. El 10º día postoperatorio presentó un episodio de bacteriemia secundario a infección de catéter, que evolucionó correctamente tras el tratamiento antibiótico endovenoso, por lo que fue dado de alta a los 20 días.

Conclusiones: El avance de las técnicas mínimamente invasivas puede suponer un cambio en tratamiento del cáncer de esófago. Existen diversas opciones desde cirugía endoscópica pura (laparoscopia + toracoscopia + cervicotomía) o con diferentes combinaciones. En nuestro servicio optamos por una técnica de Ivor-Lewis modificada. Un abordaje laparoscópico para la disección transhiatal del esófago, disección ganglionar y confección de la plastia de Akiyama, combinado con toracotomía. Preferimos la anastomosis intratorácica por su menor morbilidad a medio y largo plazo.

V-044. INJERTO YEYUNAL LIBRE REVASCULARIZADO EN TUMOR DE HIPOFARINGE Y ESÓFAGO CERVICAL. AUTOTRASPLANTE INTESTINAL

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

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de los tumores de hipofaringe y determinados tumores de esófago cervical representa

un importante reto quirúrgico. Este reto viene condicionado no solo por la resección quirúrgica a efectuar sino fundamentalmente por la dificultad que supone la reconstrucción del tránsito digestivo. De todas las técnicas quirúrgicas descritas, la sustitución del esófago cervical por un injerto yeyunal libre revascularizado representa la técnica de elección en términos de funcionalidad y estética.

Caso clínico: El video presentado, refleja la técnica quirúrgica utilizada en una paciente de 63 años afecta de carcinoma de hipofaringe a la que se le efectuó una esófago-faringo-laringuectomía total con disección modificada cervical y traqueoesotoma definitivo. La reconstrucción del tracto digestivo se realizó mediante la utilización de un injerto yeyunal libre revascularizado con técnica microquirúrgica a la arteria tiroidea inferior y vena yugular.

V-045. ILEOCOLOPLASTIA DERECHA “SUPERCHARGED”: UNA ALTERNATIVA EN LA RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA

F. Estremiana García, M. Miró Martín,
A. López Ojeda, H. Aranda Danso,
C. Higueras Sune, C. Bettónica Larraaga,
L. Farran Teixidor y J.M. Viñals Viñals

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La reconstrucción esofágica en un segundo tiempo es un proceso complejo que, en algunos casos, precisa de técnicas de revascularización o acondicionamiento de la plastia. Para el abordaje de este problema, nuestro grupo ha implementado la ileocoloplastia “supercharged” desde enero del 2007.

Objetivos: Mostrar a través de un video, la técnica quirúrgica de la ileocoloplastia “supercharged”, y la experiencia que tiene nuestro grupo en dicha técnica. Desde enero del 2007 a diciembre del 2009 hemos realizado en nuestro centro 14 reconstrucciones esofágicas diferidas, de las cuales, 4 han sido mediante la técnica de ileocoloplastia “supercharged”.

Caso clínico: Paciente de 56 años ingresada en junio del 2008 en otro centro por ingestión de cáustico con intención autolítica, siendo alta a los 20 días después de tratamiento conservador. Reingresa a los 5 días por hemorragia digestiva alta masiva que obliga a intervención quirúrgica urgente, realizándose gastrectomía total, drenaje del esófago intraabdominal con sonda Nelaton y yeyunostomía de alimentación. En la evolución posterior presenta cierre espontáneo de la fistula esofagocutánea y estenosis cáustica del esófago cervical a 18 centímetros de la arcada dentaria. En noviembre de 2009 se realiza ileocoloplastia “supercharged” con anastomosis esofagoileal latero-lateral.

Resultados: A los 7 días se confirma mediante tránsito digestivo la ausencia de dehiscencia esofagoileal y el correcto funcionamiento de la plastia. Posteriormente al día 13 postquirúrgico se manifiesta fistula esofagoileal de muy bajo débito que cierra de manera conservadora en 5 días con tránsito posterior correcto. La paciente fue dada de alta a los 28 días presentando en la actualidad una correcta tolerancia a la dieta oral.

Conclusiones: La ileocoloplastia “supercharged” es una técnica compleja con una importante morbilidad y que debe reservarse para pacientes con segmentos esofágicos cortos. Una de las maneras para facilitar la reconstrucción esofágica diferida es una excelente planificación técnica en el momento de la desconexión. El escaso número de casos y la elevada complejidad de estos procesos limita el número de centros que pueda llevar a cabo esta técnica quirúrgica.

V-046. ESOFAGETOMÍA TRANSHIATAL CON ASCENSO GÁSTRICO COMPLETAMENTE LAPAROSCÓPICO

A. Mondragón Sánchez, G. Berrones Stringel,
M.A. Benítez Pérez, C.A. García Fuentes,
I. Vázquez Bailón y J.P. Pérez Martínez

Centro Médico ISSEMMY, Toluca.

Objetivos: La esofagectomía tiene diferentes indicaciones, la mortalidad asociada a este procedimiento es del 8 al 23 %, así como una morbilidad del 35 al 50 % en algunos estudios. La esofagectomía laparoscópica transhiatal ofrece grandes ventajas, así como una menor morbitmortalidad, presentamos el caso de un paciente operado exitosamente con esta técnica quirúrgica.

Caso clínico: Describimos el caso de un paciente masculino de 17 años de edad, con antecedente de estenosis esofágica por ingestión de cáusticos, con perforación esofágica secundaria a dilatación endoscópica. Por lo que se realiza de urgencia esofagostomía terminal con yeyunostomía tipo Withzel, se programa para un segundo tiempo quirúrgico, donde se realiza esofagectomía transhiatal con ascenso gástrico completamente laparoscópico. Se realiza tiempo abdominal y transhiatal por laparoscopia, disección del hiato, identificación de la arcada gastroepiploica derecha, sección de vasos cortos y gástrica izquierda, maniobra amplia de Kocher, vagotomía troncular, disección de esófago mediastinal con preservación de la vena ácigos. Tiempo cervical, disección de tercio superior del esófago y tracción a través del hiato a cavidad abdominal. Construcción del tubo gástrico, sección del esófago, ascenso gástrico por lecho esofágico y anastomosis esofagogastrica laterolateral con enrapadora.

Resultados: El paciente inició dieta vía oral al 3er día posquirúrgico posterior a la realización de un esofagograma en donde se evidencia adecuado paso de medio de contraste sin observarse fugas del mismo. Evolucionó favorablemente egresándose al 4º día posquirúrgicos.

Conclusiones: La esofagectomía de mínima invasión ha mostrado una menor morbilidad al procedimiento abierto. En el caso reportado no se presentaron complicaciones posoperatorias.

V-047. SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO VASCULAR ABDOMINAL MÚLTIPLE

M. Corcóstegui Pardo, B. Estraviz Mateos,
R. Maniega Alba, A. Martínez Roldán, I. Aguirre Oloriz,
E. Jiménez Jiménez y J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Introducción: Los síndromes de atrapamiento vascular abdominal son entidades poco frecuentes, que sin embargo ocasionan importante sintomatología en pacientes jóvenes con un importante detrimiento de su calidad de vida. El síndrome de Dunbar se produce por la compresión del tronco celíaco (TC) a nivel de su salida de la aorta por el ligamento arcuato del diafragma. El Síndrome de Wilkie o de la pinza aorto-mesentérica, se caractériza por la compresión extrínseca de la 3ª porción duodenal entre la arteria mesentérica superior (AMS) anteriormente y por la aorta y la columna posteriormente. Esta última entidad puede originar secundariamente en algunos pacientes el denominado síndrome del Nutcracker por la compresión de la vena renal izda (VRI) por la AMS, pudiendo producir clínica urológica. Presentamos el caso de un paciente que consulta por dolor abdominal, en el que se asocian estos tres síndromes, describiendo tanto el manejo diagnóstico como terapéutico que fue realizado con éxito por vía laparoscópica.

Caso clínico: Varón de 25 años fumador y consumidor de cannabis, que consultó por episodios recurrentes de dolor epigástrico y vómitos. El dolor cedía en decúbito lateral izquierdo o prono y genupectoral, agravándose en supino. Cada episodio se acompañaba de pérdida ponderal. A la exploración física observamos complejión asténica con un IMC de 18,8 Kg/m². La analítica fue normal. En la gastroscopia se apreciaba una estenosis de la tercera porción duodenal. La TAC objetiva un ángulo de 8° entre la AMS y la aorta, con una distancia aorto-mesentérica de 23 mm con dilatación duodenal preestenótica. También existía una disminución del calibre de la VRI por compresión de la misma entre la aorta y al AMS, siendo el riñón izquierdo normal, todo ello característico del síndrome del Nutcracker. La angio-RM describió además estenosis en el origen del TC con dilatación post-estenótica acentuada con la espiración, lo que sugiere síndrome de Dunbar. La eco-Doppler no muestra datos de hipertensión venosa renal. Con estos diagnósticos se instauró tratamiento con dieta hipercalórica, para intentar incrementar su IMC y de forma secundaria aumentar el ángulo aorto-mesentérico, sin resultado, por lo que se optó por cirugía. El paciente fue intervenido por vía laparoscópica, realizándose disección en el origen del TC, seccionando el ligamento arcuato medio y una duodenoyeyunostomía latero-lateral mecánica a nivel de la tercera porción duodenal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. En el control a los 30 días de la intervención presenta buena tolerancia a dieta, sin dolor o vómitos. En el angio-TAC no existen datos de compresión del TC y se aprecia un adecuado paso de contraste a través del bypass duodenoyeyunal.

Conclusiones: Es importante enfatizar que el diagnóstico de estos síndromes sólo puede llevarse a cabo tras un diagnóstico diferencial exhaustivo de cada paciente que nos permita descartar patologías mucho más frecuentes como las biliopancreáticas o gastroduodenales. El manejo ha de hacerse siempre que sea posible por vía laparoscópica, dados los beneficios de este abordaje.

V-048. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST GÁSTRICO

Y. Mohamed Al-Lal, A. García Marín, J. Monturiol Jalón y J. de Tomás

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Mostrar un vídeo sobre la exéresis laparoscópica de un GIST gástrico de mediano tamaño y discutir sus indicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 64 años, asintomático, en estudio por hemocromatosis, en el que se diagnosticó casualmente una neoplasia localizada en la curvatura menor gástrica de 3 centímetros de diámetro compatible con un GIST. Dada la localización y el tamaño tumoral, se decidió la resección laparoscópica de la lesión. Tc abdominal: tumoración exofítica de 3 cm en curvatura mayor del estómago. Gastroscopia: tumoración submucosa gástrica en cuerpo gástrico. Ecoendoscopia: lesión submucosa gástrica de 2,5 cm sugestiva de GIST. Operación: resección laparoscópica de GIST gástrico. Anatomía patológica: GIST gástrico de bajo riesgo con Ki67 < 10% de 3 cm de diámetro. Evolución: alta a los 5 días. Libre de enfermedad a los 6 meses de la intervención.

Conclusiones: La localización más frecuente de los tumores GIST digestivos es el estómago, donde constituyen el 1-2% de todas las neoplasias. La mayoría de las veces suelen ser asintomáticos, aunque en ocasiones se presentan con un cuadro de hemorragia digestiva, obstrucción intestinal o metástasis a distancia. El diagnóstico suele realizarse con pruebas de imagen como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética, la endoscopia con toma de biopsia, la ecografía endoscópica

y la PET (tomografía por emisión positrón). El análisis inmunohistoquímico suele revelar una positividad para CD117 (c-Kit). Las variables pronósticas más importantes en los GIST son el tamaño, el índice mitótico y la resección quirúrgica completa. Dado el alto potencial maligno de estos tumores, el tratamiento de elección suele ser la resección quirúrgica completa. La exéresis por vía laparoscópica es aceptada en tumores de bajo riesgo, ya que se obtienen buenos resultados oncológicos y ofrece los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

V-029. HEPAPECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA CON RESECCIÓN DE LAS 3 VENAS HEPÁTICAS Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO VENOSO MEDIANTE EVT Y BYPASS VENOVENOSO

J. Figueras, A. Codina-Barreras, S. López-Ben, C. García-Jiménez, B. Pardina-Badía, S. Torres-Bahí, M. Albiol-Quer, L. Falgueras-Verdaguer, E. Castro-Gutiérrez, N. Sargatal Borell y N. Ríos-Márquez

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Introducción: Los tumores que invaden las 3 venas hepáticas se consideran inoperables utilizando las técnicas estándar. La reconstrucción vascular de los grandes vasos precisa de exclusión vascular (EVT) > 60 minutos.

Objetivos: Mostrar la utilidad de la técnica EVT con bypass venovenoso y perfusión hepática hipotérmica.

Caso clínico: Paciente de 48 años que inició síndrome tóxico, pérdida de peso y elevación de CEA > 900. La colonoscopia demostró un adenocarcinoma en el sigma a 35 cm. El TC demostró metástasis hepáticas bilaterales que ocupaban todo el hígado izquierdo y los segmentos VII-VIII con invasión de las 3 venas hepáticas. Se colocó una prótesis de "wall stent" en el colon. Se inició quimioterapia con Folfox + Bevacizumab que se cambió a Folfiri + Bevacizumab debido a neurotoxicidad. Después de 23 ciclos de quimioterapia los niveles de CEA eran normales. El TC demostró esteatosis hepática importante y voluminosas masas tumorales que invadían el hígado izquierdo y los segmentos VII-VIII en contacto con la vena hepática derecha. Se le propuso la realización de una hepatectomía izquierda ampliada a segmentos VIII y VII con resección de la vena hepática derecha.

Resultados: Se introdujo una cánula 14 fr en la vena yugular. Se realizó una incisión en "J". La ecografía demostró invasión de la vena hepática derecha. Se ligó la vena adrenal derecha. Se ligó y seccionó la arteria, vena porta y vía biliar izquierda. Se introdujo una cánula 14 fr en la vena femoral derecha. Se colocó una cánula 14 fr en la vena mesentérica inferior. La vena renal izquierda se seccionó entre grapadoras para obtener un injerto venoso. Se realizó EVT mediante maniobra de Pringle, pinzamiento de la vena Cava infrahepática y suprahepática. Se inició el bypass venovenoso con circulación extracorpórea mediante bomba centrífuga desde la vena femoral y mesentérica inferior a la vena yugular. Se colocó un catéter en la vena porta derecha para perfusión hepática con solución de UW a 4°C. Se seccionaron las venas hepáticas media e izquierda con endograpadora. Se realizó la transección hepática siguiendo la línea de Cantlie y la línea de separación entre segmentos VII-VIII y los segmentos V-VI con

resección de la vena hepática derecha, que se reconstruye con el injerto antólogo de vena renal. Se realizó recalentamiento hepático con solución de Ringer lactado a 36°C, por la misma vena porta derecha. Se realizó reperfusión hepática liberando los "clamps" en sentido inverso y se retiró el bypass. El tiempo de EVT fue de 90', el tiempo de bypass fue de 120'. El estudio histológico demostró 6 metástasis hepáticas con necrosis del 90%. El paciente fue dado de alta a los 15 días sin complicaciones.

Discusión: La presencia de grandes tumores hepáticos y la reconstrucción vascular pueden necesitar la realización de EVT > 60 minutos. La EVT > 60' se puede acompañar de inestabilidad hemodinámica debido a la disminución del retorno venoso que se puede corregir mediante el bypass venovenoso. La isquemia normotérmica > 60' en pacientes con quimioterapia puede desembocar en insuficiencia hepática irreversible que se evitar mediante la preservación hipodérmica.

V-030. HEPATECTOMÍA DERECHA CON LA TÉCNICA DE "TAKASAKI" Y LA "HANGING MANOEUVRE"

J. Figueras, A. Codina-Barreras, S. López-Ben,
M. Albiol-Quer, L. Falgueras-Verdaguer, E. Castro-Gutiérrez,
C. García-Jiménez, B. Pardina-Badía, S. Torres-Bahí,
E. Rovira-Pujol y P. Planellas-Gine

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Introducción: La resección hepática es el tratamiento de elección para la mayoría de tumores malignos y benignos del hígado. No obstante, en las hepatectomías mayores, sigue habiendo discusión sobre el tratamiento de la triada portal (en bloque mediante la técnica de Takasaki o intrahiliar con ligadura separada de la arteria, vena y vía biliar) y los riesgos de la llamada "hanging manoeuvre".

Objetivos: Mostrar las ventajas e inconvenientes del abordaje extraglissoniano del pedículo derecho (técnica de Takasaki) y la "hanging manoeuvre".

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 30 años con obesidad mórbida y esteatosis hepática muy importante y con tumoración heterogénea, hipervasculares en fase arterial con lavado en fase portal y patrón en mosaico en la fase de equilibrio. La tumoración media 12 cm y estaba situada en el lóbulo caudado pre-cava con extensión retro e infrahepática. Las hipótesis diagnósticas eran adenoma hepático complicado o hepatocarcinoma sobre hígado sin hepatitis crónica o cirrosis. Se programó para hepatectomía derecha ampliada al segmento I.

Resultados: Se practicó incisión subcostal y biopsia intraoperatoria de la lesión. Se realizó abordaje extraglissoniano del pedículo derecho. Para la transección de la triada portal derecha se utilizó la técnica de Takasaki y una endograpadora. El túnel entre la vena hepática derecha y media "hanging manoeuvre" se realizó desde la zona suprahepática con una sonda nasogástrica. Para la transección hepática se utilizó el aspirador ultrasónico CUSA y coagulación monopolar irrigada. La sección de la vena hepática derecha se realizó al final de la intervención. No se utilizó pinzamiento hilar y el paciente no se transfundió. El estudio histológico demostró Adenoma gigante con fenómenos de necrosis.

Discusión: No se realizó biopsia preoperatoria para evitar la implantación de células tumorales en el trayecto. La técnica de Takasaki permite abordar selectivamente el pedículo derecho o izquierdo para el pinzamiento selectivo o sección en bloque. La técnica de Takasaki evita la lesión incidental de la vía biliar contralateral y obviar las variaciones anatómicas vasculares. La utilización de la "hanging manoeuvre" facilita la transección sin movilización del lóbulo hepático derecho, que es muy útil en grandes tumores hepáticos derechos o en pacientes muy obesos. También se ha descrito que presenta ventajas oncológicas.

V-031. HEPATECTOMÍA CENTRAL I, IV, V Y VIII POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL, INICIALMENTE IRRESEABLES POR INVASIÓN DE LAS 3 VENAS SUPRAHEPÁTICAS, CON BUENA RESPUESTA TRAS TRATAMIENTO SECUENCIAL INVERTIDO CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa,
D. Navas, E. Gil, A. González y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Aproximadamente el 80% de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR) son inoperables. Con los nuevos quimioterápicos se obtienen respuestas positivas entre el 60-80%, haciendo resecables un porcentaje importante de pacientes. La invasión vascular obliga a realizar resecciones vasculares extremas, aunque a veces no es posible realizar ningún tipo de tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Presentar una paciente, con larga supervivencia, que debutó con MHCCR sincrónicas que invadían las 3 venas suprahepáticas, disminuyendo su tamaño con quimioterapia neoadyuvante pudiéndose conservar la vena hepática derecha e izquierda con biopsia intraoperatoria de las paredes de estas venas negativas para malignidad.

Caso clínico: Mujer de 52 años, diagnosticada de adenocarcinoma de sigma, con metástasis hepáticas sincrónicas de gran tamaño que engloban las 3 venas suprahepáticas. En la analítica presenta un CEA de 99 y Ca 19.9 de 2.700. En el TAC se observa gran metástasis hepática en SIV-VIII y VII en contacto con la VSH derecha e izquierda y engloba la VSH media. Se inicia QMT neoadyuvante, recibiendo once ciclos de 5FU y CPT11, con respuesta favorable, normalización de marcadores tumorales y disminución del tamaño de la lesión. Se decide tratamiento secuencial invertido, y se interviene primero del hígado. En el acto operatorio se objetiva metástasis central, que infiltra VSH media y en íntimo contacto con VSH derecha e izquierda. Se realiza hepatectomía central (I-IV-V-VIII), independizando VSH izquierda y pedículo hepático izquierdo, disección de vena cava inferior. Por el lado derecho, se realiza la sección de los segmentos V y VIII, con oclusión hilar selectiva derecha de 9 minutos. Se toman biopsias intraoperatorias de la pared venosa de suprahepática derecha e izquierda no detectando malignidad. Se instaura de nuevo tratamiento con QMT adyuvante y se realiza sigmoidectomía a los 9 meses de la cirugía hepática. Ambos postoperatorios cursaron favorablemente, estando libre de enfermedad a los 48 meses de la intervención con colonoscopia, TAC y marcadores normales.

Conclusiones: La neoadyuvancia permite el rescate de pacientes inoperables, y la invasión vascular con biopsias negativas para malignidad nos permite conservar venas de drenaje con buenos resultados.

V-032. RESECCIÓN COMBINADA HEPÁTICA Y DE VENA CAVA INFERIOR CON INJERTO DE GORETEX SUSTITUTIVO EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS DEL CARCINOMA COLORRECTAL

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa,
E. Romera, I. Abellán, A. González, J. Fernández y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La resección de las metástasis hepáticas del carcinoma colorrectal (MHCCR) es el único tratamiento potencialmente curativo, puesto que la respuesta a la quimioterapia es limitada y rara vez completa. Los avances en el tratamiento multidisciplinario de las MHCCR, incluida la quimioterapia

neoadyuvante, embolización portal preoperatoria y el two-stage, han ido enfocados a conseguir la resecabilidad. La infiltración de la vena cava inferior (VCI) ha sido tradicionalmente una contraindicación para la cirugía debido al alto riesgo quirúrgico y al mal pronóstico asociado, ofreciéndose a estos pacientes la quimioterapia con carácter paliativo como única opción. En la actualidad, los tratamientos neoadyuvantes, la experiencia aportada por el trasplante hepático, las técnicas de exclusión con o sin bypass venovenoso, con o sin perfusión in situ o ex situ, y el desarrollo de las prótesis vasculares ha permitido ampliar las indicaciones de cirugía a estos pacientes.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente con MHCCR con invasión de VCI tratada mediante resección y sustitución por prótesis de goretex.

Caso clínico: Mujer, 54 años sin antecedentes personales de interés. Se diagnostica en octubre de 2008 de un cáncer de sigma con metástasis hepáticas sincrónicas (una de 2 cm en segmento IV y otra de 9 cm entre los segmentos V-VI-VII y VIII con signos de invasión de VSH derecha y de la VCI y a 1 cm de la VSH media). El CEA es de 17 ng/ml y el PET-TAC confirma las lesiones con un suv de 5. Se inicia QMT neoadyuvante con Folfiri + Avastin hasta el 31-3-2010 × 11 ciclos. El CEA se normaliza (2,1) y en un nuevo TC se demuestra disminución de tamaño de las lesiones (la mayor de 6,5 cm) y en el PET las lesiones están completamente desvitalizadas. Dado que persiste captación en el tumor de sigma, se decide intervenir en un primer tiempo el tumor primario, realizando sigmoidectomía el 29/05/2009 (AP: adenocarcinoma bien-moderadamente diferenciado T3N1). El 27/07/09 se interviene mediante laparotomía subcostal bilateral realizando bipartición hepática con "hanging maneuver" sin oclusión hasta llegar a la lesión. Se realiza hepatectomía derecha con resección del caudado y resección de la VCI y de la suprarrenal derecha, con oclusión hemihepática derecha oclusión hilar derecha. Se coloca una prótesis de goretex de 20 mm, con sólo exclusión de VCI, sin bypass venovenoso. La anatomía patológica informó de MHCCR con invasión vascular, neural y de glándula suprarrenal. Durante el postoperatorio la función hepática mejora de forma progresiva, con descenso de las transaminasas (GOT 84, GPT 64 al alta) y normalización de la actividad de protrombina (100% al alta). Ante la evolución favorable, se decide alta hospitalaria al 41 día postoperatorio.

Conclusiones: En centros especializados en cirugía hepática y trasplante, la resección combinada hepática y de VCI o de venas suprahepáticas, en MHCCR, debe ser considerada en pacientes seleccionados, con una morbimortalidad aceptable, siempre que exista respuesta a la quimioterapia neoadyuvante.

V-033. HEPATECTOMÍA DERECHA POR VÍA ANTERIOR CON RESECCIÓN VASCULAR POR HEPATOCARCINOMA GIGANTE ASOCIADO A TROMBOSIS PORTAL

A. Colón Rodríguez¹, E. Mercader Cidoncha¹, E. Ramón Botella¹, J.B. Seoane González², A. Muñoz-Calero Peregrín¹ y J.M. Tellado Rodríguez¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

²Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) o hepatocarcinoma es el quinto tumor en prevalencia a nivel mundial y el cuarto en cuanto a número de muertes. Tan sólo un 10% asientan sobre un hígado sin enfermedad basal. Estos casos son más frecuentes en pacientes jóvenes y su pronóstico viene marcado por el tipo histológico y el estadio tumoral. La cirugía es el único tratamiento con intención curativa.

Caso clínico: Paciente de 30 años que consulta por dolor torácico en centro primario. Es derivado a nuestro hospital tras detec-

tar una tumoración gigante en hipocondrio derecho sin clara órgano-dependencia. En el estudio de extensión (TC trifásico cráneo-caudal con reconstrucción 3D) se aprecia: (1) una masa hepática derecha hipervascular (16 cm de diámetro) compatible con CHC que muestra crecimiento extracapsular (invasión de la región adrenal derecha y trombosis portal derecha desde la tumoración hasta la bifurcación de la vena porta común); (2) desplazamiento extremo, sin obliteración de la vena suprahepática media; (3) hipertrofia compensadora izquierda con volumetría de 1.800 cc; (4) compresión vena cava retrohepática extensa (> 50% perímetro, > 6 cm); (5) no masas extra-abdominales. Una gammagrafía ósea con 99mTc-HMDP no demostró depósitos patológicos. El estudio etiológico de hepatopatía fue negativo. La técnica quirúrgica planificada fue: 1) trombectomía y resección portal con reanastomosis termino-terminal porta común-porta izquierda; 2) hepatectomía derecha vía anterior con endograpadoras ayudada sobre una "hanging maneuver"; 3) adrenalectomía derecha; 4) tumorectomías con margen de 0,5 cm en dos lesiones centimétricas del hígado remanente detectadas incidentalmente con ecografía intra-operatoria. Alta hospitalaria al 14º día de la intervención con heparinización. El estudio anatomo-patológico fue informado como: 1) hepatocarcinoma (focalmente variedad fibrolamellar) de bajo grado de madurez con invasión de los vasos venosos intrahepáticos de gran calibre; 2) trombo portal de origen neoplásico; 3) adenopatías aisladas reactivas; 4) tumorectomías sin infiltración tumoral.

Discusión: El CHC sobre hígado sano es más frecuente en jóvenes y debido a un diagnóstico tardío, suele presentarse como tumores de gran tamaño. La cirugía R0 es el único tratamiento con intención curativa y suele requerir la realización de procedimientos agresivos con amplias resecciones hepáticas asociando resecciones vasculares. La hepatectomía por vía anterior (Lai-Fan World. J Surg. 1996; Azoulay. J Am Coll Surg. 2001) es la técnica de elección en estos tumores porque: 1) elimina la movilización del hígado disminuyendo la compresión de la vena cava, manteniendo la precarga cardíaca al tiempo que evita la compresión del aflujo vascular del hemi-hígado remanente; 2) evita la diseminación y microembolización tumoral y de tejido necrótico asociado. Esta técnica es facilitada si se asocia una maniobra de tracción y suspensión del hígado con cinta "hanging maneuver" (Belghiti. J Am Coll Surg. 2001). Es inusual la invasión y resección de la vena cava en hepatocarcinoma a pesar de las imágenes TC alarmantes (Hashimoto 2008). Aunque la presencia de un trombo tumoral portal se considera un dato de pronóstico ominoso, la trombectomía y resección vascular con reconstrucción puede realizarse como tratamiento en casos seleccionados aumentando la supervivencia global en CHC (Shi, Ann Surg Oncol 2010). En nuestro caso la edad del paciente unido a la posibilidad de una cirugía R0 con resección vascular fue el motivo de la decisión de tratamiento agresivo. La variante fibrolamelar en la pieza puede conferir un mejor pronóstico.

V-034. BISEGMENTECTOMÍA VI-VII POR CIRUGÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA PARA LA RESECCIÓN DE UN HEPATOCARCINOMA SOBRE HÍGADO SANO CON QUIMIOEMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa, A. Capel y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La resección laparoscópica del hepatocarcinoma sobre cirrosis presenta muchas dificultades, como sangrado excesivo con riesgo frecuente de oclusión hilar y un tiempo quirúrgico prolongado. La resección sobre hígado sano plantea menos dificultades. Por otra parte, la obtención de un margen quirúrgico adecuado en las resecciones hepáticas laparoscópi-

cas, también es más difícil, debido a la pérdida de la palpación abdominal. Por ello, por laparoscopia es necesario realizar ecografías de repetición.

Objetivos: Presentar un caso de hepatocarcinoma sobre hígado sano entre segmento VI-VII resecado por laparoscopia, en el que realizamos una quimioembolización preoperatoria con el fin de asegurar más un margen quirúrgico adecuado.

Caso clínico: Mujer de 42 años, diagnosticada de lesión hepática de 3 cm en lóbulo derecho al realizar una ecografía por aumento de transaminasas. La alfafetoproteína fue normal y le realizaron un TAC y una paaf bajo TAC. La punción fue positiva para hepatocarcinoma. Fue enviada a nuestra Unidad, que realizamos un TAC en fase arterial, apreciando nódulo de 3 cm entre SVI y VII, irrigado en fase arterial con lavado precoz del contraste. Previo a la resección laparoscópica, realizamos una quimioembolización arterial de los segmentos VI y VII a resecar. Se intervino a las 4 semanas de la quimioembolización mediante abordaje laparoscópico. Ecografía laparoscópica detectando lesión con signos de necrosis por la quimioembolización. Se realiza bisegmentectomía VI-VII laparoscopia, con oclusión hiliar intermitente de 10 y 9 minutos. Las pérdidas hemáticas fueron de 100 ml, el tiempo quirúrgico fue de 150 min y se empleó tachosil como sustancia hemostática. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo alta al 3º día. La anatomía patológica informó de un nódulo de 3 cm totalmente quimioembolizado y necrosado y un margen quirúrgico de 4 mm.

Conclusiones: La resección laparoscópica del hepatocarcinoma sobre hígado sano es factible y segura en casos seleccionados. La realización de una quimioembolización preoperatoria puede asegurar el margen de resección ya que, como ocurrió en nuestro caso, puede necrosar totalmente el tumor y el tejido periférico circundante.

V-073. USO DEL CUSA EN LA DISECCIÓN VÁSCULO BILIAR DURANTE LA RESECCIÓN DE UN COLANGIOPARCINOMA HILAR TIPO IV DE BISMUTH

L.M. Marín Gómez, C. Bernal Bellido, G. Suárez Artacho, L. Barrera Pulido, J. Serrano Díez-Canedo, J.C. Herrera, D. Molina, J. Padillo Ruiz y M.A. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Presentar la resección de un tumor de Klastkin tipo IV de Bismuth, con la ayuda en la disección vascular biliar del CUSA.

Caso clínico: Varón de 67 años con sospecha de colangioparcinoma hilar. Asocia glaucoma en el ojo izquierdo, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y prostatectomía por ca de próstata (2007). Refiere historia de colangitis de 15 días de evolución con ecografía que mostraba dilatación de la vía biliar intrahepática sin lesiones ocupantes de espacio. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica mostró una estenosis irregular a nivel del hepático común, motivo por el cual se instaló una endoprótesis biliar plástica. La muestra del cepillado de la vía biliar informó de la presencia de escasos grupos celulares con signos displásicos compatibles con adenocarcinoma. Para completar el estudio de extensión se llevó a cabo una placa de tórax y una gammagrafía ósea que fueron negativas.

Resultados: Accedimos a la cavidad abdominal mediante una laparotomía subcostal en J. No presentaba ascitis ni signos de enfermedad tumoral a nivel peritoneal o hepático. Para identificar la vía biliar principal, realizamos una colecistectomía. Posteriormente liberamos la arteria hepática común con sus ramas extrahepáticas así como la bifurcación portal. Tras comprobar la ausencia de datos de infiltración arterial y/o portal (disección con CUSA), bajamos la placa hilar. Continuamos disecando los conductos hepático derecho e izquierdo hasta superar la zona

de infiltración tumoral, alcanzando los conductos segmentarios correspondientes, pues parece tratarse de un tumor de Klastkin tipo IV. Mandamos muestra de cada conducto segmentario al patólogo, que nos informó de la ausencia de infiltración. Completamos la linfadenectomía del hilio hepático y de la arteria hepática hasta el tronco celiaco. Practicamos una colangioyeyunostomía intrahepática en Y de Roux. El postoperatorio cursó con una fistula quilosa y una infección superficial del sitio quirúrgico. Alta al 19º DPO. La anatomía patológica informó de colangioparcinoma moderadamente diferenciado que infiltra la totalidad de la pared de la vía biliar, sin afectar a los bordes de resección. No afectación linfática (pT2aN0M0-G2).

Conclusiones: El empleo del CUSA contribuye a simplificar la disección de los elementos vísculo biliares del hilio hepático, añadiendo radicalidad en el tratamiento de esta patología.

V-074. RESECCIONES MENORES LAPAROSCÓPICAS HEPÁTICAS REALIZADAS CON 3 TRÓCARES

J.E. Quiñones Sampedro, J.M. Ramia Ángel, R. de la Plaza Llamas, P. Veguillas Redondo, F. Adel, V. Arteaga Peralta, R. Puga Bermúdez y J. García-Parreño Jofre

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: La cirugía hepática laparoscópica (CHL) se ha desarrollado exponencialmente en los últimos años y ya prácticamente es la técnica de elección en la secciónectomía lateral izquierda, resección de tumores superficiales o tratamiento de lesiones quísticas hepáticas. Habitualmente, en la CHL se utilizan 5 trócares y maniobra de Pringle. Pero existen comunicaciones aisladas del uso de 3 trócares únicamente y sin Pringle sistemático. Presentamos 3 casos de tumores periféricos localizados en segmentos favorables (II, III, IVb) donde efectuamos la resección mediante el empleo de 3 trócares sin oclusión portal. Se usaron únicamente 3 trócares (10 mm en ombligo, 10 mm en flanco izquierdo y 5 mm en flanco derecho) y se realizó tumorectomía laparoscópica o resección atípica con Ligasure de 5 mm sin maniobra de Pringle.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 33 años, refiere dolor abdominal tipo cólico en el hipocondrio. En la TAC abdominal lesión única en el segmento IVb, de aproximadamente 3 cm, con un marcado componente graso. No consumo previo de anticonceptivos. Se realiza resección laparoscópica del tumor. La cirugía duró 35 min. Perdidas hemáticas 70 cc. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dada de alta a los 2 días de la intervención. Estudio histológico: adenoma hepático. Caso 2: varón de 66 años consulta por dolor epigástrico importante. En ecografía y TAC abdominal se aprecia una masa de 5 cm entre los segmentos II y III compatible con angiomiolipoma. No presentaba lesiones en riñón o pulmón. Se realizó una resección atípica con márgenes. Perdidas hemáticas 85 cc. El tiempo de cirugía fueron 38 min. Alta a los 2 días. La histología definitiva fue angiomiolipoma hepático. Caso 3: mujer de 60 años es tratada previamente de cáncer de mama y de recto localizado a 14 cm. En la actualidad metástasis hepáticas múltiples. Las lesiones hepáticas están situadas en hígado derecho exceptuando una lesión en segmento III. Se realiza subsegmentectomía para resecar la metástasis del segmento III como primer paso para una cirugía en dos tiempos. Perdidas hemáticas 35 cc. Alta a los 2 días. La histología fue de metástasis de adenocarcinoma con márgenes de 5 mm. Posteriormente se realizó embolización portal y hepatectomía derecha reglada.

Conclusiones: La CHL puede ser realizada de forma fiable y segura por una técnica de sólo 3 trócares en tumores pequeños, periféricos y localizados en segmentos favorables. La maniobra de Pringle se debe preparar pero habitualmente no es necesaria

y las perdidas hemáticas son pequeñas. Es especialmente útil en tumores benignos aunque también como primer tiempo de una cirugía hepática en dos tiempos.

V-075. METÁSTASIS HEPÁTICA DE CÁNCER DE MAMA. RESECCIÓN HEPÁTICA POR LAPAROSCOPIA CON EXTRACCIÓN TRANSVAGINAL DE LA PIEZA OPERATORIA (NOTES)

V. Artigas Raventós, J.A. González López,
M. Rodríguez Blanco, L. Estalella Mercader,
M. Abellán Lucas y M. Trias Folch

Hospital de Sant Pau. UAB, Barcelona.

Introducción: La posibilidad de reducir la agresión quirúrgica en la cirugía hepática ha progresado en estos últimos años gracias a su abordaje laparoscópico transabdominal. No obstante, la necesidad de extraer la pieza operatoria, en nuestro caso una porción del hígado totalmente íntegra, obliga a la realización de una incisión suplementaria abdominal. La reciente incorporación de la vía de extracción transvaginal puede obviar en pacientes de sexo femenino, esta incisión laparotómica suplementaria.

Casos clínicos: Pacientes de 45 y 54 años de edad respectivamente, con antecedente de cirugía radical por cáncer de mama (pT2N1M0) + QT. Durante el seguimiento detección de una metástasis hepática única entre los segmentos 2/3. No otras lesiones asociadas. Se indica cirugía de resección hepática por laparoscopia. Utilización de 3 trócares del 10 en línea horizontal umbilical + trócar del 5 complementario. Ecolaparoscopia peroperatoria que en ambos casos descarta otras lesiones hepáticas. Bisegmentectomía 2/3 laparoscópica reglada .Extracción de la pieza operatoria en bolsa por vía transvaginal previa colocación de un trócar de 12 a través de fondo de saco vaginal posterior-saco Douglas. Evolución postoperatoria correcta. Alta domiciliaria al 3º día postoperatorio.

Conclusiones: En pacientes de sexo femenino, la vía transvaginal es una buena alternativa para la extracción de piezas operatorias en el contexto de una cirugía laparoscópica hepática convencional, evitando de este modo incisiones suplementarias abdominales para dicho fin.

V-076. RESECCIÓN HEPÁTICA MEDIANTE RADIOFRECUENCIA (HABIB 4X) COMO ALTERNATIVA A LOS MÉTODOS CONVENCIONALES EN RESECCIONES HEPÁTICAS

F.X. Molina Romero, J.M. Morón Canis, A. Bellido Luque,
J.C. Rodríguez Pino, M. Gómez Ruiz y F.X. González Argente

Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: Presentamos un vídeo de dos casos clínicos donde se realizó una resección mediante radiofrecuencia de una lesión hepática.

Casos clínicos: Caso 1: paciente varón de 74 años que presentaba neoplasia de sigma a 30 cm del margen anal con lesión hepática compatible con metástasis, de tamaño menor de 3 cm de diámetro en el segmento VII. Tras valoración en el comité de tumores de colon se decidió cirugía simultánea de las 2 lesiones. Caso 2: paciente varón de 62 años, con antecedentes personales de hepatitis crónica por VHB, que en un control ecográfico se descubre un nódulo en lóbulo hepático derecho. Se realiza resonancia hepática que cataloga la lesión de hemangioma atípico en segmento VII, de tamaño mayor de 5 cm y se procede a PAAF con resultado de carcinoma hepatocelular. Se realiza toma de presiones que informa de gradiente de 6 mmHg. Tras valoración en el comité de tumores hepatobiliopancreáticos se decide cirugía.

Resultados: Caso 1: el tiempo quirúrgico de la lesión hepática fue de 30 minutos. No fue necesaria ninguna maniobra de Pringle, ni precisó transfusión de hematíes. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones con alta a los 7 días. Caso 2: el tiempo quirúrgico total fue de 180 minutos. Tampoco fue necesaria ninguna maniobra de Pringle, ni transfusión de hematíes. En el postoperatorio no presentó ascitis, ni ninguna complicación, siendo alta a los 10 días. Actualmente no existen signos de recidiva en ninguno de los dos casos.

Conclusiones: La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento más efectivo para los tumores hepáticos, pero sigue estando asociado a una no desdenable pérdida de sangre, afectando a la recuperación postquirúrgica y a la supervivencia a largo plazo. El dispositivo Habib 4X® nos puede ayudar a realizar hepatectomías no anatómicas, que frecuentemente son las que presentan mayor pérdida de sangre, y usarlo también cuando se asocie con una cirugía de colon por su rapidez, mostrándose como alternativa a los dispositivos convencionales.

V-049. DPC LAPAROSCÓPICA POR AMPULOMA. RESECCIÓN

J.J. Sánchez Cano, F.J. Buils Vilalta, J. Prieto Amigó,
J. Jara Llussà, M. Vives Espelta y E. Baeta Capellera

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: Mientras que la cirugía laparoscópica de la cola de páncreas ha ganado rápidamente un papel preponderante en el tratamiento de las enfermedades de esta parte del órgano, su papel en las enfermedades de la cabeza está siendo debatido. Presentamos el presente vídeo sobre la duodenopancreatectomía cefálica totalmente por laparoscopia de uno de nuestros pacientes, con el objetivo de mostrar que la técnica puede realizarse con correcta técnica oncológica y que, además, es posible realizarla sin ninguna complicación asociada.

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años, ictericia intermitente, ADC de papila, estudio de extensión negativo. Presentamos la técnica de disección y linfadenectomía asociada y necesaria en una duodeno-pancreatectomía cefálica clásica.

Resultados: La cirugía se realizó 340', no hubo pérdidas hemáticas significativas, no requiriéndose la transfusión sanguínea en el periodo operatorio-postoperatorio. Una anomalía vascular consistente en una arteria hepática derecha proveniente de la arteria mesentérica superior dificultó la disección. La paciente pasó los tres primeros días en la UCI y fue dada de alta a los 10 días del postoperatorio sin ninguna complicación. AP definitiva: ADC de papila que infiltra pared duodenal con metástasis a 2 de 23 ganglios aislados (pT2N1).

Conclusiones: De los 11 pacientes con cáncer de cabeza de páncreas-región periampular tratados laparoscópicamente en nuestra unidad en estos dos últimos años, en sólo cinco casos ha sido posible una duodeno-pancreatectomía cefálica totalmente laparoscópica. El paciente que hemos presentado es el 5º y sólo demuestra que fue posible realizar la técnica sin incidencias.

V-050. DPC LAPAROSCÓPICA POR AMPULOMA. RECONSTRUCCIÓN

J.J. Sánchez Cano, F.J. Buils Vilalta, J. Prieto Amigó,
J. Jara Llussà, A. Cabrera Vilanova y E. Baeta Capellera

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: Mientras que la cirugía laparoscópica de la cola de páncreas ha ganado rápidamente un papel preponderante en el tratamiento de las enfermedades de esta parte del órgano, su

papel en las enfermedades de la cabeza está siendo debatido. Presentamos el presente vídeo sobre la duodeno-pancreatectomía cefálica totalmente por laparoscopia de uno de nuestros pacientes, con el objetivo de mostrar que la técnica puede realizarse con correcta técnica oncológica y que, además, es posible realizarla sin ninguna complicación asociada.

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años, ictericia intermitente, ADC de papila, estudio de extensión negativo. Presentamos la técnica de la reconstrucción por laparoscopia según un montaje clásico tipo Child.

Resultados: La cirugía se realizó 340', no hubo pérdidas hemáticas significativas, no requiriéndose la transfusión sanguínea en el periodo operatorio-postoperatorio. Una anomalía vascular consistente en una arteria hepática derecha proveniente de la arteria mesentérica superior dificultó la disección. La paciente pasó los tres primeros días en la UCI y fue dada de alta a los 10 días del postoperatorio sin ninguna complicación. AP definitiva: ADC de papila que infiltra pared duodenal con metástasis a 2 de 23 ganglios aislados (pT2N1).

Conclusiones: De los 11 pacientes con cáncer de cabeza de páncreas-región periampular tratados laparoscópicamente en nuestra unidad en estos dos últimos años, en sólo cinco casos ha sido posible una duodeno-pancreatectomía cefálica totalmente laparoscópica. El paciente que hemos presentado es el 5º y sólo demuestra que fue posible realizar la técnica sin incidencias.

V-051. PANCREATECTOMÍA DISTAL Y ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICAS POR TUMOR SÓLIDO SEUDOPAPILAR DE COLA DE PÁNCREAS

J.R. Torres Bermúdez, F.C. Becerra García, G. Sánchez de la Villa, A.A. Carrillo, R. Nehme, J.L. Martín, F. González, J. López Espejo, S.R. del Valle Ruiz, B. Abellán Rosique y E. García Abril

Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Objetivos: El tumor sólido pseudo-papilar de páncreas, conocido como tumor de Frantz, es poco frecuente y aparece usualmente en mujeres jóvenes. Generalmente es un tumor de bajo grado y la mayoría de los pacientes no presentan recurrencia después de una resección quirúrgica adecuada. En el vídeo se muestra la factibilidad de la resección laparoscópica de estos tumores.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad que acude inicialmente a consulta por dolor inespecífico en cuadrante superior izquierdo abdominal sin ningún otro síntoma acompañante. En una ecografía inicial aparece una masa sólida en el hipocondrio izquierdo. En la TAC abdominal contrastada se observa la masa de aspecto heterogéneo cerca del hilio esplénico, adyacente a la cara posterior del cuerpo gástrico y que al parecer dependía de la cola pancreática, midiendo unos $7,3 \times 6,6 \times 6$ cm. No se observó la presencia de adenopatías ni infiltración de ningún órgano vecino. Los resultados de la AFP, Antígeno CA 19.9, Antígeno CA 125 y CEA fueron normales. Una biopsia guiada por TAC demostró la presencia de células malignas no específicas siendo positivas para vimentina y negativa para C-Kit, calretinina, estrógeno e inhibina.

Resultados: La intervención laparoscópica fue llevada a cabo con el paciente en posición de Lloyd-Davies modificada. Se realiza insuflación de pneumoperitoneo hasta 12 mmHg. Se coloca un trócar de 10 mm para la optica de 30° periumbilical. Dos trócares de trabajo de 10 mm se colocan a nivel umbilical en la línea medioclavicular en ambos lados y un trócar de 5 mm en la línea axilar anterior izquierda para el asistente. Después de la exploración sistemática de la cavidad abdominal, se abre una ventana en el ligamento gastrocólico para ac-

ceder a la transcavidad de los epiploones confirmando el origen pancreático del tumor y la no infiltración de otros órganos. Se diseña cuidadosamente el cuerpo del páncreas proximal al tumor. Se identifica y disecan los vasos esplénicos seccionándose con Endogia vascular. El cuerpo del páncreas se secciona utilizando dos cargas de Endogia vascular. La línea de grapas se refuerza con una sutura continua de SSA 2/0. La pancreatectomía distal y la esplenectomía en bloque se completan sin incidencias utilizando el Ligasure. La pieza es extraída en una bolsa larga a través de una minilaparotomía de aproximadamente 4 cm en fosa iliaca izquierda. El muñón pancreático se cubrió con una capa de fibrina (Tyssucl). Se dejó un drenaje cerrado aspirativo en el lecho quirúrgico. Las pérdidas hemáticas fueron mínimas. El postoperatorio ocurrió sin complicaciones. La Anatomía patológica demostró la presencia de un tumor sólido pseudo-papilar con márgenes de sección libres de tumor. Dos ganglios resecados fueron negativos de células neoplásicas.

Conclusiones: La resección laparoscópica de tumores pancreáticos sospechados de baja malignidad puede ser una opción segura cuando no existe infiltración vecina. Aunque los tumores sólidos pseudopapilares sean raros en la vejez, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial de las masas pancreáticas y retroperitoneales.

V-052. RESECCIONES ARTERIALES EN LA CIRUGÍA RADICAL DEL CÁNCER DE PÁNCREAS CON AFECTACIÓN DE EJES VASCULARES ARTERIALES

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

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La causa fundamental de inoperabilidad de los cánceres de cuerpo de páncreas localmente avanzados es la afectación vascular de los ejes arteriales. La afectación mencionada puede interesar a tronco celíaco, arteria hepática común, arteria hepática derecha y arteria mesentérica superior.

Objetivos: El vídeo presentado pone de manifiesto enfermos diferentes, todos ellos con cáncer de páncreas localmente avanzado con infiltración arterial, en los que merced a una técnica quirúrgica minuciosa, que en ocasiones precisa conocimientos de técnicas microquirúrgicas, pudo culminarse una cirugía R0. Se discuten los aspectos técnicos relacionados con las diferentes resecciones arteriales, a la vez que ciertos detalles propios de las técnicas de rearterialización: 1) resecciones de tronco celíaco sin rearterialización ulterior (operación de Appleby), ya que el flujo vascular hepático se mantuvo gracias a la arcada vascular pancreático-duodenal, y resecciones del tronco celíaco con rearterialización: entre el muñón del tronco celíaco y la arteria hepática común, entre el muñón de la arteria esplénica y la arteria hepática común, y mediante un injerto de PTFE de 6 mm, entre la cara anterior de la aorta abdominal y la arteria hepática común; 2) invasión de la arteria hepática derecha en el contexto de una anomalía arterial, con reconstrucción terminoterminal, empleando técnicas microquirúrgicas, entre los dos cabos arteriales a anastomosar, y 3) compromiso tumoral de la AMS, preciando nuevamente una revascularización arterial mediante una anastomosis terminoterminal, en los mismos términos que en el caso anterior.

Discusión: Finalmente, en el vídeo se discute la posibilidad de preacondicionar el hígado en aquellos supuestos donde se presume una resección arterial hepática. Entendemos que una embolización arterial hepática preoperatoria puede ser una opción válida en la consecución de tal objetivo.

V-053. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PINZAMIENTO AORTOMESENTÉRICO

I. Álvarez Abad, M.N. Arana de la Torre, Y. Kataryniuk di Constanzo, I. Martínez Rodríguez, O. Gutiérrez Grijalba, R. Saa Álvarez, J.I. Santidrián Martínez, J.M. Oleagoitia Cilaurre, M.A. Ulacia Beristain y A. Colina Alonso

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: El síndrome de Wilkie o pinzamiento aortomesentérico es una patología muy poco frecuente que se define como la obstrucción intestinal resultante de la compresión duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta cuando se cumple que el ángulo de la arteria mesentérica superior y aorta es menor de 25° y la distancia entre ellas es menor de 1 cm.

Caso clínico: Varón de 15 años de edad con antecedentes de tumor de Wilms estadio IV con metástasis pulmonares y para-testicular izquierda (1997) tratado con radio-quimioterapia y cirugía que se encuentra en remisión completa en la actualidad. Consulta por epigastralgia y vómitos alimentarios de 4 años de evolución que condicionan una escasa ganancia ponderal para su talla y edad. Se completa el estudio con TAC abdomino-pélvico que evidencia cambio de calibre a nivel de tercio medio duodenal y ángulo aortomesentérico de 19,8 grados, lo que podría corresponder con un síndrome de Wilkie. Se trata inicialmente con tratamiento médico sin éxito por lo que se decide intervención quirúrgica en la que se evidencia dilatación duodenal proximal al ángulo de Treitz y adherencias previas que no condicionan obstrucción intestinal. Se lleva a cabo una técnica de descruzamiento duodenal con resección de 4 cm de duodeno y anastomosis duodeno-yejunal latero-lateral.

Resultados: La evolución post-operatoria es favorable, siendo dado de alta tolerando dieta al 7º día post-operatorio. En seguimiento en consultas externas de Cirugía General, a los 4 meses de la intervención quirúrgica el paciente tolera dieta estándar y se objetiva ganancia ponderal. El ángulo aortomesentérico en TAC de control post-operatorio a los 4 meses de la intervención quirúrgica es de 30º.

Conclusiones: El síndrome de Wilkie es una patología poco frecuente que clínicamente se caracteriza por dolor abdominal postprandial acompañado de vómitos y de pérdida de peso. El diagnóstico se lleva a cabo fundamentándose en una sospecha clínica acompañada de pruebas complementarias como tránsito EED, TAC, angioTC, angiografía y RMN. Esta patología se asocia a: caquexia (por disminución de grasa corporal), cirugía de corrección de deformidades espinales, hiperlordosis, encamamiento prolongado, malrotación intestinal y a malformaciones congénitas como origen alto de ligamento de Treitz, origen bajo de la arteria mesentérica superior o ligamento de Treitz corto. El tratamiento se basa en un soporte nutricional adecuado y en caso de fracaso del tratamiento médico, la técnica quirúrgica de elección es la duodeno-yejunostomía latero-lateral o en Y de Roux, vía abierta o laparoscópica. Otras opciones de tratamiento quirúrgico son la sección del ligamento de Treitz (operación de Strong) y movilización duodenal (operación de Strong), gastro-yejunostomía y en casos de malrotación intestinal la desrotación de Ladd. Se adjunta iconografía y video de intervención quirúrgica muy ilustrativos.

V-054. CISTOADENOma MUCINOSO DE PÁNCREAS. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

C. González Serrano, C. Pérez San José, S. Leturio Hernández, I. Cruz González, Atíñ V. del Campo, A. Gómez Palacios e I. Iturburu Belmonte

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Las primera experiencia en el tratamiento de patología pancreática vía laparoscópica fue descrita en 1994 por

Gagner; sin embargo la utilización de este abordaje no ha experimentado la misma difusión que en otros tipos de patologías. La exigencia técnica y la larga curva de aprendizaje, entre otras causas, hace que sólo un número reducido de grupos, con amplia experiencia en cirugía laparoscópica, hayan publicado sus resultados. Los trabajos que incluyen mayor número de casos demuestran la seguridad y buenos resultados de los procedimientos, siendo equiparables al abordaje convencional abierto.

Caso clínico: Presentamos el tratamiento de un cistoadenoma pancreático mediante esplenopancreatetectomía distal laparoscópica. Se trataba de una paciente de 40 años, fumadora, que desde hacía 4 meses presentaba episodios de dolor lumbar izquierdo irradiado a epigastrio. Ocasionadamente refería náuseas y vómitos. Con la sospecha de cólico renal se solicitó un TAC por su urólogo. El TAC mostró riñones y ambos uréteres sin alteraciones. A nivel de cola pancreática se describía una lesión quística de 5,5 cm. La paciente fue remitida a la unidad de Cirugía hepato-biliar para estudio y tratamiento. Analítica y marcadores tumorales (CEA y Ca 19,9) en sangre: normales. Se realizó una ecoendoscopia que confirmó la lesión quística en páncreas con dos pequeños quistes en su interior y desplazamiento cefálico de la arteria esplénica. Análisis del líquido quístico: amilasa: 14.649 U/l, CEA: 125 ng/ml, Ca 19,9: 31.310 U/l. Con la sospecha de cistoadenoma mucinoso es intervenida mediante acceso laparoscópico con 4 trócares. Se empleó ecografía intraoperatoria para la localización de los vasos esplénicos. La cirugía practicada fue esplenopancreatetectomía distal. La duración total fue de 3h 30 min, la pérdida hemática de 200 ml. Se presenta la técnica laparoscópica comentando los aspectos técnicos más relevantes. La paciente fue dada de alta sin presentar complicaciones postoperatorias.

V-077. PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL Y HEPATECTOMÍA CENTRAL SIMULTÁNEA POR METÁSTASIS DE UN TUMOR FIBROSO SOLITARIO CEREBRAL

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa, R. Brusadin, B. Febrero y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El tumor fibroso solitario es una rara neoplasia mesenquimal descrita en pleura, aunque localizaciones extratorácicas como meninges, órbita, peritoneo son casi tan frecuentes como la anterior. Se desconoce con exactitud su potencial maligno, por lo que el tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica con estricto seguimiento post-operatorio ya que pueden presentar recidiva local y metástasis a distancia. Desde el punto de vista inmunohistoquímico se caracteriza por la presencia de los marcadores CD 34 y vimentina. El tratamiento de las metástasis de estos tumores es la cirugía. Hay pocos datos en la literatura respecto a los beneficios de la radioterapia y quimioterapia. Existen pocas publicaciones sobre resecciones hepáticas por afectación hepática metastásica y no existe ningún caso publicado en la literatura de resección hepática y pancreática simultánea por metástasis en estos órganos. Nuestro objetivo es presentar una hepatectomía central IV, V y VIII, más una pancreatectomía corporocaudal simultánea por metástasis de un tumor fibroso solitario cerebral.

Caso clínico: Varón, 40 años, al que en 1998 se le realiza extirpación completa de meningioma mixto frontal izquierdo con invasión del seno y de la hoz cerebral. Reintervenido en 2004 realizando exérésis radical con radioterapia adyuvante de 2 meningiomas atípicos-angioblasticos a nivel de la hoz cerebral con invasión de duramadre, hueso y periostio. En noviembre de 2009 se reseca un hemangiopericitoma anaplásico-tumor fibroso solitario de 3 cm en la pared externa de la órbita izquierda. En

el post-operatorio presenta un tromboembolismo pulmonar asociado a dolor epigástrico por lo que se realiza un TAC toraco abdominal en el que aparecen una masa de 12 cm en el hígado y dos masas en páncreas, una de 7 cm entre la cabeza y cuerpo de páncreas próxima a vena porta, y otra de 5 cm a nivel de la cola del páncreas. Se realiza PAAF de las dos lesiones siendo ambas compatibles con metástasis de tumor fibroso solitario, y PET-TAC que evidencia las lesiones descritas. Se interviene hallando una masa hepática central de 12 cm apoyada en la bifurcación portal y que infiltra el conducto hepático izquierdo y la vena suprahepática media; tumoración en cuerpo pancreático que se fija a la vena porta y tumoración en cola de páncreas. Se realiza pancreatectomía central con oclusión de vena mesentérica inferior, vena mesentérica superior y vena porta, debido a la proximidad vascular de la metástasis, completando después la pancreatectomía caudal. A continuación se realiza hepatectomía central IV, V, VIII con resección de parcial de la vía biliar izquierda y reconstrucción termino-terminal con tubo de Kehr (se conservan los segmentos VI, VII, II y III). La anatomía patológica informa de metástasis hepática y pancreática de tumor fibroso solitario. Como única complicación post-operatoria presenta una colección subhepática y en el lecho de la pancreatectomía, que se resuelven con drenaje radiológico. Es alta el 29º día del post operatorio.

Conclusiones: Las metástasis hepáticas y pancreáticas de tumor fibroso solitario son tributarias de tratamiento quirúrgico debido a la poca eficacia de los tratamientos adyuvantes.

V-078. SEGMENTECTOMÍA VI LAPAROSCÓPICA REALIZADA CON LIGASURE Y ENDO-GIA VASCULARES SIN OCLUSIÓN HILIAR

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa, D. Navas, I. Abellán, A. González y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Existen numerosos métodos para la sección del parénquima durante las resecciones hepáticas segmentarias. Recientemente, se ha comunicado la sección parenquimatosa con la aplicación con endostapler vasculares para la realización de las hepatectomías, tanto abiertas como por laparoscopia.

Objetivos: Presentar un vídeo de una segmentectomía VI realizada por cirugía laparoscópica asistida con la mano, seccionando el parénquima con ligasure atlas y Endo-GIA vasculares, sin oclusión hilar.

Pacientes y métodos: Entre enero 2003-abril 2010 hemos realizado 84 resecciones hepáticas por laparoscopia, de las que en 15 pacientes realizamos una segmentectomía VI. Nuestra técnica inicial consistía en la sección del parénquima con bisturí harmónico o ligasure atlas con oclusión hilar. En ocasiones es necesario seccionar el pedículo vascular del segmento VI muy próximo a su salida intrahepática, por lo que en estos casos es conveniente un mayor control vascular. En 2 pacientes realizamos la división del parénquima con ligasure atlas y fue necesario seccionar el pedículo vascular del S. VI con Endo-GIA vascular. La división del parénquima se realizó en ambos pacientes sin oclusión hilar. El tiempo quirúrgico fue inferior a 90 min y las pérdidas hemáticas menores de 100 ml. No hubo complicaciones.

Conclusiones: El empleo de la Endo-GIA vascular para la sección del parénquima hepático es un método seguro y rápido. Se podría emplear en los casos que requieran un ahorro de tiempo quirúrgico: pacientes inestables, pacientes con parénquimas patológicos por la quimioterapia, ahorro de tiempo quirúrgico por motivos de programación (se podrían realizar 2 hepatectomías en la misma sesión quirúrgica).

V-079. SEGMENTECTOMÍA VII LAPAROSCÓPICA REALIZADA CON LIGASURE Y ENDO-GIA VASCULARES SIN OCLUSIÓN HILIAR

R. Robles Campos, A. López Conesa, C. Marín Hernández, E. Gil, P. Pastor y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La resección del segmento VII por laparoscopia entraña muchas dificultades debido a que por la situación posterior de dicho segmento no existe un ángulo adecuado para operar con los instrumentos laparoscópicos. Incluso, por cirugía abierta es un segmento que plantea dificultades técnicas. Recientemente, se ha comunicado la sección parenquimatosa con la aplicación con endostapler vasculares para la realización de las hepatectomías, tanto abiertas como por laparoscopia, lo que podría facilitar la resección.

Objetivos: Presentar un vídeo de una segmentectomía VII realizada por cirugía laparoscópica asistida con la mano, empleando como método principal de sección parenquimatosa las Endo-GIA vasculares, sin oclusión hilar.

Pacientes y métodos: Entre enero 2003-abril 2010 hemos realizado 84 resecciones hepáticas por laparoscopia, de las que en 4 pacientes realizamos una segmentectomía VII. Nuestra técnica consiste en movilizar todo el lóbulo derecho mediante cirugía laparoscópica asistida. Se controla el hilio hepático para su posible oclusión si fuese necesario. La división del parénquima se inicia con ligasure atlas o bisturí harmónico y a continuación se completa la sección parenquimatosa y de los elementos vasculares portales y suprahepáticos con varias cargas de Endo-GIA vascular, sin oclusión hilar. El tiempo quirúrgico fue inferior a 120 min y las pérdidas hemáticas menores de 100 ml. No hubo complicaciones.

Conclusiones: Para la segmentectomía VII laparoscópica, la movilización del lóbulo hepático derecho con cirugía laparoscópica asistida con la mano permite elevar dicho segmento y conseguir su resección con Endo-GIA vasculares sin oclusión hilar.

V-080. HEPATECTOMÍA DERECHA POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA CON LA MANO: INDICACIONES, TÉCNICA DEL ABORDAJE, ESTADIFICACIÓN Y MANIOBRAS QUIRÚRGICAS

R. Robles Campos, A. López Conesa, C. Marín Hernández, D. Navas, P. Pastor y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La realización de resecciones hepáticas mayores por laparoscopia es compleja y requieren una larga curva de aprendizaje. Además, es importante la elección de la vía de abordaje: por cirugía totalmente laparoscópica (CTL) vs cirugía laparoscópica asistida con la mano (CLAM). En nuestro criterio, la elección se basa en función de la patología a tratar. Así, en metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal, consideramos indicada la CLAM ya que existen numerosas evidencias de que la exploración laparoscópica de la cavidad abdominal infraestadifica la enfermedad en un 15-30% (existen más metástasis y más implantes al convertir a laparotomía, una vez explorada la cavidad abdominal por laparoscopia). En tumores gigantes, cuyo manejo es imposible por CTL, la CLAM constituye otra buena indicación. También en tumores próximos a grandes vasos, en los que existe riesgo de accidente, la CLAM ofrece una mayor seguridad al paciente y al "cirujano". Por último, consideramos que la CLAM es una buena alternativa a la conversión desde CTL a laparotomía.

Objetivos: Presentar nuestra técnica original de hepatectomía derecha por CLAM, analizando sus indicaciones, descripción de

la vía de abordaje, estadificación y maniobras quirúrgicas, en varios de nuestros casos realizados.

Pacientes y métodos: Entre enero 2003 y abril 2010 hemos realizado 84 resecciones hepáticas por laparoscopia, de las cuales, realizamos 4 hepatectomías derechas, todas ellas en pacientes intervenidos por metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal. En dos de estos 4 casos, realizamos la resección en 2 tiempos quirúrgicos, ambos por laparoscopia. La vía de abordaje fue la CLAM descrita en nuestra unidad. En breve, la técnica consiste en, con el paciente en decúbito supino, se sitúa el cirujano entre las piernas y dos ayudantes uno a cada lado del paciente. La puerta de entrada se sitúa en flanco derecho, midiendo la distancia desde la muñeca al hígado (no debe quedar muy alta y estar con la mano doblada, ni muy baja que resulte imposible llegar al hígado). Se emplean de 4 a 6 trócares más. Dos trócares van en subcostal derecho para movilizar lóbulo derecho y otro en línea axilar media izquierda para la introducción del clamp que ocluiría el hilio hepático en caso de necesidad. Se discuten las indicaciones para la CLAM, se presenta la estadificación por CLAM que reproduce la misma que se realiza en cirugía abierta. Se presenta la movilización hepática, disección de la vena cava inferior, disección de los elementos del hilio hepático, métodos de sección del parénquima y el control y sección de los elementos suprahepáticos. Presentamos los métodos de hemostasia, la extracción de la pieza y margen de resección.

V-081. QUISTOYEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN Y DE ROUX. TRATAMIENTO ACTUAL EN EL SEUDOQUISTE DE PÁNCREAS

L.A. Magrach Barcenilla, A. Gómez Portilla, E. Martín, E. López de Heredia, J. Muriel, J. Barros, A.M. Sancha,

E. Romero, I. Cendoya, I. López de Tejada y J. López de Torre

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Objetivos: El tratamiento quirúrgico del pseudoquiste pancreático puede realizarse a través de varias técnicas. El drenaje interno ha demostrado ser el tratamiento de elección tanto para los pseudoquistes agudos como crónicos. Con la generalización de la cirugía mínimamente invasiva, hoy se recomiendan los procedimientos de drenaje interno laparoscópico, en el tratamiento de los pseudoquistes pancreáticos. La mayoría de los autores han centrado su atención en la quistogastrostomía laparoscópica.

Caso clínico: En este vídeo mostramos nuestra experiencia con una quistoyeyunostomía en Y de Roux laparoscópica en un paciente varón de 52 años. El paciente fue evaluado de forma preoperatoria mediante ecografía, RNM y TACs seriados, durante un periodo de 6 semanas, por considerarse el tiempo óptimo para la maduración de una pared quística que nos permita una anastomosis segura siendo raro su resolución pasado este tiempo. Previo a la cirugía se realizó una CPRE para valorar la posible comunicación ductal pancreática con el pseudoquiste. Técnica quirúrgica: el paciente se colocó en decúbito supino. Tras neuromoperitoneo con aguja de Veress se accedió a la cavidad peritoneal a través de un trócar de visión directa. Se colocaron un segundo y tercer trócar de 10 mm suprapúbico y en hipocondrio derecho, seguidos de tres trócares de 5 mm en ambas fosas iliacas y en región subxifoidea. Intraoperatoriamente observamos una colecistitis litiásica con pseudoquiste de páncreas abombando a través del mesocolon, a la izquierda del ángulo de Treitz. Tras una colecistectomía simple y punción del pseudoquiste para la toma de muestras para citología y microbiología, se sectionó el yeyuno realizando una quistoyeyunostomía laterolateral con puntos de seda y confección del pie de asa a 60 cm de la quistoyeyunostomía con GIA 60, concluyendo la intervención con el cierre de los ojales yeyunales.

Resultados: El postoperatorio transcurrió sin incidencias con alta al tercer día, encontrándose el paciente asintomático al año.

Conclusiones: Hay pocos casos publicados en la literatura que demuestren las ventajas de esta técnica en el manejo del pseudoquiste pancreático. Si bien la quistoyeyunostomía laparoscópica es un procedimiento técnicamente exigente, puede ser llevado a cabo de forma segura, beneficiándose los pacientes de una recuperación más temprana y una morbilidad y mortalidad aceptable, frente a otro tipo de técnicas. Aunque existe controversia sobre el método de elección de drenaje interno, tanto la quistogastrostomía como la quistoyeyunostomía deberían adquirir un patrón predominante en la era laparoscópica.

V-082. HEPATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON LA MANO EN METÁSTASIS HEPÁTICA DE CARCINOMA DE MAMA EN SEGMENTO VII

C. Loinaz, F. Ochando, M. Ramos, M. Jiménez, L. Vega, P. Hernández, J.A. Rueda, P. Jiménez, J.M. Fernández Cebrián y A. Quintáns

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: Las metástasis únicas de carcinoma de mama se consideran una buena indicación de resección hepática. La localización en sector posterior del hígado no tiene un fácil acceso para el tratamiento laparoscópico. Presentamos el caso de una paciente con una tumoración solitaria localizada en segmento VII tratada mediante laparoscopia asistida con la mano.

Caso clínico: Mujer de 81 años de edad con mastectomía derecha simple 5,5 años antes por un carcinoma ductal no-infiltrante múltiple (0,1-4 cm). Como antecedentes era hipertensa, diabética no-insulinodependiente, con hemianopsia derecha tras ictus, parálisis recurrential, bocio y cirugía de hernia con malla. El ultrasonido mostró un nódulo único, confirmado por CT y RM: nódulo único en segmento VII de 36 × 31 × 31 mm, bien definida, con un área central posiblemente necrótica, con un patrón de realce, compatible con metástasis. Se evaluó la paciente para cirugía.

Resultados: Con la paciente en decúbito lateral derecho intermedio se posicionó un trócar en línea media para exploración. Se estudió la localización del nódulo mediante US laparoscópico. Se disecó el lóbulo derecho de la cava, se delimitó un margen de seguridad alrededor de la metástasis y se comenzó la resección, con utilización de sellador ultrasónico y endograpadoras. Se comprobó la hemostasia y se instaló una esponja hemostática con fibrinógeno y trombina. La anatomía patológica mostró una pieza de resección con márgenes libres que contenía una metástasis de mama. Se dio de alta en el 4º día postoperatorio sin complicaciones, y dos años más tarde está libre de enfermedad.

Conclusiones: La resección de lesiones de sector posterior hepático mediante laparoscopia asistida con la mano puede ser segura, efectiva y menos invasiva en pacientes con metástasis únicas de carcinoma de mama.

V-083. RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON LA MANO EN HEPATOCARCINOMA DE SEGMENTOS VI-VII EN CIRROSIS

C. Loinaz, P. Hernández, M. Ramos, F. Ochando, M. Jiménez, L. Vega, P. Dujovne, M. Pardo, C. Fiua y A. Quintáns

Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.

Introducción: El hepatocarcinoma único en un paciente con buena función hepática puede ser una buena indicación para hepatectomía. El sector posterior del hígado no tiene un acceso fácil para el tratamiento laparoscópico. En esta película vemos

el abordaje para resección tumoral en un paciente con hepatocarcinoma de sector posterior mediante laparoscopia asistida con la mano.

Caso clínico: Un paciente de 66 años de edad con cirrosis por hepatitis C mostró un nódulo en sector posterior, con realce de contraste en fase arterial, de $3,9 \times 3,3$ cm. Había recibido interferón, y posteriormente asociado a ribavirina, sin respuesta virológica. Tuvo una gastrectomía por úlcus 25 años antes, con transfusión. La AFP preoperatoria era 13,9 ng/ml y la carga viral de VHC (TaqMan) 1.988.807,62 UI/ml, con coagulación normal, y bilirrubina y transaminasas alrededor de dos veces los valores normales. El estudio manométrico mostró un gradiente portosistémico de 9 mmHg. Se evaluó y preparó el paciente para cirugía.

Resultados: Se instaló en decúbito intermedio derecho. Se colocó un trócar en línea media para exploración. Había adherencias muy intensas por la cirugía previa, con disección difícil, consumiendo un tiempo prolongado hasta ver el hígado. Se estudió el nódulo mediante US laparoscópico. Se disecó el lóbulo derecho hasta la vena cava. Se delineó un margen de seguridad alrededor de la lesión y se comenzó la hepatectomía, utilizando sellador ultrasónico y endograpadoras. Se comprobó la hemostasia y se instaló una esponja con fibrinógeno y trombina. Recibió 2 U de concentrado de hematíes y 2 U de PFC. La patología mostró un especimen de resección hepática con márgenes libres con un hepatocarcinoma con alto contenido en grasa. Fue dado de alta al 6º día postoperatorio sin complicaciones, y año y medio después está libre de tumor.

Conclusiones: La resección de lesiones hepáticas del sector posterior puede resultar segura, efectiva y menos agresiva en pacientes con enfermedad hepática crónica, donde el temor de descompensación favorece el abordaje menos invasivo.

V-084. ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA POR TM QUÍSTICA DE PÁNCREAS Y TM NEUROENDOCRINO

F.J. Buils Vilalta, J.J. Sánchez Cano, J. Prieto Amigó, N. Calvo Malvar, D. Parada Domínguez, A. Cabrera Vilanova y E. Baeta Capellera

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

Introducción: La laparoscopia se está introduciendo en el manejo de la patología de la glándula pancreática. Los avances tecnológicos y la adquisición de experiencia por parte de los cirujanos en el abordaje laparoscópico han permitido el tratamiento de patologías cada vez más complejas. Presentamos un caso en el que se realiza abordaje laparoscópico de una tumoración quística de la cola del páncreas.

Caso clínico: Paciente de 59 años con alergia al contraste iodoado, que presenta cuadro de dolor en hipocondrio derecho de un mes de evolución. En la RNM se observa una tumoración quística de 3×2 cm en cuerpo-cola de páncreas. La USE confirma la lesión quística observándose en su interior imagen sólida nodular de patrón isoecoico, adherida a la pared de 8×9 mm de tamaño. El estudio del líquido: elevación importante de cifras de amilasa con Ca19.9 muy aumentado (1.142 U/ml), con ausencia de células malignas. Tras los hallazgos se decide intervención quirúrgica. Se practica abordaje laparoscópico con 5 trócares, realizándose esplenopancreatectomía corporo-caudal.

Resultados: El tiempo operatorio fue de 210 minutos, sin necesidad de transfusión. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones iniciando dieta a las 48h y siendo alta el 8º día postoperatorio alcanzando una vida normal a los 21 días de la cirugía. Anatomía patológica: dilatación quística ductal, pancreatitis crónica, tumor endocrino bien diferenciado con conducta biológica benigna (pT1N0) 5 mm distal al quiste. Márgenes de resección radiales y longitudinales no afectados.

Conclusiones: El caso que presentamos muestra que la cirugía laparoscópica fue factible y que condicionó al paciente un grado menor de agresividad que la cirugía abierta, lo que le permitió una recuperación rápida.

V-085. COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA EN EL MANEJO DE LA HEPATOLITIASIS DEL TRASPLANTADO HEPÁTICO

L.M. Marín Gómez, C. Bernal Bellido, G. Suárez Artacho, J.M. Álamo Martínez, L. Barrera Pulido, J. Serrano Díez-Canedo, J.M. Sousa, J. Padillo Ruiz y M.A. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Presentar la utilidad de la coledoscopia intraoperatoria en una re-hepático yeyunostomía en un paciente trasplantado hepático.

Caso clínico: Varón de 52 años con crisis de colangitis recidivantes. Como antecedentes de interés refería trasplante hepático por cirrosis biliar primaria en octubre de 2001 y desarrollo de rechazo crónico ductopénico en julio de 2004 que condicionó un re-trasplante en enero de 2007 (anastomosis biliar mediante hepático yeyunostomía). A los nueve meses, debutó con crisis de colangitis secundaria al desarrollo de hepatolitiasis. Se drena instalando un catéter interno-externo mediante colangiografía transparietohepática (CTPH), que se complica con un empiema basal derecho. En diciembre de 2008 presenta nuevo episodio de colangitis pero el paciente se niega a una nueva CTPH y se trata con antibioterapia. Tras 3 meses de evolución refiere picos febriles cada 2 semanas a pesar del tratamiento pautado anteriormente, por lo que se propone para re-hepático yeyunostomía en marzo de 2009 tras colangiRMN.

Resultados: Al acceder a la cavidad abdominal, llevamos a cabo una adhesiolisis para liberar el hígado. Éste era de aspecto claramente colestásico (tomamos biopsia). Al liberar y desmontar la hepática yeyunostomía, podemos evidenciar que la anastomosis es puntiforme lo cual justifica el cuadro colangítico. Al disecar el muñón hepático, comprobamos que estaba ocupado y realizamos una coledoscopia intraoperatoria. Se pudo observar que estaba obstruido por litiasis que condicionaban un aspecto inflamatorio de la mucosa biliar. Ante estos hallazgos, extrajimos la totalidad de los cálculos y volvimos a repetir la coledoscopia para cerciorarnos de que hacíamos la nueva anastomosis sobre mucosa exenta de inflamación y sin estenosis proximales. El postoperatorio cursó sin incidencias y fue dado de alta al 9º DPO. El informe anatomo-patológico de la biopsia hepática confirmó signos de colangitis recurrentes, mientras que la pared de hepático común resecada presentaba fibrosis cicatricial e inflamación severa.

Conclusiones: La coledoscopia intraoperatoria nos ayuda a asegurar que la anastomosis biliodigestiva se lleva a cabo sobre mucosa sana y sin estenosis proximales.

V-086. ABORDAJE EXTRA E INTRAGLISSONIANO COMBINADO CON RESECCIÓN HEPÁTICA PARCIAL DE LOS SEGMENTOS IVB Y V PARA LA REPARACIÓN DE LAS LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICAS

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las lesiones iatrogénicas intrahepáticas se han incrementado con la introducción de la colecistectomía laparoscópica. La reparación de estas lesiones se debería realizar en

centros especializados ya que el porcentaje de fracasos es elevado. Se ha descrito, la segmentectomía IVb para la reparación intrahepática de estas lesiones, ya que se afectan conductos intrahepáticos de escaso calibre.

Objetivos: Presentar un paciente con lesión iatrogénica intrahepática tras colecistectomía laparoscópica, cuya primera reparación en su hospital de origen había fracasado. Empleamos un abordaje intra y extraglissoniano combinado con la resección hepática de la base del segmento IVb y V.

Caso clínico: Varón de 70 años, al que realizan colecistectomía laparoscópica y ocurre una lesión iatrogénica de la vía biliar a nivel de hepático común, en la placa hiliar, y se realiza reparación en el mismo hospital. Después presenta numerosos episodios de colangitis (dolor en hipocondrio derecho, fiebre y elevación de bilirrubina hasta 10 mg/dl). El paciente es enviado a nuestro hospital con el diagnóstico de colangitis de repetición y posible cirrosis biliar secundaria. Se le realiza CRMN y se aprecia estenosis de ambos hepáticos derecho e izquierdo, con ausencia del hepático común y estenosis de la anastomosis hepaticoyeyunal. En el TAC no hay evidencia de isquemia hepática. Se realiza biopsia hepática con diagnóstico de colangitis y descarta la cirrosis biliar secundaria. Se interviene hallando estenosis de la anastomosis hepaticoyeyunal, y se secciona el asa yeyunal en la placa hiliar. Se realiza colangiografía intraoperatoria donde se observa estenosis del hepático derecho y dilatación moderada de la vía biliar derecha, sin apreciar vía biliar izquierda. Se realiza disección de placa hiliar, apertura longitudinal del hepático izquierdo, resección parcial del parénquima hepático de los segmentos IVb y V circundante a la placa hiliar y nueva hepaticoyeyunostomía a tres radicales tutorizada. En el control mediante colangiografía intraoperatoria, se observa el árbol biliar integro, así como los radicales derecho e izquierdo. El paciente evoluciona favorablemente, encontrándose asintomático y con analítica hepática normal, tras un dos años de seguimiento.

Conclusiones: El abordaje intra y extraglissoniano de las lesiones iatrogénicas intrahepáticas, combinado con la resección parcial de los segmentos IVb y V, permite tratar con éxito estas graves lesiones que podrían acabar en cirrosis biliar secundaria y trasplante hepático.

V-087. TRISEGMENTECTOMÍA V, VI Y VII POR LESIÓN IATROGÉNICA DE LA VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICA Y DE LA ARTERIA HEPÁTICA DERECHA DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa, E. Gil, R. García, I. Abellán, P. Pastor y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: En la actualidad, las lesiones iatrogénicas son más frecuentes y más graves debido a la aplicación de la laparoscopia. Con frecuencia existen lesiones intrahepáticas y a veces se asocian lesiones vasculares graves. La lesión biliar puede ocasionar una peritonitis biliar lo que puede complicar la reparación de estas lesiones, por el incremento de riesgo de infecciones y de dehiscencias de anastomosis.

Objetivos: Presentar una paciente joven intervenida de colelitiasis por laparoscopia y que nos fue remitida con una peritonitis aguda difusa biliar de un mes de evolución y una lesión de la arteria hepática derecha. El caso fue resuelto con éxito mediante cirugía biliar y hepática simultánea.

Caso clínico: Mujer de 23 años, intervenida de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis simple. A los 15 días consulta en urgencias de su hospital por dolor abdominal siendo enviada a su domicilio con analgésicos. Al mes vuelve a urgencias y se le

realiza ecografía que detecta líquido libre peritoneal. Se le realiza CPRE que detecta fuga en hepático común y se le coloca una endoprótesis. Evoluciona mal y a las 24 horas es intervenida con minilaparotomía, encontrando bilioperitoneo y fuga en hilio hepático, no realizando ningún gesto quirúrgico. A las 48 horas, es remitida a urgencias de nuestro hospital por sepsis, realizando TAC donde se observa bilioperitoneo y absceso subfrénico derecho. Se interviene de urgencias encontrando una lesión biliar intrahepática, con sección y extirpación de toda la vía biliar. Además, se identifica una amputación de la arteria hepática derecha. Debido a las malas condiciones locales, se dejan tutores en los radicales biliares al exterior y se lava toda la cavidad abdominal. Se identifican tres orificios que corresponden al conducto hepático izquierdo, sectorial anterior derecho y sectorial posterior derecho. Así mismo se evidencia sección de arteria hepática derecha. Se tutorizan los conductos biliares identificados, se realiza colangiografía intraoperatoria, lavado de cavidad y colocación de drenajes ambientales. La paciente evoluciona bien, y al mes de esta intervención se le somete a una nueva laparotomía para tratamiento definitivo. Se realiza trisegmentectomía V, VI y VII, y un abordaje intra y extraglissoniano de los radicales biliares intrahepáticos, y completando con hepaticoyeyunostomía T-L, con 3 tutores, extraídos por el asa yeyunal a lo Witzel. El postoperatorio transcurre sin complicaciones, siendo dada de alta al 70 día desde el ingreso en nuestro hospital. La paciente, tras un año de seguimiento se encuentra asintomática y con función y analítica hepática normal.

Conclusiones: La reparación biliar diferida, en el caso de peritonitis aguda difusa, parece obtener buenos resultados, como ocurrió en nuestra paciente. En el caso de lesiones vasculares, con frecuencia es necesario realizar resecciones hepáticas.

V-088. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE PREVIAMENTE TRATADO POR SEUDOMIXOMA PERITONEAL DIFUSO CON LA TRIPLE TERAPIA COMBINADA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

A. Gómez Portilla¹, M. Escalante², E. Martín², E. López de Heredia², I. Cendoya², I. Olabarria², C. Martínez de Lecea³ y C. Gómez Martínez de Lecea⁴

¹Hospital Santiago Apóstol, Facultad de Medicina, UPV, Vitoria.

²Hospital Santiago Apóstol, Vitoria. ³USP-La Esperanza, Vitoria.

⁴Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) se considera el tratamiento de elección de los pacientes con colelitiasis sintomáticas. Durante bastante tiempo los pacientes previamente intervenidos de cirugía abdominal, principalmente del compartimento supramesocólico, se consideraron contraindicación relativa en base a: 1) mayor riesgo potencial de lesión del paquete visceral durante el acceso inicial; 2) dificultad de encontrar un "área libre" para la ubicación de los trócares; y 3) dificultad de la correcta visualización e identificación anatómica del hilio hepatobiliar. En la actualidad el criterio del cirujano experimentado es el único límite para cada caso individual.

Objetivos: Divulgar mediante el presente vídeo la técnica de abordaje laparoscópico en el tratamiento de colelitiasis sintomática en un paciente previamente tratado once años antes por pseudomixoma peritoneal, mediante cirugía citorreductora (CC) + quimipertermia intraperitoneal (QIIH).

Caso clínico: Varón de 79 años de edad, tratado de pseudomixoma peritoneal en abril de 1999, precisando peritonectomía anterolateral, peritonectomía diafragmática derecha,

omentectomía mayor con esplenectomía, omentectomía menor, peritonectomía parietocálico derecho con resección visceral ileocecoapendicular, y pelviperitonectomía con preservación rectosigmoidea para conseguir una citorreducción completa CC0. Se completó el tratamiento de la posible enfermedad microscópica residual con QIIH con Mytomicina C a 42°C durante 60 min, mediante "técnica de coliseo", y quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz (QIPP) con 5-FU durante 23 horas los días 1 a 5 del postoperatorio inmediato. Su evolución fue satisfactoria. Alta en 18 días sin complicaciones. Once años después el paciente desarrolló una colelitiasis sintomática junto con hernia inguinal confirmados por TAC. Se propuso solución laparoscópica.

Resultados: Abordaje laparoscópico con técnica de Hasson. Liberación de adherencias periumbilical digital roma hasta conseguir un espacio suficiente para la introducción del primer trócar. La inserción del resto de las puertas de entrada fue bajo visión directa. Sólo se realizó la adhesiolisis que realmente interferían con la visualización del área de interés quirúrgico, cuadrante superior derecho, a pesar de lo cual la intervención duró 3 horas y media. El curso postoperatorio fue normal siendo dado de alta al día siguiente, y permaneciendo asintomático y con restablecimiento total de su vida habitual 3 meses después.

Conclusiones: Los pacientes previamente intervenidos de cirugía abdominal, incluso después de tratamiento por carcinomatosis peritoneal mediante CC y QIIH, no constituyen una contraindicación absoluta para la práctica de una colecistectomía laparoscópica segura. El cirujano debe evitar la tendencia natural a disecar excesivamente, y limitarse a la adhesiolisis de las vísceras que interfieren realmente con el campo quirúrgico de interés, cuadrante superior, hilio hepatabiliar en nuestro caso. Si bien la adhesiolisis que requieren se asocia a un tiempo quirúrgico prolongado. Al igual que en la cirugía abierta, la tracción contratracción permite identificar la línea blanca de seguridad, área avascular de disección. Estos casos se realizarán por cirujanos expertos en cirugía laparoscópica avanzada. Nuestro caso constituye el primer paciente descrito en la literatura médica mundial tratado en esta particular situación clínica, mediante colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática después de haber recibido anteriormente el triple tratamiento combinado de CS + QIIH por pseudomixoma peritoneal, y muestra que incluso en esta situación su realización es posible y segura.

V-089. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL SÍNDROME DE MIRIZZI

C. Rodríguez-Otero Lippi, M. Rodríguez Blanco,
G.L. José Antonio, V. Artigas, L. Estalella,
S. Fernández-Ananín, M. Abellán, N. Freixas,
B. Espina y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación rara de la colelitiasis (menor al 1%), que se define por la presencia de cuatro componentes: conducto cístico anatómicamente dispuesto paralelo al conducto hepático común, impactación de un cálculo en el cístico o en el cuello vesicular, la obstrucción del conducto hepático común por el mismo cálculo o por su respuesta inflamatoria y la ictericia constante o intermitente que ocasionalmente causa colangitis. A pesar de que originalmente se consideró una contraindicación de tratamiento laparoscópico, que sólo existen series cortas de casos publicados, de la elevada tasa de conversión por variantes anatómicas y adherencias, el abordaje laparoscópico es una opción terapéutica válida en casos seleccionados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 74 años que acude a urgencias por cuadro clínico de fiebre, dolor en hipocondrio derecho, ictericia, signos clínicos de shock y disminución del nivel de conciencia. Se realiza ecografía que demuestra dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Con orientación diagnóstica de colangitis, se decide descompresión de la vía biliar mediante CPRE donde se observa un gran cálculo enclavado en el conducto cístico que provoca la compresión extrínseca de la vía biliar principal, además de coledocolitiasis. Posterior a la estabilización clínica del paciente se decide intervención quirúrgica.

Discusión: El vídeo que se presenta es el abordaje laparoscópico de un síndrome de Mirizzi tipo II (Fístula colecisto-biliar) con exploración intraoperatoria de la vía biliar por coledoscopia, extracción de cálculos intracoledocales y reparación de la vía biliar sobre tubo en "T" de Kehr utilizando la pared vesicular remanente. En nuestro centro hemos podido realizar tres intervenciones quirúrgicas del síndrome de Mirizzi tipo II por vía laparoscópica con buenos resultados. Podemos considerar que el abordaje del síndrome de Mirizzi se puede realizar por vía laparoscópica y que el cuadro adherencial no tiene por qué ser un factor para la conversión a cirugía abierta.

V-090. QUISTECTOMÍA Y COLECISTECTOMÍA POR ACCESO UMBILICAL ÚNICO

L. Estalella Mercadé, M. Rodríguez Blanco,
V. Artigas Raventós, J.A. González López,
M. Abellán Lucas, B. Espina Pérez,
S. Fernández-Ananín, C. Rodríguez-Luppi
y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El acceso laparoscópico se ha convertido en el "gold estándar" para el tratamiento de la litiasis sintomática mejorando así, la recuperación postoperatoria, el ileo paralítico, el dolor postoperatorio y los resultados estéticos en relación a la laparotomía clásica. En la actualidad se está empezando a realizar laparoscopia con instrumentos más delgados, minilaparoscopia, de acceso por orificios naturales, NOTES, o E-NOTES intentando mejorar los resultados del abordaje laparoscópico clásico. En este caso se amplía la indicación laparoscópica por puerto único umbilical para la fenestración quística hepática.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 52 años con colelitiasis sintomática en la cual en una colangioRM y TC abdominal se evidencia además la presencia de un quiste simple de 8 cm dependiente del segmento hepático VI. Se realizó una quistectomía y colecistectomía laparoscópica, por un único abordaje transumbilical de aproximadamente 2 cm a través del cual se introdujo una óptica de 10 mm y un trócar de trabajo de 5 mm y una pinza introducida directamente sin trócar. A través de éste acceso se procedió a la disección y resección sin incidencias en un tiempo de 70 minutos, con una correcta recuperación postoperatoria y buenos resultados funcionales y estéticos posteriores.

Discusión: El vídeo que presentamos demuestra que el abordaje laparoscópico transumbilical es una técnica factible y segura no sólo para la colecistectomía sino que además, se puede extender la indicación a fenestraciones de quistes hepáticos, de forma que nos permite minimizar las incisiones en la pared abdominal, con la evidente mejoría estética y disminución del dolor en el postoperatorio. Falta por determinar si este tipo de abordaje puede también contribuir en mejorar la evolución postoperatoria del paciente y cuáles son las posibles complicaciones, para lo cual será necesario disponer de series amplias.

COLOPROCTOLOGÍA

V-035. ENDOPRÓTESIS MÁS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA EN LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CÁNCER DE SIGMA. ¿PUEDE SER LA MEJOR ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?

M.A. García Ureña, D. Melero Montes, L.A. Blázquez, N. Palencia García, J. López Monclús, A. Galván Pérez, R. Barriga Sánchez, E. González González, A. Robín Valle de Lersundi, A. Cruz Cidoncha y M. Moral

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: La obstrucción intestinal maligna de intestino grueso puede tratarse mediante las prótesis autoexpandibles de forma paliativa o como alternativa puente para un abordaje posterior quirúrgico. Presentamos en un video un caso ilustrativo en el que un paciente joven es tratado de forma urgente mediante colocación de stent endoscópico y posteriormente se realiza una cirugía laparoscópica.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 53 años, sin antecedentes de interés, que acudió por ausencia de deposición de 2 días, dolor abdominal y náuseas. En la radiografía se evidenció un cuadro de obstrucción de intestino grueso distal y se realizó una colonoscopia de urgencia. En ella se evidenció una lesión tumoral estenosante a 45 cm. Se colocó una prótesis tipo Boston de 12 cm. Un TAC se realizó como estudio de extensión. El cuadro agudo se resolvió y fue dado de alta al tercer día. Al décimo día fue operado de cirugía electiva realizándose sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis colorrectal con CEEA.

Resultados: El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. Se realizó colonoscopia a los 6 meses para explorar el resto del colon y fue normal. Tras 9 meses de seguimiento el paciente se encuentra completamente asintomático.

Conclusiones: La colonoscopia urgente con colocación de una prótesis puede aliviar y resolver el problema urgente que supone la obstrucción intestinal y evita la realización de operaciones con derivación proximal. El stent no impide una cirugía laparoscópica reglada ahorrando al paciente los problemas derivados de la laparotomía.

V-036. HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT (DA VINCI) CON ANASTOMOSIS INTRACAVITARIA

S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, J.A. Toval Mata, C. Jiménez Mazure, J. Carrasco Campos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la cirugía colo-rectal se beneficia especialmente de la tecnología robótica al proporcionar mayor calidad de imagen y visión en tres dimensiones, instrumental multiarticulado, máxima precisión y ergonomía de los movimientos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 68 años sin antecedentes de interés, con un BMI de 29,75 y diagnosticado de neoplasia de ciego, siendo el estudio de extensión preoperatorio negativo. Realizamos un abordaje por vía laparoscópica usando 4 trócares (3 robóticos). Presentamos los pasos sistemáticos para la realización de una hemicolectomía derecha oncológica: disección y ligadura alta del pedículo ileo-cólico y cólico derecho con Hem-o-lok, disección medio-lateral del colon derecho con identificación duodenal completa, movilización del ileón terminal y colon derecho hasta ángulo hepático, sección de la pieza con Endo-GIA e

introducción de la misma en bolsa protectora, anastomosis L-L ileo-cólica isoperistáltica con Endo-GIA y puntos entrecortados, cierre de mesos, revisión de la hemostasia, colocación de drenaje en gotiera derecha y extracción de la pieza embolsada por incisión en fosa ilíaca izquierda uniendo dos orificios de trócares.

Resultados: El curso postoperatorio es satisfactorio, siendo alta a los 4 días sin incidencias.

Conclusiones: La aplicación de la robótica a la cirugía laparoscópica del cáncer de colon derecho nos permite realizar modificaciones en nuestra técnica laparoscópica estándar, al practicar anastomosis intracorpórea ileo-cólica y extracción de la pieza por incisión de McBurney, con mejor resultado estético y manteniendo funcionalidad. La cirugía mínimamente invasiva del cáncer colo-rectal debe reproducir los resultados de la cirugía abierta, para lo que es imprescindible la estandarización del procedimiento.

V-037. TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA RECTOURETRAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE LA EXPOSICIÓN TRANSESFINTERIANA POSTERIOR DE YORK MASON

M. Pera, S. Alonso, E. Rijo, J.A. Lorente, O. Bielsa, M. Pascual, R. Courtier, M.J. Gil y L. Grande

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La fistula recto-uretral es una complicación poco frecuente tras prostatectomía radical por cáncer de próstata, con un porcentaje descrito inferior al 2%. Presentamos en este video la reparación mediante fistulectomía transesfinteriana posterior de York-Mason y los resultados de nuestra serie.

Material y métodos: Se describen los pasos que incluyen: incisión parasacroccígea, sección del músculo glúteo mayor, sección de los esfínteres y del músculo puborectal, sección de la cara posterior del recto, fistulectomía y sutura de la pared vesical y de la pared rectal anterior y, finalmente, reconstrucción de las estructuras seccionadas para el abordaje.

Resultados: Durante los últimos 6 años hemos intervenido 8 pacientes mediante esta técnica. Los síntomas, fecaluria y/o emisión de orina por el ano aparecieron entre el día 4 del postoperatorio y 7 semanas después de la cirugía. En todos los casos se obtuvo confirmación mediante cistografía. En 3 casos se hizo inicialmente una derivación fecal con una colostomía sigmoidea mientras que en los otros 5 se realizó una ileostomía en asa en el momento de la reparación. Ésta se practicó entre 5 y 10 meses después del diagnóstico. Tres pacientes presentaron una infección de herida y 2 una dehiscencia cutánea parcial. No hubo otras complicaciones. No se ha producido ninguna recurrencia de la fistula tras un seguimiento medio de 24 meses y todos los pacientes presentan una continencia completa.

Conclusiones: La fistulectomía transesfinteriana posterior de York-Mason es una técnica efectiva en el tratamiento de la fistula recto-uretral con una morbilidad menor y preservación de la continencia.

V-038. TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLUG REABSORBIBLE EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ANAL

M.A. García Ureña, D. Melero Montes, N. Palencia García, A. Galván, J. López-Monclús, R. Barriga Sánchez, A. Cruz Cidoncha, E. González González, A. Robín Valle de Lersundi, A. Aguilera y L. Blázquez

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: El bioA es un material reabsorbible compuesto el 67 % de ácido poliglicólico y el 33 % por carbonato trimetíleno. Este material tarda aproximadamente 6 meses en reabsorberse.

Crea un espacio tridimensional para el crecimiento tisular y depósito de colágeno mientras se absorbe lentamente. Además tiene especial resistencia en ambiente contaminado. La técnica de implantación de este material y los resultados en el tratamiento de la fistula anal se encuentra actualmente en fase de investigación clínica.

Material y métodos: En este vídeo presentamos dos casos clínicos con fistulas anales transesfinterianas con la aplicación de este material reabsorbible. Este plug está fabricado de tal forma que trae incorporado un disco, que se aloja a nivel de orificio interno, y seis prolongaciones finas que pueden recortarse según el tamaño de la fistula a cubrir. Las condiciones para su empleo son la localización de ambos orificios fistulosos, interno y externo, y el seguimiento adecuado del trayecto. Tras canalizar el trayecto, el plug es conformado según el tamaño de la fistula y se inserta quedando el disco del plug situado en el espacio submucoso en el orificio interno. Se cierra la mucosa sobre el orificio y el trayecto es cubierto con dicho material. La gran ventaja de este tratamiento es que no se afecta para nada el aparato esfinteriano.

Resultados: Estos pacientes se operaron bajo anestesia raquídea y fueron dados de alta al día siguiente. Durante el seguimiento, a los 5 meses, un paciente tiene la fistula completamente cerrada y en el otro persiste un manchado en el orificio externo, con el orificio interno bien cicatrizado. No se han observado abscesos, dolor, colecciones o intolerancia por el empleo de este material.

Conclusiones: Aunque debemos esperar a series multicéntricas para valoración real de resultados a largo plazo (mínimo de 24 meses de seguimiento) consideramos que puede llegar a ser una alternativa interesante en el tratamiento de fistulas anales complejas.

V-039. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (POP)

M. Toledano Trincado, J. Sánchez González,
M.L. Martín Esteba, B. Rodríguez Sanz,
M.J. Luque García y J.C. Martín del Olmo

Hospital Comarcal, Medina del Campo.

Introducción: El prolusión genital es una patología cuya prevalencia sitúan algunas series en más del 50%, y en el 10-20% es sintomático. El 30% de los problemas de estética pelviana afecta a los 3 compartimientos, urinario-genital-digestivo. El traumatismo obstétrico, el esfuerzo defecatorio repetido, el efecto de las alteraciones hormonales en el tejido conectivo de la pelvis, el aumento de la presión intraabdominal, la axonotmesis pudenda y la histerectomía previa son los factores que favorecen estas alteraciones. La cirugía laparoscópica otorga en muchos casos solución combinada de los tres compartimentos.

Material y métodos: Presentamos un video donde mostramos nuestra serie y la forma en la que abordamos el POP con la intervención de un equipo multidisciplinar formado por cirujanos, urólogos y ginecólogos. En él observamos distintos pasos importantes de la técnica como la apertura de la fascia presacra, la identificación y aislamiento del plexo hipogástrico, la identificación y disección de las arterias rectales superior y media, la tunelización del alerón derecho, la disección del músculo elevador del ano, la colocación de las prótesis en cúpula vaginal y/o la pared anterior rectal con fijación a promontorio y la reperitonización de la reflexión peritoneal.

Resultados: En nuestra experiencia de 17 casos, conjunta con los Servicios de Urología y Ginecología, la realización de rectoperineopexias por vía laparoscópica es una opción quirúrgica válida para los prolapsos rectales por pulsión así como para los rectoceles grandes puros o acompañados de histero o colpoce-

les, en cuyo caso indicaremos la colpoperineopexia laparoscópica.

Discusión: El prolusión genital, acompañado o no de disfunción urinaria, anal o sexual, debe evaluarse de forma global para seleccionar el tratamiento apropiado. El rectocele y el enterocele son las afecciones propias del compartimiento perineal posterior, aunque también pueden aparecer secundariamente a un fallo del compartimiento central, en estos casos la colpoperineopexia laparoscópica otorga una buena corrección anatómica de los dos compartimentos. En caso de enterocele aislado preferimos la colpoperineopexia con douglasectomía asociada o no a resección sigmoidea. El rectocele puro debe tratarse por vía perineal aunque la vía laparoscópica combinada con la perineal obtiene mejores resultados en los grandes rectoceles, ya que suelen asociarse a patología del compartimiento medio por tracción. El colpocele debe tratarse con colpoperineopexia e hysterectomía laparoscópica.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva del suelo pélvico aporta actualmente menos morbilidad en el abordaje abdominal de los defectos anatómicos y funcionales del suelo pélvico con resultados estéticos y funcionales muy buenos, que incluso están cambiando las indicaciones de abordaje por vía perineal en casos concretos.

V-040. SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA MÁS SALPINGUECTOMÍA Y ANEXECTOMÍA IZQUIERDA EN CÁNCER DE SIGMA. CONTROVERSIAS DE LA LAPAROSCOPIA EN TUMORES DE COLON T4

I. Manzanedo Romero, J. García Septiem,
M.A. Hernández Bartolomé, J. Silvestre Rodríguez,
L. Colao García, C. Guillén Morales y M. Limones Esteban

Hospital de Getafe, Madrid.

Introducción: El objetivo de la presentación del video es mostrar que el abordaje laparoscópico de tumores de colon estadio T4, en casos seleccionados, puede conseguir resecciones R0, siendo una vía segura y eficaz.

Caso clínico: Mujer de 70 años que es diagnosticada mediante colonoscopia de neoformación maligna a 25 cm de margen anal. La TAC de abdomen demuestra tumoración en sigma con infiltración inflamatoria peritumoral importante. La paciente es intervenida por vía laparoscópica hallando tumoración en sigma que invade trompa izquierda; se realiza sigmoidectomía más salpingiectomía y anexectomía izquierda en bloque, con anastomosis mecánica.

Resultados y discusión: La paciente evoluciona de forma favorable. El estudio anatomo-patológico informa de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado transmural y extendido a trompa uterina izquierda, con márgenes libres de tumor, y con invasión de dos ganglios linfáticos regionales (pT4N1). El abordaje laparoscópico ha demostrado ser un tratamiento eficaz en el cáncer colorrectal, con una tasa de supervivencia similar a la cirugía abierta, y con mejores resultados en cuanto a estancia media y dolor postoperatorio. Hay una serie de contraindicaciones relativas, entre las que se consideraba clásicamente la invasión tumoral a órganos vecinos, principalmente por las dificultades técnicas para conseguir resecciones en bloque del tumor con márgenes suficientes. El tratamiento de los tumores de colon T4 ha de ser la cirugía con resección en bloque del tumor con los órganos infiltrados, con margen microscópico libre de tumor (resección R0). El abordaje laparoscópico de estos tumores debe reservarse para aquellos casos en los que es posible una resección completa del tumor y de los órganos adyacentes. En el caso presentado se muestra la técnica quirúrgica, en la que se consigue una resección en bloque R0 del tumor de sigma, junto con la trompa uterina izquierda. La laparoscopia no debe

considerarse contraindicada en este tipo de tumores, ya que se pueden conseguir el mismo tipo de resecciones que en el abordaje abierto.

Conclusiones: La laparoscopia es un abordaje eficaz para la cirugía del cáncer de colon estadio T4, siempre y cuando se realice una resección en bloque del tumor.

V-041. SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI

J. Gómez Zabala, A. Loizate Totoricaguena,
J. Fernández Fernández, I. Vilar Achabal, I. Cruz González,
S. Leturio Fernández, I. Cruz González, S. Ruiz Carballo,
I. Iturburu Belmonte, A. Gómez Palacios y J. Méndez Martín
Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Durante este último año la cirugía laparoscópica asistida por robot Da Vinci ha experimentado un importante crecimiento con la incorporación de este sistema quirúrgico a varios hospitales de nuestra red sanitaria. En la actualidad existe una gran controversia sobre las ventajas que reporta esta técnica en comparación con la vía laparoscópica convencional y cuáles son las patologías que más se benefician con su utilización. Presentamos un vídeo en el que se detalla la técnica que empleamos para realizar una sigmoidectomía laparoscópica, asistida por robot Da Vinci, en nuestro Servicio.

Caso clínico: Mujer de 82 años que presentaba un adenocarcinoma localizado a 15 cm de margen anal para ser tratado quirúrgicamente. Detallamos en primer lugar la distribución de los aparatos en el quirófano para realizar este tipo de cirugía. Mostramos después, mediante dibujo con dermógrafo, la colocación convencional de los puertos y la que utilizaremos en este caso debido a las características propias de la paciente. Iniciamos el procedimiento instaurando el neumoperitoneo y colocando los trócares (2 de 12 y 2 de 8 mm) en los puertos de abordaje abdominal y al paciente en posición de Trendelenburg y decúbito lateral derecho. Retiramos el paquete intestinal para tener un buen acceso a la zona pélvica y acercamos el robot para acoplarlo al paciente. Fijamos el útero a la pared anterior del abdomen, debido al gran tamaño del mismo, para tener una buena visibilidad de la zona a intervenir. Al presentarse dificultades para el manejo del colon y lograr una buena exposición, se opta por colocar un puerto adicional para el ayudante. La disección comienza abriendo la hoja peritoneal sobre el promontorio sacro, hasta identificar la arteria ilíaca y uréter izquierdos. Se diseña el pedículo mesentérico inferior y se secciona con Endo-GIA. Continuamos avanzando por la cara posterior del colon hasta el recto y movilizamos después el sigma desde la gotiera parietocólica izquierda. En este caso se realizó una colonoscopia intraoperatoria para localizar con exactitud la lesión y calcular la altura de sección a nivel de colon sigmoideo o del recto. Una vez concluida la disección se realiza una mini-laparotomía suprapúbica para extraer la pieza y preparar el extremo proximal del colon para la anastomosis. A continuación cerramos la mini-laparotomía y hacemos una anastomosis mecánica intracorpórea. Se comprueba la estanqueidad de la misma mediante colonoscopio e insuflación bajo agua. La paciente presenta un postoperatorio sin complicaciones y es dada de alta después de 6 días de ingreso. El informe anatomo-patológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado pT2, pN1, M0.

Conclusiones: La sigmoidectomía laparoscópica asistida por robot Da Vinci puede realizarse de forma segura y se beneficia de las ventajas que aporta el robot a este procedimiento. Sin embargo, aun no está claro que mejore los resultados de la cirugía laparoscópica convencional en este tipo de patología. En el futuro investigaremos si realmente existen diferencias en los resultados entre estas dos técnicas, así como cuales son las indica-

ciones quirúrgicas más apropiadas para la utilización de sistema quirúrgico Da Vinci.

V-042. EXTRACCIÓN TRANSANAL DE ESPÉCIMEN TRAS RESECCIÓN COLORRECTAL POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

S. Fernández Arias, L. Solar, J.I. Rodríguez García, P. Avilés García, A. Llaneza Folgueras, J.L. García Muñiz y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: El abordaje laparoscópico se ha ido estableciendo como vía de elección en el tratamiento del cáncer colo-rectal. Estudios recientes han demostrado su superioridad frente al abordaje abierto en cuanto a estancia postoperatoria, necesidad de analgésicos, reintroducción de la ingesta oral, etc. Las complicaciones derivadas de la laparotomía necesaria para la extracción de la pieza continúa siendo una limitación del abordaje laparoscópico asistido. El objetivo de este vídeo es presentar la extracción trans-anal del espécimen como opción factible y segura en el abordaje laparoscópico del cáncer colo-rectal.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 78 años diagnosticada de neoplasia de recto localizada a 10 cm de margen anal (T4N1M1) con anatomía patológica de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. En el TC realizado se evidencian metástasis hepáticas. La paciente recibió tratamiento neoadyuvante con radioterapia y quimioterapia con reducción de la masa de aproximadamente el 50%. Se presenta el vídeo de la intervención destacando los pasos más relevantes de la misma.

Resultados: Se coloca a la paciente en posición ginecológica. Se realiza pneumoperitoneo con aguja de Veress y se colocan cuatro trócares (1 x 12 mm, 1 x 10 mm, 2 x 5 mm). Se realiza resección anterior de recto y meso-recto con extracción de pieza trans-anal mediante la introducción de un separador de goma (Alexis®) a través del ano. Se realiza anastomosis termino-terminal con CEEA 31 intracorpórea tras introducir el yunque a través del ano y fijarlo con Endo-loop®. La intervención tiene una duración total de tres horas y veinte minutos y supone a la paciente una pérdida hemática de menos de 150 cc. La paciente no presentó complicaciones postoperatorias. El informe patológico de la pieza fue de recto con escisión total de meso-recto y con adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra el borde circunferencial con bordes proximal y distal libres de tumor. Se identificó una adenopatía metastásica de 10 aisladas.

Conclusiones: La extracción trans-anal se presenta como técnica factible en el tratamiento laparoscópico del cáncer colo-rectal. A la espera de estudios comparativos, la extracción trans-anal ha demostrado ser segura evitando la realización de una laparotomía con las complicaciones que de ella se puedan derivar.

V-055. SACRO-COLPO-RECTO-PERINEO SUSPENSIÓN LAPAROSCÓPICA PARA LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO RECTOGENITAL COMPLETO

M. Manzanera Díaz, C. Moreno Sanz, A. Pascual Pedreño, J. Cortina Oliva, J. de Pedro Conal, M.L. Herrero Bogajo y M. Clerveus

Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: Las indicaciones de corrección por vía abdominal del prollapso de órganos pélvicos se han modificado con la cirugía mínimamente invasiva, que permite el abordaje simultáneo de los compartimientos pélvicos medio y posterior con una escasa morbilidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 87 años, ASA II, con un prolapsito rectal completo muy sintomático asociado a prolapsito uterino grado IV. Se realizó una disección del recto limitada al tabique rectovaginal para minimizar la afectación de la inervación autonómica rectal, y se insertó una malla de polipropileno macroporosa con la forma precisa para permitir la aposición de la misma con puntos intracorpóreos al suelo pélvico, rodeando el cuello uterino y al promontorio sacro. Una vez fijada la malla, y para evitar todo contacto con las vísceras intraabdominales, se procedió a la reperitonización. La reducción de los órganos prolapsados se comprobó durante el procedimiento y la mejoría funcional desde la primera depuración. La reparación del prolapsito de órganos pélvicos mediante un abordaje laparoscópico es una técnica reproducible que permite el abordaje simultáneo de varios compartimientos pélvicos.

V-056. RESECCIÓN ANTERIOR DE NEOPLASIA DE RECTO MEDIANTE TÉCNICA DE TRÓCAR ÚNICO (SILS)

M. Frutos, J. Luján, E. Romera, J. Abrisqueta, A. García, R. García, Q. Hernández, G. Valero, J. Gil, M. Maestre y P. Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La resección del colon por laparoscopia ha demostrado claras ventajas sobre la cirugía abierta incluyendo disminución del dolor postoperatorio, recuperación precoz y mejor estética. En un intento de mejorar los resultados de la cirugía laparoscópica en las últimas décadas se ha desarrollado la cirugía laparoscópica mediante única incisión transumbilical (SILS).

Caso clínico: Varón de 32 años que consulta por rectorragias de 6 meses de evolución. Se realiza colonoscopia en la que se observa a 15 cm de margen anal neoformación vegetante que ocupa 3/4 partes de la luz y el resto de la exploración hasta ciego normal. La anatomía patológica informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La tomografía axial computarizada y los marcadores tumorales fueron normales. Se interviene por cirugía laparoscópica mediante la técnica SILS, encontrando tumoración a nivel de la unión recto-sigmoidea. Se realiza disección y clipaje de arteria y vena mesentérica inferior, movilización de sigma y recto hasta 1/3 inferior, ampliación de incisión umbilical para extracción de pieza y anastomosis terminal-terminal mecánica con endograpadora circular. El tiempo operatorio fue de 3 horas y 35 minutos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo alta hospitalaria al 2º día postoperatorio. La anatomía patológica definitiva fue B2 de Astler y Coller que respeta límites quirúrgicos y con 20 ganglios linfáticos aislados sin afectación.

Conclusiones: La técnica SILS en neoplasia de colon es una técnica viable, siendo imprescindible, una elevada experiencia en cirugía laparoscópica para introducir esta nueva técnica con seguridad sin añadir morbilidad.

V-057. TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA FECAL OBSTÉTRICA: ESFINTEROPLASTIA Y PERINEOPLASTIA VERTICAL

M. Adriánzén, S. García-Botello, A. Correa, P. Esclápez, A. Espí, B. Flor-Lorente, C. León y E. García-Granero

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La incontinencia fecal es una condición incapacitante teniendo como causa frecuente la obstétrica. La cirugía es

la opción inicial en los pacientes con lesiones graves del aparato esfinteriano siendo importante una selección cuidadosa de los pacientes y una indicación individualizada de la técnica para obtener resultados satisfactorios.

Caso clínico: Se presenta un vídeo de una paciente de 34 años con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha en la infancia y dos partos por vía vaginal. En el primer parto (2005) presentó desgarro con afectación del esfínter anal sin lesión de la mucosa rectal. En el segundo parto (2007) se realizó episiotomía. La paciente tras el primer parto presenta incontinencia a gases, heces sólidas y líquidas asociado a urgencia defecatoria. Puntuación de escala de Wexner: 18/20. Puntuación de ensuciamiento: 0/4. Manometría ano-rectal: presión máxima basal de 21 mmHg y presión máxima de contracción voluntaria de 33 mmHg. Tacto rectal: tono basal y fuerza de contracción voluntaria ausente, defecto palpable anterior y lesión importante del tabique ano-vaginal, no existe pared muscular anterior. Ecografía endoanal: defecto completo del esfínter anal externo e interno anterior con gran separación de cabos (140°). No existe músculo en el tabique ano-vaginal, estando adelgazado (3,8 mm). Se realiza esfinteroplastia con perineoplastia vertical. Al mes de la cirugía la paciente no presenta complicaciones con una puntuación de escala de Wexner de 0/20. Tacto rectal: buen tabique ano-vaginal. Ecografía endoanal: se visualizan los cabos solapados de la esfinteroplastia anterior. Tabique ano-vaginal de 8,37 mm.

V-058. AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT (DA VINCI)

S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, J.A. Toval Mata, C. Jiménez Mazure, J. Carrasco Campos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la cirugía colo-rectal se beneficia especialmente de la tecnología robótica al proporcionar mayor calidad de imagen y visión en tres dimensiones, instrumental multiarticulado, máxima precisión y ergonomía de los movimientos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 52 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, con un BMI de 32 y diagnosticada de neoplasia de tercio inferior de recto, siendo el estudio de extensión preoperatorio negativo. Tras completar neoadyuvancia se programa para amputación abdómino-perineal. Realizamos un abordaje por vía laparoscópica usando 5 trócares (4 robóticos). Presentamos los pasos sistemáticos para la realización de una amputación abdómino-perineal oncológica: disección y ligadura alta del pedículo mesentérico inferior con Hem-o-lok (previa identificación y referencia del uréter izquierdo), disección medio-lateral del colon izquierdo sin liberación sistemática del ángulo esplénico, identificación delplexo hipogástrico presacro, movilización rectal completa hasta el plano de los elevadores con integridad del mesorrecto, sección proximal de la pieza con Endo-GIA, disección perineal incluyendo el músculo elevador del ano, extracción de la pieza por vía perineal y realización de colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda por orificio de trócar marcado previamente por estomaterapeuta. Retirada controlada de trócares, drenaje pélvico y cierre perineal.

Resultados: El curso postoperatorio es satisfactorio, siendo alta hospitalaria a los 4 días sin incidencias.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer colo-rectal debe reproducir los resultados de la cirugía abierta, para lo que es imprescindible la estandarización del procedimiento. La aplicación de la robótica a la cirugía laparoscópica

del cáncer de tercio inferior de recto nos permite realizar una cirugía con las mismas garantías oncológicas y con un mejor aprovechamiento tecnológico de las posibilidades de la vía laparoscópica convencional.

V-059. RESECCIÓN ANTERIOR LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT (DA VINCI)

S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, J.A. Toval Mata, C. Jiménez Mazure, J. Carrasco Campos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la cirugía colo-rectal se beneficia especialmente de la tecnología robótica al proporcionar mayor calidad de imagen y visión en tres dimensiones, instrumental multiarticulado, máxima precisión y ergonomía de los movimientos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 60 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, con un BMI de 27,24 y diagnosticado de neoplasia de tercio superior de recto, siendo el estudio de extensión preoperatorio negativo. Realizamos un abordaje por vía laparoscópica usando 4 trócares (3 robóticos). Presentamos los pasos sistemáticos para la realización de una resección anterior oncológica: disección y ligadura alta del pedículo mesentérico inferior con Hem-o-lok (previa identificación y referencia del uréter izquierdo), disección medio-lateral del colon izquierdo sin liberación sistemática del ángulo esplénico, sección distal de la pieza con Endo-GIA, extracción de la pieza por mini-incisión auxiliar en fosa ilíaca izquierda, reintroducción en cavidad y anastomosis intracorpórea T-T colo-rectal. Comprobación neumática de estanqueidad, drenaje pélvico, y retirada controlada de trócares.

Resultados: El curso postoperatorio es satisfactorio, siendo alta hospitalaria a los 4 días sin incidencias.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer colo-rectal debe reproducir los resultados de la cirugía abierta, para lo que es imprescindible la estandarización del procedimiento. La aplicación de la robótica a la cirugía laparoscópica del cáncer de recto nos permite realizar una cirugía con las mismas garantías oncológicas y con un mejor aprovechamiento tecnológico de las posibilidades de la vía laparoscópica convencional.

V-060. COLGAJO MIOCUTÁNEO DE RECTO ABDOMINAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN PERINEAL TRAS INTERVENCIÓN DE MILES CILÍNDRICA EN PRONO-NAVAJA

M. Frasson, A. Correa, M. Adriánzén, A. García-Granero, C. León, B. Flor-Lorente, P. Esclapez, S. Campos, J.M. Márquez y E. García-Granero

Unidad de Coloproctología, Hospital Clínico, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: El fallo de cicatrización del periné tras la amputación del recto abdomino-perineal (AAP) se sitúa alrededor del 30%, sobre todo en pacientes sometidos a quimio-radioterapia preoperatoria (QRTP). En el sexo femenino la posible resección extendida a la vagina desencadena con frecuencia una fistula periné – vaginal con la consecuente morbilidad.

Objetivos: Demostrar la utilidad de la reconstrucción del periné mediante el colgajo miocutáneo de recto abdominal.

Caso clínico: Paciente de 63 años que debutó con un cáncer de recto entre 5 y 10 cm desde el margen anal, estenosante, complicado con absceso supraneuronal e isquiorrectal fistulizado al periné que requirió drenaje perineal y colostomía laparoscópica de urgencia. La estadificación con TAC y RM demostró tratarse de un cT4N + M0 con afectación inflamatoria o tumoral del músculo pubo-rectal y del teórico margen de resección circumferencial. Tras discusión del caso en el Grupo Multidisciplinar se indicó QRTP y AAP con reconstrucción plástica del periné. La paciente se sometió a QRTP con buena respuesta de regresión objetivada por RM. Seis semanas después se realizó en posición de Lloyd-Davies la escisión total del mesorrecto y la preparación del colgajo miocutáneo del recto del abdomen. El cierre de la laparotomía se realizó con malla de propileno en la parte superior, abandonando el recto disecado y el colgajo en cavidad pélvica. Para el tiempo perineal se colocó el paciente en posición prono-navaja, se realizó la escisión rectal de forma cilíndrica con resección amplia de los elevadores, extendida a una porción de la pared posterior de la vagina y a la grasa isquiorrectal de la zona previamente fistulizada. La reconstrucción del periné se realizó exteriorizando el colgajo miocutáneo. La vagina suturada fue protegida con la parte inferior del colgajo cutáneo desepitelizado.

Resultados: La intervención se realizó en seis horas; la paciente no presentó ninguna complicación postoperatoria y fue dada de alta a los 7 días. Anatomía patológica final: T3N0 con borde circumferencial, margen distal y esfínteres libres. El vídeo muestra también el resultado plástico a las seis semanas desde la intervención.

Conclusiones: El colgajo miocutáneo de recto abdominal es factible en su realización y parece indicado en pacientes con tumor del recto distal localmente avanzado que precisen resecciones ampliadas especialmente a la vagina, que potencialmente comprometan la cicatrización del periné.

OBESIDAD MÓRBIDA

V-069. INTUSUSCEPCIÓN: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y DOLOR ABDOMINAL CÓLICO TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

M. Frutos, J. Luján, Q. Hernández, P. Pastor, A. García, E. Romera, M. Maestre, J. Abrisqueta, G. Valero, J. Gil y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La intususcepción en adultos es rara y usualmente está asociada a una causa orgánica que actúa como cabeza de invaginación. Tras la cirugía de bypass gástrico una causa rara y curiosa de obstrucción de intestino delgado es la intususcepción retrograda del intestino delgado por debajo de la enteroanastomosis, siendo característica la ausencia de causa orgánica. Sólo existen unos 40 casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 31 años intervenida de obesidad mórbida en marzo 2006 realizándose bypass gástrico por laparoscopia sin complicaciones. A los 2 años de la intervención comienza con crisis de dolor abdominal tipo cólico autolimitadas que se hacen

de mayor intensidad y repetidas en el tiempo. La paciente había perdido el 100% de su exceso de peso y su IMC bajo de 47 a 22. A la exploración abdominal presentaba sensación de masa palpable en mesogastrio y el TAC abdominal reveló una intususcepción de intestino delgado con la típica imagen en diana a varios niveles por debajo de la enteroanastomosis. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica por laparoscopia encontrándose varios segmentos de intestino delgado bajo la enteroanastomosis con invaginaciones que no causaban obstrucción proximal y que se redujeron sin problemas. Para prevenir una posible recurrencia se decidió realizar unión de las asas entre sí con sutura discontinua (intervención de Noble). En la actualidad la paciente se encuentra asintomática y con TAC de control normal.

Discusión: El dolor cólico abdominal de más de 4 meses de evolución en paciente sometido a cirugía bariátrica de bypass gástrico, obliga a estudio con TAC abdominal para descartar esta causa rara de obstrucción intestinal que es la intususcepción.

V-070. PERFORACIÓN Y MIGRACIÓN A COLON DE CATÉTER DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

M. Frutos, J. Luján, Q. Hernández, G. Valero, J. Abrisqueta, A. Bernabé, R. García, I. Abellán, M. Maestre, A. García y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La banda gástrica por laparoscopia es un procedimiento común en cirugía bariátrica para pacientes con obesidad mórbida y está asociada a una baja morbilidad. Las complicaciones relacionadas con el puerto y el catéter son consideradas como problemas menores en el seguimiento de estos pacientes pero la prevalencia oscila entre 4,3 y 24%. La migración del catéter al interior del colon es muy rara y sólo hay descritos 3 casos en la literatura.

Caso clínico: Mujer de 31 años con obesidad mórbida (IMC de 42) es intervenida en septiembre 2007 realizándose colocación de banda gástrica por laparoscopia sin complicaciones. Al mes de la intervención presenta infección de la herida de hipocondrio izquierdo a nivel del puerto. Se decide cambio y recolocación de puerto alejado de la infección. La paciente evoluciona bien y a los 9 meses salida de puerto a través de piel espontáneamente con signos de infección crónica. Se decide retirada de puerto subcutáneo y desconexión de catéter que se deja subcutáneo para ver evolución ya que la paciente ha perdido 30 kilos desde la intervención. La paciente mantiene la pérdida de peso, sin complicaciones. A los 6 meses acude por salida de catéter a través del ano, que secciona la paciente, sin presentar otra sintomatología. Se realiza TAC abdominal que informa de líquido entre asas a nivel de flanco izquierdo con dos pequeñas colecciones de 1,3 y 1,7 cm, con imagen de catéter a dicho nivel. Se decide intervención quirúrgica por laparoscopia, encontrándose peritonitis plástica difusa, se realiza retirada de banda gástrica y catéter, lavado de cavidad y se deja drenaje. No se evidenció perforación de la pared colónica, que probablemente cerró espontáneamente. La paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones y en la actualidad mantiene la pérdida de peso en 73 kg.

Conclusiones: El diagnóstico clínico de algunas complicaciones es difícil porque los síntomas son inespecíficos o ausentes como en este caso. La migración del catéter al interior del colon debe considerarse en los casos de infección prolongada o repetida del puerto subcutáneo, procediéndose a la retirada de la banda gástrica.

V-071. HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS Y ACTITUD QUIRÚRGICA ANTE EL DESLIZAMIENTO AGUDO DE BANDA GÁSTRICA

M. Frutos, J. Luján, Q. Hernández, G. Valero, J. Gil, J. Abrisqueta, A. García, M. Maestre, P. Pastor, R. García y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La colocación de banda gástrica por laparoscopia como tratamiento de la obesidad mórbida es una técnica efectiva y segura. La complicación mayor más significativa es el deslizamiento de la banda gástrica. Esta situación conlleva una obstrucción gástrica, a veces parcial pero ocasionalmente completa. Aunque rara vez, esta situación de distensión extrema puede comprometer el aporte de flujo sanguíneo e incluso provocar necrosis del reservorio.

Caso clínico: Entre junio 2006 y marzo 2010, 164 pacientes han sido intervenidos de obesidad mórbida realizándose colocación de banda gástrica por laparoscopia según la técnica de "pars flácida". El 81% eran mujeres y el 19% varones con una edad media de 39 años (14-73) y un IMC de 42 + 14,8 (35-78). El porcentaje de deslizamiento agudo que precisó de intervención quirúrgica urgente fue del 6,7% (n = 11). En 7 casos se realizó retirada de banda en primer tiempo y en 4 de ellos recolocación de la banda gástrica, de los cuales 2 precisaron posteriormente retirada de la banda. Se presenta un vídeo con los hallazgos más significativos del deslizamiento agudo y retirada de banda gástrica y la técnica quirúrgica de recolocación de la banda.

Discusión: La banda gástrica está asociada a un rango de complicaciones perioperatorias muy bajo y el deslizamiento ocurre entre el 0,6 y 20 %. Entre las causas se han descrito el tamaño de la banda, hábitos alimenticios y detalles técnicos. Para su diagnóstico se utiliza el tránsito con gastrografín, siendo necesario desinflar la banda inmediatamente. Si la intolerancia alimentaria persiste, la banda debe ser retirada o bien recolocada, cuando el paciente presenta una pérdida adecuada de peso y está contento con su intervención.

V-072. CRUCE DUODENAL SIMPLIFICADO POR LAPAROSCOPÍA CON LIGADURA DE LA ARTERIA GÁSTRICA DERECHA

L. Secanella Medayo, J. Pujol Gebelli, A. García Ruiz de Gordejuela y C. Masdevall Noguera

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El cruce duodenal es una de las técnicas quirúrgicas bariátricas más complejas. Presenta excelentes resultados en el control ponderal y de las comorbilidades y con buena calidad de vida a corto y medio plazo. La ligadura de la arteria gástrica derecha facilita la realización de una anastomosis duodenal ileal sin tensión y sin riesgo de defecto de vascularización de la sutura.

Material y métodos: En este vídeo se presenta la realización de un cruce duodenal simplificado por laparoscopia con ligadura de la arteria gástrica derecha. Se inicia la disección del antro y de la primera porción duodenal abordando la sección de la arteria gástrica derecha desde la cara posterior del estómago. Este abordaje permite seccionar la arteria en su raíz y no comprometer la vascularización del muñón duodenal ni de la anastomosis duodeno ileal. Posteriormente se muestra la realización de la tubulización gástrica. Tras el contaje de las asas desde el ileon

distal se marca una asa común de 1 metro y una alimentaria de 2 metros. Se realiza una anastomosis duodeno ileal antecólica término-lateral manual. A continuación se realiza el pie de asa. Finalmente se realiza el cierre del orificio de los mesos y del Petersen.

Conclusiones: El cruce duodenal por laparoscopia es una técnica quirúrgica compleja. La ligadura de la arteria gástrica derecha facilita realizar una anastomosis sin tensión sin comprometer su vascularización.

PARED ABDOMINAL Y SUTURAS

V-061. UTILIDAD DE LAS MALLAS BIOABSORBIBLES COMO ALTERNATIVA QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA DE LAS MALLAS DE POLIPROPILENO

J. López Monclús, N. Palencia García, D.A. Melero Montes, L.A. Blázquez Hernando, R. Barriga Sánchez, A. Galván Pérez, E. González González, A. Cruz Cidoncha, A. Rodín Valle de Lersundi, A. Aguilera Velardo y M.A. García Ureña

Hospital del Henares, Coslada.

Objetivos: Demostrar la utilidad de las mallas de polímeros bioabsorbibles en el tratamiento de la infección crónica de las mallas de polipropileno.

Pacientes y métodos: Caso 1: varón de 58 años de edad, con antecedentes de HTA en tratamiento y hernioplastia umbilical en el año 2004 con malla de polipropileno. Presenta supuración crónica umbilical desde la cirugía. En ecografía preoperatoria se evidencia imagen anecoica de 6 mm a nivel umbilical compatible con colección, sin demostrarse conexión de la misma con la cavidad abdominal. Los cultivos obtenidos son positivos para gérmenes colonizadores de piel. Caso 2: mujer, 79 años de edad, con antecedentes de HTA en tratamiento, cirugía de hernia de hiato y eventroplastia de urgencias por eventración incarcerada en el año 2009 con malla de polipropileno. Presenta supuración crónica cicatricial desde la cirugía. En TC se evidencian cambios postquirúrgicos en pared abdominal anterior con dos colecciones subcutáneas y una colección abscesificada que se encuentra en íntimo contacto con la cavidad peritoneal y un asa de intestino delgado aunque sin demostrarse claras fistulas. Los cultivos son positivos para gérmenes colonizadores de piel. En ambos casos se propone realizar extirpación de la malla no integrada de polipropileno y su sustitución mediante eventroplastia con malla de ácido píclico y carbonato de trimetileno.

Resultados: En el primer caso se realiza eventroplastia en espacio retromuscular fijada con monofilamento reabsorbible a largo plazo. En el segundo caso se realiza eventroplastia mediante separación de componentes y refuerzo con malla preperitoneal y supraponeurótica. El postoperatorio en ambas cirugías cursa sin incidencias y a los 6 meses de la cirugía ninguno de ellos presenta signos de recidiva herniaria.

Conclusiones: Las mallas compuestas de polímeros sintéticos bioabsorbibles proporcionan una matriz estructural para regeneración tisular con tejido nativo; su entramado tridimensional permite la invasión y sustitución del polímero por colágeno tipo I. Estos polímeros sufren una degradación completa a los 6 meses de su implantación por medio de enzimas hidrolíticas. De acuerdo con estas características, estas mallas aportan una clara ventaja en ambientes contaminados, como puede ser el caso de mallas de polipropileno con infección crónica. En nuestra experiencia, su uso es seguro y efectivo.

V-062. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMOR DESMOIDE GIGANTE MESENTÉRICO Y DE PARED ABDOMINAL EN PACIENTE CON POLIPOSISS ADENOMATOSA FAMILIAR

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

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

Introducción: La fibromatosis agresiva es una neoplasia benigna que nace de tejido fascial o musculoaponeurótico. Estos tumores carecen de cápsula, infiltran a lo largo de los planos fasciales e invaden las estructuras musculoaponeuróticas adyacente. Los tumores desmoides extraabdominales (de pared abdominal) o intraabdominales pueden presentarse esporádicamente o en el seno de una poliposis adenomatosa familiar.

Caso clínico: Este vídeo detalla la presentación de un varón de 32 años afecto de un tumor desmoide intra y extraabdominal recidivante. Había sido sometido a una rectosigmoidoscopia a los 22 años, momento en el que se le diagnostica de adenomatosis colónica múltiple. Entonces fue sometido a una colectomía subtotal profiláctica con anastomosis ileorrectal. Un TC abdominal reveló la presencia de un tumor desmoide gigante mesentérico asociado a un tumor desmoide de la pared abdominal. El tumor había invadido y se había adherido íntimamente a la vejiga, ambos uréteres, aorta y vasos ilíacos.

Resultados: Se llevó a cabo una resección de ambos tumores asociada a resección intestinal preservando los 100 cm de yeyuno inmediatamente distales al ángulo de Treitz. El defecto de pared resultante se reconstruyó con un injerto miocutáneo del dorsal ancho. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de tumor desmoide. El paciente evolucionó favorablemente, con una evidente mejoría de su calidad de vida. Tres años tras la intervención, el paciente falleció a causa de una sepsis con fallo multiorgánico.

V-063. MALLA AUTOADHESIVA POR VÍA PREPERITONEAL ABIERTA (NYHUS MODIFICADO): EXCELENTE SIMPLIFICACIÓN TÉCNICA

D. Dávila Dorta, M. Oviedo Bravo, J. Puche Plá, M. Bruna Esteban, G. Martín Martín, C. Mulas Fernández, R. Villalba Caballero, M. Lorenzo Liñán, B. Tormos Tronqual y J.V. Roig Vila

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: Desde que Nyhus popularizó el abordaje preperitoneal posterior para tratar las hernias de la ingle, se ha establecido como "dogma" la colocación de una malla en la pared inguinal posterior. Al principio sin fijación, luego con puntos, grapas, takers o pegamentos y, últimamente con la malla autoadhesiva (Parietene Progrip®, Covidien), diseñada para la reparación de las hernias por vía anterior, y que aprovechamos, como primicia técnica, para implantarla sistemáticamente en nuestra técnica tipo Nyhus modificado, motivo de este vídeo.

Material y métodos: Desde febrero 2009 a marzo 2010 han sido operados 82 pacientes consecutivos, sin selección del tipo de hernia o grado de complejidad. Las características epidemiológicas del grupo son similares a la de nuestra serie "histórica". La única variable técnico-diferencial es, ahora, el empleo de una malla autoadhesiva (Parietene Progrip®) tal como se observa y explica en este vídeo: Expuesto el espacio de Bogros a través de una incisión transversa en piel y hoja anterior del m. recto, se identifican, disecan y abandonan el/los sacos herniarios, reconstruyendo la

ingle mediante dicha malla, cuya cara "adherente" protegemos con su propia envoltura ("celofán"), recortada y adaptada para su colocación y centrado en la pared inguinal posterior; momento en que es extendida con nuestros dedos, sobre pasando un par de cm al ligamento de Cooper. En ese momento se retira el "celofán" por tracción proximal, quedando la malla inmediatamente adherida y extendida sobre toda la pared inguinal posterior. El cordón queda casi siempre parietalizado, salvo si es grueso, o el orificio inguinal interno, amplio: se le rodeará con la pequeña "solapa" ya establecida en la malla. No hay que reposicionarla, por lo que esta implantación es muy rápida: en 10-15 segundos ¡ya está fijada! Su extremo superior se aloja, como siempre, entre los bordes de la aponeurosis incisa del m. recto y éste, a los cuales se le sutura (monofilamento continuo reabsorbible de 3/0). Se acaba con el cierre del subcutáneo y piel. El seguimiento es directo –personal- en consultas externas, y de momento cada 3 meses.

Resultados: La preparación para colocarla es muy rápida y la fijación, aún más. Puede consumir menos de 1 minuto, y en la mujer, menos aún; añadiendo un par de minutos para el alojamiento y fijación proximal. La serie es muy corta y la evolución postoperatoria también (1 año, el conjunto). Por el momento ninguna complicación local digna de mención, ningún reingreso, 1 dolor de testes en una hernia bilateral de un paciente "muy sensible" que desaparece a la 3^a semana sin analgesia y una infección superficial de herida. El dolor postoperatorio está en estudio (es menor del habitual: menos analgesia domiciliaria 1-3 días). Ninguna recidiva (a corto plazo). Estancia media 16 ± 4h.

Conclusiones: La malla Parietene Progrip® colocada por vía posterior preperitoneal con nuestra técnica (Nyhus modificado), sorprende por la sencillez, la rapidez y por la impresión de "fortaleza" en su fijación y seguridad en su posición posterior preperitoneal. Por el momento, salvo 1 infección superficial de herida, no hay complicaciones dignas de mención.

V-064. RESECCIÓN DE LOS NERVIOS DE LA REGIÓN INGUINAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO POSTHERNIOPLASTIA

M.A. García Ureña, P. López Quindós, J. López Monclús, L.A. Blázquez, R. Barriga Sánchez, E. González González, A. Galván Pérez, A. Robín Valle de Lersundi, A. Cruz Cidoncha, D. Melero Montes y N. Palencia García

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: Despues de la cirugía de la hernia inguinal, hay un pequeño porcentaje de pacientes que desarrollan dolor crónico incapacitante. La mejor opción quirúrgica actual parece ser la exploración inguinal con neuronectomía asociado o no a la extirpación de la malla previa.

Caso clínico: Varón de 51 años que fue operado dos años atrás de una recidiva herniaria con una malla de polipropileno. Casi de forma inmediata tras la cirugía el paciente experimentó un importante dolor en región inguinal. Tras dos años de tratamiento conservador adecuado, incluyendo clínica del dolor, rehabilitación y valoración traumatólogica, el paciente fue referido a nuestra consulta. El paciente tenía un dolor importante e invalidante. La exploración descartaba la presencia de recidiva herniaria. El bloqueo de los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico a nivel de la espina iliaca calmaba el dolor. Se realizaron una ecografía y una tomografía computarizada que no revelaron alteraciones significativas. El paciente aceptó la reintervención.

Resultados: Se realizó anestesia raquídea en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Tras identificar el cordón y la aponeurosis del oblicuo mayor se observó una cicatriz de una malla plana colocada en el plano de Lichtenstein. El nervio iliohipogástrico se identificó entre las fibras musculares del oblicuo menor y se

siguió su trayecto hasta enterrarse en la cicatriz de la malla. La parte superior de la malla fue levantada para buscar e identificar el nervio ilioinguinal. La rama genital del nervio genitocrural fue hallada en la salida del cordón. Se resecaron los nervios proximalmente y se ligaron con seda los extremos proximales, enterrándose entre las fibras musculares. La malla fue resecada parcialmente. En la anatomía patológica se observó un neurofibroma. El paciente fue dado de alta el mismo día de la cirugía y tras 15 meses se encuentra asintomático.

Conclusiones: La triple resección de los nervios del canal inguinal puede beneficiar a estos pacientes con dolor crónico tras cirugía de la hernia inguinal. Este procedimiento puede realizarse con anestesia raquídea y en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

V-065. EVENTROPLASTIA PREPERITONEAL CON MALLA DE BAJA DENSIDAD EN LA EVENTRACIÓN SUBCOSTAL DERECHA

M.A. García Ureña, M. Moral, Á. Robín Valle de Lersundi, E. González González, D. Melero Montes, R. Barriga Sánchez, N. Palencia García, L. Blázquez, J. López Monclús, A. Cruz Cidoncha y A. Galván Pérez

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: Existe poca evidencia científica sobre cuál es el tratamiento quirúrgico más adecuado para el tratamiento de las eventraciones subcostales. Existe consenso uniforme en que es necesario el empleo de biomateriales con buenos resultados tanto en cirugía laparoscópica como en cirugía abierta convencional.

Caso clínico: Varón operado previamente de colecistectomía con una eventración importante que afecta a la cicatriz de la incisión subcostal. Tras el estudio de la anatomía quirúrgica mediante tomografía computarizada se ofreció al paciente la cirugía abierta como opción terapéutica.

Resultados: Se realizó anestesia general y la exploración puso de manifiesto una importante hernia ventral que afectaba a todos los planos de la musculatura lateral. La disección pudo realizarse de forma satisfactoria en el plano preperitoneal pudiendo identificar con claridad los planos musculares afectados. En la parte lateral se realizó disección hasta la fascia lumbar y en el plano superior hasta el plano subcostal. En este caso el borde del defecto se superó en más de 8 cm en todos los sentidos y se fijaron con puntos sueltos intercostales en la parte superior. Recordemos que esta situación anatómica carecemos de la aponeurosis de inserción del oblicuo mayor. El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio y el seguimiento de 4 meses el paciente se encuentra sin recidiva con una pared íntegra.

Conclusiones: La eventroplastia con malla de polipropileno en el espacio preperitoneal es una técnica que lleva mayor tiempo de disección pero permite alojar en un espacio idóneo el biomaterial. Insistimos en la necesidad de superar los márgenes con suficiente amplitud.

V-066. HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL POR VÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON PROSTATECTOMÍA PREVIA. ¿EXISTE INDICACIÓN PARA EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO?

J. Bellido Luque, J. Gómez, J.M. Suárez Grau, J. Guadalajara Jurado, I. Durán Ferreras, R. Moreno Romero y E. Ruiz Lupiáñez

Hospital de Riotinto, Huelva.

Introducción: Actualmente la cirugía laparoscópica de la hernia inguinal está totalmente establecida en la práctica clínica

diaria. Las principales indicaciones para el manejo laparoscópico de la hernia inguinal son la bilateralidad, la hernia inguinal recidivada, aquellos pacientes laboralmente activos que deseen reincorporarse rápidamente a su trabajo, y en patologías concomitantes de corrección laparoscópica. En aquellos pacientes con cirugía infraabdominal previa, la contraindicación es relativa, siendo factible la corrección laparoscópica. Sin embargo, en pacientes con prostatectomía previa, el espacio preperitoneal ya ha perdido su inviolabilidad, apareciendo adherencias preperitoneales que hacen muy difícil su corrección laparoscópica.

Caso clínico: Paciente de 45 años que acude a consulta por molestias inguinales bilaterales y sensación de nodulación bilateral inguinal. Tiene con antecedente previo una prostatectomía por vía laparoscópica por adenoma prostático intervenido por su tamaño y la clínica que presentaba el paciente. Durante la exploración abdominal se identifica una hernia inguinal bilateral, ambas reductibles y sin compromiso y se propone para corrección laparoscópica. En este tipo de pacientes, la herniplastia laparoscópica es factible aunque con un alto nivel de complejidad dada la intensa fibrosis que aparece en el espacio preperitoneal de Retzius por la cirugía previa. El abordaje transabdominal preperitoneal es el usado en este caso dada la menor complejidad que presenta en comparación con el preperitoneal puro. Tras la apertura preperitoneal se seccionan las innumerables adherencias y fibrosis preperitoneales, precisando un mayor tiempo operatorio para la confección de dicho espacio. Tras identificar ligamento de Cooper y ambos defectos herniarios, se procede a su reducción y colocación de malla tridimensional fijada con Tissucol para disminuir en la medida de lo posible el dolor postoperatorio. El último gesto quirúrgico es el cierre peritoneal con sutura continua reabsorbible.

Conclusiones: El uso del abordaje laparoscópico en la hernia inguinal está cada vez más extendido por las ventajas que aporta sobre la cirugía convencional. Hasta hace poco tiempo, en pacientes con prostatectomía previa, la corrección laparoscópica de la hernia inguinal era una contraindicación absoluta. Sin embargo, a medida que se tiene más experiencia, la contraindicación pasa a ser relativa, y por tanto factible, como se demuestra en este vídeo, pero con un alto índice de complejidad y elevado tiempo quirúrgico.

V-067. EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE HERNIA INCISIONAL LUMBAR

E. Martín Martín, A. Gómez Portilla,
E. López de Heredia Armentia, L.A. Magrach Barcenilla,
I. Cendoya Ansola, J. Muriel López, E. Romero Pujana,
J. Barros Ingerto, A. Lirola Maturana,
E. Palacios Bazán y J. López de Torre

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: Los defectos herniarios lumbares constituyen una patología infrecuente, presentándose según su localización anatómica a nivel del cuadrilátero lumbar superior (Grynfeltt-Leshalft), en el triángulo lumbar inferior (Petit) ó de forma difusa. Las hernias lumbares se dividen por su etiología en dos grupos: congénitas y adquiridas. Las hernias lumbares adquiridas a su vez se subdividen en primarias o idiopáticas y en secundarias (por trauma, infección ó postquirúrgicas incisionales). Describimos el abordaje laparoscópico para reparar una hernia incisional lumbar del cuadrilátero superior de Grynfeltt en una mujer de 52 años con antecedente de cirugía renal por absceso 22 años antes.

Caso clínico: Mujer de 52 años con antecedentes de hipotiroidismo, appendicectomía y lumbotomía por absceso renal derecho a los 30 años, que presenta clínica de bultoma y molestias locales a nivel de la herida quirúrgica. En TAC se objetivó adelgazamiento de la musculatura paraespinal derecha, con herniación posterior del riñón a nivel del cuadrilátero de Grynfeltt. Se interviene quirúrgicamente mediante abordaje laparoscópico y acceso transperitoneal en decúbito lateral izquierdo. Utilizamos un trócar de 10 mm a nivel umbilical, y otros dos trócares de 5 mm, uno a nivel de la línea media clavicular y otro equidistante entre el ombligo y el xifoides. Tras adhesiolisis, se diseña el defecto herniario a nivel del espacio lumbar superior por el que se objetiva herniación del riñón derecho. Se realiza eventroplastia con malla de Composix® de 10 × 15 cm de diámetro que se fija con tacker metálicos (Protack®).

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio siendo dada de alta hospitalaria a las 24 horas. En los controles durante el primer año no se objetiva recidiva.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de las hernias lumbares permite la exacta localización del defecto anatómico, evitando la necesidad de una amplia disección de la zona lumbar. A esto se asocia las conocidas ventajas que el abordaje laparoscópico conlleva: menor dolor postoperatorio y disminución del riesgo de infección de la herida. Lo que junto a una estancia hospitalaria más corta y un mejor resultado cosmético, nos permite considerar esta técnica quirúrgica de elección en este tipo de hernias.

V-068. EVENTROPLASTIA SUBCOSTAL DERECHA LAPAROSCÓPICA

M.I. Rivadulla Serrano, P. Priego Jiménez, D. Martínez Ramos, J. Escrig Sos, J.M. Daroca José, G. Paiva Coronel, C. Fortea Sanchis y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón.

Objetivos: El tratamiento laparoscópico de las eventraciones representa una alternativa válida y segura a la reparación abierta. Nuestro objetivo es describir la técnica quirúrgica empleada en nuestro servicio.

Caso clínico: Mujer de 60 años que, tras una colecistitis, desarrolla una eventración de 8 × 9 cm en el extremo externo de la laparotomía subcostal. Se decide practicar una eventroplastia subcostal laparoscópica. Para ello, se coloca al paciente en decúbito supino con el brazo izquierdo unido al cuerpo, cirujano y ayudante a la izquierda del paciente y la torre de laparoscopia con el monitor de televisión a la derecha. Se realiza un acceso abierto con un trócar de Hasson infraumbilical de 10 mm para la óptica y se colocan dos trócares, uno de 12 mm en HI y otro de 5 mm en FID. Tras explorar la cavidad abdominal, se procede a la liberación de adherencias y reducción del saco herniario. A continuación se identifican los bordes de la eventración desde el exterior con ayuda de una aguja intramuscular dibujando en la piel el límite del defecto. Además, se marcan los límites del anclaje de la malla sobre pasando el defecto 5cm en todas sus direcciones. Se mide con una regla estéril y se elige una malla de MICROVAL de 15 × 22 cm. Se comprueba en el interior si es posible el anclaje, en este caso debe ampliarse la adhesiolisis. Se prepara la prótesis, marcando los 4 puntos cardinales en la cara parietal de la prótesis. Se introduce la prótesis enrollada por el trócar de 12 mm. Una vez en el interior se extiende asegurando que la cara parietal, de polipropileno, está en contacto con el defecto, y se fija con los 4 puntos de referencia de la malla atravesando la pared con la ayuda de una aguja de Re-verdin. Por último, se fija con una doble corona de tackers, la primera en el borde externo de la prótesis, a intervalos de 1 cm, y la segunda hilera en los márgenes de la eventración. Se cierra la

aponeurosis de los trócares de 12 mm y del de Hasson. Se mantiene un vendaje compresivo durante 48h utilizando una faja de contención abdominal durante las 4 semanas siguientes.

Resultados: El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones. Inició tolerancia el día de la intervención, siendo dada de alta el siguiente. La paciente no ha presentado complicaciones como seromas, hematomas, infección o dolor. No hay evidencia de recidiva a los 4 meses de la intervención.

Conclusiones: Como cualquier técnica quirúrgica, la eventroplastia laparoscópica presenta una serie de contraindicacio-

nes. Si se respetan, el abordaje laparoscópico ha demostrado resultados superiores a la vía abierta porque evita sus desventajas, como son las disecciones parietales amplias y la colocación de drenajes. Todo esto conlleva una reducción del número de complicaciones postoperatorias. Asimismo, ofrece una visión completa de los defectos de la pared y posibilita la colocación de una prótesis intraperitoneal sin tensión. Consigue hospitalizaciones más cortas, reincorporaciones laborales más rápidas y, en manos experimentadas, acorta el tiempo quirúrgico.