
CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

COMUNICACIONES ORALES

O-019. EXPERIENCIA INICIAL CON EL CIERRE PRIMARIO DEL COLÉDOCO SOBRE PRÓTESIS ENDOPAPILAR TRAS LA EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS POR LAPAROSCOPIA

D. Díaz Gómez, P. Parra Membrives, D. Martínez Baena, M. Márquez Muñoz, J.M. Lorente Herce y V. Pino Díaz

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

Objetivos: La exploración laparoscópica de la vía biliar principal (ELVBP) durante una colecistectomía constituye una opción terapéutica válida para los pacientes con colecisto-coledocolitiasis (CCL). El cierre coledociano sobre tubo en T se asocia a un mayor número de complicaciones tras una laparoscopia que tras laparotomía, por lo que se han ensayado alternativas, entre ellas la coledocorrafia sobre prótesis endopapilar. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica por laparoscopia.

Material y métodos: Entre enero de 2009 y febrero de 2011 intervenimos 29 pacientes de CCL, cerrando la vía biliar sobre una prótesis pasada a través de la papila. En 28 de ellos el diagnóstico se hizo antes de la intervención (CRNM 65,51%, ecografía 20,68% o TAC 6,89%). En el 17,24% coexistía obesidad y en otro 17,24% antecedentes de cirugía abdominal. La forma de presentación más frecuente fue la ictericia (68,96%) y la mayoría de los pacientes tuvieron un riesgo ASA II (44,82%) o III (37,93%). Se extrajeron 3,96 (1-44) cálculos por paciente empleando solo irrigación en el 20,68%, y en el resto instrumentación (catéter de Fogarty en el 58,62% y/o cestilla de Dormia por el coledocoscopia en el 31,03%). Verificamos la ausencia de litiasis residual mediante coledocoscopia en el 93,10% de las intervenciones y en el resto por colangiografía. En todos los casos se introdujo una prótesis plástica por la coledocotomía hasta superar la papila, comprobándose su emplazamiento mediante endoscopia (65,51%) o colangiografía (34,49%). Cerramos el colédoco y finalizamos la

intervención con la colecistectomía. La prótesis fue retirada por endoscopia a partir de la tercera semana de postoperatorio, de forma ambulatoria.

Resultados: Operamos 19 mujeres y 10 hombres de $62,55 \pm 15,28$ años que permanecieron ingresados una mediana de 5 días (1-57). La duración de las intervenciones fue de $190,96 \pm 56,52$ minutos. Siete sufrieron algún tipo de complicación quirúrgica: cuatro fugas biliares, un absceso de herida, un absceso intraabdominal y una lesión diatérmica del colédoco. Todas las fugas biliares se resolvieron de forma espontánea, vehiculizadas por los drenajes colocados sistemáticamente durante la intervención. La lesión por diatermia consistió en otra fuga biliar, que motivó la única reintervención de la serie y una CPRE para su resolución. Otros 4 pacientes tuvieron alguna complicación médica: 3 pirosis de origen no aclarado y autolimitadas y un derrame pleural. Solo tuvimos un reingreso y un solo caso de recidiva de los cálculos biliares, 16 meses después de la intervención. En el 41,38% de los casos la prótesis fue expulsada de forma espontánea y no encontramos complicaciones asociadas a la misma, su expulsión o su retirada endoscópica.

Conclusiones: El cierre coledociano sobre prótesis endobiliar tras la ELVBP constituye una técnica alternativa al cierre sobre tubo en T, que evita sus complicaciones asociadas por laparoscopia, especialmente a su retirada. La técnica permite la limpieza de la vía biliar en un solo tiempo junto a la colecistectomía, manteniendo los beneficios de las técnicas de invasión mínima. Si bien tuvimos un 13,79% de fugas biliares, estas se resolvieron sin gestos o problemas añadidos para los pacientes, al quedar bien vehiculizadas por los drenajes.

O-020. INFLUENCIA DE LA VÍA DE ABORDAJE (ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA) EN LA FRECUENCIA Y TIPO DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (SSI) POSTAPENDICECTOMÍA

J.M. Aranda Narváez, B. García Albiach, T. Prieto-Puga Arjona, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La aceptación del abordaje laparoscópico en la apendicitis aguda ha mostrado como principal ventaja una significativa reducción de las tasas de SSI parietal. Sin embargo, aún siguen surgiendo estudios aleatorizados y datos de metaanálisis que subrayan una mayor incidencia de SSI de órgano/espacio (O/E) asociada a la vía laparoscópica, manteniendo viva una problemática basal. Esta asociación resulta especialmente destacable en estadios evolucionados de la patología apendicular. Presentamos los resultados de un estudio para evaluar la incidencia y el perfil de la SSI postapendicectomía en relación con la vía de abordaje (abierto -AA- vs laparoscópica -AL-).

Material y métodos: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas. Población y ámbito: pacientes intervenidos

por sospecha de apendicitis aguda durante un periodo de 4 años (2007-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (N = 868). Criterios de exclusión: población pediátrica (intervenidos en otro centro). Subdivisión en dos grupos en base a la variable predictora principal, la vía de abordaje para la apendicectomía (AL, grupo de estudio, n1 = 135; AA, grupo control, n2 = 733), definida por el cirujano principal. Variable resultado: SSI, definida y clasificada en base a los criterios del Center for Disease Control and Prevention (CDC), incluyendo seguimiento a 30 días, considerando tres supuestos: 1) SSI global; 2) SSI parietal (superficial y profunda); 3) SSI de órgano o espacio (O/E). Se estratificó el riesgo infeccioso mediante el cálculo del índice National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) del CDC y subclasificando las cohortes en NNIS de bajo (OE, 0 y 1) y alto (2 y 3) riesgo. Análisis estadístico: software SPSS. Resultado principal con test de la χ^2 , estratificando por NNIS de bajo y alto riesgo, aceptando significación estadística con $p < 0,05$ y definiendo como mejor parámetro de riesgo global la Odds de Mantel-Haenszel (OR M-H) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Estimadores globales concordantes con grandes series. Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a edad y sexo. La SSI global de la muestra fue del 13,6% (más de la mitad detectadas en el seguimiento tras el alta), distribuidas del siguiente modo: AA: 13,5% (superficial 9,3%, profunda 2,2%, O/E 2%); AL: 13,9% (superficial 5,2%, profunda 0,7%, O/E 8,1%) (global: ns; distribución: $p < 0,000$). El resultado del análisis estratificado se refleja en la tabla.

Conclusiones: No existen diferencias en cuanto a la tasa de SSI global postapendicectomía en función de la vía de abordaje abierta o laparoscópica. Sin embargo, la vía abierta conlleva un significativo mayor riesgo de SSI parietal y la vía laparoscópica de SSI O/E. Esta asociación es especialmente evidente en pacientes con NNIS de alto riesgo.

O-021. APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: NUESTRA EXPERIENCIA. ESTUDIO DE UNA SERIE DE 843 PACIENTES INTERVENIDOS EN NUESTRO SERVICIO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

J.L. García Calleja, J.A. Fatás Cabeza, R. Ferrer Sotelo, S. Borlán Ansón, F. Besharat Elena Gonzalvo, A. García García, J.L. Blas Laina, J. Resa Bienzobas, J. Lagos Lizán, M. Valero Sabater y J. Solano Murillo

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Introducción: La apendicitis aguda es uno de los cuadros clínicos más frecuentes en la patología quirúrgica. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de esta patología mediante cirugía laparoscópica.

Material y métodos: Entre junio de 2000 y octubre de 2010 se han realizado en nuestro Servicio 1.020 apendicectomías. En 177 casos (17,35%) se practicó laparotomía, mientras que 843 (82,64%) se abordaron por laparoscopia. Presentamos un estu-

	NNIS	Vía	SSI no	SSI sí	P y OR (IC95%) por estratos (AA vs AL)	P y OR M-H (IC 95%) global (AA vs AL)
SSI parietal (superficial y profunda)	Bajo	AA	555 (93%)	42 (7%)	$p < 0,68$; OR 0,8 (0,3-2)	$p < 0,01$; OR M-H 0,4 (0,1-0,8)
		AL	95 (94%)	6 (6%)		
	Alto	AA	53 (56%)	42 (44%)	$p < 0,001$; OR 0,1 (0,02-0,4)	
		AL	24 (92%)	2 (8%)		
SSI O/E	Bajo	AA	586 (98%)	11 (2%)	$p < 0,06$; OR 2,7 (0,9-8)	$p < 0,001$; OR M-H 4,3 (1,9-10)
		AL	96 (95%)	5 (5%)		
	Alto	AA	92 (97%)	3 (3%)	$p < 0,001$; OR 9,2 (2,1-40)	
		AL	20 (77%)	6 (23%)		

dio retrospectivo, incidiendo en los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico laparoscópico.

Resultados: Los 1.020 pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda, eran mayores de 13 años. 617 hombres (60,5%) y 403 mujeres (39,5%). La edad promedio fue 36,1 años (rango: 13-89). Se solicitó ECO y/o TC en 529 (51,86%). En 944 (92,5%) el diagnóstico fue correcto. De los 72 casos de error diagnóstico (7%), en 40 se detectó, en la exploración intraoperatoria, alguna patología que justificaba el cuadro y solo en 32 (3,13%) la exploración fue negativa. La evolución de la cirugía laparoscópica en nuestro Servicio ha experimentado un incremento exponencial, muy notable. Con respecto al presente estudio sobre apendicectomía laparoscópica, nuestros resultados son concluyentes: 2000-2002 (29,72%); 2003-2005 (83,26%) y a partir de 2006, prácticamente la totalidad de los pacientes (99%). Algunos parámetros han sido analizados por separado en el contexto de los dos tipos de cirugía realizada. **Laparotomías:** 177 casos (17,35%). Estancia media: 4,5 días (rango: 1-55). Tiempo quirúrgico medio: 36,5 min (rango: 15-100). Las complicaciones postoperatorias detectadas fueron un total de 21 (11,86% de la cirugía abierta) en 16 pacientes. Tres pacientes fueron reintervenidos: evisceración, perforación de ciego y shock séptico. Se constató un caso de éxitus en paciente anciano que falleció por TEP. **Cirugía laparoscópica:** 843 casos (82,64%). Vía de abordaje más utilizada (90%): trocar de Hasson periumbilical y dos trocres de trabajo: 5mm en hipogastrio y 12 mm en FII. Técnicas quirúrgicas realizadas: grapado-sección del mesoapéndice-base apendicular en 382 casos (45,31%); bisturí armónico para sección del mesoapéndice + lazada doble de la base en 174 casos (20,64%), practicándose con menor frecuencia otras variantes. El tiempo quirúrgico medio fue de 42 min (rango: 10-120). El 98,81% de los casos se pudieron resolver por vía laparoscópica y solamente en 10 pacientes (1,18%) fue necesaria la reconversión a cirugía abierta. Se detectaron complicaciones postoperatorias en 79 pacientes (9,37% de la cirugía laparoscópica), destacando: 22 abscesos intra-abdominales (7 se solucionaron con drenaje percutáneo y 13 curaron con antibióticos), 7 casos de hemorragia postoperatoria, 16 íleos paralíticos prolongados con resolución espontánea y 10 complicaciones de la heridas. La estancia media fue de 3,5 días. Precizaron reintervención quirúrgica en el postoperatorio un total de 13 pacientes (1,54%), de los cuales 6 se solventaron por abordaje laparoscópico.

Conclusiones: La apendicectomía laparoscópica es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de la apendicitis aguda. Puede utilizarse en cualquier paciente y los resultados obtenidos son muy satisfactorios. Además, tiene todas las ventajas que proporciona el abordaje laparoscópico con respecto a la cirugía tradicional y permite una elevada certeza diagnóstica, así como una alta rentabilidad terapéutica.

O-022. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR UN ÚNICO PUERTO VS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO. RESULTADOS PRELIMINARES

E. Herrero Fonollosa, M.I. García Domingo, J. Camps Lasa, L. Lázaro García, F. Simó Alari, A. Rodríguez Campos y E. Cugat Andorra

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la colecistectomía laparoscópica por un único puerto (CLUP) versus la colecistectomía laparoscópica convencional (CL) realizada en régimen ambulatorio. Se evalúa la morbilidad, la tasa de fracaso de ambulatorización y reingresos, los resultados cosméticos y el dolor postoperatorio.

Material y métodos: Desde octubre 2009 hasta abril de 2011 un total de 48 pacientes (15 hombres/33 mujeres) con una edad media de 47 años (23-70) fueron incluidos de forma prospectiva y aleatorizada en el programa de colecistectomía ambulatoria. Se realizó CLUP en 26 pacientes y CL en 22. Los criterios de exclusión fueron: obesidad con IMC > 30, hepatitis, alcoholismo, embarazo, pancreatitis aguda previa, colecistitis, historia de coledocolitiasis, cirugía previa en hemiabdomen superior o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica previa. La CL se realizó con cuatro puertos y en todos los casos el paciente fue colocado en posición francesa. Se utilizó bupivacaína 0,25% como anestésico local en todas las incisiones y se instiló en el espacio subfrénico derecho al final del procedimiento quirúrgico. Los pacientes iniciaron la ingesta oral y la movilización a las tres horas de la cirugía y fueron dados de alta hospitalaria entre 8 a 10 horas después de la intervención.

Resultados: No hubo ninguna conversión a cirugía abierta y en un caso se convirtió de CLUP a CL por dificultades técnicas. El tiempo quirúrgico promedio fue de 52 minutos (CLUP 58 min. vs CL 44 min.). Hubo una reintervención por una fuga biliar del lecho vesicular en el cuarto día postoperatorio en un paciente del grupo CLUP. Doce casos (25%) no pudieron ser dados de alta tras la intervención, cinco en el grupo CL (22%) y siete en el grupo CLUP (27%). La principal causa de no ambulatorización en ambos grupos fue la decisión del equipo quirúrgico. Un paciente del grupo CL reingresó por dolor abdominal a los 11 días que se autolimitó. No se ha observado ninguna diferencia en cuanto al dolor y las náuseas o vómitos, a las 24, 28 y 72 después de la cirugía.

Conclusiones: El CLUP es tan segura como la CL como procedimiento ambulatorio en el tratamiento de la coledocolitiasis en pacientes seleccionados. Aunque es una técnica más exigente, este procedimiento está disponible para un amplio número de cirujanos con experiencia previa en laparoscopia y acceso a los dispositivos adecuados.

O-023. CURVAS DE APENDIZAJE EN LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

C. Fortea Sanchis, J. Escrig Sos, D. Martínez Ramos, J.M. Daroca José, M.I. Rivadulla Serrano, G.A. Paiva Coronel, R. Queralt Martín, R. García Calvo y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana.

Objetivos: Estudiar la curva de aprendizaje del abordaje laparoscópico para el tratamiento de la apendicitis en facultativos especialistas y residentes de distintos grupos de edad, utilizándose como medida de calidad asistencial la tasa de abscesos intraabdominales postoperatorios.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes mayores de 14 años intervenidos por sospecha de apendicitis aguda, mediante abordaje laparoscópico, durante los años 2007, 2008 y 2009. Anteriormente a estas fechas este abordaje fue anecdótico en nuestro centro.

Para el análisis estadístico, se dividió a los cirujanos en 4 grupos: residentes, adjuntos de 30 a 40 años, de 41 a 50 años, y mayores de 50 años. Se identificaron los factores de riesgo independientes para abscesos postoperatorios mediante regresión logística (sexo, edad, empleo de drenaje, y estadio evolutivo de la enfermedad). Seguidamente, se calculó la probabilidad basal de absceso postoperatorio inherente a cada caso, o riesgo esperado, de acuerdo con dichos factores. Por último, con este dato se confeccionaron gráficas de control de procesos tipo CUSUM de riesgo ajustado (RA-CUSUM) para cada grupo de facultativos. El análisis estadístico fue realizado por intención de tratar.

Resultados: 533 pacientes padecieron síntomas y signos compatibles con apendicitis aguda, 289 de los cuales se intervinieron.

ron mediante abordaje laparoscópico. Veinte pacientes (7%) padecieron como complicación un absceso intraabdominal, 8 de ellos se diagnosticaron en el postoperatorio inmediato y 12 tras el alta hospitalaria. En las gráficas RA-CUSUM se observó inicialmente, y en los 4 grupos, que el nivel de aparición de abscesos fue superior al esperado, descendiendo de forma dispar en cada grupo a medida que se intervienen más casos. Así, los primeros en conseguir un nivel menor al esperado fueron los adjuntos de 30 a 40 años, que necesitaron unos 45 casos para conseguirlo, seguidos por los residentes con 55 casos. Los adjuntos de 40 a 50 años, con 30 casos realizados, aún se sitúan por encima del nivel esperado, por lo que no habrían completado su curva de aprendizaje al finalizar este estudio. Por último, los adjuntos mayores de 50 años se acercan a los niveles óptimos tras 67 casos realizados.

Conclusiones: El aprendizaje en el abordaje laparoscópico para la apendicectomía es costoso si se toma como referencia la aparición de abscesos postoperatorios. De este modo, para evitar y no favorecer dicha complicación es necesaria una curva de aprendizaje que puede llegar a ser larga y compleja en determinadas circunstancias. Iniciar la curva de aprendizaje durante el periodo de formación como especialista parece la medida más apropiada para mejorar los resultados.

O-024. APENDICETOMÍA LAPAROSCÓPICA FRENTE AL ABORDAJE ABIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA

C. Fortea Sanchis, J. Escrig Sos, D. Martínez Ramos, J.M. Daroca José, G.A. Paiva Coronel, R. Queralt Martín, M.I. Rivadulla Serrano, R. García Calvo y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón.

Objetivos: Estudiar si existen diferencias en la vía de abordaje laparoscópica y el abordaje abierto para el tratamiento de la apendicitis aguda.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes mayores de 14 años, intervenidos por sospecha de apendicitis aguda en nuestro centro, desde el 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2009. No se siguió ningún protocolo para la elección de la vía de abordaje a emplear, sino que esta fue a decisión del cirujano responsable en cada caso. Para el análisis estadístico, se dividieron a los pacientes en 2 grupos dependiendo de la vía de abordaje indicada en primer término. Realizando un análisis por intención de tratar.

Resultados: Durante los 3 años del estudio, 532 pacientes padecieron síntomas y signos compatibles con apendicitis aguda, 243 de los cuales se intervinieron mediante apendicectomía vía abierta (AA) y 289 mediante apendicectomía laparoscópica (AL), cuya tasa de conversión a laparotomía fue de 15 casos (5%). Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a la edad, peso, tiempo de evolución clínica, intervenciones abdominales previas y en la gravedad del cuadro. Sin embargo, sí que existieron diferencias en el sexo, el 63% de los casos intervenidos fueron mujeres en el grupo AL frente al 49% en la AA; y la comorbilidad, el 41% de los pacientes en el grupo AA frente al 59% en la AL. El tiempo anestésico fue de 78 min (30-190) en la AL frente a 68 min (20-16) en la AA. El primer cirujano fue un residente en 115 casos (48%) de AA frente a 106 casos (37%) en la AL. En cuanto a las complicaciones, apareció un absceso intraabdominal en 17 pacientes (5,9%) del grupo AL y 13 casos (5,3%) en el grupo AA. Alteraciones en la herida quirúrgica en 16 casos (6%) de AL frente a 47 casos (19%) en la AA. Hernias incisionales en 2 casos (1%) de AL frente a 10 pacientes (4%) de AA. Alteraciones en el tránsito intestinal, ya sea íleo postoperatorio como oclusión intestinal en 15 pacientes (6%) de AA frente a 17 (6%) de AL. Otras complicaciones en 37 casos (15%) de

AA frente a 49 (17%) de AL. No existieron diferencias estadísticamente significativas en los días de estancia postoperatoria (3 días) ni en los necesarios para la tolerancia a líquidos (1 día), tampoco en la tasa de reingresos (8%).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica para el tratamiento de la apendicitis aguda puede tener algunas ventajas sobre la cirugía abierta (mejores resultados estéticos, menores tasas de complicaciones a largo plazo, un menor número de complicaciones a corto plazo, incluso, un papel diagnóstico) pero también presenta algunas desventajas importantes (mayor coste económico, mayor tiempo quirúrgico, mayor curva de aprendizaje) por lo que, según nuestros resultados, no puede establecerse de manera definitiva en qué casos podría estar indicado uno u otro abordaje.

O-025. EVALUACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: CORRELACIÓN DE VALORES DE LA ESCALA ANALÓGICO-VISUAL CON MARCADORES PLASMÁTICOS DE ESTRÉS

J. Ruiz-Tovar¹, I. Ortega², J. Santos¹, L. Sosa³, C. Llaveró⁴, L. Armañanzas¹, M.A. Gómez Correcher¹, I. Oller Navarro¹, P. Moya¹, S. García² y R. Calpena¹

¹Hospital General Universitario, Elche; ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante; ³Hospital San Jaime, Torrevieja; ⁴Hospital del Sureste, Arganda del Rey.

Introducción: Para la cuantificación del dolor se han empleado numerosas técnicas. La escala analógico-visual es una medida de la sensación de dolor subjetiva que presenta el paciente. Lógicamente, esta medida presenta una gran variabilidad interpersonal, ya que cada individuo percibe y tolera el dolor de forma diferente, en función de aspectos psicosociales. Se han establecido diversos indicadores objetivos de dolor, asociados al estrés que representa la agresión quirúrgica. El objetivo de este estudio era identificar aquellos parámetros analíticos que se alteran con la agresión que implica una colecistectomía laparoscópica e identificar si existe una correlación con los valores de la escala analógico-visual.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de 100 pacientes consecutivos intervenidos de forma electiva de colecistectomía laparoscópica. A las 24 horas de la intervención se solicitaba a los pacientes que cuantificaran el dolor que presentaban mediante una escala analógico-visual. En ese mismo momento se les extraía una analítica sanguínea.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, 69 mujeres y 31 varones con una edad media de 58,8 ± 14,7 años. La mediana de dolor cuantificado mediante la escala analógico-visual fue de 3 (intervalo 0-8). En la analítica extraída aparecían los siguientes valores medios alterados: GOT (66,4 ± 86,3), GPT (78,3 ± 89,1), GGT (57 ± 59,6), proteína C reactiva (25,7 ± 25,8) y dímero D (0,97 ± 0,5). Se observa una correlación directa estadísticamente significativa entre el dolor cuantificado por la escala analógica visual y los niveles de GOT (p = 0,009; coeficiente de correlación de Spearman -0,350), GPT (p = 0,008; Spearman -0,353), así como una correlación inversa con los niveles de HDL (p = 0,031, Spearman -0,319) y transferrina (p = 0,008, Spearman -0,575).

Conclusiones: La mediana de dolor postoperatorio cuantificado mediante escala analógico-visual está en nivel leve-moderado. Analíticamente, en el postoperatorio se alteran los niveles de transaminasas, GGT, proteína C reactiva y dímero D. Los niveles de transaminasas se correlacionan directamente con la escala analógico-visual del dolor, mientras que los niveles de HDL y transferrina presentan una correlación inversa. Estas variables pueden reflejar de forma objetiva el grado de dolor del paciente y ayudar a elegir una pauta analgésica adecuada.

O-026. ESTUDIO COMPARATIVO DE COLECISTECTOMÍA POR PUERTO ÚNICO FRENTE A COLECISTECTOMÍA POR 4 PUERTOS EN UNA SERIE DE 180 PACIENTES

F. Rey Cabaneiro, J. Barri Trunas, J. Robres Puig, A. Palliser Lloveras, S. López Rodríguez, M.C. López Sanclemente, H. Subirana y R. Jorba Martín

Hospital General de Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La cirugía a través de puerto único ha surgido en los últimos años como una técnica segura y eficaz para la extracción de la vesícula biliar. Cada vez son más los estudios existentes que comparan la laparoscopia tradicional con 4 puertos respecto a la laparoscopia por puerto único, mostrando en la mayoría de ellos, resultados muy similares en cuanto a morbi-mortalidad asociada.

Objetivos: comparar los resultados de nuestra experiencia en la colecistectomía laparoscópica por puerto único respecto a la colecistectomía por 4 puertos en una serie simultánea de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo de 180 pacientes colecistectomizados entre noviembre de 2009 y abril de 2011, 54 intervenidos por puerto único transumbilical (dispositivo Tri-Port®) y 126 intervenidos por 4 puertos. Los criterios de inclusión en ambos grupos fueron un riesgo anestésico ASA I-II, edad inferior a 75 años, un índice de masa corporal (IMC) menor de 35 y la ausencia de antecedentes de colecistitis aguda, manipulación de la vía biliar o cirugía en supramesocolon. Las variables estudiadas fueron la edad, peso, IMC, tiempo quirúrgico, número de conversiones a cirugía abierta, estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias. Se comparan ambas series utilizando el test U de Mann-Whitney.

Resultados: Comprobamos la homogeneidad de ambos grupos en cuanto a la edad, peso, IMC y riesgo ASA. La serie de pacientes colecistectomizados por puerto único presentó una edad media de 40,1 años, un IMC de 25,99, riesgo ASA medio de 1,17, tiempo operatorio de 72,89 minutos y estancia media de 1,41 días. Un paciente precisó colocación de un trocar accesorio. Se registró un seroma y una infección de la herida quirúrgica, un íleo paralítico postoperatorio y un coleperitoneo que precisó reintervención (morbilidad global 7,4%). Del grupo de pacientes intervenidos por 4 puertos, la edad media fue de 44 años, IMC medio de 27,22, riesgo ASA de 1,29, tiempo operatorio de 65,73 minutos y estancia media de 1,9 días. 4 pacientes fueron convertidos a cirugía abierta. Se registró un sangrado del lecho hepático autolimitado, un hematoma subhepático y un hemoperitoneo que precisó reintervención (morbilidad global 5,56%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad, IMC, riesgo ASA, tiempo operatorio ni complicaciones postoperatorias. Únicamente se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la estancia media, a favor de la cirugía por puerto único, justificable al mayor porcentaje de cirugías sin ingreso en este grupo.

Conclusiones: La colecistectomía por puerto único es una técnica novedosa que presenta unos resultados muy similares a los de la colecistectomía por 4 puertos en cuanto a tiempo operatorio (levemente superior) y complicaciones postoperatorias obteniendo mejores resultados estéticos, por lo que es una alternativa real a la cirugía laparoscópica convencional. Son necesarios estudios más amplios que evalúen otros potenciales beneficios que muestra la técnica por puerto único respecto a la técnica convencional.

O-027. ESTUDIO PRELIMINAR COMPARATIVO ENTRE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR UN SOLO PUERTO Y LAPAROSCÓPICA CONVENCIONAL

R. Villalobos Mori, A. Escartín, M. González, J. Escoll, F. Herrerías, M. Rufas, M.C. de la Fuente y J. Olsina Kissler

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: En los últimos años, la apendicectomía por vía laparoscópica se ha ido desarrollando y cada vez son más los cirujanos que la prefieren en relación a la apendicectomía abierta a pesar que sigue siendo materia de controversia en el abordaje quirúrgico de la apendicitis aguda. Por otro lado, nuestro afán de ser cada vez menos invasivos nos ha impulsado a desarrollar nuevas técnicas como la cirugía a través de un solo puerto. El objetivo de este estudio preliminar es comparar los efectos terapéuticos y la seguridad de la apendicectomía vía laparoscópica por un solo puerto (ALP) con la apendicectomía laparoscópica convencional (ALC).

Métodos: Estudio preliminar retrospectivo de apendicectomías laparoscópicas comparando 85 pacientes sometidos a ALP y ALC desde marzo del 2010 a marzo del 2011. Se consideraron las siguientes variables: Edad, sexo, IMC, estancia hospitalaria, tiempo operatorio, inicio de la dieta, dolor postoperatorio, complicaciones postoperatorias. Para el estudio estadístico de las variables se utilizó la prueba t para las variables cuantitativas y el chi-cuadrado para las tablas de contingencia de las variables cualitativas.

Resultados: De los 85 pacientes, 25 fueron sometidos a ALP y 60 a ALC. La mediana de edad fue de 31 (13-45) y 32 (15-82) respectivamente ($p = 0,093$). Predominó el sexo masculino en un 61,7% (ALP) y 64,0% (ALC) sin evidenciar diferencias significativas ($p = 0,840$). Asimismo, el IMC para el grupo de ALP tuvo una mediana de 25,5 y para el grupo ALC de 24,7 sin evidenciar diferencias ($p = 0,954$). Los días de ingreso, el inicio de la dieta en el postoperatorio, el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y el dolor postoperatorio tampoco mostraron diferencias significativas con $p > 0,05$. Como dato de interés, en el grupo de ALP no se dejó drenaje en ningún paciente mientras que en las ALC se dejó en un 17% ($p = 0,030$) a pesar de no haber encontrado diferencias significativas en el tipo de apendicitis según anatomía patológica ($p = 0,433$), ni en los reingresos por abscesos intraabdominales u otras complicaciones ($p = 0,477$ y $p = 0,531$ respectivamente).

Resultados: Nuestra experiencia inicial en las apendicectomías laparoscópicas por puerto único no ha evidenciado diferencias en cuanto a las variables estudiadas con respecto a la laparoscopia convencional por lo que podemos decir que es un procedimiento factible y seguro para el tratamiento quirúrgico de las apendicitis agudas. La edad y el peso tampoco han demostrado alguna ventaja en ambas técnicas si bien es cierto que se trataron de pacientes con IMC no tan elevado para ambos grupos. Se requerirá ampliar el estudio con una mayor muestra para determinar hasta qué punto es válida la única diferencia estadísticamente significativa hallada en lo referente a la necesidad de dejar o no drenaje intraabdominal. Por último, los resultados estéticos en la técnica del puerto único no deja lugar a dudas con respecto a otras técnicas.

O-132. RESULTADOS A CORTO PLAZO TRAS TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA VS NO COMPLICADA: ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO

I. Lobo Machín, A. Martín Malagón, I. Arteaga González, H. Díaz, A. Carrillo Pallares y A. Alarcó Hernández

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda simple por laparoscopia es seguro, sin embargo persisten dudas

en los casos de apendicitis aguda complicada. El propósito de este estudio es determinar la seguridad de dicha técnica en nuestro medio y medir las diferencias en los resultados a corto plazo tras el tratamiento por vía laparoscópica de apendicitis agudas complicadas frente a no complicadas.

Material y métodos: se han recogido de forma prospectiva todos los pacientes tratados por sospecha de apendicitis aguda por 2 cirujanos de nuestro servicio entre mayo 2002 y mayo 2007. En todos los pacientes se intentó el abordaje laparoscópico como primera opción. Se intervinieron 201 pacientes, 116 con apendicitis aguda no complicada, 57 con apendicitis aguda complicada, 12 patología ginecológica, 11 apendicectomía blanca y 5 con otras causas. Se excluyeron del estudio todos los pacientes que no presentaron apendicitis como causa del dolor. Se analizaron las siguientes variables: tiempo quirúrgico medio, estancia postoperatoria media, reconversiones, complicaciones, reingresos y reintervenciones/actos invasivos. Para el estudio estadístico se utilizó el programa informático SPSS (versión 15.0) las medias de las distintas variables en cada caso se compararon utilizando la prueba t de Student para muestras independientes, una $p < 0,05$ fue considerada significativa.

Resultados: Los resultados mostraron que para las variables tiempo quirúrgico medio, estancia postoperatoria media, reconversiones y complicaciones infecciosas los resultados fueron peores con significación estadística en los casos de apendicitis aguda complicada frente a las no complicadas sin embargo no hubo diferencia con respecto a complicaciones no infecciosas, reingresos y reintervenciones/actos invasivos.

Conclusiones: La apendicitis aguda complicada puede ser realizada de forma segura por laparoscopia pues aunque los resultados son peores que en los casos simples el número de complicaciones graves que requieren reingreso, reintervención o actos invasivos no tiene diferencia significativa con los casos de apendicitis aguda no complicada.

O-133. HERNIA INCISIONAL Y CIRUGÍA POR PUERTO ÚNICO. COMPARACIÓN DE 2 SERIES CORRELATIVAS EN EL TIEMPO: ABORDAJE MULTIPUERTO VERSUS PUERTO ÚNICO. RESULTADOS TRAS 100 CASOS CONSECUTIVOS

J. Garijo Álvarez¹, D. Sánchez López¹, T. González Elosúa², M. Gascón Hove³, J.C. Pérez López¹, M.A. Vaquero Pérez¹, J. Martínez Alegre¹, L. García Sancho Tellez¹ y J.S. Torres Jiménez¹

¹Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid;

²Hospital de León, León; ³Hospital Militar de Zaragoza, Zaragoza.

Objetivos: Presentar los resultados preliminares de nuestra experiencia en la colecistectomía laparoscópica por puerto único y compararla con una serie simultánea de pacientes intervenidos de colecistectomía por abordaje laparoscópico convencional en el mismo periodo de tiempo, centrándonos en las complicaciones parietales.

Material y métodos: Presentamos los resultados de una serie prospectiva, longitudinal y de intervención de 50 pacientes intervenidos entre julio de 2008 y mayo de 2011 en los que se realizó una colecistectomía por puerto único transumbilical (serie puerto único). Comparamos estos resultados con los obtenidos de un grupo de 100 pacientes intervenidos en nuestro servicio durante el mismo periodo de tiempo a los que se realizó una colecistectomía laparoscópica estándar con puertos múltiples (serie convencional). Los criterios de inclusión en ambos grupos fueron: ausencia de episodios previos de colecistitis aguda y/o coledocolitiasis que requirieran tratamiento hospitalario; no cirugías en el compartimiento supramesocólico previas; BMI < 40 kg/m². Se utilizó

para el procedimiento de puerto único el dispositivo Tri-Port™ (Advanced Surgical Concepts; Whilock, Brey, Ireland) transumbilical y 3/4 puertos (12 mm, 10 mm, 5 mm, 5 mm) para la colecistectomía estándar. Se compararon ambas series utilizando el test U de Mann-Whitney. Las variables comparadas fueron: edad, peso, BMI, tiempo quirúrgico, estancia postoperatoria, infección de herida quirúrgica y hernia incisional utilizando el paquete estadístico informático SPSS 12.

Resultados: Serie puerto único: edad media 34,8 años (rango 21-53); peso medio 65,1 (rango 49-110); BMI medio 24,8 (rango 18,7-39,6); tiempo quirúrgico medio 58,2 minutos (rango 40-150); estancia media 25,2 horas (rango 18-48). Serie convencional: edad media 48,9 años (rango 19-76); peso medio 78,4 (rango 55-102); BMI medio 29,8 (rango 23,1-40); tiempo quirúrgico medio 67,4 minutos (rango 28-125); estancia media 45,5 horas (rango 22-98). Aplicando el test U de Mann-Whitney existen diferencias significativas ($p < 0,05$) para las variables edad, peso y BMI. No hay diferencias ($p > 0,05$) en el tiempo quirúrgico, infección de herida. Se obtienen diferencias significativas ($p < 0,05$) para la estancia postoperatoria y la hernia incisional (periodo medio de seguimiento 13 meses; rango 1-34 meses).

Conclusiones: Los datos obtenidos presentan el sesgo asociado a la selección de los pacientes (que consideramos aún necesaria para la realización de esta técnica) y a la diferencia en el número de cirujanos implicados en la serie convencional. A pesar de ello, los resultados muestran un beneficio de la colecistectomía laparoscópica por puerto único en cuanto a estancia quirúrgica postoperatoria y la hernia incisional, sin apreciarse diferencias significativas del tiempo quirúrgico ni la infección postoperatoria en nuestra serie. Creemos que son necesarias series más amplias que puedan validar estos resultados preliminares, que pese a los sesgos encontrados, resultan esperanzadores.

O-134. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO

R.I. Navarro Milla, J.A. Bueno Lledó, J.L. Ibáñez Cirió, Y. Sosa Quesada, H.A. Beltrán Herrera, C. Gómez i Gavara, R.L. García-Mayor Fernández, M. Caballero Soto, A. Boscà Robledo y M. de Juan Burguenio

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Históricamente, la presencia de cirrosis hepática ha sido una contraindicación absoluta o relativa a la colecistectomía laparoscópica (CL). La experiencia acumulada en CL se ha traducido en un creciente número de autores que contemplan que la CL puede realizarse con seguridad en pacientes cirróticos. El objetivo del presente estudio fue describir la eficacia y seguridad de la CL en el tratamiento de la colelitiasis sintomática en pacientes cirróticos.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo en el que recogimos datos de 503 pacientes a los que se realizó CL, desde enero de 2006 hasta julio de 2010; de los cuales 43 pacientes fueron cirróticos; clasificados según Child-Pugh A, B y C, con cálculos biliares sintomáticos.

Resultados: La conversión a cirugía abierta fue necesaria en 5 pacientes debido a múltiples factores. El tiempo quirúrgico promedio y la duración de la estancia hospitalaria fue significativamente más larga y mayor en el grupo con cirrosis ($p < 0,05$). Las complicaciones postoperatorias se observaron en el 37,2% de los pacientes: hemorragia ($p = 0,04$), hematoma en los trócares ($p = 0,02$), complicaciones de la herida ($p = 0,02$) y colecciones intraabdominales ($p = 0,01$). Fueron más frecuentes en pacientes con cirrosis que en pacientes sin cirrosis. Uno de los casos de hemorragia continua del lecho vesicular requirió reintervención para hemostasia. Tres pacientes con cirrosis

Child-Pugh clase B desarrollaron ascitis después de la cirugía, un paciente con Child-Pugh clase A presentó una fuga biliar. No hubo mortalidad.

Conclusiones: La CL es un procedimiento eficaz y seguro y debe ser el tratamiento de elección para la coledocistitis sintomática o colecistitis en pacientes con cirrosis compensada.

O-135. COLOCACIÓN DE DRENAJE TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA: ¿AYUDA O PERJUDICA?

J. Ruiz-Tovar¹, I. Ortega², J. Santos¹, L. Sosa³, C. Llaverio⁴, L. Armañanzas¹, J. Pérez Legaz¹, I. Oller Navarro¹, M.A. Gómez Correcher¹, S. García² y R. Calpena¹

¹Hospital General Universitario, Elche; ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante; ³Hospital San Jaime, Torrevieja; ⁴Hospital del Sureste.

Introducción: No existe evidencia en la literatura de que la colocación de un drenaje evite la formación de un absceso intraabdominal. No obstante, muchos cirujanos continúan colocándolos en situaciones de sangrado del lecho vesicular, rotura intraoperatoria de la vesícula o hallazgos intraoperatorios de coledocistitis crónica.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de 100 pacientes consecutivos intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma electiva. Analizamos la incidencia de abscesos, la utilidad clínica que ha tenido su colocación, la estancia hospitalaria y la cuantificación del dolor a las 24 horas de la intervención por parte del paciente mediante una escala analógico-visual.

Resultados: Se colocó un drenaje en 15 pacientes, en 11 como "testigo" por sangrado del lecho vesicular controlado intraoperatoriamente y en 4 por apertura de la vesícula con salida de bilis de aspecto turbio. El drenaje fue retirado a las 24-48 horas de la intervención, sin débito hemático o purulento significativo. 1 paciente reingresó 4 días después del alta hospitalaria con un absceso en lecho vesicular, que requirió drenaje percutáneo. La estancia hospitalaria mediana en los pacientes en que se colocó drenaje fue de 2,5 días, frente a 1,5 días en los que no se colocó drenaje ($p = 0,002$). La mediana de dolor postoperatorio en los pacientes con drenaje fue de 4 frente a 2,5 en los pacientes sin drenaje ($p = 0,018$).

Conclusiones: La colocación de un drenaje en colecistectomía laparoscópica no urgente no aporta información clínica relevante ni evita abscesos postoperatorios, pero sí prolonga la estancia hospitalaria y supone mayor dolor postoperatorio.

O-136. ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS NO TRAUMÁTICAS: RESULTADOS PRELIMINARES EN UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA

M.E. Gómez García, R. García Espinosa, F. Carbonell, B. Ballester Sapiña y J. del Pino Porrás

Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción y objetivos: A lo largo de los últimos años, la esplenectomía laparoscópica ha ido adquiriendo mayor aceptación en el tratamiento de la patología no traumática del bazo. La evolución y perfeccionamiento técnico, así como el entrenamiento y creciente interés de los cirujanos por la cirugía mínimamente invasiva, han extendido las indicaciones de exéresis laparoscópica de cada vez más órganos, entre ellos el bazo. Entre las indicaciones más aceptadas de esplenectomía laparoscópica, las anemias hemolíticas, púrpuras, esplenomegalia secun-

daria y otras enfermedades hematológicas primarias. De éstas, probablemente la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) y la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), con bazos normales o sólo moderadamente aumentados de tamaño, son las más habituales. No obstante, la patología maligna ya no se considera una contraindicación para dicho abordaje puesto que, recientemente se ha constatado que no existen diferencias en términos de morbi-mortalidad ni supervivencia a largo plazo entre la esplenectomía abierta y la laparoscópica tanto ya sea la patología de base benigna o maligna. La PTI, de origen autoinmune y definida por una reducción del recuento plaquetario (> 150) sin otra causa identificable, se considera susceptible de tratamiento cuando las cifras son < 50 (< 30 , para otros cuando es asintomática y no asocia sangrado). Aunque no hay un criterio unánime, la primera línea terapéutica suelen ser los corticoides, a veces asociados a inmuno-globulina intravenosa (IVIG). Aunque algunos pueden mantener una respuesta prolongada con un único ciclo, son frecuentes las recaídas, la cronificación e incluso la resistencia o intolerancia. Por ello, en los últimos años, la opción terapéutica más antigua, la esplenectomía, contemplada bajo la perspectiva del nuevo abordaje y sus beneficios, se está consagrando como una alternativa más que válida incluso en pacientes con indicación quirúrgica que no podrían ser candidatos a la cirugía abierta, por la comorbilidad asociada o alto su riesgo quirúrgico. Diversos estudios procedentes de centros especializados en cirugía avanzada han respaldado las ventajas de dicho abordaje: disminución del dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y recuperación precoz. Un metaanálisis reciente, apunta, incluso, una tasa de complicaciones notablemente inferior, particularmente en relación a patología pulmonar, infecciones de herida y sistémicas. Nuestro objetivo ha sido, así, evaluar los resultados de la esplenectomía laparoscópica en nuestro centro.

Material y métodos: Se analizaron las esplenectomías programadas practicadas en los últimos 10 años en el Hospital de la Ribera (Alzira), evaluando, entre otros, diagnóstico, hemograma y tratamiento pre/posquirúrgicos (corticoides/inmunosupresores) y estatus actual.

Tipo de Intervención por PU	Tamaño defecto	Tipo de cierre de fascia
Colecistectomía/Hernia inguinal	1,5 cm	Puntos sueltos bajo visión directa (Polisorb 1)
Hemicolectomía/Esplenectomía	3 cm	Sutura continua bajo visión directa (PDS loop 1)
Cirugía bariátrica	2-2,5 cm	Proceed Ventral Patch®
Eventración medial	1,5 cm	Proceed Ventral Patch®

Resultados: Se practicaron 32 intervenciones, 18 en mujeres, 14 en hombres, con una media de edad de 48,78 años. 4 fueron abiertas por importante esplenomegalia (12,5%), 28 laparoscópicas (87,5%). Se convirtieron 4 (14,29%) por causas hemorrágicas: 2 por desgarró capsular; 2 por sangrado de arteria y vena esplénica respectivamente. El tiempo medio quirúrgico fue de 87,28 min, la estancia hospitalaria media de 4,81 días. 7 requirieron transfusión (21,86%) con una mortalidad perioperatoria nula. Los diagnósticos mayoritarios fueron PTI en 15 (46,86%), enfermedades linfoproliferativas en 7 (21,86%), anemias autoinmunes en 3 (9,38%) y trombocitopenias secundarias en 2 (6,25%). Actualmente 19 (59,38%) se encuentran estables/curados, sin tratamiento adicional, 11 de ellos PTI (57,89%). De las 4PTI res-

tantes: 1 respondió parcialmente, 2 recayeron tardíamente para estabilizarse posteriormente y otra precisa de corticoides por recaída en el 3^{er} año posquirúrgico.

Conclusiones: La esplenectomía laparoscópica constituye un procedimiento con una morbimortalidad mínima, en manos cirujanos expertos, con beneficios constatables en enfermedades hematológicas no traumáticas, fundamentalmente en púrpuras, en las que, no sólo demuestra una notable tasa de curación sino que exime de los perjuicios y morbilidad asociados a un tratamiento inmunosupresor de por vida.

O-137. ¿INCREMENTA EL ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA HERIDA QUIRÚRGICA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y A LARGO PLAZO?

M. Socas Macías, S. Morales-Conde, A. Barranco Moreno, V. Gómez, G. Sciannamea, S. García, D. Bernal, C. Méndez, H. Cadet y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico por puerto único (PU), proporciona al paciente una reducción del dolor postoperatorio y una considerable mejora desde el punto de vista estético. Sin embargo, el ombligo es considerado una zona fisiológica de debilidad, húmeda, y en determinados casos "sucio", que podría conducir a un incremento de las complicaciones en el postoperatorio inmediato, sobre todo en aquellos pacientes con incisión transumbilical, o al desarrollo de una hernia incisional a largo plazo.

Objetivos: Analizar el porcentaje de complicaciones postoperatorias inmediatas asociadas al abordaje por PU. Analizar el riesgo de desarrollo de una hernia incisional tras el abordaje por PU, al aplicar un "protocolo de cierre selectivo", basado en las características del paciente y la dificultad técnica que supone la aproximación de la fascia subyacente al ombligo.

Material y Método: Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a un abordaje por PU, con incisión transumbilical de 1,5 a 3 cm según el caso, tras limpieza y desinfección sistemática en quirófano con clorexidina 2%/Betadine. Hemos aplicado el "protocolo de cierre selectivo" especificado en la tabla, con anclaje posterior del ombligo y cierre de la piel a puntos sueltos de vicryl rapid del 2/0. En todos aquellos pacientes, en los cuales no era posible el cierre directo de la fascia bajo visión directa, por obesidad o por su localización lateral, procedimos a colocar una malla de Proceed Vental Patch fijada a ambos lados del defecto fascial con puntos sueltos de polisorb del 1. Analizamos del porcentaje de complicaciones de la herida quirúrgica, tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo (seroma, hematoma, infección, hernia incisional).

Resultados: En nuestra serie de 99 pacientes intervenidos por PU (20 colecistectomías, 18 hernioplastias ventrales e inguinales, 34 hemicolectomías, 3 esplenectomías, 16 cirugías bariátricas y 8 varias), con un seguimiento medio de 10 meses, hemos tenido únicamente dos seromas (1 tras hernioplastia inguinal y otro tras hemicolectomía) resuelto ambos de forma conservadora. No hemos tenido ningún caso de hernia post puerto único a medio-largo plazo. No han existido diferencias significativas en cuanto al número de complicaciones o el desarrollo de hernia incisional entre los distintos pacientes, independientemente del empleo de la malla.

Conclusiones: Ni la realización de una incisión transumbilical ni el empleo de una malla profiláctica en el abordaje por PU, parecen incrementar las complicaciones de la herida quirúrgica en el postoperatorio inmediato. Un manejo protocolizado de cierre del defecto de entrada del PU, parece eliminar el riesgo de desarrollo de una hernia en el PO del abordaje por PU a medio-largo plazo.

O-138. HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO SIN TRÓCARES DE AYUDA

S. Morales-Conde, D.A. Bernal Moreno, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, G. Sciannamea, S. García Ruiz, A. Muñoz Ortega, C. Méndez García, H. Cadet y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Varios informes en la literatura demuestran la ventaja de un abordaje laparoscópico para la enfermedad maligna y benigna del colon, tales como menor dolor postoperatorio, menor íleo y menor estancia hospitalaria. Con el fin de minimizar el trauma de la pared abdominal y favorecer la recuperación de los pacientes, y al mismo tiempo para lograr mejores resultados estéticos, hemos comenzado nuestra experiencia en la cirugía por puerto único de la hemicolectomía izquierda laparoscópica.

Material y métodos: Se presenta una serie de 11 pacientes que se sometieron a hemicolectomía izquierda a través de una incisión transumbilical única sin ningún trocar adicional. Los pacientes tenían una edad media de 64 años y un IMC medio de 24,5%. Nuestra indicación incluyen los pacientes con un IMC inferior a 28%. La indicación de cirugía fue en cuatro casos de tumores malignos y los otros cuatro para enfermedad diverticular. Un dispositivo de puerto único con tres orificios se utilizó en todos los casos, a través de una incisión con un tamaño medio de 2,9 cm. No fueron utilizados trócares adicionales en ningún caso. La anastomosis se realiza de manera intracorpórea utilizando una grapadora circular.

Resultados: El tiempo medio de la cirugía fue de 119 minutos, sin complicaciones intraoperatorias y con una pérdida sanguínea media de 75,9 cc. Los pacientes iniciaron la ingesta oral el primer o el segundo día postoperatorio, con una estancia media hospitalaria de 3 días. Como complicaciones postoperatorias, destacar un reingreso al hospital debido a un absceso intrabdominal que se drenó de forma percutánea. Un paciente falleció en el quinto día postoperatorio debido a un derrame cerebral vascular.

Conclusiones: La hemicolectomía izquierda por puerto único se puede realizar de forma segura y eficaz sin ningún tipo de trocar adicional, mostrando a priori resultados similares a la cirugía abierta o laparoscópica convencional. Sin embargo, es necesario realizar estudios prospectivos a largo plazo para analizar los resultados globales de este tipo de procedimientos.

O-139. GASTRECTOMÍA EN MANGA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL VERSUS PUERTO ÚNICO TRANSUBILICAL. ESTUDIO COMPARATIVO EN UN CENTRO QUIRÚRGICO ESPECIALIZADO

L. Martínez de la Maza, A. Ibarzábal, S. Delgado, A. Lacy, R. Corcelles, R. Bravo, D. Momblan y J. Sampson

Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La gastrectomía en manga ha tomado relevancia como opción quirúrgica para la obesidad en los últimos años. Se ha demostrado que el abordaje quirúrgico asistido por puerto único transumbilical o por sus siglas en inglés TUSP (Transumbilical Single Port) es una alternativa quirúrgica segura en una serie de cirugías abdominales.

Objetivos: Evaluar los resultados iniciales comparativos de un grupo de pacientes intervenidos quirúrgicamente por SILS y otro por laparoscopia convencional.

Material y métodos: Se realizó un estudio tipo cohorte prospectivo de 2 grupos de pacientes con índice de masa corporal (IMC)

entre 35-55 kg/m² con indicaciones de gastrectomía en manga. En 20 pacientes se utilizó la técnica asistida por puerto único transumbilical. En un segundo grupo de 22 pacientes se utilizó técnica laparoscopia convencional (LC). Todas las cirugías fueron realizadas en el periodo comprendido entre junio y diciembre 2009 en el Departamento de Cirugía Gastrointestinal del Hospital Clínic de Barcelona, España por el mismo equipo quirúrgico con técnica estandarizada. El análisis fue realizado utilizando SPSS (versión 16).

Resultados: Los grupos estudiados no presentaron diferencia en el IMC, edad, sexo, número y tipo de comorbilidades o historia de cirugía previa abdominal. El tiempo quirúrgico (79,2 minutos) fue significativamente más alto en el grupo de TUSP ($p = 0,002$) comparado con el grupo de LC (54,1 minutos). No se requirió conversión a cirugía abierta en ninguno de los pacientes intervenidos por LC, y en el grupo intervenido por TUSP se requirió una conversión a cirugía laparoscópica requiriendo agregar 3 trócares. No se observaron diferencias significativas en morbilidad o días de estancia hospitalaria entre ambos grupos. En cuanto a la pérdida en porcentaje de exceso de peso y pérdida de IMC a los 3 y 6 meses, como índices de la mejoría de comorbilidades asociadas a la obesidad, no existieron diferencias significativas.

Conclusiones: Gastrectomía en manga asistida por puerto único transumbilical ha demostrado ser una alternativa segura, factible y reproducible con resultados similares a aquellos obtenidos mediante técnica con laparoscopia convencional.

O-140. IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL COMUNITARIO: DESDE LOS INICIOS HASTA LA CIRUGÍA POR PUERTO ÚNICO (SILS)

C. Hoyuela, J. Ardid, A. Martrat, S. Guillaumes, J. Obiols, M. Trias, J. Piulachs y F.J. Cardona

Hospital Platón, Barcelona.

Introducción: El abordaje laparoscópico es ya el tratamiento de elección para la mayoría de la patología colónica. Sin embargo, su implantación no se ha generalizado en los hospitales. Diversos factores parecen influir en esta situación: presión asistencial, casos de urgencia, formación insuficiente en laparoscopia compleja e incluso, en ocasiones, reticencia por parte de los propios cirujanos. Hoy día existen programas de formación tutelada dirigidos a vencer estas dificultades, por lo que el abordaje laparoscópico debería implantarse de forma progresiva en todos los centros.

Objetivos: Evaluar la progresión y los resultados de la implantación de la cirugía laparoscópica (CL) colorrectal en un hospital comunitario de la ciudad de Barcelona.

Material y métodos: Analizamos el registro de patología colorrectal de nuestro Servicio desde 2005 hasta la actualidad. En 1998 se inició la CL en nuestro centro; el programa de CL colorrectal se inició en 2004 con casos esporádicos seleccionados. Desde enero de 2009, salvo contraindicación formal, la CL es el abordaje sistemático de toda la patología colorrectal en nuestro centro, incluyendo neoplasia de recto. Desde 2009, se ha incorporado la CL por puerto único.

Resultados: El porcentaje de procedimientos laparoscópicos ha aumentado año tras año hasta la actualidad, hasta un total de 102. En 2004, suponía un 14% de las intervenciones; en 2010, el 94% de los pacientes se abordaron por laparoscopia. Desde 2009, 8 pacientes (hemicolectomía) se han intervenido mediante CL por puerto único. Rango tiempo quirúrgico: 90-300 minutos. Conversión: 7%. La tasa global de complicaciones es de 23,9%. Tasa de dehiscencia de sutura: 7,2%. Mortalidad postoperatoria: 3,1%. Rango estancia: 3-36 días.

Conclusiones: La CL colorrectal puede ser realizada con buenos resultados en un hospital comunitario, inclusive técnicas muy avanzadas como la hemicolectomía por puerto único. Hoy en día, los cirujanos deben realizar el esfuerzo para implantarla en sus hospitales, mediante formación adecuada y, si fuera preciso, tutelada por otros cirujanos y centros acreditados para ello.

PÓSTERS

P-303. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL MUCOCELE. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA (2000-2010)

J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, M. Gutiérrez Moreno, V. Gómez Cabeza de Vaca, C. Jordán, J.J. Segura, V. Sojo, I. Ramallo, M.J. Tamayo, M. Bustos Jiménez y F.J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El presente estudio tiene como objeto mostrar nuestra casuística en pacientes operados de mucocèle apendicular, además de evaluar la utilidad del tratamiento de la vía laparoscópica para el tratamiento de esta patología.

Material y métodos: Se analiza la incidencia, la clínica, la posibilidad de tratamiento por vía laparoscópica y la supervivencia de estos tumores diagnosticados en nuestro centro en el periodo entre enero de 2000 y enero de 2010. En este periodo de 10 años se intervinieron un total de 44 pacientes con diagnóstico anatómopatológico de mucocèle apendicular.

Resultados: De los 44 pacientes intervenidos 12 eran hombres (27%) y 32 eran mujeres (73%). La edad media de la serie fue de 57,74 años, con un rango entre los 19 y 92 años y una mediana de 62 años. Se realizó tratamiento urgente en 19 de los casos (43,2%), mientras que el resto fue intervenido de manera reglada. La presentación fue como cuadro apendicular agudo en 12 de los pacientes, cuadro de obstrucción intestinal en 5 casos y como dolor crónico en 3 casos. En el resto el diagnóstico fue postoperatorio, siendo por tanto el diagnóstico de mucocèle un hallazgo casual con motivo de otra intervención quirúrgica. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, optando por apendicectomía laparoscópica en 4 de los pacientes. Los resultados obtenidos durante el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica evidenciaron un total de 12 mucocèles de retención, 17 hiperplasias mucosas, 12 cistoadenomas mucinosos y 3 casos de cistoadenocarcinoma, presentando un solo caso de pseudomixoma peritoneal difuso durante el seguimiento postoperatorio de la serie (2,3%). 20 de los pacientes presentaron una neoplasia acompañando al proceso, lo que supuso un 45,5% del total de pacientes. La patología tumoral más frecuente se localizó a nivel colo-rectal con 8 casos de adenocarcinoma de colon. El tipo histológico donde más se localizó patología tumoral acompañante fue en el cistoadenocarcinoma (66,7%), sin encontrarse diferencias importantes en la incidencia entre los otros tipos de mucocèles.

Conclusiones: A pesar de que existen autores que contraindican la laparoscopia para la apendicectomía y señalan siempre la conversión a cirugía abierta cuando se detecta un mucocèle, pensamos que la valoración de cada caso debe ser individualizada y dado el avance continuo en la técnica laparoscopia abogamos por ser la técnica de elección en el tratamiento de esta patología, ya que además de una fácil extirpación del apéndice

vermiforme con mínima manipulación del mismo y correcta protección del campo operatorio para evitar diseminación nos permite una correcta exploración de toda la cavidad abdominal en busca de adenopatías, siembras peritoneales y neoplasias asociadas al proceso pudiendo realizar tratamientos complementarios en caso de ser complementarios reduciendo las comorbilidades que conlleva para el paciente una laparotomía, reservando la cirugía convencional para aquellos en los que la extensión del proceso o la dificultad en la exéresis haga necesaria la laparotomía, siempre con el fin de mantener los cánones establecidos para la cirugía oncológica y más para un proceso de fácil diseminación como es este caso.

P-304. LAPAROSCOPIA COMO VÍA DE ELECCIÓN EN APENDICITIS AGUDA. RESULTADOS DE UNA COMPARACIÓN RETROSPECTIVA (2007-2010)

J. Cañete Gómez, A. Navas Cuéllar, A. Muñoz Ortega, V. Gómez, M. Gutiérrez Moreno, F. Pareja Ciuró, C. Ramírez Plaza, F. López Bernal, M. Flores Cortés, E. Prendes Sillero y F.J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es comparar la técnica laparoscópica con respecto a la cirugía convencional en el tratamiento de la apendicitis aguda, valorando diferencias en las complicaciones posquirúrgicas entre ambas y relacionándolas a su vez con el tipo histológico de apendicitis recogida intentando identificar subgrupos de pacientes en los cuales una de las técnicas pueda ser más beneficiosa que la otra. De igual modo se pretende demostrar un incremento marcado en el uso de la laparoscopia para esta patología, siendo la vía de abordaje de referencia en nuestro servicio.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo observacional constituido por una muestra de 964 pacientes que ingresaron con cuadro de abdomen agudo sugestivo de apendicitis, intervenidos de forma urgente entre los meses de enero de 2007 y enero de 2010.

Resultados: El 56,6% fueron hombres frente al 43,4% de mujeres, presentando una edad media de 33,5 años. La vía laparoscópica se utilizó en el 45,2% de los hombres frente al 67,5% en mujeres. Se realizaron en 612 de los pacientes ecografía abdominal y en 80 se precisó la realización de tomografía axial. Se recogieron un total de 25 apendicectomías (2,6%) en blanco, 57 apendicitis catarrales (5,9%) con una estancia media de 2,23 días, 536 apendicitis flemonosas (55,6%) con una estancia media de 2,99, 228 apendicitis gangrenosas (23,7%), presentando una estancia media de 4,79 días y 118 casos de apendicitis perforadas (12,2%) con una estancia media de 9,1 días. Se objetivó disminución significativa de la estancia postoperatoria dentro del grupo de apendicitis gangrenosas realizadas por vía laparoscópica. Presentamos 104 infecciones de herida (10,8%), de las cuales 35 correspondieron a seroma (3,6%), 46 infecciones superficiales (4,8%) y 23 infecciones profundas (2,4%). Se halló disminución significativa de infecciones en las apendicitis flemonosas (12 infecciones en AA frente a 7 en AL) ($p = 0,03$), gangrenosas (28 en AA frente a 7 en AL) y perforadas (44 en AA frente a 25 en AL) con $p < 0,01$ en ambos subtipos. Se recogen 32 casos de colección intraabdominal (3,3%). La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 3,2% (17). En el 78% de los casos (752) el cirujano principal fue el residente. La vía de abordaje laparoscópica supuso el 49,7% de las mismas. Se comparó la evolución durante los tres años del estudio en cuanto a la vía de acceso para la intervención y el cirujano principal observándose incremento progresivo en la elección de la laparoscopia como técnica de referencia. No se objetivaron diferencias en la aparición de colección tras la utilización o no de drenaje tras la cirugía ($p < 0,01$).

Conclusiones: La apendicectomía laparoscópica es un método seguro y fiable tanto para el tratamiento de las apendicitis complicadas como no complicadas, mostrándose incluso más útil en estas últimas gracias a la menor morbilidad postoperatoria que presentan los pacientes respecto a la cirugía convencional, sin que ello suponga un aumento significativo de las colecciones postquirúrgicas. De igual modo podemos observar como la colocación de drenaje peritoneal no disminuye la presencia de colecciones intraabdominales por lo que su uso está altamente cuestionado.

P-305. INFLUENCIA DE LA COLOCACIÓN, TAMAÑO Y NÚMERO DE TRÓCARES EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SOBRE EL DOLOR POSTOPERATORIO

J.E. Santos Torres¹, J. Ruiz-Tovar¹, I. Ortega², L.P. Sosa Sánchez¹, L. Armañanzas¹, M. Díez¹, A. Calero¹, I. Oller¹, M.A. Gómez¹, P. Moya¹ y A. Arroyo¹

¹Hospital General Universitario, Elche; ²Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante.

Introducción: En la actualidad, la tendencia de la cirugía mínimamente invasiva va orientada hacia la reducción del número de puertos de entrada de trócares o su colocación en posiciones ocultas, con fines estéticos y para reducir la agresión quirúrgica y su consiguiente dolor postoperatorio.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de 100 pacientes consecutivos intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma electiva. Analizamos el dolor postoperatorio a las 24 horas de la intervención por parte del paciente mediante una escala analógico-visual, así como preguntándole cuál es la herida más dolorosa.

Resultados: Se realizaron 55 intervenciones mediante abordaje francés clásico y 45 a través de 3 trócares colocados en línea media (Hasson umbilical), trocar 10 mm epigástrico y trocar 5 mm entre los 2 anteriores. 62 pacientes referían que el trocar umbilical (por el que se colocaba trocar de Hasson) era el más doloroso, 20 referían que el trocar epigástrico (en la técnica de los 3 trócares en línea media), 14 el trocar de 10 mm colocado la derecha de la línea media en el abordaje francés y 4 el trocar de 5 mm colocado en flanco derecho en el abordaje francés. La mediana de dolor en los pacientes en los que se habían empleado 3 trócares era 2,5, frente a 3,5 en los que se habían colocado 4 trócares ($p = 0,048$). La mediana de dolor en los pacientes intervenidos mediante abordaje francés fue 4 frente a 2,5 en los que se realizó la intervención con 3 trócares en línea media ($p = 0,002$).

Conclusiones: El dolor es mayor cuanto mayor el tamaño del trocar colocado, mayor número de trocares empleados y trócares colocados fuera de la línea media. De los 3 factores el tamaño de los trócares parece el más determinante.

P-306. RESULTADOS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PRECOZ EN LA COLECISTITIS AGUDA

J.L. Jiménez Lefler, F.S. Luque Sánchez, A. Nevado Infante, J.J. Alía Díaz, I. Luque Bravo y F.J. Conde Ortega

Hospital de Montilla, Montilla.

Introducción y objetivos: La laparoscopia es la técnica de elección de las complicaciones de la coledolitiasis. En el caso de la colecistitis aguda la reticencia inicial del abordaje precoz por laparoscopia, ha dado paso a un número de publicaciones comparando el tratamiento quirúrgico precoz con el diferido

pasadas 6 semanas del brote agudo que demuestran que la cirugía laparoscópica precoz es segura, no aumentando el índice de conversión y con menor estancia hospitalaria. Nuestro objetivo es presentar los resultados de un protocolo de cirugía laparoscópica precoz en el tratamiento de la colecistitis aguda con pocas restricciones a la inclusión de casos.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 183 colecistitis agudas ingresadas en el Hospital de Montilla desde enero 2005 hasta marzo 2011. El diagnóstico se estableció por la clínica y la ecografía compatible. No se efectuó cirugía precoz tan solo en el 6% de los pacientes ya fuera por importantes antecedentes patológicos, edad muy avanzada o por negativa del paciente. Al resto se les ofreció cirugía precoz no excluyendo enfermos por excesivo tiempo de evolución, ni por anomalías analíticas (bilirrubina alta), ni por ASA anestésico elevado. Se analizan las siguientes variables: sexo, edad, ASA anestésico, tratamiento realizado, complicaciones, mortalidad y estancia media.

Resultados: Sexo: 47% mujeres y 53% hombres. La edad media fue de 71,2 años. ASA anestésico: un 36% de los pacientes eran ASA II y un 34% eran ASA III. Se operaron de forma precoz 172 pacientes (94%), el 90% en día del ingreso o el posterior y se efectuó tratamiento conservador a 11 pacientes (6%). De los 172 pacientes operados a 165 (95,93%) se les realizó un abordaje laparoscópico de entrada, mientras que a 7 pacientes (4,03%) se les realizó una laparotomía (4 casos por coledocolitiasis, una colecistostomía y 2 por cirugías previas). La colecistectomía se completó por vía laparoscópica en 148 casos (89,69%), mientras que 17 pacientes (10,31%) se convirtieron (coledocolitiasis 7 casos y dificultades técnicas 5 casos). Se realizaron 52 colangiografías intraoperatorias (30,23%) que demostraron 26 coledocolitiasis (15% de los casos) de las cuales 15 casos se resolvieron por vía laparoscópica (57%). Evolución postoperatoria satisfactoria en 144 pacientes (83,7%), presentaron alguna complicación un 16,3% de los pacientes. Complicaciones postoperatorias: fístula biliar de resolución espontánea 5 casos (2,9%), una evisceración, una coledocolitiasis residual, tres sangrados, una pancreatitis postoperatoria, tres cuadros infecciosos y una fístula duodenal. Estas complicaciones no requirieron reintervención pero hubo 3 reintervenciones (1,7%): dos casos de evisceración y una recolocación de tubo en T. Exitus en 5 pacientes (2,7%). Media de tiempo quirúrgico: 72 minutos. Estancia media: 6,7 días en el total de la serie, en la colecistectomía simple sin coledocolitiasis acompañante tan solo 5,8 días.

Conclusiones: Nuestros resultados parecen estar en consonancia con los metanálisis que describen la colecistectomía precoz laparoscópica como segura para el tratamiento de la colecistitis aguda. La estancia media de nuestros casos tratados precozmente por cirugía laparoscópica es menor que las índices publicados en la literatura en cuanto al tratamiento conservador de entrada.

P-307. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA MEDIANTE ABORDAJE CON 3 TRÓCARES EN LÍNEA MEDIA: COMPARACIÓN CON EL ABORDAJE FRANCÉS CLÁSICO

J. Ruiz-Tovar¹, I. Ortega², J. Santos³, L. Sosa⁴, C. Llaveró⁵, L. Armañanzas³, M. Díez Tabernilla³, A. Calero³, P. Moya³, S. García² y R. Calpena³

¹Hospital General de Elche, Elche; ²Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante; ³Hospital General Universitario de Elche, Elche; ⁴Hospital San Jaime, Torrevieja; ⁵Hospital del Sureste, Arganda del Rey.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de la coledocolitiasis sintomática y es la intervención laparoscópica más realizada en el mundo. Clásicamente, exis-

ten 2 abordajes para realizarla: francesa, con el cirujano principal colocado entre las piernas del paciente, y americana, con el cirujano principal a la izquierda y colocando 4 trócares (umbilical, epigástrico y 2 en flanco derecho). Ambos abordajes han demostrado similares resultados. En la actualidad, el abordaje transumbilical por puerto único (SILS) está ganando muchos adeptos, basándose en cuestiones estéticas (menos cicatrices visibles) así como menor dolor postoperatorio (una única incisión y en la línea media). Basándonos en que en la línea media hay menor número de terminaciones nerviosas y que la introducción de trócares a ese nivel no precisa atravesar músculo, planteamos la hipótesis de que la realización de la colecistectomía laparoscópica mediante 3 trócares insertados en línea media con el cirujano principal colocado a la izquierda del paciente, va a conllevar un menor dolor postoperatorio.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de 100 pacientes consecutivos intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma electiva. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos según el abordaje realizado: Grupo 1 (Abordaje francés clásico) y Grupo 2 (Abordaje mediante 3 trócares en línea media). Analizamos la incidencia de complicaciones, el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria y la cuantificación del dolor por parte del paciente mediante una escala analógico-visual.

Resultados: 54 pacientes se incluyeron en el Grupo 1 y en 46 en el Grupo 2. No hubo complicaciones intraoperatorias en ninguno de los 2 grupos. El tiempo operatorio medio fue de 70 minutos en el Grupo 1 y 65 minutos en el Grupo 2 (NS). La mediana de estancia hospitalaria fue 1,5 días en ambos grupos. La mediana de cuantificación del dolor en el Grupo 1 fue 4 y en el grupo 2 fue 2,5 ($p = 0,002$).

Conclusiones: El abordaje mediante 3 trócares en línea media para la realización de una colecistectomía laparoscópica es seguro, no precisa mayor tiempo operatorio ni mayor estancia hospitalaria, pero se asocia a menor dolor postoperatorio.

P-308. APENDICITIS AGUDA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN CENTRO ESPECIALIZADO

J. Sampson, M. Valentini, C. Ginestá, R. Soliva, X. Morales, A. Martínez y J.C. Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: La apendicitis aguda continúa siendo la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en nuestro medio. Nuestro centro es un hospital docente de tercer nivel que consta de un servicio de urgencias conformado por especialistas que cubren las urgencias de ocho de la mañana a diez de la noche con la posterior incorporación de cirujanos del resto de servicios durante el resto del horario, de esta manera se consigue una atención especializada en patología de urgencias.

Objetivos: Se presenta un estudio descriptivo y prospectivo del tratamiento, evolución y complicaciones de los casos de apendicitis agudas tratadas en el servicio de urgencias de nuestro centro.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo en el período comprendido entre el 1 de enero 2010 a 31 diciembre 2010, incluyendo todos los pacientes con orientación diagnóstica de apendicitis aguda ingresados desde el Servicio de Urgencias. Las variables evaluadas fueron: datos demográficos de los pacientes, clínica y exploración, pruebas de imagen, tratamiento realizado, evolución y anatomía patológica. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.14 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados: Se ingresaron 269 (100%) pacientes bajo la orientación diagnóstica de apendicitis aguda. 268 (99,6%) fueron intervenidos quirúrgicamente siendo el abordaje laparoscópico en

265 (98,9%) de los casos, Se logró con éxito realizar apendicetomía en 262 (98,8%) con una tasa de conversión del 1,1%. Una tasa global de complicaciones del 7,4%, de las cuales 2,6% corresponde a abscesos intraabdominales. El tiempo medio de estancia postquirúrgica de 2,9 días.

Conclusiones: En nuestro Centro el abordaje laparoscópico es la primera elección en el tratamiento de la apendicitis aguda, siendo una técnica segura y eficaz con resultados comparables con la literatura.

P-309. CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA: CURVA DE APRENDIZAJE

J. Etreros Alonso, N. Monge, L. Malave Cardozo, S. del Barrio Anaya, R. Serra, A. Delgado, P. Vázquez Santos y J. Manzanares

Hospital General de Segovia, Segovia.

Objetivos: Comunicar la experiencia de la introducción de el abordaje laparoscópico en la cirugía colorrectal en un hospital de segundo nivel como es el Hospital General de Segovia.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen a todos los pacientes intervenidos de sigmoidectomía laparoscópica desde la introducción de esta técnica en nuestro centro en el año 2008 hasta el fin de la recogida de datos (febrero 2011).

Resultados: Contamos con un tamaño muestral de 32 pacientes, todos ellos intervenidos por causa tumoral. Encontramos una tasa de conversión global del 12,5% y una tasa de dehiscencia de anastomosis de 21,8%. La estancia media postoperatorio de nuestra muestra fue de 8,28 días y, en las piezas quirúrgicas analizadas encontramos una media de 15,46 ganglios. Al dividir la muestra en dos periodos, los primeros 13 pacientes intervenidos y los restantes 19; encontramos una disminución en la tasa de dehiscencia anastomótica, así como, un acortamiento del tiempo de estancia media y un aumento del número de ganglios obtenidos. En todas las piezas de resección, los márgenes quirúrgicos se hallaron libres de enfermedad tumoral. No encontramos mortalidad en nuestra serie.

Conclusiones: La sigmoidectomía laparoscópica es una técnica que se ha demostrado segura pero que requiere una curva de aprendizaje con un mayor índice de complicaciones. Aunque nuestra serie no es suficientemente extensa como para encontrar diferencias significativas, si observamos una tendencia de mejoría en los resultados a medida que el cirujano adquiere experiencia.

P-310. ENDOPRÓTESIS COMO PASO PUENTE A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO EN CÁNCER DE COLON OBSTRUCTIVO

A. Valle Rubio, J. García Septiem, M. González Bocanegra, C. Guillén, R. León, L. Bañuls, A. Manuel, M. Hernández Bartolomé, F.J. Miramón y M. Limones

Hospital General Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivos: Existe evidencia en la literatura que sugiere que la vía laparoscópica confiere más ventajas que la tradicional manteniendo los mismos resultados oncológicos. El debut del cáncer de colon en forma de obstrucción intestinal ocurre hasta en un 30% de los pacientes. Tradicionalmente esta forma de presentación ha sido considerada una contraindicación para el abordaje laparoscópico. La endoprótesis se ha postulado no solo como tratamiento paliativo, sino como paso previo a un tratamiento quirúrgico diferido.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia en 5 casos de cáncer de colon obstructivo tratados inicialmente mediante endoprótesis, en los que se ha realizado colectomía diferida por vía laparoscópica.

Resultados: 3 varones, 2 mujeres. Edad media; 65 años. La demora en la colocación de la prótesis fue de 1-2 días, no documentándose ninguna complicación. La demora en la cirugía fue de 10 días. Se realizaron 2 sigmoidectomías, una RAB y una hemicolectomía izquierda ampliada. Hubo un caso de reconversión por tumor sincrónico. La estancia media fue de 9 días. No se produjeron complicaciones postquirúrgicas. El estadio tumoral fue superior a IIIB. La resección linfática obtuvo una media de 19,8 ganglios. Con un seguimiento a cuatro años, la supervivencia fue del 81% con un intervalo libre de enfermedad de 3,1 años.

Conclusiones: La endoprótesis es una alternativa para cáncer de colon obstructivo que evita un procedimiento urgente y agresivo en pacientes con mala reserva fisiológica, permitiendo diferir el tratamiento quirúrgico, con el fin de que el paciente pueda beneficiarse de las ventajas de una cirugía programada y de la vía laparoscópica.

P-311. NUEVOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS: EMPLEO DE IMAGEN ASISTIDA POR SOFTWARE SLAM MONOCULAR

J.P. Marín Calahorrano¹, I. Gil Romea¹, E. Bernal Agudo¹, O. García Grasa², J. Quintana Martínez¹, A. Gonzalo Rodríguez¹, P. Palacios Gasos¹, L. Lamata de la Orden¹, B. Martínez Soriano¹, D. Mirá Picó¹ y J.M. Martínez Montiel¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ²CPS Ingenieros, Zaragoza.

Objetivos: El SLAM Monocular (Simultaneous camera Location And Mapping) puede mejorar la cirugía endoscópica usando un modelo 3D (o mapa) y la localización de la cámara con respecto al mapa. La asistencia robótica puede ayudarnos a definir los límites de la anatomía de estructuras críticas, superponiendo figuras geométricas, distancias u otras anotaciones en la imagen computarizada.

Material y métodos: El SLAM monocular analiza la cavidad desconocida y marca los puntos de interés de la imagen, haciendo con esta información una reconstrucción. También nos proporciona un método preciso y real de medida de distancias basándonos en una comparación con una herramienta intracavitaria de tamaño conocido. La realidad virtual y aumentada superpone dos tipos de elementos virtuales, cilindros y planos para marcar las áreas de la cavidad que deben ser tratadas o protegidas. Los experimentos fueron llevados a cabo tras extraer cientos de secuencias reales de operaciones en nuestro hospital. Se requería que la estructura fuera rígida y con poco movimiento. Dada la no invasividad de la técnica, después de conseguir el consentimiento informado, llevamos a cabo procedimientos quirúrgicos laparoscópicos, sin interferir con la técnica habitual.

Resultados: El uso en la cirugía muestra que introduciendo elementos virtuales (cilindro y elipse), podemos proteger estructuras (p. ej. el conducto biliar), manteniéndolas visibles y localizadas durante la operación. También podemos identificar y delimitar otras zonas, como los defectos herniarios, dibujando una elipse que indica al cirujano donde fijar la malla.

Conclusiones: El SLAM monocular permite la medida de distancias en 3D y la inserción de realidad aumentada en cirugía laparoscópica, facilitando al cirujano una mejora del procedimiento con menos riesgos, gracias a la información superimpuesta y a las distancias suministradas.

P-312. EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL A TRAVÉS DE PUERTO ÚNICO

S. González-García, I.J. Arteaga-González, A.I. Martín-Malagón, L. Rodríguez-Ballester, M.C. Correa-Flores, H. Díaz-Luis y A. Carrillo-Pallares

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: La cirugía por puerto único pretende ser un paso más en la cirugía de mínima invasión. Existen pocos grupos que estén utilizando este acceso en cirugía colorrectal. A la espera de estudios comparativos, estamos en la obligación de comunicar nuestra experiencia para poder evaluar las ventajas e inconvenientes de la técnica, en comparación con la laparoscopia convencional.

Material y métodos: Desde julio 2009 hasta abril 2010, se han intervenido en nuestro hospital 10 pacientes por vía laparoscópica con puerto único transumbilical. Recogimos prospectivamente las variables clínicas perioperatorias para su posterior análisis.

Resultados: 10 pacientes con adenocarcinoma colorrectal: 4 neoplasias rectales altas; 3 en sigma; 1 en colon descendente y 2 en colon derecho. La edad media de los pacientes fue de 64 años. No presentaban, en el momento de la cirugía, metástasis hepáticas ni infiltración de otros órganos. Tres pacientes precisaron conversión a laparoscopia convencional debido a dificultades técnicas en dos casos y un caso de sangrado intraoperatorio. Tiempo operatorio medio 210 minutos. Estancia hospitalaria media 6 días (rango 5-11). Registramos dos complicaciones postoperatorias: un sangrado de la anastomosis y una infección de la herida umbilical de asistencia. No hemos tenido casos de reingreso ni reintervención. Variables patológicas: longitud del espécimen: 21 cm; número de ganglios estudiados: 7,5; márgenes longitudinales libres y mesocolon-recto satisfactorio en todos los casos.

Conclusiones: La cirugía a través de puerto único se ha mostrado como una técnica segura y realizable para el tratamiento de casos seleccionados de cáncer colorrectal avanzado en nuestro centro, a expensas de una alta tasa de conversión a laparoscopia convencional, una estancia hospitalaria similar y un tiempo quirúrgico más prolongado.

P-313. VISION ENDOSCÓPICA DE LA HERNIA VENTRAL ASISTIDA POR REALIDAD AUMENTADA POR 3D

J.P. Marín Calahorrano¹, I. Gil Romea¹, Ó. García Grasa², E. Bernal Agudo¹, J. Quintana Martínez¹, A. Gonzalo Rodríguez¹, P. Palacios Gasos¹, L. Lamata de la Orden¹, B. Martínez Soriano¹, D. Mirá Picó¹ y J.M. Martínez Montiel²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

²CPS Ingenieros, Zaragoza.

Objetivos: Es un resultado clásico en visión computarizada, cuando un endoscopio observa una cavidad rígida desconocida con una escala conocida, un modelo 3D y la localización de la cámara con respecto al mapa se puede conseguir la unión de las imágenes computarizadas. Recientemente se han conseguido algoritmos para desarrollar estos cálculos en tiempo real. Estos algoritmos son conocidos como SLAM (Simultaneous camera Location And mapping). La investigación está enfocada a desarrollar el SLAM monocular en la cirugía laparoscópica de la hernia ventral. Primero se mide el tamaño del defecto y por lo tanto el tamaño de la malla precisada y a partir de ellos se puede utilizar la realidad aumentada para ayudar en los cálculos de colocación de la malla, haciendo visible el orificio herniario en todo momento.

Material y métodos: Se marcan 5 puntos delimitando el orificio herniario y 2 puntos sobre un elemento de tamaño conocido. Se moldeará una elipse definida por dos ejes que delimitará la hernia. La computadora añadirá otra elipse marcando el lugar de colocación de la malla. En una pantalla adicional la secuencia de imágenes endoscópicas es aumentada con ambas elipses, de manera que el cirujano en todo momento conoce la localización de la hernia y los límites de colocación de la malla. Se compara el método con SLAM monocular con el método clásico en términos de tiempo quirúrgico y eficacia. La utilidad del método ha sido testada por cirujanos.

Resultados: Hemos realizado siete procedimientos que muestran la viabilidad del método propuesto.

Conclusiones: El SLAM monocular facilita la cirugía, disminuyendo el tiempo quirúrgico, por la sencillez de la técnica. Se intentará extender el método de medida a otros procesos quirúrgicos.

P-314. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LAS PERFORACIONES NO TRAUMÁTICAS DE VÍSCERA HUECA: SERIE DE 100 PACIENTES

T. Sánchez Rodríguez, C. Camarero, A. Fábregues, L. Álvarez, M. Burneo, M. Cuadrado, J. Lago, J.M. Monturiol, J. de Tomás, M. Sanz y F. Turegano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: La perforación de una víscera hueca es una emergencia que necesita un tratamiento rápido y eficaz. La cirugía abierta ha sido considerada la técnica estándar, pero el uso de la laparoscopia para fines de diagnóstico y tratamiento parece ser una alternativa segura. Nuestro objetivo es examinar el tratamiento laparoscópico, complicaciones y mortalidad de nuestra población de pacientes con abdomen agudo por perforación de víscera hueca.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con un diagnóstico de perforación de víscera huecas en nuestro hospital desde enero de 2000 a enero de 2010. Las perforaciones traumáticas (aparte de las iatrogénicas) fueron excluidas del análisis. Se analizaron las características demográficas, causa de perforación, localización, complicaciones, mortalidad y estancia media.

Resultados: Fueron registrados 588 pacientes con diagnóstico de perforación de vísceras abdominales durante un período de 10 años. Cien pacientes (17%) fueron sometidos a cirugía laparoscópica urgente, 81% de ellos durante los últimos cinco años; 23 pacientes (3,9%) se manejaron de forma conservadora, y en 465 pacientes (79%) se realizó laparotomía. Del grupo de pacientes tratados mediante laparoscopia, 86 pacientes tuvieron una perforación gastroduodenal, 10 una perforación intestinal y 4 colorrectal. Las causas fueron las siguientes: úlcera gastrointestinal en 78%, ileítis 3%, iatrogenia 3%, 2% malignidad y 2% isquemia. La cirugía fue completada por vía laparoscópica en el 91% de los casos. La técnica más utilizada fue la sutura primaria (89%), con o sin un parche epiploico, y sólo el 6% de los pacientes requirieron una resección. El 18,7% de los casos (17 pacientes) presentaron complicaciones, siendo la complicación más frecuente la colección intraabdominal, seguido por la dehiscencia o fuga de sutura. La estancia media fue de 8,9 días. No hubo muertes en el grupo con tratamiento laparoscópico.

Conclusiones: Nuestros resultados afirman la viabilidad y la seguridad del tratamiento laparoscópico cada vez mayor, en casos seleccionados, de las perforaciones gastrointestinales. Aunque la causa más común, es la perforación por úlcera gastrointestinal, no es la única indicación para el tratamiento por vía laparoscópica. Nuestro grupo de pacientes tratados por vía laparoscópica ha aumentado en los últimos 5 años, con una tasa de morbilidad baja y sin mortalidad registrada.

P-315. EL PAPEL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA URGENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Paterna López, G. González Sanz, C. Gracia Roche, M.L. Gutiérrez Díez, M.N. Sánchez Fuentes, J.I. Barranco Domínguez, J.J. Cabrero Lafuente, M. Cabrero Lafuente, M.P. Cebollero Benito, L.A. Ligorred Padilla y J.M. Esarte Muniaín

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las intervenciones quirúrgicas realizadas de urgencia durante un año en un hospital de tercer nivel (1.400 camas) mediante abordaje laparoscópico y comprobar la morbi-mortalidad relacionada con el manejo de dichos pacientes, así como la distribución observada según los distintos turnos horarios que se establecen durante la atención continuada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2010 hasta diciembre del mismo año de todos los pacientes intervenidos de urgencia por vía laparoscópica en nuestro hospital. Los datos se han obtenido del registro informático empleado en nuestro bloque quirúrgico así como de la base de datos del Servicio de Cirugía General.

Resultados: En el período de un año se han realizado con carácter urgente un total de 946 intervenciones por parte del Servicio de Cirugía General y Patología Digestiva de nuestro hospital, de las cuales sólo el 8,77% (83 casos) se han llevado a cabo por vía laparoscópica, el 22,5% durante el turno de mañana, 64,5% en turno de tarde y 13% en el de noche. Respecto a las características de los pacientes, el 67,7% son hombres y el 32,3% mujeres, de 44,6 años de edad media (14-86), presentando comorbilidades en el 48,3% de los casos. El 93,5% de los pacientes suponen urgencias externas, siendo el restante 6,5% urgencias internas, fundamentalmente del Servicio de Aparato Digestivo. La patología predominante de este tipo de asistencia de forma global es la apendicular (71%) seguida por la colecistitis (12,9%) y la perforación gástrica (9,7%). El facultativo que realiza la intervención es en el 61,3% de los casos un residente, dato que permanece constante en los distintos turnos salvando las patologías de complejidad mayor que por motivos evidentes son realizados fundamentalmente por los adjuntos. El 96,8% de los pacientes pasan su postoperatorio inmediato en planta mientras que el restante 3,2% precisan de una Unidad de Cuidados Intensivos, con una estancia media global de 5,7 días. El 19% va a presentar complicaciones postoperatorias, médicas en un 6,4% y quirúrgicas en un 12,9%, precisando ser reintervenidos un 3,2% por peritonitis. La mortalidad de esta serie hasta el momento ha sido del 0%.

Conclusiones: El mayor volumen de urgencias quirúrgicas se halla comprendido entre las 15:00 y las 08:00 horas del día, más allá del horario laboral habitual. Las urgencias internas predominan en turno de tarde y noche pese a lo que podría esperarse, lo que pone de manifiesto una falta importante de comunicación interespecialidades. La adecuada selección de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía laparoscópica es imprescindible para la obtención de unos resultados satisfactorios.

P-316. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR INCISIÓN ÚNICA UTILIZANDO UN GUANTE QUIRÚRGICO

R.J. Ortí Rodríguez, J.F. Ruiz Rabelo, M.D. Ayllón Terán, E. Navarro Rodríguez, J.M. Sánchez Hidalgo, M. Gómez Álvarez, C.J. Díaz Iglesias y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: La cirugía laparoscópica por incisión única no está exenta de controversia ya que actualmente no existen estudios para poder presentar conclusiones en lo que a seguridad, rentabilidad y reproducibilidad se refiere. Por otro lado, los

diferentes dispositivos comerciales utilizados en la cirugía por puerto único hacen que, además de ser técnicamente difícil, sea incluso más cara que la cirugía laparoscópica convencional. Así, presentamos nuestros resultados en cirugía por puerto único mediante la utilización de un guante quirúrgico, tras varias colecistectomías y apendicetomías en nuestro centro.

Material y métodos: Mediante incisión transumbilical, y con un retractor-protector de pared pediátrico al que se le acopla un guante quirúrgico, accedemos a cavidad. Los trócares necesarios, se introducen a través de los dedos del guante, fijándose a los mismos con ligadura de seda. La intervención puede realizarse con material de cirugía laparoscópica convencional. Mediante esta técnica, hemos realizado 12 colecistectomías por colelitiasis sintomáticas, 7 apendicetomías de urgencia por cuadros clínicos compatibles con apendicitis agudas y 1 laparoscopia exploradora por tumoración intestinal.

Resultados: Las intervenciones no han presentado ningún tipo de complicaciones y hemos observado ventajas estéticas, de dolor y de incorporación a la actividad diaria aún no contrastadas estadísticamente. Es cierto, que en comparación con otros dispositivos ya comercializados para la cirugía de puerto único, el guante permite una mayor libertad de movimiento en el manejo del instrumental quirúrgico.

Conclusiones: En nuestra opinión la cirugía laparoscópica por puerto único es factible en casos seleccionados siempre que el cirujano tenga suficiente experiencia en cirugía laparoscópica convencional, y la utilización de un guante, es un método sencillo y barato para poder iniciarse en este tipo de cirugía.

P-317. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE BAZO Y COMPLICACIONES TROMBÓTICAS POSTOPERATORIAS

J.F. Reoyo Pascual, A. Eldabe Mikhail, J.A. Ortega Seda, R. León Miranda, R.M. Martínez Castro, M. Álvarez Rico, E. Alonso Alonso, J.M. Aguado García, M. Miguel, E. García-Plata Polo y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Introducción: La trombosis esplenoportal tras esplenectomía, es una complicación poco frecuente acompañada de importante morbi-mortalidad. De incidencia incierta, existen factores de riesgo para su aparición, tales como anemia hemolítica, hipersplenismo, linfomas malignos y diámetro de vena esplénica mayor de 8 mm en TC. Presenta una clínica inespecífica, por lo que un diagnóstico temprano, utilizando pruebas como el TC abdominal con contraste, puede llevarnos al tratamiento precoz y efectivo mediante anticoagulación, y conseguir una buena evolución.

Caso clínico: Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés, diagnosticada de anemia hemolítica autoinmune, remitida para esplenectomía. El TC preoperatorio informa de bazo ligeramente aumentado de tamaño con vena porta y esplénica (de diámetro normal), permeables. Bajo profilaxis de tromboembolismo es intervenida, practicando esplenectomía laparoscópica sin incidencias. Dada de alta al sexto día postoperatorio sin complicaciones. La pieza quirúrgica pesa 365 g con dimensiones de 13 x 10 x 5,5 cm compatible con hipersplenismo. A los 45 días ingresa de nuevo por presentar dolor epigástrico que comenzó 15 días tras la intervención quirúrgica asociado a fiebre, malestar general y náuseas. Analíticamente presenta leucocitos 30.300 (77,7% N) con 759.000 plaquetas/μl. Se realiza TC abdominal en el que se encuentran datos compatibles con trombosis y cavernomatosis portal y de vena mesentérica superior sin evidenciar datos de hipertensión portal. Se instaura tratamiento con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol durante los siete días del ingreso presentando buena evolución.

Discusión: En determinados estudios prospectivos, la incidencia de esta entidad ha sido variada, así por ecografía ha sido del 6,3 al 10% mientras que por TC con contraste ha sido del 55%. Existen factores de riesgo establecidos, tales como anemia hemolítica, hipersplenismo, linfomas malignos, diámetro de vena esplénica mayor de 8 mm en TC, cuya presencia debe exigir un riguroso control. No se han observado diferencias en cuanto a edad, sexo, IBM, tiempo operatorio ni recuento pre/postoperatorio de plaquetas. La clínica consiste en anorexia (88%), ligero dolor abdominal (75%), náuseas (75%), exploración abdominal normal, leucocitosis (100%), con un periodo de tiempo tras la cirugía que oscila entre 4 y 14 días. El tiempo entre la aparición de síntomas y el diagnóstico varía entre 3 y 9 días. El diagnóstico está basado en el TC helicoidal con contraste, Doppler, ecografía teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial con la pancreatitis. El tratamiento consiste en heparina iv o sc a dosis individualmente ajustadas seguido de acenocumarol para conseguir INR de 1,5-2. También se ha utilizado la trombolisis transhepática con urokinasa como arma terapéutica en esta patología. Hay que tener muy en cuenta, que las consecuencias de esta entidad pueden ser tan graves como hipertensión portal o incluso, isquemia intestinal. Normalmente los pacientes tratados dentro de los primeros 10 días tras la esplenectomía evolucionan satisfactoriamente, ocurriendo la recanalización en más del 90% de los pacientes anticoagulados.

P-318. RESECCIÓN GÁSTRICA LAPAROSCÓPICA EN TUMORES GIST

A. Roig Bataller, R. Saborit Montalt, R. Penalba Palmi, J. García del Caño, L. Minguet Mocholí, M. Garay Burdeos, V. Roselló Bono, M. Jordá Richar, V. Viciano Pascual y J. Aguiló Lucia

Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) se originan en las células intersticiales de Cajal y se caracterizan por la sobreexpresión del receptor de la tirosina quinasa KIT. La localización más frecuente es el estómago (60%), seguido del intestino delgado (15%). La resección quirúrgica es el tratamiento de elección. La evidencia ha demostrado recientemente que la supervivencia depende del tamaño del tumor y de las características histológicas, y no de la extensión de la resección. Por tanto, muchos GIST pueden ser tratados por cirugía mínimamente invasiva, especialmente los gástricos. Se presentan dos casos de GIST gástrico intervenidos por vía laparoscópica.

Pacientes y métodos: Caso 1: mujer de 81 años hipertensa, diabética, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que en una TC realizada por una pancreatitis aguda se le detectó de forma casual un GIST gástrico localizado en fundus de 48 × 35 mm. En el seguimiento se evidenció un aumento de tamaño de la lesión por lo que fue intervenida. Caso 2: varón de 66 años con fibrilación auricular, hipertenso, intervenido de hernia inguinal bilateral y de litiasis ureteral. En el curso del seguimiento por urología se aprecia de forma casual en la TC una lesión gástrica de 5,4 × 4,7 mm en curvatura mayor gástrica a nivel de cuerpo. Clínicamente refería dolor abdominal y pérdida de peso de 7 kg en el último año. En ambos casos se realizó una gastrectomía parcial laparoscópica. Se utilizaron 4 trócares y tras una gastrolisis de la curvatura mayor se aplicaron varios disparos de endograpadora para la resección. Se efectuó, en ambos pacientes, un control mediante endoscopia gástrica intraoperatoria para evitar una posible estenosis, y se finalizó con una sutura invaginante en el segundo caso. La evolución postoperatoria de ambos fue satisfactoria con tolerancia alimentaria al segundo día de la intervención, siendo alta a los 5 y 6 días, respectivamente.

En el análisis de las piezas quirúrgicas se evidenció un tumor GIST de bajo grado de malignidad, C Kit positivo, con bordes de resección libres.

Discusión. Los tumores del estroma gastrointestinal, aunque raros, son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. La presentación clínica depende del tamaño y de su localización. En los casos sintomáticos la clínica más frecuente es la hemorragia gastrointestinal (50%), el de dolor abdominal (20-50%) y la obstrucción intestinal (20%). Sin embargo, casi un tercio cursan de forma asintomática, especialmente en etapas precoces de la enfermedad, constituyendo a menudo un hallazgo endoscópico o radiológico. Los GIST presentan más frecuentemente diseminación metastásica al hígado, rara vez a los ganglios linfáticos regionales y prácticamente nunca a pulmón. La cirugía es el tratamiento de elección para los casos resecables. Todavía existe controversia sobre cuál es el abordaje quirúrgico más apropiado y sobre la extensión de la resección. El objetivo de la cirugía es la extirpación completa del tumor con márgenes de resección libres, intentando preservar la función del órgano. La linfadenectomía rutinaria no está indicada. Hasta hace poco la resección por laparotomía ha sido la técnica estándar pero distintos estudios han constatado la efectividad de la vía laparoscópica en la consecución de márgenes libres, con la misma morbi-mortalidad. En la indicación de la vía laparoscópica se deben tener en cuenta varios factores como el tamaño tumoral, la localización, la invasión de estructuras, así como la experiencia del cirujano que debe evitar la rotura del tumor durante la resección por el riesgo de difusión peritoneal.

Conclusiones: En casos seleccionados, la resección laparoscópica de los GIST gástricos es una técnica reproducible, segura y oncológica.

P-319. ESPLENOMEGALIA GIGANTE POR QUISTE ESPLÉNICO PRIMARIO CONGÉNITO. ABORDAJE POR VÍA LAPAROSCÓPICA

J.L. Rueda Martínez, M. Abad Martínez, A.S. Valero Liñán, A. Prat Calero, B. Moreno Flores, J.A. González Masia y P. Vázquez Aragón

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Los quistes esplénicos primarios son una entidad rara, tienen una incidencia de 0,007%-0,2% según las series. Hay menos de 300 casos publicados en la literatura. Son más frecuentes en la mujer (60%), con una relación mujer: hombre de 8:1. Se presenta el caso de un paciente con un quiste esplénico primario no parasitario gigante, como hallazgo casual durante un estudio de función hepática.

Material y métodos: Paciente varón de 21 años que consulta por elevación de transaminasas. No presenta antecedentes personales de interés. Acude a consulta de Digestivo para estudio de elevación de transaminasas en una analítica de rutina. El paciente se encuentra asintomático. En la exploración física se palpa una tumoración a nivel de hipocondrio izquierdo no dolorosa. En las pruebas complementarias destaca una GGT de 94 y anti-HBs de 35 U/l, el resto de los marcadores resultan normales, así como el resto de la analítica de función hepática. En la ecografía abdominal se visualiza un quiste esplénico. En la TAC abdominal se observa una imagen compatible con pectus excavatum y quiste esplénico de 12 × 15 × 13 cm de probable origen congénito como primera posibilidad.

Resultados: Se decide intervención quirúrgica de forma programada por vía laparoscópica. Encontrándose un quiste esplénico de gran tamaño adherido íntimamente a peritoneo y diafragma, realizándose fenestración laparoscópica del quiste. Durante la disección se produce apertura de 1 cm de diafragma, realizándose sutura del mismo. La evolución postoperatoria es favorable

por lo que es dado de alta al quinto día postoperatorio. El estudio de la anatomía patológica se informó como quiste esplénico benigno de tipo mesotelial.

Conclusiones: Los quistes esplénicos primarios gigantes representan una entidad muy infrecuente. Suelen diagnosticarse con mayor frecuencia en la segunda o tercera década de la vida. La etiología de los quistes esplénicos verdaderos es desconocida, pero se considera que hay una alteración durante el desarrollo embrionario del bazo, debido a que la pared está tapizada por epitelio epidermoide, transicional o mesotelial. Entre el 30-60% de ellos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. Los sintomáticos, se presentan con manifestaciones secundarias al efecto masa, con dolor, náuseas, vómitos, síntomas respiratorios y urinarios. En ocasiones, llegan a generar complicaciones como ruptura, hemorragia o infección. El diagnóstico completo se basa en las imágenes, como la ecografía y la tomografía axial computarizada y se asocia con elevación del CA 19-9. La clasificación más utilizada en la práctica clínica es la de Martín, que los clasifica como primarios y secundarios. Los primarios a su vez en parasitarios y no parasitarios y éstos últimos, en congénitos y neoplásicos. Se recomienda tratamiento quirúrgico para los pacientes sintomáticos o con quistes mayores de 5 cm. Actualmente hay una tendencia hacia la esplenectomía parcial, con el fin de conservar la función inmunológica esplénica y prevenir complicaciones infecciosas post-esplenectomía. La fenestración del quiste por vía laparoscópica es una alternativa a tener en cuenta en quistes no parasitarios, no complicados y localizados superficialmente.