

conocimiento preoperatorio por parte del cirujano es imprescindible. Nuestro objetivo es describir la distribución de la anatomía normal y sus variantes observada en una serie de pacientes, a través de un estudio sistemático de las mismas en la fase arterial de la tomografía computarizada multicorte (TCM) abdominal.

Material y métodos: Presentamos una serie de 400 pacientes sometidos a una TCM abdominal, con administración de contraste intravenoso y toma de imágenes en fase arterial, entre febrero y noviembre de 2011. Estas imágenes se han visualizado posteriormente mediante el software de análisis de imágenes médicas Osirix (v.4.0 32-bit, Pixmeo Sarl). Las variantes anatómicas encontradas han sido clasificadas de acuerdo con la clasificación de Michels y Hiatt.

Resultados: Variantes observadas según la clasificación de Michels: tipo 1 (normal): 65%; tipo 2 (arteria hepática izquierda reemplazada [AHIr] desde la arteria gástrica izquierda [AGI]): 5%; tipo 3 (arteria hepática derecha reemplazada [AHDr] desde la arteria mesentérica superior [AMS]: 7,25%; tipo 4 (AHIr y AHDr): 1%; tipo 5 (arteria hepática izquierda accesoria [AHla] desde la AGI): 8,5%; tipo 6 (arteria hepática derecha accesoria [AHDa] desde la AMS): 1,5%; tipo 7 (AHla más AHDa): 1%; tipo 8 (AHla más AHDr o AHIr más AHDa): 1,25%; tipo 9 (arteria hepática común reemplazada [AHCr] desde la AMS): 2,25%; tipo 10 (AHCr desde la AGI): 0%; otras variantes no contempladas: 7,25%. Variantes observadas según la clasificación de Hiatt: tipo 1 (normal): 65%; tipo 2 (AHla o AHIr): 13,5%; tipo 3 (AHDa o AHDr): 8,75%; tipo 4 (AHla o AHIr más AHDa o AHDr): 3,25%; tipo 5 (AHCr desde la AMS): 2,25%; tipo 6 (AHCr desde la aorta): 1,75%; otras variantes no contempladas: 5,5%.

Conclusiones: Las variantes anatómicas del TCe y sus ramas pueden observarse hasta en un tercio de los pacientes. El estudio de la fase arterial de los TC abdominales es de gran utilidad en la detección de variantes anatómicas arteriales del TCe y la AMS. La variante de la normalidad más frecuente en nuestra serie es una AHla desde la AGI (8,5%), seguida de una AHDr desde la AMS (7,25%). Además de las variantes clásicas recogidas en las clasificaciones de Michels y Hiatt, existe una infinidad de variantes posibles que se pueden dar en un número de pacientes nada despreciable.

O-019. IDENTIFICACIÓN DE LA INFILTRACIÓN DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR PREVIO A REALIZAR DUODENOPANCREATECTOMÍA, MEDIANTE RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL, MAXIMUM INTENSITY PROJECTION, MIP

J.L. Bertelli Puche, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, P. Menéndez Sánchez, J. Villanueva Liñán, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E. García Santos, F.J. Ruescas García, A.R. Valle García y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: Actualmente el método diagnóstico para la predicción de resecabilidad y estadificación de las neoplasias malignas pancreáticas o periampulares es el TC multidetector. Presenta un valor predictivo positivo del 100% para la invasión vascular, y un valor predictivo negativo del 87%. La precisión de la resecabilidad es del 87%. La infiltración vascular, según Lu et al, se estadifica en valores de 0-4. La resecabilidad para grados de 0 a 3 es 96%, 100%, 50% y 9%. Por lo tanto en los enfermos con grado II sólo tenemos un 50% de precisión de resecabilidad. En estos enfermos el TC multicorte tiene una alta especificidad, 92%, pero sensibilidad insuficiente, 68%, con un valor predictivo negativo y precisión de invasión del 67% y 75% respectivamente.

Objetivos: Conocer el valor de la reconstrucción tridimensional, MIP, para identificar infiltración de la arteria mesentérica superior. Información en nuestro medio de infiltración de AMS mediante TC multicorte, reconstrucción MIP y acceso inicial a AMS previo a resección pancreática.

Material y métodos: Estudio observacional de 74 enfermos con patología pancreática y periampular intervenidos con planteamiento de DPC. 1. Técnica quirúrgica: se realizó acceso retroperitoneal inicial a AMS. La afectación de > 50% de la AMS contraindicó la DPC. 2. Identificación de grado de infiltración de AMS según Lu et al: 0, no contacto del tumor con el vaso; 1, contacto en < 25% de circunferencia del vaso; 2, contacto entre 25-50%; 3, contacto entre 50-75%; 4, contacto > 75%. 3. Reconstrucción tridimensional, MIP, en estación de trabajo con imágenes de TC, realizada de forma retrospectiva.

Resultados y conclusiones: En 8 enfermos existió infiltración de la arteria mesentérica superior, que contraindicó completar la DPC. El TC

CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

COMUNICACIONES ORALES

O-018. VARIANTES ANATÓMICAS DEL TRONCO CELÍACO Y SUS RAMAS

J.L. Muñoz de Nova, E. Martín Pérez, I. García Sanz, A. Rodríguez Sánchez, J. Delgado Valdeza, S. Salido Fernández, J.L. Martín Álvarez, M.D.M. Naranjo Lozano, L. Sánchez-Urdazpal González y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: La existencia de ciertas variantes anatómicas del tronco celíaco (TCe) puede tener un papel importante en determinadas intervenciones del área hepatobiliopancreática, condicionando tanto el acto quirúrgico como la morbilidad del paciente, por lo que su estudio y

multidetector clasificó a estos enfermos según Lu et al: 0 (4), 1 (1), 2 (3). Falso positivo de 1 enfermo que fue diagnosticado preoperatoriamente como grado 2, sin afectación pancreática intraoperatoriamente. La reconstrucción tridimensional, MIP, permite identificar la afectación vascular y su estadificación en un 100%. Todos presentaron grado 3. Además identificó la no existencia de afectación, en el enfermo "falso positivo". Por lo tanto y a pesar de características de la muestra, la reconstrucción MIP podría resolver el problema de las dudas que plantea un diagnóstico en enfermos diagnosticados con TC con grado 2. La creación de grupos multidisciplinarios con protocolización de actuación que incluya la reconstrucción tridimensional MIP, podría evitar cirugías innecesarias. Si no fuera posible el abordaje inicial a la AMS previo a la resección pancreática, permite identificar irresecabilidad evitando continuar con el proceso.

O-020. UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DE UNA HOJA DE PROTOCOLO QUIRÚRGICO ESTANDARIZADO EN LA CIRUGÍA PANCREÁTICA

E. Martín Pérez, I. García Sanz, J.L. Martín Álvarez, L. Sánchez-Urdazpal, J. Delgado Valdueza, J. Gómez Ramírez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: La cumplimentación de la hoja operatoria (HO) o informe quirúrgico se ha llevado a cabo habitualmente de forma escrita tras la cirugía. Además de su potencial ilegibilidad, al no estar estandarizada frecuentemente no proporciona detalles suficientes sobre la intervención, lo que puede limitar la capacidad de valorar los indicadores de calidad en el tratamiento quirúrgico del carcinoma de páncreas. El empleo de una HO estandarizada (HO-E) con registros validados puede mejorar la información del acto quirúrgico. El objetivo de este estudio fue evaluar y comparar la exactitud y la reproducibilidad de los datos extraídos de una HO-E con la HO no estandarizada (HO-NE).

Material y métodos: En octubre 2010, se confeccionó una HO-E en plataforma digital con registros específicos sobre los hallazgos críticos y pasos técnicos claves en cirugía pancreática que incluía un total de 36 ítems referentes a: 1) datos generales; 2) abordaje y exploración; 3) resección; 4) reconstrucción; 5) cierre, y 6) muestras remitidas a laboratorio. Se analizaron 135 cirugías pancreáticas comparando los informes de las HO-E desde su instauración, con los controles históricos de HO-NE convencional narrativa que los mismos cirujanos realizaron antes de la introducción del informe estandarizado, respecto a exactitud global y por ítems individuales.

Resultados: Se incluyeron 26 casos en el grupo de HO-E (21 DPC y 5 pancreatomecías distales) y 109 casos (86 DPC y 23 pancreatomecías distales) en el grupo de HO-NE. La extracción de datos del apartado de aspectos generales fue similar en los dos tipos de informes. Sin embargo, la mayoría de otros detalles quirúrgicos fue reseñado de forma más completa en el estandarizado (89% a 100%) frente a los no estandarizados (8% a 100%). El análisis global mostró que la HO-E permite extraer el 98,7% de los datos analizados, mientras que el informe quirúrgico convencional sólo recogió el 57% de los mismos ($p < 0,001$). Cuatro de los 13 ítems en los apartados general y de exploración y 14 de los 23 ítems en los apartados de resección, reconstrucción y cierre en la HO-NE se registraron de forma incompleta comparados con los de la HO-E ($p = 0,0001-0,005$). No existieron diferencias significativas en la exactitud de la información según los datos de incisión ($p = 1$), hallazgos ($p = 0,5$), tipo de anastomosis ($p = 1$), colocación de drenajes ($p = 0,1$), muestras remitidas a patología ($p = 0,6$) y cierre de pared ($p = 0,4$) y cutánea ($p = 0,2$).

Conclusiones: El informe operatorio convencional narrativo no estandarizado en cirugía de cáncer de páncreas varía en contenido y omite con frecuencia aspectos importantes de la intervención. Este estudio muestra que la aplicación de una HO-E con registros validados que incluyan los elementos fundamentales de la técnica aporta información más segura, fiable y completa de la cirugía. Su finalidad es la de conservar un registro completo que plasme de forma fiel el acto operatorio realizado. Es una herramienta potencialmente beneficiosa en cirugía del cáncer de páncreas y ofrece una oportunidad para estandarizar ampliamente los informes quirúrgicos, incluso para los procedimientos altamente complejos, puede facilitar el aprendizaje y mejorar la seguridad de la cirugía.

O-021. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA PANCREATECTOMÍA CON RESECCIÓN VENOSA MESENTERICO-PORTAL EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

F. Landi, L. Blanco, C. Dopazo, G. Sapisochin, M. Caralt, M. Beisani, M. Torres, R. Salgado, J. Naval, J. Balsells y R. Charco

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La morbilidad postoperatoria y la supervivencia tras pancreatomecía con resección venosa mesentérico-portal (RVMP) por cáncer de páncreas localmente avanzado (CPLA) son comparables a las relacionadas con la pancreatomecía sin RVMP, según está descrito en la literatura, siempre que se obtengan márgenes de resección libres de infiltración neoplásica.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la pancreatomecía con RVMP en el CPLA.

Material y métodos: Entre mayo 2001 y diciembre 2011 se realizaron en nuestro centro 252 duodenopancreatomecías cefálicas (DPC), 76 pancreatomecías corporocaudales (PCC) y 15 pancreatomecías totales (PT) por tumor maligno, de las cuales en 17 (4.9%) se realizó RVMS (14 DPC, 2 PT, y 1 PCC). Estudio retrospectivo observacional que incluye las pancreatomecías con RVMP realizadas por CPLA en el periodo analizado. En todos los casos se realizó angio-TC abdominal para valorar la extensión tumoral. Se indicó tratamiento neoadyuvante con radioterapia y gemcitabina en caso de CPLA. Definimos morbilidad perioperatoria como aquella que acontece durante el ingreso hospitalario o en los 30 días post-cirugía. Mediana de seguimiento: 13.5 meses (1-75 meses).

Resultados: En los 17 casos analizados la edad mediana fue de 57 años (24-75) y el 70,6% eran varones. El estudio preoperatorio con tomografía diagnosticó invasión venosa en el 28% de los casos, en 30% era dudosa, y en 41% no pudo identificarse. Tres pacientes (17,6%) recibieron tratamiento neoadyuvante. En el 59% (10/17) de las intervenciones se realizó resección vascular segmentaria con anastomosis término-terminal y en el 41% (7/17) resección lateral con venoplastia. La duración mediana de la cirugía fue 355 minutos (240-510), con un tiempo de clampaje venoso de 25 minutos (14-55) y unas pérdidas hemáticas de 700 cc (200-3.500); los requerimientos transfusionales perioperatorios fueron de 2CH (0-15). El estudio anatómico-patológico demostró 13 adenocarcinomas ductales, 2 tumores neuroendocrinos, una metástasis de sarcoma endometrial y un adenocarcinoma coledocal. En el 65% (11/17) de los pacientes se consiguió una resección R0; el resto de casos [35% (6/17)] presentaban afectación del margen radial. En un 41% (7/17) de los pacientes se evidenció invasión tumoral del segmento venoso resecado. La morbilidad perioperatoria fue del 29% (6/17): 2 fistulas pancreáticas, 1 hemorragia, 3 infecciones de herida quirúrgica y un caso de ascitis debido a estenosis de anastomosis venosa. Sólo hubo un caso de mortalidad postoperatoria (6%). Durante el seguimiento, el 47% (8/17) presentaron recidiva neoplásica local o sistémica con supervivencia libre de enfermedad de 12 (1-67) meses. La supervivencia libre de enfermedad a 1, 3 y 5 años fue de 75%, 32% y 16%. La mortalidad en el seguimiento fue del 47,1% (8/17), con supervivencia actuarial a 1, 3 y 5 años de 80%, 35% y 35%.

Conclusiones: La morbilidad postoperatoria tras pancreatomecía con RVMP por CPLA en nuestra serie es comparable con los resultados previamente descritos en la literatura. Consideramos que los pacientes alcanzan una aceptable supervivencia a largo plazo y por tanto, en ausencia de otras contraindicaciones, la RVMP debe ser considerada en caso de infiltración neoplásica venosa.

O-022. UTILIDAD DE LA PET-TAC EN EL DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE DEL CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO

J. Fernández Carrión, F. Sánchez Bueno, R. García Pérez, M.A. Claver Valderas, J. Sánchez Catalicio, G. Torres Salmerón, E. Amate Tortosa y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Evaluar la eficacia diagnóstica de la PET-TAC en el diagnóstico y estadificación del cáncer de páncreas exocrino (CPE) potencialmente resecable en una serie de 70 pacientes intervenidos en los últimos 4 años.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo en 70 pacientes diagnosticados de CPE y potencialmente resecables, con una edad media

de 60,6 años (37-79 años). A todos los pacientes se les realizó preoperatoriamente una TAC helicoidal con contraste intravenoso y estudio con ^{18}F -FDG-PET-TAC. Analizamos las siguientes variables: localización, tamaño tumoral, adenopatías peripancráticas, grado de diferenciación histológico y SUV máximo. Tras la resección quirúrgica, se realizó correlación entre los hallazgos de la TAC y de la PET-TAC con los hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: La sensibilidad para el diagnóstico del tumor primario de la TAC fue del 68% para la TAC y del 76% para la PET-TAC. La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para la detección de metástasis ganglionares locorregionales fue del 60%, 75%, 90% y 33% para la TAC y del 47%, 75%, 88% y 27% para la PET-TAC. Existe relación estadísticamente significativa en la localización tumoral tanto para la TAC ($p = 0,00$) y la PET-TAC ($p = 0,02$), sin embargo no existe una asociación estadísticamente significativa en el tamaño tumoral para ambas técnicas. Encontramos relación aunque no estadísticamente significativa ($p = 0,08$) entre el SUV máximo tumoral y el grado histológico.

Conclusiones: La PET-TAC presenta mayor precisión diagnóstica que la TAC en el diagnóstico del CPE resecable, siendo tan útil como la TAC en la valoración de la localización tumoral. Tanto la PET-TAC como la TAC presentan un bajo rendimiento en la detección de metástasis ganglionares. En nuestro estudio no hemos hallado relación estadísticamente significativa entre el SUV máximo y el grado histológico.

O-023. ESTUDIO COMPARATIVO DEL ABORDAJE INICIAL DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR EN LA DPC FRENTE AL ABORDAJE CLÁSICO: SEGURIDAD Y RADICALIDAD ONCOLÓGICA

J. Herrera, C. Zazpe, A. Viúdez, A. Tarifa, P. Sánchez, I. Aramendia y J.M. Lera

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: En la duodenopancreatometomía con abordaje clásico (AC) la ligadura de las ramas arteriales de la arteria mesentérica superior (AMS) se realiza como paso final de la extirpación de la pieza. El abordaje posterior de la AMS como primer gesto de la intervención tiene una serie de ventajas teóricas: valora su infiltración antes de realizar maniobras irreversibles, detecta y permite preservar arterias hepáticas accesorias, disminuye la congestión venosa de la pieza y permite una ampliación del margen retroperitoneal y la extensión de la linfadenectomía.

Objetivos: Comparar la seguridad de la técnica, su impacto en la radicalidad oncológica y la supervivencia de los pacientes entre el grupo AMS y AC.

Material y métodos: En abril del 2008 comenzamos a utilizar la técnica en pacientes con tumores invasivos confirmados o sospechados, y hasta abril de 2012 hemos realizado 101 DPC y en 92 se realizó AMS. Para evitar sesgos sólo incluimos pacientes oncológicos 71 AMS y 80 AC (como grupo control) casos consecutivos anteriores al inicio del estudio, sobre estos se hizo el estudio de seguridad. El estudio oncológico se realizó en 43 AMS/47 AC adenocarcinomas de páncreas (ADP). La única diferencia entre los grupos es el abordaje arterial y la reconstrucción pancreática: pancreatogastrotomía en AMS y pancreatocoyunostomía ducto-mucosa en AC. Las variables estudiadas son: demográficas, HB y htco % basal 24h y 72h, transfusión, duración de la intervención, morbilidad según la clasificación de Clavien, mortalidad a 30 días, números de ganglios extirpados y afectados, ratio ganglionar, clasificación R de la cirugía y supervivencia global (SPV). La recogida de los datos ha sido prospectiva y el análisis retrospectivo en el grupo control. Se han utilizado para la estadística el SPSS 16 para el estudio uni y multivariante. Resultados de seguridad: Grupo AMS/AC: 71/82; edad 66,8/65; carcinoma: páncreas 43/47, papila 14/27, vía biliar 11/6, duodeno 3/0; estancia mediana: 14/21 ($p = 0,003$); transfusión: 33%/43% (ns); complicaciones: 49,3%/70% ($p = 0,012$); Clavien: 1-2: 28/49; 3-4: 4/13; 5: 3/3 ($p = 0,011$), reintervención: 3/11 (ns). Hb 24h: 12/13; Hb72h: 10,6/10,1 (ns). Resultados oncológicos: Grupo AMS/AC: ganglios extirpados: 23/6,8 ($p = 0,000$); ganglios +: 1,90/1,32 (ns); ratio ext/+: 0,07/0,16 ($p = 0,009$), R1: 28,2%/19,6 (ns), mediana de seguimiento: 11/25. Sólo ADP 90 43/47: el estudio multivariante de Cox demostró como predictores de supervivencia (SPV): la N ($p = 0,005$); Ratio ganglios ext/+ ($p = 0,009$); R: ($p = 0,002$), no fue significativo el grupo AMS/AC. El Kaplan-Meier AMS/AC SPV al año: 89%/80%; dos años: 73%/53,6%; tres años: 51%/28%. Mediana SPV 32 meses (4-59)/25 (20-29) (ns).

Conclusiones: La AMS no aumenta las complicaciones quirúrgicas, ni las pérdidas hemáticas ni la morbimortalidad (MM). La R no es comparable

por diferentes métodos de clasificación anatomopatológica. El grupo con PG presenta mejores resultados en MM y estancia. El grupo AMS presenta diferencias significativas en el número de ganglios y el ratio pero no en la SPV, aunque el seguimiento es corto. Los factores predictivos de SPV en el ADC son la N, el ratio ganglionar y la clasificación R.

O-024. IMPACTO DE LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO

F.R. Atahualpa Arenas, J.L. García Sabrido, F. Calvo Manuel, L. González Bayón, J.A. López Baena, B. Díaz Zorita Aguilar, L. Rodríguez Bachiller Villaronga, E. Velasco Sánchez, W. Vásquez Jiménez, J.M. Asencio Pascual y P. Álvarez de Sierra Hernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Evaluar el impacto de la RIO sobre la recidiva local en pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado resecado comparado con un grupo control coetáneo resecado sin RIO. Evaluar el impacto de la RIO sobre la supervivencia en pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado resecado comparado con un grupo control coetáneo resecado sin RIO.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo de una serie de casos y controles. Se incluyeron a pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas localmente avanzado intervenidos mediante una resección completa en el servicio de Cirugía General III del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid desde 1995 hasta diciembre de 2011.

Resultados: Se incluyeron a 114 pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado, sometidos a resección completa, de los cuales 26 recibieron RIO y 88 no. No hubo diferencias en cuanto a las características clínicas ni en cuanto al estadiaje preoperatorio de ambos grupos. El 16% recibió neoadyuvancia, el 39,8% recibió radioterapia postoperatoria y el 38,9% recibió quimioterapia postoperatoria. La localización tumoral más frecuente fue en la cabeza del páncreas (90%). La morbilidad operatoria fue del 52%, la tasa de reintervención del 18,6% y la mortalidad operatoria del 6,2%, sin diferencia en ambos grupos. El tiempo de seguimiento medio fue de 23,1 meses. No hubo ningún caso de recidiva local en el grupo con RIO ($p < 0,01$). No hubo diferencias en la recidiva sistémica ($p = 0,774$) aunque hubo una tendencia no significativa en la recidiva global ($p = 0,120$). No hubo diferencia en la supervivencia global ($p = 0,384$) aunque la mediana de la supervivencia fue un 54% mayor en el grupo con RIO. En el análisis por subgrupos la administración de neoadyuvancia o adyuvancia no fueron variables de confusión para la recidiva local.

Conclusiones: La administración de RIO en el cáncer de páncreas localmente avanzado ofrece un significativo mejor control local de la enfermedad en relación al grupo sin RIO. La supervivencia libre de enfermedad fue mayor en el grupo con RIO. La mediana de supervivencia en el cáncer de páncreas localmente avanzado aumenta con la RIO como consecuencia de un mejor control local de la enfermedad aunque no alcanza diferencia significativa. Existe una tendencia no significativa a una mejor supervivencia global en el cáncer de páncreas localmente avanzado tratado con RIO en relación al grupo sin RIO.

O-040. PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA: ESTUDIO EXPERIMENTAL ALEATORIZADO DE COMPARACIÓN ENTRE 2 MÉTODOS DE TRANSECCIÓN PANCREÁTICA

D. Dorcaratto¹, F. Burdío Pinilla¹, D. Fondevila Palau², A. Andaluz Martínez², I. Poves Prim³, C. Silva Vergara¹, R. Quesada Díez³, F. García Arnas², E. Berjano Zanón⁴ y L. Grande Posa¹

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès. ³Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona.

⁴Universitat Politècnica de Valencia, Valencia.

Objetivos: La tasa de fístulas pancreáticas postoperatorias (FPP) tras la realización de pancreatectomía distal persiste elevada a pesar de los esfuerzos realizados en la búsqueda de un método efectivo de sellado del remanente pancreático. Actualmente la pancreatectomía distal laparoscópica (PDL) es la técnica de elección para la exéresis de las neoplasias

benignas y la mayoría de las neoplasias malignas de cuerpo y cola pancreáticas. El objetivo de nuestro estudio es la comparación de la seguridad y la efectividad entre un dispositivo de transección pancreática asociado a radiofrecuencia (RF) y la endograpadora en un modelo porcino de PDL.

Material y métodos: Se realizó PDL en 29 animales. La transección pancreática se realizó mediante el dispositivo Coolinside® (Apeiron Medical, Valencia, España) en 15 cerdos (grupo RF) y mediante endograpadora mecánica en 14 (grupo ST). Los animales fueron asignados preoperatoriamente de forma aleatoria al grupo RF o ST, inspeccionados diariamente y sacrificados 4 semanas después de la intervención. El objetivo principal de nuestro estudio es la medición de la tasa de FPP definida según los criterios del Pancreatic Anastomotic Leak Study Group (fístula bioquímica) y/o como la presencia de colecciones, abscesos o líquido libre intradominal con una concentración elevada de amilasa y/o extravasación de contraste en la superficie de transección, cuando inyectado retrógradamente en el conducto de Wirsung. Los objetivos secundarios son la evaluación/medición del tiempo quirúrgico, tiempo de transección, complicaciones intra y postoperatorias, amilaseemia, glucemia, mortalidad.

Resultados: Se diagnosticaron 1 FPP bioquímica sin implicaciones clínicas en el grupo RF y 2 en el grupo ST. La mediana de concentración de amilasa en líquido peritoneal al 4º día PO en el grupo RF y ST fue de 2.330 UI/L y 1.328 UI/L respectivamente. No hubo diferencias significativas comparando la concentración postoperatoria de glucosa y amilasa plasmáticas ni las medianas de tiempo quirúrgico y de transección (respectivamente 95/4 minutos en grupo RF y 78/4 en grupo ST). Todos los animales del grupo RF presentaron un incremento mínimo del 10% del peso preoperatorio a las 4 semanas PO a diferencia de dos animales del grupo ST. Hubo una infección de herida en el grupo RF, dos intolerancias a la ingesta y dos muertes no relacionadas con la cirugía en el grupo ST. El estudio anatomopatológico de la superficie de transección del remanente pancreático evidenció una área central de necrosis coagulativa rodeada de una espesa capa de fibrosis y obliteración ductal en el grupo RF, y menos fibrosis con aumento del infiltrado linfocitario en el grupo ST.

Conclusiones: El dispositivo asociado con RF ha demostrado ser por lo menos tan eficaz y seguro como la grapadora mecánica para realizar la transección pancreática en la PDL en términos de prevención de la FPP, tiempo quirúrgico y de transección, complicaciones postoperatorias y función pancreática residual. Los resultados de este estudio son el primer paso hacia la realización de ensayos clínicos sobre el uso del dispositivo Coolinside.

O-041. PANCREATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J.C. Zevallos Quiroz, R. Jiménez Agüero, A. Beguiristain Gómez, X. Arteaga Martín, I. Ruiz Montesinos, M.A. Medrano Gómez, E. Guisasaola Gorrochategui e I. Markínez Gordobil

Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

Introducción: Estudios previos comparando la pancreatectomía izquierda abierta y laparoscópica han encontrado ventajas a favor de la segunda como reducción del dolor post operatorio, recuperación más rápida, menos complicaciones con la herida y menor morbilidad postoperatorias. Otros estudios de coste efectividad recientes han mostrado que la pancreatectomía distal laparoscópica no tiene un impacto negativo en el gasto sanitario ya que disminuye la estancia hospitalaria y el gasto relacionado a las complicaciones postoperatoria además de permitir que el paciente regrese pronto a su actividad diaria.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de 19 pancreatectomías izquierdas realizadas en nuestro hospital en los años 2010 y 2011. Incluimos las pancreatectomías izquierdas, excluyendo las duodenopancreatectomías y los procedimientos quirúrgicos que incluyeron otra cirugía asociada.

Resultados: Durante el periodo estudiado se practicaron 19 pancreatectomías distales, 11 en 2010 y 8 en 2011. De éstas, 7 de ellas fueron hechas por abordaje laparoscópico, una en 2010 y las 6 restantes en 2011. La estancia hospitalaria media en el grupo laparoscópico fue de 9,71 días y en el de cirugía abierta fue de 12,92 días, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,027$). No existió diferencia significativa en la edad de los pacientes, ni en el ASA pre operatorio, ni en el tamaño de la pieza resecada, sin embargo el análisis del tamaño de la tumoración resecada fue de media más pequeño en el grupo de abordaje laparoscópico (5,52 cm vs 2,5 cm; $p = 0,32$), la morbilidad registrada en ambos grupos fue similar. No

hubo ningún caso de reconversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta. Un paciente intervenido por la técnica laparoscópica se tuvo que reintervenir por sangrado post operatorio. Finalmente hubo un caso de mortalidad post operatoria en el grupo de cirugía abierta por causa no relacionada directamente a la cirugía.

Conclusiones: La introducción del abordaje laparoscópico para efectuar pancreatectomías distales en pacientes seleccionados ha servido para disminuir la estancia hospitalaria de éstos en nuestro centro. Además ha demostrado ser un modo seguro y eficaz de realizar este tipo de cirugía.

O-042. LA BIOPSIA PANCREÁTICA PERCUTÁNEA SÓLO ES RENTABLE EN MASAS GRANDES

C. Fortea Sanchis, L. Gómez Quiles, D. Martínez Ramos, J. Escrig Sos, G.A. Paiva Coronel, R. Queralt Martín, A. Villarín Rodríguez, J.M. Daroca José y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castelló, Castellón de la Plana.

Objetivos: Estudiar la efectividad de la biopsia percutánea en pacientes con lesión ocupante de espacio sospechosa de neoplasia de páncreas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con sospecha clínica y radiológica de neoplasia de origen pancreático, a los cuales se les realizó biopsia percutánea de tejido pancreático, desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2011. Las distintas variables empleadas para el presente estudio fueron: edad, sexo, tamaño y localización de la masa pancreática, realización de biopsia pancreática, estudio anatomopatológico de la misma y diagnóstico definitivo. Para el análisis estadístico la muestra se estratificó por tamaño de la masa pancreática, en menores o iguales a 3 cm frente a mayores.

Resultados: A 81 pacientes se les practicó biopsia percutánea pancreática, y un total de 90 procedimientos. Se llegó al diagnóstico de neoplasia pancreática en 47 casos (52,2%), con 16 falsos negativos (17,7%), 0 falsos positivos y al de pancreatitis crónica en 24 casos (26,6%). Con una sensibilidad (S) global del 74,6% (IC95%: 62,1%-84,7%), especificidad (E) del 100% (IC95%: 87,2%-100%), valor predictivo positivo (VPP) del 100% (IC95%: 92,5%-100%) y valor predictivo negativo (VPN) del 62,8% (IC95%: 46,7%-77%). En masas pancreáticas ≤ 3 cm la S fue del 70% (IC95%: 45,7%-88,1%), la E del 100% (IC95%: 66,4%-100%), el VPP del 100% (IC95%: 76,8%-100%) y el VPN 60% (IC95%: 32,3%-83,7%). Frente a masas mayores de 3 cm que presentan una S del 88,5% (IC95%: 69,8%-97,6%), E del 100% (IC95%: 75,3%-100%), VPP del 100% (IC95%: 85,2%-100%) y VPN del 81,3% (IC95%: 54,4%-96%).

Conclusiones: La rentabilidad de la biopsia percutánea pancreática está fuertemente condicionada por el tamaño de la lesión. Para tamaños tumorales menores de 3 cm la sensibilidad y el valor predictivo negativo son inaceptablemente bajos, porque lo que resultados negativos no serían fiables.

O-043. ESTUDIO DEL GRADO DE REGRESIÓN TUMORAL EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS RESECADO TRAS UN RÉGIMEN NEOADYUVANTE CON GEMCITABINA Y ABRAXANE®. VALOR PREDICTIVO DE LA ELASTOGRAFÍA ECOENDOSCÓPICA

H. Durán Giménez-Rico, R. Puga Bermúdez, E. Díaz Reques, I. Fabra, B. Ielpo, C. Oliva, R. Carusso, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López, S. Prados y M. Hidalgo

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: Los pacientes resecados con adenocarcinoma de páncreas tienen una supervivencia media de 12-20 meses. La administración de protocolos de tratamiento quimiorradioterápico neoadyuvante no han mejorado tal cifra, y además no está claro que la radioterapia influya decisivamente mejorando los niveles de resecabilidad. La mala respuesta al tratamiento puede estar relacionado con el estroma circundante al cáncer de páncreas, que actuaría como barrera y evitaría la penetración del agente quimioterápico en la célula tumoral. El espesor del estroma puede ser medido mediante la elastografía durante la ecoendoscopia. En modelos quirúrgicos experimentales de cáncer de páncreas se ha obtenido un incremento del 60% de la gemcitabina en la célula tumoral y un incremento del 100% en la supervivencia de los ratones, cuando ésta se administra asociada a un agente debilitador del estroma, nab-paclitaxel (Abraxane®). Actualmente, dicho régimen terapéutico está aprobado en el tratamiento del cáncer de páncreas metastásico.

Objetivos: Mostrar los resultados preliminares de un ensayo prospectivo asociando gemcitabina y Abraxane®, en régimen de neoadyuvancia, en el cáncer de páncreas resecable. Tres son los objetivos: a) mostrar el grado de regresión tumoral (GRT) en el espécimen resecado (clasificación de Ryan), b) relación del GRT con factores pronósticos establecidos, y c) relación del GRT con las variaciones elastográficas que el tumor presenta antes y después del tratamiento neoadyuvante (VET).

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre 15 pacientes. El reclutamiento comenzó en Marzo de 2011. 2 pacientes presentaron progresión de la enfermedad durante la neoadyuvancia. De los 13 operados, uno no fue resecado por el hallazgo intraoperatorio de metástasis hepáticas.

Resultados: Estudio anatomopatológico de los 12 especímenes: 2 carcinoma neuroendocrino bien diferenciados, 1 Pan IN-2 (los 3 fuera del ensayo), y 9 adenocarcinomas. (GRT): 8 pacientes presentaron GRT 0-1 (ausencia de células cancerosas o presencia de células aisladas). 1 paciente presentó GRT 3 (cáncer residual extenso). Relación GRT/Factores pronósticos: el espécimen GRT3 era pobremente diferenciado, los otros especímenes con GRT0-1 fueron bien diferenciados (n = 4; 50%) y moderadamente diferenciados (n = 4; 50%). El resto de las variables (tamaño tumoral, ganglios afectos, T e invasión linfocascular o perineural) fueron similares entre ambos grupos. Relación GRT/VET: el espécimen GRT3 presentó un descenso del 6%; los 8 especímenes GRT0-1 presentaron un descenso significativamente mayor: mediana 71%, rango (11,42-90,19) (p = 0,003).

Conclusiones: El régimen neoadyuvante de Abraxane® con gemcitabina obtuvo un GRT 0-1 en el 88% (8/9) de los pacientes resecados. El único espécimen GRT3 fue pobremente diferenciado. El descenso en la cuantificación elastográfica del tumor durante la neoadyuvancia fue claramente predictiva del GRT. Falta por definir si esta buena respuesta patológica se refrendará con cifras de supervivencia aumentadas.

O-044. ESTUDIO DE LA RESPUESTA METABÓLICA CON EL PET EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS RESECADO TRAS TRATAMIENTO EN RÉGIMEN NEOADYUVANTE CON GEMCITABINA Y ABRAXANE®

H. Durán Giménez-Rico, B. Ielpo, R. Puga Bermúdez, I. Fabra, E. Díaz Reques, C. Oliva, R. Caruso, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López, L. García Cañamaque y R. Álvarez Gallego

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La tomografía por emisión de positrones mide la actividad metabólica de la célula tumoral (Standardized Uptake Value SUV) y por ello, cuantifica la respuesta tumoral a los regímenes neoadyuvantes cara a la planificación quirúrgica. El adenocarcinoma de páncreas tiene una supervivencia mala. La administración de protocolos de tratamiento quimiorradioterápico neoadyuvante no la han mejorado, y además no está claro que la radioterapia influya decisivamente mejorando los niveles de resecabilidad. La mala respuesta al tratamiento puede estar relacionado con el estroma circundante al cáncer de páncreas, que actuaría como barrera y evitaría la penetración del agente quimioterápico en la célula tumoral. En modelos quirúrgicos experimentales de cáncer de páncreas se ha obtenido un incremento del 60% de la gemcitabina en la célula tumoral y un incremento del 100% en la supervivencia de los ratones, cuando ésta se administra asociada a un agente debilitador del estroma, nab-paclitaxel (Abraxane®). Actualmente, dicho régimen terapéutico está aprobado en el tratamiento del cáncer de páncreas metastásico.

Objetivos: Mostrar si la asociación de gemcitabina y Abraxane®, en régimen de neoadyuvancia, en el cáncer de páncreas resecable indujo descensos en el SUV antes y después de la neoadyuvancia. Comprobar también si los mayores Grados de regresión tumoral (GRT0-1) en el espécimen resecado (clasificación de Ryan), se acompañaron respectivamente de mayores descensos en el SUV.

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre 15 pacientes. El reclutamiento comenzó en marzo de 2011. 2 pacientes presentaron progresión de la enfermedad durante la neoadyuvancia. De los 13 operados, uno no fue resecado por el hallazgo intraoperatorio de metástasis hepáticas.

Resultados: Estudio anatomopatológico de los 12 especímenes: 2 carcinoma neuroendocrino bien diferenciados, 1 Pan IN-2 (los 3 fuera del ensayo), y 9 adenocarcinomas. En 5 de los 9 pacientes fue precisa la colocación de una prótesis biliar antes del comienzo de la neoadyuvancia. (GRT): 8 pacientes presentaron GRT 0-1 (ausencia de células cancerosas o presencia de células aisladas). 1 paciente presentó GRT 3 (cáncer residual extenso). Descenso del SUV en todos los casos reclutados: mediana del

40,61% (rango: 0% -aumento de captación tras la neoadyuvancia- y 100% -ausencia de captación tras la neoadyuvancia) (p = 0,004). Resultado de los cuatro casos con GRT0-1 y prótesis biliar: descenso del SUV en un 25,66%. Resultado de los cuatro casos con GRT0-1 sin prótesis biliar: descenso del SUV en un 57,20%. Resultado del único caso GRT3 con prótesis biliar: descenso del SUV en un 44,51% (NS).

Conclusiones: El régimen de neoadyuvancia gemcitabina-Abraxane® ha arrojado un descenso medio del 40% en los valores del SUV en el 89% (8/9) de los casos incluidos en este ensayo. Los menores descensos en el SUV fueron debidos a la colocación de una prótesis endobiliar durante la neoadyuvancia. Sin embargo, el PET no ha sido predictivo del GRT al haber obtenido descensos similares en los pacientes con mayores (GRT0-1) y menores (GRT3) grados de regresión tumoral.

O-045. ¿REPRESENTA UN CRITERIO DE IRRESECABILIDAD LA AFECTACIÓN DEL TRONCO CELÍACO EN PACIENTES CON CARCINOMA DE CUERPO DE PÁNCREAS?

E. Vicente, Y. Quijano, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, C. Oliva, R. Caruso, M. Rubio y M. Hidalgo

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

Objetivos: Pese al desarrollo de la técnica quirúrgica, el cáncer localmente avanzado del cuerpo pancreático sigue asociado a una baja resecabilidad y un mal pronóstico. La principal causa de irresecabilidad es la afectación de tronco celiaco y/o arteria hepática. A pesar de importantes avances en el tratamiento quimio-radioterápico, el tratamiento quirúrgico continúa siendo el tratamiento de elección. El objetivo de la presente comunicación es presentar nuestra experiencia con la pancreatomecтомía corporo-caudal o total radical con resección del tronco celiaco por cáncer localmente avanzado de páncreas.

Material y métodos: Entre mayo de 2004 y abril de 2012, 10 pacientes (5 mujeres y 5 hombres) con infiltración de tronco celiaco secundaria a carcinoma del cuerpo (6) y de cabeza-cuerpo (4) del páncreas fueron intervenidos. La edad media fue de 53 años (43-63). 5 pacientes recibieron radioterapia y quimioterapia neoadyuvantes. 8 de los 10 enfermos presentaban moderado y severo dolor epigástrico que requería para su control tratamiento analgésico. La afectación vascular fue visualizada en todos los enfermos mediante la realización de tomografía axial computarizada y eco-endoscopia. Se apreció "atrapamiento" distal del tronco celiaco (6/10), arteria hepática común (10/10) y arteria esplénica (6/10), así como infiltración de la vena mesentérica superior (4/10). No se demostró diseminación regional ni a distancia. El tamaño del tumor fue de 3,9 cm (3,5-6). En los 10 pacientes se obtuvo una extirpación macroscópica completa del tumor (R0) mediante pancreatomecтомía corporocaudal (6) o total (4), con resección de tronco celiaco, arteria hepática común, arteria esplénica y arteria gástrica izquierda. Una resección combinada de la vena mesentérica superior fue necesaria en 4 casos. El adecuado aporte de sangre al hígado fue comprobado mediante palpación manual del hilio hepático, cambios en el color del hígado y estudio Doppler. La técnica de Appleby se llevó a cabo en 5 de pacientes. En 5 pacientes se practicó reconstrucción vascular: anastomosis termino terminal directa entre la arteria hepática común y el muñón del tronco celiaco (3 pacientes) o arteria esplénica (1 paciente). En el último se interpuso una prótesis de PTFE de 6 mm de diámetro.

Resultados: El tiempo quirúrgico fue de 535 minutos (350-820). La pérdida hemáticas fueron de 1.200 cc (800-3.200). Los niveles de GOT y GPT el primer día postoperatorio fueron de 210-620 y 130-590, respectivamente, en los pacientes que requirieron reconstrucción vascular. Los pacientes que recibieron la técnica de Appleby presentaron valores significativamente mayores: 1.200 y 1.080, respectivamente. Valores de GOT y GPT se normalizaron antes del 11º día postoperatorio. En todos los enfermos se obtuvo una resección R0. 8 enfermos presentaron afectación ganglionar. En la totalidad de ellos se observó invasión perineural extrapancreática. En 5 enfermos se confirmó anatomopatológicamente la infiltración arterial. La estancia hospitalaria fue de 22 días (12-38 días). No existieron complicaciones vasculares y/o digestivas post-operatorias. El dolor abdominal preoperatorio desapareció inmediatamente tras la cirugía en todos los pacientes. La mortalidad operatoria (30 días) fue de 1/10. 4 pacientes se encuentran libres de enfermedad a los 60, 44, 32 y 18 meses de la intervención.

Conclusiones: La pancreatomecтомía radical con resección del tronco celiaco para tratar el carcinoma localmente avanzado de cuerpo pancreático debe de ser considerada como una adecuada opción técnica en un grupo

seleccionado de enfermos. La desaparición del dolor local representa la consecuencia terapéutica más significativa. Aunque la curación sigue siendo una remota posibilidad en este proceso médico, esta técnica ofrece una excelente paliación.

O-046. FACTORES PRONÓSTICOS EN 170 CASOS DE CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO RESECADOS. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

F. Sánchez Bueno, R. García Pérez, G. Torres Salmerón, M. Fuster, J. de la Peña, E. Amate Tortosa, M. Marín, M. Porras, P. Ramírez, R. Robles y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: En el cáncer de páncreas exocrino, el único tratamiento potencialmente curativo es la resección quirúrgica. El objetivo de esta comunicación es presentar una serie de 170 pacientes sometidos a resección pancreática, en un periodo de 10 años, analizando la morbimortalidad postoperatoria, las características histológicas y los factores pronósticos que influyen en la supervivencia a 3 y 5 años, respectivamente.

Material y métodos: En los últimos 10 años se han intervenido 398 pacientes diagnosticados de cáncer de páncreas, de los cuales 170 han sido resecados. El porcentaje de pacientes sometidos a resección quirúrgica desde 2001-2006 fue de 56,1%, ascendiendo al 90,1% en los últimos 5 años ($p < 0,01$). La edad media fue de $62,25 \pm 11,7$ años con un predominio de varones (58,7%). En el 85% de los casos, la tumoración se localiza en la cabeza pancreática. La técnica quirúrgica utilizada es la duodenopancreatectomía céfalica en 56,7% de los casos, la pancreatometomía corporocaudal en 15% y la duodenopancreatectomía total en 23,3%, respectivamente. La preservación pilórica se llevó a cabo en el 6,7% de las DPC realizadas. Tras el estudio histológico de la pieza hay 131 casos de adenocarcinoma ductal de páncreas, en 22 casos un adenocarcinoma mucinoso, en 9 casos una neoplasia intraductal papilar mucinosa y en los 8 restantes otras variedades histológicas. Hay infiltración linfocelular en 33,1% e infiltración perineural en 52,2%. En cuanto al grado de diferenciación hallamos un 21,3% de tumores poco diferenciados frente a un 9,6% mayor diferenciación. Respecto a los márgenes de resección, hay R0 en el 64,7% de casos (110 pacientes) y R1 en el 35,3% de casos (60 pacientes). Utilizando la clasificación de la UICC en el estadije, hay un predominio de los estadios IIA y IIB que representan el 76% de los casos. Tras la cirugía los pacientes recibieron esquema terapéutico con gemcitabina + radioterapia.

Resultados: En nuestra serie, el porcentaje de pacientes diagnosticados y sometidos a resección pancreática, es del 85% no hay mortalidad operatoria. La morbilidad postoperatoria es del 20,6% (35 pacientes) y la mortalidad postoperatoria del 5,9% (10 pacientes). Las reintervenciones quirúrgicas se realizaron en 22 casos (12,9%) siendo las principales causas el hemoperitoneo y la dehiscencia biliopancreática. En cuanto a la supervivencia a los 3 y 5 años, en los mucinosos es del 65% y 50% mientras que en los adenocarcinomas es del 55% y del 15%, respectivamente. Con el análisis uni y multivariante, los factores predictivos de supervivencia son el tamaño del tumor, la invasión vascular, la invasión linfática, los márgenes R1 y el grado de diferenciación celular.

Conclusiones: En nuestra experiencia, existe un importante incremento de resecabilidad en los pacientes sometidos a cirugía en los últimos 5 años. Así mismo, hay una nula mortalidad operatoria asociada a una morbilidad del 20,6% y una mortalidad del 5,9% durante el primer mes postoperatorio.

O-047. SERIE DE 110 DUODENOPANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

N. Macías Hernández, A. Hernández Pérez, C. Esteban Velasco, M. Iglesias Iglesias y L. Muñoz Bellvis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La duodenopancreatectomía céfalica (DPC), también conocida como operación de Whipple, es una intervención compleja, habitual en las Unidades de Cirugía Hepatobiliopancreática, altamente estandarizada, y con unos patrones de calidad definidos. En ella se observa un descenso marcado de la morbimortalidad perioperatoria en los últimos 30 años, permitiendo tratar quirúrgicamente patología pancreatoduodenal tanto maligna como benigna de una forma segura y eficaz. Presentamos la serie de nuestra Unidad.

Objetivos: Evaluar los resultados de las duodenopancreatectomías céfalicas realizadas por la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal de 110 pacientes sometidos a duodenopancreatectomías céfalicas consecutivas, independientemente de su diagnóstico, a cargo de la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática entre marzo de 2003 y marzo de 2012, mediante base de datos propia de la Unidad. Las variables medidas en este estudio fueron sexo, edad de los pacientes, diagnóstico pre y postoperatorio, estancia media perioperatoria, complicaciones posquirúrgicas, reintervenciones, exítus perioperatorios y supervivencia tras la intervención. Se definieron los exítus perioperatorios como aquéllos que se dieron entre la fecha de ingreso y la de alta hospitalaria. La supervivencia fue controlada mediante seguimiento periódico en consulta de manera anual, siendo excluidos 13 pacientes por pérdidas en el seguimiento o por intervención quirúrgica en los tres últimos meses previos al estudio.

Resultados: La muestra a estudio estaba compuesta por 67 varones (55,83%) y 43 mujeres (44,17%) con una edad media de 64 años (rango 19-84). Los diagnósticos postoperatorios fueron de 47 pacientes con adenocarcinomas pancreáticos, 30 ampulomas, 10 colangiocarcinomas de vía biliar distal, 6 pancreatitis crónicas, 6 cistoadenomas serosos, 2 cistoadenomas mucinosos, 4 tumores neuroendocrinos, 2 pacientes con metástasis de carcinoma no colo-rectal, 1 caso de divertículo duodenal, otro de adenocarcinoma duodenal y 1 caso de tumoración quística benigna del páncreas no especificada. La estancia hospitalaria media fue de 19 días (rango 3-66). 38 pacientes (34,55%) presentaron 42 complicaciones quirúrgicas posteriores: 19 fistulas pancreáticas, 10 hemorragias, 8 retrasos de vaciamiento gástrico, 5 fistulas biliares. 15 de estos pacientes (13,63%) requieren reintervención durante el ingreso. La mortalidad fue de 5 enfermos (4,54%). Un total de 76 pacientes se encontraban vivos en el momento de finalizar el presente estudio (69,09%). En el caso de la patología maligna, la supervivencia estimada para el ampuloma fue del 93,3% a los 6 meses, 78% al año, 67,5% a los 3 años, y 45% a los 5 años. La supervivencia para el ADC fue de 87,4% a los 6 meses, 65,6% al año, 28,1% a los 3 años y 18,2% a los 5 años.

Conclusiones: La DPC es una técnica compleja de elevada morbimortalidad que, a la luz de los resultados obtenidos, debería ser llevada a cabo por Unidades especializadas de dedicación preferencial. Dichas Unidades deberían ser acreditadas de manera que una amplia población de referencia se beneficie de los mejores resultados en este tipo de patologías.

O-191. LIGADURA PORTAL DERECHA Y SPLIT IN SITU PARA HIPERTROFIA HEPÁTICA Y RESECCIÓN DE HEPATOCARCINOMA: APLICACIÓN EN PACIENTE CIRRÓTICO

J. Albendea López, D. Martínez-Cecilia, P. Toral Guinea, C. López González, S. López Díez, A. Enríquez Puga, C. Cereceda Pérez y J.M. Pinto Varela

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: La ligadura de la vena porta derecha asociada a bipartición hepática in situ ha sido comunicada recientemente y es cada vez más empleada para evitar la insuficiencia hepática tras resecciones hepáticas amplias. Este método parece seguro y eficaz para tratar metástasis hepáticas múltiples. Al igual que los pacientes sometidos a quimioterapia, los pacientes cirróticos necesitan un mayor volumen hepático residual (VHR), del 40% aproximadamente, para evitar la insuficiencia hepática. Se presenta el caso de un paciente con hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico en el que ha sido empleada esta técnica con resultados satisfactorios.

Material y métodos: Se trata de un paciente varón de 53 años, con antecedentes de HTA y tiroidectomía total con linfadenectomía central y tratamiento con I131 por carcinoma papilar de tiroides 3 años antes. En TAC de control se encontró LOE hepática de 6×4 cm en segmentos V y VIII próximo a la rama portal derecha sin signos de invasión de la misma, con realce heterogéneo en fase arterial e hipodensa en fase portal, delimitada por una pared realzada con contraste, sugestiva de hepatocarcinoma. Se realizó una biopsia hepática con resultado de hígado cirrótico. El gradiente de presiones medido fue 6mmHg. La localización de la lesión exigía una hepatectomía derecha para su extirpación. Se realizó una volumetría hepática, obteniendo un VHR que incluyese el lóbulo izquierdo y el lóbulo caudado del 21%. Se decidió emplear la técnica de *split in situ* asociada a ligadura portal.

Resultados: En un primer tiempo quirúrgico se realizó ligadura y sección de la rama portal derecha, asociada a bipartición hepática asistida con maniobra de *hanging*. La vía biliar, arteria y suprahepática derechas fueron referenciadas con *vessel-loop*. Se asoció colecistectomía. La volumetría el 7º día postoperatorio, informaba de un VHR del 31%. Se encontró una colección en el lecho quirúrgico que fue drenada percutáneamente. Se realizó una nueva volumetría el 14º día, con un VHR del 41%. El segundo tiempo quirúrgico se llevó a cabo el 21º día PO. Se completó la hepatectomía derecha con la sección de la vía biliar, arteria y vena suprahepática derechas. Durante el postoperatorio el paciente desarrolló una hipocoagulabilidad leve, que se corrigió administrando vitamina K iv. No aparecieron otros signos de insuficiencia hepática. El paciente recibió el alta el 26º día PO.

Conclusiones: Esta prometedora técnica, cada vez más empleada sobre hígado no cirrótico, ha sido empleada en nuestro centro con éxito sobre hígado cirrótico, obteniendo una hipertrofia rápida e importante del remanente hepático. Probablemente constituya una alternativa terapéutica con intención curativa para tumores que por su tamaño o localización hasta ahora sólo eran subsidiarios de tratamiento paliativo. Se necesita ampliar la experiencia en este tipo de pacientes para conocer la seguridad y reproducibilidad de la técnica.

O-192. RESECCIÓN HEPÁTICA POR HEPATOCARCINOMA SOBRE HÍGADO SANO. NUESTRA EXPERIENCIA EN 30 PACIENTES

C. Marín¹, R. Robles¹, A. López Conesa¹, M. Paredes¹, B. Febrero¹, V. Olivares¹, M. Ruiz² y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia. ²Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es el tumor primario maligno más frecuente del hígado. Suele aparecer sobre hígado cirrótico pero en un 10% se desarrollará sobre hígado sano.

Objetivos: Presentar una serie de 34 resecciones hepáticas realizadas en 30 pacientes con HCC sobre hígado sano.

Material y métodos: Entre enero de 1996 y abril 2012 hemos realizado 860 resecciones hepáticas (RH). De éstas, en 30 pacientes se realizaron 34 RH por HCC sobre hígado sano recibiendo un paciente 4 RH. 19 pacientes fueron hombres y 11 mujeres. La edad media fue 54,4 años (rango 12-82). La media del tamaño tumoral fue de 10,3 (rango 2-24) siendo lesiones bilobares en 8 casos. Se realizó tratamiento previo a la resección con quimioembolización en 4 casos. El abordaje fue en 4 casos por vía laparoscópica realizando 16 resecciones mayores y 18 menores. En 10 casos se realizaron gestos añadidos: 2 resecciones de diafragma, una de ellas con resección del LID pulmonar, 4 linfadenectomías del hilio hepático, una resección de la VBP con reconstrucción en Y-Roux, una resección de antro gástrico, una resección de suprarrenal junto con parche de vena cava y en un enfermo en el que se realizó una trisectorectomía izquierda se dejó tubo en T en los radicales del VI-VII.

Resultados: La mortalidad fue del 3% (n = 1) y la morbilidad de 16% (n = 5): 2 pacientes presentaron abscesos intrabdominales que se trataron con drenaje radiológico y ATB, 2 presentaron fistulas biliares, uno de ellos, el portador del Kehr que recibió la trisectorectomía izquierda, de alto débito, y una enferma falleció por sepsis pulmonar tras la exéresis de un HCC de gran tamaño con resección de diafragma y LSD por invasión. El tiempo quirúrgico medio fue de 188 minutos (rango: 90-300). Se realizó maniobra de Pringle en 5 casos y control vascular hemihepático en 14 casos. Se transfundieron 8 pacientes (media 975 cc, rango 300-1.800). La estancia media fue de 10 días (rango 3-70). Una paciente en la que se realizó una hepatectomía derecha presentó 3 recidivas reseables, en S.IV (a los 4 años de la primera intervención), en S.II (a los 5 años de la primera intervención) y en caudado con infiltración de cava y suprarrenal que se resecó a los 7 años. La supervivencia global a 1, 3 y 5 años fue del 93%, 64%, y 55%.

Conclusiones: la resección hepática es el tratamiento de elección en los pacientes con HCC sobre hígado sano realizándose con una baja morbi-mortalidad y buena supervivencia.

O-193. LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL PREVIA A LA RESECCIÓN DEL HEPATOCARCINOMA POR LAPAROSCOPIA PODRÍA EVITAR LA RECIDIVA LOCAL EN EL MARGEN DE RESECCIÓN

A. López Conesa, R. Robles, C. Marín, B. Febrero, V. Olivares, M. Paredes, R. García y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Objetivos: El hepatocarcinoma (HCC) es un tumor irrigado vía arterial pero presenta gran afinidad por venas portales y hepáticas. Por ello, un margen de resección adecuado es fundamental para evitar la recidiva local. La quimioembolización transarterial (QMTA) hasta ahora había sido empleada en grandes HCC con el objetivo de aumentar la reseccabilidad, al conseguir la infraestadificación. Se discute en la literatura si podría incrementar la supervivencia al disminuir las tasas de recidiva. Nosotros, en hígados cirróticos, hemos comunicado la realización de una QMTA preoperatoria en HCC sobre cirrosis Child A menores de 5 cm, con la finalidad de disminuir el sangrado durante la resección por laparoscopia y disminuir la necesidad de oclusión hiliar, que agravarían la insuficiencia hepática. En esta comunicación, el objetivo es analizar el margen de resección, grado de necrosis tumoral tras la QMTA, la recidiva local, y la supervivencia a 1, 3 y 5 años en 15 pacientes con HCC, cirróticos y no cirróticos, en los que se realizó una QMTA preoperatoria previa a la resección por cirugía totalmente laparoscópica.

Material y métodos: Entre Enero 1996-Marzo 2012 hemos realizado 860 resecciones hepáticas, de las que 122 fueron por laparoscopia. En 15 pacientes con HCC se realizó una QMTA previo a la resección laparoscópica, 11 sobre hígado cirrótico Child A sin hipertensión portal y 4 sobre HCC sobre hígado sano. Tres semanas tras la QMTA, en TC de control mostró

Tabla 1. (O-193)

Caso	Sexo, edad, Hígado	Tamaño	Técnica quirúrgica	Margen resección	Grado necrosis; recidiva; meses vivos
1	Varón, 78, Hígado sano	7 cm	SLI	1 cm	100%- no recidiva; 70
2	Varón, 76, cirrosis	3cm	VI	1 cm	90%- Nuevos nódulos; 53
3	Hombre, 64, cirrosis	2 y 1.5 cm	S. VI and VII	6 mm	95%- Nuevos nódulos; 48
4	Mujer, 64, cirrosis	2.3	S. V	1 cm	90%- no recidiva; 45
5	Hombre, 55, cirrosis	3	SLI	2 cm	100%- no recidiva; 36
6	Hombre, 82, cirrosis	5	S. VI	5mm	70%-Nuevos nódulos; 31
7	Mujer, 47, hígado sano	3	S. VI-VII	1 cm	100%- No recidiva; 33
8	Mujer, 63, cirrosis	4	S. VI-VII	5 mm	100%- No recidiva; 27
9	Hombre, 72, cirrosis	3	S. III	6 mm	100%- No recidiva; 25
10	Hombre, 75, cirrosis	3	S. III	1 cm	100%- No recidiva; 24
11	Mujer, 73, hígado sano	7	VI	8 mm	100%- no recidiva; 22
12	Varón, 39, hígado sano	12	SLI	2 cm	100%- no recidiva; 22
13	Varón, 63, cirrosis	3	VI	5 mm	100%- no recidiva; 22
14	Varón, 73, cirrosis	3	I	3 mm	100%- no recidiva; 10
15	Mujer, 54, cirrosis	3	IVB +V	2º nódulo próximo margen- TOH	100%- no recidiva, 3

buena respuesta al tratamiento y ausencia de vascularización en los segmentos embolizados. En 3 casos fue necesario convertir a cirugía asistida con la mano.

Resultados y conclusiones: No hubo morbilidad ni mortalidad postoperatoria. Ningún paciente precisó transfusión. La estancia hospitalaria fue de 3 días (rango 2-5). No hubo recidiva. En 3 casos aparecieron nuevos nódulos en el hígado, todos ellos cirróticos.

O-194. FUNCIONALIDAD DE LA MONITORIZACIÓN POSTOPERATORIA NO INVASIVA DE VERDE DE INDOCIANINA, ICG-PDR/R15, COMO PREDICTOR DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA TRAS RESECCIÓN EN ENFERMOS CON HEPATOPATÍA RESPECTO AL ESTUDIO VOLUMÉTRICO Y CRITERIOS "50-50"

V. Muñoz Atienza¹, D. Padilla Valverde¹, P. Menéndez Sánchez², P. Villarejo Campos¹, T. Cubo Cintas¹, M.A. Zarca Díaz de la Espina¹, F.J. Redondo Calvo¹, R. Villazala González¹, S. Sánchez García¹, I. Arjona Medina¹ y J. Martín Fernández¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Introducción: La insuficiencia hepática postoperatoria se manifiesta con la aparición de ictericia de origen no obstructivo, retención de líquidos, coagulopatía y una mayor susceptibilidad a la aparición de complicaciones sépticas. El enfermo con insuficiencia hepática presentará una mayor estancia hospitalaria y un mayor consumo de recursos, pudiendo con gran probabilidad llevar al enfermo al fallecimiento. Es de vital importancia conocer la tolerancia del hígado a la resección, y la capacidad de regeneración y funcionalidad del mismo. En relación a la volumetría hepática mediante TC, los volúmenes identificados de remanente hepático en ocasiones no se superponen a la funcionalidad del mismo, pues el parénquima puede presentar hallazgos patológicos no descritos como esteatosis, fibrosis o cirrosis. Puede ocurrir también que en el acto quirúrgico las resecciones realizadas no se correspondan con las previamente planteadas para el cálculo de reserva hepática, por lo que los valores serán diferentes. Respecto a la determinación en el 5º día postoperatorio del criterio "50-50" como parámetro pronóstico de insuficiencia hepática, a pesar de sus bondades, consideramos podría ser tarde ante actitudes preventivas. En nuestra hipótesis consideramos que la determinación de la reserva hepática mediante la monitorización de verde de indocianina en tiempo real, inmediato a la resección parenquimatosa hepática, nos orientará hacia un conocimiento más exacto de la reserva hepática.

Objetivos: Valoración de la monitorización no invasiva de verde de indocianina en postoperatorio inmediato como predictor de la insuficiencia hepática tras resección.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 27 enfermos sometidos a resección hepática, por encima de dos segmentos anatómicos, con parénquima hepático cirrótico o tras tratamiento quimioterápico. Estudio volumétrico preoperatorio: volumen hepático total, volumen tumoral y remanente hepático dibujados usando límites anatómicos mediante TC multidetector con software integrado procesador. Tras administración de verde de indocianina, ICG-Pulsion®, 0,3 mg/kg, monitorización no invasiva (LiMON, Pulsion Medical Systems, Alemania) 24h antes de IQ, y en las primeras 24h. postoperatorias de desaparición de plasma, de verde de indocianina (ICG-PDR) (18-25%/min), y factor de retención en plasma de ICG (R15) (0-10%). Bb total y tiempo de protrombina al 5º día postoperatorio.

Resultados y conclusiones: Los criterios "50-50", Bb. sérica > 3 mg/dl, y tiempo de protrombina < 50%, se relacionaron con la existencia de insuficiencia hepática, $p = 0,001$ y $p = 0,001$, y con la mortalidad del enfermo, $p = 0,003$ y $p = 0,003$. La tasa de desaparición de verde de indocianina, ICG, preoperatorio, $22 \pm 9\%/min.$, se relacionó con la capacidad de retención de verde de indocianina en el postoperatorio, $14 \pm 18\%$, $p = 0,04$. El factor de retención en plasma de verde de indocianina, ICG, extrapolado a 15 minutos, (R15), $14 \pm 18\%$, en el postoperatorio inmediato, se relacionó con la elevación al 5º día de Bb sérica > 3 mg/dl, $p = 0,01$, y con la aparición de insuficiencia hepática post resección, $p = 0,03$. A estos resultados esperamos de la determinación en el postoperatorio inmediato de la tasa de desaparición de verde de indocianina, unimos la facilidad de monitorización, a pie de cama, mediante un sistema no invasivo que limita morbilidad añadida.

O-195. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CISTOADENOMA HEPATOBILIAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

M. García Nebreda, A. Manrique Municio, E. Álvaro Cifuentes, R. Sanabria Mateos, C. Alegre Torrado, J. Calvo Pulido, S. García Aroz, F. Cambra Molero, A. García Sesma, O. Caso Maestro y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cistoadenoma hepatobiliar (CHB) se trata de una tumoración hepática infrecuente, según series suponen alrededor de un 2-5% de las tumoraciones quísticas hepáticas. Los CHB se desarrollan en el árbol biliar, habitualmente intrahepáticos, aunque pueden originarse en la vía biliar extrahepática y se han descrito en vesícula biliar. Histológicamente se pueden diferenciar dos subtipos: CHB con presencia de estroma mesenquimal tipo ovárico, que suponen entre un 85-90%, de aparición casi exclusiva en mujeres de mediana edad y CHB sin presencia de estroma, más frecuentes en varones, en edades más avanzadas y con mayor potencial maligno. La transformación maligna a cistoadenocarcinomas hepatobiliares se estima en la bibliografía en un 15-30%. Se describen tres casos de CHB tratados en el H.U. 12 de Octubre.

Casos clínicos: Primer caso: mujer de 43 años de edad, en estudio por un cuadro de sensación de plenitud y aumento de perímetro abdominal. Se realizó angio-colangiograma que se informó como masa hepática que ocupa casi la totalidad del LHD con necrosis y/o hemorragia intratumoral. TAC abdomino-pélvico: masa que ocupa toda la cavidad abdominal desde diafragma a pelvis con contenido quístico y hemorrágico. Se decidió realizar hepatectomía derecha reglada. La anatomía patológica (AP) se informó como cistoadenocarcinoma biliar hepático con receptores de progesterona y estrógenos positivos. Tras postoperatorio favorable la paciente recibió tratamiento quimioterápico. Segundo caso: mujer de 27 años de edad, intervenida por colelitiasis donde se reseccó pared de quiste intrahepático diagnosticado mediante TC de quiste simple. La AP informó como sugestivo de CHB por lo que se decidió relaparotomía realizándose enucleación completa de la lesión con márgenes de seguridad. La AP concluyó como CHB con receptores de progesterona y estrógenos positivo. Tercer caso: paciente mujer de 48 años de edad derivada por recidiva de quistes hepáticos reseccados en otro centro. En el TC se observaron múltiples lesiones quísticas tabicadas localizadas en lóbulo hepático derecho. Se realizó hepatectomía derecha reglada conteniendo la totalidad de las lesiones. La AP informó nuevamente CHB con receptores de estrógenos y progesterona positivos.

Conclusiones: Los CHB se tratan de lesiones con clínica inespecífica, siendo frecuente el diagnóstico de manera incidental en pruebas de imagen indicadas por otros motivos. Radiológicamente es imposible diferenciarlo de cistoadenocarcinoma. No se aconseja la punción de la lesión por la baja sensibilidad diagnóstica y por el riesgo de diseminación y de complicaciones posteriores. El tratamiento de elección para nuestro grupo es la resección quirúrgica completa. No se aconseja seguimiento a largo plazo por imposibilidad de descartar malignidad. La técnica quirúrgica de elección será la hepatectomía reglada o las hepatectomías atípicas siendo en ocasiones necesaria la reconstrucción biliodigestiva mediante hepaticoyunostomía en "Y de Roux". Estas técnicas se consideran curativas sin haberse descrito recidivas.

O-196. TUMOR DE KLATSKIN: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

V. Molina Santos, J. Ferrer, G. Spoletini, D. Calatayud, S. Sánchez, M. Pavel, M.A. López-Boado, C. Fondevila, J. Fuster y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El tumor de Klatskin (TK) es la forma más común de los tumores de los conductos biliares y representa un reto a nivel quirúrgico debido a la proximidad de los grandes vasos y del hígado.

Objetivos: Analizar los resultados de una serie de pacientes intervenidos por TK, evaluando la morbilidad-mortalidad postoperatoria así como la recidiva.

Material y métodos: Hemos estudiado de forma retrospectiva a 30 pacientes (12 mujeres/18 hombres, con una edad media de $61,6 \pm 10$ años) diagnosticados de TK e intervenidos en nuestro centro entre 1998-2011. La mediana de seguimiento fue de $25,2 \pm 35,6$ meses.

Resultados: Los signos/síntomas al diagnóstico fueron: ictericia en 25 pacientes (83,3%), síndrome constitucional presente en 13 pacientes (43,3%), dolor abdominal en 12 pacientes (40%) o prurito en 11 pacientes (36,7%). El tratamiento quirúrgico realizado fue: hepatectomía derecha en 5 pacientes (16,7%), hepatectomía derecha ampliada en 13 pacientes (43,3%), hepatectomía izquierda en 11 pacientes (36,7%), y trasplante hepático en un paciente (3,3%, protocolo de QTP previa). El tamaño tumoral postoperatorio fue: < 3 cm en 16 pacientes y > 3 cm en los 14 pacientes restantes, en el análisis anatomopatológico hemos utilizado la clasificación de Bismuth-Corlette. La estancia hospitalaria (mediana) fue de $23 \pm 4,9$ días. La morbilidad postoperatoria fue del 82% siendo la complicación postoperatoria más frecuente el biliar, presente en el 60% de los pacientes. La mortalidad post-operatoria fue del 16,7%. El seguimiento se pudo realizar en 25 pacientes. El intervalo libre de enfermedad fue del 80,7% a los 12 meses y a los 3 años del 50,4%.

Conclusiones: La resección quirúrgica completa constituye la única terapia que puede ofrecer una supervivencia razonable a largo plazo. A pesar de ello, la cirugía debe realizarse por un grupo experimentado, puesto que se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad.

O-197. TRATAMIENTO QUIMIORADIOTERÁPICO NEOADYUVANTE Y POSTERIOR RESECCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA TIPO IV

E. Vicente, Y. Quijano, R. Puga, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, B. Ielpo, M. Hidalgo, M. Rubio, O. Hernando y A. Cubillo

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

Introducción: Los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico del colangiocarcinoma siguen alejados de los de otros tipos de tumores abdominales, sobre todo en las lesiones en la bifurcación hiliar (Klatskin tipo IV), consideradas irresecables. Independientemente de la posible afectación vascular, la dificultad para obtener márgenes libres por la imprevisible afectación biliar intrahepática condicionan este criterio. El trasplante hepático no representa una alternativa terapéutica para este tipo de tumores.

Objetivos: Presentar los resultados de un tratamiento multidisciplinar: quimio-radioterapia neoadyuvante y resección quirúrgica en colangiocarcinoma tipo IV.

Material y métodos: 8 pacientes (4 varones y 4 mujeres) con confirmación histológica o citológica o alta sospecha de colangiocarcinoma de bifurcación hiliar fueron incorporados desde julio 2008 hasta abril 2012. La edad media fue de 63 años (44-79). Se realizaron ecografía abdominal, TAC abdómino-pélvico, colangiografía, PET-TAC y colangiografía percutánea transhepática. Todos tuvieron drenaje biliar pre-operatorio. En tres enfermos se realizó embolización portal pre-operatoria. El tratamiento neoadyuvante consistió en radioterapia estereotáxica hipofraccionada con 10 fracciones de 5 Gy. Previo al tratamiento guiado por TAC, se colocó un marcador interno en la proximidad de la lesión y en la región del hígado a resecar. Se realizó control del movimiento tumoral por Gating respiratorio. De manera concomitante, los pacientes recibieron tratamiento con capecitabina oral (850 mg/m²/12 horas de lunes a viernes). Concluido el tratamiento neoadyuvante, se repitieron las pruebas diagnósticas citadas.

Resultados: Todos los enfermos concluyeron el tratamiento neoadyuvante sin datos significativos de toxicidad. El procedimiento quirúrgico fue: hepatectomía derecha ampliada al segmento IV (2), hepatectomía izquierda ampliada al segmento I (5) y hepatectomía central (1). En tres enfermos se efectuó resección de vena porta. A todos ellos se les resecó la vía biliar extrahepática además de efectuar una amplia linfadenectomía local. En todos los enfermos se confirmó la presencia de un adenocarcinoma bien (5), moderado (2) y mal (1) diferenciado. T1N0 (2), T1N1 (1), T2N0 (1) y T3N0 (4). En todos los pacientes se pudo efectuar una resección R0 con márgenes negativos. El grado de regresión tumoral según clasificación de Rodell fue: GRT3 (5), GRT4 (1) y GRT2 (2). Un paciente falleció en el post-operatorio por trombosis del eje mesentérico-portal. Tres enfermos fallecieron por insuficiencia hepática (1) y sepsis (2) a los 40, 54 y 90 días de la intervención. No se evidenció ninguna recurrencia de la enfermedad. Tres enfermos fallecieron a los 24, 30 y 34 meses por insuficiencia hepática secundaria a colangitis de repetición. Una enferma continúa libre de enfermedad a los 30 meses de la intervención.

Conclusiones: La quimio-radioterapia neoadyuvante debe de considerarse una opción terapéutica para un número seleccionado de pacientes con colangiocarcinoma tipo IV en los que la cirugía no se contempla. Su eficacia en términos de regresión tumoral es excelente, lo cual facilita la re-

sección R0. Las complicaciones de la anastomosis biliar-entérica periférica representan la principal causa de morbilidad de la cirugía y condicionan en gran medida el pronóstico de su enfermedad. Posteriores estudios delimitarán el valor de esta nueva opción terapéutica.

O-198. IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS VOLUMÉTRICO EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DEL TUMOR DE KLATSKIN

A. García Botella, S. Martín Garre, E. Sánchez López, P. Sáez Carlín, E. Pérez Aguirre, L.I. Díez Valladares, L. Rodríguez Gómez y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El manejo del tumor de Klatskin ha cambiado radicalmente en los últimos años, ya que se ha comprobado que la supervivencia a 5 años es nula si se realiza únicamente resección de la vía biliar. La cirugía más radical mejora la supervivencia, aunque solamente pacientes seleccionados se podrán someter a ella. Las pruebas de imagen juegan un papel fundamental en la selección.

Objetivos: Analizar los datos volumétricos y su modificación tras hepatectomía, mediante valoración por TAC multicorte.

Material y métodos: En 10 años, se intervinieron en nuestro servicio 16 pacientes con tumor de la confluencia biliar. La edad media era de 65,8 años (rango 39-84) y el 25% fueron mujeres. Al momento del diagnóstico la bilirrubina total media era de 12,8, el CEA medio de 19 (rango 1-125) y el Ca 19.9 de 452. Según la clasificación de Bismuth, 6 casos eran un tipo II (37,5%), 5 tipo III (31,25%), 2 IIIa y 3 IIb) y 3 tipo IV. Desde la creación de la unidad de HBP (hepatobiliopancreática) se aplicó un protocolo diagnóstico y de preparación preoperatoria. Este incluyó: TAC multicorte con contraste intravenoso en todos los casos, lo cual permitió establecer el diagnóstico, descartar enfermedad diseminada y calcular el volumen residual estimado tras la cirugía. ColangioRM, para poder clasificar correctamente según la clasificación de Bismuth. Se colocó drenaje biliar a los pacientes que presentaban bilirrubina total en torno a 15 mg/dl (5 drenajes interno-externo y 2 endoprótesis con CPRE) y embolización portal en el caso de que el volumen esperado postoperatorio fuera menor de 25-30%.

Resultados: Tras la creación de la unidad de HBP se intervinieron 7 pacientes, realizándose hepatectomía en 6 de ellos (4 izdas, 2 dchas incluyendo segmento 1 en todos). El volumen calculado del remanente hepático en este grupo de pacientes fue respectivamente de: 85%, 71,7% en 2 casos, 62,45%, 30% y 15,8%. Al paciente con el volumen residual estimado de 15,8% se le hizo embolización portal, alcanzando un volumen preoperatorio del 25%. Tras la cirugía, los pacientes cuyo volumen residual estimado preoperatorio (VREP) era mayor del 70% no hipertrofiaron nada el parénquima. El paciente con VREP de 62,45% incrementó su volumen un 35,8%, el del 30% un 51,76% y el del 25% un 63,7%. Todos los pacientes que hipertrofiaron, alcanzaron un volumen final por encima del 88%. El volumen final alcanzado no se vio modificado por los niveles de bilirrubina preoperatorios. Un paciente presentó insuficiencia hepática postoperatoria (VREP 30% y BT preoperatoria 10,4). No hubo mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: El empleo de las nuevas herramientas de procesamiento de imágenes de TAC y RM permite una selección adecuada de pacientes, siendo imprescindible tener un VREP > 25-30%. En nuestra muestra los niveles elevados de bilirrubina preoperatorios no influyeron negativamente en el grado de hipertrofia final alcanzada.

O-199. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE HEPATOCARCINOMA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA 2 DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

E. Sánchez López, A. García Botella, E. Pérez Aguirre, P. Sáez Carlín, I. Domínguez Serrano, E. Arrúe del Cid, A. Sánchez-Pernaute, L.I. Díez Valladares y A.J. Torres García

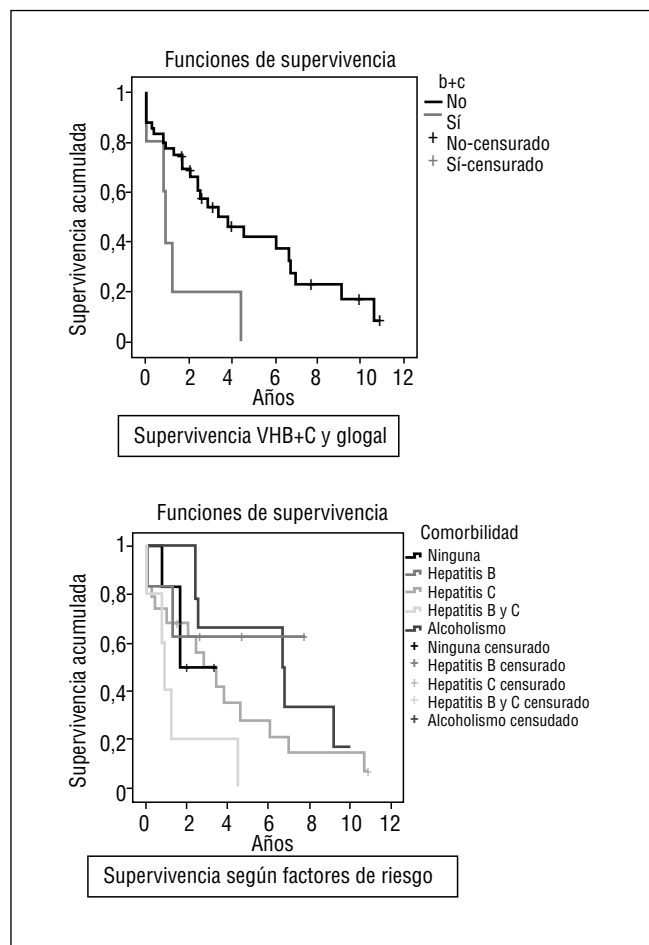
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es la 5ª neoplasia más frecuente en el mundo y la tercera causa de muerte relacionada con el cáncer. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del mismo son el virus de la hepatitis B, C y la cirrosis alcohólica.

Objetivos: Estudio de la serie de pacientes intervenidos de HCC. Analizar la supervivencia global y la supervivencia en función de los factores de riesgo (VHC, VHB y alcohol).

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes operados entre los años 1995 y 2011 en el servicio de cirugía 2 del hospital Clínico San Carlos. Nuestra serie se compone de 45 pacientes, con una media de edad de 66 años (rango 41-82), de los cuales 30 eran varones. 12 Pacientes referían antecedentes de ingesta alcohólica, 6 presentaban infección activa por virus de hepatitis B, 19 virus C y 5 virus B+C. En 27 pacientes el tamaño tumoral era < 5 cm. Se realizaron: 11 segmentectomías, 18 bisegmentomías, resección de 3 segmentos en 2 casos, 11 resecciones limitadas y 3 hepatectomías (1 derecha y 2 izdas). 29 presentaban cirrosis en la biopsia hepática intraoperatoria. Para analizar la supervivencia y la recidiva según los antecedentes descritos realizamos un análisis estadístico según Kaplan-Meier.

Resultados: Apreciamos una recidiva más precoz en los pacientes afectados de virus B y C, en comparación con sólo la infección por uno de ellos. Aquellos pacientes con antecedentes de cirrosis por ingesta alcohólica son los que presentan mayor tiempo hasta la recidiva, siendo estos resultados no significativos estadísticamente. Los pacientes que padecen infección de virus B y C en comparación con los afectados por uno de ellos o cirrosis de origen alcohólico, tienen una mortalidad más temprana con una mediana de supervivencia de 0,9 años, siendo la mortalidad del 100% en 4,5 años. La supervivencia acumulada a 3 años fue del 20% en los pacientes con virus B+C frente al 54% en el resto de pacientes, siendo las diferencias de supervivencia estadísticamente significativas ($p = 0,018$). La morbilidad postoperatoria fue del 28% (insuficiencia hepática 9, hematoma lecho quirúrgico 2, fístula biliar 4, neumonía 4, insuficiencia respiratoria 9, insuficiencia renal 3). No se encuentran diferencias significativas con respecto a la morbilidad y mortalidad postoperatoria entre los pacientes con VHC+B y los pacientes con VHB, VHC y cirrosis alcohólica.



Conclusiones: La infección conjunta de virus B y C supone una recidiva más precoz de la enfermedad y una muerte más temprana. La coinfección por virus B y C no entraña una mayor morbi-mortalidad postopera-

toria. Con un aumento de la muestra es posible que apreciáramos diferencias en la supervivencia de los pacientes que presentaran infección por virus B y C de manera aislada.

O-286. ESTUDIO ALEATORIZADO SOBRE EL COMPORTAMIENTO HEMODINÁMICO Y PÉRDIDAS SANGUÍNEAS DURANTE LA RESECCIÓN HEPÁTICA MEDIANTE MONITORIZACIÓN CON GEDI (VOLUMEN GLOBAL TELEDIÁSTÓLICO) FRENTE A PVC EN UN MODELO DE RESTRICCIÓN LÍQUIDA

V. Muñoz Atienza¹, D. Padilla Valverde¹, P. Menéndez Sánchez², P. Villarejo Campos¹, T. Cubo Cintas¹, F.J. Redondo Calvo¹, R. Villazala González¹, P. Arenas Díaz¹ y J. Martín Fernández¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

²Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Introducción: La utilización durante la resección hepática de valores de presión venosa central (PVC) bajos, < 5-6 cmH₂O, ha sido considerado como una de las grandes estrategias para minimizar el sangrado intraoperatorio. Sin embargo la presión venosa central en muchas ocasiones, no refleja la verdadera magnitud del volumen intravascular, de las variaciones volumétricas y por tanto de la precarga cardiaca. La monitorización de otros parámetros como el volumen global telediastólico (GEDI), que representa la suma de los cuatro volúmenes individuales de las cámaras cardíacas, y proporciona el valor de la precarga cardiaca, podría solucionar este dilema.

Objetivos: Determinar si el parámetro GEDI es más óptimo que la PVC para el manejo del volumen intravascular y, por tanto, del control de pérdidas sanguíneas durante la transección hepática, en un modelo de restricción de volumen. Identificación del control de ambos valores durante la resección hepática de parámetros hemodinámicos (IC, VSI, GEDI, RVS, EVLWI, PVPI, VVS, VVP, dpmax, GEF). Identificación del comportamiento de estos valores, GEDI/PVC, en relación con pérdidas sanguíneas, duración de la transección parenquimatosa y disfunción orgánica perioperatoria.

Material y métodos: Estudio experimental prospectivo aleatorio de enfermos sometidos a resección hepática mayor de dos segmentos con diagnóstico de neoplasia hepática primaria o metastásica. Se canalizó a todos los enfermos una vía central, (Certofix™ Trio) y un catéter arterial femoral (catéter PiCCO® (Pulsion Medical Systems, Munich, Alemania). Se colocó un transductor de monitorización continua para la PVC y se monitorizó de manera continua los diferentes parámetros hemodinámicos con el monitor PiCCO2™ (IC, VSI, GEDI, RVS, EVLWI, PVPI, VVS, VVP, dpmax, GEF). Realizamos restricción líquida desde el comienzo de la intervención (1 ml/kg/hora). Se realizó termomodulaciones transpulmonares en diferentes momentos de la cirugía: 1. Inicio de la cirugía, 2. Exclusión vascular selectiva o comienzo de la hepatectomía, 3. Durante la transección, 4. Finalización de la hepatectomía, 5. Cuando el procedimiento lo requirió por cambios importantes hemodinámicos. La PVC, la presión arterial sistólica, diastólica y media, así como la frecuencia cardiaca (FC) quedaron registradas igualmente en cada uno de estos momentos.

Resultados y conclusiones: Existen diferencias según monitorización mediante GEDI ($n = 49$), o PVC ($n = 25$), en relación al volumen de sangre intratorácico (ITBI) e intraoperatorio, con $p = 0,03$, ($848 \pm 341/677 \pm 324$), y tiempo de transección, con $p = 0,03$ ($56 \pm 26/45 \pm 19$). Existió una mayor relación respecto a parámetros hemodinámicos mediante monitorización con GEDI. Los valores de GEDI pretransección se relacionaron con: Edad ($p < 0,001$), sangrado ($p = 0,01$), ITBI pretransección ($p < 0,001$), ITBI durante transección ($p = 0,01$) y ITBI post-transección ($p = 0,007$), ELWI pretransección (agua pulmonar extravascular) con $p = 0,01$, ELWI post-transección con $p = 0,05$, GEF pretransección (fracción eyección global) con $p = 0,001$, GEF post-transección con $p = 0,005$, PPV (variación presión de pulso) con $p = 0,01$ y SVI (volumen sistólico indexado) con $p < 0,001$. Los valores de PVC pretransección se relacionaron con el tiempo de transección ($p = 0,002$), DP máxima intratransección (Velocidad aumento de presión) ($p = 0,04$), SVV post-transección (variación volumen sistólico) ($p = 0,04$) e IC pretransección (Índice cardíaco) ($p = 0,02$).

O-287. LIGADURA PORTAL DERECHA MÁS TORNQUETE EN LA LÍNEA DE SECCIÓN PARENQUIMATOSA: UN NUEVO MÉTODO PARA CONSEGUIR LA HIPERTROFIA EN LAS RESECCIONES HEPÁTICAS EN 2 TIEMPOS

R. Robles¹, A. López Conesa¹, C. Marín¹, V. Olivares¹, B. Febrero¹, M. Paredes¹, M. Ruiz² y P. Parrilla²

¹Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia. ²Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: En las resecciones hepáticas extensas se busca el método ideal para hipertrofiar el volumen funcional residual (VFR). Recientemente, se ha descrito un nuevo método de regeneración hepática en las resecciones hepáticas en 2 tiempos realizando ligadura portal derecha y split de la línea de sección. Esta técnica induce una hipertrofia más rápida y se puede realizar la segunda intervención a los 7 días. Esta rápida regeneración evita los problemas de la ligadura y de la embolización clásicas (ausencia de hipertrofia y progresión tumoral). La eficacia de esta técnica se ha relacionado con la oclusión de las colaterales intrahepáticas entre ambos lóbulos, pero se trata de una técnica compleja accesible solo a las unidades con un gran número de resecciones hepáticas. Nuestro objetivo es presentar un nuevo método original para conseguir una rápida regeneración (menos de 10 días) realizando en la primera intervención la ligadura portal derecha y la colocación de un torniquete en la línea de sección, para realizar la resección hepática mayor en el segundo tiempo.

Material y métodos: Hemos operado 10 pacientes: 5 casos por metástasis bilobares múltiples (4 de carcinoma colorectal y 1 de un tumor estromal gastrointestinal); y otros 5 por tumores unilobares derechos grandes con un VFR izquierdo insuficiente (3 casos de metástasis, 1 de un colangiocarcinoma periférico y 1 caso de hipernefoma recidivado con invasión, de los segmentos I y IV, y de la vena cava inferior). Técnica quirúrgica: primera intervención; se realizó en 5 casos la extirpación de las metástasis del lóbulo izquierdo y en 5 casos no existían lesiones en lóbulo izquierdo. Después de extirpar las metástasis, se realiza ligadura portal derecha y se aplica un torniquete en la línea de sección usando la maniobra de hanging. El torniquete se pasa extraglissoniano en el pedículo hepático para evitar la oclusión de la arteria hepática derecha y de la vía biliar derecha. Segunda intervención, una vez hipertrofiado el lóbulo izquierdo, en 7 casos realizamos hepatectomía derecha (en 2 con resección de la vena suprahepática media) y en 3 se realizó una trisectomía derecha (en uno de estos pacientes se asoció la resección de la vena cava inferior y la sustitución por un injerto anillado de goretex de 2 cm).

Resultados: A los 7 días de la primera intervención, el incremento de hipertrofia del VFR osciló entre 41%-150%, lo que permitió realizar la segunda intervención a los 10 días de la primera. En la segunda intervención (resección hepática mayor), el tiempo medio de sección parenquimatosa fue de 20 min (rango 15-60 min). Un paciente necesitó transfusión (injerto VCI), y la media de pérdidas hemáticas fue de 130 ml (rango 0-600 ml). Un paciente presentó un bilioma y otro un absceso perihéptico, que requirieron drenaje radiológico.

Conclusiones: Nuestra original técnica usando ligadura portal derecha y la aplicación de un torniquete en la línea de sección parenquimatosa es un método sencillo y eficaz, tanto en la primera como en la segunda intervención, y permite realizar la segunda cirugía a los 10 días.

O-288. PREVENCIÓN DEL FALLO HEPÁTICO POSTOPERATORIO EN LA HEPATECTOMÍA DERECHA AMPLIADA CON REMANENTE INSUFICIENTE MEDIANTE LIGADURA PORTAL ASOCIADA A BIPARTICIÓN HEPÁTICA A TRAVÉS DE LA FISURA UMBILICAL 8 DÍAS ANTES

F. Pereira Pérez, J. Martínez Piñeiro, P. Artuñedo Pe, M. de Vega Irañeta, G. Ortega Pérez, C. López Muñoz y L. Carrión Álvarez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: En las metástasis bilobares que se consideran resecables mediante hepatectomía derecha ampliada con remanente hepático insuficiente, la opción más aceptada es la cirugía en 2 tiempos, eliminando la/s lesión/es de la sección lateral izda (SLI) con ligadura portal dcha simultánea (o embolización inmediata), realizando la resección hepática dcha ampliada 1 o 2 meses después. Deben eliminarse la/s metástasis del Sg4 o embolizar sus ramas portales correspondientes para evitar el crecimiento de las lesiones. Otros problemas de esta estrategia son la dificultad

técnica del 2º tiempo por las adherencias y los fenómenos de atrofia/hipertrofia, y el tiempo prolongado que el paciente queda sin tratamiento sistémico.

Objetivos: Presentación de un caso sobre una nueva técnica recientemente introducida para inducir regeneración de un remanente hepático insuficiente en hepatectomías extensas.

Caso clínico: Mujer de 46 años diagnosticada de neoplasia de sigma con metástasis bilobares sincrónicas. La SLI tenía un volumen estimado del 20% y sólo presentaba una LOE de 3 cm en Sg3 intraparenquimatosa. Realizó 6 ciclos de FOLFOX + bevacizumab consiguiendo buena respuesta tanto a nivel del tumor primario como de las LOEs hepáticas. Se planteó estrategia inversa, pero al finalizar el tratamiento quimioterápico presentó una perforación paucisintomática (clínica mínima, diagnóstico por TC), por lo que se realizó primero una sigmoidectomía laparoscópica en protocolo Fast-Track, siendo alta al 3º DPO. Un mes después se realizó el primer tiempo hepático, realizando radiofrecuencia de la LOE del Sg3 (que medía 1 cm), ligadura/sección de la rama portal dcha y bipartición a nivel de la fisura umbilical, referenciando con vessel-loop la VHD, el resto del pedículo Glissoniano dcho y una AHD procedente de la AMS de gran calibre. Al 7º DPO se realizó TC estimando el volumen de la SLI en un 40%. Un día después se completó la hepatectomía dcha ampliada seccionando la VHD anómala, el pedículo dcho y la VHD en una intervención de 45 min de duración.

Conclusiones: Esta nueva estrategia quirúrgica está diseñada para evitar los inconvenientes de la embolización portal clásica (separación prolongada entre los 2 tiempos quirúrgicos, crecimiento insuficiente del remanente, dificultad de la 2ª intervención), consiguiendo reducir al mínimo el tiempo entre ambas intervenciones (se realizan ambas en el mismo ingreso), consiguiendo un crecimiento del remanente muy superior que con la embolización simple (al interrumpir las comunicaciones portales intrahepáticas) y simplificando enormemente el 2º procedimiento, por lo que supone una nueva opción para ampliar las posibilidades de tratamiento radical de los pacientes con metástasis hepáticas bilobares.

O-289. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL

L. Estalella Mercadé, V. Artigas Raventós, A. Carrasquer Puyal, J.A. González López, M. Rodríguez Blanco y M. Trias Folch

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Determinar la evolución de los pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de origen colorrectal en función del lugar de recurrencia y analizar factores clinicopatológicos de mal pronóstico asociados a ésta.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 242 pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de origen colorrectal en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durante el periodo 1991-2009. Se analizan el tiempo y el patrón de recurrencia de los pacientes y se procede a un análisis uni y multivariado de los factores predictivos de recurrencia de la enfermedad metastásica.

Resultados: La mediana de supervivencia de los 242 pacientes desde la cirugía de resección hepática fue de 51 (rango 43,1-58,8) meses con una supervivencia actuarial a los 3 y 5 años del 61% y del 44%, respectivamente. La tasa de recurrencia fue del 71% (173 pacientes), con un intervalo libre de enfermedad, desde la cirugía de resección hepática a la recurrencia, de 22 (rango 17,9-26,0) meses de mediana. La localización única hepática (47%) constituye por un lado, el lugar de mayor recurrencia y por otro, la localización con un menor intervalo libre de enfermedad, con una mediana de 13 (9,7-16,2) meses. Estos pacientes tienen una mediana de supervivencia desde la primera cirugía hepática de 35 (23,7-46,2) meses. La recurrencia pulmonar única (16,8%) constituye la de mejor pronóstico, con una supervivencia libre de enfermedad de 18 (9,2-26,7) meses y una supervivencia global de 52 (39,4-64,5) meses. En cuanto a los factores pronósticos estudiados asociados a recurrencia, la invasión vascular venosa, la invasión perineural, el número de metástasis y el tamaño de la mayor de éstas, resultaron ser estadísticamente significativos en el análisis univariante. En el análisis multivariante, sólo la invasión perineural y el número de metástasis demostraron ser factores de riesgo independientes de recurrencia de enfermedad después de una hepatectomía por metástasis de origen colorrectal.

Conclusiones: En nuestro estudio, la invasión perineural del tumor primario colorrectal y el número de metástasis hepáticas, se consideran fac-

tores de riesgo de recurrencia después de resección de metástasis hepáticas de origen colorrectal, aunque la revisión de los numerosos **scores** predictivos que existen en la literatura, concluye que éstos son inconsistentes y que actualmente, es necesario la inclusión de factores biológicos del tumor para un mayor conocimiento de la evolución de estos pacientes. Por otro lado, del total de pacientes que presentan recurrencia de la enfermedad después de una cirugía de resección de metástasis hepáticas, los de mejor pronóstico son los que desarrollan metástasis pulmonares, por lo que debe considerarse, aun y con afectación hepática previa, el tratamiento quirúrgico de estos pacientes, siempre y cuando sea posible una cirugía curativa R0 y no existan factores que impidan su operabilidad.

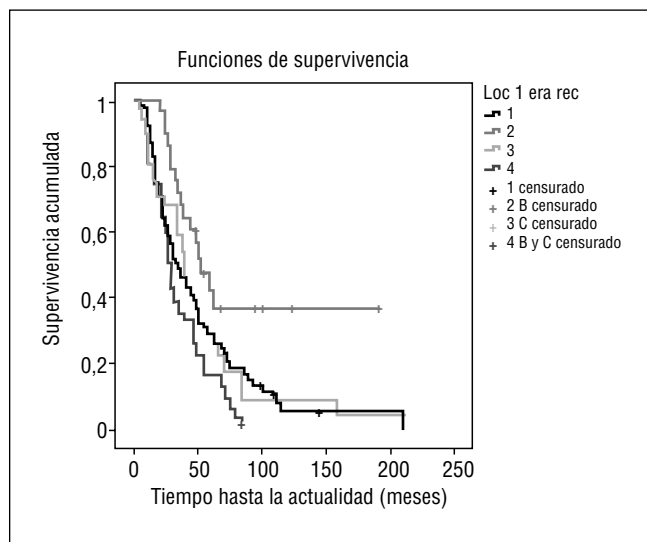


Figura. Supervivencia actuarial en función del lugar de recurrencia (1. localización hepática única; 2. localización pulmonar única; 3. otras localizaciones únicas; 4. múltiples localizaciones).

O-290. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA EN 409 PACIENTES INTERVENIDOS POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

C. Marín, R. Robles, A. López Conesa, V. Olivares, B. Febrero, M. Paredes, M. Ruiz, D. Pérez Flores y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la La Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Analizar los factores pronósticos de supervivencia en una serie de 409 pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR).

Material y métodos: Entre Enero de 1996 y Diciembre de 2011 se realizaron 534 resecciones hepáticas en 409 pacientes con MHCCR. El seguimiento medio fue de 59 meses (rango 4-176 meses). La edad media de los pacientes fue de 61 ± 10 años (rango 23-85) con predominio de los varones ($n = 259$). Realizamos el análisis de los siguientes factores: 1) variables dependientes del paciente (edad, sexo, comorbilidad); 2) variables del CCR (localización del tumor, T del tumor 1º, invasión ganglionar, estadio (A, B, C, D), grado de diferenciación del CCR, recidiva del T1º, tiempo de aparición de las MH; 3) variables dependientes de las MH (distribución, tamaño, número, forma de presentación, nódulos satélites, margen de resección, invasión vascular, invasión biliar, invasión de la cápsula, esteatosis y grado de diferenciación; 4) presencia de enfermedad extrahepática; 5) variables dependientes de la intervención quirúrgica (tipo de resección, transfusión, tiempo quirúrgico, exclusión vascular, morbi-mortalidad); 6) variables dependientes de la QMT (neo y adyuvante).

Resultados: Fallecieron 5 enfermos en el postoperatorio inmediato (1.2%). La morbilidad fue del 18% ($n = 74$). La supervivencia global media fue 89%, 61% y 47% a 1, 3 y 5 años. En el estudio univariante fueron factores de mal pronóstico: la edad > 65 años ($p = 0,048$), la recidiva del tu-

mor primario ($p = 0,001$), el CEA postoperatorio al mes de la intervención > 5 ($p = 0,001$), el tamaño de la metástasis > 5 cm ($p = 0,002$), la satelitosis ($p = 0,024$), la invasión vascular ($p = 0,043$) y la invasión local de las MH ($p = 0,021$). Fueron factores de mal pronóstico en el estudio multivariante: la recidiva del tumor primario ($p = 0,048$), el tamaño de la metástasis > 5 cm ($p = 0,018$) y el CEA postoperatorio > 5 al mes de la intervención.

Conclusiones: La cirugía es el tratamiento de elección en los pacientes con MHCCR obteniendo buenas supervivencias a 5 años. En los pacientes que presentan recidiva del tumor primario, metástasis > 5 cm y/o CEA postoperatorio elevado debe tenerse en cuenta la posibilidad de reintervenciones o de una QMT más agresiva en el seguimiento.

O-291. ESTUDIO MORFOMÉTRICO E INMUNOHISTOPATOLÓGICO DE REGENERACIÓN HEPÁTICA EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN RATA. RESULTADOS PRELIMINARES

R. García Pérez, J. Fernández Carrión, F. Sánchez Bueno y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre los métodos quirúrgicos de resección hepática en el tratamiento de las metástasis hepáticas. Como modelo experimental, la rata es un modelo ideal al presentar varios lóbulos hepáticos y, además, tras la hepatectomía, los fenómenos regenerativos se inician en las primeras 10-12h, con un pico máximo a las 24h. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestro modelo experimental de regeneración hepática en ratas analizando las diferencias cuantitativas de masa hepática, histopatológicas e inmunohistoquímicas en una serie de 50 ratas sometidas a diferentes técnicas quirúrgicas.

Material y métodos: Para nuestro estudio hemos utilizado 50 ratas SD adultas de 300 gr. de peso distribuidas en 5 grupos de 10 animales: 1) Grupo control; 2) Ligadura portal (LP) derecha; 3) LP derecha + bipartición hepática in situ (BHIS); 4) LP izquierda; 5) LP izquierda + BHIS. Consideramos hemihígado derecho el lóbulo hepático derecho inferior, el lóbulo hepático derecho superior, la porción derecha del lóbulo hepático medio. El hemihígado izquierdo incluye la porción izquierda del lóbulo hepático medio, el lóbulo hepático izquierdo, el caudado y el lóbulo paracava. Técnica quirúrgica: laparotomía transversa de 3 cm de longitud. Se realiza disección de hilo hepático bajo control óptico de 4 aumentos. La LP se realiza con PDS 8/0. La BHIS se realiza con pinzas bipolares. Todos los animales fueron sacrificados al 5º día mediante inyección intracardiaca de cloruro potásico. El peso de cada lóbulo se midió con báscula de precisión. El estudio histológico se realizó mediante fijación en formalina comercial al 4% tamponada durante un mínimo de 48h, procesadas e incluidas en parafina. El análisis inmunohistopatológico se realizó sobre secciones de 3 micras de espesor que fueron teñidas con una tinción histopatológica de rutina (HE) e inmunoteñidas con anticuerpos para identificar proliferación celular (Ki 67) y vascular (VEGF).

Resultados: Respecto a la medición de la masa hepática, en el grupo control, el peso medio del hemihígado derecho es de $3,5 \pm 0,28$ g mientras que el hemihígado izquierdo es de $5,3 \pm 0,89$ g. En el grupo con LP derecha, el peso medio del hemihígado izquierdo asciende un $72 \pm 14\%$, mientras que en el grupo de LP derecha asociada a BHIS se eleva a un $140 \pm 30\%$. En el grupo de LP izquierda, el peso medio del hemihígado derecho se incrementa en un $84 \pm 21\%$, mientras que en el grupo de LP izquierda asociada a BHIS el peso se incrementa en $180 \pm 50\%$. En la necropsia, el análisis histopatológico del hígado reveló, en todos los casos, que en el VHR hay una hiperplasia de hepatocitos sin pérdida de la arquitectura microscópica. El análisis inmunohistopatológico muestra un 4-5% de hepatocitos proliferativos (Ki67 positivos), así como una elevada expresión de VEGF, limitada a los endotelios vasculares, sinusoidal y portal. No se observaron diferencias en la expresión del Ki67 y en la expresión del VEGF, tanto en los hígados en los que se realizó LP como en los hígados en los que además se realizó BHIS.

Conclusiones: La bipartición hepática in situ asociada a ligadura portal derecha o izquierda produce un incremento de la masa hepática residual muy superior al obtenido con la ligadura portal aislada. En nuestra serie no se objetivan diferencias inmunohistoquímicas significativas entre los diferentes grupos de estudio.

O-292. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA EN 2 TIEMPOS PARA LA RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS BILATERALES

C. Gómez Gavara¹, M. Caballero Soto², E.M. Montalvá Orón², O. Carreño Sáenz², C. Redondo Cano³, A. Moya Herraiz², F. Sanjuán², E. Pareja Ibars², F.J. Orbis Castellanos², M. de Juan Burgueño² y R. López Andújar²

¹Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. ²Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, Valencia. ³Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: La cirugía en dos tiempos está indicada en aquellos pacientes que presentan metástasis hepáticas bilaterales que no pueden ser resecadas en una sola vez por falta de suficiente remanente hepático. El objetivo consiste en resecar las metástasis del lóbulo hepático de un lado y dejar la enfermedad contralateral para ser resecada en una segunda intervención, una vez conseguida la hipertrofia hepática (3-4 semanas) con o sin embolización portal adyuvante.

Objetivos: Presentar los resultados de nuestra serie de pacientes propuestos para la resección de metástasis hepáticas en dos tiempos.

Material y métodos: De una serie de 700 pacientes intervenidos por metástasis hepáticas, 20 casos se consideraron candidatos a cirugía en dos tiempos entre enero del 2003 y diciembre de 2011.

Resultados: La edad media de los pacientes operados fue de 57 años (± 7 DE), con una proporción de 12M y 8H. La etiología del tumor primario fue para 5 pacientes en el colon derecho, para 8 pacientes en el colon izquierdo, para 6 pacientes en el recto y GIST gástrico en 1 paciente. Las metástasis hepáticas aparecieron de forma sincrónica en el 60% ($n = 12$) de los casos y de manera metacrónica en un plazo < 12 meses en un 25% ($n = 5$). El tiempo de espera entre las cirugías fue entre 10 días y 5 meses. Se realizó volumetría hepática previa a la segunda cirugía en 71% de los casos ($n = 10$) con una mediana de volumen residual del 31% (18-50%), realizándose tomografía computarizada (TC) de control en todos los casos. Se completaron las dos cirugías en 14 casos, no pudiéndose completar la cirugía en el resto de los pacientes por progresión de la enfermedad de forma irreseccable. Se realizaron entre 1-4 resecciones limitadas del hemihígado izquierdo con embolización portal derecha (fibrina sintética/alcoholización en la mayoría de los casos ($n = 12$)) en todos excepto en un caso, en el cual se realizó la transección parenquimatosa en el primer tiempo para conseguir aumentar el volumen del remanente. La segunda cirugía se completó con hepatectomía derecha en 11 de los casos y triseccionectomía derecha en uno de ellos ± 1 resección limitada. La estancia media postoperatoria de la primera cirugía fue de 8 días (± 5 DE) y para la segunda cirugía fue de 6 días (± 2 DE). Los márgenes anatómopatológicos fueron R0 en el 85% de los casos ($n = 12$), con una mediana de margen mínimo de 5 mm (0-20 mm). Todos los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante con el esquema FOL-FOX más bevacizumab o cetuximab en el 40% de los casos ($n = 8$), con una media de 8 ciclos ($\pm 4,11$ DE). La mediana de necrosis tumoral fue del 50% (0-100%). La supervivencia actuarial es de 25 meses para el 50% de los pacientes resecados.

Conclusiones: Las nuevas estrategias (embolización portal/transección in situ/quimioterapia neoadyuvante) permiten realizar resecciones hepáticas de metástasis bilaterales minimizando la insuficiencia hepática postoperatoria. La progresión de la enfermedad y la mortalidad operatoria siguen siendo los principales inconvenientes que obligan a la selección adecuada de estos pacientes.

Tabla 1. (O-292)

Complicaciones postoperatorias	Primera cirugía	Segunda cirugía
Hemoperitoneo	1	1
Colección intrabdominal	1	1
Insuficiencia hepática (grado A-B)		3
Infarto pulmonar		1
Mortalidad postoperatoria		2

O-293. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORBIMORTALIDAD EN CIRUGÍA HEPÁTICA: ANÁLISIS EN 860 RESECCIONES HEPÁTICAS

R. Robles, C. Marín, A. López Conesa, P. Ramírez, F. Sánchez Bueno, D. Pérez Flores, P. Pastor y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Analizar los factores que se relacionan con la presencia de morbilidad y mortalidad en una serie de 860 resecciones hepáticas (RH).

Material y métodos: Las 860 RH se realizaron entre enero 1996-marzo 2012. Los factores analizados han sido: edad media (59 años), sexo (59% varones), comorbilidad preoperatoria (52%), indicación quirúrgica (77 RH por patología benigna, 619 por metástasis hepáticas, 42 casos por tumores hepáticos primarios sobre hígado sano, 38 RH sobre hígado cirrótico, y 84 por tumores de vías biliares), 122 RH se realizaron por laparoscopia, estado del hígado patológico en 237 casos, quimioterapia neoadyuvante en 334 casos, técnica quirúrgica (con pinzamiento hemihepático en 287 casos, con maniobra de Pringle en 144 y segmentectomías sin maniobra de Pringle en 424 casos, cirugía hepática extrema con oclusión hiliar y perfusión in situ en 5 casos), resección mayor en 366 casos, resecciones extendidas en 182 casos, transfusión ($n = 178$), tiempo quirúrgico mayor de 180 min ($n = 267$). Se realizó un estudio uni y multivariante.

Resultados: Fallecieron 14 pacientes en postoperatorio inmediato (1.6%). Ningún paciente falleció de insuficiencia hepática postoperatoria. Existió morbilidad en 180 RH (21%). Respecto a la mortalidad, fueron factores e.s. en el análisis univariante la transfusión intraoperatoria ($p = 0,088$), el tiempo quirúrgico prolongado ($p = 0,095$), las resecciones mayores ($p = 0,02$) y las resecciones extendidas ($p = 0,05$). En el estudio multivariante fueron e.s. las TOP ($p = 0,0058$; $OR = 5,266$). La presencia de complicaciones fue superior en los pacientes transfundidos ($p = 0,0001$), en las resecciones abiertas frente a las laparoscópicas ($p = 0,053$), en las resecciones sobre hígado patológico ($p = 0,05$), en las resecciones mayores ($p = 0,002$), en las resecciones lobares ($p = 0,003$), en las resecciones bilaterales ($p = 0,09$), en resecciones extendidas ($p = 0,0001$), cuando el tiempo quirúrgico superior a 180 min ($p = 0,0001$), en resecciones con control hemihepático ($p = 0,075$). En el estudio multivariante fueron e.s. la transfusión ($OR = 2,769$; $p = 0,0001$), resecciones mayores ($OR = 1,698$; $p = 0,027$) y resecciones extendidas ($OR = 2,875$; $p = 0,0001$).

Conclusiones: Una mayor agresividad quirúrgica (resecciones mayores y resecciones extendidas) junto a una mayor transfusión son factores predisponentes para la aparición de complicaciones. La mayor agresividad realizando TOP para rescatar pacientes con tumores inicialmente irreseccables, son un factor predisponente para mortalidad postoperatoria.

O-294. SUPERVIVENCIA GLOBAL Y RECIDIVA EN PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS MÚLTIPLES BILOBARES (MHMB) SECUNDARIAS A CÁNCER COLORRECTAL (CCR) TRATADAS MEDIANTE HEPATECTOMÍA EN 2 TIEMPOS (H2T)

S. Cortese, A. Colón, E. Ramón, P. García Alfonso, E. del Valle, M. Rodríguez, A. Muñoz Calero y J.M. Tellado

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los pacientes de cáncer colorrectal estadio IV con metástasis hepáticas múltiples y bilobares suelen ser irreseccables si la carga tumoral hepática es extensa o muestran una volumetría insuficiente para ejecutar una hepatectomía radical. La H2T permite el aclaramiento del hemihígado futuro remanente (metastasectomía + radiofrecuencia), mientras induce una hipertrofia del mismo (embolización portal), para permitir finalmente en la segunda fase una resección R0 (hepatectomía mayor). Presentamos el programa de nuestro Hospital, haciendo hincapié en la planificación preoperatoria multidisciplinaria y en el tratamiento a largo plazo de la recidiva hepática.

Material y métodos: Entre abril/2007 y enero/2012 hemos realizados 142 resecciones hepáticas por metástasis de CCR. Las indicaciones para H2T fueron: 1) Estabilización o respuesta parcial tras quimioterapia neoadyuvante; 2) MHMB con mayor carga tumoral en el hemi-hígado a extirpar; 3) ≥ 3 metástasis en el futuro hígado remanente con volumetría $\leq 30\%$.

Resultados: Se completó la H2T en 10 pacientes (edad 58 ± 13 años), presentándose las metástasis sincrónicas con el tumor primario en el 90%. La estadificación del tumor primario fue pT3-4 en el 90% (60% con N1-2).

y de localización variable (3 colon derecho/ 3 sigma/2 colon izquierdo/2 recto). Un paciente presentaba enfermedad extrahepática (pulmonar). El número de MH por paciente fue $10,1 \pm 3,5$ con $44 \pm 49,8$ mm de diámetro medio para la lesión de mayor tamaño. En 4 pacientes el primer tiempo de la hepatectomía se realizó de forma simultánea con el tumor primario y 60% de forma secuencial tras colectomía (tiempo de demora: $7,1 \pm 7,7$ meses). El 40% recibieron quimioterapia entre los dos procedimientos ($4,7 \pm 2,6$ ciclos de media). Las metastasectomías del primer tiempo fueron complementadas con radiofrecuencia (70%) y embolización/sección portal intraoperatoria (88,9%) (en un paciente la embolización portal fue percutánea post-operatoria). En el segundo tiempo, la hepatectomía derecha (90%) fue combinada con tratamientos complementarios (40%) (radiofrecuencia, metastasectomías, segmentectomía sIVb), transfundiéndose al 70% de los pacientes. La estancia media tras la segunda intervención fue $13,5 \pm 7,6$ días con una morbilidad global en ambas hepatectomías del 50% (2 relaparotomías por fistula biliar, 2 relaparotomías por dehiscencia ileocólica, 1 infección herida) y mortalidad 10% (1 paciente con peritonitis secundaria). Con un seguimiento medio de 48 meses (intervalo 36-59 meses) la supervivencia a 5 años contando desde la primera cirugía hepática fue del 76%. El intervalo libre de enfermedad a 1, 3 y 5 años fue de 75%, 25% y 12% respectivamente y el tiempo medio hasta la recidiva fue de 27 meses.

Conclusiones: La H2T es una opción técnica en pacientes con MHMB pudiendo alcanzar supervivencias a 5 años > 70% en candidatos seleccionados, con planificación preoperatoria multidisciplinaria y tratamiento posterior de las recidivas hepáticas y extrahepáticas.

O-388. ABORDAJE EXTRAHEPÁTICO DEL PEDÍCULO GLISSONIANO EN LA HEPATECTOMÍA MAYOR TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA

J. Noguera Aguilar, J.C. Vicens Arbona, A. Sánchez y J. Muñoz

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Introducción: El abordaje laparoscópico es inusual para las resecciones hepáticas mayores. El abordaje del pedículo glissoniano intrahepático laparoscópico permite un enfoque rápido y seguro para la transección pedicular hepática.

Objetivos: Presentar el abordaje laparoscópico intrahepático del pedículo glissoniano en la resección mayor derecha e izquierda, a propósito de varios casos clínicos de hepatectomía derecha e izquierda totalmente laparoscópicas por metástasis de cáncer colorrectal previamente tratados con colectomía laparoscópica. Se presenta el abordaje de los pedículos anterior y posterior derecho y del pedículo izquierdo glissoniano intrahepático.

Material y métodos: Presentación con secuencias de vídeos de casos clínicos con metástasis bilobares de cáncer de colon. En el vídeo podemos ver hepatectomía derecha e izquierda con abordaje intrahepático glissoniano del pedículo hepático.

Resultados: Abordaje satisfactorio para la realización de la hepatectomía totalmente laparoscópica. El abordaje glissoniano intrahepático es un método rápido y seguro para esta parte de la cirugía hepática laparoscópica, que sigue siendo la más difícil.

Conclusiones: Los resultados de este abordaje deben seguir siendo evaluados, pero es un método rápido y seguro para el abordaje laparoscópico del pedículo hepático.

O-389. IMPACTO DE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

C. Silva Vergara, F. Burdío Pinilla, I. Poves Prim, D. Dorcaratto, R. Quezada Díez y L. Grande Posa

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Valorar la eficacia de la ablación por radiofrecuencia de las metástasis hepáticas combinado con resección en pacientes con cáncer colorrectal y su no inferioridad respecto a la resección hepática aislada.

Material y métodos: En nuestra base de datos confeccionada de forma prospectiva se identificaron 71 pacientes con metástasis hepática de adenocarcinoma colorrectal. Se documentaron los datos demográficos, características de las metástasis hepáticas, del tumor primario, análisis histopatológico, tratamiento quimioterápico, complicaciones e información del seguimiento. Todos los pacientes fueron operados de la metástasis hepática

entre el año 2006 y 2011 en el Hospital del Mar con intención curativa. Se identificaron 2 grupos principales: 1) Grupo A (n = 43): pacientes tratados mediante resección hepática aislada; 2) Grupo B (n = 28): resección hepática combinada con ablación por radiofrecuencia (RFA). Las indicaciones para la asociación de RFA fueron: 1) Bilateralidad de las lesiones hepáticas; 2) Escaso remanente hepático y 3) Nódulos pequeños que conllevaran grandes resecciones. La ecografía intraoperatoria se utilizó en todos los pacientes. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado. Análisis estadístico: el test de chi-cuadrado fue usado para comparar frecuencias mientras que los valores medios de las variables se compararon utilizando la t de Student entre ambos grupos. La supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y supervivencia libre de enfermedad hepática fue calculada mediante el método de Kaplan-Meier. Se utilizó el modelo de riesgo proporcional de Cox por pasos hacia adelante para analizar la influencia de diferentes variables. Los resultados se expresaron en Hazard Ratio (HR) con un Intervalo de Confianza (IC) del 95%. Las diferencias se consideraban estadísticamente significativas si el valor de p era < 0,05.

Resultados: En el estudio univariante únicamente dos variables demostraron diferencias significativas entre grupos: bilobularidad (p = 0,001), mayor en el grupo B y el tamaño de la metástasis más grande (p = 0,035), mayor en el Grupo A. La supervivencia media global, la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la supervivencia libre de enfermedad hepática (SLEH) de toda la serie fue de 39,6; 26,2; 31,4 meses, respectivamente para un seguimiento medio de 20 meses (rango: 1-50 meses). Por grupos, la supervivencia fue de 40,8 y 38,4 meses, para Grupo A y B, respectivamente (diferencias no significativas). La SLE fue de 24,7 y 27,2 meses, para el grupo A y B, respectivamente (diferencias no significativas). La SLEH fue ligeramente superior en el grupo A que en el B aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística (27,8 y 32,5 meses, para grupo A y B, respectivamente, p = 0,190). En el estudio multivariante sólo 2 variables resultaron significativas: enfermedad extrahepática (HR = 3,1) y la variable metástasis de mayor tamaño (HR = 1,1). Las demás variables, incluida el empleo de RFA (HR = 0,3) no presentaron un valor estadísticamente significativo sobre SLEH.

Conclusiones: La asociación de la RFA de las metástasis hepáticas a la resección quirúrgica con intención curativa en pacientes con cáncer colorrectal no disminuye la probabilidad acumulada de supervivencia, de SLE ni de la SLEH.

O-390. DIEZ AÑOS DE CIRUGÍA HEPÁTICA POR LAPAROSCOPIA

M.A. Suárez Muñoz, I. Fernández Burgos, C. Rodríguez Silva, B. Sánchez Pérez, J.L. Fernández Aguilar, J.A. Pérez Daga y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: En diciembre del año 2002 realizamos en nuestra unidad la primera resección hepática laparoscópica, en una paciente de 55 años de edad, con un hepatocarcinoma de 5 cm de diámetro, localizado en el borde libre del segmento III, que fue extirpado mediante la aplicación de dos cargas de endoGIA. Desde entonces el abordaje laparoscópico en la patología hepática ha pasado a ser otra de las opciones terapéuticas que ofrecemos a nuestros pacientes.

Objetivos: Presentar la experiencia de una unidad de cirugía hepatobiliopancreática de un hospital de tercer nivel en relación con el tratamiento laparoscópico de lesiones hepáticas.

Material y métodos: análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante abordaje laparoscópico en el periodo comprendido entre diciembre de 2002 y abril de 2012. La serie comprende un total de 62 pacientes, 24 hombres y 38 mujeres, de edades comprendidas entre 29 y 77 años. En todos los casos el abordaje fue exclusivamente laparoscópico, sin asistencia con la mano. Para la realización de la transección parenquimatosa se han empleado diferentes sistemas de hemostasia y bilistia: LigaSure V, Atlas, TissuLink, Ultracision y pinza bipolar. El clampaje pedicular, cuando se estimó necesario, se realizó con un lazo vascular.

Resultados: De los 62 pacientes, 20 (32%) presentaban lesiones quísticas, y 42 (68%) lesiones sólidas. El diámetro de las lesiones quísticas osciló entre 5 y 20 cm, y el de las sólidas entre 2 y 10 cm. Todas las lesiones quísticas fueron benignas (quistes simples/hidatidosos). De las lesiones sólidas 25 (58%) correspondieron a lesiones malignas: 11 hepatocarcinomas, 13 metástasis y 1 colangiocarcinoma. El resto, 18 (42%), fueron lesiones benignas, incluyendo entre los diagnósticos, hemangiomas, hiperplasias nodulares focales, hidatidosis y un angiomiolipoma. El número de tróca-

res empleados para realizar las intervenciones osciló entre 3 (lesiones quísticas) y 6 (lesiones sólidas). Las lesiones quísticas fueron tratadas mediante destechamiento amplio en 17 casos y quistoperiquistectomía total cerrada en 3 pacientes con hidatidosis única. En el caso de las sólidas se realizaron 28 resecciones atípicas, seccionectomía lateral izquierda en 10 casos, y resecciones monosegmentarias en los otros 4. Para la extracción de la pieza, en 16 casos se realizó ampliación de uno de los trócares, en 8 casos respectivamente una incisión de Pfannestiel o una subcostal derecha, en 5 una incisión en línea media, en 2 se aprovechó cicatriz de Mc Burney previa, y no fue preciso en 23 casos. En el 65% de los casos no se dejó drenaje alguno, y la maniobra de Pringle fue necesaria solo en el 28% de los pacientes. El 85% de los pacientes no presentó complicación alguna postoperatoria. La estancia mediana y media fueron respectivamente de 3 y 4 días, con un rango que osciló entre 1 y 39 días. La mortalidad perioperatoria ha sido nula. El 84% de los pacientes intervenidos por metástasis y el 64% de los intervenidos por hepatocarcinoma, se encuentran vivos, tras un seguimiento mínimo de 6 meses.

Conclusiones: La cirugía hepática laparoscópica es un procedimiento seguro, que ofrece excelentes resultados clínicos. Sin embargo su aplicabilidad continua siendo limitada.

O-391. METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN NO COLORRECTAL. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN 52 PACIENTES

C. Marín, R. Robles, A. López Conesa, V. Olivares, B. Febrero, M. Paredes, R. García y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El tratamiento de las metástasis hepáticas de origen no colorrectal (MHnoCR) es controvertido debido a la gran variabilidad del tumor primario, que es el que determina el pronóstico, y a las pocas series publicadas en la literatura que presentan escaso número de pacientes no siendo determinantes los resultados.

Objetivos: Presentar una serie de 59 resecciones hepáticas (RH) por MHnoCR.

Material y métodos: Entre enero de 1996 y abril 2012 hemos realizado en el SCGI 860 RH. De éstas, 59 se realizaron por MHnoCR en 52 pacientes. La edad media fue de 52 años (rango 23-77) siendo 27 casos varones. La indicación quirúrgica fue en 9 por tumores neuroendocrinos (1 re-resección), 9 casos por MH de carcinoma esofagogástrico, (2 re-resecciones), 6 casos por carcinoma de mama, 5 casos por MH de leiomiomasarcoma (2 uterino, 2 ovárico y 1 intestinal), 5 casos por tumores de GIST (una re-resección), 4 casos por hipernefoma (2 re-resecciones), 2 casos por melanoma, 2 por carcinoma de pulmón y un caso de los siguientes tumores: adenocarcinoma de intestino delgado, adenocarcinoma de páncreas, linfoma B, colangiocarcinoma de tercio distal, un tumor fibroso solitario, carcinoma renal, un fibrohistiocitoma maligno, un sarcoma, un adenocarcinoma de ovario y un adenocarcinoma de tail gut que se reintervino por recidiva. La técnica quirúrgica fue: 6 hepatectomías derechas (una con resección de implantes abdominales), 1 trisectomía derecha, 7 hepatectomías izquierdas (un caso asociado a resección del S. V, otra a resección de S. V-VI, otra asociada a nefrectomía derecha por metástasis de melanoma y otra con injerto de vena renal izquierda a la VSH derecha y exéresis de S VII-VIII), 3 hepatectomías centrales (junto pancreatomectomía corporocaudal), 3 segmentectomías laterales izquierdas, 4 trisegmentectomía, 12 bisegmentectomías (una de ellas con resección de pastilla de diafragma y otra con pancreatomectomía corporocaudal), 15 segmentectomías (una con pancreatomectomía corporocaudal), 5 resecciones atípicas y 3 casos de metastasectomías, uno de ellos primer tiempo de un torniquete en que se extirparon 6 lóbulos del LHI. En 5 casos se asoció radiofrecuencia. En 2 pacientes, uno con metástasis de hipernefoma y otro con metástasis de GIST realizamos cirugía en 2 tiempos con ligadura de la porta derecha, tratamiento del LHI y torniquete entre LHD y LHI, y en un segundo tiempo hepatectomía derecha. Se realizó control hemihepático en 13 pacientes y maniobra de Pringle en 6 (tiempo medio 10,5 min, rango 8-15). En un paciente en el que se colocó injerto de vena renal izquierda a VSH derecha se realizó perfusión in situ del LHD durante 77 minutos.

Resultados: Hubo dos fallecidos en el postoperatorio inmediato, uno por sepsis, intervenido de un tumor de GIST y otro por dehiscencia de colon. La morbilidad fue de 22% (n = 13, 3 bilomas, 7 abscesos intrabdominales, una neumonía, un neumotórax y una insuficiencia hepática moderada). La estancia media fue de 9,1 días (rango 4-53). El tiempo medio quirúrgico fue de 171 min. (90-300). Cinco pacientes necesitaron transfusión con

una media de 525 cc (rango 300-600 cc). La supervivencia global media fue del 76% y 62% y 38% a 1, 3 y 5 años. En el grupo de pacientes intervenidos por MH de tumor esofagogástrico (n = 9) fue de 90%, 45% y 45% a 1, 3 y 5 años, en los intervenidos por tumor neuroendocrino (n = 9) 50%, 40% y 30% respectivamente, los intervenidos de leiomiomasarcoma (n = 5) presentaron una supervivencia a 1, 3 y 5 años de 80%, 80% y 53% respectivamente. La supervivencia de los pacientes intervenidos por GIST (n = 5) fue de 60% 40% y 20% a 1, 3 y 5 años y las pacientes con MH de carcinoma de mama (n = 5) están todas vivas en la actualidad.

Conclusiones: La resección hepática en casos seleccionados de MHnoCR obtiene supervivencias aceptables a 5 años siendo muy variables según la localización e histología del tumor primario.

O-392. RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA: LECCIONES APRENDIDAS SOBRE 122 RESECCIONES

R. Robles, C. Marín, A. López Conesa, M. Paredes, V. Olivares, B. Febrero y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en 122 resecciones hepática laparoscópicas (RHL), presentando las indicaciones, la elección de la vía de abordaje (cirugía totalmente laparoscópica –CTL– y cirugía laparoscópica asistida con la mano –CLAM–), la técnica quirúrgica realizada y los resultados postoperatorios inmediatos.

Material y métodos: Entre enero 2003-marzo 2012, hemos realizado 122 RHL en 119 pacientes: 103 RH fueron sobre tumores malignos, de los cuales 86 fueron por metástasis hepáticas (80 de origen colorrectal –MHC-CR–, 2 de tumor neuroendocrino de páncreas, 1 MH de ca de mama, 2 MH de GIST y 1 de un adenocarcinoma “tail gut”) y 17 por tumores malignos primarios (1 leiomiomasarcoma primario, 12 hepatocarcinomas sobre cirrosis, 4 hepatocarcinoma sobre hígado sano). Las 19 RH restantes fueron 17 por tumores benignos (4 adenomas hepáticos, 8 hemangiomas, 3 HNF, 1 un tumor gigante desmoplásico de células fusiformes en nidos, 1 cistoadenoma) y 2 quistes hidatídicos. La edad media fue de 60 años (rango 23-82). Tamaño tumoral: 1-20 cm. CTL 24 casos y CLAM 98 casos. Técnica quirúrgica (20 RH mayores, ≥ 3 segmentos): 6 hepatectomías derechas (2 como segundo tiempo de un Two Stage), 5 hepatectomías izquierdas. 9 resección de 3 segmentos: 1 resección III + VII + IVB, 1 “III + V-VI, 1 “III + VI + VIII, 2 “Ivb + V + VII, 4 “SLI + resección de otro segmento. 38 resección de 2 segmentos: 18 SLI, 10 VI-VII, 5 V-VI, 1 III+V (+ pancreatomectomía corporocaudal), 2 IVb-V, 1 VII + III, 1 VIII+III. 59 resecciones de 1 segmento: 24 segmentectomías VI, 6 “III, 7 “V, 6 “VIII, 5 “VII, 5 “II, 4 “IVB, 1 “IV, 1 “I. 5 casos de otras resecciones: 1 resección de MH entre S IVa y IVb, 1 resección local de HNF, 2 resección local de hemangioma, 1 resección local de adenoma. En 7 pacientes se asoció radiofrecuencia intraoperatoria de algunas lesiones.

Resultados: No existió mortalidad intra ni postoperatoria. 4 pacientes presentaron complicaciones (3,3%) (2 casos con colección que precisó drenaje radiológico, 1 caso de fistula biliar y 1 caso de sepsis tras hepatectomía derecha por colección infectada). Con la CTL se completó la resección en 21/24 casos, mientras que con CLAM se completó la resección vía laparoscópica los 98 casos. Se transfundieron 6 pacientes (5%). Tiempo quirúrgico medio 150 min (rango, 60-360, tiempo éste último de la primera hepatectomía derecha). La estancia media fue de 3,5 días (2-30 días). La supervivencia a 1, 3 y 5 años de los tumores malignos primarios fue del 100%, 86% y 62%, mientras que la supervivencia de las MHCCR fue del 92%, 82% y 52%, respectivamente.

Conclusiones: Las resecciones hepáticas realizadas en lesiones hepáticas, en casos seleccionados, reproducen los resultados de la cirugía abierta, con una mortalidad-morbilidad similar y unos resultados de supervivencia a 5 años aceptables.

O-393. COMPLICACIONES DEL ABORDAJE EXTRAGLISONIANO DE LOS PEDÍCULOS HEPÁTICOS EN HEPATECTOMÍAS MAYORES

C. Zepa Martín, A. Muñoz Campaña, J. Torras, L. Lladó, J. Fabregat Prous, J. Busquets, L. Secanella, N. Peláez y E. Ramos Rubio

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El abordaje extraglissoniano de los pedículos portales consiste en su disección manteniendo la integridad de la fascia glissoniana que envuelve los tres elementos de la tríada portal.

Objetivos: Demostrar la seguridad de este procedimiento en hepatectomías mayores y comunicar sus principios técnicos para evitar sus complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional y análisis de nuestra experiencia en el abordaje extraglissonianiano en el periodo 1997-2010 en el cual se practicaron 481 hepatectomías mayores con abordaje extraglissonianiano. No se indicó esta técnica en los casos de tumor cercano a los pedículos derecho o izquierdo. En estos casos, se practicó disección hiliar con el objetivo de obtener margen oncológico. En la mitad del periodo estudiado, no se recomendó cuando la patología a tratar desanatomizaba el confluente portal.

Resultados: Se practicaron 481 abordajes extraglissonianios. 200 se realizaron en hepatectomía derecha, 67 en hepatectomía izquierda, 7 en hepatectomía derecha ampliada al segmento I, 20 en hepatectomía izquierda ampliada al segmento I, 48 en trisecterectomía derecha, 23 en trisecterectomía izquierda, 12 en hepatectomía medial y 104 en hepatectomía mayor con resección contralateral. Sólo cinco pacientes (1%) presentaron alguna complicación intraoperatoria relacionada con esta técnica, y todos en el periodo previo al 2007, tres de los casos en hepatectomía derecha en pacientes con metástasis hepáticas (0,6%) y dos en trisecterectomía derecha por hidatidosis (0,4%). Del 2005-2010 no hubo complicaciones. En el periodo citado se produjeron cuatro lesiones completas del confluente biliar y una lesión de la porta. Dos de las lesiones de la vía biliar se asociaron a una lesión del confluente de la vena porta, una de ellas completa (paciente con una porta en H) y una lesión parcial que evolucionó a cavernomatosis compensadora. Las lesiones completas del confluente biliar fueron solucionadas mediante hepaticoyeyunostomía en el mismo acto. El caso de la lesión completa portal se solucionó mediante resección portal y anastomosis T-T.

Conclusiones: El abordaje extraglissonianiano es un procedimiento seguro pero no exento de complicaciones. Precisa de un conocimiento preoperatorio de las posibles variantes pediculares, está contraindicado en casos en que el tumor este cerca del pedículo a seccionar y no es recomendable en casos de pedículos hepáticos dimórficos.

O-394. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON LA MANO: INDICACIONES Y RESULTADOS

R. Robles, C. Marín, A. López Conesa, V. Olivares, B. Febrero, M. Paredes y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: La cirugía laparoscópica del hígado es de reciente aplicación y sus indicaciones y vías de abordaje no están bien establecidas. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en 98 RHL realizadas mediante cirugía laparoscópica asistida con la mano (CLAM), presentando las indicaciones de la vía de abordaje, la técnica quirúrgica realizada y los resultados. En la búsqueda bibliográfica realizada es la mayor serie mundial de CLAM.

Material y métodos: Entre enero 2003-marzo 2012, hemos realizado 122 RHL en 119 pacientes, de las cuales 98 casos fueron realizados mediante CLAM. Las indicaciones de CLAM fueron: metástasis hepáticas para una estadificación correcta (n = 86), 80 de ellas de origen colorrectal (MHCCR). Tumores de grandes dimensiones por difícil manejo con CTL (n = 6). 2 tumores benignos y 4 malignos primarios. Tumores en segmentos posteriores derechos (n = 4) todos benignos. Conversión desde CTL a CLAM (n = 2). 1 para resección nódulo en SVII + RF nódulo SVIII, 1 por dificultad de manejo en hepatocarcinoma en segmento VI.

Tabla 1. (O-393)

	Extraglissonianiano (1)	Disección hiliar (2)	Desconocido (3)	Lesiones
T. hep. benignos (17)	17 (100%)	0	0	0
Primaris no HCC (25)	7 (28%)	13 (52%)	5 (20%)	0
Met no CCR no NE (19)	9 (47,3%)	1 (5,2%)	9 (47,3%)	0
Met NE (17)	13 (76,4%)	2 (11,7%)	2 (11,7%)	0
Met CCR (496)	392 (79%)	70 (14,1%)	34 (6,8%)	3
Hidatidosis (24)	13 (54,1%)	10 (41,6%)	1 (4,1%)	2
HCC (58)	30 (51,7%)	11 (18,9%)	17 (29,3%)	0
Total (656)	481 (73,3%)	107 (16,3%)	68 (10,3%)	5 (0,7%) todas 1
	Extraglissonianiano (1)	Disección hiliar (2)	Desconocido (3)	Lesiones
Hepatectomía dcha (1) 270	200 (74%)	43 (15,9%)	27 (10%)	3
Hepatectomía izq (2) 96	67 (69,7%)	18 (18,7)	11 (11,4)	
HDE (6) 14	7 (50%)	5 (35,7%)	2 (14,2)	
HII (7) 27	20 (74%)	5 (18,5%)	2 (7,4%)	
Trisecterectomía dcha (8) 71	48 (67,6%)	15 (21,1)	8 (11,2%)	2
Trisecterectomía izq (9) 37	23 (62,1%)	9 (24,3%)	5 (13,5%)	
Medial (11) 14	12 (85,7%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	
Mayor + res contralat (12) 127	104 (81,8%)	11 (8,66%)	12 (9,44%)	
Total (656)	481 (73,3%)	107 (16,3%)	68 (10,3%)	
CCR según técnica quirúrgica				
Tipo IQ	Extraglissonianiana	Disección hiliar	Missing	
1	147	30	13	
2	50	6	4	
5	0	0	0	
6	7	5	2	
7	18	3	1	
8	41	9	5	
9	23	6	2	
11	12	0	0	
12	94	11	7	
Total (496)	392	70	34	

Continúa

Tabla 1. (O-393)				Continuación
Hidatidosis				
Tipo IQ	Extraglisoniana	Disección hiliar	Missing	
1	10	4	0	
2	2	5	1	
4	0	0	0	
5	0	0	0	
6	0	0	0	
7	0	0	0	
8	1	1	0	
9	0	0	0	
11	0	0	0	
12	0	0	0	
Total (24)	13	10	1	
Tumores benignos				
Tipo IQ	Extraglisoniana	Disección hiliar	Missing	
1	11	0	0	
2	4	0	0	
3	0	0	0	
4	0	0	0	
5	0	0	0	
6	0	0	0	
7	0	0	0	
8	0	0	0	
9	0	0	0	
11	0	0	0	
12	2	0	0	
Total (17)	17	0	0	
Tumores neuroendocrinos (17)				
Tipo IQ	Extraglisoniana	Disección hiliar	Missing	
1	3	1	1	
2	1	0	0	
3	0	0	0	
4	0	0	0	
5	0	0	0	
6	0	0	0	
7	0	0	0	
8	3	1	0	
9	0	0	0	
11	0	0	0	
12	6	0	1	
Total (17)	13	2	2	
Otros MH, no CCR no NE (19)				
Tipo IQ	Extraglisoniana	Disección hiliar	Missing	
1	8	1	4	
2	0	0	1	
3	0	0	0	
4	0	0	0	
5	0	0	0	
6	0	0	0	
7	0	0	0	
8	0	0	0	
9	0	0	1	
11	0	0	1	
12	1	0	2	
13	0	0	0	
Total (19)	9	1	9	

Continúa

Tabla 1. (O-393)

Continuación

Tumores primarios no HCC (25)			
Tipo IQ	Extraglisoniana	Dissección hilar	Missing
1	2	0	0
2	2	4	1
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	2	2	1
8	0	3	1
9	0	3	0
11	0	1	0
12	1	0	2
13	0	0	0
Total (25)	7	13	5

HCC (58)			
Tipo IQ	Extraglisoniana	Dissección hilar	Missing
1	19	7	9
2	8	3	4
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	0	0	0
8	3	1	2
9	0	0	2
11	0	0	0
12	0	0	0
13	0	0	0
Total (58)	30	11	17

Resultados: Se completó la resección por CLAM en todos los casos. No existió mortalidad intra ni postoperatoria. 3 pacientes presentaron complicaciones. Se transfundieron 6 pacientes. Tiempo quirúrgico medio 168 min (rango, 60-360). La estancia media fue de 3,5 días (2-30 días). Resultados según la indicación: 1. Estadificación en MHCCR. De las 80 resecciones hepáticas, se realizaron 75 estadificaciones ya que se excluyen 3 resecciones hepáticas en hígado cirróticos y en 2 pacientes se realizó una resección hepática en 2 tiempos. Se realiza primero la exploración como en CTL, visualizando la cavidad abdominal y ecografía del hígado. Después se realiza la misma exploración añadiendo la palpación de la superficie hepática y de la cavidad abdominal. Al realizar la exploración abdominal añadiendo la palpación abdominal y hepática y la ecografía guiada por la palpación, en 8 pacientes se detectó más enfermedad que la detectada con la exploración mediante CTL (10%). Además, en uno de estos casos se detectó también un implante peritoneal. 2. Tumores de grandes dimensiones. El tamaño de los tumores benignos primarios fue de 10 y 12 cm. El tamaño de los primarios fue de 8, 8, 7 y 7 cm. No ha habido recidiva en ninguno de los 6 pacientes. 3. Tumores en segmentos posteriores derechos. El tamaño de los tumores benignos fue de 8, 6, 6 y 5 cm, todos localizados en los segmentos VII y VIII. No hubo complicaciones en ninguno de los 4 casos. 4. Conversión desde CTL. En un caso han aparecido nuevas lesiones en el hígado, sin recidiva local de tumor; y el otro caso está libre de enfermedad 5 años.

Conclusiones: Son necesarios estudios prospectivos aleatorizados para evaluar la vía de abordaje en cada una de las indicaciones de resección hepática. En las MHCCR, mientras no se disponga de más estudios, sería aconsejable realizar la estadificación del abdomen empleando la palpación. La CLAM es un buen recurso en tumores de grandes dimensiones, en segmentos posteriores derechos y como alternativa a la conversión a laparotomía.

O-395. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE CIRUGÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL

A. López Conesa, R. Robles, C. Marín, B. Febrero, V. Olivares, M. Paredes y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: No existen estudios prospectivos aleatorizados que demuestren la eficacia y seguridad de la cirugía hepática laparoscópica (CHL) en el tratamiento de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR). Es necesario poder realizar por laparoscópica la misma estadificación y la misma técnica quirúrgica (seguridad y eficacia) que con cirugía abierta (mortalidad inferior al 5% y supervivencia a 3 y 5 años, superior al 70 y 40%, respectivamente). Nuestro objetivo ha sido realizar un estudio prospectivo aleatorizado para analizar los resultados de una serie de pacientes intervenidos de MHCCR mediante cirugía laparoscópica asistida con la mano (CLAM).

Material y métodos: En un periodo de 9 años hemos intervenido 122 pacientes por CHL. En este mismo periodo hemos realizado 339 resecciones hepáticas por MHCCR, de los cuales 80 fueron realizadas mediante CLAM en 77 pacientes. Los pacientes considerados como resecables por cirugía laparoscópica fueron aleatorizados en 2 grupos: en un grupo se indica la CHL y en el otro la cirugía abierta (CA). Se excluyen las resecciones en hígado cirrótico y las resecciones hepáticas en 2 tiempos. De las 339 resecciones hepáticas, en el grupo laparoscópico se excluyeron 5 pacientes: 3 pacientes por hígado cirrótico y 2 por ser resecciones hepáticas en 2 tiempos (7 resecciones). 188 resecciones también excluidas por considerarse enfermedad localmente avanzada (número de MH, tamaño, localización central, proximidad a grandes vasos o por requerir RH mayores o de alto riesgo quirúrgico), por ser re-resecciones o por ser resecciones hepáticas en 2 tiempos, indicándose directamente cirugía abierta. Los 144 pacientes restantes fueron aleatorizados en 2 grupos: 72 resecciones

se realizaron por CHL y 72 por CA. Los pacientes con CHL fueron intervenidos por CLAM según la técnica original de nuestra Unidad, y los pacientes por CA fueron intervenidos mediante CLAM.

Resultados: Al comparar los grupos de estudio no hubo diferencias en cuanto a: edad, sexo, comorbilidad, localización del tumor primario en recto, estadificación del tumor (TNM), diferenciación del tumor primario, niveles de CEA preoperatorios, ganglios hiliares, implantes peritoneales, embolización portal preoperatoria, resecciones mayores, resecciones con control hemihepático, número de pacientes transfundidos, uso de radiofrecuencia intraoperatoria, grado de diferenciación de las metástasis, microsateletosis, invasión vascular, margen de resección, niveles de CEA postoperatorio al mes de la intervención, quimioterapia neoadyuvante y adyuvante recibida. Hubo diferencias entre ambos grupos respecto a: maniobra de Pringle (52% de los casos de CLAM frente al 19% en CA) ($p = 0,01$); tiempo quirúrgico (162 ± 78 min en grupo CLAM vs 125 ± 61 en el grupo de CA) ($p = 0,02$); morbilidad similar (11% en el grupo CLAM vs 14% en el grupo CA); y finalmente la estancia hospitalaria ($4 \pm 1,4$ días en el grupo CLAM vs $7 \pm 3,5$ días en el grupo CA). No hubo diferencias de supervivencia a 5 años entre el grupo CLAM (38%) y el grupo CA (36%).

Conclusiones: En casos seleccionados, la CLAM de MHCCR reproduce los resultados de la CA, en cuanto a seguridad (morbimortalidad) y eficacia (supervivencia a 5 años).

O-396. METASTASECTOMÍA HEPÁTICA, PULMONAR O SECUENCIAL EN CASO DE CARCINOMA COLORRECTAL. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL PRONÓSTICO?

L. Sánchez Moreno, J.C. Rodríguez-Sanjuán, M. Carbajo, R. Fernández-Santiago, S. Naranjo, F. Castillo, L. Herrera, A. López-Useros, E. García-Somacarrera y M. Gómez-Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Análisis en pacientes operados por metástasis de carcinoma colo-rectal mediante metastasectomía hepática, pulmonar o secuencial de: 1) pronóstico a largo plazo en función de la localización; 2) influencia del orden de aparición de las metástasis y realización de las metastasectomías, en caso de presentar metástasis hepáticas y pulmonares.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 241 pacientes, tratados por metástasis de carcinoma colo-rectal. Su media de edad fue de 62,8 años (DE 11,6). Se realizó metastasectomía hepática (grupo 1, $n = 144$), pulmonar (grupo 2, $n = 71$) o secuencial -en caso de metástasis hepáticas y pulmonares- (grupo 3, $n = 26$). En este grupo, el intervalo entre metastasectomías tuvo un valor medio de 22,7 meses (DE 15,3). Las técnicas realizadas fueron: en el grupo 1, 81 resecciones anatómicas hepáticas y 62 no anatómicas; en el grupo 2, 13 lobectomías pulmonares y 58 nodulectomías; en el grupo 3, 23 resecciones anatómicas hepáticas y 3 no anatómicas junto con 21 nodulectomías pulmonares, 4 lobectomías y 1 neumonectomía. La mortalidad postoperatoria fue 2% en el grupo 1 y 0 en los grupos 2 y 3. La frecuencia de carcinoma rectal en los grupos 1, 2 y 3 fue de 26,6%, 52,1% y 57,7%, respectivamente. Se registró la mortalidad específica por tumor, incluyendo la mortalidad postoperatoria. La estimación de supervivencia global se realizó mediante el método de Kaplan-Meier, con comparación de curvas mediante el método de log-rank.

Resultados: La estimación de la media de supervivencia fue de 78,4 meses (IC95% 65,9-90,9) en el grupo 1, 79,8 meses (IC95% 66,4-93,2) en el grupo 2 y 91,9 meses (IC95% 57,6-126,4) en el grupo 3. No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones por pares. En caso de metastasectomía secuencial, la estimación de la media de supervivencia fue de 103,4 meses (IC95% 65,3-141,4) en caso de realizarse en primer lugar la metastasectomía hepática y de 40,2 (IC95% 17,9-62,4) en caso de realizarse en primer lugar la pulmonar ($p = 0,04$). Asimismo, la estimación de supervivencia fue significativamente mayor en los casos en los que el intervalo entre metastasectomías fue superior a 36 meses ($p = 0,04$).

Conclusiones: Con el número de casos estudiado: 1) No se aprecian diferencias significativas en la estimación de supervivencia a largo plazo entre los pacientes a quienes se han extirpado metástasis hepáticas, pulmonares o ambas; 2) En caso de metastasectomía pulmonar y hepática, el pronóstico es mejor en los pacientes en quienes se realizó en primer lugar la metastasectomía hepática, y en quienes las metastasectomías estuvieron separadas por un intervalo superior a 36 meses.

O-031. CARACTERÍSTICAS DE 2 MODELOS RADIOLÓGICOS, MEDIANTE TC MULTICORTE, PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL VALOR DE INFILTRACIÓN DE GRASA PANCREÁTICA (FATTY PÁNCREAS) CON EL FIN DE PREVENIR LA FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA

F.J. Ruescas García, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, V. Muñoz, S. Sánchez, E.P. García Santos, J.L. Bertelli, R.V. Pablo Menéndez, M.A. Rienda, M. García Rojo y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: A pesar del descenso de mortalidad asociada a duodeno-pancreatectomía, desafortunadamente la morbilidad asociada es alta, 30-50%. La fístula pancreática es la mayor causa de morbilidad. Uno de los factores de riesgo que han sido asociados a la existencia de fístula pancreática es la infiltración grasa pancreática.

Objetivos: Conocer el beneficio de la aplicación de dos modelos radiológicos para el manejo de imágenes y cálculo de infiltración grasa visceral, tras TC multicorte previo a duodeno-pancreatectomía, con la finalidad de que pueda ser utilizado como prevención de fístula pancreática postoperatoria.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de 56 enfermos intervenidos quirúrgicamente mediante DPC entre finales de 2009 y 2011. Variables clínicas: Edad. Sexo. IMC. DM. Hipertigliceridemia. HTA. Fístula pancreática. Técnica quirúrgica. Mortalidad perioperatoria. Variables histológicas: Diámetro de Wirsung. Diferenciación mucinosa. Fibrosis perilobular (0-2). Fibrosis intralobular (0-2). Fibrosis pancreática (3-4). Grasa perilobular (0-2). Grasa intralobular (0-2). Infiltración grasa pancreática (3-4). Variables radiológicas: En estación de trabajo tras TC multicorte según protocolo habitual se establecieron dos modelos identificación pancreática: a) Identificación de atenuación grasa, UH (Unidades Hounsfield) en cabeza, cuerpo, cuello, cola y proceso uncinado pancreático. Establecimiento de media de valor para cada caso. Identificación de infiltración grasa, UH, en tres partes del bazo. Media de valor para cada caso. Si la diferencia de valores (UH) es -5 o menor se considera infiltración grasa pancreática. b) Tras establecimiento de atenuación grasa entre -190 y -30 UH, a nivel umbilical, se calcularon tejido graso visceral, TGV, tejido graso subcutáneo, TGS, y tejido graso total, TGT.

Resultados y conclusiones: a) En el primer método los valores de UH iguales o menores de -5, se relacionaron con las variables clínicas edad y DM ($p = 0,02$ y $p = 0,04$). b) En el segundo modelo, la cuantificación de UH a nivel umbilical se relacionó con la existencia de infiltración grasa pancreática, "fatty pancreas", $p = 0,04$, relacionado en la Literatura con la existencia de fístula pancreática. Los valores de tejido graso visceral, TGV, se relacionaron con la existencia de grasa perilobular, $p = 0,05$. Valores de TGV, por encima de 163 cc, identificaron la existencia de fibrosis perilobular, $p = 0,02$, y fibrosis pancreática, $p = 0,04$. Valores de tejido graso total, TGT, por encima de 440 cc, se relacionaron con los estadíos de fístula pancreática según ISPGF.

O-032. VALIDACIÓN CLÍNICA DE LA CLASIFICACIÓN ISGPF Y FACTORES DE RIESGO DE FÍSTULA PANCREÁTICA EN 100 PACIENTES SOMETIDOS A DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

E. Colmenarejo García, E. Martín Pérez, J.L. Martín Álvarez, J. Gómez Ramírez, A. Rodríguez Sánchez, M. Posada González, G. Fernández Díaz, S. Salido Fernández, M.D.M. Naranjo Lozano, M. Di Martino y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: La fístula pancreática (FP) es la causa principal de morbimortalidad tras duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC) y se han sugerido diversos factores implicados en su aparición. Su incidencia en la literatura ha variado mucho debido a una falta de consenso en su definición. En 2005, un grupo internacional de cirujanos publicaron los criterios de clasificación de la FP (ISGPF) basado en parámetros clínicos. El objetivo de este trabajo es validar la clasificación ISGPF y determinar los factores predictivos de FP tras DPC en un grupo de pacientes sometidos a esta intervención.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 100 pacientes sometidos a DPC por tumor periampular entre junio 1999 y abril 2012 en el Hospital

de La Princesa de Madrid. Se consideró FP a la salida de líquido por drenajes con contenido rico en amilasa 3 veces superior al valor normal de la amilasa sérica a partir del día 3 postoperatorio. Se dividieron a los pacientes en 4 grupos: no fistula; fistula bioquímica sin repercusión clínica (grado A); FP que requiere algún tipo de intervención (grado B), y fistula con graves secuelas clínicas (grado C). Se analizaron los siguientes factores de riesgo de FP: ASA, ictericia, diabetes, localización del tumor, textura pancreática, diámetro del conducto pancreático (fino, < 3 mm, dilatado > 3 mm), tipo de anastomosis, leucocitos, hemoglobina, bilirrubina preoperatoria, tiempo quirúrgico, pérdida de sangre intraoperatoria. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.0.

Resultados: De los 100 pacientes (57 hombres, 43 mujeres, edad media: 64,45 ± 11,2 años), 59 se localizaron en cabeza, 25 en ampolla, 9 en vía biliar y 7 en duodeno. Tipo de tumor: adenocarcinoma: 80; tumor quístico: 7; neuroendocrino: 4; GIST: 1; otros: 8. Tipo de anastomosis: pancreatocoyeyunostomía término-lateral: 77; término-terminal invaginada: 23. Existió FP en 31: grado A 13; grado B 7 y grado C 11. No existieron diferencias entre los pacientes sin fistula y FP grado A en los parámetros clínicos de evolución incluyendo la estancia hospitalaria (15 versus 19, respectivamente, $p = 0,484$). Sin embargo, si existieron diferencias en la estancia cuando comparamos los grupos de FP grados B/C y no fistula/grado A (35,5 y 17, respectivamente, $p < 0,01$), en la frecuencia de reoperación ($p < 0,001$) y otras complicaciones ($p = 0,002$). Respecto a los factores asociados con FP, la textura pancreática blanda ($p = 0,004$; odds ratio (OR): 5,94; IC95%: 1,57-22,40), conducto pancreático normal ($p = 0,003$; OR: 5,42; IC95%: 1,63-17,98) y bilirrubina previa a la cirugía elevada ($p = 0,01$; OR: 3,79; IC95%: 1,31-10,96) se asociaron a una mayor frecuencia de FP en los pacientes con FP grados B/C.

Conclusiones: La FP grado A no tiene repercusiones clínicas significativas y su evolución es semejante a los pacientes sin fistula. Por el contrario, los pacientes con FP grados B/C tienen más complicaciones y mayor estancia hospitalaria. La textura pancreática blanda, un conducto pancreático no dilatado y bilirrubina preoperatoria elevada fueron factores predictivos de FP grado B y C. Estos factores deben tenerse en cuenta para predecir el riesgo de FP y establecer el tratamiento adecuado.

O-033. FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS ANASTOMOSIS TERMINOLATERAL DUCTOMUCOSA TUTORIZADA COMO TÉCNICA RECONSTRUCTIVA DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

M.E. Gómez García, P.M. Poves Gil, A. Alberola Soler, R. García Espinosa, F. Carbonell Castelló, E. Castillo García, C. Redondo Cano, J. del Pino Porres y B. Ballester Sapiña

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) representa la intervención de elección en adenocarcinoma de cabeza pancreática pero también es la cirugía indicada en el manejo de otras patologías benignas/malignas de la región periampular. Descrita por Whipple en 1935, la DPC continúa siendo un procedimiento considerado de alta dificultad técnica con considerable morbi-mortalidad dada la complejidad anatómica de la región y las características y friabilidad de la glándula. Así, la incidencia de fistula pancreática, que representa una de las más importantes causas de morbilidad postoperatoria, oscila entre 6-25%. Entre las técnicas reconstructivas del remanente pancreático se incluyen la anastomosis pancreatocoyeyunal (APY) término-terminal con invaginación, APY término-lateral con o sin invaginación o APY término-lateral tutorizada. Debido a las implicaciones postoperatorias de las fistulas pancreáticas, como el retraso del vaciamiento gástrico, abscesos intraabdominales, infecciones de herida, reintervenciones y aumento de la estancia hospitalaria y la tasa de mortalidad, hemos analizado nuestras tasas de fistula y su repercusión con la técnica anastomótica tutorizada (Blumgart y Brennan).

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los casos con indicación de DPC por patología periampular entre los años 2005 y 2012 en el Hospital de la Ribera (Alzira). Se documentó la técnica de anastomosis pancreática y montaje global del tracto gastrointestinal así como la incidencia, manejo y consecuencias tanto de fistulas biliares como pancreáticas con el objetivo de identificar diferencias en relación al grupo mayoritario con APY término-lateral tutorizada respecto al resto y comparativamente con los datos disponibles en la literatura.

Resultados: Este análisis preliminar de nuestra experiencia, incluye 70 intervenciones de Whipple programadas, 5 por pancreatitis (2 autoinmu-

nes), 2 por TPMT, 4 por tumores neuroendocrinos, 1 por cistoadenoma quístico, 1 por pseudoquistes, 1 por tumor del estroma gastrointestinal (GIST) en duodeno, 2 por adenomas con displasia y 54 por adenocarcinomas (9 localizados en ampolla de Vater, 2 duodenales, 2 colangiocarcinomas y 42 adenocarcinomas de cabeza pancreática). De los 70, en 4 se requirió, finalmente, practicar pancreatocoyeyunostomía total (3 con esplenectomía asociada). De los restantes 66, en 61 (92,42%) la técnica de anastomosis fue pancreatocoyeyunostomía término-lateral tutorizada. La tasa global de fistula pancreática fue del 3,03%; 1,64% si tenemos en cuenta exclusivamente el grupo de estudio (tipo Blumgart). Analizando globalmente todas las dehiscencias de anastomosis, biliares y pancreáticas, la incidencia de esta complicación fue del 22,86% (16 casos) aunque sólo 1/16 (6,25%) precisó reintervención. La edad media de los pacientes fue de 62,35 años (rango: 42-81). La duración media de la cirugía fue de 254,56 minutos (195-360) incluyendo un tiempo hemostático medio de 22 minutos previo a la reconstrucción. La estancia hospitalaria media fue 20,19 días.

Conclusiones: La incidencia de fistula pancreática en nuestra serie con la anastomosis pancreatocoyeyunal término-lateral tutorizada es significativamente menor con respecto al grupo en que se practicó una opción alternativa y comparada con algunas de las tasas recogidas en la literatura. Aunque, sería necesario un estudio de mayor envergadura, y, a pesar de que estos datos sólo representan el análisis preliminar de los últimos 6 años de nuestra experiencia, estimamos que los resultados son suficientemente significativos para avalar la seguridad, e incluso, superioridad de esta técnica anastomótica.

O-034. INFLUENCIA DE LA ANASTOMOSIS DUODENOEYUNAL ANTECÓLICA FRENTE A TRANSMESOCÓLICA EN EL RETRASO DEL VACIAMIENTO GÁSTRICO POST-DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN PÍLORICA

M. Beisani¹, C. Dopazo¹, L. Blanco¹, M. Caralt¹, G. Sapisochín¹, F. Landi¹, E. Fernández de Sevilla¹, J. Naval¹, J.J. Olsina¹, J. Balsells¹ y R. Charco¹

¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El retraso del vaciamiento gástrico (RVG) es una de las complicaciones más frecuentes tras una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica (DPCPP). La anastomosis duodenoyeyunal antecólica (AA) parece contribuir según diferentes estudios a una disminución del RVG.

Objetivos: Comparar la incidencia de RVG post-DPCPP entre aquellos pacientes con anastomosis duodenoyeyunal antecólica (AA) versus transmésocólica (AT) y analizar los factores de riesgo relacionados con la aparición de RVG.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en nuestro centro, que incluye las DPCPP realizadas entre 2004-2010 y compara las 40 últimas AT (2004-2006) con las primeras 40 AA (2006-2010). En 2006 además de modificarse la técnica de reconstrucción duodenoyeyunal también se introdujo la anastomosis pancreática término-lateral (T-L) en lugar de la término-terminal (T-T) y se abandonó el uso de gastrostomía y somatostatina profiláctica. El RVG se definió según los criterios de la International Study Group of Pancreatic Surgery. Se recogieron variables relacionadas con el paciente, la cirugía, la histología y la morbi-mortalidad postoperatoria hasta los primeros 30 días o alta hospitalaria. Se realizó análisis univariante y multivariante para análisis de los factores de riesgo de RVG.

Resultados: Ambos grupos resultaron homogéneos con respecto a la edad, antecedentes, riesgo quirúrgico, drenaje de la vía biliar preoperatoria e indicación quirúrgica. Con respecto a las variables perioperatorias, el grupo de AT presentó diferencias estadísticamente significativas con respecto al grupo AA en el tipo de anastomosis pancreática realizada (87% vs 12%, $p < 0,001$), el uso de gastrostomía (97% vs 30%, $p < 0,001$) y de somatostatina profiláctica (87% vs 37%, $p < 0,001$). La morbilidad postoperatoria fue del 75% en el grupo AT vs 47% en el grupo AA ($p = 0,012$). La incidencia del RVG fue del 35% en el grupo AT vs 20% en el grupo AA ($p = 0,133$). La mortalidad postoperatoria fue de 3 (7%) pacientes en el grupo AT y 1 (2,5%) paciente en el grupo AA. En el estudio univariante el RVG se relacionó con la anastomosis pancreatocoyeyunal T-T ($p = 0,045$), la presencia de gastrostomía ($p = 0,038$), el uso de somatostatina profiláctica ($p = 0,027$),

la aparición de colección intrabdominal ($p = 0,009$) y el diagnóstico anatomopatológico de cáncer ($p = 0,05$). En el estudio multivariante los principales factores de riesgo relacionados con la aparición del RVG fueron la colección intraabdominal (OR 4; $p = 0,012$) y el diagnóstico anatomopatológico de cáncer (OR 3,55; $p = 0,05$). Cuando se excluye del análisis los pacientes que han presentado complicaciones intrabdominales ($n = 46$), resulta la anastomosis AA como factor protector del RVG (OR 0,22, $p = 0,048$).

Conclusiones: Los principales factores de riesgo relacionados con el RVG son la aparición post-operatoria de colecciones intrabdominales y la indicación por neoplasia. Sin embargo, en ausencia de complicaciones post-operatorias el tipo de anastomosis gastroyeyunal sí parece influir en la disminución del RVG a favor de la AA.

O-035. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA (DPC) CON RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE PANCREATICOGASTROSTOMÍA EN 96 PACIENTES

P. Sánchez Acedo, C. Zazpe Ripa, A. Tarifa Castilla, I. Aramendía García, J. Herrera Cabezón y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Nuestra estrategia quirúrgica para el tratamiento de los tumores periampulares consiste en la DPC, por vía posterior con abordaje inicial de la AMS, linfadenectomía extendida y reconstrucción mediante pancreaticogastrostomía. Los cuidados postoperatorios están estandarizados por una vía clínica.

Material y métodos: Analizamos de forma prospectiva la morbilidad operatoria siguiendo los criterios de la clasificación de Clavien para las complicaciones postoperatorias y los criterios del ISGPF para el retraso del vaciamiento gástrico y para la fístula pancreática. En los últimos 4 años, hemos realizado 105 DPC. En el 92% (96 casos) se pudo reconstruir mediante una pancreaticogastrostomía. En el 13,9% (17) de los casos intervenidos con intención de resección, esta no fue posible. Han presentado algún tipo de complicación el 52% (50 casos), menos de 1/3 se consideraron graves (Clavien III, IV o V), suponen un 15,6% del total de las PG. La gran mayoría (35 casos, 70% de las complicaciones, 36,4% de las PG) presentaron complicaciones menores (Clavien I o II), principalmente retrasos del vaciamiento gástrico (DGE) y fístulas biliares o pancreáticas resueltas con manejo conservador. La estancia media para los pacientes no complicados es de 9 días, aumentando a 22 días en los pacientes que presentaron alguna complicación. Tras el alta, 14 pacientes reingresaron (13,4%), 5 de ellos no precisaron tratamiento.

Resultados: El 17,7% de las DPC presentaron una fístula pancreática con repercusión clínica, 2/3 se corresponden con fístulas pancreáticas sobre-infectadas (Clavien I o II) y el 1/3 restante presentaron fístulas que requirieron tratamiento específico (Clavien III o superior). El 78% de las fístulas apareció sobre páncreas de consistencia blanda. Se han reintervenido 5 pacientes (5,2%), 2 por hemoperitoneo, 1 por fuga de la PG, 1 por fístula biliar y 1 por HDA. Han fallecido 4 pacientes durante el postoperatorio, supone una mortalidad del 4,1%. Se aprecia una evolución en el número y gravedad de las complicaciones que han disminuido gracias a la aplicación de la vía clínica y la sistematización de la técnica. Si comparamos la primera mitad de la serie con la segunda, observamos una disminución de la estancia media en 1 día, y una disminución del porcentaje de fístulas de más del 50%.

Conclusiones: En nuestra serie, la pancreaticogastrostomía ofrece unas tasas de morbi-mortalidad similar a los estándares publicados. Presentamos una baja incidencia de fístulas pancreáticas graves (6%) con esta

estrategia de tratamiento y el 78% de ellas aparece sobre páncreas blando. El uso de una vía clínica protocolizada en el postoperatorio ha reducido la estancia media y la gravedad de las complicaciones respecto a nuestra serie histórica. La sistematización de la técnica ha permitido la disminución del porcentaje de fístulas pancreáticas a la mitad en los últimos 50 casos.

O-036. CURVA DE PCR POSTOPERATORIA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. ¿ÚTIL COMO FACTOR PRONÓSTICO DE FÍSTULA PANCREÁTICA?

M.A. Martínez-Serrano, C. Manzanera Ferrer y M.A. Amador Marchante

Hospital de Torreveja, Torreveja.

Introducción: La morbilidad tras la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) sigue siendo elevada -entre un 30% y un 60%- . La más temida de las complicaciones es, sin duda, la fístula pancreática (FP) ya que en ocasiones se sigue de otras más graves como hemorragia intrabdominal, shock séptico e incluso fallecimiento. La optimización de resultados para disminuir la morbilidad tras DPC pasa por analizar los factores pronósticos asociados a morbi-mortalidad post-DPC; así, múltiples estudios llevados a cabo los últimos años nos acercan a vislumbrar cuáles son algunos de estos factores con el fin de adelantarnos a las complicaciones. Presentamos el análisis de la serie de todos los casos intervenidos por neoplasia de páncreas en el último año en nuestro centro, poniendo especial atención a los factores pronósticos asociados a FP, en particular, a la curva de PCR postoperatoria.

Material y métodos: Han sido incluidos de forma prospectiva todos los pacientes intervenidos por neoplasia de páncreas a los que se ha realizado DPC en nuestro centro, durante el año 2011. Se han recogido y analizado las variables relacionadas con datos preoperatorios (variables demográficas, parámetros analíticos, necesidad de drenaje biliar preoperatorio, etc.); intraoperatorios (tiempo quirúrgico, textura y diámetro del ducto pancreático, ganglios resecaados y porcentaje de afectos, etc.); y del curso postoperatorio (tiempo de ingreso, parámetros de respuesta inflamatoria incluido PCR en los días postoperatorios 1, 3 y 5; complicaciones según clasificación de Clavien, mortalidad...).

Resultados: Durante el año 2011 han sido intervenidos 24 pacientes, por neoplasias malignas pancreáticas de distinta estirpe; 16 varones y 8 mujeres, con una edad media de la población de $66,3 \pm 12$ años (37-82 años). Se han realizado: 20 DPC con preservación pilórica y linfadenectomía radical estándar, 3 ampliaciones a pancreatectomía total por infiltración de márgenes intraoperatoriamente y una pancreatectomía distal laparoscópica. En 9 de ellas (37,5%) fue necesario asociar resección venosa por infiltración. Se han detectado complicaciones en 17 de los pacientes (70,8%), siendo leves (Clavien I o 2) la mayoría de ellas y graves (Clavien 3 o 4) en el 17,7% del total de pacientes. Un paciente precisó reintervención por hemoperitoneo y otro por evisceración secundaria a absceso intrabdominal. La mortalidad postoperatoria fue de un paciente (4,16%). El tiempo medio de ingreso fue de $10,92 \pm 5,05$ días (4-23 días). En cuanto a complicaciones específicas de este tipo de cirugía: se han presentado 4 fístulas pancreáticas (19,4%, excluidos a los pacientes con pancreatectomía total), dos biliares (8,3%) y ninguna entérica. El retraso del vaciamiento gástrico se objetivó en 3 pacientes (12,5%). Analizando los pacientes con FP, evidenciamos que la media de PCR al 5º día postoperatorio se mantiene en ascenso, mientras que en el resto de pacientes, incluso los que posteriormente presentarían alguna otra complicación, la PCR desciende a partir del tercer día. Esta asociación es estadísticamente significativa ($p < 0,028$).

Tabla 1. (O-035)

Clavien	I	II	III	IV	V	total
DGE	1	20				
Fístula pancreática	1	8	1 pig tail	4	1 hemoperitoneo	
Otros	F biliar	Neumonía F biliar HDA Hemoperitoneo 2	1 HDA	5 HDA 1 fuga gástrica 1 sepsis previa	1 sepsis cándida 1 aspiración 1 HDA	
	2	33	2	9	4	50

Conclusiones: El aumento de la PCR hasta el tercer día postoperatorio se asocia a complicaciones tras DPC que, en general, son inespecíficas. No obstante, cuando nos hallamos ante FP, el valor de PCR continúa, al 5º día, en rango igual o superior, lo que lo hace específico para este tipo de complicación.

O-037. INCIDENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS DPC Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE PANCREATICOGASTROSTOMÍA. VALOR PRONÓSTICO DE LA DETERMINACIÓN DE LA AMILASA EN LOS DRENAJES

C. Zazpe Ripa, A. Tarifa Castilla, I. Aramendía García, P. Sánchez Acedo, J. Herrera Cabezón y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El consenso de la ISGPF define la fístula pancreática como la existencia a partir del 3º día postoperatorio de cualquier cantidad medible de líquido de drenaje abdominal con una determinación de amilasa superior a 3 veces el valor normal sérico (400). Revisiones recientes sugieren que las fístulas grado A no deben considerarse como complicaciones por no tener trascendencia clínica.

Material y métodos: El estudio incluye prospectivamente los 96 casos (92% de total de DPC en 4 años) en los que se pudo reconstruir con pancreatocogastrostomía. Se pretende describir la morbilidad operatoria según la clasificación de Clavien y los criterios diagnósticos del ISGPF para la fístula pancreática; y analizar si la determinación sistemática de la amilasa en los drenajes tiene valor predictivo para la aparición de una fístula pancreática con trascendencia clínica. Para el análisis multivariado se empleó el análisis de segmentación CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection).

Resultados: Han presentado una fístula pancreática clínica el 17,7% (17 casos). El 58,9% se clasifican como no graves (clavien I o II) y se corresponden con fístulas tratadas de forma conservadora. Se consideraron graves el 41,1% de las fístulas (6,25% del total de DPC); 1 enfermo precisó un drenaje percutáneo (clavien III); 5 se clasificaron como Clavien IV; 2 enfermos precisaron ser reoperados por sepsis encontrándose un fallo de sutura, otro presentó una HDA masiva desarrollando posteriormente una fístula biliopancreática, 1 por hemoperitoneo y otro presentó una fístula (grado A) y se clasificó como Clavien IV por una sepsis biliar. 1 enfermo falleció por una hemorragia por rotura de un pseudoaneurisma de la arteria gastroduodenal. Se distribuyeron como se muestra en la tabla. Sin embargo, en el 42% de las DPC (40), la determinación de amilasa al 3º día fue superior a 400. El 65% de éstos no presentaron complicaciones atribuibles a la anastomosis pancreática. Todos los casos en los que la amilasa al 3º día fue menor de 800 no desarrollaron una fístula pancreática clínica salvo que otra circunstancia intercurrente la provocara (3 casos). Se identifican 2 puntos de corte en la determinación de amilasa en drenajes: cuando es menor de 428, la probabilidad de desarrollar una fístula clínica es cero; es del 15,8% entre 428 y 1.432 y del 60% por encima 1.432; pronosticándose correctamente el 89,1% de los casos. La asociación de amilasa superior a 1.432 al tercer día y páncreas blando concentra el 78% de las fístulas clínicas. Si se consideran ambos, se pronostican correctamente el 94,6% de los casos.

Conclusiones: Entendemos como demasiado exigente la definición de FP en los términos actuales. Una determinación normal de amilasa en drenajes al 3º día excluye en nuestra experiencia la aparición de complicaciones atribuibles a la anastomosis pancreática. La asociación de amilasa en drenajes al tercer día superior a 1.432 y páncreas blando selecciona en nuestra experiencia los candidatos a presentar una fístula con trascendencia clínica.

Tabla 1. (O-037)

	I	II	III	IV	V	Total
A	1			1		3
B		9				8
C			1	4	1	6
	1	9	1	5	1	17

O-038. HEMORRAGIA POSTOPERATORIA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y FACTORES DE RIESGO DE PRESENTACIÓN

A. Muñoz Campaña, J. Busquets, N. Peláez, L. Secanella, J. Domínguez, E. Escalante, E. Ramos, J. Torras, A. Rafecas, L. Lladó y J. Fabregat

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es el tratamiento de elección de la neoplasia de cabeza de páncreas y otros tumores periampulares. A pesar de los avances, la morbilidad postoperatoria es elevada, siendo la hemorragia postoperatoria (hemoperitoneo o hemorragia digestiva) una de las complicaciones más temidas.

Objetivos: Analizar la incidencia de la hemorragia postoperatoria (HP) tras DPC, y definir las variables que influyen en la aparición de dicha complicación.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a DPC entre 1990 y 2011, analizando variables clínicas perioperatorias, y su correlación con la aparición de HP. Inicialmente se realizó un estudio descriptivo del global de la serie. A continuación, se realizó un estudio bivariante para correlacionar las diferentes variables con la presencia de HP. Finalmente, se realizó un estudio de regresión univariante y multivariante para analizar los factores de riesgo de HP.

Resultados: Durante el período de estudio, se intervinieron 630 pacientes, practicando DPC con antrectomía en 308 (49%), DPC con preservación pilórica en 267 (42%), DPC con linfadenectomía extendida en 27 (4%), y pancreatocetomía total en 28 (5%). La morbilidad posquirúrgica fue del 54%, con una mortalidad del 8%. Se reintervinieron un total de 97 pacientes (15%). En 76 (12%) pacientes se identificó algún tipo de HP. La presentación fue en forma de hemoperitoneo en 43, hemorragia digestiva alta (HDA) en 20, y combinación de ambas en 13. En cuanto a la causa del hemoperitoneo, se identificó una lesión vascular en 23, hemorragia del lecho de resección en 26, y en 7 no se halló la causa. La HP obligó a reintervenir al paciente en el 70% de los casos tras hemoperitoneo, y en un 36% tras HDA. La mortalidad postoperatoria de los pacientes con HP fue del 30%. El análisis bivariante con la serie global, reveló que se presentaban HP con más frecuencia tras intervenciones de más de 360 minutos ($p = 0,01$), páncreas de consistencia blanda ($p = 0,03$), y en presencia de complicaciones postoperatorias como fístula pancreática ($p < 0,001$), vaciado gástrico lento ($p = 0,01$) o fístula biliar ($p = 0,007$). La resección vascular, el diámetro del ducto pancreático, o el tipo de sutura pancreática utilizada no se asoció estadísticamente a mayor incidencia de HP. Al analizar los factores de riesgo de HP, evidenciamos que la cirugía superior a 360 minutos ($RR = 1,8$ (1,1-3) ($p = 0,01$)), la consistencia blanda del páncreas ($RR = 1,8$ (1-3,2) ($p = 0,03$)), la anastomosis no ducto-mucosa ($RR = 1,7$ (1-2,8) ($p = 0,04$)), y la fístula pancreática postoperatoria ($RR = 4,5$ (2,7-7,6) ($p < 0,001$)) eran variables significativas en el estudio univariante. Siendo el tiempo quirúrgico superior a 360 minutos ($RR = 2,6$ (1,4-4,8) ($p = 0,001$)), y la fístula pancreática ($RR = 6,3$ (3,5-11,4) ($p < 0,01$)) factores de riesgo en el estudio multivariante.

Conclusiones: La hemorragia postoperatoria tras duodenopancreatectomía cefálica puede ser extremadamente grave y debe diagnosticarse cuanto antes, puesto que se acompaña de una elevada mortalidad. La consistencia del páncreas, el tipo de sutura pancreático-yeyunal y la fístula pancreática comportan una mayor tasa de hemorragia postoperatoria. La fístula pancreática en el postoperatorio se asocia además a un mayor riesgo de hemorragia postoperatoria.

O-039. MODIFICACIONES EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA MEJORAN LA MORBIMORTALIDAD DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

A. Soto Sánchez, P.E. González de Chaves Rodríguez, P. Sanz Pereda, M.A. Barrera Gómez, E. Caballero Rodríguez, J. Padilla Quintana y C. Chocarro Huesa

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) se acepta a día de hoy, como de elección en lesiones tanto malignas como benignas, asentadas en la cabeza pancreática y región periampular. La mortalidad de esta cirugía ha descendido en estos últimos años a $< 5\%$, pero asocia una morbilidad del 30-50%, relacionada generalmente con la técnica qui-

rúrgica. La mortalidad de esta cirugía depende de sus complicaciones, sobre todo de la fistula pancreática. El desarrollo de la técnica quirúrgica será probablemente el factor más importante en la disminución de la incidencia de esta complicación.

Objetivos: En este estudio demostramos que una modificación en la anastomosis pancreato-yeyunal, la protege y en consecuencia disminuye el desarrollo de fistula postoperatoria. La técnica la denominamos abrasión de la serosa y consiste en provocar mecánicamente una reacción inflamatoria sobre la serosa del yeyuno que se anastomosa al páncreas, esto es, una abrasión manual longitudinal de la serosa yeyunal. La activación de factores pro-inflamatorios por la agresión provocada en la serosa, muy cercana a la anastomosis, protege esta sutura, siempre condicionada por la calidad individual del tejido y, por la acción corrosiva del líquido pancreático.

Material y métodos: Se realizó un estudio ambispectivo, con pacientes intervenidos en nuestro Centro, en la Unidad Hepatobiliopancreática, entre los años 2000-2012, con un total de 153 pacientes, a los que se les realizó una duodenopancreatectomía cefálica. Se tomaron 2 grupos de pacientes, uno donde se incluyeron los intervenidos antes del 2006 (sin abrasión serosa o SAS) n = 71, y un segundo grupo formado por aquellos pacientes que se operaron a partir del 2006 (con abrasión serosa o CAS) n = 82. Los dos grupos son homogéneos, y todos los pacientes fueron operados por el mismo equipo de cirujanos y anestelistas dentro de la Unidad. Se estudiaron retrospectivamente los pacientes del grupo SAS, y se compararon con el grupo CAS, a los que se aplicó la modificación técnica con carácter prospectivo. Se comparó el desarrollo de fistula y demás complicaciones en ambos grupos. Para definir el concepto de fistula se utilizó la definición de la ISGPF (Grupo Internacional de Estudio de la Fistula Pancreática). Los resultados de las complicaciones se definieron según la Clasificación de Clavien.

Resultados: Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica a un total de 153 pacientes, (SAS) n = 71, (CAS) n = 82. Un total de 98 varones y 55 mujeres, con una edad media de 60,5 años. En el grupo SAS existió un total de 32,3% de casos de fistula pancreática (Clavien 3a: 11,26%, 4: 22,5% y 5: 15,49%). En el grupo CAS el porcentaje de fistula fue de 24,39% (Clavien 3a: 8,5%, 4: 7,3% y 5: 6,09%).

Conclusiones: Se han descrito distintas modificaciones en la anastomosis pancreato-entérica a lo largo de la historia, pero escasean las publicaciones avaladas por estudios aleatorizados, que aporten resultados definitivos. En nuestro estudio demostramos que la modificación de la técnica quirúrgica reduce la aparición de la fistula pancreática y por tanto, la morbilidad asociada a este procedimiento quirúrgico.

O-262. CIRUGÍA EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE: EXPERIENCIA EN 37 CASOS

C. Zamora Amorós, J. Camacho Lozano, A. Illán Riquelme, C.M. Calado Leal y M. Diego Estévez

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Objetivos: La pancreatitis aguda grave (PAG), a pesar de que se conoce mucho mejor su fisiopatología e historia natural y su tratamiento ha cambiado de forma significativa en los últimos años, constituye aún en la actualidad un reto terapéutico todavía sin resolver. Representa el 10-20% de las pancreatitis agudas y puede tener un curso clínico grave y potencialmente mortal, ya sea por progresión de la lesión pancreática (necrosis), por un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) que puede conducir a fallo multiorgánico (FMO) y por complicaciones locales como la necrosis pancreática infectada. Se asocia a una morbilidad elevada y la estrategia terapéutica sigue planteando grandes dificultades sobre todo para identificar los pacientes que requieren intervención, el momento adecuado para la cirugía y la elección de la técnica quirúrgica. El objetivo de esta comunicación es presentar nuestra experiencia con el tratamiento quirúrgico en 37 pacientes con PAG.

Material y métodos: Durante el período 2001-2011 se han intervenido 37 pacientes por PAG. Representan el 5% de todas las PA ingresadas en nuestro hospital en ese tiempo y el 41% de todas las PAG tratadas. Etiología: biliar: 51%. Alcohol: 19%. Otras causas (hiperlipidemia, CPRE.): 11%. No filiada: 19%. Diagnóstico: se hizo por la clínica, analítica (PCR, criterios de Ranson, APACHE-II) y TAC con contraste. Todos los pacientes con criterios de PAG se trataron en la UCI. Indicación de cirugía: 1) Mala evolución clínica a pesar de tratamiento intensivo (fallo persistente de órgano, sepsis aún sin infección demostrada de necrosis): 48%. 2) Necrosis pancreática y/o peripancreática infectada demostrada por PAAF guiada por Eco/TAC:

40%. 3) Cirugía por abdomen agudo (sospecha perforación visceral, obstrucción duodeno yeyunal): 11%. Promedio tiempo entre diagnóstico de PAG e intervención: 20 días. Hallazgos A. patológicos: necrosis pancreática: 32%. Necrosis pancreática y peripancreática: 48%. Absceso pancreático: 30%. Lesiones de otros órganos (colon, i. delgado): 8%. Técnica quirúrgica: laparotomía en 97% casos. Un solo caso con abordaje laparoscópico con reconversión. Necrosectomía y lavado de espacio retroperitoneal: 83%. Drenaje de absceso pancreático: 27%. Colectomía: 60%. Resección de otros órganos: colectomía, resección intestinal): 11%. Técnica de cierre: 1) Cierre primario (CP) y lavados a alto débito: 15/37 (40%). 2) Laparostomía (LP) con revisiones programadas (cremallera, bolsa de Bogotá, sistema VAC abdominal): 22/37 (60%).

Resultados: Morbilidad global: 51%. Reintervenciones tras cierre primario: 33%. Promedio nº revisiones laparostomía: 7. Mortalidad global: 35% (sin diferencia significativa entre CP y LP). Cierre de pared tras LP: 54%. Estancia hospitalaria: 1) Media: 62 días (3-210). 2) Con CP: 44 días. 3) Con laparostomía: 95 días. Morbilidad tardía: 46% (fistula pancreática, eventración, estenosis colon.).

Conclusiones: El tratamiento de la PAG ha evolucionado de forma considerable en los últimos años con una tendencia a ser más restrictivos en la indicación, en el momento y en el tipo de cirugía. Se requiere un riguroso protocolo de diagnóstico de la PAG (clínica, laboratorio, imagen) para iniciar las medidas de soporte intensivo y monitorización para tratar en la fase inicial el SRIS y evitar el FMO. Es necesario también intentar un diagnóstico precoz de la necrosis pancreática infectada mediante técnicas combinadas de imagen y laboratorio (PAAF) en los casos con datos de sepsis. Si se confirma se precisa cirugía efectuando un desbridamiento de la necrosis o absceso y lavado exhaustivo, seguido de un CP o LP. En nuestra experiencia la LP, aunque no hay diferencia significativa en cuanto a mortalidad respecto al CP, sí que se acompaña de mayor estancia hospitalaria, mayor morbilidad relacionada con lesiones de otros órganos, así como también morbilidad tardía fundamentalmente de la pared abdominal(eventraciones).

O-263. EL DESBRIDAMIENTO POR RETROPERITONEOSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS COLECCIONES PANCREÁTICAS: UN PROCEDIMIENTO ESCALONADO FIABLE

M.A. García Ureña¹, D. Melero Montes¹, J. López Monclús¹, C. Castellón Pavón², E. Calvo Durán¹, F. Gordo Vidal¹, L. García del Salto¹, F. Aguilera del Hoyo¹, A. Robin Valle de Lersundi¹, A. Cruz Cidoncha¹ y P. López Quindós¹

¹Hospital del Henares, Coslada. ²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Objetivos: Hasta el momento se han implementado varios accesos mínimamente invasivos para el tratamiento escalonado de la necrosis pancreática tras pancreatitis aguda necrotizante. A pesar de los indudables beneficios de este tipo de abordaje, la retroperitoneoscopia no está exenta de complicaciones graves. Presentamos nuestra experiencia con una serie de enfermos consecutivos con colecciones pancreáticas tratadas mediante abordaje debridamiento retroperitoneal vídeo-asistido (VARD).

Material y métodos: Siete enfermos fueron tratados (tabla): 5 pacientes tras pancreatitis aguda necrotizante, 1 reagudización en el seno de pancreatitis crónica y un paciente con perforación retroperitoneal tras esfínterotomía endoscópica. La edad media de los pacientes fue de 44 años (31-63). La indicación del empleo de VARD fue: desarrollo de sepsis y deterioro clínico persistente, cultivos positivos de la necrosis y el desarrollo de un síndrome compartimental en el seno de la pancreatitis aguda. Un paciente se intervino previamente por síndrome compartimental mediante laparostomía, otro paciente de una laparotomía por perforación tras esfínterotomía endoscópica y otro se le realizó un drenaje percutáneo dirigido previo al VARD. La técnica quirúrgica se realiza en decúbito lateral modificado 30°. Mediante una incisión de 5 cm se accede al retroperitoneo con disección roma tras realizar incisión separando musculatura. Se utilizan 1 trocar de 10 mm y otro de 10 o de 5 para usar una pinza o sistema de irrigación-aspiración. La necrosectomía y lavado se hacen bajo visión directa. Finalmente se deja un sistema de lavado con drenaje tipo Jackson-Pratt por contraincisión con dos drenajes capilares en la incisión.

Resultados: La estancia media hospitalaria desde el ingreso al procedimiento VARD fue de 30 días. El tiempo operatorio medio fue de 63 minutos (22-175). No hubo ninguna complicación intraoperatoria. Dos pacientes requirieron un segundo VARD para solucionar el problema séptico. La

Tabla 1. (O-063)

Origen	Edad	Sexo	Índice TAC	Localización necrosis	Indicación	SAPS III	SOFA
Pancreatitis alcohólica	31	Hombre	Alto (8/10)	Cuerpo y cola	Sepsis	52	4
Pancreatitis alcohólica	34	Hombre	Alto (8/10)	Completa	Síndrome compartimental	34	1
Pancreatitis biliar	58	Mujer	Alto (7/10)	Cuerpo y cola	Sepsis	32	2
Perforación CPRE	38	Hombre	Bajo (2/10)	Cabeza	Sepsis	41	1
Pancreatitis crónica	32	Hombre	Medio (6/10)	Cuerpo	Necrosis infectada	31	2
Pancreatitis alcohólica	63	Hombre	Alto (8/10)	Completa	Sepsis	71	2
Pancreatitis tras CPRE	55	Hombre	Medio (4/10)	Cabeza y cuerpo	Necrosis infectada	56	7

mayor parte de los pacientes presentaron un estancia larga en UCI (30, rango: 2-76), aunque las estancia media en UCI tras el VARD fue de 6 días (2-22). Un paciente desarrolló una hipernatremia asintomática como consecuencia del lavado con suero salino y tres pacientes desarrollaron una fístula pancreática que fueron tratados de forma conservadora.

Conclusiones: El procedimiento VARD es un procedimiento convincente dentro del arsenal de procedimientos mínimamente invasivos para tratar la necrosis infectada tras pancreatitis aguda necrotizante. Su indicación puede extenderse para tratar otras colecciones retroperitoneales peri-pancreáticas.

O-264. ANÁLISIS DE LA RECURRENCIA DE LA PANCREATITIS AGUDA LITIÁSICA. ESTUDIO PROSPECTIVO LONGITUDINAL

A. Romaguera Monzonís, F. García Borobia, N. Bejarano González, P. Rebasa Cladera, A. Corcuera Amill, N. García Monforte, S. Serra Plà y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: La pancreatitis aguda litiásica (PAL) es una enfermedad con tendencia a recurrir. La colecistectomía precoz (durante el mismo ingreso o antes de las dos semanas) o en determinados casos la CREP están recomendadas en la mayoría de guías clínicas, para evitar la recurrencia. Pero, el porcentaje de recurrencia y el intervalo de aparición de la misma no se conocen con exactitud. Nuestros objetivos son: 1) Determinar el porcentaje de recurrencia en nuestro entorno tras un primer episodio de PAL, 2) Calcular el intervalo de tiempo de aparición de la recurrencia y 3) Identificar los factores de riesgo de recurrencia.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva tras un primer episodio de PAL, entre enero de 2007 y diciembre de 2010, en un Hospital Universitario con una población de referencia de 430.000 habitantes. El estudio fue aprobado por el comité ético del hospital. Las variables estudiadas fueron: recurrencia de la PAL (pre y post colecistectomía, pre y post CREP), intervalo de tiempo de aparición de la recurrencia, tamaño de la litiasis, parámetros analíticos de la función hepática, dilatación de la vía biliar, índice de severidad de Balthazar (IS), sexo, edad, estancia hospitalaria, colecistectomía, reingresos por otros motivos, CREP y mortalidad. Utilizamos el test exacto de Fisher, el test de la chi-cuadrado, el test de la t de Student o el test de la U de Mann-Whitney para comparar las variables según las características de las mismas.

Resultados: Doscientos noventa y seis pacientes que ingresaron en 386 ocasiones: 351 episodios de PAL (55 recurrencias) y 35 reingresos por otros motivos. La colecistectomía se realizó en 209/296 pacientes (70,6%) tras 96 días (mediana) del inicio del primer episodio de PAL. La CREP se practicó en 64/296 (22%) tras 10 días (mediana). Cuarenta y dos pacientes (14%) presentaron recurrencia de la PAL (pre-colecistectomía y pre-CREP) en un intervalo de tiempo de 82 días de mediana (p_{25-22} - p_{75-126}). Tan sólo recurren 5 pacientes (1,7%) antes de las dos semanas. Cuatro pacientes 4/209 (2%) recurrieron tras colecistectomía. No tuvimos ninguna recurrencia tras la realización de CREP. Otros motivos de reingreso fueron: colangitis (3,4%), colecistitis (2,1%), complicaciones del episodio de pancreatitis previa (2,1%) y dolor abdominal inespecífico (1,5%). Ni el tamaño de la litiasis, ni la edad, ni el sexo, ni las alteraciones de los parámetros analíticos de función hepática, ni la dilatación de la vía biliar estuvieron relacionados con la recurrencia. Tan sólo tener un $IS \leq 3$ ha sido un factor significativo de riesgo de recurrencia ($p = 0,036$).

Conclusiones: El bajo porcentaje de recurrencia antes de las dos semanas de PAL en nuestro entorno, no justificaría la colecistectomía precoz.

La colecistectomía en pacientes de elevado riesgo quirúrgico debería plantearse teniendo en cuenta el porcentaje de recurrencia en nuestro entorno. Debería priorizarse la colecistectomía tras un episodio de PAL con $IS < 3$.

O-265. NECROSECTOMÍA ABIERTA TRANSPERITONEAL FRENTE A NECROSECTOMÍA RETROPERITONEAL TRANSLUMBAR ENDOSCÓPICA CON MÍNIMO ACCESO

C. García Zamora, M.J. Fernández Carrión, A. Piñero Madrona y G. Castellanos Escrig

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El principal factor de mortalidad en la pancreatitis aguda grave (PAG) es la necrosis pancreática infectada (NPI), con una tasa que oscila entre el 40-70%, siendo también el condicionante fundamental de morbilidad y repercutiendo, de forma importante, en el manejo terapéutico de esta entidad. La infección de la necrosis pancreática puede suceder hasta en un 20% de los pacientes en la primera semana del inicio de la pancreatitis aguda, pero el riesgo aumenta a partir de la segunda-tercera semana. El tratamiento de la NPI es la necrosectomía, siendo la técnica convencional la necrosectomía abierta transperitoneal (NAT). Dada su alta morbilidad, en la actualidad, se han puesto en marcha otros abordajes con técnicas mínimamente invasivas, entre las que se incluye la necrosectomía retroperitoneal translumbar endoscópica con mínimo acceso (NRTEMA), la cual puede proporcionar múltiples ventajas frente a la técnica convencional.

Objetivos: Comparar la necrosectomía abierta transperitoneal con la necrosectomía retroperitoneal translumbar endoscópica con mínimo acceso en el tratamiento de la necrosis pancreática infectada.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de 18 años (1982-2000) con 35 casos de NAT y un análisis prospectivo en 20 años (1990-2000) con 38 casos de NRTEMA, todos procedentes del mismo hospital terciario. Se recogen datos demográficos, etiológicos, criterios y escalas de gravedad de la pancreatitis aguda (PCR, APACHE II, índice de gravedad tomográfica), estancia hospitalaria y en UCI, mortalidad relacionada y no relacionada con la PAG, morbilidad, número de reintervenciones, supervivencia.

Resultados: La edad media en el grupo NAT fue de 65,9 años y en el grupo NRTEMA de 54,7 años. La etiología de la pancreatitis en el grupo NAT fue biliar en 27 casos (77,1%) y alcohólica en 8 de ellos (22,8%), y en el grupo NRTEMA fue biliar en 26 casos (68,4%), alcohólica en 9 (23,6%) y tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 3 casos (7,8%). Del grupo NAT 26 pacientes (74,2%) y 4 pacientes (10,5%) del grupo NRTEMA tuvieron una o más complicaciones postoperatorias. La mortalidad debida a fallo multiorgánico relacionada con la PAG ocurrió en 23 de los 35 casos de los sometidos a NAT (65,7%) frente a 5 de los 38 casos sometidos a NRTEMA (13,1%). La mortalidad no relacionada con la PAG fue de 9 casos de 35 en el grupo NAT (25,7%) frente a 6 casos de 38 (15,8%) en el grupo NRTEMA. Todos los pacientes del estudio tuvieron que ser sometidos a nuevas necrosectomías, realizándose mediante cirugía abierta en el grupo NAT y mediante retroperitoneoscopia translumbar en el grupo NRTEMA. La estancia media en el hospital del grupo NAT fue 55,9 días y la del grupo NRTEMA fue de 43,8 días.

Conclusiones: La necrosectomía retroperitoneal translumbar endoscópica con mínimo acceso es, a nuestro juicio, una alternativa terapéutica útil y eficaz en el manejo y control evolutivo de la necrosis pancreática infectada. Ofrece una menor morbilidad en comparación con la necrosectomía abierta transperitoneal, aportando un importante cambio en el manejo y tratamiento de las necrosis pancreáticas infectadas.

O-266. LESIONES IATROGÉNICAS DE LA CPRE: MANEJO QUIRÚRGICO

C. Chaveli Díaz, M. Aizcorbe Garralda, F. Cobo Huici, J. Salvach Arnedo, A. Pueyo Royo, L. Segura Pujolar, M. Sánchez Vázquez y M. de Miguel Valencia

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Las complicaciones graves de las CPRE: pancreatitis, hemorragia y perforación comportan una decisión terapéutica controvertida. El manejo quirúrgico de estas complicaciones no está totalmente establecido (siendo conservador en la mayoría de las ocasiones) asentando básicamente sobre parámetros clínicos, tiempo de evolución y experiencia del equipo quirúrgico. La decisión entre un manejo agresivo o expectante tiene una repercusión determinante en cotas de morbilidad. El desarrollo de pancreatitis aguda grave (PAG) con deterioro clínico severo y la perforación duodenal en el borde libre son indicaciones de cirugía urgente. En casos seleccionados puede tener cabida el abordaje laparoscópico de alguna complicación concreta.

Objetivos: Conocer y analizar las complicaciones de las CPRE y su manejo quirúrgico en nuestro centro.

Material y métodos: Presentamos una revisión retrospectiva de las complicaciones sobre 1.311 CPRE realizadas en nuestro centro durante el quinquenio 2007-2011. Los datos fueron tomados de la base informática para el registro de complicaciones existente en el S^o de Digestivo de nuestro hospital. En dicha base se registra la edad, el sexo, el tipo de complicación y su manejo (conservador vs cirugía). Para este estudio únicamente hemos analizado las complicaciones graves (pancreatitis aguda, colangitis, perforación, hemorragia y exitus). Se definieron los tipos de perforación según la clasificación de Stapfer.

Resultados: En nuestro centro en el quinquenio 2007-2011 se realizaron 1.311 CPRE. Edad media: 56 años. 133 pacientes tuvieron alguna complicación mayor (10,1%). Se produjeron 70 pancreatitis agudas (5,3% del total) siendo 28 de ellas graves (40%), 12 colangitis (0,9%), 24 perforaciones (1,8%) requiriendo 9 ellas cirugía urgente (37,5%), 25 hemorragias (1,9%) siendo una de ellas (4%) intervenida quirúrgicamente. 12 pacientes fallecieron (0,9%). En total requirieron cirugía 14 pacientes (1,06% del total y 10,5% de los complicados) siendo en 6 (42,8%) de forma inmediata y en 8 diferida tras fracaso del tratamiento conservador. Todas las colangitis fueron tratadas de forma conservadora con antibioterapia empírica. La única hemorragia intervenida se solucionó mediante sutura hemostática. Cuatro de las PAG (14,2%) requirieron de cirugía urgente por empeoramiento clínico realizándose en todas ellas colecistectomía, necrosectomía y drenaje de la celda pancreática sin necesidad de cirugía secuencial. Se operaron 9 perforaciones: en 3 de ellas (todas tipo I de Stapfer) se realizó sutura primaria (1 mediante abordaje totalmente laparoscópico) y en el resto (tipos II y IV de Stapfer) laparotomía exploradora, lavado y colocación de drenaje.

Conclusiones: El porcentaje de complicaciones post-CPRE en nuestro centro está en consonancia con las mejores series publicadas. Es necesaria una estrecha colaboración entre digestólogo y cirujano para adecuar el tratamiento al momento más oportuno y a la técnica más idónea. La resolución por vía laparoscópica de las perforaciones duodenales por CPRE es factible y comporta una clara menor agresión.

O-267. MANIPULACIÓN DE LA VÍA BILIAR PREOPERATORIA EN CASOS DE ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR PATOLOGÍA MALIGNA

M. Jiménez Toscano, F. Ochando Cerdán, L. Vega López, S. Linacero Martín, E. Celi Altamirano, A. Hurtado, M. Marcello, B. Fernández Escudero, M. Lasala Gausa y A. Quintans Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Introducción: La ictericia obstructiva es la principal sintomatología en los tumores periampulares o de cabeza de páncreas (70-90%). En ausencia de criterios de irremediabilidad la cirugía con intención curativa es el tratamiento de elección. La manipulación de la vía biliar mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica-CPRE- y colocación rutinaria de endoprótesis para la descompresión de la vía biliar previo a la cirugía está en discusión debido a las complicaciones postoperatorias que asocia aumentando la posibilidad de infecciones o dehiscencias.

Objetivos: Análisis de las complicaciones postoperatorias en los pacientes intervenidos por ictericia obstructiva maligna con manipulación o no

de la vía biliar de forma preoperatoria en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón de 2004-2011.

Material y métodos: Incluimos de manera retrospectiva a todos los pacientes diagnosticados en nuestro centro de ictericia obstructiva (Bb total > 1,5 ml/d) con sospecha de malignidad en los últimos 7 años. La manipulación y drenaje de la vía se realizó en la mayoría de los casos a través de una colangiografía retrógrada endoscópica precisando en ocasiones un abordaje trashepático interno-externo con colocación o no de endoprótesis. Realizamos un análisis de la posible relación de dicha manipulación con la aparición de complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 57 pacientes diagnosticados de ictericia obstructiva maligna en los que se realizó una duodenopancreatometomía. La edad media de los pacientes fue 66,98 años (64,23-69,73) siendo el 47,4% varones y 52,6% mujeres. Se realizaron de manera preoperatoria 25 CPRE (43,9%) colocando en el 24,6% de los casos una prótesis biliar. Las complicaciones postoperatorias globales fueron del 68% en el grupo CPRE y 56,3% en el grupo en el que se realizó cirugía temprana tras el diagnóstico sin ser esta diferencia estadísticamente significativa (RR: 1,33 IC95%, 0,69-2,55 p = 0,42). Analizadas las complicaciones de manera independiente no encontramos diferencias en cuanto a fistula biliar (12% CPRE y 3% sin CPRE RR: 1,8 IC95%, 0,94-3,4 p = 0,3), fistula pancreática (20% CPRE y 21,9% sin CPRE RR: 0,9 IC95%, 0,45-1,97 p = 1), infección intrabdominal (16% CPRE y 28% sin CPRE RR: 0,64 IC95%, 0,27-1,54 p = 0,35). Sólo resultó significativa la infección de herida quirúrgica siendo mayor en el grupo CPRE con p < 0,001 (RR: 2,65 IC95%, 1,62-4,34). Tampoco encontramos diferencias significativas en cuanto a la estancia hospitalaria ni a la mortalidad global.

Conclusiones: A pesar de lo publicado en la actualidad sobre el incremento de las complicaciones postoperatorias en pacientes con ictericia severa a los que se realiza una CPRE no hemos encontrado diferencias significativas en nuestra serie en ninguno de los factores analizados.

O-268. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN UN HOSPITAL DE RECIENTE APERTURA

R. Memba Ikuga, V. González Santín, S. González, F. Mata Sancho, R. Jorba, P. Barrios, A. Mas, A. Mata, F. Calaf, M. Lecha y A. Blasco

Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi, Sant Joan Despi.

Introducción: En 2008 el Grupo de Trabajo para la Clasificación de la Pancreatitis Aguda, consensua una revisión de la Clasificación de Atlanta de 1992, con el objeto de estandarizar los criterios clínicos y radiológicos para facilitar la comunicación entre los distintos autores e instituciones y mejorar el planning terapéutico. En nuestro centro, de reciente apertura, hemos aplicado un protocolo multidisciplinar, a la vez que se ha implementado la nueva Clasificación de Atlanta, en el tratamiento de los pacientes con pancreatitis aguda grave (PAG).

Objetivos: Valorar los resultados del tratamiento de la PAG en un hospital de reciente apertura tras la aplicación de un protocolo multidisciplinar basado en la nueva Clasificación de Atlanta; valorando los cambios en las actitudes diagnóstico-terapéuticas y la repercusión sobre los resultados clínicos previos a su implantación.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes ingresados por PAG entre abril 2010 y diciembre 2011. Se utilizó la nueva clasificación de Atlanta tanto para establecer los criterios clínicos como los morfológicos: colección necrótica aguda/walled-off necrosis o colección líquida aguda peripancreática/pseudoquiste. En todos los casos el paciente fue valorado junto con el Servicio de Medicina Intensiva para decidir su ingreso o no en UCI. Variables a estudio: edad, sexo, morbilidad, patología biliar asociada, estancia hospitalaria, estancia en UCI; exploraciones complementarias efectuadas y momento; tratamiento médico y quirúrgico. Se comparan los datos obtenidos en los pacientes tratados previamente a la implantación del protocolo con los de los que ingresaron tras el inicio de su implantación.

Resultados: Se recogen un total de 32 ingresos por PAFG. 20 mujeres/12 varones, Edad media: 76 años/52 años. La estancia media fue de 17 días (6-90). El 74% fueron biliares. El 20% de los pacientes presentaban colección necrótica aguda por TAC, infectada en dos casos. El 63% de los pacientes ingresaron en UCI (40% antes del protocolo). En 9 pacientes se realizó PAAF de los exudados o necrosis, siendo positiva en dos casos. Un 15% de las colecciones agudas peripancreáticas evolucionaron a pseudoquiste. Se practicó cirugía en 5 pacientes, en 3 diferida más allá de la 3ª semana, con buenos resultados. Se realizó una embolización de A. esplé-

nica por pseudoquiste sangrante con clínica de HDA. Se realizaron dos CPREs urgentes por colangitis aguda obstructiva. Se instauró nutrición enteral precoz en un 25% de casos antes del protocolo y en un 45% después. Se redujo el empleo de ATB de un 60% a un 45%. La mortalidad global fue de un 15%. Todos los pacientes fallecieron en la primera semana por SIRS-fallo multiorgánico. Dos de ellos fueron intervenidos: uno por síndrome compartimental y el otro por duda diagnóstica.

Conclusiones: La creación de un protocolo multidisciplinar para el tratamiento de la PAG ha significado la estandarización en el manejo médico así como de las indicaciones quirúrgicas. El trabajo en equipo garantiza la calidad asistencial al paciente, mejorando los resultados de aquellas técnicas que precisan la coordinación entre servicios (soporte nutricional enteral, empleo adecuado de ATB). La nueva clasificación de Atlanta facilita la estandarización del diagnóstico y tratamiento de la PAG.

O-269. PANCREATITIS AUTOINMUNE: RESULTADOS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO. EXPERIENCIA DE 2 HOSPITALES UNIVERSITARIOS CATALANES

F. García Borobia¹, A. Romaguera Monzonis¹, N. Bejarano González¹, N. García Monforte¹, R. Bella Cueto¹, A. Corcuera Amill¹, F. Estremiana García², A. Salas³, J. Fabregat² y S. Navarro Soto¹

¹Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ³Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Objetivos: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una enfermedad poco frecuente que puede simular un adenocarcinoma pancreático (AP). Nuestro objetivo es presentar los resultados observados en una serie de 2 hospitales en relación al diagnóstico, tratamiento y seguimiento a largo plazo de pacientes diagnosticados de pancreatitis autoinmune.

Material y métodos: Entre 1999 y 2011 fueron recogidos 15 pacientes (pac): 10 varones y 5 mujeres. Previo a 2003, 4 fueron detectados en la revisión anatomopatológica de las piezas de duodenopancreatectomía céfálica (DPC) en las que no se halló adenocarcinoma. Cuatro fueron remitidos a nuestros centros con endoprótesis biliares por episodio de ictericia obstructiva periampular sin un diagnóstico anatomopatológico definido. Otro fue remitido tras realizarse una derivación bilioentérica por considerarse un AP localmente avanzado pero sin biopsia peroperatoria. Otro fue diagnosticado mediante TC de AP avanzado y tratado mediante stent metálico. Cinco pac se sospechó PAI y fueron tratados con corticoides. Uno de estos no respondió en las 2 primeras semanas y fue resecado por dudas diagnósticas. En otro pac el diagnóstico se hizo intraoperatoriamente mediante biopsia tipo trocút transduodenal y la estrategia terapéutica resectiva se modificó a una derivación biliar. Un total de 8 pacientes fueron diagnosticados después de la DPC, un paciente falleció en el periodo postoperatorio inmediato. Realizamos ecoendoscopia con biopsia de forma rutinaria desde 2003 ante la sospecha de PAI, para descartar AP y previo a la administración de corticoides.

Resultados: La edad media de nuestros pac fue de 50,9 años (24-75). La presencia de ictericia progresiva o puntual y autolimitada se presentó en todos. La TC y la colangioRNM mostraron un aumento difuso de la glándula (6 pac) o la forma pseudotumoral (9 pac). Solo se detectó elevación de las IgG4 en 4 pac. En una paciente se asoció a otra enfermedad autoinmune (artritis reumatoide). Solo en 2 pac se llegó al diagnóstico mediante biopsia pancreática: una mediante ecoendoscopia y otra intraoperatoria. Tres pac fueron tratados empíricamente mediante corticoides con respuesta. El seguimiento medio fue de 71.6 meses. En un pac se presentó recidiva que la PAI, asociado a elevación de las IgG4, que respondió al tratamiento esteroideo. Otros 2 pac presentaron colangitis autoinmune, en el primero, previo al conocimiento de la entidad, se realizó un trasplante hepático, con recidiva de la enfermedad en el injerto y fallecimiento del pac (diagnóstico tras la revisión del caso). En el segundo caso fue tratado empíricamente mediante corticoides con éxito. En 6 pac. se diagnosticó diabetes de novo tras el episodio de PAI (6/14 p). Los pacientes tratados médicamente tienen mejor calidad de vida y mejor control de su metabolismo hidrocarbonado.

Conclusiones: Se debería sospechar una PAI en todo paciente con un cuadro de ictericia obstructiva e imágenes típicas en la TC y colangioRNM y determinación de IgG4. Si solo se halla un criterio diagnóstico, es obligado realizar una biopsia pancreática, tanto para que confirme el diagnóstico como para descartar AP. En caso de sospecha fundada estaría justificado un ensayo terapéutico con corticoides y una respuesta positiva se consideraría también una prueba diagnóstica. Tan sólo en 1 pac se asoció una enfermedad autoinmune y en ningún caso se asoció a la afectación biliopancreática ningún otro órgano abdominal ni retroperitoneal. A pesar de que en la actualidad la cirugía resectiva pancreática se realiza bajo estándares de baja mortalidad, esta debería realizarse solo en caso de sospecha de AP. El seguimiento es obligado debido a la recidiva de la enfermedad tanto a nivel pancreático como biliar (3/14).

O-270. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA

A. Romaguera Monzonis, F. García Borobia, N. Bejarano González, A. Corcuera Amill, N. García Monforte, S. Serra Pla, C. Corredra Cantarín, A. Villoria Ferrer y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: La pancreatitis aguda es una enfermedad con una elevada incidencia en nuestro entorno. Un 80% de los casos son leves pero un 20% son graves y se acompañan de una mortalidad de hasta el 30%. La presencia de necrosis, sobre todo si se acompaña de infección, es un factor fundamental que influye en la mortalidad. La necrosectomía quirúrgica por vía abierta ha sido hasta la actualidad el tratamiento estándar de la necrosis pancreática infectada. La tendencia en los últimos años ha sido adoptar una actitud más conservadora dando un importante papel al uso

Tabla 1. (O-270)

Edad (años)	Estancia (días)	Germen	ATB1	ATB2	ATB domicilio	Re-ing	Etiología
26	31	Enterobacter cloacae	Amoxicilina 1 g + Clavulánico 200 mg /ev/8h	Ciprofloxacino 200 mg/ev/12	Ciprofloxacino 500 mg/vo/12h	No	Litiásica
68	8	Eschericia coli	Meropenem 1 g/ev/8h	Ciprofloxacino 200 mg/ev/12	Ciprofloxacino 500 mg/vo/12h	Si	Litiásica
68	14	*	Meropenem 1 g/ev/8h	Ertapenem 1 g/ev/24h	Ertapenem 1 g/ev/24h	No	Litiásica
53	34	Eschericia coli	Ciprofloxacino 200 mg/ev/12	Ciprofloxacino 200 mg/ev/12	Ciprofloxacino 500 mg/vo/12h	Si	Litiásica
82	8	Enterobacter cloacae	Meropenem 1 g/ev/8h	Ciprofloxacino 200 mg/ev/12	Ciprofloxacino 500 mg/vo/12h	Si	Litiásica
81	5	Eschericia coli	Ceftriaxona 1 g /ev/12h Metronidazol 500 mg/ev/8h	Amoxicilina 1 g + Clavulánico 200 mg/ev/8h	Amoxicilina 1.000 mg + Clavulánico 62,5 mg 2 comp/vo/12h	Si	Litiásica
42	15	Streptococcus mitis	Meropenem 1 g/ev/8h	Ceftriaxona 1 g/ev/12h	Amoxicilina 1.000 mg + clavulánico 62,5 mg 2 comp/vo/12h	No	Litiásica

*Imposibilidad de PAAF por interposición de colon.

de antibióticos y drenajes percutáneos y endoscópicos, reservando el tratamiento quirúrgico para los casos no solucionados con los pasos previos.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia de pacientes con pancreatitis necrotizante infectada (PNI) tratados exclusivamente con antibióticos.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal llevado a cabo en un Hospital Universitario que tiene una población de referencia de 430.000 habitantes. Ante la sospecha de una PNI realizamos una TC e indicamos una punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la necrosis pancreática o perip pancreática. Inicialmente pautamos tratamiento antibiótico de amplio espectro. Posteriormente se adecua el tratamiento antibiótico al resultado del cultivo y del antibiograma. Si el enfermo no presenta fallo orgánico y la evolución es favorable no realizamos drenaje percutáneo ni quirúrgico. Hemos incluido de forma consecutiva todos los enfermos diagnosticados de PNI entre mayo 2010 y abril 2012 tratados exclusivamente con antibióticos con intención curativa. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, etiología, estancia hospitalaria, gérmenes aislados, antibióticos pautados y evolución.

Resultados: Hemos analizado 7 pacientes. En un enfermo no se pudo realizar la PAAF por interposición de colon y fue tratado empíricamente tras la detección de necrosis y gas en la celda pancreática. Los gérmenes aislados y la pauta antibiótica utilizada figuran en la tabla. Cuatro pacientes reingresaron por complicaciones relacionadas con el ingreso previo que se solucionaron con tratamiento médico. Todos los enfermos evolucionaron favorablemente y completaron el tratamiento antibiótico (4 semanas de duración) en domicilio. Cinco de los 7 ya han sido sometidos a colecistectomía laparoscópica y los dos restantes están pendientes.

Conclusiones: Enfermos seleccionados (sin fracaso orgánico) con PNI pueden ser tratados exclusivamente con antibióticos.

O-397. EFICACIA DE LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

M. Jiménez Toscano, J.A. Rueda Orgaz, L. Vega López, S. Linacero Martín, E. Celi Altamirano, M. Pardo de Lama, P. Dujovne Lindenbaum, B. Fernández Escudero, J.M. Fernández Cebrián y A. Quintans Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en pacientes diagnosticados de colecistitis aguda, sin embargo, en pacientes de alto riesgo quirúrgico, sepsis grave, edad avanzada o que asocien comorbilidades presenta una morbilidad de hasta 41% y mortalidad de 4,5%. En estos casos la colecistostomía percutánea es una alternativa mínimamente invasiva a tener en cuenta. Por el momento no existe consenso en las diferentes guías clínicas ni en la literatura de las indicaciones precisas para cada procedimiento.

Material y métodos: Analizamos de manera retrospectiva las colecistostomías percutáneas realizadas de 2006 a 2011 en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón en pacientes diagnosticados de colecistitis aguda con elevado riesgo quirúrgico. El procedimiento se llevó a cabo por la unidad de radiología intervencionista y el riesgo quirúrgico se establece de acuerdo a los índices de gravedad POSSUM y ASA (sociedad americana de Anestesiología) y a la presencia de comorbilidades. Analizamos la efectividad de dicho tratamiento así como la evolución clínica a corto y largo plazo.

Resultados: En un periodo de 5 años (2006-2011) se han realizado 33 colecistostomías percutáneas en pacientes con una media de edad de 76,06 años (43-91) con más de dos comorbilidades asociadas. 48,5% eran varones y 51,5% mujeres. Al diagnóstico el 42,4% presentaba una colecistitis aguda complicada que en el 93,9% era de origen litiasico. No existieron complicaciones durante la colocación de la colecistostomía. El tratamiento fue definitivo en el 93% de los casos precisando únicamente cirugía en 2 pacientes. Se detectaron 42,4% complicaciones durante la estancia hospitalaria que en el 46% se debían a problemas médicos asociado a otras patologías. En el 53% las complicaciones se debían a la patología vesicular generalmente en relación a colecciones perivesiculares. La estancia media fue de 20,12 días con una mortalidad de 6,1% (2 pacientes fallecieron por deterioro del estado general asociado complicaciones cardiológicas y pulmonares). La recurrencia de episodios de colecistitis fue del 12%. En un 15% de los pacientes se realizó una colecistectomía programada tras el alta. No detectamos mayor número de complicaciones ni mayor riesgo de recurrencia en relación al riesgo quirúrgico del paciente.

Conclusiones: La colecistostomía percutánea es una alternativa en pacientes con colecistitis aguda con una morbimortalidad asociada inferior a la correspondiente a la colecistectomía ya sea abierta o laparoscópica. Además es una técnica segura y efectiva en pacientes con evolución tórpida o no susceptible de tratamiento únicamente con antibioterapia presentando escaso número de complicaciones y alto índice de éxito. Dado el riesgo de recurrencia se debe considerar la colecistectomía electiva si la situación clínica del paciente lo permite.

O-398. UTILIDAD DE LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

L.M. Oms Bernad, L. Cayetano Paniagua, R. Mato Ruiz, F. Zárate Moreno, E. Picas Cutrina, C. Codina, D. Güell Puigercós, J. Sala Pedrós y F. Campillo Alonso

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La evidencia disponible indica que el tratamiento óptimo de la colecistitis aguda es la colecistectomía durante el episodio agudo. Sin embargo, en los cada día es más habituales pacientes de edad avanzada, es frecuente que exista comorbilidad grave; habiéndose documentado una mayor mortalidad de la colecistectomía urgente. La colecistostomía percutánea ofrece la posibilidad de drenar el foco de forma mínimamente invasiva, como paso intermedio hasta una colecistectomía diferida, o como tratamiento definitivo en aquellos pacientes que no se consideren candidatos a la intervención. El objetivo del estudio es determinar la eficacia del procedimiento en esta población así como sus complicaciones técnicas, la tasa de éxito terapéutico, y la evolución tanto de los pacientes posteriormente colecistectomizados como de aquellos a los que no se practicó colecistectomía diferida.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo de una serie retrospectiva de pacientes con una edad de 75 o más años, tratados mediante colecistostomía percutánea bajo anestesia local y sedación, a causa de colecistitis aguda durante los últimos 6 años. Los catéteres se retiraron tras evidenciar evolución favorable de la antibioterapia y previo control de imagen. Se han recogido las variables demográficas, clasificación de ASA, comorbilidad, factibilidad del procedimiento y sus complicaciones, estancia hospitalaria, así como la tasa de curación y la evolución de los pacientes, tanto los intervenidos posteriormente como los no colecistectomizados. Los resultados se expresan como porcentaje, o como mediana y rango.

Resultados: Durante el periodo de estudio se practicó colecistostomía a 56 pacientes (22 mujeres y 34 hombres) con una edad de 84 (75-96) años. Todos ellos presentaban colecistitis aguda litiasica. El 83% tenían una clasificación ASA III o IV y el 100% presentaban comorbilidad. La técnica fue factible en todos los casos y se observó un caso de sangrado y dos de salida del catéter que tuvo que ser reemplazado. La estancia hospitalaria fue de 19 (9-75) días. Los catéteres se retiraron a los 9 (4-21) días. Un paciente fue intervenido de forma urgente por mala evolución mientras que 4 fallecieron durante el ingreso por diferentes complicaciones. 11 pacientes fueron intervenidos favorablemente, practicándose 9 colecistectomías laparoscópicas. De los 39 pacientes que no se consideraron candidatos o desestimaron la cirugía, 8 fallecieron durante el seguimiento a causa de su enfermedad de base, mientras que 5 presentaron complicaciones biliares por las que fallecieron.

Conclusiones: La colecistectomía percutánea en pacientes de edad avanzada es un recurso seguro, y útil en la mayor parte de casos para controlar el foco séptico, que permita la estabilización previa una cirugía diferida. En los pacientes deteriorados y que previsiblemente fallecerán por su enfermedad de base, puede ser el tratamiento definitivo que les ahorre una cirugía mayor. Aunque la mayoría de casos los pacientes no colecistectomizados permanecen libres de patología biliar, durante el seguimiento pueden aparecer episodios biliares que eventualmente pueden ser fatales en el contexto de este tipo de pacientes.

O-399. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE CIRUGÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN HIDATIDOSIS HEPÁTICA

J.M. Ramia Ángel, I. Poves, C. Castellón, L. Díez Valladares, C. Loinaz, A. Serrablo, M.A. Suárez, J.L. Blas, S. López Ben y F. Rotellar

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: El pilar del tratamiento de la hidatidosis hepática es la cirugía. No hay evidencia científica de que técnicas quirúrgicas (conserva-

doras o radicales) deben realizarse. Las técnicas radicales ofrecen menor estancia, recidiva y morbilidad biliar, pero no siempre son factibles y son técnicamente más demandantes. No hay consenso tampoco sobre si la laparoscopia debe ser empleada en la hidatidosis por el riesgo de anafylaxia o diseminación. La mayoría de los casos intervenidos por laparoscopia han sido tratados por técnicas conservadoras. Hemos planteado un estudio multicéntrico sobre cirugía radical laparoscópica (CRL).

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de 10 hospitales sobre pacientes con hidatidosis hepática tratada mediante cirugía radical laparoscópica (CRL) (quistectomía total o hepatectomía). Período: enero 2000-abril 2012. En dicho periodo esta Unidades operaron 322 hidatidosis y realizaron 317 cirugías hepáticas laparoscópicas y trataron 21 hidatidosis mediante cirugía conservadora laparoscópica. Los datos fueron recogidos mediante una base que incluía datos epidemiológicos, quirúrgicos y de seguimiento. Fueron incluidos 28 pacientes con 34 quistes. No existen unos criterios de inclusión fijos, sólo que el cirujano considerará factible la CRL. Los pacientes eran 13 varones (46%). La edad media fue: 51,1 (rango: 16-77). El número de quistes/paciente fue: 1,2 (rango: 1-3). El tamaño medio fue: 6,5 cm (rango: 3-12). La serología fue positiva en el 75% de los pacientes. La clínica más frecuente fue dolor abdominal (12 pac). 3 pacientes presentaban quistes complicados (fistula biliar). Ningún quiste era recidivado. El quiste era intraparenquimatoso en 13 p (46,4%). La localización más frecuente era el sector lateral izquierdo (71,4%) (20/28 p). 10 pacientes (35,7%) recibieron algún tipo de pauta con albendazol.

Resultados: El número medio de trócares fue 4 (rango: 3-6). El neumoperitoneo fue creado mediante Hasson (14 p) y Veress (14 p). Se colocaron gasas protectoras periquísticas empapadas en escolicida en 14 pac (50%). Se realizaron 18 quistectomías totales cerradas, 9 seccionectomías laterales izquierdas, seccionectomía 5-6 (1), segmentectomía V (1) y una hepatectomía izquierda. Se empleo bisturí ultrasónico en 12 p. (43%). La disección hepática fue realizada combinando: Ligasure (10 p), Ultracision (16 p) y/o gancho (13 p). El sangrado intraoperatorio fue 198 cc (rango: 0-800) Se realizaron procedimientos asociados: colecistectomía (9), hernioplastia (2), sigmoidectomía (1). El tiempo de cirugía fue 199 min (rango: 60-353). La extracción de la pieza se realizó mediante ampliación trócar (14 p), incisión independiente (11 p) o utilizando el handport (3 p). La tasa de conversión fue 10,7% (3/28). La morbilidad fue del 14,2% (inf. herida, hematoma herida, fistula biliar y absceso intraabdominal). No hubo mortalidad. La estancia hospitalaria fue 5,2 días (rango: 1-22). No se ha observado recidiva hepática con un seguimiento medio de 35,3 meses (rango: 2-86).

Conclusiones: Pese a las limitaciones y sesgo de un estudio retrospectivo multicéntrico creemos que se puede afirmar que la cirugía radical laparoscópica es factible en aquellos segmentos favorables (II al VI) aunque es técnicamente demandante. La baja morbilidad y la nula recidiva permiten afirmar que las técnicas radicales deberían realizarse siempre que sea factible.

O-400. COLECISTECTOMÍA MEDIANTE INCISIÓN UMBILICAL ÚNICA: RESULTADOS DE LOS 100 PRIMEROS CASOS

H. Subirana Magdaleno, R. Jorba Martín, J. Barri Trunàs, J. Robres Puig, F. Rey Cabaneiro, C. Buqueras Bujosa, M.A. Vasco Rodríguez, A. Pallisera Lloveras, S. López Rodríguez, M.C. López Sanclemente y P. Barrios Sánchez

Hospital General de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: A pesar de los excelentes resultados obtenidos en el tratamiento de la coledocolitiasis con la cirugía laparoscópica estándar, continúan los esfuerzos por minimizar el número de puertos requeridos con el objeto de disminuir el dolor postoperatorio, una recuperación más temprana y mejorar la estética del paciente. El objetivo de este estudio es presentar la técnica de la colecistectomía por puerto único y los resultados obtenidos en 100 casos.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, unicéntrico en que fueron intervenidos un total de 100 pacientes entre enero de 2010 y abril de 2012. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 16 años con coledocolitiasis sintomática sometidos a colecistectomía simple mediante incisión umbilical única. Criterios de exclusión: antecedentes clínicos de coledocolitiasis aguda, CPRE, pancreatitis o sospecha coledocolitiasis, IMC > 35, laparotomías previas. Las variables estudiadas fueron: tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, ASA, complicaciones postoperatorias, conversión a cirugía abierta, necesidad de utilización de trócares accesorios, mortalidad y satisfacción cosmética.

Resultados: La edad media de los pacientes sometidos a esta técnica fue de 40 años (16-73). Sexo: 17,21% de hombres y 82,79% mujeres. Un 26,88% de los pacientes con ASA II y un 73,22% con ASA I. El tiempo quirúrgico disminuyó a partir de la 5ª intervención, siendo el tiempo quirúrgico medio de 70.98 minutos (24-157 min). Presentaron complicaciones postoperatorias: 2 pacientes. Seroma no infectado. Un paciente precisó reintervención por coleperitoneo debido a fuga biliar (clip del cístico), pudiéndose resolver la complicación por laparoscopia. No hubo ninguna lesión de la vía biliar. Una paciente reingresó tras ser dada de alta en régimen de CMA por dolor abdominal, siendo alta a las 24 horas. En el 2% de los casos fue necesaria la utilización de un trócar accesorio. La estancia media ha sido de 1.018 días (0-6). En el 33% de los pacientes el ingreso fue menor de 24 horas. La encuesta de satisfacción reveló un alto grado de satisfacción cosmética en la mayoría de los pacientes. Un 59% se mostraron muy satisfechos y un 41% satisfechos.

Conclusiones: Pese a que diversos estudios postulan que la curva de aprendizaje se completa en torno a las 20 intervenciones, en nuestra experiencia creemos que puede ser menor en manos de cirujanos expertos en laparoscopia convencional. No hemos observado diferencias en cuanto a la morbilidad de la técnica, comparada con la laparoscopia convencional, pero si una alta satisfacción cosmética en los pacientes intervenidos por esta técnica.

O-401. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DIFERIDO DE LA LITIASIS BILIAR EN EL MISMO INGRESO DE PACIENTES PROCEDENTES DE UN SERVICIO DE DIGESTIVO

C. Chaveli Díaz, F. Cobo Huici, M. Aizcorbe Garralda, J. Marzo Virto, J. Salvach Arnedo, M. Salvador Bravo, A. Guerra Lacunza, L. Segura Pujolar, M. Sánchez Vázquez y A. Acevedo Ramírez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Generalmente los pacientes ingresados desde urgencias con un proceso litiasico biliar complicado (coledocolitiasis, cólicos de repetición, cálculos enclavados y/o pancreatitis aguda leve de origen biliar) son estudiados en el Servicio de Digestivo y una vez tratados médicamente son derivados a consultas externas de Cirugía General para resolución quirúrgica programada. Esto conlleva una espera prolongada elevando el riesgo de reactivación de la enfermedad (nueva coledocolitiasis, nuevos cólicos, nuevos ingresos, colecistitis aguda, pancreatitis), mala percepción del sistema sanitario, aumento de las estancias y de las listas de espera de consultas y de intervenciones. Las guías de las Sociedades Francesa y Americana de Patología Digestiva recomiendan que los pacientes que ingresan por un proceso litiasico biliar, excluyendo las colecistitis agudas que son operados de forma inmediata, deben ser intervenidos en el mismo ingreso una vez diagnosticados y resuelto su problema médico, incluyendo su tratamiento endoscópico si fuera necesario.

Objetivos: Valorar la rentabilidad en términos de complicaciones y costes de un protocolo de tratamiento quirúrgico en el mismo ingreso de pacientes con complicaciones litiasicas biliares procedentes de un Sº de Digestivo.

Material y métodos: Desde hace cinco años nuestro centro dispone de una Unidad de Cirugía de Urgencias en horario laboral de 8 a 15 horas que permite la resolución de procesos quirúrgicos de manera diferida. Presentamos el protocolo de cirugía en un mismo ingreso aplicado en los últimos cinco años en nuestro Sº de Cirugía General conjuntamente con los Sº de Digestivo y Anestesiología en los pacientes con litiasis biliar complicada. Protocolo: el paciente ingresa en el Sº de Digestivo procedente de urgencias, se diagnostica y resuelve su problema médico. Durante el ingreso es valorado por el Sº de Anestesiología. Una vez solucionado el cuadro clínico es intervenido de forma urgente-diferida en horario de mañana por la Unidad de Cirugía de Urgencias. Cirugía: colecistectomía y recogida de muestra de bilis para estudio microbiológico. Según la contabilidad de costes se estimó el coste por consulta en 134€, por día de estancia en planta de hospitalización en 480€, la repetición de los estudios preoperatorios en 100€ y los gastos administrativos en 14€.

Resultados: Durante cinco años (2007-2011) se intervinieron 314 pacientes. 279 (88,8%) por vía laparoscópica, 20 (6,4%) por vía laparotómica y 15 (4,8%) se convirtieron a cirugía abierta tras inicio laparoscópico. La estancia media postoperatoria fue de 3,1 días. En 10 pacientes (3,2%) se produjo algún tipo de complicación (2 fistulas biliares, 2 abscesos intraabdominales, 2 hematomas de pared, 1 evisceración, 1 hemorragia digestiva, 1 hemoperitoneo y 1 ingreso en UCI por fibrilación auricular). La mortalidad fue del 0%. En el 53,7% de los cultivos de la bilis vesicular se

demonstró presencia de gérmenes, siendo el más frecuentemente aislado el *E. coli* (21,2%).

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de cirugía en el mismo ingreso de la complicación litiasica biliar produce un importante impacto en la reducción de costes de estancias y consultas (864 euros de media por proceso) sin aumento de la morbimortalidad comparándolo con series de cirugía programada.

O-402. EXPERIENCIA DE 21 AÑOS EN EL MANEJO DE LAS YATROGENIAS DE VÍA BILIAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA

R.L. García-Mayor Fernández, J.M. Cabada Lee, A. Boscà Robledo, L. Gómez Romero, E. Montalvá Orón, F. San Juan, M. de Juan Burgueño y R. López Andújar

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: La lesión yatrógena de vía biliar es una complicación quirúrgica grave porque asocia morbimortalidad significativa. Su incidencia oscila entre 0,2-0,6% de las colecistectomías realizadas. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en el tratamiento de la yatrogenia vía biliar en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe entre 1990 y 2011.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de 126 pacientes con diagnóstico de yatrogenia de vía biliar. Análisis estadístico en SPSS® 15.0. Las principales variables a estudio fueron: motivo de la primera cirugía, tipo de procedimiento, clasificación de la lesión, causas de conversión, momento de detección de la lesión, clínica de la yatrogenia, tratamiento de la lesión, y resultados a largo plazo. Se utilizó la clasificación de Bismuth-Strasberg para la descripción de la lesión de la vía biliar, y la clasificación de Clavien-Dindo para la morbimortalidad.

Resultados: La edad media fue de $54,6 \pm 15,53$ años. El 22% ($n = 28$) fueron yatrogenias generadas en nuestro centro y el resto derivado de otros hospitales. El principal motivo de cirugía fue la coleditis simple ($n = 82$, 65,1%). En 62 casos (49,2%) la yatrogenia ocurrió durante una colecistectomía laparoscópica y en 64 (50,8%), durante cirugía abierta. En el 51,6% de los casos laparoscópicos se convirtió a cirugía abierta, siendo la principal causa de conversión la detección de la yatrogenia (65,6%). La lesión más frecuente fue la tipo E1 (44,4%). El resto de las lesiones tipo E (E2-E5) representaron el 46,6%. En 10 casos se objetivó lesión arterial asociada. De las E1 el 41,1% fueron laparoscópicos y el 58,9% fueron abiertas. De las E2-E5 el 54,4% fueron laparoscópicas y el 45,6% fueron abiertas. Hubo 56 (44,4%) reparaciones simultáneas tras lesión vía biliar de los que sólo 4 (7,1%) fueron definitivas y no requirieron otro tratamiento. La reparación simultánea más frecuente fue la anastomosis primaria del colédoco con tubo de Kehr en 24 casos (42,9%) y la segunda fue la hepaticoyeyunostomía en Y-Roux en 22 casos (39,2%). En 52 pacientes fue necesario realizar más procedimientos diferidos terapéuticos: 8 (1 procedimiento), 21 (2), 18 (3), 2 (4), 3 (5). La mediana de tiempo transcurrido entre la yatrogenia y el procedimiento diferido fue de 28 días (rango 1-5.737). Cuando el primer procedimiento terapéutico diferido fue quirúrgico ($n = 46$), la técnica más frecuente fue la hepaticoyeyunostomía ($n = 26$, 56,5%). Se realizaron en total 9 hepatectomías derechas y 3 hepatectomías izquierdas. De la serie total, 92 pacientes (73%) tuvieron una morbilidad grado IIIb según la clasificación Clavien-Dindo y 14 pacientes fallecieron (11,1%).

Conclusiones: La yatrogenia de vía biliar puede presentarse en cualquier colecistectomía aunque no sea de riesgo. Es un proceso con elevada morbilidad que requiere ser manejado por un equipo multidisciplinar dedicado a la patología hepatobiliopancreática. El éxito de la técnica realizada depende del momento en que se realice y puede condicionar futuras intervenciones quirúrgicas.

O-403. COLECISTECTOMÍA TEMPRANA POR COLECISTITIS AGUDA

J.C. Rodríguez Sanjuán, M. Riaño, E. Pinto, F. Castillo, R. Fernández Santiago, E. García Somacarrera, A. López Useros, L.A. Herrera y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Análisis de morbi-mortalidad tras colecistectomía temprana por colecistitis aguda.

Material y métodos: Estudio observacional de vigilancia prospectiva en 572 pacientes diagnosticados de colecistitis aguda. No fueron interveni-

dos por su elevado riesgo quirúrgico 33 pacientes (29 colecistostomías percutáneas y 4 tratamiento exclusivamente antibiótico), con lo que el grupo de estudio quedó constituido por 539 pacientes (305 hombres y 234 mujeres), que fueron intervenidos en las primeras 48 horas tras su ingreso, independientemente del tiempo de evolución. Su media de edad fue 67 años (DE 16). La gravedad se clasificó de acuerdo con los criterios de Tokio: moderada 262 casos (48,8%), leve 231 (42,6%) y grave 46 (8,6%). El riesgo anestésico/quirúrgico se estimó mediante la clasificación ASA: 116 clase I (21,5%), 266 clase II (49,4%), 138 clase III (25,6%) y 19 clase IV (3,5%). Se realizaron 387 colecistectomías laparoscópicas (71,8%), con 85 reconversiones (22%) y 152 colecistectomías abiertas. La gravedad de las complicaciones se estimó con la clasificación de Clavien-Dindo. Se establecieron dos grupos, en función del tiempo de evolución: grupo 1 hasta 72h (476 pacientes, 88,3%); grupo 2, mayor de 72h (63 pacientes, 11,7%). No existieron diferencias significativas en la media de edad (grupo 1: 66,9 años; grupo 2: 66,4), ni en la distribución de casos según criterios de gravedad. La media de estancia hospitalaria fue 8,2 días (DE 6,5).

Resultados: La morbilidad global (médica y quirúrgica) fue 24,1% (130 pacientes); la mortalidad fue 1,3% (7 pacientes). Las complicaciones fueron de tipo I 23 (4,3%), tipo II 63 (11,7%), tipo IIIa 17 (3,2%), tipo IIIb 14 (2,6%), tipo IVa 10 (1,9%), tipo IVb 5 (0,9%) y tipo V 7 (1,3%). Se produjeron complicaciones quirúrgicas en 79 pacientes (14,7%), entre las que destacaron 24 abscesos, 14 fistulas biliares (3 de las cuales fueron lesiones mayores) y 5 sangrados abdominales. Se clasificaron como tipo I 10 (1,9%), tipo II 33 (6,1%), tipo IIIa 16 (3%), tipo IIIb 14 (2,6%), tipo IVa 2 (0,4%), tipo IVb 5 (0,9%) y tipo V 1 (0,2%). El abordaje fue laparoscópico en 71,6% de casos del grupo 1 y 73% del grupo 2. En el grupo 1 se observó una frecuencia de complicaciones globales de 23,9% y un 13,9% de complicaciones quirúrgicas frente a un 25,4% de complicaciones globales y un 20,6% de complicaciones quirúrgicas en el grupo 2 (chi cuadrado NS). Aunque la mortalidad fue mayor en el grupo 1 (1,5%) que en el grupo 2 (0), las diferencias no alcanzaron significación estadística. En el grupo 1 se apreció una menor frecuencia de conversión (20,5%) que en el grupo 2 (30,6%) ($p = 0,052$).

Conclusiones: La estrategia de colecistectomía temprana en colecistitis aguda: 1) se asocia con un bajo índice de complicaciones graves, incluyendo lesiones biliares, una baja mortalidad y una corta estancia hospitalaria; 2) es posible realizarla mediante abordaje laparoscópico con aceptable tasa de conversiones; 3) es aplicable incluso en casos de más de 72 horas de evolución desde el inicio del cuadro, aunque con mayor frecuencia de conversión, en caso de cirugía laparoscópica.

O-404. IMPACTO DE LA EDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA

C. Sanmiguel Méndez, J. Jorge Cerrudo, A. Paz Yáñez, A. Mansilla Roselló, T. Torres Alcalá, M. Carrasco Muñoz, I. Segura Jiménez, K. Muffac Granero y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica precoz es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda. El manejo en pacientes octogenarios sigue siendo controvertido actualmente. El objetivo del estudio es comparar la evolución de la colecistitis aguda en pacientes mayores y menores de 80 años.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de 2 cohortes (< 80 años; ≥ 80 años), que incluyó a todos los pacientes con colecistitis aguda tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) durante septiembre de 2009 y diciembre de 2010. Se analizaron variables entre las que destacan las comorbilidades, tipo de tratamiento, complicaciones, estancia y exitus. Los datos fueron obtenidos del registro de historias clínicas informatizadas del hospital y se analizaron mediante el programa informático SPSS 20.0®.

Resultados: Se analizaron 304 pacientes. La edad media fue de 68 ± 16 años, y el 56% fueron varones. Se intervinieron a 284 (93%) pacientes, de ellos el 86% por vía laparoscópica (8% de reconversiones). La mortalidad global fue de 15 (5%) pacientes y la mediana de la estancia fue de 4 días (3-8)_{Q25-Q75}. El análisis comparativo bivariante mostró los resultados que se presentan en la tabla.

Conclusiones: A la espera del análisis multivariante, los resultados preliminares parecen orientar que el incremento en la edad asocia una mayor estancia y mortalidad, así como una mayor tasa de tratamientos conser-

Tabla 1. (O-404)

Variable	Medida	< 80 años	≥ 80 años	p
Edad	Media ± DT	62 (± 14)	84 (± 5)	0,0001
Varones	N (%)	124 (56%)	45 (55%)	0,987
Neumopatía	N (%)	41 (18%)	18 (22%)	0,571
Cardiopatía	N (%)	44 (20%)	48 (60%)	0,0001
DM	N (%)	55 (25%)	24 (30%)	0,481
Riesgo ASA III	N (%)	46 (21%)	39 (48%)	0,0001
Tratamiento conservador	N (%)	8 (4%)	12 (15%)	0,001
Cirugía laparoscópica	N (%)	195 (88%)	66 (81%)	0,148
Reconversión	N (%)	15 (7%)	7 (10%)	0,631
Estancia	Mediana (Q75-Q25)	4 (3-6)	7 (4-11)	0,0001
Exitus	N (%)	3 (1,4%)	12 (15%)	0,0001

vadores. Estos pacientes tuvieron más comorbilidades (fundamentalmente cardiopatías) y el riesgo anestésico (ASA) fue superior.

O-405. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA: RESULTADOS TRAS 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

R. Sánchez Jiménez, J. Trébol, A. Juan, B. Rodríguez, F. Ozalla y M. Francos

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila, Ávila

Objetivos: Evidenciar que la hidatidosis hepática aún presenta una alta prevalencia en nuestro medio, siendo un problema de salud en algunas áreas. El manejo de estos pacientes sigue siendo un tema controvertido. El abordaje debe ser multidisciplinar e individualizado implicando a diversos servicios como urgencias, radiología, medicina interna y atención primaria además de cirugía y el seguimiento ha de ser prolongado. Presentamos la casuística de nuestro centro en pacientes tratados entre 1995 y 2011

Material y métodos: En 1995 estandarizamos el tratamiento de la hidatidosis hepática e iniciamos nuestro programa de abordaje laparoscópico de la misma, estableciendo los criterios de inclusión, estrategia quirúrgica y manejo perioperatorio, con albendazol, que se administró a dosis de 15 mg/kg/día un mes antes de la intervención y manteniéndolo durante dos meses postoperatorios. Inicialmente, se establecieron como criterios de exclusión relativos para el abordaje laparoscópico la rotura a vía biliar, recidivas, localización central, tamaño mayor de 15 cm, número mayor de 3 y pared calcificada. Las contraindicaciones para abordaje laparoscópico fueron la colangitis, cirrosis y enfermedad cardíaca grave. Los criterios de exclusión se han modificado tras la evaluación de resultados y el aumento de la experiencia quirúrgica. Definimos como técnica apropiada la quistectomía total abierta o cerrada siempre que fuera posible y segura y en el resto de los casos la quistoperiquistectomía subtotal hasta límites de seguridad con drenaje y epiploplastía. El seguimiento ha de ser a largo plazo con un mínimo de 36 meses.

Resultados: Entre 1995 y 2007* (*punto de corte para un adecuado seguimiento) hemos intervenido a 258 pacientes con edad media de 49 años (14-77). Se realizó un 64% de cirugía abierta, un 17% de cirugía laparoscópica y un 19% por PAIR. El tamaño medio de los quistes fue de 12cm. Se adecuó la técnica realizada al tamaño y localización del quiste, realizando abordaje laparoscópico sólo en aquellos casos en los que se podía reproducir mediante dicho abordaje la técnica abierta. La morbilidad fue de un 20% siendo la complicación más frecuente la fístula biliar de bajo débito. La media de la estancia postoperatoria fue de 6,4 días, siendo de 3,7 días en el abordaje laparoscópico.

Conclusiones: La hidatidosis es aún un problema de salud en nuestro medio, especialmente en algunas áreas. La cirugía laparoscópica es un método seguro y eficaz. Se pueden ampliar las indicaciones y la radicalidad del abordaje laparoscópico cuando los pacientes son tratados por equipos cualificados en cirugía hepática y laparoscópica avanzada. El tratamiento debe ser "a medida", siendo muy difícil la estandarización del mismo.

O-406. ANÁLISIS PROSPECTIVO A LARGO TÉRMINO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA EVENTRACIÓN DE LOS ORIFICIOS DE LOS TRÓCARES EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

J. Comajuncosas Camp, H. Vallverdú, R. Orbeal, J.L. López-Negre, J. Urgelles, P. Gris, J. Jimeno, C. Sánchez-Pradell, J. Hermoso, L. Estalella y D. Parés

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat.

Introducción: El advenimiento en 1987 y posterior universalización de la cirugía por vía laparoscópica en los últimos 20 años, con el consiguiente aumento espectacular del número de pacientes intervenidos a través de dicha vía, ha conferido importancia clínica a las complicaciones relacionadas con los trócares. De entre todas ellas la eventración a nivel de los orificios de los trócares laparoscópicos (EOT) es la más frecuente y a menudo pasa desapercibida.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de esta complicación y analizar la influencia de varios factores de riesgo en la aparición de una EOT en una serie prospectiva con un seguimiento superior a 2 años.

Material y métodos: Desde 2007 hasta 2008 realizamos un estudio poblacional prospectivo y observacional con todos los pacientes con colelitiasis que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica en nuestro centro. Se analizaron los siguientes factores de riesgo de EOT: edad, sexo, diabetes mellitus, índice de masa corporal > 30 kg/m² y la ampliación de la herida umbilical.

Resultados: Se analizaron 241 pacientes. Durante una mediana de seguimiento de 46,8 meses a 57 pacientes (25,9%) se les diagnosticó una EOT. De ellos, 27 presentaban una EOT asintomática (47,4%). En el análisis univariante la edad superior a 70 años, la diabetes mellitus, un IMC > 30 kg/m², la ampliación de la herida umbilical y la infección de la herida alcanzaron significación estadística como factores de riesgo para el desarrollo de una EOT. El análisis multivariante reveló que la diabetes mellitus (RR IC95%), la obesidad (RR IC95%), la ampliación de la incisión (RR IC95%), y la infección de la herida (RR IC95%), contribuyeron al riesgo de desarrollar una EOT.

Conclusiones: La incidencia real de la EOT es altamente prevalente, ya que muchas no son diagnosticadas a menos que se realice una exploración clínica exhaustiva (47,4% en nuestra serie). Se identificaron varios factores de riesgo (diabetes mellitus, la obesidad y la ampliación de la incisión umbilical) que podrían ser de gran importancia para introducir medidas preventivas como el uso de mallas en pacientes de alto riesgo. Son necesarios ensayos clínicos aleatorios prospectivos, teniendo en cuenta la indicación de la malla preventiva en los casos de pacientes de alto riesgo, con el fin de confirmar dicha indicación.

O-025. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS NO FUNCIONANTES DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE ALTO VOLUMEN

E. Ramírez-Maldonado, J. Busquets, T. Serrano, N. Peláez, L. Secanella, C. Valls, L. Martínez, E. Ramos, L. Lladó y J. Fabregat

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNEP) representan actualmente entre el 2-10% de los tumores pancreáticos. Con el

incremento del uso de las nuevas técnicas de imagen, el diagnóstico de los TNEP no funcionantes (TNEPNF) ha aumentado, representando en la actualidad entre el 68-80% de los TNEP. El diagnóstico puede ser incidental pero a menudo se descubren en una etapa avanzada, bien sea localmente o en muchas ocasiones con metástasis hepáticas. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de TNEPNF y sus resultados a corto y largo plazo.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se revisaron de forma retrospectiva 58 pacientes con diagnóstico de TNEPNF que fueron operados con intención curativa entre enero de 1993 y diciembre de 2011. Todos los tumores fueron clasificados clinicopatológicamente en Grupo 1: tumores benignos o de comportamiento incierto, Grupo 2: carcinoma bien diferenciado y Grupo 3: carcinoma poco diferenciado, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para TNEP. Se analizan las características clínicas, patológicas y el tratamiento quirúrgico establecido, así como la morbilidad postoperatoria y la supervivencia a largo plazo.

Resultados: Según la clasificación los pacientes se distribuyeron en Grupo 1: 7 (10,5%), Grupo 2: 42 (73,7%) y Grupo 3: 9 (15,8%). Se presentó con más frecuencia en hombres 52%, la media de edad 56,5 años (rango: 26-78 años) y tamaño del tumor fue de 48 mm (rango: 5-200 mm). Se localizaron en la cabeza pancreática en el 48,3% de los pacientes, cuerpo 22,4% y cola 29,3% y los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal 16 (38%) pacientes y la ictericia obstructiva en 7 (16,7%). El 88% de los pacientes sintomáticos tuvieron tumores malignos. La cirugía más frecuente fue la duodenopancreatectomía céfálica en el 41,2% de los casos y en el 15,5% se realizó pancreatectomía corporocaudal por laparoscopia. El 48% de los pacientes requirió una cirugía mayor compleja: resección vena cava con injerto de cadáver (2), resección tronco celiaco (2), trasplante hepático (2), resección metástasis hepáticas (11), resección de colon (3), gastrectomía (3), esplenectomía (11), nefrectomía (4), suprarrenalectomía (2). En cinco pacientes se resecaron más de 3 órganos. La morbilidad y mortalidad postoperatoria fueron 48 y 3,4% respectivamente. La recidiva ocurrió en el 39,7%, con un tiempo de recidiva medio de 2,41 años, destacando que en el Grupo 1 no existieron recidivas. Continúan vivos el 57,1% de los pacientes, con una media de seguimiento de 5,46 (0-16) años. La supervivencia media global fue de 10,04 años. La supervivencia de los pacientes con patología maligna es significativamente más corta que los pacientes con tumores benignos ($p = 0,002$). La supervivencia actuarial a los 5 años es del 70% en el grupo 2 y del 25% en el grupo III ($p = 0,007$). Sin embargo el 48% de los pacientes de los grupos 2 y 3 tienen una supervivencia mayor a 3 años, aun con metástasis o recurrencias ($p = 0,007$).

Conclusiones: La resección quirúrgica, incluso en presencia de metástasis, es el tratamiento más efectivo de los TNEPNF en pacientes operables y puede variar desde técnicas mínimamente invasivas hasta estrategias quirúrgicas muy complejas. En la actualidad el tratamiento es multidisciplinar y debe realizarse en unidades de alto volumen en cirugía hepatobiliopancreática.

O-026. DIFERENCIAS ENTRE 2 SISTEMAS DE ESTADIFICACIÓN TNM (SOCIEDAD EUROPEA DE TUMORES NEUROENDOCRINOS [ENETS], 2006 Y AJCC/UICC, 2010) DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL PÁNCREAS

E. Martín Pérez, J. Gómez Ramírez, I. Rubio Pérez, M. Posada González, J.L. Muñoz de Nova, E. Colmenarejo y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: Los tumores neuroendocrinos del páncreas (TNEPs) son neoplasias poco frecuentes que representan menos del 3% de todos los tu-

moreos del páncreas. En 2006, la Sociedad Europea de Tumores Neuroendocrinos (ENETS) propone la primera clasificación TNM de los TNEPs con un sistema de gradación que caracteriza el potencial proliferativo de las células tumorales mediante el recuento mitótico o el índice Ki-67. Pero en 2010 aparece la séptima edición TNM de la AJCC/UICC en la que se incluye la nueva clasificación TNM de los TNEPs (no incluida previamente en los sistemas de estadificación de la AJCC/UICC) que aplica la misma clasificación TNM empleada para los tumores pancreáticos exocrinos a los TNEPs. El objetivo de este estudio es identificar posibles diferencias entre estos dos sistemas de estadificación y valorar su significado clínico en un grupo de pacientes con TNEPs sometidos a cirugía en nuestra institución.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con TNEPs sometidos a cirugía con intención curativa en el Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, entre agosto 1996 y marzo 2012. Todos los tumores se estadificaron con las clasificaciones TNM de la ENETS y de la AJCC/UICC, con el fin de detectar diferencias en cuanto a estadio y clasificación T.

Resultados: 32 pacientes (21 (65,6%) mujeres y 11 (34,4%) hombres, edad mediana, 57,50 (rango, 21-85) fueron sometidos a resección con intención curativa. Tipo de tumor: no funcionante: 22 (68,8%); insulinooma: 8 (25%); gastrinoma: 1 (3,1%); productor de ACTH: 1 (3,1%). Fueron esporádicos 29 (90,6%) y asociados a MEN1 3 (9,4%). La mayoría de los tumores se localizaron en cuerpo-cola. Técnica: pancreatectomía distal: 13 (40,6%); duodenopancreatectomía total: 1 (3,1%); DPC: 5 (15,6%); enucleación: 11 (34,4%); pancreatectomía central: 2 (6,2%). Tamaño mediano del tumor primario: 2,5 cm (rango, 0,5-8). Estadificados según la clasificación ENETS, 40,6% fueron estadio I, 21,9% estadio II, 12,5% estadio III y 25% estadio IV. Según la clasificación de la AJCC, 62,6% fueron estadio I, 12,5% estadio II, y 25% estadio IV (tabla). La supervivencia de los pacientes con estadio I de ENETS fue del 92% en contraste con los pacientes con tumores en estadio I de la AJCC-UICC (69%).

Conclusiones: En este estudio, confirmamos que 7 casos diagnosticados como estadio II de la ENETS se clasificaron como estadio I de la AJCC-UICC y 4 diagnosticados como estadio III de la ENETS se clasificaron como estadio 2 de la AJCC. Aunque limitado por el pequeño número de casos, nuestro estudio demuestra diferencias entre ambos sistemas de estadificación. Es necesario estudiar el valor pronóstico de los dos sistemas de estadificación en una serie larga de pacientes con seguimiento a largo plazo.

O-027. TUMORES NEUROENDOCRINOS NO FUNCIONANTES DE PÁNCREAS: RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN POR LAPAROSCOPIA

J. Ferrer Fábrega, M.A. López-Boado, M.C. Pavel, S. Sánchez, J. Ordóñez y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: Los tumores pancreáticos endocrinos no funcionantes (TPN) > 2 cm presentan un riesgo elevado de malignidad.

Objetivos: Evaluar las complicaciones pancreáticas y los resultados a largo plazo de pacientes intervenidos por TPM de tamaño ≤ 3 cm mediante enucleación por laparoscopia.

Material y métodos: Entre abril 1998 y septiembre 2010, se realizó cirugía laparoscópica en 30 pacientes diagnosticados de TPN. En 13 pacientes con tumores ≤ 3 cm se realizó la enucleación por laparoscopia. En todos los casos se realizó linfadenectomía.

Resultados: El tamaño medio del tumor fue de 2,8 cm (2,8-3). El tiempo operatorio y las pérdidas hemáticas fueron de 130 min (90-280) y 220 ml

Tabla 1. (O-026)

AJCC-UICC	ENETS						Total
	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	
IA	14	1	-	-	-	-	15
IB	-	6	-	-	-	-	6
IIA	-	-	-	-	-	-	-
IIB	-	-	-	-	4	-	4
III	-	-	-	-	-	-	-
IV	-	-	-	-	-	8	8
Total	14	7	-	-	4	8	32

(120-300), respectivamente. Cinco pacientes presentaron fistula pancreática postoperatoria: International Study Group of Pancreatic Fistula (IS-GPF) A en dos pacientes, ISGPF B en tres pacientes. La mediana de seguimiento fue de 48 meses (12-144). Según la clasificación WHO, 10 pacientes presentaron tumores clasificados de comportamiento incierto y 3 pacientes tumores con carcinoma bien diferenciado, que están libres de enfermedad a los 2, 3 y 4 años de seguimiento, respectivamente. Un paciente presentó metástasis hepáticas a los 5 años de seguimiento.

Conclusiones: La enucleación por laparoscopia es una técnica factible y asociada a una morbilidad aceptable. En el caso de tumores con evidencia de malignidad es necesario realizar una linfadenectomía regional.

O-028. PANCREATECTOMÍA REPETIDA TRAS LA REALIZACIÓN DE UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL: VENTAJAS DE LA PANCREÁTICO-GASTROSTOMÍA CON PARTICIÓN GÁSTRICA

J. Ferrer Fábrega, M.A. López-Boado, M.C. Pavel, S. Sánchez y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: Es importante la realización de un correcto control y seguimiento postoperatorio de los pacientes diagnosticados de tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI), dado el riesgo de recidiva que presentan, tanto los invasivos como los no invasivos.

Objetivos: Evaluar las ventajas de la realización de una pancreático-gastrostomía con partición gástrica tras la duodenopancreatectomía cefálica por TPMI en el seguimiento postoperatorio de los pacientes.

Material y métodos: Desde enero 2000 hasta diciembre 2010, 88 pacientes diagnosticados de TPMI fueron intervenidos en nuestro servicio. Tres pacientes presentaron recidiva tumoral tras la duodenopancreatectomía cefálica. En todos ellos la reconstrucción fue realizada mediante una pancreático-gastrostomía. El seguimiento postoperatorio se realizó mediante exploraciones radiológicas y endoscópicas.

Resultados: La resonancia nuclear magnética y la ecoendoscopia, pusieron de manifiesto la presencia de una masa de 3 cm. en la región de la anastomosis en un paciente a los 2 años tras la cirugía; y la dilatación del conducto de Wirsung > 6 mm en dos pacientes a los 2 y 3 años tras la intervención, respectivamente. El diagnóstico de recidiva se confirmó por la presencia de mucina en la anastomosis tras la realización de una endoscopia. La citología informó de displasia moderada. La opacificación del conducto de Wirsung se puso de manifiesto tras la colangiografía retrógrada endoscópica sólo en un paciente que presentaba una estenosis irregular del conducto.

Conclusiones: El seguimiento a largo plazo postoperatorio del remanente pancreático tras una duodenopancreatectomía cefálica por TPMI se consigue mejor tras la reconstrucción realizada mediante una pancreático-gastrostomía.

O-029. FACTORES PREDICTIVOS DE MALIGNIDAD EN EL TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL DE PÁNCREAS

M.A. López-Boado Serrat, J. Ferrer Fabrega, S. Sánchez Cabús y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El tumor papilar mucinoso intraductal de páncreas (TPMI) es una lesión que en una quinta parte de casos presenta un comportamiento maligno. Su historia natural no es bien conocida en lo que se refiere a su potencial maligno. Se presenta un estudio en que se analizan las características clínicas e histológicas de la serie de TPMIs atendidos en nuestro centro.

Pacientes y método. Se analizaron retrospectivamente 88 pacientes diagnosticados de TPMI por alguna o varias de las siguientes pruebas: tomografía axial computarizada (TAC), colangio-resonancia (RNM) o por ecoendoscopia (USE) atendidos entre enero de 1997 y diciembre de 2008 en nuestro centro. Los factores analizados fueron: edad, sexo, forma de presentación, origen, localización, valor en sangre del marcador tumoral CA 19-9, tamaño del tumor y presencia de nódulos según las pruebas de imagen, técnica quirúrgica, malignidad y supervivencia. Se analizaron 9 parámetros prequirúrgicos y se realizó un estudio estadístico uni y multivariado para identificar factores predictivos de malignidad.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 64 ± 14 años siendo un 53% del sexo masculino. El 39% se diagnosticaron como hallazgo casual. La mitad se originaron en el conducto de Wirsung, el 37% en ramas colaterales y un 13% eran mixtos. Se operaron un 68% de los pacientes de los cuales el 42% fueron tumores malignos (32% carcinoma "in situ" y 68% invasivos). La mortalidad tras un seguimiento medio de 3 años fue del 13,6% (12 casos) siendo su histología: 1 benigno, 1 carcinoma "in situ" y 10 invasivos. En los análisis uni y multivariado se identificaron como factores predictivos independientes de malignidad la presencia de sintomatología y el tamaño del tumor (≥ 30 mm).

Conclusiones: Los TPMI son un hallazgo casual en casi la mitad de casos. El hecho de que den sintomatología y el tamaño del tumor son factores predictivos independientes de malignidad y, por tanto, deben ser cruciales en el manejo y actitud terapéutica a seguir.

O-030. TUMORES QUÍSTICOS PANCREÁTICOS: CONTROVERSIAS SOBRE SU TRATAMIENTO. ESTUDIO DESCRIPTIVO

I. Lobo Machín, L. Delgado Plasencia, S. González García, A. Hernández Morales, V. Medina Arana, A. Bravo Gutiérrez y A. Alarcó Hernández

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Los tumores quísticos del páncreas son infrecuentes, constituyendo un 10% de las lesiones quísticas de esta glándula. Los tumores quísticos mucinosos (TQM), el cistoadenoma seroso (TQS) y el tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI) suponen más del 90% de dichos tumores quísticos. Dada su baja incidencia, el diagnóstico de certeza y diferencial entre ellos, así como el procedimiento terapéutico más indicado, supone aún hoy en día un reto. El objetivo de nuestro trabajo se basa en evaluar el diagnóstico y tratamiento de estas neoplasias, mediante la revisión de los casos recogidos en nuestro centro.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de los casos clínicos de estos tipos de tumores diagnosticados en nuestro Hospital en un periodo de cinco años, entre 2006 y 2011 ($n = 20$). Se recopilaron variables epidemiológicas, clínicas, técnicas diagnósticas empleadas y actitud terapéutica tomada, para su análisis estadístico.

Resultados: Respecto a los aspectos epidemiológicos, la edad media fue de 62,6 años. Se recogieron 15 casos en mujeres (75%) frente a 5 varones (25%). 7 casos padecían diabetes mellitus previamente al diagnóstico del tumor (35%). En cuanto a las variables clínicas, en referencia al tipo de tumor, se obtuvieron 8 casos de TMPI (40%), de los cuales 5 fueron de rama principal y 3 de rama secundaria, 6 casos de TQM (30%) y 6 de TQS (30%). La localización más habitual, la cabeza pancreática ($n = 8$, 40%), seguido de la cola ($n = 4$, 20%), 3 en el cuerpo (15%) y 5 de distribución difusa (25%). La manifestación clínica más frecuente, el dolor abdominal ($n = 10$, 50%), seguido de síndrome constitucional ($n = 4$, 20%) y 2 casos con ictericia (10%). En 3 enfermos asintomáticos se trató de un hallazgo incidental (15%). En relación a las técnicas empleadas para el diagnóstico, fue variable, pero en todos ($n = 20$, 100%) se realizó eco-endoscopia (USE), siempre que fuera posible con PAAF ($n = 15$, 75%), para determinación de marcadores tumorales, análisis bioquímico y citológico, y tinción de mucina. Finalmente, en alusión al plan terapéutico, sólo en 4 enfermos se indicó resección quirúrgica (20%), practicando duodenopancreatectomía cefálica en 3 y pancreatectomía distal en 1. Todos ellos se encuentran en fase de remisión completa, tras más de un año de la cirugía. Por otra parte, en 13 (65%) se optó por actitud conservadora, con revisiones seriadas. 3 pacientes, en los que el tumor tuvo un comportamiento agresivo, precisaron tratamiento paliativo, mediante prótesis biliar y/o quimioterapia, falleciendo durante el seguimiento.

Conclusiones: La eco-endoscopia es la técnica gold-standard para la caracterización de estas lesiones, pues aporta imágenes de alta resolución, permite estadiar locoregionalmente y obtener material para analizar. El conocimiento del tipo de tumor quístico y su citología es fundamental. Los TQS asintomáticos y los TMPI de rama secundaria también sin clínica, pueden ser subsidiarios de tratamiento conservador mediante seguimiento periódico, mientras que el resto tienen riesgo de malignización o de tratarse de tumor maligno al diagnóstico, por lo que deben ser resecados lo antes posible. Se debe individualizar el tratamiento en función de la estirpe tumoral y estado basal del paciente.

PÓSTERS

P-057. PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA TOTAL CON PRESERVACIÓN MARCO DUODENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, M. Hernández García, A. García Muñoz-Najar, A. Rivera Díaz, J.A. Martínez Piñero, A. Serrano del Moral, P. Artuñedo Pe y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La cirugía debe ser la primera opción de tratamiento de las neoplasias papilares intraductales mucinosas (NPIM). La duodenopancreatectomía debe ser cuestionada en los pacientes con una enfermedad indolente o con tumores no invasores. Recientemente se han descrito resecciones pancreáticas para NPIM benigna y no invasivo situado en la cabeza del páncreas, con preservación duodenal o resección segmentaria duodenal. La cabeza del páncreas puede ser resecada completamente y la mayor parte del duodeno puede ser preservada por este procedimiento.

Objetivos: Presentamos el caso de un varón de 35 años remitido de Oncología por hallazgo incidental de neoplasia quística de páncreas en estudio de extensión de seminoma de buen pronóstico tratado recientemente. En estudios de imagen (TC y RMN) el dx más probable es de NPIM mixta de 4 cm en cabeza pancreática. Se ha realizado Eco-Endoscopia + PAAF confirmando naturaleza mucinosa con citología negativa, aunque no se han podido realizar amilasa ni MT en el material obtenido. No se ven formaciones murales en la LOE quística (tampoco se ven en TC ni en RMN), que se describe en la EE como aparentemente no comunicada con el CW (solo relación compresiva), aunque en la RMN sí parece comunicada con el mismo, que está dilatado. Se decide en Comité de Tumores Pancreatectomía cefálica total con duodenectomía segmentaria y preservación del marco duodenal. Técnica: disección AH. Kocher. Disección VMS. Separación de la cabeza pancreática de la AGD con preservación de la misma hasta la salida de AGE dcha. Separación de la parte superior de la cabeza del marco duodenal hasta la papila. Sección intrapancreática de la VB. Disección vena porta. Preservación de AHD procedente de la AMS. Disección 3ª porción duodenal respetando su meso hasta la papila. Sección cuello pancreático (biopsia IO negativa) y resección completa de la cabeza con segmento duodenal hasta la papila. Anastomosis duodeno (2ª porción), duodenal (3ª porción) t-t. Coledocoduodenostomía con tubo de Kehr exteriorizado por la VB proximal, avanzando la pata distal más allá de la duodenoduodenostomía. Pancreatoyeyunostomía t-l ducto-mucosa con tutor perdido (CW 10 mm). Pie de asa GIA 55. Drenaje Blake 19 ambiente. Sonda nasoyeyunal avanzada hasta 1ª asa yeyunal. Tras 24h en UCI pasa a planta y es dado de alta al 8º DPO, aunque requirió un nuevo ingreso por colección IA que fue tratada mediante drenaje guiado por eco y antibiótica. Actualmente asintomático y en seguimiento por CGD. La AP corresponde a una neoplasia mucinosa papilar intraductal con displasia de bajo grado, con afectación combinada del conducto pancreático principal y de sus ramas secundarias. Bordes de resección libres.

Conclusiones: La pancreatectomía con preservación duodenal o con resección limitada duodenal es una técnica segura y razonable, adecuada para pacientes seleccionados. Las principales ventajas de esta técnica a largo plazo son prometedores en términos sobre la función pancreática (exocrina y endocrina). La evolución del paciente fue satisfactoria, sin recidiva tumoral y sin afectación de la motilidad intestinal.

P-058. CÁNCER DE PÁNCREAS: "SECOND LOOK" Y RESECCIÓN VENOSA PORTOMESENTÉRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Gómez García, F. Carbonell Castelló, R. García Espinosa, P.M. Poves Gil, A. Alberola Poves, C. Redondo Cano, E. Castillo García, S. Mariner Belvis, J. Lorenzo Pérez y B. Ballester Sapiña

Hospital de La Ribera, Alzira.

Introducción: La cirugía es la única terapia potencialmente "curativa" en cáncer de páncreas, que continúa siendo la neoplasia gastrointestinal más letal. Desafortunadamente, su crecimiento rápido e insidioso deter-

mina un gran porcentaje de irresecabilidad y se estima que alrededor del 80-90% de los casos son inoperables en el momento del diagnóstico, por su carácter localmente avanzado y/o metastásico. Si bien existe consenso respecto a desestimar la cirugía curativa ante infiltración de tronco celiaco y/o a. mesentérica superior, hay menor unanimidad en otros aspectos. Así, la afectación del eje venoso porto-mesentérico, circunstancia no infrecuente dada la estrecha relación de cabeza/ulcus pancreático con vena/arteria mesentérica superior, ha sido considerada durante años incompatible con una cirugía resectiva. Sin embargo, actualmente, al menos 12 series en la literatura, avalan un aumento de la resecabilidad con exéresis vascular parcial y tasas de morbi/mortalidad del 0-7,7% y 16,7-54% respectivamente sin diferencias substanciales respecto a resecciones sin implicación porto-mesentérica. Respecto a la quimio/radioterapia neoadyuvante, ya se han documentado beneficios en pacientes seleccionados, con supervivencias global/libre de enfermedad (OS/DFS) equiparables entre neoplasias inicial/secundariamente resecadas siempre y cuando se logren márgenes libres. No obstante la estrategia terapéutica adoptada por los distintos grupos con experiencia en cirugía "second-look" de cáncer de páncreas varía considerablemente, desde políticas más conservadoras hasta las más ambiciosas pasando por opciones intermedias que plantean la resección ante regresiones parciales y/o estabilización de enfermedad con normalización de marcadores tumorales. De cualquier modo, las tasa de resecabilidad en la 2ª cirugía oscila entre 42-100%.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 40 años, con antecedentes de DMID/colitis ulcerosa, en quien se detecta una lesión en cabeza pancreática en una estudio ecográfico motivado por una hipertransaminasemia. El TAC/RM describen una neoplasia cabeza pancreática (38 x 40 mm), ectasia del Wirsung y dilatación retrógrada de vía biliar, sin aparente infiltración del eje porto-mesentérico. Se propone duodenopancreatectomía cefálica. Durante la exploración quirúrgica, se evidencia gran tumoración con compromiso de cabeza, cuerpo y cola, resultando imposible la maniobra de Mercadier por amplia infiltración porto-mesentérica. Ante el diagnóstico intraoperatorio de adenocarcinoma y dada su irresecabilidad, se decide no proseguir, recibiendo posteriormente 5 ciclos de quimioterapia (esquema Folfirinox). La importante involución tumoral condiciona una reevaluación, optándose por cirugía "second-look". Se practica duodenopancreatectomía total y esplenectomía, clampaje y sección de v. porta y mesentérica superior y reconstrucción vascular con prótesis de Goretex 8 mm practicando las correspondientes anastomosis mesentérico/portal (tiempo total clampaje 60') y restableciendo el tránsito mediante hepático-yeyunostomía transmesocólica/gastroyeyunostomía/yeyuno-yeyunostomía tipo Braunn.

Resultados: Durante su hospitalización, se constató la adecuada permeabilidad y funcionamiento de la prótesis portal mediante eco-Doppler. La anatomía patológica informó de resección R0, sin evidencia de células malignas. Actualmente, 15 meses después de la cirugía inicial y, se encuentra bajo régimen ambulatorio de quimio-radioterapia tipo capecitabina-gemcitabina, sin evidencia de enfermedad.

Conclusiones: Los esperanzadores resultados en cuanto a resecabilidad/supervivencia logrados con tratamiento oncológico neoadyuvante/cirugía de rescate en casos seleccionados, avalan, incluso en tumores "borderline", esta estrategia secuencial. Por ello, a la espera de estudios aleatorizados que aporten evidencia científica, consideramos que es necesario valorar de forma multidisciplinar el manejo de Neoplasias pancreáticas en el límite de la resecabilidad y establecer criterios de rescate (cirugía "second-look") para identificar a quienes puedan beneficiarse de esta secuencia terapéutica.

P-059. DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN PACIENTE CON OCLUSIÓN DEL TRONCO CELÍACO: REVASCULARIZACIÓN CON INJERTO DE VENA SAFENA

F. Carvajal López, J. Camps Lasa, E. Herrero Fonollosa, M.I. García Domingo y E. Cugat Andorrà

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La estenosis del tronco celiaco es un hallazgo frecuente que puede ser asintomática si la vascularización de los órganos dependientes se mantiene a través de vías colaterales. Habitualmente las vías colaterales tienen origen en la arteria mesentérica superior y requieren ser seccionadas para realizar una duodenopancreatectomía cefálica, lo que ocasiona isquemia visceral y puede aumentar la morbilidad del pro-

cedimiento. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de neoplasia de la cabeza del páncreas y oclusión completa del tronco celiaco que fue sometida a una duodenopancreatectomía cefálica, en la que se realizó revascularización de la arteria hepática mediante injerto de vena safena desde la arteria mesentérica superior.

Caso clínico: Paciente de 55 años de edad que debutó con ictericia indolora y fue diagnosticada de neoplasia de la cabeza del páncreas. En la TC se detectó una estenosis del tronco celiaco con una arteria gastroduodenal dilatada y tortuosa. Se intentó la colocación de stent endovascular en tronco celiaco sin conseguir canalizarlo por oclusión completa. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica, en la que al pinzar la arteria gastroduodenal desaparecía el latido de la arteria hepática. Se realizó bypass desde la arteria mesentérica superior hasta la arteria hepática común mediante interposición de segmento de vena safena. No se observaron signos de isquemia hepática, gástrica ni esplénica durante el resto del acto quirúrgico. Postoperatorio sin complicaciones, fue dada de alta el día 14. El estudio anatomopatológico informó de un adenocarcinoma infiltrante de la cabeza del páncreas asociado a neoplasia papilar mucinosa intraductal de alto grado con márgenes de resección libres.

Discusión: En los pacientes que serán sometidos a una duodenopancreatectomía cefálica debe ser valorada la permeabilidad del tronco celiaco debido a que su estenosis puede aumentar el riesgo de complicaciones graves. En caso de oclusión del tronco celiaco el mejor tratamiento es la colocación de un stent endovascular. Cuando no es posible la revascularización endovascular, o se hace diagnóstico intraoperatorio, es necesario recurrir a técnicas de revascularización como el bypass mediante interposición de vena safena.

P-060. ANÁLISIS DE LAS VARIANTES ANATÓMICAS ARTERIALES HEPÁTICAS ANTE UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA

A.R. Valle García, D. Padilla Valverde, P. Villarejo, J. Villanueva, P. Menéndez, J.L. Bertelli, F. Ruescas, E. García, S. Sánchez, V. Muñoz y J. Martín

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El sistema hepático arterial presenta variaciones anatómicas en hasta un 45%. La identificación perioperatoria evitará morbilidad adicional a la realización de una duodenopancreatectomía. Identificar estas anomalías permitirá evitar una lesión inadvertida que ocasionaría severo compromiso vascular y/o hemorragias perioperatorias.

Objetivos: Análisis descriptivo de las variantes anatómicas de vasos arteriales hepáticos identificados en nuestro Servicio mediante estudio radiológico preoperatorio, TC multicorte con reconstrucción tridimensional, MIP, y acceso inicial retroperitoneal a arteria mesentérica superior.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 74 enfermos intervenidos quirúrgicamente desde finales 2009 a 2011 con patología pancreática y peripancréatica para la realización de DPC con acceso inicial a la arteria mesentérica superior e intención curativa. Variables estudiadas: 1. Anomalías de arteria hepática radiológicas: Diagnóstico y estadificación mediante el tomógrafo multicorte, Brilliance CT Philips, con cortes tomográficos de hasta 0,9 mm de grosor, con fase arterial y portal según protocolo. Reconstrucción tridimensional en estación de trabajo, MIP. 2. Clasificación de anomalías anatómicas de la arteria hepática según Michels y Hiatt. 3. Procedimiento quirúrgico: acceso inicial a arteria mesentérica superior

Resultados y conclusiones: Descubrimos variantes anatómicas en hasta un 32%. Arteria hepática izquierda (AHI) con origen en arteria gástrica izquierda (AGI), sustitutiva (1/1,4%). Arteria hepática derecha (AHD) desde arteria mesentérica superior, (AMS) sustitutiva (6/8%). AHI (AGI) sustitutiva + AHD (AMS) sustitutiva, (1/1,4%). AHI (AGI) accesoria, (2/2,7%). AHD (AMS) (4/5,4%). AHI (AGI) accesoria + AHD (AMS) accesoria, (2/2,7%). AHC (AMS), (4/5,4%). AHC (aorta), (1/1,4%). AHD (tronco celiaco) + 2AHI + AGD (tronco celiaco) (1/1,4%). AHC + AHI (AGI) (1/1,4%). La variación más frecuente, coincidiendo con la literatura, 11-21%, fue la aparición de arteria hepática derecha sustitutiva con origen en arteria mesentérica superior (6/8%). Su recorrido en todos los casos fue retropancreático, retroportal con entrada a ligamento hepatoduodenal posterolateral a la vía biliar, tipo 1. También puede tener un recorrido a través de la cabeza pancreática, tipo 2, o entre ésta y vena

porta, tipo 3. Su identificación perioperatoria evitará daños como hemorragia intra o postoperatoria y fenómenos de isquemia, con riesgo de complicación en anastomosis bilioentérica. Equipos multidisciplinares que unifiquen y exijan criterios de búsqueda y hallazgos radiológicos protocolizados con estos fines, en enfermos susceptibles de realizar una duodenopancreatectomía cefálica, permitirá conseguir una información y estadificación preoperatoria adecuada.

P-061. DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RESECCIÓN VASCULAR VENOSA POR INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

E. Caballero Rodríguez, P.E. González de Chaves Rodríguez, P. Sanz Pereda, E. Rodríguez Ramos, P. Marrero Marrero, B. Arencibia Pérez, M.A. Barrera Gómez y A. Soriano Benítez de Lugo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Las neoplasias de páncreas son unas de las más letales que existen, no presentando de forma global una supervivencia a los 5 años mayor del 10%. La cirugía es el único tratamiento curativo. Gracias al avance de las técnicas quirúrgicas, al manejo avanzado en las unidades de críticos, a la mejoría en las técnicas percutáneas y a la mejor selección y preparación de los pacientes, cada vez más pueden usarse técnicas más agresivas quirúrgicas para tratar a estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos los datos de 8 pacientes a los que se realizó resección vascular venosa en intervención de duodenopancreatectomía entre el año 2007 y 2012. Se analizaron datos de índole demográfica (edad, sexo...), datos de las características quirúrgicas (técnica, tiempo quirúrgico...) y de la anatomía patológica. Asimismo, se analizaron los resultados postoperatorios en términos de complicaciones y supervivencia.

Resultados: Se analizan los datos demográficos de 8 pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía con resección vascular, en todos los casos siendo esta venosa. La edad media de los pacientes resultó de 55,9 años (43-78) con una relación H:M de 5:3. Todos los casos padecían de enfermedad maligna (7 adenocarcinomas y 1 tumor neuroendocrino). La localización de la lesión fue en el 100% de los pacientes cefálica. El tamaño medio del tumor fue de 3,53 cm \pm 1,93 con un número de ganglios aislados de 14,75 ganglios \pm 8,1. La técnica quirúrgica utilizada fue en la mayoría de los casos la duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica (62,5%) y la técnica de reconstrucción preferida (100%) la pancreatoyeyunostomía con sutura en doble capa. El tamaño medio del segmento vascular resecado fue de 1,25 cm, utilizándose para la reconstrucción la venografía en 6 casos y el injerto en 2 ocasiones (vena safena y prótesis de Goretex no anillado). El tiempo quirúrgico fue de media de 343 min \pm 99,7. Además, el 50% de los pacientes recibieron quimioterapia postoperatoria. El 25% recibió un régimen combinado de radioquimioterapia, y el 25% restante, ningún tipo de tratamiento adyuvante. La presentación de las complicaciones en nuestros pacientes la haremos de 2 maneras. Primero, complicaciones específicas de la cirugía pancreática como están definidas por la ISGPS; colecciones o abscesos (drenaje percutáneo), fistula pancreática y retraso del vaciamiento gástrico. En nuestro grupo de pacientes a los que se les practicó resección vascular sólo ocurrió una fistula pancreática. Según la clasificación de las complicaciones de la cirugía pancreática, presentada por Clavien, un 87,5% de los pacientes presentaron complicaciones menores (grado I y II). Se consideran complicaciones mayores a partir del grado IIIa en adelante (12,5%). La estancia total hospitalaria fue de 16,50 días \pm 11,83. Por último, actualmente el 50% pacientes de los casos permanecen vivos sin recidiva; 3 de los 4 pacientes fallecidos fue por causa tumoral (recidiva o metástasis de la enfermedad).

Conclusiones: El tratamiento del cáncer de páncreas ha evolucionado, en la técnica quirúrgica, cuidados anestésicos intra y postoperatorios, medios de diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones, así como en una mejor selección y preparación de los pacientes. De este modo, hemos podido ampliar el rango de enfermos que pueden beneficiarse de un tratamiento quirúrgico, con intenciones curativas, a pesar de enfermedad localmente avanzada. Se hace necesario, pues, el análisis de los resultados a partir grandes cohortes de pacientes sometidos a cirugía pancreática neoplásica con resección vascular, para poder determinar las mejores opciones de tratamiento. En este trabajo presentamos nuestros resultados.

P-062. ADENOCARCINOMA DE PRIMERA PORCIÓN DUODENAL COMO RARA FORMA DE PRESENTACIÓN EN PACIENTE VARÓN DE 27 AÑOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA. A PROPOSITO DE UN CASO

R. Sanabria Mateos, I. Justo, O. Caso, N. Fakihi, S. García Aroz, A. Marcacuzco, A. Manrique, P. Rico, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El adenocarcinoma primario de duodeno, excluyendo los ampulomas, presenta una baja incidencia, alrededor del 0,35% de los tumores gastrointestinales y el 35-45% de los carcinomas de intestino delgado. La edad de aparición se sitúa en la quinta y sexta década, y en un reciente estudio, se ha demostrado que la edad de diagnóstico del cáncer duodenal en la primera y segunda porción, siendo ésta última, la localización más frecuente, es mayor que en los objetivados en la tercera y cuarta. Los factores pronósticos más importantes incluyen el estadio y la localización, obteniéndose supervivencias, según diversas series, entre un 25-40% a cinco años con cirugías R0.

Material y métodos: Descripción de un caso de un varón joven con diagnóstico de adenocarcinoma de la primera porción duodenal.

Resultados: Se trata de un varón de 27 años de edad que ingresa en el Servicio de Medicina Interna para estudio de cuadro de anemia microcítica e hipocromía asociado con cuadro de dolor abdominal postprandial. En la analítica destaca una hemoglobina de 6,3 con leve leucocitosis con desviación izquierda y PCR de 6. Se le realiza una gastroscopia en la que se objetiva una neoformación duodenal con biopsia de tumor maligno inderferenciado y se completa el estudio con un TAC abdominal que describe una masa tumoral que afecta al píloro y primera porción duodenal sin estenotar la luz ni producir dilatación del estómago, que presenta infiltración de la cabeza pancreática. Dados los hallazgos el paciente es trasladado a nuestro servicio y se le realiza una duodenopancreatocetomía cefálica con estudio anatomopatológico que muestra un adenocarcinoma duodenal pobremente diferenciado con áreas con células en anillo de sello y áreas coloides (menos del 50%), que infiltra la muscular propia duodenal y el parénquima pancreático superficialmente con márgenes quirúrgicos de resección libres de neoplasia y sin metástasis en los 40 ganglios aislados, pt3N0. El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente actualmente está en tratamiento oncológico tras conseguir una resección R0 y siendo un estadio IIIA.

Conclusiones: El adenocarcinoma de duodeno es un cáncer relativamente infrecuente en comparación con el resto de tumores del tracto gastrointestinal (0,35%). Los tumores de duodeno ocurren principalmente en la segunda porción duodenal siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente. La resección es el único tratamiento curativo siendo la duodenopancreatocetomía el procedimiento estándar. La supervivencia está directamente relacionada con el estadio y con conseguir una resección R0.

P-063. MÁRGENES DE RESECCIÓN EN CÁNCER DE PÁNCREAS Y REGIÓN PERIAMPULAR. REVISIÓN PRELIMINAR DE NUESTRA EXPERIENCIA

M.E. Gómez García, A. Alberola Soler, P.M. Poves Gil, F. Carbonell Castelló, R. García Espinosa, C. Redondo Cano, E. Castillo García, J. Lorenzo Pérez, S. Mariner Belvis, J. del Pino Porres y B. Ballester Sapiña

Hospital de La Ribera, Alzira.

Introducción: El pronóstico de los pacientes con adenocarcinoma de páncreas, a pese a los avances terapéuticos y la optimización en el manejo multidisciplinar, continúa siendo pobre debido a la alta agresividad tumoral. Dada la limitada respuesta a la quimio y radioterapia, la resección quirúrgica es la única opción potencialmente curativa. Sin embargo, desafortunadamente, las propias características biológicas y la progresión neoplásica, a menudo insidiosa en estadios precoces, condiciona un estado localmente avanzado de la enfermedad y/o asociada a diseminación metastásica en el momento del diagnóstico que reduce las posibilidades quirúrgicas a un menor número de pacientes aún a pesar de la evolución del concepto de resecabilidad. De hecho, se estima que sólo un 10-20% de ellos serán candidatos a una cirugía oncológica e, incluso en estos casos, la recurrencia local es frecuente y las tasas de supervivencia a los 5 años oscilan únicamente entre el 7-25%. Precisamente en este grupo de pacientes, la afectación del margen de resección (RM) ha sido establecido

como factor pronóstico por su repercusión y beneficios en la supervivencia. No obstante, a pesar de ello, las tasas de márgenes positivos (R1) disponibles en la literatura varían ampliamente, desde menos de un 20% a más del 75% (16-85%) y la correlación con la supervivencia ha sido constatada en algunos pero no en todos los estudios. Tradicionalmente, el estado del margen de resección (RMS) se ha contemplado fundamentalmente bajo el prisma de la cirugía como un marcador de calidad técnica y oncológica; sin embargo, recientes estudios han propiciado una interpretación diferente. Así, avalados por la evidencia de que un examen histopatológico estandarizado tendría un impacto determinante en el RMS, el patólogo pasaría a desempeñar un rol principal en esta cuestión. Al respecto, y a pesar de la falta de homogeneidad en los protocolos, en los casos R1, los márgenes medial/posterior son los afectados mayoritariamente. Con el presente estudio, nuestra pretensión, dada la amplitud de tasas documentadas de R1 y la heterogeneidad de cifras de supervivencia (5 años) atribuidas, ha sido auditar nuestros propios resultados.

Material y métodos: Se recogieron evaluaron las DPC indicadas entre enero del 2005-2012 en el Hospital de la Ribera (Alzira). Además de datos relativos a técnica quirúrgica/amplitud de resección, se documentó el análisis histopatológico, especialmente RMS y distancia mínima libre de tumor según el protocolo de examen vigente en nuestro centro.

Resultados: 70 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico potencialmente curativo por patología de la región periampular. 54 resultaron adenocarcinomas y en 11 la resección fue R1 (20,37%), 9 de los cuales eran neoplasias pancreáticas y 2 ampulares. Por tanto, la tasa R1 en páncreas fue de 21,43% frente a un 22,22% en ampulomas. Adicionalmente, un paciente con diagnóstico intraoperatorio de TPMI R0, requirió pancreatocetomía total. Entre los grupos R0/R1 así mismo, se constataron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a pronóstico y supervivencia ($p < 0,05$).

Conclusiones: Aunque es pertinente establecer criterios unánimes de examen anatomopatológico y definición de márgenes de resección para poder equiparar y validar los resultados, nuestras tasas de afectación de RM son comparables e, incluso, se sitúan en el adenocarcinoma pancreático, en el rango inferior de las previas. Nuestros resultados, además, apoyan el hecho de que la necesidad de consenso y de asegurar un R0 se incrementan al considerar su impacto en la supervivencia.

P-064. NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ, TOLERANCIA ORAL Y TRASTORNOS DE VACIAMIENTO GÁSTRICO TRAS CIRUGÍA PANCREÁTICA. PLANTEAMIENTOS TRAS REVISIÓN RETROSPECTIVA DE CASOS EN NUESTRO CENTRO

E. York, B. Manso, M. Fraile, C. García, D. Cortes, S. González, M. Sánchez de Molina, C. Levano y A. Celdrán

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Es conocido que dentro de las complicaciones que pueden aparecer en el post operatorio de la cirugía pancreática están la fistula pancreática y el retraso en el vaciamiento gástrico, así como la asociación entre ambas. Utilizando las definiciones del "International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS)" el objetivo de este trabajo es valorar la incidencia de trastornos en el vaciamiento gástrico no asociados a fistulas, así como plantear la posibilidad de que esta incidencia esté comprometida por el uso de dispositivos de alimentación enteral como la sonda de Moss (catéter de inserción gástrica con triple luz: balón, descompresión gástrica y prolongación para nutrición enteral distal/ yeyunal) utilizada en nuestro centro. Por esta razón modificamos el criterio para clasificación de retraso en el vaciamiento gástrico del ISGPS correspondiente a la reinserción de SNG por reapertura de la luz de descompresión gástrica de la sonda de Moss.

Material y métodos: Hasta la actualidad se han revisado casos operados de duodenopancreatocetomía cefálica entre 2009 y mediados de 2011. Criterios de exclusión: fistula pancreática. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a duodenopancreatocetomía cefálica y reconstrucción digestiva a lo Hoffmeister Polya con sonda de Moss gástrica.

Resultados: Hasta la fecha se han incluido 16 pacientes, 11 mujeres y 5 hombres, con edades entre 48 y 76 años. A todos (100%) se les inicia nutrición enteral por la luz yeyunal de la sonda de Moss en las primeras 48h de post operatorio. De estos pacientes, 8 (50%) transcurren sin ninguna incidencia para el reinicio de tolerancia oral. 4 (25%) presentan trastornos de vaciamiento gástrico de tipo A caracterizado por vómitos y necesidad de apertura de la luz de descompresión gástrica de la sonda de Moss entre el 4º y 7º día postoperatorio, en tres de ellos se realiza prueba

de imagen (tránsito intestinal) descartando causas de obstrucción mecánica y evidenciando adecuado vaciamiento gástrico, por lo que se reintenta tolerancia oral sin incidencias ni complicaciones asociadas. Los restantes 4 (25%) presentan trastornos de vaciamiento gástrico de tipo B caracterizados por vómitos persistentes, necesidad de apertura de luz gástrica de descompresión de la sonda de Moss o uso de procinéticos transcurridos más de 7 días desde la cirugía, en este grupo pudimos evidenciar complicaciones asociadas, 2 de ellos (50%) a colecciones intraabdominales y otros 2 (50%) asociados a complicaciones directas de la sonda de Moss, una extrusión completa del balón intragástrico y otro con reingreso por cuadro obstructivo transitorio tras retirada de la sonda un mes después de la cirugía.

Conclusiones: A pesar de tratarse de resultados preliminares se pueden plantear múltiples preguntas que esperamos poder abordar. ¿Contribuye el uso de dispositivos de alimentación enteral (como la sonda de Moss) con la nutrición enteral precoz de estos pacientes o pueden por el contrario dilatar la correcta tolerancia oral, aumentar el índice de complicaciones e incrementar costos? ¿Se debe considerar el trastorno de vaciamiento gástrico de tipo A como una complicación real en vista de la ausencia de hallazgos en las pruebas de imagen (tránsito intestinal)?

P-065. RESECCIONES PANCREÁTICAS POR PATOLOGÍA TUMORAL MALIGNA. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

A. Miyar de León, L. Solar García, J. González Martínez, L. Barneo Serra, J.C. Fernández Fernández, C. Valdés, C. García Bernardo, I. González Pinto-Arrillaga y L. Vázquez Velasco

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia quirúrgica con las resecciones pancreáticas por patología tumoral maligna, en una unidad de cirugía pancreática recientemente creada.

Material y métodos: En un periodo comprendido desde mayo del 2008 a diciembre de 2011, 122 pacientes con patología tumoral maligna pancreática y periampular fueron estudiados en nuestra unidad. De ellos, 85 (70%) fueron subsidiarios de resección pancreática. La edad media de los pacientes intervenidos fue 60 años (16-80) con ligero predominio del sexo femenino (51%) respecto a los varones. La indicación más frecuente para la resección pancreática fue el adenocarcinoma ductal de páncreas (67%) seguido de los tumores neuroendocrinos (18%) y de los tumores periampulares (12%). Los adenocarcinomas pancreáticos se encontraban localizados, fundamentalmente a nivel de la cabeza pancreática (44%).

Resultados: Los procedimientos quirúrgicos empleados para la resección de estos tumores fueron la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), mayoritariamente con preservación pilórica (76%) y la esplenopancreatectomía corporocaudal en el resto de los casos (24%). La mortalidad postoperatoria global fue de 3,5%, toda ella atribuible al procedimiento de DPC. Un 54% de los pacientes tuvieron algún tipo de complicación. Las complicaciones quirúrgicas fueron las más habituales siendo la fístula pancreática (17%) la más frecuente seguida de la fístula biliar (10%). Un 12% de los pacientes (10 pacientes) precisaron reintervención quirúrgica. La fístula pancreática grado C según la clasificación del International Study Group of Pancreatic Fistula (ISGPF) fue la causa más frecuente de reintervención (5 casos), seguido de la hemorragia postoperatoria (3 casos).

Conclusiones: La resección pancreática sigue siendo, aun en nuestros días, un procedimiento quirúrgico con una elevada morbilidad y mortalidad no despreciable. Esta mortalidad está en relación directa con el volumen de pacientes tratados por lo que sería recomendable centralizar esta patología en hospitales con soporte técnico, tanto médico como quirúrgico, con unidades especializadas para disminuir estas cifras.

P-066. SCHWANNOMA DE TERCERA PORCIÓN DUODENAL: RESECCIÓN EN BLOQUE CON INCLUSIÓN DEL PROCESO UNCINADO DEL PÁNCREAS

A. Melero Abellán, M. Bruna, E. Artigues, M.A. Lorenzo y J. Puche

Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos que representan el 5% de los tumores mesenquimales, siendo su localización duodenal extremadamente rara. La única opción terapéutica con pretensión curativa en este tipo de tumores es la resección quirúrgica completa.

Caso clínico: Mujer de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, que consultó por molestias abdominales

y anemia crónica. La ecografía y tomografía abdominales realizadas identificaron una tumoración mesogástrica de 5 cm. de diámetro. El tránsito esofagogastrointestinal mostró un defecto de repleción en tercera porción duodenal y endoscópicamente se identificó una tumoración subepitelial ulcerada y dura al tacto, que producía una estenosis parcial de su luz y mostrando las biopsias signos de duodenitis crónica. La PET-TC detectó una masa con actividad metabólica patológica en tercera porción duodenal y, tras el estudio con angio-RMN que no evidenció infiltración vascular, la paciente fue intervenida quirúrgicamente. Se realizó laparotomía exploradora y amplia maniobra de Kocher, identificando tumoración dura y redondeada de unos 5 cm de diámetro que dependía de la tercera porción duodenal y englobaba el proceso uncinado pancreático respetando los vasos mesentéricos superiores. Se realizó colestectomía, canalización de la papila por vía transcística y liberación del duodeno proximal y distal a la tumoración, resecándola en bloque con el segmento duodenal afecto y proceso uncinado pancreático. El tránsito intestinal se reconstruyó con una anastomosis termino-terminal manual. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El estudio anatómopatológico diagnosticó un schwannoma duodenal de 4,5 cm, con cápsula íntegra, baja densidad celular, atipia nuclear y menos de 5 mitosis por cada 50 campos, mostrando el estudio inmunohistoquímico positividad frente S-100 y negatividad para CD117, CD34, actina, desmina y citoqueratinas AE1 y AE3.

Discusión: Los schwannomas son tumores ectodérmicos derivados de las células de Schwann de las vainas nerviosas de los plexos de Meissner y Auerbach. Suelen tener un comportamiento benigno, aunque en ocasiones pueden malignizar. Sus manifestaciones clínicas son vagas e inespecíficas, ayudando la endoscopia y la tomografía para establecer su diagnóstico, muchas veces dificultoso. En tumores localizados, la resección quirúrgica completa sin linfadenectomía es la opción terapéutica más adecuada. En el caso que presentamos el tumor duodenal se encontraba en íntimo contacto con el proceso uncinado del páncreas, sin afectar a su cabeza ni a la papila, por lo que se decidió realizar una resección «atípica» permitió la exéresis completa del tumor con integridad capsular y bordes libres, sin necesidad de realizar, en una paciente de edad avanzada, una cirugía más agresiva y extensa como es la duodenopancreatectomía cefálica. La quimioterapia o la radioterapia son tratamientos ineficaces y los factores pronósticos más importantes son el tamaño y estadio tumoral, el índice de proliferación celular y el estado de los bordes de resección y cápsula tumoral. La localización duodenal de los schwannomas es rara, precisándose para su correcto manejo la exéresis completa del tumor con bordes libres y cápsula íntegra, lo que requiere, en ocasiones, cirugías resectivas complejas como la que presentamos.

P-067. OCLUSIÓN INTESTINAL AGUDA POR ADENOCARCINOMA DUODENAL

M. Mingorance Alberola, R. Rumenova Smilevska, F. Orts Micó, M. Ruiz-Piqueras Lecroisey, M. Gil Santos, S. Pérez Bru, E. Soliveres Soliveres, M. Mella Laborde, A. García Marín, M. Morales Calderón y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: La oclusión aguda del intestino delgado por una obstrucción representa alrededor del 3% de todas las oclusiones intestinales, pudiendo tratarse de una obstrucción interna (en la luz) o externa (parietal). Los tumores malignos primarios del intestino delgado representan el 1-2% de todos los cánceres digestivos y alrededor del 5% de las oclusiones agudas del intestino delgado son debidas a estos. Los tipos histológicos más frecuentes son adenocarcinomas. Suelen aparecer entre los 50-55 años, presentan una incidencia algo mayor en hombre, y la supervivencia a 5 años es del 30-40% para cualquier tipo histológico (excepto para los tumores carcinoides, del 60%). El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico de oclusión intestinal aguda por un adenocarcinoma de tercera porción duodenal, tanto por la baja incidencia de dicha patología como por su dificultad diagnóstica y terapéutica.

Material y métodos: Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Resultados: Mujer de 38 años de edad con antecedentes de metrorragias por quistes ováricos y anemia microcítica, y dos cesáreas, consultó por cuadro de vómitos posprandiales de una semana de evolución. La analítica sistémica fue normal, excepto por la presencia de anemia, Hb de 11 g/dl y VCM de 63,9 fl. La radiografía de abdomen fue inespecífica. La paciente fue diagnosticada de cólico biliar y fue ingresada en el servicio de digestivo. Al tercer día de ingreso la paciente sigue presentando intole-

rancia oral por lo que se realiza una endoscopia que objetivó una lesión infiltrativa a nivel de la tercera porción duodenal. El estudio se completó con tomografía axial computarizada toraco-abdomino-pélvica que confirmó la presencia de una lesión obstructiva a nivel de la tercera porción duodenal (fig.) así como un proceso uncinado prominente, sin objetivar posibles metástasis a distancia. La histología de la biopsia obtenida durante la endoscopia informa de adenocarcinoma. Se practicó una duodenopancreatectomía cefálica y el informe anatomopatológico describe un adenocarcinoma duodenal moderadamente diferenciado, de 3 cm, en la tercera porción duodenal, que infiltraba todas las capas intestinales (pT-4N0M0) así como el páncreas por extensión directa. La paciente tiene una evolución postoperatoria tórpida, presentó fistula pancreática, que se trató con manejo conservador y fue dada de alta al trigésimo-tercer día postoperatorio. Actualmente está en tratamiento con quimioterapia.

Conclusiones: El retraso en el diagnóstico, por sus manifestaciones clínicas tardías, hace del adenocarcinoma de intestino delgado una entidad con un pronóstico muy sombrío, dado que aproximadamente el 50% de pacientes presentan enfermedad metastásica en el momento del mismo. En nuestro caso, no se detectaron metástasis, pero la neoplasia infiltraba todas las capas del duodeno, así como infiltración pancreática por extensión directa. El único tratamiento considerado actualmente curativo es el quirúrgico, siendo controvertido para la tercera porción duodenal -entre DPC y resección segmentaria. La fistula pancreática presenta una tasa post-DPC superior en los pacientes con adenocarcinoma de duodeno en comparación con los pacientes con cáncer de páncreas (debido al estado del tejido pancreático).

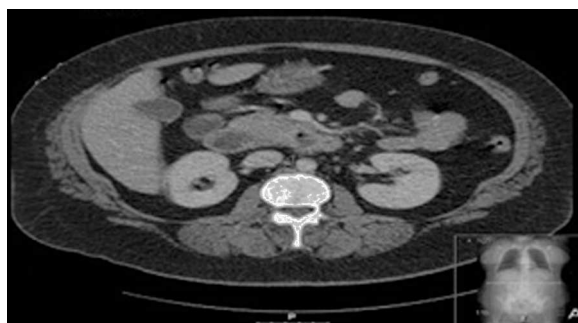


Figura. Tomografía axial computarizada: lesión obstructiva a nivel de la tercera porción duodenal

P-068. PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR PRIMARIO DUODENAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

A. Illán Riquelme, M. Jiménez Fuertes, D. Costa Navarro, C. Calado Leal, C. Zamora Amorós, M. Diego Esteve, R. Ripoll, J. Camacho, V. Soler, C. Carbonell y H. Abdallahi

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Introducción: El plasmocitoma extramedular representa una variante muy poco común de las neoplasias de células plasmáticas que surgen fuera de la médula ósea, siendo descrita con mayor frecuencia en el tracto respiratorio superior, y, de forma ocasional, en el bazo, ganglios linfáticos, pulmones, hígado, órganos genitales, riñones y tiroides, siendo extraordinariamente raros aquellos localizados en el duodeno. Presentamos un caso de plasmocitoma extramedular primario duodenal que debutó como una oclusión intestinal.

Caso clínico: Paciente hombre de 62 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por cuadro de intolerancia alimentaria con vómitos de dos semanas de evolución. A la exploración física se encontraba apirético, con dolor leve a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho y sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente únicamente destacaba hiponatremia e hipokaliemia. Ante los hallazgos, se realizó TAC abdominal con contraste intravenoso, que evidenciaba una masa en píloro y duodeno de 6,5 cm con infiltración de la grasa adyacente que determinaba la obstrucción. Se intentó realizar endoscopia digestiva, sin éxito porque el tamaño tumoral impedía el paso del endoscopio, por lo que se realizó cirugía urgente, siendo necesaria la realización de duodenopancreatectomía cefálica para extirpar completamente la lesión. La anato-

mía patológica reveló que se trataba de una masa duodenal formada por un infiltrado de células plasmáticas IgG-K, siendo el diagnóstico final de plasmocitoma extramedular de localización pilórica y duodenal, con márgenes de resección libres. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Ante los hallazgos anatomopatológicos, en el postoperatorio el servicio de hematología realizó punción de médula ósea para descartar mieloma múltiple, que resultó normal, con menos de un 5% de células plasmáticas, y se descartó una afectación mielomatosa generalizada (mapa óseo sin focos líticos, ausencia de hipercalcemia e insuficiencia renal, y ausencia de paraproteínas en la inmunoelectroforesis). Ante ello, se decidió observación, estando el paciente asintomático seis meses después de la intervención.

Discusión: El plasmocitoma extramedular corresponde a un foco clonal de células plasmáticas fuera de la médula ósea, generalmente de tipo IgA o IgG y cadenas ligeras K, sin evidencias de afectación a otros niveles, de componente M, ni de afectación medular (recuento de células plasmáticas tras la biopsia menor del 10%). Es más frecuente en hombres entre cuarenta y setenta años, siendo más común su aparición en el tracto respiratorio superior. A nivel duodenal, se han publicado menos de quince casos desde 1958. Dada su rareza, no existe consenso sobre la mejor opción terapéutica. Cuando se localizan en el tracto respiratorio superior se recomienda radioterapia, pero, fuera de esta zona, el tratamiento de elección generalmente es quirúrgico, siempre que sea posible la extirpación completa del tumor, añadiendo radioterapia si los márgenes están afectados y quimioterapia si es refractario o existe recidiva (corticoides con melfalán o ciclofosfamida, reservando la talidomida para casos refractarios). El pronóstico suele ser bueno, consiguiendo supervivencias del 65% a los 10 años, aunque precisan seguimiento de por vida, ya que el 15% del global de los pacientes con plasmocitoma extramedular desarrollarán un mieloma múltiple.

P-069. NEOPLASIAS QUÍSTICAS DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

R. Díaz Pedrero, C. Vera, S. Hernández, J. Martín, I. Lasa, A. Blázquez, R. Gómez, A.P. López, A. Gutiérrez y J. Granell

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: La neoplasia quística de páncreas (NQP) es una patología poco frecuente que habitualmente plantea dificultades diagnósticas y terapéuticas. El espectro de esta enfermedad comprende el cistoadenoma seroso (CAS), la neoplasia quística mucinosa (NQM), la neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM) así como otras entidades menos frecuentes (tumor de Frantz...). Presentamos la experiencia en nuestro Servicio en el tratamiento quirúrgico de esta patología.

Material y métodos: Se estudiaron de forma retrospectiva todas las NQP intervenidas en nuestro Servicio desde enero de 2002 hasta la actualidad. Se recogieron un total de 24 casos, con una edad media de 55 años.

Resultados: El 70,83% eran mujeres. La localización más frecuente fue en cuerpo/cola de páncreas (18 pacientes), afectando la cabeza del páncreas en 6 pacientes. Se realizó esplenopancreatectomía corporocaudal (EPCC) en 17 pacientes (3 por laparoscopia), siendo necesario realizar una duodenopancreatectomía cefálica en 2 y dudodenopancreatectomía total en otros 2 pacientes. En 3 casos se realizó enucleación de la tumoración (2 por laparoscopia). El 85,71% de los pacientes se encuentra libre de enfermedad a los 2 años, siendo del 65% a los 4 años. 5 casos fueron CAS (20,83%), con edad media de 73 años (DE = 8,34 años), siendo el 80% mujeres. La localización más frecuente fue el cuerpo-cola (80% del total de CAS). La totalidad de casos se correspondían a adenomas. 12 casos fueron NQM (50%), con edad media de 48 años (DE = 15,68 años), siendo el 83,33% mujeres. La localización más frecuente fue el cuerpo-cola (70,83% del total de NQM). La mayoría se diagnosticaron de adenomas (8 en total) frente a los casos de carcinoma (4 en total). Los pacientes con adenomas mostraron una supervivencia del 100%, mientras que la mortalidad de los casos de carcinoma a los 2 años fue del 75%. 5 casos fueron de NIPM (20,83%), con edad media de 56 años (DE = 18,98 años), correspondiendo el 20% a mujeres. La localización más frecuente fue la cabeza del páncreas (60% del total de NIPM). 2 casos fueron diagnosticados de adenoma (con una supervivencia del 100%) y 3 de variedad infiltrante (con una mortalidad a los 4 años del 66,66%).

Conclusiones: Con los resultados de nuestro estudio, dentro de las NQP, la NQM y la NIPM en personas menores de 65 años, deben ser consideradas lesiones con potencial maligno no despreciable, y plantearse, en función de datos y situación clínica del paciente, la cirugía. Sin embargo, en

el caso del CAS, sobre todo en personas de edad avanzada, la mortalidad derivada de la cirugía supera el riesgo de malignización, reservando la cirugía a los casos sintomáticos.

P-070. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PAPILOMATOSIS BILIOPANCREÁTICA INTRADUCTAL DIFUSA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

R. Sanabria Mateos, A. Gimeno, S. García Aroz, C. Alegre Torrado, M. García Nebreda, E. Álvaro Cifuentes, O. Caso, A. Manrique, P. Rico, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Los tumores mucinosos papilares que afectan la vía biliar son poco frecuentes, y aunque la histología es a menudo benigna, están caracterizados por su tendencia a la transformación maligna y a la recidiva. La papilomatosis biliar es una enfermedad rara que se caracteriza por múltiples adenomas papilares en la vía biliar tanto intra como extrahepática e incluso en el ducto pancreático. Existe poca información concerniente a la morfología, el pronóstico y el tratamiento de estas lesiones pero se pueden observar tres rasgos característicos de las lesiones papilares de la vía biliar: recidiva tumoral, producción de mucina y elevado riesgo de transformación maligna, por lo que el tratamiento quirúrgico debe asegurar la exéresis completa de la lesión cuando sea posible. Descripción de dos casos clínicos y sus distintas opciones de tratamiento quirúrgico.

Casos clínicos: Mujer de 77 años diagnosticada en el 2001 de un colangiocarcinoma de vía biliar extrahepática que afectaba al conducto hepático izquierdo y al segmento IV, se realizó una resección hepática parcial (IV), la resección de la vía biliar principal y una colangioyeyunostomía en Y de Roux (adenocarcinoma papilar intraductal). Al año presentó una recidiva en II, III realizándose una bisegmentectomía lateral izquierda (adenocarcinoma sobre papilomatosis maligna intraductal). La paciente se ha mantenido asintomática hasta la actualidad en la que se ha objetivado una tumoración maligna en la cabeza pancreática realizándose duodenopancreatectomía cefálica. Varón de 46 años, tratado en 2007 con duodenopancreatectomía cefálica por un adenocarcinoma papilar no invasivo de ampolla de Vater con papilomatosis múltiple bilipancreática (pTisNOMx). En 2009 presenta recidiva sobre muñón pancreático precisando pancreatocoesplanectomía distal (papilomatosis difusa con displasia moderada-severa. La evolución desde entonces persiste tórpida con ictericia obstructiva no resuelta que no cede con la colocación de múltiples catéteres interno-externos y múltiples episodios de colangitis. En 2010 se diagnostica de probable papilomatosis múltiple que afecta a la vía biliar intrahepático realizándose trasplante hepático (papilomatosis biliopancreática con extensas zonas de adenocarcinoma papilar in situ p-Tis NO Mx).

Discusión: La resección quirúrgica en caso de papilomatosis difusa biliopancreática siempre está indicada incluso de manera profiláctica por el elevado riesgo de malignización y por los buenos resultados de supervivencia obtenidos, que dependiendo de las series, será de hasta un 69% a 5 años. El tratamiento quirúrgico de esta entidad es variable, sin existir series uniformes al respecto, que comprendería desde una resección parcial limitada (segmentectomía hepática), una pancreatomectomía parcial, hasta incluso técnicas tan agresivas como una pancreatomectomía total o el trasplante hepático.

P-071. TUMOR PAPILAR INTRADUCTAL MUCINOSO DEL PÁNCREAS: MANEJO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

R.A. Romero Dorado, A. Navarro Sánchez, F.J. Larrea Olea, M. Cabrera García, G. García Plaza, J.R. Hernández Hernández y V. Núñez Jorge

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: El síndrome de Peutz-Jeghers (PJS) tiene una incidencia muy escasa. Con base genética en la mutación del gen LKB1/STK11 y herencia autosómica dominante. Se caracteriza por la presencia de máculas hiperpigmentadas fundamentalmente peribucales y pólipos hamartomatosos por todo el tracto gastrointestinal. Además de estas patognomónicas características, los pacientes presentan un riesgo aumentado de neoplasias, no solo gastrointestinales sino también en otras localizaciones como ova-

rio, pulmón o páncreas. Presentamos el caso clínico de un paciente con PJS y tumor intraductal papilar mucinoso de páncreas. Presentamos el caso clínico de un varón de 50 años con antecedente de oclusión intestinal por invaginación, con PJS y tumor intraductal papilar mucinoso de páncreas, así como su manejo diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón de 50 años que durante el estudio de un cuadro oclusivo por invaginación intestinal se detecta la presencia de varias formaciones quísticas pancreáticas. Tras la ecoendoscopia con PAAF de los quistes, cuya citología fue altamente sugestiva de neoplasia quística mucosa, el estudio mediante TAC y resonancia magnética informaron de múltiples lesiones quísticas pancreáticas, sugestiva de neoplasia intraductal mucinosa de rama pequeña, con afectación difusa del páncreas. Dado el elevado riesgo que existe entre el PJS y la aparición de neoplasias y que el tumor intraductal papilar mucinoso del páncreas se trata de una lesión premaligna, el tratamiento quirúrgico agresivo está indicado. Debido a la afectación difusa se realiza pancreatomectomía total con resección de la segunda porción duodenal y preservación esplénica (operación de Nakao). El análisis anatomopatológico de la pieza fue de adenoma intraductal papilar mucinoso multifocal del páncreas.

Discusión: El PJS es una rara enfermedad con herencia autosómica dominante. Se caracteriza por máculas hiperpigmentadas peribucales y pólipos hamartomatosos gastrointestinales. Su alteración genética se basa en la mutación del gen LKB1/STK11 que codifica una proteína serina/treonina quinasa que actúa como supresor tumoral, asociándose a un elevado número de neoplasias. Con respecto al cáncer pancreático se ha citado que los pacientes con PJS presentan un riesgo de hasta 132 veces más que un paciente que no padezca dicho síndrome. Ante un caso de un paciente con PJS y tumor intraductal papilar mucinoso del páncreas, siendo difuso, con las dificultades de seguimiento que ello plantea, está indicado el tratamiento quirúrgico agresivo para evitar la malignización del mismo.

P-072. INSULINOMA: 2 FORMAS DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO

C. Vecino Bueno, A. Nogales, A. Pérez Sánchez, I. Sánchez-Matamoros y F. Oliva Mompeam

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El insulinoma es el tumor endocrino pancreático más frecuente, productor de proinsulina no controlable por vías fisiológicas su diagnóstico se basa exclusivamente en la clínica (triada de Whipple) y la determinación elevada de dicha hormona. La prevalencia del tumor es baja (1:1.000.000) y sólo un 5-10% de los insulinomas son malignos (1:10.000.000), no siendo posible distinguir la benignidad o malignidad del tumor hasta su análisis anatomopatológico o por la presencia de metástasis. Presentamos a continuación dos casos paradigmáticos de insulinoma benigno y maligno con diferente enfoque terapéutico y pronóstico.

Caso clínico: Paciente varón de 31 años de edad que tras 6 años de crisis hipoglucémicas y ganancia de peso es estudiado y diagnosticado de insulinoma por una triada de Whipple positiva, realizándose el test de ayuno que apoyó el diagnóstico. En la TAC que se realizó se describió una imagen nodular de 15 mm de diámetro máximo localizada en proceso uncinado pancreático que sólo es visible en la fase arterial, en la que presenta un realce superior al del resto del tejido pancreático. No existe extensión de la enfermedad ni afectación de la vía biliar ni pancreática. Ante este diagnóstico se optó por una laparotomía exploradora, movilización y palpación del páncreas, realización de ecografía intraoperatoria para descartar otras lesiones y posterior enucleación del tumor. Simultáneamente recibimos a un varón de 31 años que consulta en urgencias por cuadro de epigastralgia súbita y con historia de 6 meses de evolución de mareos y síncope que hasta entonces no habían sido estudiados. Se realizó prueba de imagen desde urgencias donde se describió una lesión lobulada de 5x4x6 cm en cabeza de páncreas con múltiples lesiones hipodensas e hipocaptantes en el hígado. De nuevo la triada de Whipple fue positiva y el test del ayuno no se completó por mala tolerancia debido a síntomas tempranos. El estudio se completó con RNM y angio-resonancia, donde además de la tumoración y las lesiones hepáticas se observa una adenopatía retroperitoneal con efecto compresivo sobre la unión de vena renal izquierda. En este caso se realiza tratamiento conservador con everolimus y quimioembolización hepática para tratar la sintomatología que no se controla por completo. Se plantea el tratamiento quirúrgico con el siguiente esquema: Resección R0 del tumor primario, conseguir un tiempo

libre de enfermedad y plantear entonces el trasplante hepático indicado según los criterios de Milan (paciente joven, enfermedad hepática irreseccable, síntomas no controlables y supervivencia 50% a 5 años). Sin embargo, durante el acto quirúrgico se encontraron adenopatías patológicas para-aórticas que se extienden a ambas cadenas ilíacas por lo que no se continúa la resección.

Discusión: La supervivencia de pacientes diagnosticados de insulinooma está claramente condicionada al carácter benigno o maligno de la enfermedad. Mientras que el tratamiento quirúrgico es curativo en el caso de la enfermedad benigna, la indicación de tratamiento quirúrgico en la enfermedad maligna es muy limitada y a menudo con fines paliativos.

P-073. TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO NO FUNCIONANTE: INDICACIÓN DE PANCREATECTOMÍA TOTAL

L. de Gregorio Muñiz, M. Jiménez Garrido, A. Colas Vicente, N. Farhangmehr Setayeshi, M. Rodríguez-Izquierdo Jiménez, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, A. Sánchez Ramos, K. Cuiñas León, A. García Pavía, L. Giménez Alvira y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: Presentar un caso de tumor neuroendocrino pancreático (TNEP) que afecta la totalidad de la glándula y su abordaje quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 45 años, con antecedentes de apendicectomía e histerectomía, que acude a Urgencias por hematemesis. Hemodinámicamente estable, requiere transfusión de hemoderivados y en la endoscopia urgente, se evidencia una tumoración ulcerada en segunda porción duodenal, sin sangrado activo. Ingresa para estudio realizándose TAC y RM, que evidencian una gran tumoración pancreática con crecimiento exofítico hacia la papila duodenal. Infiltra la arteria esplénica en todo su trayecto y ocluye la vena esplénica, ocasionando el desarrollo de abundante circulación colateral. No se evidencia diseminación locorregional ni a distancia, lo cual es confirmado por medio un Octreo-scan. No vuelve a presentar sangrado y el único parámetro analítico a destacar es una elevación del antígeno carcinoembrionario de 9,2 ng/ml. Coincidiendo con la sospecha radiológica, la punción endoscópica de la lesión duodenal confirma positividad para células neuroendocrinas con inmunohistoquímica positiva para CD56, cromogranina y e-cadherina. En la intervención quirúrgica se halla una tumoración que ocupa la totalidad de la glándula pancreática y que se extiende hasta alcanzar el tronco celíaco, infiltrando extensamente la arteria esplénica. Existe una hipertensión portal segmentaria con grandes dilataciones varicosas en los territorios gastroepiploico, cólico, y retroperitoneal. Se logra liberar la arteria hepática común en todo su trayecto y las arterias coronaria y esplénica son ligadas en su origen. Se realiza linfadenectomía del hilio hepático, antrectomía gástrica y esplenoduodeno-pancreatectomía total, requiriendo resección de la confluencia entre vena esplénica y mesentérica superior por infiltración tumoral, la cual se repara mediante sutura continua. Debido a la precaria vascularización del remanente gástrico, se completa gastrectomía subtotal. La reconstrucción incluye hepático-yeyunostomía transmesocólica y gastro-yeyunostomía sobre el mismo asa intestinal. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta con buena tolerancia oral y un adecuado control de las glucemias con insulinoterapia. El informe anatomopatológico del espécimen quirúrgico fue de un carcinoma neuroendocrino pancreático bien diferenciado, con Ki67 del 15% y menos de 2 mitosis/10 c.g.a. Existe invasión vascular y perineural. Se aíslan 42 ganglios sin infiltración neoplásica. La citología del líquido ascítico es negativa y la inmunohistoquímica es únicamente positiva para cromogranina y sinaptosina, siendo el resto de marcadores negativos.

Discusión: Los TNEP son tumores no funcionantes en el 30-50% de los casos. La edad media de presentación ronda la quinta o sexta décadas de vida. Habitualmente se manifiestan cuando han alcanzado un tamaño significativo, ocasionando dolor, síntomas compresivos, ictericia o hemorragia; ya que no asocian síndromes endocrinos. Esto supone que, en el momento del diagnóstico, hasta un 80% de los casos presentan metástasis ganglionares y un 30% metástasis hepáticas. Por lo tanto, tan sólo un 25-35% son resecables. La supervivencia en pacientes con enfermedad localmente avanzada varía del 72% en aquéllos con tumores resecados, al 44% en tumores no resecados, por lo que siempre que sea factible, debe de intentarse la resección quirúrgica oncológica. La cirugía con intención citorreductora no parece aportar beneficios en cuanto a la supervivencia.

P-074. TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS. ¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO Y TIPO HISTOLÓGICO?

B. Manso Abajo, E. York, C. García Vázquez, M. Fraile, S. González, D. Cortes, M.L. Sánchez de Molina, C. Levano y A. Celdrán

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y anatomopatológicas de los pacientes con tumores neuroendocrinos de páncreas y estudiar si existe relación entre el tamaño tumoral y el tipo histológico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, en el que se analizan pacientes intervenidos de tumores neuroendocrinos pancreáticos desde el año 2007 hasta el 2012 en la Fundación Jiménez Díaz. Se estudiaron variables sociodemográficas, clínico-epidemiológicas (localización tumoral, motivo de estudio y clínica al diagnóstico), el tipo de cirugía realizada, y características anatomopatológicas (tipo histológico según la clasificación de la OMS del 2000, tamaño, invasión vascular, perineural y linfáticas, índice de proliferación y mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA) y presencia de metástasis). Análisis estadístico: de las variables categóricas se presentan su distribución de frecuencias y las cuantitativas con media y desviación estándar. Para comparar el tipo histológico con las variables cuantitativas de distribución normal se utilizó la prueba t de Student o el equivalente no paramétrico U de Mann-Whitney en caso de distribuciones no normales. El nivel de significación utilizado para los contrastes fue del 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 11 pacientes, de los cuales, 6 eran mujeres (54,5%) y la edad media fue 57,34 (12,62 de desviación típica). En 5 casos (45,5%), los tumores estaban localizados en la cabeza del páncreas. Respecto al diagnóstico fue incidental en 4 casos (36,3%). Los 7 casos restantes estaban siendo estudiados por hipoglucemias (2), alteraciones del tránsito intestinal (2), seguimiento de síndromes hereditarios (Von Hippel Lindau, y MEN1) y alteración de las enzimas de colestasis. A 2 pacientes se les hizo una duodenopancreatostomía céflica, a 6, una pancreatectomía distal y a 3, una enucleación de la lesión. Respecto al tipo histológico, 3 (27,3%) pacientes tenían tumores neuroendocrinos benignos (TNB), 7 (63,3%) tenían tumores neuroendocrinos de comportamiento incierto (TNCI) y 1 paciente, carcinoma bien diferenciado (CBD). La mediana del tamaño fue 2,4 cm, con un mínimo de 1cm y un máximo de 7 cm. En 1 caso hubo invasión microvascular, en 2, invasión perineural, en 8, no había metástasis linfáticas y sólo 1 paciente tenía en el momento de la cirugía metástasis a distancia. El 45,5% de los pacientes tenían un índice de proliferación (Ki67) del 2%, y el 63,7% 1 o 2 mitosis por 10 CGA. El tamaño medio de los TNB fue de 1,5 cm y el de los TNCI de 3 cm, con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,038$). El único caso de CBD tenía 17 cm. Aunque no se puede hacer comparación estadística con este grupo, ya que sólo hay un caso, se observa una tendencia a que los tumores más agresivos tengan mayor tamaño.

Conclusiones: A pesar de nuestro limitado número de pacientes, hemos encontrado diferencias de tamaño, estadísticamente significativas entre los TNB y entre los TNCI. Aunque no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre éstos y los CBD, parece que puede existir una relación entre el tamaño mayor del tumor y grados histológicos más agresivos.

P-075. PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO INTRAHEPÁTICO BILATERAL

J. Bonnín Pascual, F.X. Molina Romero, M.A. Bellido Luque, J.C. Rodríguez Pino, J.M. Morón Canís, J. Martínez Fernández y X.F. González Argente

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción: Presentamos un caso inusual de un pseudoquiste pancreático intrahepático de localización bilateral.

Caso clínico: Paciente mujer de 59 años, con antecedentes personales de alcoholismo crónico, que acude por cuadro de dolor epigástrico irradiado en cinturón de 3 días de evolución. Ingreso reciente un mes antes por pancreatitis crónica reagudizada. Se realizó TAC que informó de la presencia de múltiples calcificaciones en cabeza pancreática y pseudoquistes intrapancreáticos, además de ascitis pancreática secundaria a fuga. Se manejó de forma conservadora con tratamiento médico con octeotrid y se resolvió el cuadro. En la analítica urgente se aprecia leucocitosis

(14.000/μl) con neutrofilia e hiperamilasemia (614 UI/l). Exploración física abdominal con semiología de ascitis. Se realiza paracentesis diagnóstica con amilasa en líquido de 14.778 UI/l. Con orientación diagnóstica de pancreatitis crónica reagudizada y ascitis pancreática se decide reingreso. Se instaura tratamiento con nutrición parenteral, diuréticos y octeótrido. El nuevo TAC abdominal con contraste informa de importante ascitis, dos lesiones quísticas en el cuerpo pancreático de 12 × 11 mm y 22 × 16 mm, sugestivas de pseudoquistes pancreáticos, y calcificaciones groseras en la cabeza, además de gran lesión quística multitabizada de 7 × 5 cm que afecta a ambos lóbulos hepáticos. El hígado derecho presenta una importante hipertrofia a expensas de los segmentos posteriores. Con orientación diagnóstica de lesión ocupante de espacio hepática, sugestiva de metástasis, se realiza punción ecoguiada. El líquido contenía un valor de amilasa de 49.180 UI/l. El examen anatomopatológico es negativo para malignidad, con hepatocitos normales "flotando" en líquido. Se solicita colangiopancreatografía endoscópica con papilotomía que visualiza la vía biliar con barro biliar y dos cálculos en el conducto pancreático principal sin conseguir canularlo. La paciente presenta gran mejoría clínica y analítica con TAC posterior que informa de diversos pseudoquistes pancreáticos con uno de mayor tamaño a nivel de porta hepatis comunicado con el resto de pseudoquistes y con el conducto pancreático principal. Resolución completa del pseudoquiste intrahepático y de la ascitis. Se efectúa intervención quirúrgica programada para drenaje del pseudoquiste y conducto pancreático, realizando apertura longitudinal del conducto de Wirsung hallando múltiples litiasis y localizando el orificio de drenaje del pseudoquiste en él. Se completa la cirugía con una pancreático-yeyunostomía longitudinal en Y de Roux.

Discusión: En un 20% de los casos los pseudoquistes de líquido pancreático son extrapancreáticos. La localización intrahepática es una de las posibles. En la literatura mundial se han descrito menos de 30 casos de pseudoquistes pancreáticos intrahepáticos. Son más frecuentes en el lóbulo hepático izquierdo, generalmente subcapsulares, siendo el nexo de unión, entre el páncreas y el lóbulo izquierdo hepático, el ligamento hepatogástrico por el que el líquido pancreático vertido a la transcavidad de los epiplones puede llegar a formar el pseudoquiste en el hígado izquierdo. Menos frecuentes son los situados en el hígado derecho, donde el ligamento hepatoduodenal puede constituir la vía de acceso al hígado formando pseudoquistes de predominio intraparenquimatoso. Lo peculiar de nuestro caso es su localización bilobular sólo descrito en la literatura médica en 2 ocasiones.

P-076. PANCREATITIS CRÓNICA POR FASCIOLA HEPÁTICA: HALLAZGO TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Pozancos de Simón, J. Herrador Benito, M. González Zunzarren, J. Páramo Zunzunegui, N. Apentchenko Eriutina, P. Abadía Barnó, R. Peromingo Fresneda y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La fasciola hepática o duela del hígado es una especie de platelminto trematodo parásito de los canalículos biliares y la vesícula biliar de herbívoros y omnívoros y el hombre es un hospedador definitivo. En algunas ocasiones muy poco frecuentes se presenta como ictericia por obstrucción de la vía biliar principal.

Caso clínico: Varón de 71 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial que acude a urgencias por ictericia y coluria de dos días de evolución asociado a epigastralgia de intensidad leve sin otra sintomatología acompañante. Al ingreso destaca una bilirrubina de 7,6 con patrón de colestasis. La exploración física es normal a excepción de una ictericia franca de piel y mucosas. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva: cuatro imágenes anecoicas en ambos lóbulos hepáticos que podrían tratarse de quistes simples, barro biliar, vía biliar intra y extrahepática dilatada con un colédoco de 16mm y una área hipoeocénica de 4 cm en cabeza de páncreas y a cuyo nivel el colédoco finaliza de forma abrupta su dilatación. Se completa el estudio con TAC hallándose: lesiones hipodensas en parénquima hepático, dilatación de la vía biliar intrahepática con dilatación del colédoco hasta cabeza de páncreas con disminución brusca de calibre a dicho nivel por masa pancreática, compresión del eje espleno-portal y vena renal derecha sin evidencia de invasión del mismo. Ante la sospecha con los estudios realizados de neoplasia de cabeza de páncreas vs colangiocarcinoma se decide intervención quirúrgica para resección del tumor. En la cirugía se ve una gran dilatación de la vía biliar hasta el borde pancreático, una masa pancreática a nivel de proceso un-

cinado y cabeza de páncreas y lesiones nodulares en segmentos hepáticos III y VII por lo que se realiza una duodenopancreatectomía cefálica para su completa extirpación. La anatomía patológica revela en el parénquima pancreático una intensa pancreatitis de predominio crónico, esclerosante, con gran proliferación ductal y un infiltrado linfocitario maduro con abundantes eosinófilos sin encontrarse imágenes compatibles con carcinoma. Asimismo se envía una biopsia de una lesión nodular hepática informada como nódulo necrótico hepático que contiene restos de *Fasciola hepatica*. Por tanto, y a pesar de la imagen macroscópica, no es posible hacer el diagnóstico de carcinoma pancreático y lo más probable es que se trate de una pancreatitis crónica esclerosante asociada a la infección por *Fasciola hepatica* de los conductos biliares aunque no se han encontrado parásitos en el páncreas. Posteriormente a la cirugía el paciente recibe tratamiento para la parasitosis con buena evolución.

Discusión: Existen pocos casos publicados en la literatura de fasciolosis que curse con obstrucción de la vía biliar extrahepática y masa en cabeza de páncreas producida por pancreatitis crónica de origen parasitario. En áreas no endémicas el diagnóstico de esta enfermedad es difícil ya que no se encuentra con frecuencia y más aun cuando cursa con sintomatología atípica. El parásito actúa obstruyendo mecánicamente la vía biliar y produciendo hiperplasia e hipertrofia del epitelio del conducto resultando en una fibrosis periductal y un engrosamiento de la pared de la vía causando la obstrucción. La imagen que se obtiene con ecografía o TAC lleva a confusión con lesiones malignas o litiasis biliar. Sin embargo hay publicaciones que hablan a favor de la colangiografía magnética y de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) como métodos diagnósticos de elección en estos casos. Incluso se habla de la CPRE como tratamiento para la desobstrucción del colédoco con buenos resultados. Sin embargo los casos tratados de esta forma son muy escasos dada la baja incidencia de esta patología. Dado que la parasitosis por *Fasciola hepatica* presenta una incidencia creciente en todo el mundo los clínicos deben tenerla en cuenta al hacer el diagnóstico diferencial de enfermedades del hígado y de las vías biliares. Creemos que arrojaría más información en el diagnóstico inicial la realización, además de ecografía y TAC, de colangiografía magnética o CPRE e intentar agotar otras posibilidades terapéuticas antes de la cirugía como sería la esfinterotomía endoscópica o la dilatación con balón o con prótesis. Sin embargo debido a la escasa incidencia y la alta sospecha de tratarse de una enfermedad maligna la cirugía es la primera opción a considerar y este caso nos demuestra que es una opción válida ante estos hallazgos siempre que se realice por equipos de cirujanos experimentados.

P-077. "GROOVE" PANCREATITIS: UNA INDICACIÓN POCO FRECUENTE DE CIRUGÍA

A. Paz, J. Jorge Cerrudo, K. Muffak Granero, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massare, Y. Fundora Suárez, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: En 1973, Becker y Bauchpeichel acuñaron el término "groove" pancreatitis o pancreatitis de surco, refiriéndose a aquella que afecta al área entre cabeza pancreática, duodeno y vena cava inferior, colédoco intrapancreático y, en ocasiones, antro gástrico. Es una variante de pancreatitis crónica poco común y su diagnóstico diferencial incluye adenocarcinoma de páncreas, tumores neuroendocrinos o colangiocarcinoma, siendo las pruebas de imagen el pilar diagnóstico más importante. Presentamos dos casos intervenidos en nuestro servicio.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 41 años con antecedentes de adicción a drogas vía parenteral y abuso alcohólico, que consulta por dolor abdominal focalizado en epigastrio. Náuseas y vómitos persistentes. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: Analítica: amilasa 266 U/L. Marcadores tumorales negativos. Ecoendoscopia digestiva alta: masa mamelonada que estenosa completamente la luz duodenal. Resultado de la biopsia: mucosa intestinal normal. TAC abdominal: aumento de tamaño de cabeza pancreática, con una imagen quística de 7 mm en su interior que comprime la pared de la segunda porción duodenal, estenotando su luz y acompañándose de engrosamiento parietal a nivel de rodilla duodenal con un espesor de 8 mm. Se diagnosticó de "groove" pancreatitis y, debido al dolor resistente a analgesia, se le realizó una duodenopancreatectomía cefálica según técnica de Whipple. Caso 2: varón de 47 años con antecedentes de bebedor de fin de semana, remitido de otro centro, con múltiples ingresos con dolor abdominal difuso/predominio epigástrico acompañado de náuseas y vómitos. Ingreso en 2009 en

dicho centro con diagnóstico al alta de pancreatitis alcohólica y trombosis mesentérica. Aportaba las siguientes pruebas: Analítica: amilasa 203 U/L. PCR 15 mg/L. Marcadores tumorales negativos. TAC: lesión neofor-mativa gastro-duodenal abscesificada versus enfermedad inflamatoria intestinal. Gastrosco-pia: lesión de aspecto neofor-mativo en primera rodilla duodenal con biopsia negativa. En nuestro centro se realiza ecografía abdominal: engrosamiento parietal circunferencial de segunda porción duodenal, que condiciona marcada estenosis de la luz, con lesiones quísticas en su espesor (algunas de 1 cm de diámetro). Debido al dolor y vómitos resistentes a farmacoterapia, se le sometió a una duodenopancreatomec-tomía céfalica (técnica Whipple). Caso 1: postoperatorio sin incidencias y alta al 12º día postoperatorio. Anatomía patológica: pancreatitis del surco. Seguimiento a los 3 y 12 meses sin morbilidad asociada. Caso 2: buena evolución postoperatoria y alta al 10º día postoperatorio. Anatomía patológica: pancreatitis del surco. Seguimiento a los 3 y 12 meses sin complicaciones.

Discusión: El tratamiento de inicio debe de ser conservador: abstención alcohol, análogos somatostatina y el drenaje endoscópico de los quistes. La cirugía se justifica en casos de dolor y vómitos incoercibles o duda diagnóstica con un proceso maligno. La técnica quirúrgica de elección es la duodenopancreatectomía céfalica con preservación pilórica (Traverso-Longmire). En ambos casos se realizó un Whipple debido a que la afección de la pared duodenal se extendía a la región antro-pilórica. La técnica de Beger o un bypass gastroentérico son otras opciones en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

P-078. PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE ASOCIADA A SU DIAGNÓSTICO, CON NEUMATOSIS GASTRO-DUODENO-YEYUNAL Y GAS EN ÁRBOL PORTAL IZQUIERDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

T. Ratia Giménez, L. Diego García, C. Vera Mansilla, F. Mendoza Moreno, S. Hernández Domínguez, P. Guillamot, J.M. Muguierza Huguet, M. Díez Alonso y J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Introducción: Se han descrito pocos casos de pancreatitis aguda (PA), asociada a gas portal (GP) y neumatosis intestinal (NI); y especialmente con una evolución favorable. El uso sistemático del TAC abdominal ha permitido la detección de estos hallazgos más frecuentemente. Aportamos un caso y revisión de fisiopatología e implicaciones terapéuticas.

Caso clínico: Varón de 63 años, sin antecedentes de interés; no etilismo. Acudió a urgencias por epigastria con vómitos, con hipotensión grave. Exploración: abdomen doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, no visceromegalias, pulsos femorales simétricos. Analítica 19.200 leucocitos/mm³ (90% S, 2% L) Hb 15 g/dl. 384.000 plaq/mm³. Glucemia 173 mg/dl, creatinina 7,1 mg/dl, urea 237 mg/dl, amilasa 250 U/L, ALT 100 U/L, LDH 1.990 U/L, Bna total 1,1 mg/dl, acidosis metabólica BEb -11,2 mmol/l. PCR 262 mg/dl. Ante su inestabilidad pasó a Intensivos. En TAC: PA necrotizante extensa. Neumatosis gastroduodenal y yeyunal. Gas en árbol portal izdo. Derrame pleural izdo. Fracaso respiratorio y renal. SOFA: 9. Se estabilizó pero al 4º día: pico febril: TAC abdominal: desaparición de neumatosis y gas portal, necrosis pancreática extensa. Requirió hemodiálisis y soporte respiratorio. Aparecieron picos febriles en TAC, día 15: colección delante de cabeza pancreática. Se intentó drenaje transgástrico. La punción fue positiva: Gram+; se indicó necrosectomía quirúrgica realizándose subcostal bilateral, cerrando parcialmente la pared sobre malla de PTFE, y dejando masupializada la transcurvidad en el centro de la herida. Colecistostomía sobre Petzer. Se evacuó hemoperitoneo al 7º día. Respondió a terapia intensiva y cuidados herida; persistiendo colección en uncinado que no requirió drenaje. Se retiró malla aplicándose sistema VAC. Pasó a planta tras 40 días en UCI. Presentó fistula pancreática externa por centro de la herida que se autolimitó. A los tres meses recuperación ponderal y funcional razonables; no existiendo insuficiencia pancreática endocrina ni exocrina.

Discusión: Gas en árbol portal se describió en 1955 en neonatos con enterocolitis necrotizante como signo de necrosis intestinal. El uso generalizado de TAC abdominal, su mayor sensibilidad para detección de GPNI; ha permitido su detección con frecuencia creciente en escenarios cuya gravedad oscila entre lo catastrófico y lo trivial (técnicas endoscópicas, radiológicas, enf. inflamatoria intestinal, diverticulitis, abscesos intradominales, trasplante hepático, quimioterapia, etc.). La NI y GP se considera representan fases diferentes de un mismo fenómeno fisiopatológico.

Existen dos teorías para explicar su aparición: mecánica y bacteriana. La primera implica alteraciones mucosas combinadas con aumento de presión intraluminal. La segunda, presencia de bacterias productoras de gas en pared intestinal; puede que ambos mecanismos actúen simultáneamente. GP coexiste con NI en aproximadamente 50% casos. La mortalidad en series de NI y GP ha descendido del 75% (1978) a 34% (2010), reflejando menor porcentaje de necrosis intestinal. La PA con GP y NI fue descrita por primera vez en una publicación radiológica en 1961, tras introducción del TAC, se ha publicado algunos casos, con evolución fatal en 4 pacientes asiáticos; sin embargo en 6 casos en medios occidentales el curso fue favorable. En la PA la hipoperfusión en la mucosa gastrointestinal puede favorecer translocación bacteriana y NI-GP, así como el daño local causado por activación enzimática anómala. GP y NI en sí mismas no constituyen indicación quirúrgica en PA, si la evolución es satisfactoria; sin embargo ante sospecha de necrosis intestinal-radiología, láctico elevado, clínica compatible- no debiera diferirse la intervención. La PA grave puede asociarse a GP y NI. Su presencia por sí misma no implica necesariamente la indicación quirúrgica, sino que vendrá condicionada por una evolución desfavorable o la sospecha clínica de isquemia-necrosis intestinal.

P-079. DISTROFIA QUÍSTICA DE PARED DUODENAL: DE LA INCERTIDUMBRE DIAGNÓSTICA A LA CONFIRMACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

C. Zamora Amorós, M. Jiménez Fuertes, D. Costa Navarro, A. Illán Riquelme, C. Calado Leal, M. Diego Esteve, C. Carbonell, J. Camacho Lozano, H. Abdallahi, R. Ripoll y V. Soler

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Introducción: La distrofia quística duodenal se caracteriza por el aumento del grosor de la pared duodenal con lesiones quísticas intraparietales, con fibrosis y un notable componente inflamatorio, siendo una rara complicación del páncreas aberrante. Suele ser asintomático, aunque pueden existir síntomas como la hemorragia digestiva, la pancreatitis aguda y crónica, la obstrucción biliar o intestinal. En todos los casos plantea grandes dificultades diagnósticas y terapéuticas al simular con frecuencia tumores en la cabeza pancreática. Presentamos un caso de distrofia quística de la pared duodenal en la que el diagnóstico definitivo lo dio la anatomía patológica.

Caso clínico: Paciente mujer de 60 años que consulta por dolor abdominal. La paciente refería episodios de dolor abdominal con vómitos y pérdida de peso. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: ecografía abdominal, que evidenciaba una masa sólida hipoeoica adyacente a la cabeza del páncreas que parecía depender de 2ª porción duodenal de 4-6 cm. TAC abdominopélvico: se evidenció un engrosamiento de las paredes de la segunda porción duodenal de forma concéntrica, con ocupación del surco pancreático duodenal, identificando estructuras quísticas y engrosamiento de pared duodenal y en proceso uncinado de páncreas de 12 mm. Endoscopia: en la segunda porción duodenal, había un segmento de unos 2 cm escasamente distensible y con mucosa eritematosa y edematosa, con dificultad de paso. El aspecto era de compresión extrínseca. Colangio-RM: alteración de la señal a nivel de la segunda porción del duodeno, compatible con alteración tumoral. Ecoendoscopia: páncreas discretamente heterogéneo a nivel de cuerpo y cola con dilatación del Wirsung. Cabeza del páncreas con signos de pancreatitis crónica y afectación del surco pancreatoduodenal. La pared duodenal no parecía mostrar alteraciones significativas. Se identifica una zona hipoeoica en la cabeza del páncreas de bordes irregulares de 27 x 32 cm que fue informada como masa en cabeza pancreática. Se realizó duodenopancreatectomía céfalica. La anatomía patológica informaba de pancreatitis crónica, existiendo en la pared duodenal una inflamación y dilataciones quísticas tanto en las glándulas de Brunner de la pared del duodeno como en grupos de conductos localizados en la submucosa del duodeno compatibles con tejido pancreático ectópico y distrofia quística duodenal. Además, como hallazgo incidental, existía en la proximidad de la papila un tumor carcinóide de 0,6 cm positivo para cromogranina y sinaptofisina, que no había sido visualizado con los estudios preoperatorios.

Discusión: La distrofia quística se caracteriza por el engrosamiento irregular de la pared duodenal y quistes en el interior de la pared engrosada. Las lesiones quísticas, localizadas en la submucosa o muscular propia, quedan delimitadas por un epitelio cuboidal. Mientras que en el tejido pancreático ectópico subyacente se observa fibrosis e inflamación crónica similar a la descrita en la pancreatitis crónica. Puede ser asintomático,

pero la mayoría en la mayoría de las ocasiones los síntomas son el dolor abdominal asociado a vómitos. El tratamiento es controvertido. La duodenopancreatectomía cefálica representa el procedimiento clásicamente utilizado y, sin duda, debe valorarse cuando a pesar de las distintas técnicas diagnósticas persiste la incertidumbre sobre la naturaleza tumoral de la lesión.

P-080. COMPLICACIÓN VASCULAR PRECOZ EN LA PANCREATITIS AGUDA

C.J. Gómez Díaz, S. Serra Pla, N. Bejarano González, F. García Borobia, A. Romaguera Monzonis, A. Corcuera Amill, N. García Monforte, A. Alguersuari Cabisco, J. Falcó Fages y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Las complicaciones vasculares son frecuentes en las pancreatitis crónicas pero rara vez se presentan precozmente en las pancreatitis agudas. Presentamos un caso de sangrado por pseudoaneurisma de arteria pancreatoduodenal en un paciente con pancreatitis aguda.

Caso clínico: Paciente varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, arteriopatía periférica en tratamiento con AAS y enolismo moderado. Consulta a urgencias por epigastria irradiada a espalda de 24 horas de evolución. En la analítica destacan leucocitosis e hiperlipasemia. Presenta evolución desfavorable en las siguientes horas con dolor abdominal intenso, peritonismo y taquicardia. Se realiza TC abdominal que evidencia pancreatitis aguda grave con necrosis del 30-50% de la glándula y una imagen nodular de 70mm sugestiva de pseudoaneurisma de la art. pancreático-duodenal, con sangrado activo. Se confirma el diagnóstico con arteriografía urgente y se realiza embolización con coils. A las 72 horas de la embolización, presenta empeoramiento brusco con shock y fracaso multiorgánico. Se realiza TC abdominal que evidencia signos sugestivos de isquemia intestinal segmentaria sin signos de sangrado activo. Se interviene objetivando un gran hematoma retroperitoneal e isquemia de vesícula biliar y de colon derecho. Se realiza colecistectomía y hemicolectomía derecha sin anastomosis por inestabilidad hemodinámica. Se deja laparostomía con sistema de Vacuum-Pack. El paciente persiste en shock refractario. Se objetiva isquemia intestinal masiva a través de la laparostomía y es exitus en las siguientes horas.

Discusión: El sangrado de un pseudoaneurisma es una complicación rara pero grave en las pancreatitis agudas. Es importante la sospecha diagnóstica y la realización precoz de un TC abdominal multifase. El tratamiento de elección es la angiembolización con buenos resultados, aunque con una elevada mortalidad en los casos agudos. La isquemia intestinal es una complicación propia de la pancreatitis aguda pudiendo presentarse también como complicación de la embolización, con una elevada tasa de mortalidad.

P-291. HEMOSUCCUS PANCREATICUS COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

A.M. Rodríguez Rivas, M.A. García Novoa, J. Atienza Herrero, A. Gómez Dovigo, M. Carral Freire, A. Bouzon Alejandro y M. Gómez Gutiérrez

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La hemorragia digestiva superior, constituye uno de los diagnósticos que presenta mayor premura con respecto a la identificación etiológica, pues de ello depende el abordaje terapéutico, que a largo plazo condiciona la evolución del paciente. El hemosuccus pancreaticus o wirsungorragia, descrito por Lower y Farrel en 1931, se define como sangrado a través de la ampolla de Vater proveniente del conducto de Wirsung, cuya manifestación clínica más evidente es la hemorragia digestiva superior, siendo una causa poco frecuente de la misma. Se presenta el caso clínico de un paciente que acude a urgencias por dolor abdominal y síndrome anémico.

Caso clínico: Varón 55 años, fumador, exbebedor importante. Antecedentes médicos: hipertensión arterial, pancreatitis crónica etílica con formación de pseudoquistes pancreáticos, seguimiento por múltiples episodios de hemorragia digestiva alta con anemia durante 3 años, con pruebas de: gastroscopia, colonoscopia, cápsula endoscópica, arteriografía y TAC abdominal, sin hallazgos concluyentes. Acude a urgencias por dolor abdominal y síndrome anémico, ingresando para estudios. Se realiza RNM abdominal que revela la presencia de pseudoquistes pancreáticos,

adyacentes a estructuras vasculares, algunos con datos de sangrado. En la endoscopia alta, se visualiza sangre fresca a nivel duodenal que sale a través de la papila duodenal. Durante el ingreso, el paciente presenta episodio de hematemesis y melena, desencadenando inestabilidad hemodinámica, por lo que se decide cirugía urgente. La laparotomía revela: aneurisma de la arteria hepática común y pseudoquiste en cuerpo-cola del páncreas, llevándose a cabo: pancreatocistomía distal + esplenectomía y reparación de aneurisma de la arteria hepática.

Discusión: El hemosuccus pancreaticus es una causa excepcional de hemorragia digestiva de carácter intermitente, cuya etiología más frecuente es la pancreatitis crónica, donde un proceso inflamatorio crónico del páncreas conduce a la formación de pseudoquistes con erosión de arterias peripancreáticas, generando en algunos casos pseudoaneurismas, cuya posibilidad de ruptura oscila entre 2-10%. Otras causas menos frecuentes de esta patología son la ruptura de aneurismas ateroscleróticos o traumáticos de vasos peripancreáticos. Aunque el cuadro clínico no es típico, la presencia de signos de hemorragia digestiva alta asociada a historia de pancreatitis crónica y dolor abdominal agudo (que se produce por distensión y aumento de presión del conducto pancreático) nos debe hacer sospechar la presencia de Hemosuccus pancreaticus. En la aproximación diagnóstica, son útiles la gastroscopia, más que por su capacidad para evidenciar la salida de sangre a través de la ampolla de Vater, porque permite descartar otras causas de hemorragia digestiva alta. TAC y RM son útiles para identificar signos de pancreatitis crónica. El gold estándar es la angiografía, que identifica la presencia de pseudoaneurismas en vasos peripancreáticos. El tratamiento dependerá del estado general del paciente; el abordaje primario con medidas de soporte vital básico y avanzado; a continuación, la angiografía (embolización transarterial) con un éxito entre el 67-100% y periodo libre de recurrencia a los 6 meses 70%, puede dotarnos de tiempo para planificar el acto quirúrgico, que en el episodio agudo ha de ser la última opción, en caso de que existiera fracaso de tratamiento embolizador, angiografía sin hallazgos, inestabilidad hemodinámica, entre otros.

P-292. SÍNDROME DE WILKIE: CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

M.D.M. Achalandabaso Boira, E. Martín-Pérez, A. Rodríguez Sánchez, M. Di Martino, G.J. Fernández-Díaz, M.D.M. Naranjo Lozano y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El síndrome de la pinza aorto-mesentérica o síndrome de Wilkie es una causa rara de obstrucción intestinal, resultante de la compresión extrínseca de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta, debido al estrechamiento del ángulo aortomesentérico. Puede ser secundario a diversas enfermedades y su baja incidencia y la inespecificidad del cuadro clínico, hacen difícil su diagnóstico. Presentamos el caso de una paciente con síndrome de Wilkie y discutimos el abordaje diagnóstico-terapéutico.

Caso clínico: Paciente de 24 años sin antecedentes de interés que desde los 12 años presenta molestias abdominales tras la ingesta. Desde hace año y medio, presenta cuadros de dolor epigástrico y náuseas posprandiales más intensos e importante pérdida de peso. Tras múltiples ingresos en urgencias y estudios ambulatorios no se evidencia la causa del cuadro clínico, siendo diagnosticada de probable anorexia nerviosa. La exploración en los episodios agudos muestra dolor a la palpación profunda en epigastrio y sensación de masa. Tránsito baritado: En tercera porción del duodeno, existe una imagen lineal de aproximadamente 12 mm, en probable relación con síndrome de pinza aorto-mesentérica, con dilatación retrógrada del marco duodenal. TC abdominal: Importante dilatación gástrica y de la 1ª y 2ª porción duodenal, proximal a la pinza aortomesentérica. La distancia entre la aorta y la AMS en el cruce de la 3ª porción duodenal es de 5 mm (valores medios: 10-20 mm) y el ángulo aortomesentérico de 20° (valores medios: 38-56°). Tras un período de tratamiento nutricional, la paciente refiere mejoría de la sintomatología en posición genupectoral, pero sin ganancia de peso. Ante los hallazgos radiológicos y el fracaso del tratamiento nutricional, se plantea la posibilidad de síndrome de Wilkie y se procede a realizar una laparotomía exploradora. En la intervención, se confirma el diagnóstico preoperatorio observando una gran dilatación del duodeno proximal a la AMS con afilamiento distal a la misma. Se realizó descruzamiento duodenal con sección a nivel de la cuarta porción, colocación delante de los vasos y anastomosis duodeno-yeyunal laterolateral manual. La evolución postoperatoria es favorable

con buena tolerancia precoz a líquidos y progresivamente dieta sólida sin presentar vómitos ni dolor. Alta al 7º día.

Discusión: El diagnóstico del síndrome de Wilkie suele ser tardío dado que la clínica es inespecífica y requiere un alto grado de sospecha. Aunque el estudio baritado duodenal puede ser diagnóstico, la TC abdominal con reconstrucción tridimensional es un método seguro y no invasivo que puede demostrar la compresión del duodeno entre la AMS y la aorta. Un ángulo aorto-mesentérico menor de 25° y una distancia entre AMS y aorta menor de 1 cm, se consideran diagnósticos. Inicialmente el tratamiento debe ser conservador, con descompresión gástrica y duodenal, medidas posturales y soporte nutricional adecuado. Las indicaciones de cirugía son el fracaso del tratamiento conservador y la enfermedad de larga evolución con pérdida ponderal progresiva y dilatación duodenal. Dentro de las distintas técnicas quirúrgicas (procedimiento de Strong, gastroyeyunostomía), la duodenoyeyunostomía latrolateral es el procedimiento de elección, con una tasa de éxito superior al 90%.

P-293. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE LEMMEN

S. Salido Fernández, G. Fernández-Díaz, I. Rubio Pérez, J.L. Muñoz de Nova, M. Posada González, A. Rodríguez Sánchez, M.D.M. Naranjo Lozano, L. Sánchez-Urdazpal, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La presencia de divertículos duodenales cercanos a la papila de Vater puede propiciar la aparición de síntomas pancreático-biliares asociados. Lemmen en 1934 describió este síndrome. La incidencia de divertículos duodenales se estima entorno al 15% siendo más frecuentes en la segunda porción, próximos a la papila. La clínica es variada pudiendo asociarse con, dolor abdominal, sangrado, perforación u obstrucción biliar. Presentamos el caso de un paciente que debuta con colangitis de repetición secundarias a compresión de la vía biliar intrapancreática por un divertículo duodenal.

Caso clínico: Varón de 64 años con A.P. de HTA, DM tipo 2 y ACV. Ingresó en el servicio de infecciosas por sepsis de origen abdominal por K. pneumoniae que se complicó con un cuadro de insuficiencia renal aguda. Durante el estudio se descubre mediante TC un divertículo en la tercera porción duodenal. Fue dado de alta tras mejorar con tratamiento antibiótico. Dos meses después ingresa en el servicio de medicina digestiva por un cuadro de colangitis y sepsis por E. coli. Analíticamente destacaba leucocitosis y desviación izquierda, coagulopatía y lactacidemia. Ecografía abdominal: vesícula biliar con litiasis, vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones. Colangiografía-RMN: litiasis biliar. Gran divertículo periampular que condiciona compresión extrínseca sobre la porción distal del colédoco sin objetivarse imágenes de coledocolitiasis ni dilatación en el momento actual. Es remitido al servicio de cirugía general para tratamiento quirúrgico. Mediante laparotomía subcostal bilateral se accede a la cavidad abdominal y se realiza maniobra de Kocher para la completa exposición duodenal. Se explora el duodeno hallando un divertículo en el borde mesentérico. Se completa la exploración con ecografía intraoperatoria sin encontrar otros hallazgos. Se realiza sección de la base del divertículo con GIA y se coloca un parche de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil™) como sellante y hemostático. Se realiza colecistectomía por colelitiasis. Durante el postoperatorio se evidencia fistula biliar fistula por lesión de conducto de Lusk que se corrigió con tratamiento conservador. El paciente fue dado de alta el quinto día postoperatorio. Actualmente se encuentra asintomático, sin recurrencia de colangitis.

Conclusiones: Lemmen describió por primera vez la asociación entre los divertículos duodenales y sintomatología obstructiva pancreatobiliar. Existen pocas series de pacientes con divertículos duodenales, en estas la presentación clínica más frecuente es el dolor abdominal, náuseas, vómitos y/o esteatorrea. Sin embargo es poco frecuente la aparición de ictericia obstructiva o colangitis. La cirugía se indica en casos de complicación del divertículo como perforación, sangrado o dolor abdominal mal controlado siendo menos frecuente la obstrucción biliar o pancreática. El tratamiento de elección es la diverticulectomía, otros procedimientos como resección duodenal o la duodenopancreatectomía cefálica son menos frecuentes y depende su indicación de la localización del divertículo y su relación con la ampolla de Vater. En nuestro caso se pudo realizar una diverticulectomía, el paciente no presentó complicaciones derivadas de dicho procedimiento, aunque sí de la colecistectomía asociada.

P-294. METÁSTASIS PANCREÁTICAS DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS 21 AÑOS TRAS NEFRECTOMÍA

F. Fernández Bueno¹, C. López Muñoz², L. Carrión Álvarez¹, P. López Fernández¹, M. Hernández García¹, A. Serrano del Moral¹, J. Martínez Piñero¹, J. Peraza Casajús², A. Rivera Díaz¹, A. García Muñoz-Najar¹ y F. Pereira Pérez¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

Objetivos: El páncreas es un órgano poco frecuente de metástasis de otros cánceres primarios, pero las metástasis pancreáticas juegan un papel importante en el diagnóstico diferencial de pacientes con tumores de páncreas, especialmente en pacientes con antecedentes de carcinoma de células renales.

Caso clínico: Exponemos el caso de un varón de 69 años que acude a consulta remitido por su Urólogo de referencia al observar tumoración en páncreas de 4 cm durante la revisión ecográfica anual de un carcinoma de células renales grado 1, de 7 x 5 cm, con infiltración del tejido adiposo perirrenal y del hilio, estadio II de Robson y III de Petkovic en enero 1991. Sin AP relevantes ni médicos ni quirúrgicos salvo los expuestos. Analítica sin hallazgos significativos. MT: PSA 1,9, CEA 1,1 y CA 19-9 25. TC abdómino-pélvico con contraste 01-02-2012: Se confirma la presencia de dos masas pancreáticas localizadas en el proceso uncinado (5,4 x 2,9 cm) y cola del páncreas (5 x 3,3 cm). Ambas presentan un realce intenso heterogéneo en fase arterial y son isodensas en fase venosa. La lesión localizada en proceso uncinado contacta, sin plano de clivaje, con la cara posterior de la arteria mesentérica superior en aproximadamente 90° sin poder descartar infiltración de la misma. Estudio hormonal: gastrina 162,00 pg/mL, cromogranina A 258 U/L, insulina 19,8 µU/mL, péptido C 5,44 ng/mL. Con el juicio clínico de TNE vs metástasis de Ca renal se decide tras evaluación en Comité de Tumores Cx programada para duodenopancreatectomía total con revascularización mesentérica por lesión de la AMS (injerto con a. esplénica). Hallazgos: tumoración de gran tamaño (6-7 cm) en proceso uncinado en contacto íntimo con AMS. Tumoración en cola de 5 cm que infiltra mesocolon. Técnica: duodenopancreatectomía total con esplenectomía y preservación pilórica de gran dificultad, especialmente al intentar separar el tumor uncinado de VMS y AMS, donde se produce hemorragia profusa que obliga a clampaje de VMS y porta y a la resección de la parte proximal de la AMS aparentemente afectada por el tumor. 60 min de isquemia intestinal con cambios evidentes de su coloración mientras se revasculariza la AMS mediante injerto de la arteria esplénica de aprox 7 cm de longitud, obtenida de la pieza. Revascularización aceptable del ID, completando reconstrucción mediante H-Y t-l con tutor exteriorizado a lo Witzel (VB de 3 mm) y duodenoyeyunostomía antecólica monoplano. Se pasa sonda de nutrición enteral distal a esta anastomosis. Drenajes: Blake izdo en fosa esplénica y dcho en proximidad de H-Y. Duración 6,5 h. Transfusión IO 1 CH. Diagnóstico AP: pieza de pancreatectomía total con dos metástasis de carcinoma renal de células claras, grado 2 de Fuhrman. Márgenes de resección libres (a menos de 1 mm del margen radial en ambas). Revisiones por Cirugía y Endocrino.

Discusión: Ante diagnósticos por imagen de masas pancreáticas en pacientes nefrectomizados, debemos plantearnos la posibilidad de metástasis pancreáticas, ya que los casos descritos en la literatura abarcan desde 3-30 años posteriores a la extirpación del tumor primario.

P-295. PÁNCREAS HETEROTÓPICO EN ESTÓMAGO

F.M. González Valverde, A. Albarracín Marín-Blázquez, P. Pastor Pérez, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, M. Maestre Maderuelo, M. Candel Arenas, P. Parra Baños y F.J. Ródenas Moncada

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: La heterotopia pancreática supone la presencia de tejido pancreático fuera de su localización habitual y sin continuidad vascular, neuronal o anatómica con la propia glándula. Las localizaciones más frecuentes son el estómago, el duodeno y el yeyuno proximal, aunque pueden encontrarse en cualquier segmento del tracto gastrointestinal. También se han descrito casos en la vesícula, la vía biliar, el bazo, el omento, el mesenterio e incluso en el mediastino y el pulmón.

Caso clínico: Mujer de 49 años con antecedente de úlcus gástrico que consultó por epigastalgia, anemia y episodio de hemorragia digestiva alta. La ecografía abdominal descubrió un engrosamiento de las paredes

del antro gástrico que sugería una neoformación. La gastroscopia observó signos de antritis y compresión extrínseca secundaria a una lesión submucosa antral ulcerada en su centro. La biopsia fue de gastritis crónica. La ecoendoscopia confirmó una tumoración de 6 cm, mal delimitada y heterogénea, con áreas hiperecogénicas y otras hipoeecogénicas de posible contenido líquido. El TAC evidenció una masa de $5,6 \times 4,5$ cm. con calcificaciones en su interior. Con la sospecha preoperatoria de GIST gástrico se realizó una gastrectomía segmentaria por abordaje laparoscópico. La pieza quirúrgica incluía una tumoración intramural mal delimitada con zonas de coloración amarillenta que recordaban el tejido pancreático, y zonas blanquecinas de fibrosis. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de páncreas ectópico con la presencia de acinos pancreáticos, ductos e islotes de Langerhans que se extiende focalmente hasta la subserosa. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Discusión: Publicada inicialmente por Schultz (1727), la heterotopia pancreática es una entidad infrecuente con una incidencia en series de autopsias del 0,5-3,7%. Se describe preferentemente en varones de mediana edad y el diagnóstico es generalmente incidental, durante el examen histológico de piezas extirpadas por otro motivo. Aunque su etiología no está claramente establecida, parece originarse de las vesículas embrionarias. El páncreas se desarrolla desde la 5ª semana, de la parte caudal del intestino anterior, a partir de brotes endodérmicos. Durante este proceso las vesículas primitivas están en íntimo contacto con la parte distal del estómago y el duodeno embrionarios, y en esta fase parte del tejido puede desprenderse y quedar englobado en una localización ectópica, normalmente en el interior de la pared del tracto gastrointestinal. Endoscópicamente se detecta como una lesión submucosa con umbilicación central. Estas lesiones están cubiertas por mucosa de aspecto normal, siendo difíciles de diferenciar de GIST, linfomas, tumores carcinoides y otras neoplasias. La eco-endoscopia nos permite identificar la capa de la pared de la que se origina la lesión (submucosa) y tomar muestras para el diagnóstico histopatológico. Clínicamente suelen ser silentes aunque un 30-40% pueden complicarse y cursar con pancreatitis, hemorragia, obstrucción, distrofia quística e incluso transformación maligna. El tratamiento es la resección quirúrgica del tejido ectópico en los casos sintomáticos (hemorragia, obstrucción, degeneración maligna, etc.) pero su manejo es conservador en el resto de casos.

P-296. ABSCESO RETROFARÍNGEO Y MEDIASTINITIS SECUNDARIOS A FÍSTULA PANCREÁTICA

B. Sánchez Pérez, C. Rodríguez Silva, J.L. Fernández Aguilar, M.A. Suárez Muñoz, J.A. Pérez Daga, M.E. Gámez Córdoba y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las fístulas pancreaticopleurales son complicaciones excepcionales de las pancreatitis agudas o crónicas (0.4%). Suelen relacionarse con alcoholismo, traumatismo abdominal cerrado, lesión iatrogénica o patología pancreática subyacente: crónica o aguda.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedentes de pancreatitis crónica. En abril 2011 ingresó con reagudización de su pancreatitis crónica y sufrió episodio de rotura espontánea de bazo que precisó esplenectomía urgente. En noviembre 2011 ingresó con cuadro de disnea progresiva y síndrome de vena cava superior. En el TAC cérvico-torácico observamos absceso retrofaríngeo, que se extendía de retrotraqueal y periesofágico dando lugar a colecciones mediastínicas, importante derrame pleural derecho y una pequeña colección peripancreática, todo ello secundario a fístula pancreática que se constató por los elevados niveles de amilasa en el líquido pleural (> 10.000 U/L). Preciso intervención de urgencia requiriendo cervicotomía, traqueotomía y toracotomía derecha, soporte ventilatorio e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En planta evolucionó favorablemente hasta el día 21 PO, donde se exteriorizó una fístula pancreática a través de los orificios de los drenajes torácicos. Se confirmó mediante TAC torácico presencia del trayecto desde el cuerpo del páncreas, pasando por el hilio esofágico, cavidad torácica y drenando a través de la pared. La RMN puso de manifiesto la disrupción a nivel de Wirsung responsable del cuadro, por lo que se decidió colocación de endoprótesis mediante CPRE, no siendo efectiva por no sobrepasar la rotura del conducto. Se indicó cirugía realizándose pancreatectomía distal. En la pieza quirúrgica se observó la lesión del conducto mediante la extravasación de azul de metileno. El paciente fue dado de alta el 6 postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: Las fístulas pancreaticopleurales constituyen un reto diagnóstico y terapéutico. Requieren un alto índice de sospecha, en aquellos pacientes con derrame pleurales reiterativos concomitantes con alcoholismo y/o pancreatitis crónica. Predominan los signos pulmonares (disnea y derrame pleural) sobre los abdominales. El diagnóstico está basado en los altos niveles de amilasa del líquido pleural y las pruebas de imagen (TAC y colangiografía). El tratamiento asienta en inhibidores de la secreción pancreática más colocación de endoprótesis mediante CPRE. La cirugía queda reservada tras el fallo del primer escalón terapéutico. Sin embargo, una cirugía precoz ha demostrado una rápida recuperación de los pacientes y un elevado índice de éxitos.

P-297. EFICACIA DEL OCTREÓTIDO EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA QUILOSA ASOCIADA A ENFERMEDADES PANCREÁTICAS

L.M. Oms Bernad, F.A. Zárate Moreno, R. Mato Ruiz, C. Balaguer del Ojo, D. Güell Puigcercós, L. Cayetano Paniagua, A. Balsach Solé, J. Sala Pedrós y F. Campillo Alonso

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La fístula quillosa tiene un tratamiento inicialmente conservador pero con frecuencia dilatado en el tiempo, que puede ser acortado con la administración de octreótido. Presentamos cuatro casos que documentan dicha resolución favorable y rápida. Estudio descriptivo de la evolución de una serie de cuatro casos con enfermedades del páncreas y fístula quillosa, definida como la obtención de material de aspecto lechoso y alto contenido en triglicéridos. Fueron tratados inicialmente con nutrición parenteral y dieta absoluta, y seguidamente con octreótido 0,1 mg/8h por vía subcutánea. Se muestran los débitos fistulosos antes y después de iniciado el tratamiento, y hasta la curación.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 80 años intervenida por duodenopancreatectomía cefálica. Abundante exudado peritoneal seroso, que vira a un aspecto lechoso con débitos superiores a dos litros diarios al reiniciar la ingesta. Disminución del débito hasta su resolución en 5 días tras la introducción de octreótido. Caso 2: mujer de 55 años, tratada unas semanas antes por pancreatitis aguda enólica grave con absceso pancreático drenado percutáneamente. Reingresa por distensión de la cavidad abdominal por gran colección líquida drenada percutáneamente. Débito quilloso de 750 ml diarios. Se inicia nutrición parenteral sin apreciable disminución del débito hasta que se instaura octreótido, con resolución total al séptimo día. Caso 3: mujer de 75 años a la que en el curso de una dilatación endoscópica por estenosis duodenal se le produce perforación duodenal, practicándose movilización del duodeno-páncreas, biopsias que resultan negativas para tumor, y derivación duodeno yeyunal en Y de Roux. Débito quilloso de 100 ml diarios al reintroducir la ingesta, solventado en 4 días tras la administración de octreótido. Caso 4: mujer de 73 años a la que se practicó una doble derivación de Y de Roux por pseudoquistes pancreáticos. Desarrolló una fístula quillosa de 750 ml que se solucionó tras la administración de octreótido durante siete días.

Conclusiones: Algunas enfermedades e intervenciones abdominales como las originadas en el páncreas pueden causar lesión de los vasos linfáticos regionales con la aparición de ascitis o fístula quillosa, cuyo tratamiento comprende reposición nutricional y disminución del aporte de grasa al intestino. La administración de somatostatina o su análogo octreótido favorece una rápida resolución del cuadro. El inicio precoz de este tratamiento contribuye a acelerar la curación y a la contención del gasto hospitalario.

P-298. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE PÁNCREAS TRATADA MEDIANTE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

C. González Serrano, I. del Hoyo Aretxabala, L. Hierro-Olabarria Salgado, S. Leturio Fernández, I. Iturburu Belmonte, A. Gómez Palacios y J.J. Méndez Martín

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) del tracto digestivo son anomalías vasculares extremadamente raras, en las cuales el flujo sanguíneo pasa de las arterias regionales al sistema venoso portal sin pasar por los capilares. Las más frecuentes (78%) se localizan a nivel de ciego y colon derecho. La localización pancreática representa el 0,9%.

En el caso que presentamos, la MAV se localizó a nivel de cabeza pancreática y debutó con dolor abdominal asociado a ictericia por sangrado hacia vía biliar.

Caso clínico: Varón 51 años. HTA. Fumador 1 paquete/día, bebedor moderado y consumidor ocasional de cocaína. Acude a urgencias por dolor abdominal y eco de colelitiasis y dilatación de vía biliar sin objetivar causa. Reingresa 3 días después por dolor de similares características e ictericia. TAC 28/2/12: lesión nodular de 3,9 cm a nivel de cabeza pancreática con contraste en su interior, que origina dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Estructura serpiginosa procedente de a. pancreatoduodenal con drenaje venoso precoz, a través de un vaso dilatado y desemboca en la Porta, que sugiere fistula arterio-portal. Arteriografía 29/2/12: confirma la existencia de un pseudoaneurisma de 3,5 cm en cabeza pancreática con origen en la a. pancreatoduodenal. Se practica embolización con coils. TAC control 5/3/12: MAV de páncreas con contraste en el interior del pseudoaneurisma, compatible con repermeabilización parcial. Es dado de alta y reingresa 13 días después por hematemesis y dolor abdominal. Gastroscoopia 20/3/12: úlcera en bulbo duodenal sin signos de sangrado. TAC 20/3/12: pseudoaneurisma de cabeza pancreática que presenta un realce anular de 15 mm compatible con repermeabilización, que ha aumentado respecto a TAC previo. Persiste dilatación de vía intra y extrahepática. Angiografía 21/3/12: relleno parcial del pseudoaneurisma desde ramas distales de la arcada pancreatoduodenal inferior. Se colocan coils quedando sellado. El paciente es programado para cirugía electiva el 29/3/12, se practica duodenopancreatectomía cefálica. La pieza de resección evidenció la MAV en cabeza pancreática. La evolución fue favorable.

Discusión: La MAV de localización pancreática es una entidad sumamente rara. Sólo existen 69 casos publicados en la literatura. Afectan con mayor frecuencia al sexo masculino, en torno a la 5ª década de la vida. En su mayoría son asintomáticas. Cuando originan síntomas lo más frecuente es que se presenten como dolor abdominal, hemorragia digestiva o hipertensión portal. Nuestro paciente presentó ictericia debido a la hemorragia hacia vía biliar como se constató durante la cirugía. El TAC con contraste constituye la técnica diagnóstica de elección. El tratamiento mediante embolización es útil en los casos de sangrado activo y como paso previo al tratamiento quirúrgico. La hemorragia recurrente, como en nuestro caso, se presenta hasta en un 37%, por lo que el tratamiento definitivo consiste en la resección quirúrgica de la zona afectada. En el caso de MAV asintomáticas no hay consenso en cuanto al tratamiento, existiendo autores que preconizan la actitud expectante y otros abogan por el tratamiento quirúrgico precoz ante el riesgo de complicaciones y el desconocimiento del curso evolutivo de este tipo de anomalías vasculares.

P-299. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PANCREÁTICA DIFUSA TRATADA (DE MOMENTO...) MEDIANTE EMBOLIZACIÓN RADIOGUIADA

L. Hierro-Olabarria Salgado, C. González Serrano, V. Atín del Campo, P. Gómez García, I. Iturburu Belmonte, J.J. Méndez Martín, A. Gómez Palacios, P. Pérez de Villarreal Amilburu, I. del Hoyo Aretxabala, S. Leturio Fernández y S. Ruiz Carballo

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con una malformación arteriovenosa (MAV) pancreática, entidad rara de la cual solo hay 69 casos publicados. La clínica, con dolores abdominales abigarrados de larga evolución, dificultó su diagnóstico, y la localización difusa, muy poco habitual, por todo el páncreas, hace que el planteamiento terapéutico definitivo resulte complejo.

Caso clínico: Varón de 51 años. Antecedentes de úlcera duodenal crónico con reagudizaciones y epigastralalgias inespecíficas. Ingresó en Urgencias por cuadro compatible con úlcera duodenal perforada, se realiza laparoscopia exploradora que no confirma el diagnóstico. El paciente continúa con dolor intenso. Es dado de alta 12 días después, tras mejoría sintomática, pero reingresa a las 24 horas por reaparición del dolor. Se le realiza tránsito EGD que descarta perforación duodenal, ecoendoscopia con punción dirigida PAAF que describe una lesión quística abscesificada, y un nuevo TC que objetiva varices con relleno precoz de contraste situadas en la cabeza y proceso uncinado del páncreas junto con dilatación de la porta, hallazgos que sugieren fistula arteriovenosa. Posteriormente se realiza RMN, con los mismos hallazgos y angiografía, con objetivo diagnóstico y terapéutico: visualiza MAV pancreática (en cabeza, cuerpo y cola), pseudoaneurisma de la arteria pancreatoduodenal y drenaje veno-

so intensamente precoz hacia la vena porta. Se trata mediante embolización supraselectiva de las posibles aferencias del pseudoaneurisma. Tras dicho tratamiento remite la clínica. En estudios posteriores mediante angio-TC de troncos supraaórticos y arteria pulmonar se descarta la presencia de MAV en dichas localizaciones. Se descartó mediante estudio genético la asociación con la enfermedad de Rendu-Osler-Weber (R-O-W). Actualmente es controlado en Consultas Externas, sin descartar la indicación quirúrgica.

Discusión: La MAV pancreática se define como anomalía vascular, con flujo sanguíneo de arterias regionales hacia sistema venoso portal, sin pasar por vasos capilares normales en una porción del páncreas. Es muy poco frecuente, sólo hay 69 casos descritos. La media edad es de 50 años, más frecuente en el hombre. El 90% son congénitos (aislado o asociado a enfermedad de R-O-W) y el resto adquiridos (10%, secundarios a pancreatitis, tumor o traumatismo). La localización más frecuente es en cabeza pancreática y la arteria más afectada la esplénica. La clínica más frecuente es el sangrado gastrointestinal (49,3%), seguida de dolor abdominal (40,6%). Pueden ser asintomáticos (18,8%) o manifestarse con varices esofagogástricas sintomáticas (15,9%). Los mecanismos de sangrado gastrointestinal se dividen en cuatro grupos: sangrado por ampolla de Vater, por tracto digestivo, por úlcera duodenal o por varices gastroesofágicas. Actualmente la TC con contraste es el método diagnóstico de primera línea. En cuanto al tratamiento, la embolización mediante angiografía sirve para reducir la vascularización, pero solo como ayuda para la cirugía, dada la alta tasa de sangrado recurrente. El tratamiento quirúrgico es el más efectivo para la MAV sintomática. En la MAV asintomática, en cambio, es controvertido. Algunos autores recomiendan tratamiento quirúrgico precoz, dado el riesgo de complicaciones, el desconocimiento del curso evolutivo y la dificultad para conseguir la curación una vez evolucionado el cuadro.

P-300. ABSCESO PANCREÁTICO POR CANDIDA ALBICANS COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. López Fernández, P. Artuñedo Pe, L. Carrión Álvarez, F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, M. Hernández García, A. Serrano del Moral, A. García Muñoz-Najar y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: Se presenta un caso clínico de un absceso pancreático por *Candida albicans*, entidad muy poco frecuente. La evolución de una pancreatitis grave se asocia con cierta frecuencia a la aparición de colecciones que es preciso determinar si se encuentran infectadas.

Caso clínico: Paciente varón de 46 años, con antecedentes de epigastralalgias leves ocasionales ingresa por epigastralgia intensa y vómitos alimentarios, con hiperlipasemia de 922 U/L, sin otros hallazgos analíticos. Se realiza ecografía y TC abdomino-pélvico con contraste donde se objetiva pancreatitis aguda leve de origen biliar y secuelas de pancreatitis crónica. Al mes del alta, ingresa de nuevo por nuevo episodio de pancreatitis aguda, con evolución desfavorable, por lo que se practica TC abdominal que valora la presencia de lesión quística de 6 cm dependiente de la cabeza del páncreas. Al persistir mala evolución (a pesar de tratamiento con piperacilina-tazobactam) precisa ingreso en UCI por SIRS; donde se inicia NPT. En TC de control se demuestra aumento del tamaño de la lesión hasta un diámetro máximo de 13 cm, que unido a la mala situación clínica se decide punción y drenaje del pseudoquiste, con buena evolución posterior y cobertura antibiótica con imipenem. Se realiza colangiografía que objetiva la presencia de una pequeña colección de 3 x 2 cm en torno a la cabeza del páncreas, aparentemente comunicada con el conducto de Wirsung. En nuevo TC de control se objetiva un diámetro de la colección de 5,5 cm, con nueva punción sin drenaje. Tras evolución favorable se decide alta hospitalaria. A los 2 meses el paciente ingresa de nuevo comprobándose la persistencia de la colección. Se inicia NPT y ante el planteamiento de intentar drenaje con eco-endoscopia, se produce rotura espontánea del pseudoquiste. En nuevo TC de control se aprecia reaparición del pseudoquiste del mismo tamaño que previo a la rotura. Dos meses después sufre nuevo episodio de empeoramiento con dolor abdominal, en el que se realiza nuevo TC que sugieren nueva rotura espontánea con fistulización a cavidad abdominal, momento en el que se decide intervención quirúrgica: gastrotomía antral longitudinal, en la que se aprecia lesión que protruye mucosa duodenal en relación con pseudoquiste que se confirma con eco IO. Punción de la lesión a través del duodeno obteniendo material purulento, apertura de

la lesión quística en un tramo de unos 2 cm. Gastroyeyunostomía L-L con sutura mecánica. Cultivo de líquido quístico. Tras el informe microbiológico de crecimiento y aislamiento de *C. albicans*, se inicia tratamiento con fluconazol iv, con mejoría del cuadro y alta hospitalaria. Tras 12 meses de seguimiento el paciente está asintomático y sin datos de recidiva del absceso. El informe microbiológico del cultivo de líquido quístico revela el aislamiento de *C. albicans* multi-sensible a los antifúngicos más frecuentes.

Discusión: Los abscesos pancreáticos por *C. albicans* son muy poco frecuentes, y tienen como principales factores la inmunosupresión, antibioterapia de amplio espectro de larga duración, cirugía abdominal mayor y desnutrición, entre otros. En el manejo, se recomiendan el drenaje del mismo y el uso de antifúngicos.

P-301. CPRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

M.L. Gutiérrez Díez, G. González Sanz, R. Uribarrena, S. Paterna López, C. Gracia Roche, N. Sánchez Fuentes, P. Cebollero Benito, J. Martínez Bernard, M. Herrero López, I. Gascón Ferrer y J.M. Esarte Muniáin

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica diagnóstica y terapéutica de gran utilidad en el manejo de las enfermedades biliopancreáticas, con una incidencia global de complicaciones variable, entre 4-16%. La perforación tras CPRE es poco frecuente (0,3-1,2%) y no siempre requiere intervención quirúrgica.

Material y métodos: En nuestro Hospital esta técnica es realizada fundamentalmente por dos especialistas de Aparato Digestivo. En todos los casos se pauta profilaxis antibiótica y se solicita estudio de coagulación previo. Estudio retrospectivo de las complicaciones que se han producido tras la realización de una CPRE entre los años 2005-2011 y análisis de aquellos pacientes que han precisado intervención quirúrgica.

Resultados: Se han realizado 2070 CPRE tanto diagnósticas (24%) como terapéuticas (76%). 53 pacientes, un 2,5%, han presentado complicaciones: hemorragias postesfinterotomía 30 pacientes (1,4%), perforación de víscera hueca 10 (0,48%), pancreatitis moderada-grave 8 (0,38%) y colangitis 5 (0,24%). Han precisado intervención quirúrgica por complicaciones derivadas de la técnica 5 pacientes (0,24%). Mujer de 81 años que presentó una perforación de un divertículo de gran tamaño localizado en la segunda porción duodenal tras CPRE con esfinterotomía y extracción de cálculos por coledocolitiasis. Se le realizó una diverticulectomía, colecistectomía y gastroenteroanastomosis. Varón de 56 años con antecedentes de antrectomía con Billroth I con reconstrucción de la vía biliar sobre tubo en T de Kehr por UGD estenosante hace 16 años, que ingresa por episodio de colangitis. Se le realiza CPRE con esfinterotomía por hallazgo en la colangiorNM de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática posiblemente secundaria a fibrosis periampular produciéndose perforación y absceso retroduodenal hasta pelvis. Se realiza sutura de perforación duodenal y de vía biliar principal (VBP) más Kehr. Es reintervenido por absceso retroperitoneal tras fracaso de drenaje percutáneo. Mujer de 85 años que requiere intervención por perforación duodenal secundaria a la colocación de prótesis plástica en la VBP para tratamiento de coledocolitiasis complicada al que se le realiza colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos y de prótesis biliar y drenaje con tubo en T de Kehr de VBP. Varón 39 años al que se le realiza CPRE por ictericia secundaria a coledocolitiasis con imposibilidad para la extracción endoscópica de cálculos. Se observa retroneumoperitoneo con abdomen agudo por lo que se realiza colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos, colocación de tubo en T de Kehr y sutura de perforación duodenal. Mujer de 92 años que presenta perforación iatrogénica duodenal tras CPRE por coledocolitiasis. Se realiza colecistectomía, coledocotomía con extracción de cálculos y coledocoduodenostomía. Todos los pacientes intervenidos presentaron una evolución favorable en el postoperatorio.

Discusión: La incidencia de complicaciones hallada es baja comparada con los datos publicados en la bibliografía. Las complicaciones que requieren intervención quirúrgica tras CPRE son más frecuentes cuando se emplea como técnica terapéutica. La complicación más frecuente que ha requerido intervención quirúrgica tras CPRE es la perforación.

P-302. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON PERFORACIÓN SECUNDARIA A CPRE

J.L. González Romero, I. Arteaga, D. Nicolás Pérez, N. Lorenzo, C.M. Correa, J. Escudero y A. Carrillo Pallarés

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Introducción: La perforación iatrogénica secundaria a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una complicación infrecuente (0,3-1,5%), asociada a una gran morbi-mortalidad. El objetivo de nuestro trabajo es determinar los resultados perioperatorios de los pacientes tratados por esta complicación en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes valorados por el Servicio de Cirugía con el diagnóstico de sospecha de yatrogénica secundaria a CPRE, en el período de estudio del 2010-2011. Recogimos datos sobre las variables demográficas y clínicas de los pacientes, para su posterior análisis estadístico con el programa SPSS. Asimismo, se comparan los resultados obtenidos en nuestro centro con los estándares de la literatura y de series similares a la nuestra, para determinar cuáles son las circunstancias clínicas, analíticas y radiológicas que pueden necesitar tratamiento quirúrgico urgente.

Resultados: En el período de estudio 2010-2011 catorce pacientes con la sospecha de perforación yatrogénica fueron valorados por nuestro Servicio. Nueve pacientes fueron tratados conservadoramente (64,2%) y cinco fueron intervenidos (35,7%). Se realizó exclusión duodenal en 2 casos, cierre primario en 2 casos, y en un caso no se encontró macroscópicamente la lesión. Se especifica una mortalidad global del 37,5%. Se trató de forma conservadora un 64,2% (9), con una mortalidad para este subgrupo del 33% (3). Se trató de forma quirúrgica un 35,7% (5) y con una mortalidad para este subgrupo del 60% (3). Se especifica las características epidemiológicas del paciente, el tipo y localización de perforación acaecida, indicación de CPRE, repercusión clínica analítica y radiológica, tratamiento realizado y manejo del paciente. El síntoma predominante fue el dolor, y el hallazgo radiológico predominante fue el neumoperitoneo. En un caso el paciente asoció enfisema subcutáneo. La lesión hallada en la intervención quirúrgica fue: perforación duodenal (2) laceración colédoco (1) y lesión pospilórica (1).

Conclusiones: La perforación iatrogénica del duodeno o de la vía biliar tras CPRE fue una complicación de pronóstico grave en nuestro centro, dados los resultados de mortalidad y morbilidad.

P-303. ¿ES POSIBLE LA RESECCIÓN HEPÁTICA POR METÁSTASIS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS?

J. Soria Estrems, A. García-Granero García-Fuster, L. Sabater Ortí, F. Morera Ocón, B. Camps Vilata y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: La resección hepática es el procedimiento de elección para el tratamiento curativo de las metástasis hepáticas de diferentes orígenes. La proporción de pacientes con metástasis hepáticas intervenidos disminuye drásticamente en pacientes ancianos. El objetivo de este estudio es valorar las complicaciones perioperatorias tras resección de metástasis hepáticas en mayores de 80 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional en una unidad de cirugía hepatobiliopancreática de los pacientes mayores de 80 años sometidos a resección hepática por metástasis en los últimos 10 años. Se analizan datos demográficos, tratamiento neoadyuvante, tipo de resección y morbilidad y mortalidad perioperatorias.

Resultados: En el período de 2002 a 2011 se han intervenido en nuestra unidad 198 pacientes con metástasis hepáticas, 8 de los cuales eran mayores de 80 años (4% de los pacientes). De estos pacientes 3 eran mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 82 años (80-85 años). En 7 casos las metástasis eran de origen colorrectal y en uno de origen mamario. Sólo uno de los pacientes recibió tratamiento quimioterápico neoadyuvante. Se realizaron las siguientes intervenciones: segmentectomía de un solo segmento (VI o VII, en tres pacientes), segmentectomía de 3 segmentos (dos casos, segmentos III, IV y VI y segmentos II, IV y VII), hepatectomía izquierda y segmentectomía del segmento VII (un caso), resección atípica en el segmento VII (un caso) y segmentectomía del VIII y resección atípica del IV y del VII (un caso). Seis de los pacientes no presentaron ninguna complicación postoperatoria y dos se tuvieron que reintervenir por evisceración (uno asociada a hemoperitoneo). La estancia media fue de $11,25 \pm 8,63$ días y no hubo mortalidad perioperatoria.

Conclusiones: En nuestra serie, aunque limitada en número, la resección hepática en ancianos de más de 80 años bien seleccionados parece factible y segura.

P-304. ESTUDIO POR MICROARRAYS DE TEJIDOS DE MARCADORES HISTOLÓGICOS QUE PUEDEN CONSIDERARSE COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN LOS PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, A. Serrablo Requejo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andía, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, D. Júdez Legaristi, M. Beltrán-Martos y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Nos hemos planteado en nuestro estudio identificar marcadores histológicos pronósticos en las metástasis hepáticas de origen colorrectal (MHCCR) y analizar su comportamiento como pronósticos de supervivencia, aparición MH y/o recidiva. Numerosos estudios han analizado los factores de mal pronóstico preoperatorios en pacientes sometidos a resección hepática por MHCCR con el fin de seleccionar a los pacientes para tratamiento quirúrgico. Sin embargo, los factores postoperatorios han sido poco analizados.

Material y métodos: Por medio del estudio anatomopatológico básico de las muestras, se han recogido prospectivamente, datos de 100 pacientes consecutivos (seguimiento mínimo 1 año), sometidos a cualquier resección hepática (127 RH) por MHCCR, en Unidad de Cirugía HBP de hospital tercer nivel y en Equipo Multidisciplinar. Hemos determinado características margen tumoral, pseudocápsula y microsatelitos, grado diferenciación y nº mitosis/mm². Se ha realizado análisis uni/multivariante.

Resultados: En nuestra serie de pacientes con metástasis hepáticas reseadas de origen colorrectal, las cifras globales de supervivencia actuarial tras la colectomía 1-3-5 años: 99-69-39%; la supervivencia actuarial tras la hepatectomía 1-3-5 años: 92-48-30% y la supervivencia libre enfermedad tras la primera hepatectomía 1-3-5 años: 85-42-24%, respectivamente, si bien nuestro tamaño muestral es pequeño comparándolo con otras series, lo que limita la potencia de los resultados. Existió un crecimiento infiltrante en el 57% de nuestros pacientes (un crecimiento expansivo en el 43%) y una presencia de microsatélites en el 17% de los pacientes. Hemos obtenido 7,96 mm de media margen tumoral, media necrosis/esteatosis 40/11,4%, 16% con pseudocápsula, 13,1 mitosis/mm², 83% ≤ 3 MH, 73% MH ≥ 5 cm, 72% medianamente diferenciado, 92% ductal convencional. 56% recidivas hepáticas o/y sistémicas. El tipo histológico más frecuente fue el convencional (92%) y con buen o nivel medio en cuanto al grado de diferenciación tumoral, el 91%.

Conclusiones: Por análisis uni/multivariante, un margen de resección inferior a 10 mm., la presencia de microsatelitos por encima de 5 mm respecto del margen de resección y un grado de diferenciación tumoral poco diferenciado/indiferenciado, han sido factores de mal pronóstico significativos sobre la supervivencia y supervivencia libre de enfermedad. Hemos encontrado tendencias muy llamativas en cuanto a una mayor supervivencia a 3 y 5 años, en aquellos pacientes que presentaban un margen tumoral expansivo frente a infiltrante y un número de metástasis menor de 3.

P-305. MARCADORES CLÁSICOS P53, KI-67 Y NUEVOS MARCADORES STEM CELLS CD44, CD133 Y CD166 MEDIANTE LA SERIE DE MICROARRAYS MÁS NUMEROSA DE EUROPA. ¿SE PUEDEN CONSIDERAR COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN LOS PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL?

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, A. Serrablo Requejo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andía, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, D. Júdez Legaristi, M. Beltrán-Martos y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Identificar tanto los marcadores inmunohistoquímicos p53, Ki-67 como los marcadores CD133, CD166 y CD44 de la stem cell según los informes de la bibliografía más actual y estimar qué marcadores, de los expuestos anteriormente, se presentan o no, con más frecuencia, en los pacientes con metástasis hepáticas de origen colorrectal (MHCCR).

Material y métodos: Datos de 100 pacientes consecutivos prospectivamente (seguimiento mínimo 1 año), sometidos a cualquier resección hepática (127 RH) por MHCCR, en Unidad de Cirugía HBP de hospital tercer nivel y en Equipo Multidisciplinar. Análisis inmunohistoquímico, mediante técnica tissue microarray (TMA o microarrays de tejidos), que permite estudiar simultáneamente diferentes marcadores inmunohistoquímicos (moleculares) y la monitorización y evaluación simultánea de gran cantidad de muestras de tumores en un único experimento, garantizando la homogeneidad de las técnicas (histológicas, inmunohistoquímicas e hibridación "in situ" (FISH)). Hemos realizado 3 microarrays de tejidos que se han compuesto de 60 a 90 fragmentos tumorales de las zonas más infiltrantes y representativas del tumor. Mediante TMA, método directo, técnicas de tinción de hematoxilina eosina y posteriormente, para las técnicas de tinción inmunohistoquímica correspondiente para cada uno de los marcadores definidos en nuestro estudio (p-53, Ki-67, CD133-CD133/1-AC133, CD44-EpCAM^{high}-CD44⁺ y CD166-EpCAM^{high}-CD166⁺). Correlativamente, se han identificado en el núcleo (p-53 y Ki-67), en el citoplasma (CD166) y en la tinción de la membrana celular (CD44, CD133 y CD166), la tinción significativa de cada uno de los marcadores. Sistema DAKO automatizado de tinción, que permite control objetivo de la técnica, evitando variaciones aleatorias.

Resultados: Curvas de supervivencia Kaplan-Meier tras hepatectomía 1-3-5 años: 92-48-30% y la supervivencia libre enfermedad tras hepatectomía 1-3-5 años: 85-42-24%. Supervivencia superior a 5 años en pacientes con cifras de Ki-67 elevadas y también en los que tenían un índice mitótico elevado (nº mitosis/mm² > 10), que es también otra forma de expresión del índice de proliferación del tumor. El 58,7% de los Ki-67 elevados (valor umbral > 10%) han mostrado relación con un nº mitosis/mm² > 10 (p = 0,023), frente a un 26,7% de los Ki-67 bajos (valor umbral < 10%), estableciéndose, que ambos son buenos marcadores de proliferación celular.

Conclusiones: Tanto la p53 como Ki-67, no han sido factores pronósticos significativos, pero expresan, que los pacientes con MH tienen un ciclo celular más regulado (p53 bajos y ki-67 bajos), viven más. Positividad para marcador CD133, ha significado tener un índice de actividad tumoral más bajo, por lo que los carcinomas ricos en stem cells, están constituidos por células más indiferenciadas e inmaduras que los que no tienen un gran número de células stem cells. Los pacientes con tumores que expresaban CD44+, tuvieron una mayor supervivencia que los pacientes con tumores pobres en CD44, diferencias del 15% a 5 años. Los resultados que hemos obtenido para el CD44 contradicen las teorías que presuponen que a más células madre presentes en el tumor, peor supervivencia. Mayor supervivencia a 5 años, en aquellos pacientes que presentaban tumores pobres en marcadores de célula madre CD133 y CD166. (Se adjuntan iconografía estudio inmunohistoquímico microarrays de tejidos, resultados tabulados y discusión bibliográfica actualizada).

P-306. REFLEXIONES SOBRE NUESTROS RESULTADOS TRAS INTERVENIR A 250 PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL. ¿ES POSIBLE RESCATAR A MÁS PACIENTES?

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, A. Serrablo Requejo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andía, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, D. Júdez Legaristi, M. del Campo-Lavilla y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Numerosos estudios han analizado los factores de mal pronóstico preoperatorios en pacientes sometidos a resección hepática (RH) por metástasis hepáticas de adenocarcinoma colorrectal (MHCCR) con el fin de seleccionar a los pacientes para tratamiento quirúrgico. Sin embargo, los factores intraoperatorios y postoperatorios han sido poco analizados. Determinar factores preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios en pacientes intervenidos por MHCCR y analizar su comportamiento como pronósticos de supervivencia, aparición de MH y/o recidiva, con especial atención a factores postoperatorios, que podrían informar acerca de la agresividad del tumor y de la eficacia curativa de la cirugía realizada.

Material y métodos: Datos de 250 pacientes consecutivos desde enero 2004 hasta abril 2012 (seguimiento mínimo 6 meses), sometidos a cualquier RH por MHCCR, en Unidad de Cirugía HBP de hospital tercer nivel y en Equipo Multidisciplinar. Tras valorar todos los parámetros, se realizó una codificación general con 71 variables que se encuentran reunidas bajo 9 apartados fundamentales: Datos de filiación/comorbilidad del paciente, datos del CCR inicial, quimioterapia (QT) poscolectomía, datos del

diagnóstico de las MH, QT prehepatectomía, datos de la RH, QT posthepatectomía, datos del seguimiento postoperatorio y datos de la afectación extrahepática. Se ha realizado análisis uni/multivariante.

Resultados: (Datos preliminares sobre 100 pacientes a la espera del nuevo corte sobre 250 pacientes). Curvas de supervivencia Kaplan-Meier a 1-3-5 años tras colectomía: 99-69-39%; tras hepatectomía: 92-48-30% y Supervivencia libre enfermedad tras hepatectomía: 85-42-24%. El 27% presentaron alguna complicación postoperatoria grados I-II de la clasificación de Clavien y Dindo y sólo 13% presentaron complicaciones grados III-IV de la clasificación de Clavien y Dindo (reintervención por sangrado 4 pacientes en postoperatorio inmediato). Hemos de destacar que nuestra tasa de mortalidad (grado V) a los 30 días ha sido nula. La edad fue 64 ± 10 (38-86) años y con mayoría varones (57% hombres vs 43% mujeres). Grado de sincronización de las MH con el CCR fue del 37%. La estancia media hospitalaria fue de 12 ± 6 (5-37) días.

Conclusiones: Por análisis uni/multivariante, la irresecabilidad inicial de las metástasis hepáticas, la edad superior a 65 años, el grado de sincronización de las metástasis hepáticas con el cáncer colorrectal inicial, y un intervalo libre de enfermedad menor a 24 meses tras la colectomía, han sido factores de mal pronóstico sobre la supervivencia y supervivencia libre de enfermedad. Por otro lado, la realización de una hepatectomía mayor (más de 2 segmentos hepáticos), la rehepatectomía, la recidiva extrahepática y un intervalo libre de enfermedad menor a 24 meses tras la hepatectomía, han sido factores de mal pronóstico sobre la supervivencia y supervivencia libre de enfermedad.

P-307. RECONSTRUCCIÓN DE VENA SUPRAHEPÁTICA MEDIA MEDIANTE INJERTO AUTÓLOGO DE SEGMENTO DE VENA PORTA INTRAHEPÁTICA

F. Carvajal López, J. Camps Lasa, E. Herrero Fonollosa, M.I. García Domingo y E. Cugat Andorrà

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: En los últimos años la indicación de resecciones hepáticas para el tratamiento de las metástasis hepáticas ha aumentado y la mortalidad perioperatoria ha disminuido hasta menos del 5%. Las supervivencias publicadas a los 5 años son de 30 a 50%. En los casos de hepatectomía izquierda con afectación de los segmentos superiores del lóbulo hepático derecho puede ser necesaria la reconstrucción de las venas suprahepáticas para permitir un adecuado drenaje y función de los segmentos inferiores.

Caso clínico: Paciente varón de 68 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas sincrónicas bilobares de 4,5 cm de diámetro máximo. Se trató con quimioterapia neoadyuvante previa a la resección de las metástasis hepáticas y en un segundo tiempo la cirugía del tumor primario. Se demostró con TC la estabilización de la enfermedad y con PET la ausencia de enfermedad extrahepática no colónica. En la ecografía intraoperatoria se observaron 6 LOEs hepáticas en total: una en segmento I, una en el segmento VIII-IVa en contacto con VSH media e izquierda, una en segmento V, dos en segmento VIII y una en segmento VI-VII. Se identificó una rama de la VSH media de la que dependía el drenaje venoso de los segmentos V y VIII y una VSH derecha posterior para los segmentos VI y VII. Se realizó hepatectomía izquierda incluyendo el segmento I incluyendo parte del segmento VIII con resección de la VSH de los segmentos V y VIII y resecciones limitadas de los segmentos V, VI-VII y VIII. Se interpuso un injerto de vena porta intrahepática del lóbulo resecado entre la VSH media y la VCI para garantizar el drenaje venoso de los segmentos V y VIII. Se realizó maniobra de Pringle en periodos de 15 minutos con tiempos de recuperación de 5 minutos. No se observaron signos de congestión hepática de los segmentos anteriores. Fue dado de alta el día 7 postoperatorio sin incidencias. El estudio anatomopatológico de todas las lesiones resecadas fue compatible con metástasis de adenocarcinoma de origen colorrectal. Se realizó TC de control que mostró una correcta permeabilidad del injerto con buen llenado de contraste en las venas suprahepáticas media y derecha en fase venosa. Actualmente el paciente se encuentra pendiente de la cirugía del primario colorrectal tras completar una segunda tanda de tratamiento neoadyuvante.

Discusión: Mediante técnicas como la cirugía secuencial inversa después de neoadyuvancia y la reconstrucción de venas suprahepáticas es posible ampliar las indicaciones quirúrgicas para pacientes que previamente se consideraban incurables. Cada vez se da una mayor importancia a garantizar el drenaje venoso del remanente hepático para favorecer la función hepática y evitar congestión, necrosis o atrofia del mismo.

P-308. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CCR MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36°. UN ASPECTO MUY IMPORTANTE Y POCO ESTUDIADO

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, A. Serrablo Requejo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andía, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, D. Júdez Legaristi, M. del Campo-Lavilla y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Valorar el impacto en cuanto a calidad de vida (CV) que tiene el CCR con metástasis hepáticas (MHCCR) y su tratamiento quirúrgico n° pacientes.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo transversal 50 casos/50 controles. Recogimos datos de 30 pacientes sometidos a resección hepática (RH) por MHCCR y como grupo control algún acompañante del enfermo no subsidiario de IQ (esposa/o, hermano/a, etc.) de edad, nivel social, económico o/y cultural similares, y sin seleccionar casos favorables (muestreo consecutivo) para evitar sesgos de selección. Para valorar el impacto en CV que conlleva MHCCR tenemos una muestra Pretratamiento ($n = 50$) y para valorar el impacto que produce su tratamiento en el Postoperatorio más estabilizado 4 semanas después, tenemos la misma muestra ($n = 50$). Tanto a los casos como a los controles se les entregó el Cuestionario de Salud SF-36°. El periodo de tiempo ha sido marzo 2008/marzo 2009. Hemos valorado diferentes datos tanto del CCR primario (localización, clasificación TNM, etc.) como de las MH (QT neoadyuvante, etc.), porque al ser índices de riesgo metastático, pueden ser un factor de confusión correlacionado con el bienestar postoperatorio inmediato o/y diferido. Codificación 47 variables/5 apartados: datos de filiación paciente, del cáncer CCR inicial, QT neoadyuvante MH, del seguimiento postoperatorio y respuestas Cuestionario de Salud SF-36°.

Resultados: Son pocos los estudios que analicen estos objetivos en contexto del tumor primario CCR con MH y todo ello dentro de un hospital de tercer nivel. El cáncer es una de las 3 causas de morbilidad más importantes España y en particular, el CCR, es el más frecuente considerando ambos sexos (por encima del de pulmón y de mama). La esperanza de vida está aumentando y existe un envejecimiento de nuestra población, por lo que creemos justificado la creación de estudios como el que hemos planteado. Muchos estudios apoyan que la edad es factor pronóstico en cuanto a posibilidad de padecer CCR con/sin MH. Hasta la fecha, no hay un marcador que ofrezca una información exacta sobre el impacto sobre la CV para este tipo de pacientes.

Conclusiones: Aunque el Cuestionario de Salud SF-36° es muy potente, la carencia de sensibilidad/especificidad, imposibilitan el uso marcadores de CV de manera aislada. Los datos están siendo analizados aunque los resultados preliminares detectan mayor CV en el grupo Posttratamiento que en el grupo Pretratamiento, estando a un nivel comparable al grupo control. Existen factores anatómicos y quirúrgicos que modulan las cotas de bienestar en los pacientes tratados. Las principales dimensiones afectadas en el grupo Pretratamiento difieren a las del grupo Posttratamiento. El impacto sobre CV de estos pacientes tras tratamiento quirúrgico, es positivo dado que la mayoría lo perciben como mejora sobre su status prequirúrgico. Este trabajo ha sido el inicio de un estudio a largo plazo (longitudinal), que se sigue en la actualidad dentro del servicio que pretende seguir estudiando este aspecto, porque si bien son conocidos los datos de supervivencia de MHCCR, poco sabemos del impacto en bienestar que produce en los pacientes que lo padecen y que han sido intervenidos quirúrgicamente.

P-309. HEPATECTOMÍA EN DOS TIEMPOS PREVIA LIGADURA PORTAL Y DISECCIÓN DE PARÉNQUIMA HEPÁTICO PARA LOGRAR HIPERTROFIA CONTRALATERAL Y MEJORAR ASÍ LA RESERVA FUNCIONAL

C. Cerdán Santacruz, L.I. Díez Valladares, E. Arrúe del Cid, E. Sánchez López, P. Sáez Carlín, I. Cal Vázquez, A. García Botella, M.E. Pérez Aguirre, M.I. Domínguez Serrano y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad tumoral hepática avanzada continúa hoy en día siendo uno de los tópicos de mayor interés científico y de mayor relevancia clínica. En los últimos años hemos

asistido a la generalización de resecciones hepáticas mayores con el consecuente riesgo de insuficiencia hepática postoperatoria. Ya en los años 80 Makuuchi describe la embolización portal con intención de lograr hipertrofia de un hemihígado, generalmente el izquierdo, con intención de mejorar la reserva funcional hepática y poder asumir resecciones más amplias minimizando los riesgos de insuficiencia hepática en el postoperatorio inmediato. Con este mismo objetivo posteriormente han surgido otras estrategias de hepatectomías en dos tiempos con resultados dispares y cuya mayor crítica es el largo tiempo de espera entre ambas cirugías que a veces se requieren. Recientemente ha sido descrita una nueva estrategia con resultados espectaculares y muy prometedores en cuanto a magnitud y celeridad de la hipertrofia lograda. La técnica consiste en la realización de una hepatectomía en dos tiempos con ligadura portal y transección completa del parénquima hepático. Presentamos un caso con resultado satisfactorio realizado en nuestra Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática.

Caso clínico: Paciente varón de 69 años con antecedentes personales de adenocarcinoma bien diferenciado de recto superior intervenido un año antes mediante resección anterior de recto. La estadificación tumoral fue pT-3N2bM1 con metástasis hepáticas múltiples bilaterales. Originalmente la afectación hepática incluía la totalidad de los segmentos hepáticos salvo el II y parcialmente el IV. Tras realización de quimioterapia y comprobar buena respuesta tumoral a la misma se decide plantear tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas. La cirugía planteada incluiría hepatectomía derecha incluyendo el segmento I y parte del IVa más metastasectomía de lesión del segmento III hepático. Tras el cálculo de volúmenes se determinó que el remanente hepático sería $\leq 35\%$, lo que en este caso se consideró insuficiente al tratarse de un paciente que había recibido quimioterapia adyuvante. Con intención de hipertrofiar el hígado y disminuir el riesgo de insuficiencia hepática se planteó la posibilidad de hepatectomía en dos tiempos. En un primer tiempo se realizó la transección hepática derecha incluyendo parte del segmento IVa y el segmento I, más sección portal derecha, incluyendo en la primera cirugía la resección de la metástasis hepática del segmento III. A la semana de la primera intervención y habiendo presentado el paciente una evolución favorable, se realizó un nuevo CT con cálculo de volúmenes y se comprobó una hipertrofia de más del 25% de la preoperatoria, lo que se consideró una cifra suficiente, procediéndose a la segunda intervención completándose la hepatectomía derecha ampliada al segmento I definitiva. El curso postoperatorio fue sin incidencias.

Discusión: Presentamos la experiencia que hemos tenido, con un único paciente hasta la fecha, con esta nueva estrategia de hepatectomía en dos tiempos con sección portal y transección completa de parénquima hepático, la cual ha sido satisfactoria, habiendo logrado una hipertrofia suficiente para evitar el riesgo de insuficiencia hepática y en el tiempo de una semana. Esta estrategia ha demostrado buenos resultados y permite el rescate quirúrgico de un grupo muy seleccionado de pacientes que, hasta la fecha, quedaban prácticamente desahuciados.

P-310. EL USO DEL "WHITE TEST" PARA LA DETECCIÓN DE FUGAS BILIARES DURANTE EL INTRAOPERATORIO EN TRANSECCIONES HEPÁTICAS

T. Gómez Sánchez, P. Sáenz de Tejada Valdivia, D. Sánchez Relinque, F. Grasa González, L. El Malaki Hossain, M.A. Ruiz de Gopegui Valero y E. García-Sosa Romero

Hospital Punta de Europa, Algeciras.

Introducción: La fuga biliar es una complicación importante y grave que puede ocurrir en el postoperatorio de una resección hepática llegando a provocar consecuencias que afectan de forma seria al pronóstico del paciente. Actualmente su incidencia se sitúa entre un 3,6% y un 33%. La aplicación de tests intraoperatorios para comprobar la existencia de fugas biliares se usa para reducir esta complicación en el postoperatorio. Se han usado varias sustancias para realizar el test, desde una solución salina hasta la utilización de colorantes, siendo el azul de metileno y la indocianina verde los más utilizados. El "White Test" fue descrito en 2008 por Massimo Malagó et al y consiste en el uso de la emulsión grasa utilizada en la realización de nutriciones parenterales para detectar dichas fugas biliares. Es un método inocuo para el paciente y presenta ventajas respecto a los anteriores, puesto que es de color blanco, no tiñe los tejidos y permite la realización del test tantas veces sean necesarias.

Material y métodos: Describir la realización del "White Test" tal y como la realizamos en Nuestro Servicio, según la técnica de Malagó et al.

Resultados: En el intraoperatorio, tras la transección hepática, se inyectan de 10 a 30 ml de emulsión grasa estéril al 5% a través del conducto

cístico mientras se ocluye distalmente el conducto biliar principal. Una vez llega la emulsión al árbol biliar se observará la salida de líquido blanco en la superficie de resección, donde existan fugas. De esta forma, estas podrán ser suturadas. Este procedimiento puede repetirse hasta que se considere que ya no existen fugas, retirando la emulsión sobrante entre una prueba y otra. Una vez terminado se recomienda lavar el tracto biliar introduciendo 20-50 ml de solución salina a baja presión.

Conclusiones: El uso del "White Test" tiene ventajas con respecto a otras sustancias utilizadas, como la solución salina o los colorantes. La emulsión grasa permite la detección precisa de la fuga independientemente del calibre del conducto seccionado; es blanca pero no colorea la superficie de resección permitiendo el lavado y la repetición del test; es inocua, barata y rápida de realizar. Complicaciones como reacciones alérgicas, embolia grasa o aumento de infecciones micóticas no se han descrito hasta la fecha.

P-311. NECESIDAD DE PIGGY-BACK PARA EXÉRESIS COMPLETA DE TROMBO INTRACAVAL CON EXTENSIÓN A RAMAS POSTERIORES HEPÁTICAS EN TUMOR RENAL

M. Gutiérrez Samaniego, I. Justo Alonso, B. Cristóbal Uriol, R. Sanabria, M. García Nebreda, N. Fakihi, I. Domínguez Sánchez, M. de la Fuente Bartolome, J. Calvo, A. Manrique y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La asociación de trombosis tumoral en vena cava inferior y carcinoma de células renales es relativamente frecuente, con un porcentaje entre 4-15%, que aumenta si se asocia a trombosis de la vena renal. Dado que el único tratamiento efectivo es la cirugía, es prioritaria una determinación de la extensión de la trombosis, así como de la diseminación local y a distancia de la enfermedad, para un adecuado manejo quirúrgico. La asociación a trombosis de las venas retrohepáticas es excepcional. Presentamos el caso de un paciente de 30 años con carcinoma renal y trombosis tumoral secundaria de vena renal que se extiende a vena cava inferior y vena retrohepática del segmento I.

Caso clínico: Varón de 32 años, con antecedente personal de apendicectomía, que acude a su MAP por dolor testicular derecho; tras la EF y pruebas complementarias, se solicita ECO abdominal, que se informa como riñón derecho sustituido por masa sólida heterogénea de $19 \times 16 \times 12$ cm. Se realizan angioTC y TC toracoabdominopélvico, que identifican dicha masa, irrigada por una sola arteria renal derecha. Hallazgos sugestivos de trombosis de vena renal derecha, cava inferior y suprahepática, de unos 4 cm. Masa en contacto con psoas lumbar derecho, pared toracoabdominal lateral derecha y colon derecho, si poder descartarse infiltración. Nódulos en LSD y LM pulmonares indeterminados. Se practica intervención quirúrgica programada, identificándose masa renal que comprime y desplaza vena cava inferior situándose lateral a la misma en su porción retrohepática hasta alcanzar vena suprahepática derecha, con afectación de la primera rama posterior del segmento I. Fue necesaria la liberación del segmento 1 hepático así como realización de Piggy-Back para la exéresis completa de la masa y cavotomía longitudinal con extracción completa del trombo.

Discusión: El carcinoma de células renales presenta una marcada tendencia a extenderse a lo largo de los vasos vecinos. La influencia del nivel del trombo en la supervivencia es controvertida, con claro descenso para unos autores, siendo independiente para otros en ausencia de metástasis si se realiza exéresis tumoral completa. La resección quirúrgica completa del trombo mural parece mejorar el pronóstico incluso en presencia de enfermedad metastásica. Es fundamental por tanto un adecuado estudio prequirúrgico, ya que la técnica quirúrgica, así como su abordaje, varían según el nivel de localización del trombo: infrahepático, intrahepático, suprahepático e intracardiaco, siendo necesario en ocasiones la movilización hepática y el bypass cardiopulmonar.

P-312. LINFOMA HEPÁTICO PRIMARIO: UN DIAGNÓSTICO MUY POCO FRECUENTE

L. Gómez Romero, R.L. García-Mayor Fernández, F.A. Vergara Suárez, E. Montalvá Orón, M.F. Latouche Arias, J. Pérez Rojas, R. López Andújar y M. de Juan Burguenio

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El linfoma hepático primario (LHP) es el que se limita al hígado, sin afectación de la médula ósea, bazo, ganglios linfáticos u otros

órganos linfoides. Su incidencia es 0,016%. El diagnóstico diferencial con otras lesiones hepáticas más prevalentes es obligado y no suele ser fácil. Presentamos el caso clínico de una paciente con linfoma primario hepático, discutiendo los apartados que resultan más controvertidos.

Caso clínico: Mujer 60 años con dolor epigástrico de tres meses de evolución y sensación de pesadez posprandial. Sin otra sintomatología ni antecedentes clínicos de interés. En la analítica destacaba, aumento leve de transaminasas (GOT/GPT: 53/48 U/L) GGT (76 U/L) y de fosfatasa alcalina (116 U/L), leucopenia (3.400/ μ L) y anemia macrocítica (Hto 31%, VCM 102 fL) con cifras normales de hemoglobina (12,7 g/dL). Serología negativa para virus de la hepatitis B y C. Proteinograma normal. Marcadores tumorales CEA (< 0,5 ng/mL), CA 19.9 (4,3 U/mL) y CA 125 (17,3 U/mL) normales. La ecografía y la tomografía computarizada sugerían un tumor hepático, por lo que se realizó resonancia magnética con protocolo hepático dinámico, que orientaba hacia un tumor gástrico, posiblemente un GIST. Fue intervenida quirúrgicamente objetivando una tumoración lobulada de unos 10 cm de diámetro mayor dependiente de los segmentos hepáticos 2-3 acompañada de adenopatías mesentéricas y del tronco celiaco mayores de 1 cm induradas. Se realizó una seccionectomía lateral izquierda hepática con linfadenectomía asociada. En el estudio anatomopatológico se halló un linfoma difuso de células grandes B tipo posgerminal activado con un índice de proliferación celular (ki-67) del 60-70%. El tratamiento se completó con quimioterapia adyuvante según esquema R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona)

Discusión: La etiología del linfoma primario no está clara aunque se ha relacionado con algunos virus como VHC, VHB y VEB. La clínica puede oscilar desde ser asintomático hasta ocasionar un fallo hepático fulminante. Ante una lesión hepática ocupante de espacio ya sea focalizada o difusa, con síntomas y signos poco específicos, elevación de LDH y unos marcadores tumorales normales, se debe sospechar LHP y realizar una biopsia hepática y una punción de médula ósea. No hay imágenes radiológicas patognomónicas, por lo que es difícil de diagnosticar. Es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial con otras patologías más frecuentes como el carcinoma o las metástasis, puesto que tiene mejor respuesta a la quimioterapia que estos. La resección quirúrgica oncológica debe ser completada con quimioterapia, según el esquema R-CHOP, por tratarse de un tumor con quimiosensibilidad, para conseguir mayor supervivencia.

P-313. TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO DEL HÍGADO

C. García Bernardo, P. Granero Castro, M.A. Díaz Rivero, L. Solar García, M. Cayuso, E. Castelo Álvarez, L. Barneo Serra, L. González Diéguez, I. González-Pinto Arrillaga y L. Vázquez Velasco

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Los tumores hepáticos primarios neuroendocrinos no funcionantes son muy raros, sólo se han descrito 15 casos en la literatura. El diagnóstico es difícil, se basa en la histología y exclusión de otro origen extrahepático. Suelen ser de crecimiento lento y habitualmente sin clínica acompañante. Presentamos el caso de una mujer con diagnóstico preoperatorio de hepatocarcinoma y diagnóstico patológico de tumor neuroendocrino.

Caso clínico: Mujer de 67 años con dos semanas de cuadro pseudogripal seguido de artralgiás generalizadas que acude a urgencias de nuestro hospital por ictericia con alteración de la función hepática compatible con hepatitis aguda. Había tomado paracetamol a dosis no tóxicas y entre sus antecedentes no hay historia de transfusiones, hepatitis agudas, hábitos tóxicos o relaciones sexuales de riesgo. A la exploración solo se observa ictericia mucocutánea. En las pruebas analíticas realizadas destaca: bilirrubina de 12, ALT 1.611, AST 1.906, FA 292 y GGT 915, HBsAg 1.351 UI, HBeAg 12,39, antiHBe IgM 27,17, DNA-VHB 426 UI/ml (2.472 copias; 3,39 lg cop/ml). VHC, VHA, CMV, EV IgM negativos. En ecografía abdominal se observa lesión heterogénea de 21 x 17 mm en segmento IV hepático. El TC describe lesión focal de 25 x 20 mm de diámetro situada entre segmentos III-IV de intensa captación de contraste en fase arterial, con vaso nutricio, lavado parcial en fase portal y más marcado en fase de equilibrio. Patrón sugestivo de hepatocarcinoma como primera posibilidad. En RNM con contraste órgano específico se etiqueta dicha lesión como hepatocarcinoma. La biopsia de tejido hepático sano (BAAF) muestra hepatitis crónica portal-periportal y lobulillar P2, L1, F2. HBs Ag y HBe Ag negativos. En tres meses se normaliza la función hepática, AntiHBs positivo y se negativiza HBs Ag y DNA. Con diagnóstico de hepatitis aguda por VHB curada y lesión hepática sugestiva de hepatocarcinoma se deci-

de intervención quirúrgica. En ecografía intraoperatoria se observa dicha lesión en segmento IVa de 2,2 cm limitada por suprahepática media e izquierda. No se describen otras lesiones ni cirrosis. Se realiza resección del segmento IVa. La evolución postoperatoria es satisfactoria siendo alta al cuarto día de la intervención.

Resultados: La pieza de resección mide 3 x 3 x 2,8 cm. Al corte aparece una lesión blanquecina irregular de consistencia firme y bordes mal definidos con borde quirúrgico libre. La anatomía patológica microscópica describe neoformación con una arquitectura organoide, buena vascularización capilar y núcleos vesiculosos con cromatina grumosa monótonos y con áreas de aspecto giriforme o trabeculares. En las técnicas inmunohistoquímicas la cromogranina resulta negativa, sinaptofisina muy positiva y Ki67 en torno al 5%. En recuento de mitosis en 50 campos de gran aumento solo se observa una mitosis. El diagnóstico patológico definitivo es de tumor hepático neuroendocrino no funcionante.

Conclusiones: El tumor primario hepático neuroendocrino es raro, representa el 0,3% de los tumores neuroendocrinos. El primer caso fue descrito por Edmondson en 1958. Suelen ser asintomáticos con una supervivencia a los 5 años del 74% y un riesgo de recidiva tras la resección del 18%.

P-314. CISTOADENOMA MUCINOSO BORDERLINE INTRAHEPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Matito Díaz, I.G. Paredes Chambi, I.M. Gallarín Salamanca, D. López Guerra, J.A. Flores García, F.G. Onieva González, M. Arribas Jurado, J. Santos Naharro, F. Galeano Díaz, J. Fernández Pérez y G. Blanco Fernández

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: El cistoadenoma hepático es una neoplasia rara, constituyendo menos del 5% de los tumores quísticos originados en los conductos biliares. Considerado una lesión premaligna, sólo el estudio histopatológico lo puede distinguir de su variante maligna, el cistoadenocarcinoma. Se realiza una búsqueda bibliográfica con palabras clave "cystadenoma", "mucinous" y "hepatic" en bases de publicaciones biomédicas. Se describe un caso clínico con apoyo de imágenes de radiodiagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome depresivo, derivada de atención primaria por dolor abdominal ocasional tipo cólico, alteración del tránsito de meses de evolución y pérdida de peso, junto con TAC abdominal en el que aparece una lesión quística en segmento II-III hepático compatible con quiste simple. En la exploración destaca abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio donde se palpa efecto masa. Se completa estudio con RM de abdomen, donde es visible una lesión hepática de más de 10 cm en lóbulo hepático izquierdo con ligera irregularidad del borde anterior, pudiendo corresponder con un lipoma/liposarcoma; y con analítica completa con marcadores en la que destaca un Ca 19.9 aumentado. Ante tales hallazgos, la paciente se incluye en lista de espera quirúrgica. Durante la intervención, se evidencia un tumor hepático de aspecto sarcomatoso quístico de aproximadamente 14 centímetros de diámetro localizado en los segmentos II-III, realizándose segmentectomía II-III hepática. El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo compatible el resultado de la anatomía patológica con cistoadenoma mucinoso borderline intrahepático. Actualmente en revisiones periódicas, sin evidencia de recidiva tumoral.

Discusión: El cistoadenoma hepático es más frecuente en mujeres de mediana edad. La mayoría están situados en el lóbulo hepático izquierdo y suelen aparecer como tumores multilobulados de apariencia quística y de tamaño variable (media 15 cm). Aunque muchos son asintomáticos, se pueden manifestar como episodios de dolor abdominal, náuseas e ictericia intermitente (poco frecuente, por hemorragia intraquística y protrusión del tumor sobre el conducto hepático común). El diagnóstico preoperatorio puede ser difícil, apareciendo como lesiones de aspecto quístico y septos internos en ecografía o TAC abdominal, pudiendo ser confundidos con quistes simples complicados, hamartomas, sarcomas, quistes hidatídicos o metástasis quísticas. La RM de abdomen también puede ayudar al diagnóstico. En general, la presencia de tabiques internos, prolongaciones papilares o componente sólido de la lesión, hablan a favor de una naturaleza maligna de la misma. Sólo se llega a un diagnóstico de certeza mediante estudio histopatológico de la lesión, donde el hallazgo de estroma "ovarian like" implica buen pronóstico (presente en un 85-90% de los casos). El tratamiento de elección consiste en la resección completa del quiste o resección hepática de los segmentos afectados para asegurar la radicalidad de la intervención, dado el potencial maligno del cistoadeno-

ma. Los resultados de la resección quirúrgica completa son excelentes, no obstante, algunos autores sugieren la necesidad de revisiones a largo plazo mediante examen clínico y ecografías periódicas para vigilar una posible recurrencia local.

P-315. RESECCIÓN HEPÁTICA EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA. EXPERIENCIA EN 6 AÑOS

F.G. Onieva González¹, G. Blanco Fernández¹, M. Arribas Jurado¹, J. Márquez Rojas², M. Tejero³, J. Fernández Pérez¹, C. Corchado Berjano¹, F. Botello Martínez¹, F. Galeano Díaz¹ y O. López Sánchez¹

¹Complejo Universitario Hospitalario Infanta Cristina, Badajoz. ²Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ³Hospital Villanueva-Don Benito, Don Benito.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es el tumor primario más frecuente del tejido hepático. En el 90% de los casos, aparece sobre tejido afectado por inflamación crónica. Su incidencia presenta gran variabilidad según la zona geográfica, estando encuadrada España en una zona de incidencia intermedia con unos 5-10 casos/100.000 hab/año. Más frecuente en hombres (4:1), con una edad media entre 50 y 60 años. Hoy día son cuatro los tratamientos curativos de esta enfermedad, resección hepática, trasplante hepático, radiofrecuencia y alcoholización. El objetivo de este trabajo es conocer la supervivencia global y libre de enfermedad en pacientes con HCC tratados mediante resección hepática.

Material y métodos: Desde mayo 2005 a diciembre de 2011, se han tratado a 179 pacientes afectos de HCC, realizándose en 28 de ellos resección hepática (42,9% segmentectomía, 10,7% hepatectomía derecha, 10,7% hepatectomía izquierda y 35,7% resección atípica). Se realiza un análisis descriptivo, de supervivencia y de posibles factores que influyen en ella, de aquellos pacientes afectos de hepatocarcinoma (HCC) tratados con resección hepática. Se utiliza el programa estadístico SPSS 15.0, llevándose a cabo el análisis de la supervivencia mediante regresión de Cox y las curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: El 85,7% son varones, edad media de 63 ± 13 años. El 46,4% de los HCC se dieron en pacientes con cirrosis enólica y/o por VHC. El 96,4% de los HCC tratados eran primarios. En el 89,3% se trataron lesiones únicas, con tamaño medio de los nódulos de 6,5 ± 4,3 cm. En el 14,3% se utilizó un tratamiento combinado. Tasa complicación postratamiento del 42,9%, fuga biliar presente en 14,3% y hemorragia en 3,6%. En el 21,4%, existió invasión vascular, 25% bien diferenciado, 78,6% LOEs única. La mortalidad postoperatoria fue 3,6%. La supervivencia global al año, 3 y 5 años fue del 92,9%, 61,9% y 31,8%, respectivamente, ascendiendo al 96,3%, 64,1% y 33% si excluimos a aquellos exitos en postoperatorio inmediato. Un nivel elevado de AFP, el estar sintomático en el momento del diagnóstico, un corto tiempo libre de enfermedad, un mayor número de LOEs en el estudio anatomopatológico, un mayor grado de diferenciación así como asociar la resección al trasplante en caso de persistir enfermedad, obtuvieron significación estadística en el análisis de la supervivencia global. En cuanto a la supervivencia libre de enfermedad, al año es del 75,9% y a los 3, del 69% y a los 5, 29,8%, siendo un menor número de LOEs, grado CHILd (mejor A que B), metástasis pulmonares, el estar sintomático en el momento del diagnóstico, el tratamiento combinado con alcoholización, así como un mayor grado de diferenciación, las variables que más influyeron.

Conclusiones: El abordaje del HCC debe de ser multidisciplinar e individualizado. Hoy día, la resección hepática es la primera opción terapéutica curativa que se debe plantear, debido a la limitación se supone el trasplante hepático. Nuestra serie presenta una morbimortalidad postoperatoria, supervivencia global y libre de enfermedad superpuesta a la descrita en la literatura, apareciendo el estar sintomático en el momento del diagnóstico y grado de diferenciación como variable que influyen de manera común en ambas supervivencias en nuestra serie.

P-316. HEPATOCARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS: RARA VARIANTE DE CARCINOMA HEPÁTICO

A. Vílchez Rabelo, J. Fundora, A.A. Molina, T. Villegas, K. Muffack Granero, A. Becerra, D. Garrote, A. Salmerón, A. Medina, S. Gil y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: El hepatocarcinoma de células claras es una variante poco frecuente de la que encontramos pocas series en la literatura, caracterizada

por hepatocitos neoplásicos con acumulación de glucógeno o lípidos en el interior de su citoplasma. Los criterios diagnósticos no están bien establecidos, motivo por el cual encontramos gran discrepancia en cuanto a su prevalencia según las distintas series publicadas. Presentamos un caso con diagnóstico de hepatocarcinoma de células claras con realización de bisegmentectomía hepática

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de diabetes. Comienza con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, asociado a fiebre y vómitos ocasionales, por lo que es derivada a consulta de digestivo para estudio, decidiendo su ingreso. Previo al ingreso presenta dolor abdominal, en hemiabdomen superior, muy intenso y mareos. A la exploración destaca dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo, anemia normocítica normocrómica y marcadores tumorales dentro de la normalidad. Se realiza ecografía y TAC abdominal donde se visualiza esteatosis hepática con una lesión mal definida con áreas de necrosis y sangrado intralesional. El diagnóstico diferencial incluye hepatocarcinoma vs adenoma con signos de sangrado y menos probable colangiocarcinoma intrahepático. No hay evidencia de enfermedad extrahepática. Se presenta en comité multidisciplinar, se desestima la realización de PAAF y se propone para laparotomía exploradora. Durante la intervención se evidencia una lesión sugestiva de malignidad que ocupa los segmentos IVb-V. Se realiza ecografía intraoperatoria sin evidencia de otras lesiones. Ante los hallazgos se decide realizar bisegmentectomía hepática IVb-V y colecistectomía. La anatomía patológica fue compatible con hepatocarcinoma de células claras con bordes de resección libres de enfermedad. Fue estudiada descartando enfermedad a distancia asociada, por lo que fue catalogada como tumor hepatocitario de células claras primario. La paciente evolucionó favorablemente. Actualmente se encuentra asintomática en seguimiento por Oncología sin evidencia de enfermedad, realizándose pruebas seriadas de seguimiento mediante TAC toraco-abdominal, gammagrafía ósea y AFP.

Discusión: Enfermedad neoplásica con una prevalencia en torno al 0,4-37% según unos u otros autores, siendo ésta del 5 al 8,7% en países occidentales, con una mayor incidencia en el sexo masculino. Asienta con más frecuencia sobre hígado cirrótico y se ha relacionado con esteatohepatitis no alcohólica en pacientes diabéticos. Es imprescindible distinguir el hepatocarcinoma de células claras primario de metástasis de otros tumores de células claras como el renal, suprarrenal u ovárico, para lo que se hace imprescindible el uso de la inmunohistoquímica. La resección quirúrgica sigue siendo el gold standard en su tratamiento. Se han descrito buenos resultados también mediante la alcoholización de las lesiones, termoablación y quimioembolización con adriamicina. El trasplante hepático, en casos seleccionados, es una alternativa de tratamiento con resultados superponibles a la resección. Considerado con mejor pronóstico que el hepatocarcinoma de células no claras, aunque los últimos estudios revelan cierta controversia a este respecto. El diagnóstico precoz, apoyado por pruebas complementarias es la base para aumentar la supervivencia de los pacientes con dicha enfermedad y debe ser evaluado y seguido con igual regularidad que el hepatocarcinoma de células no claras.

P-317. TUMOR DE KLATSKIN TIPO IIIA. UN RETO TERAPÉUTICO PARA EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

F. Carvajal López, E. Herrero Fonollosa, J. Camps Lasa, M.I. García Domingo y E. Cugat Andorrà

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El pronóstico de los pacientes con diagnóstico de tumor de Klatskin depende de la posibilidad de su resección R0, para lo que pueden ser necesarias hepatectomías mayores con resección vascular. Para optimizar el tratamiento en ocasiones se deben realizar procedimientos preoperatorios como la embolización portal o el drenaje percutáneo de la vía biliar. Se presenta el caso clínico de una paciente con diagnóstico de tumor de Klatskin IIIa sometida a drenaje biliar percutáneo, embolización portal derecha y hepatectomía derecha con segmento I y resección vascular, que permitieron su resección R0.

Caso clínico: Mujer de 44 años de edad que presentó ictericia indolora con bilirrubinemia de 11,3 mg/dL. En la ecografía abdominal se observó dilatación de la vía biliar intrahepática con colédoco normal. En TC y colangiografía abdominal se visualizó una lesión de 1,7 cm en la confluencia de los conductos hepáticos, en contacto con la arteria hepática derecha y la rama anterior de la porta derecha compatible con tumor de Klatskin tipo IIIa y un lóbulo hepático izquierdo de volumen menor al 20%. Se

trató inicialmente con drenaje percutáneo de la vía biliar izquierda y re-introducción de bilis a través de sonda nasoyeyunal con administración de probióticos orales. Posteriormente se realizó embolización portal derecha percutánea. Tras haber conseguido una hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo mayor al 25% del volumen total hepático se realizó hepatectomía derecha con resección del segmento I y de la vía biliar extrahepática mediante técnica de "no touch", resección portal izquierda con anastomosis termino-terminal de porta principal con porta izquierda, linfadenectomía del hilio hepático y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. La paciente fue dada de alta el día 15 postoperatorio. El estudio anatomopatológico mostró un adenocarcinoma bien diferenciado del conducto biliar con márgenes de resección libres y afectación de 3/4 ganglios del conducto hepático común y 1/16 ganglios del hilio hepático. La paciente requirió al sexto día del alta por absceso intraabdominal en lecho quirúrgico. Se trató con drenaje percutáneo del absceso y antibióticoterapia endovenosa de amplio espectro. Tras una correcta evolución la paciente fue dada de alta tras 8 días de tratamiento. La paciente se encuentra recibiendo tratamiento adyuvante con QT sin evidencia de enfermedad a 6 meses de la intervención quirúrgica.

Discusión: El tratamiento de los tumores de Klatskin requiere de la actuación de equipos multidisciplinares expertos para la optimización preoperatoria y el tratamiento de las morbilidades asociadas. Dicha morbilidad se justifica con el aumento de la supervivencia a 5 años demostrado en pacientes con resección R0 del tumor.

P-318. TRATAMIENTO POR RADIOFRECUENCIA DEL HEPATOCARCINOMA. EXPERIENCIA EN 6 AÑOS

F.G. Onieva González, G. Blanco Fernández, M. Arribas Jurado, J. Santos Naharro, M.J. Matito Díaz, A. Guiberteau Sánchez, J. Fernández Pérez, F. Botello Martínez, F. Galeano Díaz y O. López Sánchez

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es el tumor primario más frecuente del tejido hepático. En el 90% de los casos, aparece sobre tejido afectado por inflamación crónica. Su incidencia presenta gran variabilidad según la zona geográfica, estando encuadrada España en una zona de incidencia intermedia con unos 5-10 casos/100.000 hab/año. Más frecuente en hombres (4:1), con una edad media entre 50 y 60 años. Hoy día son cuatro los tratamientos curativos de esta enfermedad, resección hepática, trasplante hepático, radiofrecuencia y alcoholización. El objetivo de este trabajo es conocer la supervivencia global y libre de enfermedad en pacientes con HCC tratados mediante radiofrecuencia.

Material y métodos: Desde mayo 2005 a diciembre de 2011, se han tratado a 179 pacientes afectados de HCC, realizándose en 33 de ellos radiofrecuencia sola o combinada con QETA o con alcoholización. Se realiza un análisis descriptivo, de supervivencia y de posibles factores que influyen en ella, de aquellos pacientes afectados de hepatocarcinoma (HCC) tratados con radiofrecuencia. Se utiliza el programa estadístico SPSS 15.0, llevándose a cabo el análisis de la supervivencia mediante regresión de Cox y las curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: El 84,5% son varones, siendo la media de edad de la muestra 68 ± 8 años. El 62,8% de los HCC se dieron en pacientes con cirrosis enólica y/o por VHC. El 11,8% de los HCC tratados eran recidivas. En el 64,7% se trataron lesiones únicas, con tamaño medio de los nódulos de $2,6 \pm 1,5$ cm. 20,58% se utilizó la RF junto a alcoholización y en el 5,9% combinada con QETA. La tasa de complicación postratamiento se sitúa en el 11,8%, estando la fuga biliar presente en el 2,9%. La tasa de mortalidad postoperatoria se situó en el 5,9%. La supervivencia global al año, 3 y 5 años fue del 86,8%, 57,8% y 36,1%, respectivamente, que asciende al 92,4%, 61,5% y 38,5% si excluimos a aquellos pacientes que fueron éxitos en postoperatorio inmediato. En el análisis univariante de la supervivencia global, el tiempo de evolución de la cirrosis, LOE única, una LOE mayor de 3 cm y MELD obtuvieron significación estadística, no hallando significación en el análisis multivariante. En cuanto a la supervivencia libre de enfermedad, al año es del 56% y a los 3 años del 14%, no encontrándose influencia estadísticamente significativa de ninguna de las variables analizadas.

Conclusiones: El abordaje del HCC debe de ser multidisciplinar e individualizado. Hoy día, la RF se presenta como un tratamiento seguro y representa la tercera opción terapéutica curativa del HCC, por detrás de la cirugía y el trasplante hepático. Nuestra serie presenta una morbilidad postoperatoria y una supervivencia global superpuesta a la que aparece en la literatura, no aumentando la supervivencia en aquellos pa-

cientes a los que se les combina la RF con QETA o alcoholización. En cuanto a la SLE, no se han encontrado variables con significación estadística, debido probablemente al poco volumen de pacientes.

P-319. CARCINOMA FIBROLAMELAR: RARA VARIANTE DE CARCINOMA HEPÁTICO TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA Y QUIMIOTERAPIA

A. Vílchez Rabelo, K. Muffak Granero, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massare, J. Jorge Cerrudo, N. Zambudio Carroll y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: La variedad fibrolamelar representa menos del 1% de todos los casos de carcinoma hepatocelular. Con el tratamiento quirúrgico establecido como de elección y con ciertas controversias en cuanto al tratamiento con quimioterapia según los diferentes estudios. Presentamos el caso de un varón que recibió tratamiento quimioterápico neoadyuvante a la cirugía.

Caso clínico: Paciente de 28 años sin antecedentes de interés derivado hace 5 años por primera vez a nuestra consulta por molestias abdominales inespecíficas con TAC que refería lesión a nivel de segmentos VII-VIII hepáticos y porción craneal de los segmentos V y VI, realizándose hepatectomía derecha con colestectomía, peritonectomía diafragmática, resección parcial de diafragma con sutura primaria del mismo, peritonectomía de Douglas, cara anterior de sigma y posterior de vejiga, colectomía total con reservorio y esplenectomía con exéresis de adenopatías a nivel de tronco celiaco. Cuya anatomía patológica reveló que se trataba de un carcinoma fibrolamelar. Posteriormente se decide en Comité multidisciplinar tratamiento quimioterápico con doxorubicina y 5-fluoracilo permaneciendo libre de enfermedad hasta dos años después donde en estudio de imagen se evidencian nuevos implantes tumorales, llevándose a cabo peritonectomía diafragmática, resección de implantes en serosa gástrica y resección superficial de cápsula hepática de segmentos II-III. El paciente evolucionó de forma favorable, sin incidencias postoperatorias por lo que fue dado de alta. Actualmente se encuentra en seguimiento y sin evidencias de enfermedad.

Discusión: Enfermedad de la que hay descritos algo más de 180 casos en la literatura médica hasta la fecha. Con una prevalencia del 85% en menores de 35 años, con igual incidencia en ambos sexos y sin relación con hepatopatías previas. Asintomática o con presentación clínica rara, cuyo diagnóstico en la mayoría de las veces suele ser casual. En la mitad de los casos se presentan ya con metástasis o afectación ganglionar al momento del diagnóstico. La afectación de los ganglios linfáticos y las metástasis peritoneales son más frecuentes que en el carcinoma hepatocelular habitual y en general se ha observado un peor pronóstico de éste en comparación con el carcinoma fibrolamelar. Para su éxito se precisa de un diagnóstico temprano, siendo imprescindibles las pruebas de imagen y es la cirugía su piedra angular del tratamiento hasta nuestros días. Más de la mitad de los pacientes recidivan, siendo la reintervención quirúrgica el estándar establecido como tratamiento. La quimioterapia (con 5-fluoracilo, interferón, epirrubina y doxorubicina) ha sido poco evaluada, encontramos en la literatura pocos estudios al respecto con resultados muy dispares.

P-320. HEPATOCARCINOMA Y LINFOMA NO HODGKIN, UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

J. Garijo Álvarez¹, L. Giménez Alvira², E. Esteban Agustí³, A. Pueyo Rabanal³, M. Cea Soriano³, P. Galindo Jara³, R. Barriga Sánchez³, M. Gascón Hove⁴, T. González Elosua⁵, M.I. Hernanz Hernández⁶ y C. García Llorente⁷

¹Hospital de Torrejón, Torrejón. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ³Hospital Militar de Zaragoza, Zaragoza. ⁴Hospital de León, León.

Objetivos: La coexistencia de HCC y de LNH es muy rara, hay pocos casos reportados en la literatura de ambas lesiones localizadas en el hígado. La existencia de adenopatías patológicas en tronco celiaco genera una duda diagnóstica a la hora de planificar el tratamiento más adecuado de un HCC. Se pretende presentar un caso clínico que muestra una asociación patológica poco frecuente en el contexto clínico de un paciente portador de un HCC, su evolución y tratamiento más adecuado.

Caso clínico: Paciente de 73 años en seguimiento desde el 2005 por hepatitis crónica por VHC. Durante el seguimiento en 2009 se le realizó un TAC

abdominal en donde se evidenciaron signos de pancreatitis crónica para confirmar este hallazgo se realizó una Eco endoscopia: páncreas con cabeza heterogénea y dilatación del Wirsung, micro litiasis y adenopatía en hilio hepático y tronco celiaco. Ap de adenopatías: no signos citológicos de malignidad. En última eco realizada en sept en 2011 LOE hipoecogénica en LHD de 19 cm. TAC abdominal 31/10/2011. Se identifica una lesión con captación precoz en fase arterial localizada entre los segmentos IV-V. Mide aproximadamente 1,9 cm de diámetro máximo. Asimismo existen múltiples adenopatías en hilio hepático algunas de ellas llegan a medir aproximado de 1,2 cm de diámetro. Analíticamente elevación moderada de transaminasas con alfetoproteína normal. RMN hepática: LOE hepática sugestiva de carcinoma hepatocelular en un hígado con signos radiológicos de hepatopatía crónica sin signos de HTP. Adenopatías en hilio hepático, tronco celiaco y retroperitoneales PET TAC: estudio sin signos de tejido tumoral viable macroscópico con afinidad por la 18FFDG en hígado, hilio hepático ni en el resto del cuerpo a estudio. PAAF de LOE proliferación hepatocelular bien diferenciada, compatible con hepatocarcinoma. Se interviene realizándose una segmentectomía del V reglada, tras extirpación de conglomerado adenopático de tronco celiaco y estudio intraoperatorio. Sin complicaciones intraoperatorias. Tiempo quirúrgico 180 min. Sangrado intraoperatorio 120 ml. Alta hospitalaria al 5º día, tras retirada de drenaje a las 72h. AP de: ausencia metástasis de carcinoma en las improntas y cortes estudiados. Proliferación linfocitos atípica, a descartar proceso linfoproliferativo de linfocito pequeño. AP definitiva: hepatocarcinoma bien diferenciado de 16 mm de máxima dimensión, que respeta el borde quirúrgico. Hígado no tumoral: hepatitis crónica con ligera actividad vinculable a virus C. Fibrosis septal sin cirrosis. (METAVIR: actividad 1, fibrosis 3). Ganglio linfático (hilio hepático, resección): Inmunofenotipo compatible con linfoma no Hodgkin B de la zona marginal.

Discusión: El caso presente ha planteado dificultades en el diagnóstico por imagen de una adenopatía hilar en el contexto de un hepatocarcinoma. El estudio intraoperatorio despeja la duda entre una metástasis de hepatocarcinoma con el hallazgo incidental de un linfoma de bajo grado. Se ha descartado, en la cirugía, una infiltración hepática por linfoma. Se ha encontrado una asociación entre infección por VHC y LNH, en particular con algunos subtipos: linfoma B de la zona marginal, el LNH B difuso de célula grande y el linfoma linfoplasmático. El pronóstico de este tipo de linfomas es bueno, dependiendo más de la propia evolución de la hepatopatía virus C. Plan: ante el CHC, se ha comentado en sesión de tumores, se decide filiar mejor las adenopatías inflamatorias vs neoplásicas mediante PET TAC, se realizará en Hospital 12 de Octubre. Si negativos plantear tratamiento curativo etanolización o RF, no parece candidata a cirugía. Si positivos tratamiento paliativo con sorafenib. Se le explica a la paciente el diagnóstico y las opciones terapéuticas. Se realiza informe y propuesta de derivación al Hospital 12 de Octubre. Se deja para citación en admisión después de pruebas.

P-321. EL HEPATOBLASTOMA EN PACIENTES ADULTOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, N. Fakhí Gómez, F. Cambra Molero, A. Marcacuzco Quinto, A. Manrique Municio, M. García Nebreda, C. Alegre Torrado, A. García-Sesma, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El hepatoblastoma es el tumor hepático maligno más frecuente en la infancia y jóvenes adultos, con una incidencia aproximada de 0,5/1,5 por millón de población pediátrica. La mayoría de los casos ocurren entre los 6 meses y los 3 años. A pesar de haberse descrito casos esporádicos en adultos, su validez como identidad propia está en discusión, y algunos autores postulan que en realidad los hepatoblastomas (HB) en adultos son hepatocarcinomas (HCC), colangiocarcinomas (CC) o hepatocolangiocarcinomas (HCC-CC) infradiagnosticados. Presentación de un caso clínico y revisión de todos los casos publicados en la literatura de pacientes adultos con HB.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 27 años natural de Guinea sin antecedentes de interés, al que en el contexto de dolor abdominal, se le palpa una gran masa a nivel en hipocondrio derecho (HCD). La realización de un CT abdominal puso de manifiesto la existencia de una gran masa hepática de 17 × 15 × 22 cm que ocupaba la totalidad del lóbulo hepático derecho (LHD) con focos de necrosis y unas características que hacían sospechar de que se tratase de un HCC fibrolamelar. Ante los

hallazgos se realiza hepatectomía derecha reglada que transcurre sin incidencias. La anatomía patológica fue informada como hepatoblastoma epitelial de patrón embrionario y fetal. Posteriormente el paciente recibió tratamiento oncológico según el protocolo SIOPEL4 (ciclos intensificados de visplatin). A los 15 meses de seguimiento es diagnosticado de recidiva adrenal del hepatoblastoma, evidenciándose en PET-TAC una masa de 5 × 6 cm con actividad metabólica patológica en la glándula suprarrenal izquierda. Posteriormente se realiza la adrenalectomía, que transcurre satisfactoriamente. El paciente en el momento actual se encuentra en 22º mes desde la primera cirugía sin nueva evidencia de recidiva. En la literatura se han descrito 45 casos aislados de hepatoblastoma en adultos, con una edad de presentación variable y en general, aunque se han descritos distintas supervivencias (0-151 meses), con un pronóstico pobre. En todos los casos, el imperativo del tratamiento fue la cirugía, y en sólo 1 caso se describió la recurrencia sobre la glándula adrenal. La única similitud con el hepatoblastoma descrito en niños, fue la presencia de un patrón anatómopatológico embrionario o inmaduro.

Discusión: El hepatoblastoma es un tumor característico de la infancia y raro en adultos. Aunque su existencia en adultos es controvertida, son varios los casos descritos en la literatura. Su pronóstico en general es pobre y la única opción de tratamiento válida actualmente es la cirugía.

P-322. TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS

F.G. Onieva González, G. Blanco Fernández, D. López Guerra, A. Guiberteau Sánchez, M. Trinidad, J. Fernández Pérez, I. Barragán, F. Botello Martínez, F. Galeano Díaz y O. López Sánchez

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es el tumor primario más frecuente del tejido hepático. En el 90% de los casos, aparece sobre tejido afectado por inflamación crónica, y el 75% de ellos se desarrolla en hígados cirróticos. Su incidencia presenta gran variabilidad según la zona geográfica, estando encuadrada España en una zona de incidencia intermedia con unos 5-10 casos/100.000 hab/año. Es más frecuente en el sexo masculino (4:1), siendo la edad media de presentación entre los 50 y los 60 años. Hoy día son cuatro los tratamientos curativos de esta enfermedad, resección hepática, trasplante hepático, radiofrecuencia y alcoholización. El objetivo de este trabajo es conocer la supervivencia global y libre de enfermedad en pacientes con HCC tratados mediante trasplante hepático, en un servicio en el que se lleva realizando trasplante hepático desde hace 6 años.

Material y métodos: Desde mayo 2005 a diciembre de 2011, se han tratado a 179 pacientes afectados de HCC, realizándose trasplante hepático en 25 de ellos, bien como tratamiento único o bien combinado con otras terapias. La indicación se realiza en base a los Criterios de Milan. Se realiza un análisis descriptivo, de supervivencia y de posibles factores que influyen en ella, de aquellos pacientes afectados de hepatocarcinoma (HCC) tratados con resección hepática. Se utiliza el programa estadístico SPSS 15.0, llevándose a cabo el análisis de la supervivencia mediante regresión de Cox y las curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: El 80% son varones, siendo la media de edad de la muestra 54 ± 9 años. En más del 80% de los HCC se dieron en pacientes con cirrosis enólica y/o por VHC. En el 68% se trataron lesiones únicas, con tamaño medio de los nódulos de 3,2 ± 1,2 cm. En el 76% se utilizó un tratamiento combinado (radiofrecuencia, quimioembolización transarterial y resección). La tasa de complicación postratamiento se sitúa en el 76%, estando la fuga biliar presente en 16%. Se encontró en un 4% invasión vascular, 20% eran HCC moderadamente diferenciados. La tasa mortalidad postoperatoria fue 8%. La supervivencia global al año, 3 y 5 años fue del 72,2%, 56,2% y 56,2%, respectivamente, que asciende al 96%, 56,2% y 56,2% si excluimos a aquellos pacientes que fueron exitos en postoperatorio inmediato. En cuanto a la supervivencia libre de enfermedad, al año es del 75,9% y a los 50 meses del 93,8%.

Conclusiones: El abordaje del HCC debe de ser multidisciplinar e individualizado. Hoy día, el trasplante hepático se ofrece como segunda opción terapéutica en el tratamiento del hepatocarcinoma, dado el número limitado de órganos a trasplantar. Nuestra serie presenta una morbimortalidad postoperatoria y libre de enfermedad superpuesta a la descrita en la literatura, objetivando una supervivencia global algo inferior a la publicada, si bien es algo achacable a un período de seguimiento aún corto por ser el trasplante un procedimiento de reciente implantación en nuestro centro.

P-323. LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

L. Flores Siguenza, J. Ferrer Fábrega, S. Sánchez Cabús, J.N. Hidalgo, D. Calatayud, M.A. López-Boado Serrat, C. Fondevila Campo, J. Fuster Obregón y J.C. García-Valdecasas Salgado

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El leiomioma de vena cava inferior (VCI) es un tumor maligno poco frecuente del sistema venoso y retroperitoneo. La clínica es variable y poco manifiesta. La mejor opción terapéutica para mejorar el pronóstico es la resección en bloque del segmento venoso afecto, teniendo como objetivos: el control local del tumor, el mantenimiento del flujo venoso y la prevención de recidiva. La reconstrucción vascular dependerá de la localización de la lesión y su relación con las venas renales, la extensión de la resección y la presencia o no de circulación colateral. Presentamos dos casos clínicos, con enfoque en el procedimiento quirúrgico y resultados oncológicos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 60 años, con historia de dolor abdominal inespecífico. Las pruebas de imagen mostraron una masa sólida de 10 × 8 cm. bajo el hilio hepático, compatible con leiomioma extraluminal de VCI. Se realizó resección del segmento de VCI afecto incluyendo la desembocadura de la vena renal izquierda y la reconstrucción se realizó mediante la anastomosis de la cava infrahepática con la vena renal derecha. La anatomía patológica informó de leiomioma de alto grado con márgenes de resección libres. Alta hospitalaria al 7º día postoperatorio, sin complicaciones. No se realizó tratamiento complementario. Tras 6 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y libre de enfermedad. Caso 2: mujer de 65 años, con historia de hematuria y dolor abdominal inespecífico. Las pruebas de imagen revelaron una masa retroperitoneal de 7 × 6,5 × 9,4 cm. que depende de la VCI, con extensión desde la entrada de las venas renales hasta la aurícula derecha, en contacto con la cara posterior del lóbulo hepático derecho y riñón derecho. El ecocardiograma mostró una masa auricular derecha dependiente de VCI y que protruye hasta la válvula tricúspide. Se realizó intervención quirúrgica mediante acceso abdominal y torácico con establecimiento de circulación extracorpórea y perfusión hepática in situ. Se realizó exéresis de la cava supra y retrohepática incluyendo el tumor hasta por encima de la entrada de la vena renal izquierda más nefrectomía derecha. Para la reconstrucción vascular se utilizó un injerto de aorta torácica. La anatomía patológica informó de un leiomioma de alto grado con bordes de resección libres. En el postoperatorio presentó un hematoma subhepático. La estancia hospitalaria fue de 14 días. No se realizó tratamiento complementario. Tras un seguimiento de 3 meses no existen datos de recidiva.

Discusión: El tratamiento actual de elección del leiomioma de VCI y la única alternativa para mejorar la supervivencia, sigue siendo la cirugía radical con márgenes de resección negativos. Se recomienda un manejo quirúrgico agresivo usando técnicas vasculares modernas con criterios oncológicos, puesto que en la literatura se ha observado más del 70% de recurrencia local y sólo 30% de supervivencia a los 5 años. Se trata de una patología que implica dificultades tanto para el diagnóstico como para su tratamiento, por lo que se debe valorar en forma integral, de manera multidisciplinaria y por equipos con experiencia quirúrgica de esta zona anatómica.

P-324. HAMARTOMA MESENQUIMAL HEPÁTICO GIGANTE EN UNA NIÑA DE 11 AÑOS

J.C. Zevallos Quiroz, I. Ruiz Montesinos, R. Jiménez Agüero, M.A. Medrano Gómez, A. Beguiristain Gómez, X. Arteaga Martín y E. Guisasola Gorrotxategi

Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción: El hamartoma mesenquimal hepático (HMH) es la segunda tumoración benigna más frecuente en niños (después de los hemangiomas), suelen ser grandes tumoraciones multiquísticas que se presenta típicamente en menores de 2 años. El 85% se presentan en niños menores de 3 años y menos del 5% en mayores de 5 años. Es extremadamente raro en adultos, existiendo solo 15 casos publicados.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 11 años que acude a urgencias por dolor abdominal de varios días de evolución acompañado de fiebre de 38,1 °C, náuseas sin vómitos. Deposiciones normales. A la exploración presentaba el abdomen distendido por una masa de superfi-

cie rugosa, que ocupaba casi la totalidad del abdomen, dura, algo dolorosa y poco desplazable. Analítica normal. Ecografía abdominal: Masa quística de 17 × 10 cm que ocupa la mayor parte la cavidad abdominal y de origen indeterminado. Durante su ingreso persiste con picos febriles diarios a pesar de tratamiento con antibiótico (los cultivos fueron negativos). Se realiza RMN que informa de lesión quística de contenido hemorrágico/proteico y aproximadamente 11,5 × 16 × 19 cm (AP × T × CC) que contacta con la superficie antero-inferior del LHI. Presenta una pared gruesa que capta contraste de forma intensa y homogénea. Ante empeoramiento clínico y tras 6 días en planta, se decide intervención y exéresis de la tumoración. Se realiza bisegmentectomía II-III con ligasasure y endo-GIA por el equipo de cirugía HBP de nuestro hospital. La evolución postoperatoria cursa sin incidencias, desapareciendo la fiebre. El estudio anatómico-patológico informa de lesión hepática con marcado componente quístico, compatible con HMH. Tamaño de la lesión 20 × 18 × 6 cm. margen de resección libre de lesión.

Discusión: El tratamiento óptimo del HMH incluye la escisión quirúrgica con márgenes libres mediante una lobectomía o una resección atípica. Las resecciones parciales y el tratamiento conservador de la tumoración no son aconsejables debido a la existencia de reportes de transformación maligna a sarcoma embrionario indiferenciado. En el caso de tumoraciones irresecables algunos autores han descrito el trasplante hepático ortotrópico.

P-325. RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA HEPÁTICA DERECHA UTILIZANDO LA ARTERIA GASTRODUODENAL DURANTE LA RESECCIÓN EN BLOQUE DEL COLANGIOCARCINOMA EXTRAHILIAR

M.L. Herrero Bogajo, C. Moreno Sanz, J. Picazo Yeste, C. Alhambra Rodríguez de Guzmán, C. Sedano Vizcaíno, M. Clerveus y A. López Sánchez

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: El tratamiento del colangiocarcinoma extrahiliar incluye la exéresis quirúrgica con márgenes suficientes y la linfadenectomía regional en bloque, lo cual exige con frecuencia la realización de una duodenopancreatectomía cefálica. Además, aunque controvertido, en ocasiones es necesaria la realización de resecciones vasculares para obtener una resección R0. Presentamos un caso de colangiocarcinoma tratado mediante resección de la vía biliar principal y reconstrucción vascular mediante la arteria gastroduodenal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente con un colangiocarcinoma de colédoco tratado quirúrgicamente mediante resección de la vía biliar principal, linfadenectomía regional, resección lateral de la vena porta y resección de la arteria hepática derecha. La arteria hepática derecha se reconstruyó mediante la arteria gastroduodenal, la cual fue ligada distalmente, liberada hasta su origen para permitir su rotación y anastomosada a la hepática. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, con una elevación leve de las enzimas de citólisis durante las primeras 48 horas postoperatorias. Se muestran las exploraciones complementarias diagnósticas del caso y distintas imágenes intraoperatorias, incluyendo imágenes de la reparación arterial.

Discusión: La arteria gastroduodenal puede servir como injerto autólogo local en situaciones de afectación neoplásica de la arteria hepática propia o sus ramas.

P-326. HEPATOLITIASIS: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO

C. Lama Borrajo, C. Parada Navas, M. Garmendia, C. Pack y M.C. Ribera

Hospital General de Elda, Elda.

Introducción: La hepatolitiasis (HPL) es poco frecuente en occidente. El tratamiento quirúrgico es el definitivo en la mayoría de casos

Casos clínicos: Se presentan 3 pacientes intervenidos en nuestra unidad por HPL entre octubre de 2011 y febrero de 2012. Caso 1: paciente varón de 55 años con clínica de dolor abdominal e hipertransaminasemia. Antecedente de colecistectomía por coledolitiasis. La colangiografía (CRM) objetivó coledocolitiasis y dilatación de radicales biliares izquierdos con HPL. Se realiza CPRE con extracción de las litiasis localizadas en coledoco y hepático común. Nuevo ingreso posterior por episodio de colangitis. Se indicó cirugía practicando hepatectomía izda presentando en el postop

fístula biliar de bajo débito con cultivo (+) a *E. coli* resistente a la profilaxis antibiótica utilizada (amoxicilina + ac. clavulámico) y que evolucionó favorablemente. Caso 2: paciente varón de 53 años que se intervino por shock séptico por colecistitis aguda litiasica. Se practicó colecistectomía simple. El TAC preoperatorio mostró una dilatación de radicales biliares izquierdos. Tras el alta se realiza CRM que objetiva únicamente coledocolitiasis por lo que se indica una CPRE con extracción de los cálculos coledocales. Posteriormente, por una colestasis persistente se repite la CRM que diagnostica una HPL de radicales izquierdos. En la ecografía intraoperatoria sólo se evidencian litiasis en los segm. II-III por lo que se realiza bisegmentectomía II-III. En el postoperatorio presenta salida de material purulento por el drenaje quirúrgico con cultivo (+) a *E. coli* resistente a la profilaxis antibiótica pautaada (amoxicilina + ac. clavulámico). Caso 3: paciente mujer de 59 años que consulta por episodios de dolor abdominal localizado en epigastrio-hipocondrio derecho de años de evolución. Se realiza ecografía abdominal que objetiva vesícula litiasica y posible hepatolitiasis en segm. IV-V. La CRM localiza la hepatolitiasis en segm. IV-V-VIII. Se interviene realizando hepatectomía medial, siendo la evolución favorable. En este caso la profilaxis antibiótica fue piperacilina-tazobactam y el cultivo intraoperatorio de la bilis fue negativo. Se analizaron los cálculos que fueron de ac. grasos libres y triglicéridos.

Discusión: La HPL es poco frecuente en nuestro medio y generalmente se asocia a coledocolitiasis y coledocolitiasis (HPL secundaria). La HPL primaria es más frecuente en países asiáticos por estenosis biliar previa debida a diversas causas (enfermedad de Caroli, colangiocarcinoma, etc.). El diagnóstico suele apoyarse en la ecografía y la CRM. El tratamiento instrumental, endoscópico o percutáneo, puede ser útil en casos de recidivas o de alto riesgo quirúrgico. La terapéutica endoscópica (CPRE) previa a la cirugía debe indicarse de manera individualizada ya que aumenta la incidencia de infecciones. El tratamiento quirúrgico de la HPL es el que consigue mejores resultados a largo plazo. La técnica quirúrgica puede variar según la localización de la HPL: técnicas derivativas o resección de los segmentos afectados. Esta última consigue los mejores resultados (recidiva inferior a un 15%). En casos aislados el trasplante hepático puede ser una opción. El tratamiento quirúrgico de la HPL suele ser el definitivo en la mayoría de casos. La CPRE previa a la cirugía, debe reservarse para casos seleccionados ya que aumenta el índice de infecciones.

P-405. PAIR EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA MASIVA

S. Salido Fernández, G. Fernández-Díaz, A. Rodríguez Sánchez, M. Posada González, E. Colmenarejo García, J.L. Muñoz de Nova, M.D.M. Naranjo Lozano, M. Di Martino, L. Sánchez-Urdazpal, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad endémica del norte de África y el sur de Europa. Actualmente continúan apareciendo casos en nuestro país procedentes de áreas rurales con poca accesibilidad a control epidemiológico canino y de la inmigración, en mayor medida de África. El tratamiento tradicional de la hidatidosis hepática ha sido la cirugía. Sin embargo, en la actualidad el PAIR (punción, aspiración, inyección de escolicida y reaspiración) está mostrando resultados terapéuticos similares a la cirugía con menor morbilidad asociada y disminución de la estancia hospitalaria. Presentamos el caso de un paciente con hidatidosis hepática masiva que condicionaba hipertensión portal en el que se contraindicaba la cirugía por comorbilidad asociada y que fue tratado en nuestro hospital mediante PAIR

Caso clínico: Varón de 74 años con A.P. de: DM tipo 2, TVP, TEP y Ca de colon operado. Presenta hidatidosis que afecta a todos los segmentos del hígado, y que provoca trombosis y cavernomatosis portal, hipersplenismo, trombopenia y varices esofágicas. En tratamiento anticoagulante. Analíticamente destaca: Hb: 10 g/dl; Pla: 10.700; INR 2,54; Alb 2,8 g/dl. TC toraco-abdominal: Derrame pleural derecho. Elevación diafragmática y atelectasia en LM en relación con múltiples lesiones quísticas hepáticas sugestivas de quistes hidatídicos repartidos de forma difusa. Destaca, además, gran quiste hidatídico en hilio hepático que invade la porta principal y las ramas izquierda y derecha provocando cavernomatosis portal y esplenomegalia. Varices esofágicas, fúndicas, mesentéricas y omentales. Colelitiasis. Serología IgG4: mayor de 1,1 para *Echinococcus granulosus*. Se descarta tratamiento quirúrgico debido a la patología asociada y la extensión de la enfermedad. Se realiza PAIR de quiste hidatídico mayor, obteniéndose escasos 100 ml de material líquido con escolix viables. Se

repitió en 3 ocasiones la instilación de suero salino hipertónico hasta obtener muestras sin escolix viables. Se asoció tratamiento con albendazol pre y post PAIR. Evolución favorable con control ambulatorio. Tras dos años de seguimiento se comprueba importante mejoría radiológica con desaparición del gran quiste hiliar e importante reducción del resto.

Discusión: El tratamiento tradicional para los quistes hidatídicos hepáticos es la cirugía. Sin embargo en las últimas décadas se ha comenzado a extender el uso del tratamiento conservador mediante PAIR asociado con albendazol. Esta opción terapéutica, brinda resultados similares a la cirugía con menor tasa de complicaciones, menor estancia hospitalaria y prácticamente nula mortalidad. El seguimiento de esta enfermedad se realiza mediante control serológico de IgG4 y una prueba de imagen como la ecografía o TC. Se considera que la normalización de la serología junto con la mejoría radiológica traduce la efectividad del tratamiento. A pesar de los resultados prometedores de esta alternativa terapéutica conservadora, se requiere mayor evidencia con el desarrollo de estudios prospectivos. Su finalidad sería encontrar el espectro adecuado de pacientes que se puedan beneficiar del tratamiento conservador más allá de aquellos no candidatos a la cirugía por su situación basal.

P-406. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS Y COMPLICACIONES ENTRE LAS TÉCNICAS RADICALES Y CONSERVADORAS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA. ESTUDIO DE 38 CASOS EN EL PERÍODO 2004-2011

P. López Fernández, J.A. Martínez-Piñero Muñoz, F. Pereira Pérez, P. Artuñedo Pe, A. Antequera Pérez, C. Miliani Molina, M. de Vega Irañeta, M. Hernández García, F. Fernández Bueno, C. López Muñoz y L. Carrión Álvarez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: La hidatidosis es una ciclozoonosis. En España dejó de ser enfermedad de declaración obligatoria en 1996. Es considerada una enfermedad endémica de distribución regional quedando su vigilancia a criterio de cada Comunidad Autónoma. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la hidatidosis hepática.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo descriptivo de la hidatidosis hepática intervenida en nuestro Servicio entre junio de 2004 a diciembre de 2011. Se han operado 38 casos, con una relación varón: mujer de 1:1 y una edad media de 54,8 años. La mayoría fueron asintomáticos y se descubrieron mediante pruebas de imagen. El 89% no presentaban signos ni síntomas de complicación.

Resultados: El 71% se trató con cirugía conservadora (periquistectomía abierta). En el 50% se halló intraoperatoriamente comunicación biliar intraquística. Un 13,2% tuvo alguna complicación intraoperatoria y un 42,1% tuvo alguna complicación médico-quirúrgica inmediata. Se analizaron las diferencias entre las técnicas radicales y las conservadoras, la estancia media y la ausencia de recidivas. El tiempo medio de seguimiento es de 36 meses.

Conclusiones: La hidatidosis hepática es una enfermedad benigna que puede ocasionar complicaciones evolutivas serias. En nuestro medio el tratamiento de elección sigue siendo quirúrgico. Persiste la controversia entre qué tipo de cirugía es la mejor (conservadora vs radical). Nuestros resultados no muestran grandes diferencias entre ambos pero debemos señalar que el único paciente que falleció fue tras cirugía radical.

P-407. PARASITOSIS HEPATOPULMONAR POR EQUINOCOCCUS MULTILOCULARIS: UN CASO EXCEPCIONAL EN CANARIAS

P. Marrero Marrero, A. Varona Bosque, M. Barrera Gómez, M.F. Dávila Ramos, J. Padilla Quintana, P. Sanz González, P.E. González y A. Soriano Benítez de Lugo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La equinocosis alveolar (EA) humana es una rara zoonosis helmíntica producida por el parásito *Equinococcus multilocularis* (Rudolf Virchow, 1855), cuya distribución geográfica está restringida a zonas árticas y alpinas del hemisferio norte, lugar donde habitan los zorros y otros cánidos salvajes que son, junto con los perros y gatos de forma excepcional, los huéspedes definitivos de este parásito. El humano se comporta como un huésped intermedio y, en él, la mayoría de las hidátides tienen una localización hepática aunque, excepcionalmente, pueden ubicarse en otros órganos tales como el pulmón y el cerebro. Es posible que

la EA se convierta en una zoonosis emergente en algunas regiones menos septentrionales de Europa y Asia y deberemos estar familiarizados con sus técnicas diagnósticas y terapéuticas puesto que, es la más grave de las enfermedades helmínticas humanas y de no ser tratada conduce a la muerte en la mayoría de los casos. Se revisa un caso de una parasitosis hepatopulmonar humana atendido en nuestro Servicio, analizando su perfil demográfico, epidemiológico y las pruebas complementarias (analíticas, tests serológicos y pruebas de imagen). Se complementa con una búsqueda bibliográfica con palabras clave "Equinococcosis alveolar", en bases de publicaciones biomédicas.

Caso clínico: Mujer de 52 años de edad, de origen germano y residente reciente en Tenerife, profesora y domiciliada en Centro de Enseñanza para inmigrantes subsaharianos que convive con perros domésticos, que acude a urgencias por mal estar general, fiebre intermitente, tos, expectoración blanquecina y hepatomegalia dolorosa de varias semanas de evolución. En las pruebas complementarias destaca eosinofilia, elevación de las cifras de Ig E, serologías negativas e imágenes locales en ambos pulmones así como una lesión quística con pared engrosada y calcificada en segmentos II y III hepáticos, compatible radiológicamente con quiste hidatídico. Se realizó TAC-PAAF de ambas lesiones pulmonar y hepática obteniéndose material compatible con restos de parásitos tipo *dirofilaria*. Se decide hepatectomía izquierda, caudectomía y colecistectomía laparotómica y tratamiento con Ivermectina (12 mg, dosis única). El resultado anatómo-patológico de la pieza quirúrgica revela un *Toxocara canis*, recibiendo la paciente tratamiento con mebendazol (7 días). La evolución postoperatoria es favorable y es dada de alta. En el ulterior seguimiento y tras realizar test serológicos posteriores utilizando antígenos fraccionados y anticuerpos frente a fracciones específicas revela un resultado positivo para *Equinococcus multilocularis* (EM), pautándose tratamiento con albendazol (3-6 meses) y encontrándose en el momento actual, tras 6 años de seguimiento, completamente asintomática y en control anual en consultas.

Discusión: Se trata de un caso raro de zoonosis helmíntica en nuestras latitudes, con un diagnóstico dificultoso, el cual no se ha conseguido hasta obtener un estudio anatómo-patológico y reevaluaciones serológicas seriadas postoperatorias y que ha requerido un acto quirúrgico agresivo.

P-408. ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A ESTRONGILOIDIASIS: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA REALMENTE EXCEPCIONAL

P. Marrero Marrero, A. Varona Bosque, M. Barrera Gómez, E. Otón Nieto, J. Padilla Quintana, P. Sanz González, P.E. González y A. Soriano Benítez de Lugo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La estrongiloidiasis es una entidad helmíntica producida por el nematodo intestinal *Strongyloides stercoralis*, distribuido ampliamente por regiones tropicales y subtropicales así como por sociedades donde es habitual la contaminación fecal del suelo y del agua. Habitualmente es una entidad oligoasintomática en pacientes inmunocompetentes, sin embargo, en situación de inmunosupresión puede poner en peligro la vida del paciente produciendo el denominado "síndrome de hiperinfección". Se trata del único parásito descrito que puede producir enfermedad crónica en el ser humano, perpetuándose por autoinfección. Se revisa un caso de estrongiloidiasis atendido en nuestro Servicio, analizando su perfil demográfico, epidemiológico y las pruebas complementarias (analíticas, tests serológicos y pruebas de imagen). Se complementa con una búsqueda bibliográfica con palabras clave "Strongyloidiasis" y "Strongyloides stercoralis", en bases de publicaciones biomédicas.

Caso clínico: Varón de 63 años de edad, natural de la India residente en Santa Cruz de Tenerife desde hace años, que acude al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico leve, ictericia y coluria de varias semanas de evolución. En las pruebas complementarias destacan eosinofilia sistémica, elevación de las cifras de colemia, transaminasas y enzimas de colestasis y objetivación mediante pruebas de imagen de una imagen compatible con colangiocarcinoma de tercio medio de la vía biliar principal. Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica y realización de una duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica y colecistectomía. En la evolución postoperatoria y, en espera de los resultados anatómo-patológicos, el paciente presenta cuadros sucesivos de distensión abdominal de carácter paralítico, diagnosticándose mediante estudios endoscópicos con toma de biopsias de gastroenteropa-

tía eosinofílica idiopática, comenzando tratamiento corticoideo y produciéndose una tímida mejoría de la sintomatología. El resultado anatómo-patológico definitivo de la pieza quirúrgica reveló una colangiopatía eosinofílica con colangitis esclerosante secundaria y colecistitis eosinofílica. El paciente fue reevaluado ante la discordancia clínico-radiológica-patológica, objetivándose en tests serológicos (ELISA) ambulatorios resultados compatibles con *Strongyloides stercoralis*, pautándose tratamiento con ivermectina (Mectizan®) y consiguiéndose la resolución clínica completa y la desaparición de la gastroenteropatía eosinofílica. Tras 3 años de seguimiento el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: El diagnóstico preoperatorio, basado en pruebas de imagen, fue erróneo, probablemente al no establecer una interrelación entre la clínica digestiva y la eosinofilia, ya que se trata de patología poco frecuente y excepcionalmente quirúrgica. Asimismo, el conocer el agente etiológico, fue complejo y tardío, y no se alcanzó el diagnóstico definitivo hasta la reevaluación del caso de modo interdisciplinar.

P-409. QUISTE HIDATÍDICO RECIDIVADO HACIA PARED TORÁCICA TRAS 40 AÑOS DE RESECCIÓN HIDATÍDICA PULMONAR Y 13 DE RESECCIÓN HIDATÍDICA HEPÁTICA: QUISTOPERIQUISTECTOMÍA COMPLETA CON DOBLE ABORDAJE

V.A. Rodrigo Amador, F. Martín Acebes, A. Palomo Luquero, R. Parra López, I. Gil Laso, S. Novotny Canals, E.B. García Plata Polo, M. de la Plaza Galindo y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: Profundizar en el conocimiento de la enfermedad hidatídica recidivada a través de la presentación de un caso curioso de los pocos documentados sobre recidiva hidatídica hacia pared torácica. Así mismo esbozar el tratamiento más conveniente en cada caso, e introducimos en sus innovaciones.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 66 años, con antecedentes previos de hidatidosis pulmonar hace 40 años, e hidatidosis hepática hace 13, habiéndose realizado resección completa de quistes hidatídicos, y encontrándose asintomática durante los episodios. En el momento actual presenta tumoración en hemitórax inferior derecho. En el TAC se concluye recidiva hidatídica hacia pared torácica derecha exteriorizada a través de espacio intercostal y que parece depender del lóbulo hepático derecho. Se decide quistoperiquistectomía total con doble abordaje (pared torácica-abdomen) y reconstrucción con malla del defecto restante.

Conclusiones: La enfermedad hidatídica es una antigua zoonosis, causada por un parásito, *Echinococcus granulosus*. Aproximadamente el 70% de los quistes hidatídicos se sitúan en el hígado, el 25% en el pulmón, seguidos de bazo y riñón. En músculo y tejido celular subcutáneo, como el caso que nos ocupa, hay muy pocos descritos en la literatura. En cuanto al diagnóstico hay que tener un elevado índice de sospecha para determinarlo, ya que la clínica es muy sutil. La cirugía es el tratamiento de elección en la mayoría de casos. Sin embargo se han descrito múltiples técnicas dado que dependiendo de la localización, tamaño y número de quistes, no siempre es posible una resección completa. Ésta será el mejor factor pronóstico a la hora de evitar recidivas. En nuestro caso la localización del quiste era periférica y el tamaño no superaba los 10 cm. así que se pudo realizar quistoperiquistectomía completa. Hoy en día los avances en laparoscopia y radiología intervencionista están abriendo nuevos horizontes en el tratamiento de esta enfermedad, y aunque todavía harán falta estudios clínicos prospectivos aleatorizados para demostrar que pacientes se beneficiarían de ello, las ventajas documentadas son prometedoras. La recurrencia de la enfermedad hidatídica tras tratamiento quirúrgico es rara, aproximadamente del 10%. Aumenta si se realizó una resección incompleta, o si durante la cirugía se abrió el quiste produciendo diseminación del contenido. El diagnóstico de las recurrencias depende del seguimiento estrecho, serología y ecografía o TAC. En el tratamiento de la enfermedad hidatídica recidivada se recomienda la administración de albendazol perioperatorio.

Conclusiones: La enfermedad hidatídica continúa siendo un problema de salud en los países donde es endémica. En la mayoría de los casos es asintomática y el diagnóstico se realiza por sospecha, e incluso tras la cirugía hay que optar por un seguimiento estrecho. La resección completa es el mejor factor pronóstico para evitar recidivas. En casos selecciona-

dos la laparoscopia y la radiología intervencionista pueden servirnos de ayuda. El objetivo del tratamiento siempre será preservar la función hepática, minimizando el riesgo de nuevas recurrencias.

P-410. LOS QUISTES HEPÁTICOS Y SU DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Iglesias Porto¹, R. González López¹, M.I. Pérez Moreiras¹, P. Montoto Santomé¹, L. Dorado Castro¹, M. López López¹, A.E. Álvarez Gutiérrez¹, R. Conde Freire², F. Arija Val¹ y E. Varo Pérez²

¹Hospital Universitario Lucus Agusti, Lugo. ²Hospital Clínico Universitario, Santiago.

Objetivos: Los quistes hepáticos más frecuentes son los quistes hepáticos simples. Más frecuentes en mujeres a partir de los 50 años. Suelen ser asintomáticos, únicos o poco numerosos y de pequeño tamaño. Su diagnóstico es frecuentemente incidental. Por lo general no requerirán tratamiento, esto dependerá de su tamaño, de si producen o no síntomas y, sobre todo, de si existe dificultad en su diagnóstico diferencial.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 61 años, sin antecedentes de interés, que incidentalmente en una tomografía computarizada (TC) es diagnosticada de quistes hepáticos múltiples, el mayor de 18 cm en lóbulo hepático derecho (LHD) que condiciona derrame pleural derecho y atelectasia de la base pulmonar, sin poder descartar quistes hidatídicos o cistoadenoma biliar. Se realiza para estudio ecografía abdominal en la que se visualizan múltiples quistes hepáticos, destacando el mayor en LHD de unos 20 cm de diámetro y otro en segmento VIII, adyacente a la suprahepática derecha, con calcificaciones periféricas que podría corresponder a quiste hidatídico. En la colangioRM se aprecian múltiples lesiones quísticas, una de ellas probablemente complicada, con calcificaciones y con pequeños quistes en la periferia, por lo que el diagnóstico más probable en conjunto sería de hidatidosis hepática con un quiste parcialmente calcificado y con múltiples vesículas hijas probablemente secundario a complicación antigua, sin descartar completamente el tumor quístico. Las analíticas, incluidas pruebas hepáticas, no presentan alteraciones. Marcadores tumorales en el límite de la normalidad. Dado el gran tamaño de alguno de los quistes y las dudas existentes en el diagnóstico diferencial se decide programar cirugía.

Resultados: Los hallazgos quirúrgicos fueron de quistes hepáticos simples, ocupando el de mayor tamaño la práctica totalidad del LHD. Se llevó a cabo biopsia intraoperatoria de este último descartándose malignidad. Se realizó vaciado y destechamiento de los mismos. A excepción del situado en el segmento VIII en el que por el aspecto macroscópico que presentaba, y en concordancia con las pruebas de imagen, se decidió realizar resección completa del mismo. El resultado fue un hígado residual formado por los segmentos I, II, III y IV. La anatomía patológica definitiva fue de quistes simples, incluido el quiste del segmento VIII que se informó como quiste simple complicado con signos inflamatorios crónicos inespecíficos que penetran en el parénquima hepático, de superficie interna irregular con zonas calcificadas y con restos de material necrótico amarillento en su interior. No se demostraron parásitos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y sin incidencias.

Conclusiones: Los quistes simples hepáticos se consideran anomalías del desarrollo hepático. Suelen tener un contorno regular, sin membranas ni calcificaciones. Para su diagnóstico nos ayudaremos de la ecografía, la TC, la RM, los marcadores tumorales negativos, la exclusión de tumores que originen metástasis quísticas y la serología de hidatidosis negativa. Con un diagnóstico seguro, si son asintomáticos y de pequeño tamaño, no precisarán más que seguimiento. Cuando son mayores de 5 cm pueden ser sintomáticos, y cuando sobrepasan los 8 cm aumenta la probabilidad de complicaciones. Pero una de sus más importantes indicaciones quirúrgicas es la existencia de dudas en el diagnóstico diferencial, fundamentalmente con el quiste hidatídico o con el tumor quístico (cistoadenoma y cistoadenocarcinoma). En estos casos, en función de los hallazgos en la cirugía, existen distintas posibilidades terapéuticas, desde el vaciamiento y exéresis de la cápsula prominente para remitirla a estudio AP, hasta la exéresis completa con una resección hepática segmentaria cuando siguen existiendo dudas en su diagnóstico por el aspecto macroscópico que presenta. Destacamos así el difícil diagnóstico diferencial que se puede plantear ante las lesiones quísticas hepáticas y la necesidad de cirugía en estos casos.

P-411. SHOCK SÉPTICO POR RARA COMPLICACIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO

M. Rodríguez López, B. Pérez Saborido, D. Pacheco Sánchez, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, R. Velasco López, P. Pinto Fuentes, L.M. Díez González, E. Asensio Díaz y A. Barrera Rebollo

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La enfermedad hidatídica sigue siendo endémica en Castilla y León, especialmente en la población de mayor edad procedente del medio rural. Puede debutar con síntomas por complicación del quiste (60%), en forma de rotura o de infección por fistula, llegando a aparecer cuadros de shock, que suele ser anafiláctico por rotura del quiste al peritoneo (hasta en el 12,5% y en un 25% hay urticaria sin shock). La ausencia de líquido libre peritoneal en la ecografía hace improbable que exista rotura libre (sensibilidad: 85-90%). Presentamos el caso de una enferma con quiste hidatídico hepático no conocido y complicado con fistula cólica, que debutó clínicamente con shock séptico.

Caso clínico: Mujer de 73 años hipertensa, que acude a Urgencias por vómitos, fiebre y dolor en hipocondrio derecho. Exploración: dolor en dicha localización sin peritonismo. Analítica: 24000 leucocitos (neutrófilos 96%, eosinófilos 0,1%). Radiografía simple y ecografía abdominal: lesión calcificada en lóbulo derecho hepático, sugerente de quiste hidatídico, sin líquido libre. Poco después, la paciente sufre empeoramiento de su estado general y disminución del nivel de conciencia con hipotensión hasta 67/42 mmHg. Se instaura en Urgencias sueroterapia masiva que resulta infructuosa y, seguidamente, perfusión de dopamina, recuperando tensiones y el nivel de conciencia. Solicitamos tomografía computarizada que evidenció dicho quiste en segmento VI con nivel hidroaéreo en su interior y aumento de densidad radiológica en el ángulo hepático del colon, sugiriendo la posibilidad de fistula quisto-cólica. Instauramos antibióticoterapia con imipenem y decidimos cirugía urgente. En quirófano se confirma el diagnóstico, desconectando la fistula y realizando quistoperiquistectomía parcial y epiploplastía junto con cierre primario del colon. Iniciamos tolerancia oral al cuarto día postoperatorio, retiramos el drenaje al séptimo y mantuvimos el imipenem hasta el octavo, con alta hospitalaria al noveno día.

Conclusiones: La TC es una prueba que orienta al diagnóstico de quiste complicado por fistula quisto-cólica, debiendo ser confirmado con los hallazgos operatorios. Esta complicación es rara, encontrándose muy pocos casos en la literatura reciente y sólo dos en nuestro entorno. En ninguno de ellos, la enfermedad hidatídica debutó en forma de shock séptico secundario a dicha fistula quisto-cólica, como ocurrió en nuestra enferma.

P-412. QUISTE HEPÁTICO GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Moreno Flores, M. Abad Martínez, A.S. Valero Liñán, A. Prat Calero, G. Bueno Blesa, J.L. Rueda Martínez, J.A. Monsalve Naharro, J.A. González Masía y J.I. Miota de Llama

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Los casos de hidatidosis en nuestro país parecen haber aumentado en número y gravedad en los últimos años debido en parte a la creciente inmigración. La presentación más común es la hepática, que suele evolucionar sin síntomas, siendo el diagnóstico generalmente casual, aunque en ocasiones puede presentarse a través de alguna de sus complicaciones o como consecuencia de los síntomas provocados por su efecto masa. Presentamos el caso de un quiste hepático hidatídico gigante diagnosticado como consecuencia de una de sus complicaciones.

Material y métodos: Mujer de 47 años, con antecedentes familiares de hidatidosis hepática, que había presentado dolor en epigastrio-hipocondrio derecho, dudosa vómitica y varios episodios de colangitis. La exploración abdominal era inespecífica. Una Ecografía y una TC abdominal mostraron la presencia de un gran quiste hidatídico hepático central de 13 cm con signos de abscesificación que provocaba atelectasia compresiva la sobre base del pulmón derecho, sin objetivarse migración pulmonar y con diafragma indemne.

Resultados: La paciente fue intervenida de forma programada hallándose un gran quiste hidatídico hepático que afectaba a los segmentos IV y VIII, contactando con la bifurcación portal. Presentaba tránsito torácico con afectación diafragmática. Se realizó apertura controlada del quiste gigante, instilación de escolicida y evacuación de su contenido, que esta-

ba formado por vesículas hijas y líquido de aspecto bilioso, por lo que se decidió realizar una colangiografía intraoperatoria que evidenció la presencia de paso de contraste al quiste a expensas de sectoriales de la rama anterior derecha. Seguidamente se procedió a la quistoperiquistectomía total abierta de los segmentos IV y VIII con sección de 2 zonas diafragmáticas englobadas en el quiste. Se dejó tubo de drenaje pleural. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Se objetivó radiológicamente una adecuada reexpansión pulmonar, y la paciente no presentó fistulas biliares ni signos de insuficiencia hepática.

Conclusiones: Como sucede en nuestro caso, los síntomas de la enfermedad hidatídica se relaciona principalmente con el efecto de masa (dolor en hipocondrio derecho por extensión a la cápsula hepática, ictericia por compresión de la vía biliar) o por alguna de sus complicaciones, como episodios de colangitis provocados por la fistulización de los quistes, o con complicaciones extrahepáticas como la extensión hacia el tórax, con aparición de los clásicos síntomas de vómita por diseminación del parásito por el árbol traqueobronquial. Los quistes hepáticos hidatídicos gigantes son infrecuentes. En cuanto al abordaje quirúrgico, la disposición y la extensión de la enfermedad hacían difícil plantear una exéresis completa de todo el quiste o una cirugía resectiva clásica. Pensamos que los casos de hidatidosis complejas se benefician de servicios expertos en cirugía hepática. En los casos en los que los quistes hidatídicos sustituyen una parte anatómica del hígado, somos partidarios de realizar hepatectomías regladas, con el objetivo de conseguir menor superficie de transección hepática y disminuir la incidencia de fistulas biliares.

P-413. HEMANGIOMAS HEPÁTICOS GIGANTES TRATADOS MEDIANTE EMBOLIZACIÓN

A. Vílchez, J. Fundora, A.A. Molina, T. Villegas, A. Becerra, K. Muffak Granero, D. Garrote, P. Pardo, G. Ruiz, S. Gil y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Tumor sólido benigno hepático más frecuente, diagnosticado cada vez más gracias a las pruebas de imagen, suelen medir menos de 5 cm, cuando son mayores se denominan gigantes, volviéndose sintomáticos conforme alcanzan mayor tamaño. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal, la trombosis o el infarto intralesional. Más frecuente en el sexo femenino y con mayor prevalencia entre la 3ª-5ª década. Por lo general no causan síntomas y tienen un buen pronóstico; precisando únicamente seguimiento. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando son sintomáticos y/o gigantes. La embolización como tratamiento definitivo o como puente a la cirugía es una alternativa de tratamiento. Presentamos tres pacientes con hemangiomas hepáticos gigantes tratados mediante embolización.

Casos clínicos: Presentamos tres pacientes con hemangiomas hepáticos gigantes sintomáticos (mujer de 46 años y dos varones de 54 y 41 años, respectivamente). Fueron remitidos a nuestra consulta por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho de meses de evolución y sensación de masa a la exploración. Se realizaron distintas pruebas mediante ECO, TAC y RM, pruebas de función hepática y marcadores tumorales donde se apreciaron en los tres casos hemangiomas hepáticos gigantes dependientes en su vascularización de la arteria hepática izquierda, hallando en la mujer una estenosis del tronco celiaco, siendo los marcadores tumorales negativos y el resto de estudios sin evidencias de enfermedad. Se decide en comité multidisciplinar la realización de embolización en los tres casos del pedículo del hemangioma, en los varones mediante la administración de micropartículas de 500-700 micras de Bed Block y en la mujer partículas de PVA de 300-500 micras además de colocación de stent en tronco celiaco en éste último caso. Los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria, recibiendo el alta sin complicaciones inmediatas, el postoperatorio transcurrió sin dolor y sin evidencias de sangrado. Continúan en seguimiento y actualmente se encuentran asintomáticos, presentando en los tres casos una disminución del tamaño del hemangioma de más del 50% del volumen inicial, con un buen flujo del tronco celiaco en el caso de la mujer.

Discusión: Los escasos pacientes que presentan dolor o síntomas de compresión extrínseca deben ser evaluados para tratamiento. En cuanto al tratamiento quirúrgico, este puede consistir en resección hepática o enucleación. Se ha establecido que el 25% de los pacientes tratados mediante resección mantuvieron el dolor después de la cirugía. El trasplante hepático es una alternativa en hemangiomas gigantes seleccionados. Existen tratamientos no quirúrgicos que incluyen la embolización, radioterapia y el uso de interferón, sin embargo, la experiencia con estas técnicas es menor y existe una gran controversia en cuanto a su eficacia, ya que a princi-

pios de 2000 era el tratamiento quirúrgico el de elección en las distintas bases estudiadas. Podemos encontrar en la literatura series de hemangiomas hepáticos infantiles (hemangioendotelomas) tratados mediante embolización con muy buenos resultados. El tratamiento en adultos mediante la embolización aún no está establecido y hoy en día son pocos los estudios que encontramos que publiquen su experiencia, aunque algunos de ellos con buenas expectativas mediante el uso de ésta técnica.

P-414. LOCALIZACIÓN HEPÁTICA DE TUMOR DE CÉLULAS EPITELIOIDES PERIVASCULARES (PECOMA)

C. Vera Mansilla, R. Díaz Pedrero, S. Hernández Domínguez, I. Lasa Unzué, A. Blázquez Martín, A. López García, R. Gómez Sanz, J. Martín Fernández, A. Gutiérrez Calvo y J. Granell Vincent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: Presentación del caso clínico de un tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa) excepcional por su localización en hígado.

Caso clínico: Mujer de 54 años de edad, sin antecedentes de interés, que tras la realización de ecografía abdominal incidental, se evidencia LOE de 5 cm en segmento V hepático. La exploración física es normal, estando asintomática desde el punto de vista digestivo. Analítica, marcadores tumorales y serología negativa. El estudio de imagen se completa con TC abdomino-pélvico que objetiva en fase arterial una LOE de 4 cm en segmento V hepático. En RM hepática, se identifica una lesión de 46 ± 35 mm, hipointensa en secuencias potenciadas en T1, hiperintensa en secuencias T2. La lesión es completamente hipointensa respecto al parénquima en la fase tardía de RM con PRIMOVIST. En gammagrafía hepática, el estudio vascular descarta hemangioma y hepatocarcinoma y en el estudio con fitatos se observan varios focos de hipoactividad. Con estos hallazgos, la paciente fue intervenida mediante segmentectomía del V y colestectomía, sin incidencias postoperatorias. El estudio anatomopatológico demuestra una neoplasia densamente celular que crece en forma de nidos y fascículos alrededor de los vasos sanguíneos, con amplios citoplasmas claros. Se observa pleomorfismo celular y atipia, sin observar mitosis atípicas. El perfil inmunohistoquímico realizado es positivo para MELAN-A, HMB-45, vimentina, actina, CD117, diagnosticándose de tumor de células epitelioides perivasculares hepático.

Resultados: En 2002 la OMS define el PEComa como neoplasias mesenquimales compuestas por células epitelioides perivasculares con características histológicas e inmunohistoquímicas propias. Pueden originarse en cualquier víscera hueca o tejido blando, e incluye un rango de lesiones como angiomiolipoma, tumor de pulmón de células claras "sugar", linfangioleiomiomatosis y tumor mielomelanocítico de células claras de ligamento falciforme/ ligamento de teres. La mayoría se han descrito en el útero (38%), siendo excepcional en el hígado. Son más frecuentes en mujeres de edad media. La presentación clínica varía desde asintomáticos hasta dolor abdominal tipo cólico o sangrado. El diagnóstico preoperatorio es difícil, siendo la confirmación siempre postquirúrgica. La mayoría de los pecomas publicados presenta un comportamiento benigno, aunque el curso maligno con recurrencia local y metástasis a distancia también ha sido publicado. Folpe et al han sugerido como criterios de malignidad un tamaño mayor de 5 cm, recuento mitótico de 1 por 50 campos de alta potencia y necrosis. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes libres tanto en el tumor primario como en la recidiva y en metástasis a distancia. La quimioterapia, radioterapia y la inmunoterapia se han empleado como tratamiento en casos de malignidad.

Conclusiones: PEComa es un término empleado para describir un grupo de neoplasias heterogéneas derivadas de células mesenquimales. La localización hepática es excepcional. El diagnóstico preoperatorio es difícil y la mayoría se establece después de la cirugía. Su comportamiento suele ser benigno, siendo el tratamiento de elección la resección quirúrgica.

P-415. TUMORES DE CÉLULAS EPITELIOIDES PERIVASCULARES (PECOMAS) HEPÁTICOS: ABORDAJE DE ESTA ENTIDAD A PROPÓSITO DE 2 CASOS

R.L. García-Mayor Fernández, L. Gómez Romero, J.M. Cabada Lee, M.J. Guarín, J. Pérez, E. Montalvá Orón, F. San Juan, R. López Andújar y M. de Juan Burguenio

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Los PEComas se definen como tumoraciones de origen mesenquimal caracterizadas histológicamente por la proliferación de célu-

las epitelioides perivasculares y por la capacidad de coexpresar marcadores inmunohistoquímicos melanocíticos (HBM-45 y Melan-A) y musculares (actina y desmina). Revisión de dos casos clínicos y de la literatura actual para llegar a una aproximación en el abordaje de este tipo de tumores infrecuentes en el hígado.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 24 años en tratamiento hormonal anovulatorio por acné. Presentó un cuadro dispéptico asociado a sensación de masa en mesogastrio. La ecografía evidenció dos lesiones ocupantes de espacio (LOE) hepáticas. En la resonancia magnética (RM) se diagnosticaron 2 LOE, una de 8 × 6 cm en segmento 4 y otra adyacente, de 3,5 cm sugestiva de adenoma. Se intervino quirúrgicamente apreciando una tumoración dependiente de la vena umbilical y otra lesión en segmento 4b, realizando resección de las mismas. El postoperatorio cursó sin complicaciones. La anatomía patológica reveló PEComa en ambas localizaciones, bien delimitado, sin atipia nuclear, con < 1 mitosis en 50 c.g.a y Ki-67 focalmente positivo. A los cuatro años se detectó una lesión en remanente segmento 4 por lo que se realizó una hepatectomía limitada. El informe de anatomía patológica fue de hiperplasia nodular focal. Actualmente está libre de enfermedad a 50 meses desde la última intervención. Caso 2: mujer de 38 años sin antecedentes patológicos de interés. Presentó una clínica de molestias abdominales y hallazgo ecográfico y de TC de una masa hepática en segmento 4, de 10 × 7 × 8 cm. La RM sugería probable adenoma hepático. Ante la duda diagnóstica, se realizó biopsia hepática con informe anatomopatológico de PEComa hepático. Se decidió intervención quirúrgica, hallando la tumoración localizada en los segmentos 2/3 y 4 y realizando una hepatectomía izquierda. La paciente fue dada de alta el 5º día postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica definitiva confirmó el diagnóstico de PEComa, bien delimitado, no encapsulado, con escasas atipias y Ki-67 positivo en 5-10 células. En el seguimiento se encuentra actualmente libre de enfermedad a 42 meses desde la intervención.

Discusión: Los PEComas se presentan en múltiples localizaciones siendo el hígado una localización excepcional. Más frecuentes en mujeres con edades alrededor de los 50 años (intervalo 30–70 años). La ecografía, la TC y la RM son los principales métodos de imagen utilizados, aunque tienen poca especificidad para el diagnóstico de esta entidad. El crecimiento de los PEComas es lento, con nula o mínima sintomatología generalmente, y esto puede dar lugar al hallazgo de grandes tumoraciones cuyo diagnóstico resulta difícil debido a la escasa incidencia y la baja especificidad de los estudios de imagen. En ocasiones es necesario recurrir a la biopsia preoperatoria. La mayoría de casos siguen siendo diagnosticados tras su exéresis quirúrgica. La cirugía resectiva resulta curativa y el pronóstico es incierto. Los malignos se asocian a elevado índice mitótico, alta proliferación tisular con Ki-67 elevado y necrosis.

P-416. DOLOR LUMBAR NEUROPÁTICO SECUNDARIO A ANGIOMIOLIPOMA HEPÁTICO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

E.E. Rubio González, R. Ortega, G. Supelano, V. García, M. de la Fuente, P. Peláez, J.A. Pascual, M. Ortiz, T. Butrón y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El angiomiolipoma hepático es un tumor benigno poco frecuente; es mucho más frecuente su presentación renal. Tras la primera descripción por Ishak¹, en 1976, hemos encontrado 325 casos descritos en la literatura médica mundial.

Caso clínico: Mujer de 38 años no fumadora, con rinitis alérgica y dolor lumbar neuropático derecho controlado con analgesia y sin una causa clara que originase el dolor tras estudio exhaustivo neurológico. Durante la fase de estudio es diagnosticada de LOE hepática de etiología a determinar, se realizaron ecografía TAC trifásico y RMN hepática que fueron concluyentes para el diagnóstico de angiomiolipoma hepático de predominio izquierdo. Es valorada por anestesia y operada vía abierta a pesar de ofrecerle la vía laparoscópica. Se realizó una incisión subcostal bilateral y la cirugía consistió en una hepatectomía izquierda con preservación de caudado. Se utilizaron CUSA y Ecografía intraoperatoria. La paciente es dada de alta a los 6 días sin complicaciones. La pieza de hepatectomía confirmó el diagnóstico de angiomiolipoma y en la actualidad la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: El angiomiolipoma hepático es un tipo de lesión que mimetiza otras enfermedades hepáticas, por lo que no es posible descartar su malignidad hasta el diagnóstico definitivo que proporciona la anatomía patológica. El tratamiento de elección de esta enfermedad es la exéresis

quirúrgica, que además proporcionará material para llegar a un diagnóstico definitivo.

P-417. EXPERIENCIA INICIAL EN EL MANEJO DE LA ESTENOSIS BILIAR BENIGNA COMPLEJA CON PRÓTESIS BIODEGRADABLE ENDOLUMINAL

N. Bejarano González, F.J. García Borobia, J. Falcó Fagés, E. Criado Paredes, A. Alguersuari Cabiscol, A. Romaguera Monzonís, N. García Monforte, C. Corredera Cantarín, A. Corcuera Amill y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: La estenosis de vía biliar principal es una complicación grave de la cirugía hepática y biliar que se presenta cada vez con mayor frecuencia. Su tratamiento supone un reto debido a la dificultad de su reparación, la frecuencia con la que recidiva y el coste del proceso. En ocasiones en su tratamiento puede estar indicado un trasplante hepático. Nuestro objetivo es valorar la eficacia y seguridad en el tratamiento de estas estenosis biliares complejas mediante el empleo de una nueva prótesis endobiliar biodegradable (PEB).

Material y métodos: Estudio piloto en un Hospital Universitario terciario con Servicio de Radiología Intervencionista. La PEB está compuesta de un monofilamento de polidioxanona (SX-ELLA stent DV®) con marcaje radiológico proximal y distal. Su degradación se produce por hidrólisis en unos 6 meses. Este dispositivo ya ha sido utilizado para el tratamiento otras estenosis: traqueales, esofágicas, intestinales o colónicas. Periodo de estudio-seguimiento: enero 2011-abril 2012. Los candidatos fueron presentados en un comité multidisciplinar para valorar el tratamiento de su estenosis biliar. En todos los casos se trataba de estenosis biliar en la zona del confluente en la que la resolución quirúrgica suponía un procedimiento de alta complejidad. Todos habían sido tratados previamente mediante procedimientos percutáneos con la colocación de drenajes biliares interno-externo con dilataciones endoluminales y episodios de colangitis asociados. Seguimiento clínico mediante analítica hepática cada 3 meses y colangiograma cada 6 meses. Caso 1: mujer de 67 años con antecedente de lesión de la vía biliar reparada mediante hepático-yejunostomía que presentó estenosis a nivel de la confluencia biliar y litiasis intrahepática asociada. Caso 2: varón de 54 años que presenta estenosis biliar benigna en la zona del confluente a los 18 meses de la segunda hepatectomía por metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. Caso 3: varón de 77 años sometido a 3 resecciones hepáticas por metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. Estenosis biliar benigna tras la curación de una fistula biliar en la zona de resección de la vía biliar derecha.

Resultados: Colocación de la PBB mediante control radiológico de la vía biliar bajo sedación sin complicaciones durante el mismo. Ningún paciente ha presentado complicaciones tras el procedimiento ni recidiva de la estenosis en el periodo de seguimiento a 16, 6 y 3 meses. Tampoco han presentado complicaciones en relación con la degradación del material.

Conclusiones: Los resultados iniciales mediante PBB para el tratamiento de estenosis biliares complejas son favorables sin complicaciones posteriores ni recidiva. Una ventaja adicional del dispositivo es la posibilidad, en caso de necesidad, de realizar otros procedimientos o incluso cirugía, debido al proceso de degradación del producto. Sin embargo, el escaso número de pacientes y el breve seguimiento no permite extraer conclusiones ni generalizar su uso; a la espera de ampliar el estudio y el periodo de seguimiento.

P-418. ANÁLISIS CLÍNICO, ANALÍTICO Y ECOGRÁFICO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA RESPECTO AL CARCINOMA DE VESÍCULA

E. García Santos, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, F.J. Ruescas García, J.L. Bertelli Puche, R. Valle García, P. Villarejo Campos, D. Padilla Valverde, A. Jara Sánchez y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: La colecistitis xantogranulomatosa constituye una entidad poco frecuente de colecistitis crónica, caracterizada por engrosamiento intenso de pared vesicular e importantes adherencias locoregionales con invasión de órganos adyacentes, simulando la existencia de proceso neoplásico maligno. La extravasación de bilis a la pared vesicular permi-

tirá una reacción inflamatoria intensa que incluye gran cantidad de histiocitos, células plasmáticas, neutrófilos y linfocitos, con incremento de fibrosis en estadios tardíos. Los hallazgos intraoperatorios son similares a un proceso neoplásico, y además la excesiva fibrosis puede desencadenar severas complicaciones. Una estrategia terapéutica correcta tras identificar ambas entidades evitaría esta situación.

Objetivos: Identificar un perfil que incluya variables clínicas, parámetros analíticos e información ecográfica que nos permita identificar una colecistitis xantogranulomatosa respecto al cáncer de vesícula.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico de colecistitis xantogranulomatosa intervenidos quirúrgicamente en nuestro Servicio desde 2008. Se incluye todos los enfermos con diagnóstico de cáncer de vesícula intervenidos quirúrgicamente desde 2008. Variables clínicas: abdominalgia, ictericia, fiebre, síndrome constitucional, colecistitis, tratamiento quirúrgico, complicaciones. Analíticas: leucocitos, segmentados, linfocitos, monocitos, eosinófilos, plaquetas. Bioquímicas: BBT, GOT, GPT. Ecográficas: engrosamiento focal, engrosamiento difuso, masa polipoidea, infiltración hepática, afectación vascular, colelitiasis, dilatación intrahepática, dilatación extrahepática, absceso perivesicular, líquido perivesicular, dilatación vesicular, infiltración de órganos adyacentes.

Resultados y conclusiones: Desde 2008 hasta principios de 2010, 21 enfermos con colecistitis xantogranulomatosa fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestro Servicio. La edad fue de 47 ± 13 años, siendo en un 47,6% varones. Variables clínicas: abdominalgia 95,2%, ictericia, 4,8%, fiebre, 42,95%, síndrome constitucional, 4,85%, colecistitis, 42,95%. Analíticas: leucocitos $10,64 \pm 4,1$ miles/ μ l, segmentados $8,06 \pm 4,0$. Linfocitos $1,64 \pm 0,65$. Monocitos $0,84 \pm 0,5$. Eosinófilos $0,14 \pm 0,13$. Plaquetas $326,82 \pm 152,75$. Ecográficas: engrosamiento focal 23,8%. Engrosamiento difuso 47,6%. Masa polipoidea, invasión hepática y afectación vascular 0%. Colelitiasis 100%. Dilatación intravascular y extravascular, 19%. Absceso perivesicular 19%. Líquido perivesicular 23,8%. Infiltración órganos 4,8%. Distensión vesicular 52,4%. Complicaciones: fistula biliar 1 (4,8%). Fracaso multiorgánico 1 (4,8%). Insuficiencia renal 1 (4,8%). Trece enfermos con cáncer de vesícula fueron intervenidos desde 2008. La edad fue de 70 ± 6 años, siendo en un 23,1% varones. Variables clínicas: abdominalgia 76,9%; ictericia 23,1%; fiebre 30,8%; síndrome constitucional 15,4%; colecistitis 30,8%. Analíticas: leucocitos $12,48 \pm 6,1$ miles/ μ l; segmentados $8,8 \pm 6,17$. Linfocitos $1,37 \pm 0,6$; Monocitos $0,71 \pm 0,4$. Eosinófilos $0,21 \pm 0,20$. Plaquetas $270,181 \pm 119,06$. Ecográficas: engrosamiento focal 7,7%. Engrosamiento difuso 30,8%. Masa polipoidea 23,1%. Invasión hepática 0% y afectación vascular 7,7%. Colelitiasis 100%. Dilatación intravascular 38,5% y extravascular 23,5%. Absceso perivesicular 23,1%. Líquido perivesicular 15,4%. Infiltración órganos 23,1%. Distensión vesicular 23,1%. A pesar de la diferencia de resultados entre ambas patologías, ésta alcanzó significación en valores preoperatorios analíticos de GOT ($p = 0,05$), y en la evidencia de masa polipoidea ecográfica ($p = 0,021$) en el cáncer de vesícula, para su uso como marcadores diagnóstico. Sería por lo tanto necesario agotar el diagnóstico preoperatorio radiológico mediante TC sobre todo en aquellos casos que planteen dudas. Las tasas de complicaciones como ocurre en nuestros enfermos, conversión a colecistectomía abierta, y excesiva agresividad en la resección quirúrgica, obliga a considerar un diagnóstico histológico pre o intraoperatorio.

P-419. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA DERECHA POSTCOLECISTECTOMÍA

L. Fernández López, T.M. Civeira Taboada, G. Romay Cousido, C. Varela Lamas, I. Vázquez Cajide, D. Gómez Pasantes, N. Fernández Soria, J.F. Machuca Santacruz y A. Sotelo Goyanes

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Objetivos: Se pretende exponer un caso de una complicación poco frecuente tras una colecistectomía laparoscópica, que es la presencia de un pseudoaneurisma de la arteria hepática derecha.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una paciente de 49 años, con antecedentes de HTA, DL y hemitiroidectomía. Se había realizado colecistectomía laparoscópica hacía 2 semanas por colecistitis aguda complicada con absceso perivesicular e intrahepático. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y malestar general. El estudio analítico no mostró alteraciones. Se realizó una ecografía de abdomen que mostraba la presencia de un hematoma en el lecho vesicular y hemoperitoneo

de pequeña cuantía en fondo de saco de Douglas. Dado que la paciente se encontraba hemodinámicamente estable se decidió ingreso para vigilancia y completar estudios. Durante el ingreso se realizó TAC de abdomen que evidenció la presencia de un pseudoaneurisma de 2,3 cm de diámetro de la arteria hepática derecha. Se decidió realizar una arteriografía, llevando a cabo una embolización en 2 sesiones consiguiendo el cierre del aneurisma y manteniendo la permeabilidad de la arteria hepática.

Discusión: La mayoría de estos pseudoaneurismas ocurren extrahepáticamente, habitualmente en la arteria hepática derecha. Sus causas más frecuentes son traumatismos, lesiones vasculares iatrogénicas (colecistectomía, biopsias percutáneas...), anastomosis vasculares (se han descrito varios casos en pacientes trasplantados hepáticos), y en fenómenos infecciosos (colecistitis, pancreatitis...). Clínicamente pueden cursar asintomáticos, aunque pueden manifestarse como dolor abdominal, ictericia o producir sangrado por ruptura del pseudoaneurisma, que se podría manifestar como hemorragia digestiva alta o hemoperitoneo. El pseudoaneurisma de arteria hepática poscolecistectomía es una rara complicación de la colecistectomía (0,5-0,8%), y se ha relacionado con traumatismos arteriales ocasionados fundamentalmente por lesiones térmicas por electrocauterio o colocación inadecuada de los clips. Su manifestación clínica más frecuente es como hemorragia digestiva alta. La ecografía doppler es la primera técnica que se debe solicitar por su bajo coste y su buena rentabilidad (S 94%, E 98%) aunque presenta el inconveniente de ser explorador-dependiente. El angio-TAC (S 95,1%, E 98,7%), permitirá valorar adecuadamente el árbol vascular. La resonancia magnética presenta sensibilidad y especificidad muy similares al angio-TAC, pero sus limitaciones son fundamentalmente su baja disponibilidad, y la imposibilidad de realizarla una vez se han colocado clips o coils metálicos. La arteriografía es el gold standard en el diagnóstico de pseudoaneurismas, permitiendo identificar el vaso donante y el cuello de la lesión, así como la posibilidad de actos terapéuticos en el mismo acto. Aunque un pseudoaneurisma se puede trombosar espontáneamente se desaconseja la actitud expectante ya que la ruptura del pseudoaneurisma puede comprometer la vida del paciente. Clásicamente, la cirugía era la única opción terapéutica en estos pacientes con una alta tasa de fracaso y morbilidad. Actualmente, el tratamiento de elección se realiza mediante abordaje endovascular con embolización o colocación de una prótesis, cuyas principales complicaciones son la necrosis hepática/vesicular, rotura del pseudoaneurisma, estenosis de la vía biliar secundaria a isquemia, etc. quedando la cirugía indicada para los casos de fracaso terapéutico o desarrollo de complicaciones.

P-420. EVOLUCIÓN DE LA COLECISTITIS AGUDA GANGRENOSA TRAS COLECISTECTOMÍA

C. Sanmiguel Méndez, J. Jorge Cerrudo, A. Paz Yáñez, A. Mansilla Roselló, T. Torres Alcalá, M. Carrasco Muñoz, I. Segura Jiménez, A. Becerra Massare y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica precoz es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda. El comportamiento clínico de los pacientes con colecistitis gangrenosa y los factores asociados no ha sido bien estudiado. El objetivo del estudio es comparar la evolución de la colecistitis aguda gangrenosa con el resto de las colecistectomías por colecistitis aguda.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de 2 cohortes (colecistitis aguda gangrenosa; resto de colecistectomía por colecistitis), que incluyó a todos los pacientes con colecistitis aguda tratados en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada) durante septiembre de 2009 y diciembre de 2010. Se analizaron variables entre las que destacan las comorbilidades, tipo de tratamiento, complicaciones, estancia y exitus. Los datos fueron obtenidos del registro de historias clínicas informatizadas del hospital y se analizaron mediante el programa informático SPSS 20.0®.

Resultados: Se analizaron 304 pacientes. La edad media fue de 68 ± 16 años, y el 56% fueron varones. Se intervinieron a 284 (93%) pacientes, de ellos el 86% por vía laparoscópica (7% de reconversiones). La mortalidad global fue de 15 (5%) pacientes y la mediana de la estancia fue de 4 días (3-8)^{Q25-Q75}. El análisis comparativo bivariante mostró los resultados que se muestran en la tabla.

Tabla 1. (O-420)

Variable	Medida	Colecistitis gangrenosa	Colecistitis no gangrenosa	p
Edad	Media \pm DT	70 (\pm 14)	67 (\pm 16)	0,486
Varones	N (%)	13 (76%)	145 (54%)	0,129
Neumopatía	N (%)	4 (23%)	43 (16%)	0,501
Cardiopatía	N (%)	9 (53%)	73 (28%)	0,056
DM	N (%)	7 (41%)	63 (24%)	0,201
Riesgo ASA III	N (%)	7 (41%)	72 (28%)	0,225
Cirugía laparoscópica	N (%)	10 (59%)	204 (78%)	0,124
Cirugía abierta	N (%)	4 (23%)	38 (15%)	0,301
Reconversiones	N (%)	3 (23%)	19 (8%)	0,124
Laparoscopia + reconversión	N (%)	13 (76%)	223 (85%)	0,301
Estancia	Mediana (Q25-Q75)	4 (5-15)	4 (6-18)	0,548
Exitus	N (%)	0 (0%)	9 (3%)	1,000

Conclusiones: Los resultados, aunque no alcanzan la significación estadística, parecen situar a la cardiopatía como factor asociado a la colecistitis gangrenosa. Este tipo de colecistitis no parece afectar a la tasa de conversiones a cirugía abierta, estancia o mortalidad.

P-421. EVOLUCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO SOMETIDOS A CPRE CON VESÍCULA IN SITU

J.L. Jiménez Lefler, F.S. Luque Sánchez, J.J. Alia Díaz, F.J. Conde Ortega, A. Nevado Infante, I. Luque Bravo y R. Romero Castilla

Hospital de Montilla, Montilla.

Introducción y objetivos: Cada día tratamos más pacientes a los cuales se les ha sometido a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) por cálculos coledocianos dejando la vesícula in situ. Son pacientes en su mayoría de edad avanzada y alto riesgo quirúrgico. Frente a estos pacientes tenemos dos opciones sin una evidencia clara en la literatura sobre qué hacer: Por un lado hay estudios que abogan por la postergación de la colecistectomía (también conocida como “esperar y observar”) (NIH1992) por otro lado otras series refieren una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes frente a los que se han sometido a una colecistectomía profiláctica electiva tras CPRE (Archibald 2007). Nuestro objetivo es presentar los resultados del evolutivo de pacientes añosos sometidos a CPRE por cálculos coledocianos en los que se deja la vesícula in situ.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes atendidos en nuestro centro y sometidos a CPRE por comorbilidad asociada (edad avanzada y ASA anestésico elevado). Se determinaron en el periodo de seguimiento (desde la realización de la CPRE hasta diciembre de 2011) como variables de salida: muerte por cualquier causa, muerte tras colecistectomía, colecistectomía con vida al final del periodo de seguimiento, pacientes con vida sin necesidad de colecistectomía posterior al final del seguimiento. El periodo de estudio fue de desde enero de 2005 hasta diciembre de 2011

Resultados: Treinta pacientes cuya edad media fue de 78,6 años. ASA anestésico: un 50% eran ASA III y un 17% ASA IV. En la evolución a 10 pacientes (33%) se le sometió a una colecistectomía, 6 de ellos de manera urgente (20%) (4 colecistitis aguda, 1 cólico biliar prolongado y un absceso pancreático) y a 4 (13%) se les sometió a colecistectomía profiláctica. De los pacientes no operados 6 pacientes sufrieron de 1 episodio o mas de cólico biliar (uno 2 episodios y otro paciente 3 episodios), 3 paciente sufrieron un episodio de colangitis (2 precisaron ingreso y uno no) y uno de los pacientes que reingresó por colangitis precisó de una nueva CPRE. Los tiempos de seguimiento del estudio fueron los siguientes: Operados postCPRE y vivos (n = 6): seguimiento medio de 30,17 meses (total de 181 meses de seguimiento, o 15 personas/año seguimiento). Operados postCPRE y muertos (n = 4): seguimiento medio de 27,75 meses (111 meses de seguimiento hasta el exitus, 9,2 personas/año seguimiento). No operados y muertos (n = 13): seguimiento medio de 17,8 meses (232 meses de seguimiento hasta el exitus, 17,8 personas/año seguimiento). No operados y vivos (n = 7): seguimiento medio de 35 meses (245 meses de seguimiento, 20,4 personas/año seguimiento). El valor

estadístico fue 1,697 (p = 0,25, NS) (tabla de contingencia 2 \times 2 y prueba exacta de Fisher).

Conclusiones: El enfoque conservador de “esperar y observar” en nuestra serie no se asocia con menos mortalidad. El uso de la densidad de incidencia también pone de manifiesto una mayor mortalidad en el grupo de “esperar y observar”. Son necesarios más estudios que incluyan posibles variables contundentes como la comorbilidad.

P-422. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN COLECISTITIS AGUDA ABSCESIFICADA. COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO PERIFÉRICO

D. Gambí Pisonero, F. Garrido Menéndez, J.M. Martín de la Sierra, J.M. Santos Blanco y E. Sancho Calatrava

Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Introducción: Las manifestaciones clínicas y radiológicas del colangiocarcinoma intrahepático dependen de la localización anatómica pudiendo presentarse con síntomas y signos confusos debido a complicaciones asociadas como los abscesos hepáticos o la sepsis. Presentamos el caso clínico de una paciente diagnosticada de colangiocarcinoma hepático con sospecha inicial de absceso hepático abigarrado dado su interés científico por las dificultades presentadas para su diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Paciente con dolor costal derecho que irradian a hipocondrio derecho y epigastrio de una semana de evolución, con aumento de disnea y sensación febril. Se realiza ecografía con resultado de colecistitis aguda con absceso hepático peri vesicular que inicialmente evoluciona satisfactoriamente con tratamiento antibiótico. En CT de control se informa de imágenes en los segmentos hepáticos IV y V compatibles con abscesos hepáticos peri vesiculares abigarrados de distinto tamaño subsidiarios de drenaje. Ante estos hallazgos se solicita drenaje percutáneo de la colección hepática, que finalmente es informada como masa hepática de gran tamaño. Se decide, por lo tanto, realizar PAAF confirmando ésta el diagnóstico de colangiocarcinoma intrahepático con áreas de abscesificación. El tumor no cumple criterios de resección oncológicos por lo que se descarta la cirugía electiva. La paciente evoluciona hacia un cuadro de sepsis no controlable a pesar del tratamiento pautado falleciendo, finalmente, como consecuencia de un fallo multiorgánico.

Conclusiones: El colangiocarcinoma intrahepático representa el 10% de los tumores malignos hepáticos primarios, su origen es el epitelio biliar. Los colangiocarcinomas intrahepáticos periféricos son tumores que normalmente se diagnostican en una fase muy avanzada y que en ocasiones presentan una clínica confusa debiendo ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial de los abscesos hepáticos. El colangiocarcinoma intrahepático puede verse radiológicamente como una masa única, como un cáncer infiltrante que se asemeja a una cirrosis o como nódulos multifocales de tamaño variable que pueden simular abscesos hepáticos en un contexto clínico confuso, como es el caso de nuestra paciente, si no se observan los hallazgos radiológicos típicos. El contexto de una colecistitis aguda agudo hizo pensar, en esta paciente, en un foco infeccioso diseminado por contigüidad.

P-423. COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA: DIAGNÓSTICO DIFÍCIL, COLECISTECTOMÍA DIFÍCIL

M. Cea Soriano, E. Esteban Agusti, P. Galindo Jara, M.I. Hernanz Hernández, A. Pueyo Rabanal, R. Barriga Sánchez, L. Rabadán Ruiz, C. García Llorente, A. Caminoa Aiza y J.A. Garijo Álvarez

Hospital de Torrejón, Torrejón.

Objetivos: La colecistitis xantogranulomatosa es una variedad infrecuente de colecistitis crónica, con características clínicas variables, al manifestarse en ocasiones como ictericia obstructiva o ser de difícil diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula. El diagnóstico es anatomopatológico y desde el punto de vista quirúrgico, supone un aumento de la dificultad por las alteraciones inflamatorias. Revisamos nuestra experiencia en relación con esta entidad y lo publicado en la literatura.

Material y métodos: En el periodo del 1/10/2011 al 01/04/2012 se han realizado en nuestro centro 104 colecistectomías. Tras el estudio anatomopatológico, 4 casos se informaron como colecistitis xantogranulomatosa (3,84%). La indicación fue episodio previo de colecistitis aguda tratada de forma conservadora en 3 pacientes (75%) y coledolitiasis sintomática en 1 paciente (25%). No se sospechó colecistitis xantogranulomatosa de forma preoperatoria en ninguno de los pacientes. En 3 pacientes se realizó colecistectomía laparoscópica programada, y en 1 colecistectomía por puerto único transumbilical. No hubo conversión. El tiempo quirúrgico medio de 102 minutos y la estancia media 39.25 horas. Como complicaciones, un paciente presentó infección de herida. No hubo mortalidad.

Resultados: La colecistitis xantogranulomatosa es una entidad infrecuente (0,7-2% de colecistectomías) y de diagnóstico difícil. La forma de presentación más frecuente es como coledolitiasis sintomática, aunque se puede presentar como ictericia obstructiva, perforación o fístula a órganos vecinos. Además, se ha asociado al cáncer de vesícula, del que es difícil de diferenciar en casos sospechosos. Desde el punto de vista de imagen, se caracteriza por el engrosamiento de la pared vesicular, por lo que habitualmente es valorada de forma preoperatoria como colecistitis crónica. La TC de abdomen es más rentable que la ecografía, aunque puede no diferenciar entre colecistitis xantogranulomatosa y cáncer de vesícula. En ocasiones se recurre a la CPRE o la ecoendoscopia y PAAF para el diagnóstico diferencial. En casos en que no es posible diferenciarlo del cáncer de vesícula, se ha propuesto la biopsia y estudio de cortes por congelación intraoperatorios o la resección extendida. El diagnóstico es anatomopatológico: macróscópicamente se caracteriza por una pared engrosada, nodular y amarilla; microscópicamente presenta infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y fibrosis, acompañado de histiocitos delimitando granulomas centrados en hendiduras de colesterol. Se ha comunicado una mayor morbilidad quirúrgica y una mayor tasa de conversión a laparotomía en esta entidad, debido a las alteraciones inflamatorias. En nuestra serie, se evidenció tiempo quirúrgico y estancia postoperatoria más largos.

Conclusiones: La colecistitis xantogranulomatosa es una entidad infrecuente, de diagnóstico anatomopatológico. No se suele llegar al diagnóstico de forma preoperatoria y, en casos de sospecha, debe diferenciarse del cáncer de vesícula, lo que complica el planteamiento terapéutico. El tratamiento quirúrgico está dificultado por las alteraciones inflamatorias, que aumenta la incidencia de morbilidad y conversión.

P-424. HEMOBILIA POR FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN PARED DE VESÍCULA BILIAR

F.J. Orts Micó, A. García Marín, M. Gil Santos, C. Nofuentes Riera, M. Mella Laborde, E. Soliveres Soliveres, S. Pérez Bru, R. Rumenova Smilevska, M. Ruiz-Piqueras Lecroisey, A. Compañ Rosique y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: La hemobilia describe la presencia de sangre en el árbol biliar por comunicación anómala entre los vasos sanguíneos y las vías biliares. Ésta puede ser sintomática y estar asociada a la tríada de Sandblom consistente en ictericia, hemorragia digestiva y epigastralgia. Se han descrito numerosas causas de hemobilia en la literatura, con tratamientos diversos y controvertidos. Las más frecuentes son el traumatismo (accidental o quirúrgico), lesión inflamatoria, litiasis biliar, tumores hepáticos y aneurismas. Nosotros presentamos el caso de una paciente de 73 años

que presenta una hemorragia digestiva por fístula arteriovenosa en la pared de la vesícula biliar. Revisión de la literatura publicada hasta la fecha a propósito de un caso.

Caso clínico: Mujer de 73 años que ingresó por hemorragia digestiva a estudio sin repercusión hemodinámica. Como antecedentes destacan cirrosis hepática crónica por VHC, con descompensaciones por colecistopatía crónica, ascitis, HTA y en tratamiento habitual con ramipril e hidroclorotiazida. Clínicamente la paciente presentó vómitos hemáticos, epigastralgia, dolor en hipocondrio derecho con signo de Murphy negativo e ictericia, hepatomegalia de 5cm por debajo del reborde costal y ascitis. Analíticamente aparecieron unas cifras leucocitarias de 12.200/μL, Hb 7,8 g/dL, Bil total de 2,8 mg/dL que ascendieron en seriaciones posteriores hasta 5,2 mg/dL a expensas de Bil directa, marcadores tumorales CEA 0,8, Ca 19.9 98,3, alfafetoproteína 1,6. En el estudio de la etiología de la hemorragia se realizó ecografía donde se objetivó vesícula con litiasis y una lesión anecoica que al explorar con Doppler se concluyó de origen vascular con curva arterial y venosa, de aproximadamente 3 cm, cuya porción arterial conectaba con arteria peri vesicular con flujos de alto nivel de resistencia. La tomografía mostraba lesión intravesicular compatible con fístula arteriovenosa y hepatopatía crónica descompensada con abundante ascitis. En la endoscopia se visualizaron varices esofágicas pequeñas sin estigmas de sangrado, gastropatía leve de la hipertensión portal y restos hemáticos a nivel de duodeno distal. La colonoscopia mostró hemorroides internas sin signos de sufrimiento. La colangiografía RM reveló colecistitis con componente de sangrado de la vesícula biliar, coledolitiasis, sin imágenes vesiculares que sugieran neoplasia. La arteriografía no mostró alteraciones significativas dependientes de la arteria hepática, pero sí signos de repermeabilización de la umbilical. Se trasfundió a la paciente en diversas ocasiones por vómitos y melenas presentando cifras de hemoglobina que oscilaron entre los 6,8 y los 8,7 g/dL, la ascitis persistió pese a paracentesis evacuadoras y adecuada reposición de albúmina. Desarrolló síndrome hepatorenal, desestimándose la cirugía por toda la comorbilidad de la paciente.

Discusión: La hemobilia es conocida en un contexto de colecistopatía crónica, pero en nuestro caso está asociada a shunt arteriovenoso en pared de vesícula biliar. La ecografía es un método útil para su diagnóstico, pudiéndose apoyar en otras pruebas diagnósticas como la endoscopia, la TC, la colangiografía RM o la arteriografía. El tratamiento inicialmente conservador suele conllevar una tasa de éxito elevada dejando la cirugía para los casos de inestabilización hemodinámica.

P-425. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA CÍSTICA

G. González Sanz, M. Gutiérrez Díez, S. Paterna López, C. Gracia Roche, E. Martínez Mombila, J.M. Artigas Martín, R. Cerdán Pascual y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria cística es una patología muy poco frecuente. Ha sido descrito como complicación tras colecistectomía, por lesión de origen mecánico o térmico, tras angiografías y, con menor frecuencia como complicación de colecistitis litiasicas debido a un efecto mecánico-erosivo o inflamatorio. Su rotura puede ocasionar una hemorragia intraperitoneal con hemoperitoneo, o cursar con hemobilia, generalmente leve y autolimitada, o de forma más grave con hematemesis y/o melenas, dolor abdominal e ictericia (tríada de Quincke's). La endoscopia digestiva alta puede demostrar hemorragia a través de la papila en un 60% de los casos, pero el diagnóstico es casi siempre radiológico, mediante ECO-Doppler y con una mayor rentabilidad mediante angio-TAC o arteriografía selectiva de la arteria hepática. El tratamiento de elección es la embolización selectiva con coils durante la arteriografía selectiva de la arteria hepática, con menor mortalidad descrita en comparación con la cirugía. La intervención quirúrgica es necesaria si la embolización no es factible o tras la realización exitosa de la misma en pacientes con colecistitis como causa etiológica. Presentamos un caso de HDA secundaria a un pseudoaneurisma de la arteria cística asociado a una colecistitis crónica litiasica complicada con fístula colecistoduodenal.

Caso clínico: Mujer de 66 años, con antecedentes de hernia de hiato e hipertensión arterial. Ingresa en Unidad de Sangrantes tras diagnóstico en otro Centro Hospitalario de HDA por úlcus gástrico, sin ingesta previa de fármacos gastroerosivos. Epigastralgia, ausencia de ictericia y hemodinamicamente estable con Hbna 9,2 g/dl y Hto 30%. No hay leu-

cocitosis, BT 3 mg/dl, FA 230 U/L, GGT 480 U/L, GOT 133 U/L, GPT 149 U/L. ECO abdominal: Vesícula con litiasis groseras y colecistopatía crónica litiasica con VBP de calibre normal. Durante el ingreso sufre dos episodios de HDA y se realizan dos endoscopias, hallando en la primera abundante contenido hemático con pólipo gástrico congestivo y en la segunda una posible úlcera duodenal que se esclerosa. Ante la discordancia de las endoscopias y tras presentar un pico de fiebre con hematemesis, se solicita angio-TAC que demuestra una colecistitis con contenido hemático intravesicular y una estructura sacular, en hilio hepático-lecho vesicular, que podría corresponder a pseudoaneurisma de arteria cística. Se decide realizar una Arteriografía Selectiva de la arteria hepática que demuestra opacificación del pseudoaneurisma sin conseguir demostrar su aferencia y menos selectivizarla, por lo que se desestima realizar su embolización. La paciente es intervenida de forma urgente, mediante incisión subcostal derecha, hallando una colecistitis aguda con fístula colecisto-duodenal y un pseudoaneurisma de la arteria cística. Se realiza colecistectomía retrógrada con colangiografía, control del pseudoaneurisma con sutura y aplicación de hemostático local y cierre de la fístula colecistoduodenal. Evolución postoperatoria sin incidencias. Anatomía patológica: colecistitis ulcerogangrenosa sobre extensa colecistitis crónica.

Discusión: El pseudoaneurisma de la arteria cística es muy poco frecuente, sobre todo como complicación de la colecistitis litiasica. En pacientes con colecistitis, la HDA de origen incierto nos debe poner en alerta sobre la posible existencia de ésta complicación.

P-426. PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA CÍSTICA: UNA COMPLICACIÓN RARA DE UNA PATOLOGÍA COMÚN

I. del Hoyo Aretxabala, C. González Serrano, S. Ruiz Carballo, E. Etxebarria Beitia, P. Pérez de Villarreal Amilburu, L. Hierro-Olabarria Salgado, B. Uriarte Vergara, I. Iturburu Belmonte y J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Los aneurismas y pseudoaneurismas de arterias viscerales son una patología poco frecuente. La prevalencia estimada es del 0,1-2%. Se localizan en los 3 troncos digestivos principales (tronco celiaco, arteria mesentérica superior y arteria mesentérica inferior) o alguna de sus ramas. La arteria cística es una localización extremadamente rara, con menos de 15 casos registrados en la literatura.

Caso clínico: Se trata de un varón de 74 años, hipertenso y bebedor, que acude por un cuadro de fiebre y dolor abdominal epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, acompañado de síndrome general de 2 meses de evolución y hepatomegalia a la exploración. El TAC muestra una masa vesicular, que tras ecoendoscopia y biopsia se descarta origen neoplásico, llegando al diagnóstico de colecistitis aguda xantogranulomatosa. Durante el ingreso presenta una deposición de carácter melánico, por lo que se realiza gastroscopia, observándose una fístula colecistoduodenal y un úlcus duodenal, con sangrado activo que precisa escleroterapia. La biopsia del mismo descarta malignidad. El estudio se completa mediante colangiografía, siendo informada de pseudoaneurisma de arteria cística. Al mes del ingreso, presenta un cuadro brusco de shock hipovolémico con hematemesis y dolor abdominal. Se realiza TAC urgente, donde se evidencia una rotura aneurismática, precisando embolización urgente por parte del Servicio de Radiología Intervencionista. Posteriormente, la evolución es favorable, cediendo completamente la sintomatología. En controles posteriores el paciente se encuentra asintomático, sin alteraciones en la analítica ni recidiva aneurismática en estudio de imagen.

Discusión: Los pseudoaneurismas de arteria cística son una complicación infrecuente de una patología común como es la colecistitis aguda. Habitualmente, derivan de procesos inflamatorios intraabdominales, aunque su origen es incierto. Su presentación clínica inespecífica hace difícil su diagnóstico. Se debe pensar en ella ante síntomas como dolor abdominal, ictericia y hemorragia digestiva alta (tríada de Quincke). La colaboración de cirujanos generales, vasculares y radiólogos intervencionistas es importante a la hora del tratamiento, abarcando desde la embolización angiográfica selectiva como medida terapéutica en situación urgente, hasta la colecistectomía con ligadura de la arteria cística y su aneurisma como tratamiento definitivo curativo. En nuestro paciente la embolización de la arteria cística resultó una medida terapéutica efectiva, no precisando tratamiento posterior.

P-427. PILEFLEBITIS: COMPLICACIÓN INFRECIENTE DE LA COLECISTITIS AGUDA

A. Soto Sánchez, J.M. Sánchez González, M. Hernández Barroso, C. Chocarro Huesa, P. González Rodríguez, J. Mendiz García, M. Barrera Gómez y A. Soriano Benitez de Lugo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La trombosis séptica de la vena porta, también llamada pileflebitis, es una complicación infrecuente de procesos infecciosos intraabdominales, generalmente secundaria a procesos supurativos en su área de drenaje, considerándose la diverticulitis aguda la causa más frecuente. Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años, debido especialmente, a un incremento en su detección por medio de las técnicas de imagen. Se trata de una entidad con una alta tasa de mortalidad que a pesar de nuevos antibióticos y anticoagulantes se mantiene en torno al 35%. Describimos el caso clínico de una paciente que desarrolló pileflebitis secundaria a colecistitis aguda, cuadro clínico que fue resuelto mediante tratamiento antibiótico y colecistostomía percutánea.

Caso clínico: Mujer de 79 años sin antecedentes personales de interés que refiere dolor en hipocondrio derecho de 3 días de evolución, fiebre, náuseas y vómitos. A la exploración física presenta dolor a la palpación en epigastrio-hipocondrio derecho con defensa a dicho nivel. En la analítica destaca leucocitosis (13.600/ μ L) con neutrofilia (81%) y alteración de la coagulación (ATP 77%), siendo el resto normal. Se decide realizar ecografía de abdomen y TAC abdomen-pelvis donde se objetiva colecistitis enfisematosa perforada con colección perivesicular y trombosis del tronco principal de la vena porta, rama portal derecha, vena esplénica y vena mesentérica superior. Ante estos hallazgos se decidió instaurar tratamiento antibiótico, anticoagulación con HBPM, realizar drenaje percutáneo de la colección perivesicular y colecistostomía percutánea. En el cultivo de bilis y hemocultivos se aisló *Enterococo faecalis* sensible al tratamiento antibiótico pautado. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta 2 semanas después, continuando tratamiento con HBPM. El control ecográfico a los tres meses muestra trombosis portal derecha con múltiples colaterales permeables, estando pendiente de realizar colecistectomía laparoscópica de forma programada.

Discusión: La pileflebitis se define como la trombosis séptica de la vena porta y de sus ramas debido a un foco infeccioso en su área de drenaje o de estructuras contiguas. La diverticulitis y la apendicitis son las principales etiologías, aunque en más del 25% de los casos la etiología es desconocida. La colecistitis es una causa muy rara de pileflebitis. Los agentes patógenos más frecuentemente aislados son *Bacteroides fragilis*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter* spp. aislándose en nuestro caso *Enterococo faecalis*. Es importante el diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento adecuado que se basa en la antibioterapia de amplio espectro, control del foco infeccioso abdominal y en la terapia anticoagulante, si bien esta última es discutida. En nuestro caso hemos evitado la intervención de urgencias de consecuencias imprevisibles y hay que elegir adecuadamente el momento de la colecistectomía.

P-428. COLECISTECTOMÍA TEMPRANA FRENTE A DIFERIDA COMO TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M. Posada González, A. Rodríguez Sánchez, M. Naranjo Lozano, J. Delgado Valdueza, I. Rubio Pérez, E. Colmenarejo, G. Fernández Díaz, J.L. Muñoz de Nova, I. García Sanz, E. Martín Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: La colelitiasis tiene una elevada prevalencia (10-20%) en el mundo occidental. Aproximadamente el 10% de los pacientes que la presentan van a desarrollar un episodio de colecistitis aguda (CA) a lo largo de su vida. En cuanto al tratamiento de la CA, parece demostrado que los resultados de la colecistectomía temprana (CT) son superponibles a los de la colecistectomía diferida (CD), añadiendo además la CT la ventaja de reducir el tiempo de hospitalización y el riesgo de reingresos por episodios de CA recurrente. El objetivo de nuestro estudio pretende analizar y comparar los resultados de la CT versus CD como tratamiento de la CA.

Material y métodos: Se recogieron todas las CA intervenidas quirúrgicamente en nuestro Servicio durante 2009 y 2010. Los pacientes fueron divididos en dos grupos en función del momento de realización de la ciru-

gía (grupo 1-CT: colecistectomías realizadas dentro de la primera semana del inicio de los síntomas de CA; grupo 2-CD: colecistectomías realizadas al menos 6 semanas después del inicio de los síntomas de CA). Las variables recogidas para cada uno de los grupos fueron datos demográficos, abordaje quirúrgico empleado, necesidad de reconversión, tiempo quirúrgico, complicaciones intraoperatorias y postoperatorias y estancia hospitalaria.

Resultados: Se realizaron un total de 142 colecistectomías por CA. En el grupo 1-CT se recogieron 102 pacientes, 56 (54,9%) varones y 46 (45,1%) mujeres, con una media de edad de $56,2 \pm 17,11$ años. En 20 casos (19,6%) se empleó la vía abierta y en 82 (80,4%) se utilizó un abordaje laparoscópico, siendo la tasa de conversión a cirugía abierta del 13,4%. El tiempo quirúrgico medio fue de $121,4 \pm 45,6$ minutos. Aparecieron complicaciones intraoperatorias en el 5,9% (5 casos) y postoperatorias en el 19,6% (20 casos). La estancia media fue de $8,2 \pm 5,8$ días. En el grupo 2-CD se recogieron 40 pacientes, 21 (52,5%) varones y 19 (47,5%) mujeres, con una media de edad de $64,6 \pm 14,5$ años. En 3 casos (7,5%) se empleó la vía abierta y en 37 (92,5%) se utilizó un abordaje, siendo la tasa de conversión del 5,4%. El tiempo quirúrgico medio fue de $119,5 \pm 62,3$ minutos. Aparecieron complicaciones intraoperatorias en el 12,5% (5 casos) y postoperatorias en el 15% (6 casos). La estancia media fue de $8,3 \pm 4,9$ días en el primer ingreso (episodio agudo de CA) y $3,8 \pm 2$ días en el segundo ingreso (cirugía diferida). Comparando ambos grupos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de los pacientes y a la estancia hospitalaria, siendo mayor en ambos casos para el grupo en el que se difiere la cirugía. Sin embargo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo quirúrgico, la necesidad de reconversión ni las complicaciones intraoperatorias o postoperatorias.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran que la realización de una colecistectomía laparoscópica temprana como tratamiento de la colecistitis aguda es un método seguro, eficaz, que no aumenta el tiempo quirúrgico y que además reduce la estancia hospitalaria. La necesidad de instaurar un tratamiento médico y retrasar la cirugía estaría justificada en pacientes con diagnóstico tardío del episodio de CA y en aquellos con elevado riesgo quirúrgico.

P-435. CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN EL CARCINOMA DE LA VESÍCULA BILIAR

A.S. Valero Liñán¹, E. Montalvá Orón², A. Boscá Robledo², M. Caballero Soto², A. Prat Calero¹, M. Abad Martínez¹, A. Moya Herraiz², F. Orbis Castellanos², E. Pareja Ibars² y R. López Andújar²

¹Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la neoplasia maligna más frecuente del tracto biliar y representa el 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales en los países desarrollados. La cirugía radical se asocia con una mayor probabilidad de supervivencia a largo plazo.

Material y métodos: Revisión retrospectiva entre noviembre-2007 y septiembre-2011 de los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de CVB (n = 19) en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Resultados: El 73,7% corresponden (14/19) a mujeres y el 26,3% (5/19) a hombres. La edad media al diagnóstico es de $66,8 \pm 7,42$ años. La expresión clínica más frecuente de los incidentales (n = 12) es cólico biliar (50%) e ictericia obstructiva (16,7%), mientras que en los diagnosticados preoperatoriamente es ictericia obstructiva (42,8%) y colecistitis (28,6%) / cólico biliar (28,6%). En los CVB diagnosticados, el CA 19.9 está elevado en el 66,7% (4/6) de casos (mediana 2.512 UI/ml, rango 2-12.000), mientras que en los incidentales sólo se elevó en el 50% (4/8) de casos (mediana 23,9 UI/ml, rango 3,7-12.000). En los CVB diagnosticados, la sensibilidad de la tomografía computarizada (TC) correlacionando los hallazgos radiológicos con los anatomopatológicos en los estadios III y IV es del 100%, mientras que en los incidentales en el estadio I, II, III y IV es del 100%, 100%, 40% y 33,33% respectivamente. En 10 casos (83,3%) se había realizado previamente colecistectomía laparoscópica. En un 83,3% de los pacientes (10/12) se pudo llevar a cabo la resección quirúrgica, obteniendo un 25% (1/4), 50% (2/4) y 66,66% (2/3) de enfermedad residual en T1b (afectación ganglionar), T2 (afectación en ambos ganglionar y en uno hepática) y T3 (en ambos afectación ganglionar y hepática) respectivamente. La morbi-mortalidad postoperatoria registrada fue de grado I en 1 caso (5,3%), de grado II en 2 casos (10,5%), de grado IIIa en 2 casos (10,5%), de

Tabla 1. (P-435)

Estadio	T	N	M	n
0	Tis	N0	M0	0
I	T1a	N0	M0	0
	T1b	N0	M0	2
II	T2	N0	M0	2
IIIa	T3	N0	M0	2
IIIb	T1a	N1	M0	0
	T1b	N1	M0	1
	T2	N1	M0	2
	T3	N1	M0	1
IVa	T4	N0	M0	2
	T4	N1	M0	1
IVb	Tis-T4	N2	M0	1
	Tis-T4	N0-N2	M1	5

grado IIIb en un caso (5,3%) y de grado V el 10,5%, 1 caso por pancreatitis esteatonecrotica y el otro por insuficiencia hepática. El 57,9% (11/19) no presentó ninguna complicación. La estancia hospitalaria media fue de $6,7 \pm 4,6$ días. La histología fue de adenocarcinoma en el 89,5% (17/19), carcinoma escamoso en el 5,2% (1/19) y carcinoma cordonal en el 5,2% (1/19) de los pacientes. El estadio tumoral se describe en la tabla.

Conclusiones: La sensibilidad de la TC en los CVB incidentales en el estadio III y IV se encuentra por debajo del 40%. La enfermedad residual es notable en el estadio T1b y aumenta de forma progresiva según avanzamos en el estadio tumoral. Existe un bajo porcentaje (25,3%) de complicaciones postoperatorias mayores a pesar de la agresividad de esta cirugía.

P-436. CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR INCIDENTAL.

A. Marcacuzco Quinto, I. Justo Alonso, N. Fakihi Gómez, O. Caso Maestro, F. Cambra Molero, S. Olivares Pizarro, E. Álvaro Cifuentes, M. García Nebreda, A. Manrique Municio, E. Moreno González y L.C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia más frecuente del tracto biliar y ocupa el quinto lugar en orden de frecuencia dentro de las neoplasias malignas del aparato digestivo, aunque la prevalencia varía según el área geográfica y los grupos étnicos. Representa una patología tan infrecuente como letal, diagnosticándose menos de 5000 casos en USA al año, la mayoría de forma incidental tras colecistectomías encontrándose hasta en un 1-2% de los casos. El cáncer de vesícula biliar (CVB) incidental se define como el carcinoma de la vesícula biliar no sospechada pre o intraoperatoria, siendo diagnosticada a través del análisis anatomopatológico del espécimen. Los síntomas de presentación son poco específicos y difíciles de diferenciar desde el punto de vista clínico de otras patologías más prevalentes, como el cólico biliar o la colecistitis.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en el estudio anatomopatológico, en el hospital 12 de Octubre durante los años 2000-2010.

Resultados: Se encontraron 102 casos con diagnóstico histopatológico de cáncer de vesícula biliar, 37 casos (36,3%) fueron diagnosticados de forma incidental, presentando las siguientes características. La edad media fue de 70 ± 11 años. El 73% fueron de sexo femenino. La clínica de presentación más frecuente ha sido: dolor abdominal (86%), anorexia (60%), náuseas (68,6%) e ictericia (23%), habiéndose presentado como colecistitis en el 51,4% de los casos. En el 94,4% se realizó ecografía abdominal, encontrándose colelitiasis en el 95,2% y pólipos vesicular en el 6,3%. La dilatación de la vía biliar se observó en el 36,4%. La anatomía patológica más frecuente fue adenocarcinoma (89,2%), seguido de epidermoide (5,4%). La relación del grado de afectación tumoral ha sido, y en comparación con aquellos con diagnóstico preoperatorio de TIS 5,4% vs 5,1%, T1 8,1% vs 5,1%, T2 24,3% vs 13,6%, T3 40,5% vs 20,3%, y T4 21,6% vs 55,9% (p = 0,022). Un 22,2% vs 30,2% de los pacientes presentaba afectación ganglionar en el momento del diagnóstico, mientras que el 41,7% vs 25,4% no tenía afectación ganglionar y el 36,1% vs 42,4% son indeterminados (Nx) (p = 0,1). Presentaron metástasis en el 51%, siendo el sitio más afectado el hígado (100%). En cuanto a la clasificación de Nevin lo más frecuente ha sido Nevin 5 en el 37,8%. En el 78,4% de los incidentales la intención

quirúrgica ha sido curativa mientras que en aquellos con diagnóstico preoperatorio ha sido de 42,9% ($p = 0,02$). En un 100% la intervención realizada ha sido la colecistectomía simple y en el 20% se realizó resección hepática en una segunda cirugía. La supervivencia de aquellos pacientes con diagnóstico incidental a 1, 3 y 5 años ha sido de 53%, 31,8% y 14,3%, mientras que aquellos con diagnóstico preoperatorio ha sido 29,3%, 13,7% y 13,7% ($p = 0,029$).

Conclusiones: A pesar del diagnóstico incidental, se observan mejores supervivencias, aún con cirugías menos radicales, debido a que presentan un menor estadije en el momento del diagnóstico.

P-437. HEMATOMA VESICULAR SIMULANDO CÁNCER DE VESÍCULA

P. Beltrán Miranda, M. Belisova, A. Pérez Sánchez, I. Sánchez Matamoros y A. Nogales Muñoz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El cáncer de vesícula biliar pese a su baja prevalencia presenta un pronóstico infausto con una supervivencia del 5% dado lo tardío de su diagnóstico. En muchos de casos el diagnóstico se realiza en el análisis de la pieza quirúrgica tras una colecistectomía por coledolitiasis. Ante una lesión sospechosa de neoplasia vesicular el tratamiento es la resección radical precoz. Sin embargo, existen algunas patologías que pueden simular este diagnóstico.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 58 años, anticoagulada tras sustitución valvular metálica mitral y tricuspídea por afectación reumática, remitida a consulta por dolor abdominal. A la exploración no presentaba hallazgos. Se realizó Ecografía de abdomen que se completó con TAC que informó de "vesícula patológica, muy aumentada de tamaño y ocupada por material sólido y litiasis. Presenta una pérdida de la definición de su pared postero-inferior y marcados cambios infiltrativos de la grasa peritoneal perivesicular". Ante la duda diagnóstica se decide realizar nuevo TAC y Ecografía de abdomen que confirman los hallazgos descartando infiltración hepática, y analítica completa con marcadores tumorales elevados (CA 125: 118,5). Ante estos hallazgos se decide laparotomía exploradora hallándose una vesícula pétreo y aumentada de tamaño con una lesión en su pared. Se realiza colecistectomía convencional sin objetivarse infiltración hepática o adenopatías. Durante el acto quirúrgico se realizó disección de la pieza apreciándose coágulos en el interior de la misma y un hematoma de pared sin objetivarse lesión maligna. El estudio anatomopatológico confirmó estos hallazgos y la ausencia de malignidad.

Conclusiones: Con sólo tres casos publicados en la literatura, el hematoma de pared de vesícula biliar puede simular un cáncer de vesícula, incluso con elevación de marcadores tumorales. En pacientes anticoagulados o de alto riesgo de sangrado debe tenerse en cuenta esta posibilidad ante la duda diagnóstica.

P-438. TUMOR NEUROENDOCRINO DE TERCIO DE MEDIO DEL COLÉDOCO

B. Martín-Pérez¹, J.M. Álamo-Martínez², C. Bernal-Bellido², M. Rubio-Manzanares Dorado², M. Gutiérrez-Moreno², G. Suárez-Artacho², L.M. Marín-Gómez², J. Serrano Díez-Caunedo², M.A. Gómez-Bravo² y F.J. Padilla-García²

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

Introducción: Los tumores malignos de vías biliares son neoplasias poco frecuentes y de ellos, los de tercio medio lo son aún menos. El 90% de estos tumores son adenocarcinomas, siendo muy poco habitual encontrar tumores neuroendocrinos, que incluye los tumores carcinoides y los tumores de células pequeñas. Estos tumores derivan de las células neuroendocrinas enterocromafines originadas en el endodermo de la vía biliar, similares a las del tracto gastrointestinal. No suelen presentar manifestaciones neuroendocrinas en el momento del diagnóstico por lo que es difícil sospecharlos de forma preoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 37 años que presenta malestar abdominal, diarreas e hipertransaminasemia de meses de evolución. La ecografía muestra una imagen nodular de la misma ecogenidad que el parénquima hepático de 4 x 3,2 cm entre segmentos IV y V, que comprime el colédoco y condiciona una dilatación del árbol biliar intrahepático. La RMN y el TAC de abdomen sugieren igualmente la existencia de una tumoración de características benignas que desplaza el

conducto hepático común desde la parte posterior, produciendo dificultad para el drenaje de la vía biliar y condicionando una obstrucción incompleta. Ante la sospecha de adenoma hepático se decide intervención quirúrgica programada.

Resultados: En la intervención, se encuentra una tumoración extrahepática de unos 5 cm adherida a la rama derecha de la arteria hepática. Se realiza una ecografía intraoperatoria que confirma que la lesión depende de la vía biliar y que penetra en la luz ocluyéndola casi completamente, sin extensión intrahepática. Se realiza entonces colecistectomía, disección del tumor y exéresis completa de la vía biliar desde el margen suprapancreático hasta la confluencia de la placa hiliar, respetando la rama derecha de la arteria hepática. Se realiza además linfadenectomía hiliar completa y hepaticoyeyunostomía en Y-Roux a la confluencia biliar. La paciente presenta una buena evolución postoperatoria pudiendo ser de alta al 6º día postoperatorio. La anatomía patológica informa de carcinoma neuroendocrino de vías biliares con márgenes de resección libres, sin extensión ganglionar.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos de la vía biliar son poco frecuentes siendo entre un 0,2-2% de todos los tumores neuroendocrinos gastrointestinales y un 3-4% de los tumores de vía biliar, habiendo pocos casos descritos en la literatura. Los pacientes suelen presentar ictericia indolora y suelen ser más jóvenes que en el resto de neoplasias de la vía biliar, con una ratio mujeres:hombres de 2,2:1. La resección curativa es el principal factor pronóstico, debiendo realizarse una extirpación en bloque del tumor, bien con una resección segmentaria del tumor o con una duodenopancreatectomía si fuese necesario. La supervivencia varía según la estirpe histológica, con una supervivencia del 80% a los 10 años en los tumores carcinoides frente al 0% de los tumores de células pequeñas.

P-439. CA 19.9 EN NEOPLASIAS DE VÍAS BILIARES

V. Molina, R. Molina, C. Conil, M. Pavel, J. Ferrer y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la utilidad clínica del CA 19.9 en pacientes con sospecha de neoplasia de vía biliar.

Material y métodos: Se han estudiado 573 pacientes ingresados en el hospital con neoplasia de vía biliar, siendo el diagnóstico final no neoplasia en 77 pacientes, adenocarcinoma de páncreas en 389 pacientes, neoplasia neuroendocrina en 37 pacientes, colangiocarcinoma en 28 pacientes, neoplasia vesícula en 4 pacientes, carcinoma ampular en 27 pacientes y periampular en los restantes 11 pacientes. El CA 19.9 se determine por EIA comercial (Roche Diagnostics), considerando 37 U/ml como límite superior de la normalidad.

Resultados: Incrementos séricos de CA 99 se detectaron en el 27%, 81, 5%, 85, 7%, 59,3%, 63,6% y 18,9% de los pacientes con patología benigna, cáncer de páncreas, colangiocarcinoma, neoplasia ampular, periampular y tumor neuroendocrino respectivamente. Las concentraciones séricas de CA 19.9, se relacionaron, con la concentración de bilirrubina, neoplasia (mayores concentraciones en neoplasias), origen del tumor (mayores concentraciones en neoplasias pancreáticas), estadio tumoral, localización tumoral (mayores concentraciones en tumores localizados en el cuerpo) y resecabilidad ($p < 0,0001$). Utilizando como nivel de sospecha de CA 19.9 100 U/ml en la población general, 300 en los hepatópatas y 1.000 U/ml en los casos con ictericia, la especificidad es del 99% y la sensibilidad del 78% en cáncer de páncreas. Ninguno de los pacientes con tumores neuroendocrinos y sin ictericia tuvo CA 19.9 > 100 U/ml. La mayoría de pacientes con niveles de CA 19.9 > 300 U/ml, sin ictericia y localizados en el cuerpo o cola fueron resecables.

Conclusiones: CA 19.9 es un marcador tumoral de interés en cáncer de páncreas.

P-440. HEPATITIS COLESTÁSICA TRAS TOMA DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES: DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN

S. Arias Martín, E. Castro Esnal, C. Uriarte Zaldúa, A. Castiella Eguskiza, E.M. Zapata Morcillo, J.F. Fernández Val, M.A. Palomar de Luis, J.I. Tubía Landaberea, I. Galarra Ibarrolaburu e I. Urkidi Valmaña

Hospital de Mendaro, Mendaro.

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son ampliamente utilizados en nuestro trabajo diario y sus propiedades y

efectos adversos están bien estudiados. Uno de los efectos adversos poco frecuente pero potencialmente muy grave es la hepatitis, que puede llegar a ser fulminante. Presentamos el caso de un paciente con hepatitis aguda por toma de IBP, como ejemplo para que sea tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con ictericia de causa incierta.

Caso clínico: Paciente de 36 años sin antecedentes de interés, con epigastralgia de 48 horas de evolución, irradiada a hipocondrio derecho y tórax. El dolor comenzó tras una ingesta grasa copiosa, y se acompañaba de pirosis. Fue visto en urgencias al inicio del cuadro y se puso tratamiento con pantoprazol y se le dio el alta. Al volver a casa notó coluria. A la exploración destacaba ictericia conjuntival y leve dolor en hipocondrio derecho. Analítica de ingreso: BR: 6,31, GPT: 395. Es ingresado en planta para estudio de colestasis. Se instaura tratamiento con omeprazol y amoxicilina/clavulánico. No precisa analgesia. Ecografía: vesícula sin litiasis evidente, vía biliar de calibre normal. CRMN: colédoco en el límite alto de la normalidad, en su porción proximal, no evidenciando causa obstructiva. TAC: área vesicular normal, colédoco proximal de 12,4 mm, que progresivamente alcanza su tamaño normal, con discreta ectasia de vías biliares intrahepáticas izquierdas y proximal derecho. Los controles analíticos sucesivos siguen mostrando elevación de enzimas de colestasis, llegando a BR: 8,71, GPT: 425, GOT: 134, GGT: 395, con leucocitosis de 18.500. Se solicita serología de hepatitis: negativas; serología de CMV y EB: negativas; hemocultivos: negativos; ceruloplasmina: normal; ANA, anti-DNA nativo, anticuerpos antimitocondriales, anti músculo liso, anti-ENA y anti-LKM: negativos. En ecografía de control se aprecia barro biliar sin dilatación de vía, y se solicita CPRE: cístico de implantación baja, vía biliar extrahepática normal. No se consiguen visualizar las vías biliares intrahepáticas. Tras los resultados de las pruebas y ante la sospecha de toxicidad hepática se suspende el tratamiento con omeprazol, introduciendo la dieta oral y presentando mejoría lenta pero progresiva de la analítica. Biopsia hepática: cambios tisulares reactivos inespecíficos. Los controles analíticos se normalizan a los 3 meses de la retirada del fármaco.

Discusión: El diagnóstico de hepatitis secundaria a toma de IBP debe ser de exclusión, por lo que conlleva innumerables pruebas para poder diagnosticarlo. Dado que es una situación potencialmente grave y son fármacos que utilizamos a diario, merece la pena tenerlo en cuenta y sospecharlo a tiempo para evitar su progresión.

P-441. LESIÓN YATROGÉNICA DE VÍA BILIAR POR ANOMALÍA ANATÓMICA

J. Castañer Ramón-Llin¹, A. Sánchez Pérez¹, I. Navarro García¹, E. Romera Barba¹, J.A. Fernández Hernández², J. Bertelli Puche² y J.L. Vázquez Rojas¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las lesiones yatrogénicas de la vía biliar (LYVB) representan una complicación grave, sobre todo por sus secuelas, que puede aparecer en hasta un 0.5% de las colecistectomías laparoscópicas. La presencia de anomalías anatómicas puede contribuir a una mala identificación de la vía biliar y su lesión.

Caso clínico: Mujer de 39 años diagnosticada de colelitiasis que es intervenida realizando una colecistectomía laparoscópica. Durante la cirugía al seccionar el conducto cístico se observa la presencia de 2 luces. Se convierte a laparotomía encontrando el clip colocado en la unión del conducto cístico a un conducto hepático derecho aberrante y una sección parcial del mismo. Se realiza una colangiografía que confirma la sospecha. Se decide suturar el conducto aberrante sobre un tubo en T. La paciente fue alta al 6º día postoperatorio. Posteriormente se retiró el tubo en T 1 mes tras la cirugía y 6 meses después está asintomática.

Discusión: La presencia de malformaciones del árbol biliar es relativamente frecuente y puede contribuir a la LYVB. En casos dudosos se debe realizar una colangiografía o convertir a laparotomía. En caso de LYVB la colocación de un tubo en T es una buena opción terapéutica, siempre que la sección no sea completa ni de carácter térmico. En esos casos la hepaticoyeyunostomía, realizada por cirujanos expertos, es lo más recomendable.

P-442. LESIONES IATRÓGENAS DE LA VÍA BILIAR: COMPLEJIDAD EN SU MANEJO TERAPÉUTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

B. Cristóbal Uriol, L. Brandariz, A. Gimeno y R. Gómez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: A pesar de que la colecistectomía laparoscópica se ha establecido como la técnica de elección en el tratamiento de la colelitiasis, continua asociando una mayor tasa de lesiones iatrogenas de la vía biliar que la cirugía abierta. Las principales causas de éstas son debidas a errores en la técnica quirúrgica así como a la presencia de variantes anatómicas biliares.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 46 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que en marzo de 2010 se interviene de forma programada de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis. Ante la posible presencia de anomalías anatómicas observada durante la cirugía se realiza conversión a laparotomía abierta, completándose la colecistectomía e identificándose un conducto cístico accesorio así como anomalías arteriales. Se realiza colangiografía intraoperatoria objetivándose una fuga puntiforme en el conducto hepático derecho en el origen del cístico accesorio que se trató de manera conservadora mediante colocación de un tubo biliar en T. En controles radiológicos posteriores se observó estenosis biliar a nivel del hepatocolédoco, por lo que se retiró el tutor en T y mediante CTPH se colocó catéter interno-externo en la vía biliar intrahepática. Tras sucesivos ingresos por episodios de colangitis se realizan diversas maniobras instrumentales por radiología intervencionista con objeto de dilatar la estenosis biliar, sin éxito. Persiste estenosis a nivel de conducto hepático común por lo que en diciembre de 2010 se interviene de forma programada para realización de derivación biliar mediante hepático-yeyunostomía en Y de Roux. A pesar de ello, resulta imposible la retirada del catéter biliar por evidenciarse mediante CTPH la persistencia de estenosis a nivel de la confluencia del hepático derecho con el izquierdo, con obstrucción del paso de contraste desde el radical derecho al asa anastomótica. Finalmente, ante los intentos fallidos de dilatación mediante radiología intervencionista, en noviembre de 2011 se reinterviene realizándose hepatectomía derecha + colangioyeyunostomía en Y de Roux, quedando así solventada la estenosis biliar mediante una doble derivación bilio-digestiva. El estudio histopatológico de la pieza de resección reveló una colangitis fibrosa reactiva en sus ductos más grandes, con oclusión fibrosa de los vasos adyacentes y fibrosis biliar del parénquima hepático. El postoperatorio cursó sin incidencias, con normalización del perfil hepático y controles radiológicos que evidencian una vía biliar intra y extrahepática de calibre normal sin lesiones focales parenquimatosas.

Discusión: Las lesiones iatrogenas de la vía biliar continúan asociando una importante morbi-mortalidad en la colecistectomía laparoscópica. Por ello, su mejor tratamiento es la prevención, para la cual se han propuesto numerosas actuaciones destinadas a mejorar la técnica quirúrgica. Así mismo, la conversión a cirugía abierta está indicada cuando existen dudas durante la intervención. El correcto diagnóstico de las anomalías anatómicas previo a la cirugía biliar mediante técnicas de imagen como la colangiografía magnética, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o el colangio-CT multicorte, minimiza el riesgo de lesiones durante la cirugía. El uso de colangiografía intraoperatoria permite identificar precozmente las lesiones de la vía biliar, minimizando así su morbi-mortalidad.

P-443. SIGNO DEL MERCEDES-BENZ

T. Prieto-Puga Arjona, B. García Albiach, J.L. Fernández Aguilar, B. Sánchez Pérez, M.A. Suárez Muñoz, J.A. Pérez Daga y J. Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La presencia de gas en el interior del cálculo o signo de Mercedes-Benz se debe al desarrollo de fisuras en el proceso de cristalización; aproximadamente la mitad de los cálculos presentan fisuras, pero solo algunos contienen gas en su interior. El gas observado corresponde a una mezcla de oxígeno, dióxido de carbono y nitrógeno.

Casos clínicos: Se presentan dos casos, el primero una paciente con colecistitis aguda y cálculos con gas en su interior y el segundo un hallazgo radiológico casual en una paciente estudiada por dolor abdominal y diag-

nosticada de plastrón apendicular. La colecistitis enfisematosa y la aerobilia, hay que tenerlas en cuenta como posible diagnóstico diferencial ante la presencia de aire en la zona del hipocondrio derecho. El signo del Mercedes Benz es importante como herramienta diagnóstica ya que permite presumir la presencia de litiasis biliar, sobre todo cuando los cálculos no son lo suficientemente opacos para ser vistos fácilmente en TC de abdomen y radiografía simple.

Discusión: Esta imagen fue descrita por Bauer en 1931 en Rx de abdomen y en 1973, Meyers le dio el nombre de “signo del Mercedes Benz” debido a la disposición trirradiada de las radiolucencias y su similitud con el símbolo de la marca de automóviles, aunque el gas puede adoptar otras formas. Este signo es raro, existiendo muy pocos casos publicados en la literatura.

P-444. ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A PANCREATITIS NECROTIZANTE

C. Gas Ruiz, A. Escartín Arias, M.P. Rufas Acín, R. Villalobos Mori, M.L. González Duagües, J. Melé Olivé, V.L. Palacios Arroyo, E. Guzzetti, M.C. de la Fuente Juárez, M.C. Mías Carballal y J.J. Olsina Kissler

Hospital Universitari de Lleida Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Los abscesos hepáticos en nuestro medio suelen ser bacterianos; aunque la mayoría de ellos son de origen biliar, las bacterias pueden llegar al hígado desde cualquier foco infeccioso por vía portal, arterial o por contigüidad. Aunque poco frecuentes, está descrita su aparición como complicación de las pancreatitis agudas necrotizantes.

Caso clínico: Paciente de 41 años sin antecedentes y con hábito enólico que ingresa por dolor abdominal y fiebre de 7 días de evolución. El TAC abdominal muestra una pancreatitis aguda de cuerpo y cola con extensa necrosis peripancreática. Por su gravedad ingresa en UCI. Durante el primer mes el paciente se mantiene séptico con múltiples colecciones drenadas percutáneamente. A los 38 días del ingreso se interviene al paciente, hallando y desbridando múltiples áreas de necrosis y colecciones, una de ellas en contacto con una zona de necrosis de 2-3 cm en cara posterior de segmento II. Tras una mejoría inicial, el paciente vuelve a empeorar apreciándose deterioro de la función hepática, realizándose un TAC que informa de mejoría de las colecciones abdominales y aparición de una imagen de absceso hepático en hígado izquierdo que se extiende hacia el derecho; se realiza punción percutánea del mismo, obteniendo pus y restos hemáticos densos. El paciente presenta una lenta recuperación con salida de exudado serohemático pero no biliar a través del drenaje hepático, pero al mes de su colocación presenta un sangrado con grave repercusión hemodinámica a través del drenaje hepático. Se interviene nuevamente a los 3 meses del ingreso hallando un extenso absceso hepático situado en segmentos II, IV y VIII, realizando una exéresis completa del mismo con una amplia superficie de sección que diseca estructuras vasculares y expone múltiples boquillas biliares, por lo que se sella con Tachosil y se realiza colecistectomía con colocación de Kehr. Tras esta intervención el paciente ha permanecido estable y en fase de rehabilitación; la exploración abdominal es normal y los TAC abdominales muestran resolución de las imágenes de los abscesos hepáticos.

Discusión: Aunque no es habitual, consideramos que el origen de este absceso fue por contigüidad al no existir patología biliar y no haberse descartado trombosis portal en las pruebas de imagen realizadas, siendo determinante el hallazgo de una zona de necrosis abscesificada en la primera intervención. Llama la atención cómo, de un foco inicialmente pequeño, el absceso fue progresando de forma lenta hacia la zona centrohepática llegando a esquelizar y erosionar estructuras vasculares, hasta el punto de provocar una grave hemorragia intrahepática, al tiempo que el parénquima de la zona originaria del absceso hepático recuperaba la normalidad. El tratamiento actual de los abscesos hepáticos consiste en la colocación de drenaje percutáneo y tratamiento antibiótico. Aunque nuestro paciente inicialmente se trató de forma percutánea para evitar la reintervención de un enfermo grave, el tratamiento inicial adecuado en un paciente estable hubiera sido el quirúrgico, ya que a la cantidad de coágulos y tejido hepático necrosado que se acumula en el interior de un absceso de este tamaño y características es difícil darle salida a través de un drenaje percutáneo.

P-445. HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO POR HEPATOBLASTOMA

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El hepatoblastoma es el tumor maligno primario más frecuente en niños, pero es extremadamente extraño su diagnóstico en la edad adulta, habiendo descritos sólo 25 casos en la literatura internacional. Aproximadamente el 10% de los carcinomas hepatocelulares tiene como complicación una rotura espontánea, cuya evolución generalmente es fatal. Presentamos un caso atendido en nuestro centro, de shock hipovolémico por hemoperitoneo agudo secundario a la rotura no traumática de un hepatoblastoma.

Caso clínico: Mujer de 36 años de origen sudamericano, con hipotiroidismo subclínico y diagnosticada en estudio por molestias abdominales de tumoración hepática catalogada como adenoma de unos 2 cm de diámetro y 5 años de evolución, y en seguimiento en otro centro. Acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución localizado en hipocondrio derecho, sin otros síntomas acompañantes. A la exploración palidez mucocutánea, y abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación y sensación de masa de consistencia dura en hipocondrio derecho. En ecografía abdominal se visualiza lesión hepática muy vascularizada de 13 cm de diámetro en lóbulo derecho y analítica sanguínea con anemia de 10,3 g/L de hemoglobina. Ante la sospecha de sangrado de tumoración y la estabilidad clínica se decide realizar arteriografía en la que no se objetiva sangrado activo, por lo que se indica monitorización estrecha. Se prosigue con el estudio de la lesión, realizándose tomografía computarizada (TC) en la que se observa gran masa hepática de 13 × 12 × 10 cm entre segmento IV y lóbulo derecho en íntimo contacto con arteria hepática derecha y vena cava inferior que comprime y desplaza vesícula biliar, cabeza de páncreas, antro gástrico y riñón derecho; signos de rotura a cavidad con líquido libre de aspecto hemático denso. A los 10 días de ingreso la paciente presenta importante deterioro con dolor abdominal brusco e hipotensión por lo que se realiza nuevo TC que pone de manifiesto nuevo episodio de sangrado y aumento del hemoperitoneo por el que se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante laparotomía en J derecha se evacua hemoperitoneo y se realiza biopsia intraoperatoria sugestiva de hepatocarcinoma, por lo que se procede a realizar hepatectomía derecha ampliada al segmento IV, conservándose un 25% del volumen total hepático. La evolución postoperatoria fue favorable siendo alta al octavo día. El estudio anatomopatológico de la pieza fue informado como hepatoblastoma de tipo epitelial macrotrabecular de 12 cm que no afecta a bordes de resección.

Conclusiones: El hepatoblastoma es un tumor frecuente en los niños, pero extremadamente raro en los adultos. Existen 20 casos publicados con una mediana de edad de 45 años y un rango entre los 18 y los 82 años, y sólo un caso de ruptura con sangrado masivo. Compromete más frecuentemente el lóbulo derecho y suele manifestarse como masa abdominal asintomática; el dolor abdominal y la pérdida de peso suelen ser síntomas tardíos. Actualmente se argumenta la diferenciación del hepatocito maduro como posible origen de la neoplasia en los adultos y se distinguen dos tipos histológicos: epitelial y mixto epiteliomesenquimal. En adultos es más frecuente el segundo tipo, pero una resección completa logra un 100% de supervivencia en el epitelial.

P-446. ROTURA ESPONTÁNEA DE ADENOMA HEPÁTICO

M. Arribas Jurado, F.G. Onieva González, M.J.D.C. Matito Díaz, D. López Guerra, J.A. Flores García, S. Roldán Baños, J. Santos Naharro, I.M. Gallarín Salamanca, A. Prada Villaverde, J. Fernández Pérez y G. Blanco Fernández

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El adenoma hepatocelular es un tumor benigno cuya incidencia ha aumentado en los últimos años debido al consumo de anticonceptivos orales. Tiene riesgo de rotura y transformación maligna. Se describe un caso clínico con apoyo de imágenes de radiodiagnóstico. Se realiza una búsqueda bibliográfica con palabras clave “adenoma hepático”, “embolización terapéutica”; en bases de publicaciones biomédicas.

Caso clínico: Paciente de 26 años que acude a Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho, de inicio brusco, acompañado de náuseas y vómitos. Toma anticonceptivos orales. A la exploración física destaca hipotensión, con taquicardia y febrícula. El abdomen es doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, con Murphy positivo y signos de irritación peritoneal. En las pruebas complementarias destaca hemoglobina de 7,2 gr/dl, elevación de enzimas de citolisis y LDH. Se realiza TC abdomen donde se observa lesión de 7,3 x 8,2 cm en lóbulo hepático derecho, con interrupción del contorno hepático, con moderada cantidad de líquido libre intraabdominal. Se decide inicialmente tratamiento conservador, con transfusión sanguínea y sueroterapia dada la estabilidad hemodinámica de la paciente, realizándose embolización selectiva de la arteria hepática derecha. En RMN de control tras la embolización, se observa lesión en parénquima hepático de 6,7 x 7,9 cm, que por su comportamiento parece compatible con adenoma. La paciente es intervenida de forma programada a los 10 días de haber ingresado, realizándose hepatectomía derecha ampliada; quedando 1/2 segmento I, II y III hipertrofiados y colestectomía, con buena evolución. Se realiza colangiografía intraoperatoria sin evidencia de fuga. El estudio histológico confirma adenoma hepatocelular, sin evidencia de diseminación linfática.

Discusión: El adenoma hepatocelular es un tumor benigno de baja frecuencia; cuya incidencia ha aumentado, debido al incremento del empleo de anticonceptivos orales. Se ha relacionado con mutaciones en el gen HNF1A. Suele ser único y de tamaño variable, pero también puede presentarse en forma de tumores múltiples. La presencia de 10 o más adenomas se denomina adenomatosis y curiosamente se ha asociado a la presencia de diabetes tipo MODY. Aunque la compresión sobre el hígado circundante forma una pseudocápsula. La exploración física generalmente resulta inespecífica debutando en ocasiones con dolor e irritación peritoneal a nivel de hipocondrio derecho; que puede relacionarse con hemorragia intratumoral o síntomas por compresión local. El diagnóstico se fundamenta en las técnicas de imagen, como ultrasonidos y tomografía computarizada; aunque en ocasiones puede ser difícil diferenciarlo de carcinoma hepatocelular bien diferenciado. Los dos riesgos fundamentales de este tipo de tumores son la rotura y la transformación maligna. El riesgo de rotura espontánea y de hemorragia aumenta si el tamaño del tumor es > de 7 cm de diámetro y el paciente ha estado en tratamiento hormonal. La degeneración maligna es rara y está asociada con mutaciones en beta-cateninas y con el tamaño. La embolización selectiva se impone como técnica de elección en casos de rotura y estabilidad clínica del paciente, permitiendo una resección posterior de forma electiva; lo que conlleva una menor morbi/mortalidad, aunque en caso de inestabilidad ha de realizarse cirugía.

P-447. LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE CON EXTENSIÓN AL MUSLO

M.D.M. Achalandabaso Boira, E. Martín-Pérez, J. Gómez Ramírez, G.J. Fernández-Díaz, M.D.M. Naranjo Lozano, M. Di Martino, L. Sánchez Urdazpal y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El liposarcoma retroperitoneal es un tumor poco frecuente que representa el 10-15% de las neoplasias de partes blandas. Se clasifica en 5 categorías histológicas: bien diferenciado, mixoide, de células redondas, pleomórfico y dediferenciado. Los síntomas y signos clínicos son inespecíficos y con frecuencia están ausentes hasta estadios avanzados de la enfermedad. La extensión al muslo es un hallazgo inusual y pocos casos se han descrito en la literatura. Presentamos un caso de liposarcoma retroperitoneal con extensión al muslo izquierdo evaluando las características diagnóstico-terapéuticas de esta entidad.

Caso clínico: Paciente de 52 años, sin antecedentes de interés, estudiada por pérdida de 10 kg de peso. A la exploración se palpa una masa abdominal no dolorosa, en hemiabdomen izquierdo y otra masa en la raíz anterior del muslo, por debajo del ligamento inguinal. Analítica: normal. ECO abdominal: masa sólida mal delimitada de gran tamaño, situada por debajo del riñón izquierdo y por delante del músculo psoas. Tomografía computarizada abdominal: masa retroperitoneal bien definida, rodeada por una cápsula y con densidad similar al tejido adiposo maduro que desplaza colon descendente e intestino delgado sin aparente infiltración de los mismos. Pasa por debajo del ligamento inguinal izquierdo, despla-

zando vasos ilíacos hasta raíz del muslo de este lado, compatible con lipoma o liposarcoma bien diferenciado. Resonancia magnética: lesión retroperitoneal bien definida de 12 x 6 x 25 cm con intensidad de señal predominantemente grasa, con áreas hiperintensas en T2, y sin realce tras administración de contraste, sugerente de lipoma retroperitoneal, sin poder descartar áreas de transformación sarcomatosa. Se decide realizar intervención quirúrgica a través de laparotomía media supra-umbilical combinada con una incisión longitudinal en cara anterior de la raíz del muslo. El tumor fue extirpado en bloque, tras reducción del componente inguinal en la cavidad abdominal. Estudio anatomopatológico: tumoración encapsulada de 27,5 x 16 x 5 cm con extensión a zona inguinal de 5 x 2 cm, con atipia nuclear aislada, predominio de lipocitos y aislados lipoblastos, ocasionales septos fibrosos y escasa celularidad fusocelular atípica. No zonas de dediferenciación ni mitosis. Diagnóstico final: tumor lipomatoso atípico-liposarcoma bien diferenciado, retroperitoneal-inguinal, con márgenes quirúrgicos libres de enfermedad. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente recibió tratamiento adyuvante radioterápico, sin signos de recidiva a los 6 meses de seguimiento.

Discusión: El subtipo histológico bien diferenciado de liposarcoma retroperitoneal constituye un predictor pronóstico importante con supervivencia a 5 años del 93%. La extirpación quirúrgica completa del tumor incluyendo órganos adyacentes, es la base principal del tratamiento para conseguir una resección R0. En nuestro caso, la resección de órganos vecinos no fue necesaria debido a que no existía infiltración de las mismas. La incisión combinada abdominal y longitudinal proximal inguinal ofreció una adecuada exposición que permitió la resección en bloque del tumor que afectaba dos compartimentos anatómicos diferentes. Aunque se ha recomendado radioterapia tras la cirugía en tumores bien diferenciados y de tipo mixoide por su mayor sensibilidad a la radiación que otros tipos celulares, no existen estudios prospectivos aleatorizados que confirmen el beneficio potencial de esta terapia.

P-448. FÍSTULA BILIO-URINARIA

M.D.M. Sánchez-Lauro Martínez, J. Marchena Gómez, D. Kim Lee, I. Sánchez Guédez, D. Armas Ojeda, C. Roque Castellano, R. Gianchandani, F. Cruz Benavides y J.A. Ramírez Felipe

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Las comunicaciones fistulosas entre el árbol biliar y el tracto urinario son extraordinariamente infrecuentes y generalmente están asociadas a actos quirúrgicos que incluyen los dos sistemas o a traumatismos. Presentamos un caso clínico de fístula bilio-urinaria secundaria a traumatismo hepático-renal por arma de fuego.

Caso clínico: Paciente varón de 40 años de edad, con antecedentes de HTA, nefrolitiasis y obesidad moderada, que fue traído al servicio de urgencias tras sufrir herida por arma de fuego. El paciente se encontraba hemodinámicamente estable, apreciándose orificio de entrada a nivel de flanco derecho y salida por fosa renal derecha. CT abdomen: gran colección subcapsular hepática con hemorragia activa intrahepática en los segmentos V-VI y laceración-contusión renal derecha. Se le practicó una embolización de la arteria hepática derecha posterior con cese de la hemorragia activa. Sobreinfección posterior de la colección perihepática, que cursó con picos febriles, precisando de la colocación de dos drenajes percutáneos. En ese momento comenzó a observarse un tinte verdoso en la orina, detectándose la presencia de bilirrubina en orina. RMN hepática: fuga biliar que comunica con el hematoma perirrenal, compatible con fístula bilio-urinaria. Se realizó una CPRE con papilotomía, con posterior resolución de la fístula bilio-urinaria, desapareciendo la bilirrubina en orina y la urea en la colección perihepática. Al mes del ingreso presentó disnea con el diagnóstico de TEP masivo, así como varios episodios de bacteriemia secundarios a infecciones urinarias de repetición. Uro-CT: litiasis en pelvis renal derecha de 1,1 cm, sin signos de uropatía obstructiva. La evolución posterior fue lenta pero satisfactoria, desapareciendo las colecciones subhepáticas y perirrenales, siendo dado de alta asintomático.

Discusión: La detección de orina verde en el contexto de un traumatismo hepatorenal debe hacer pensar en la existencia de una posible fístula bilio-urinaria. Es posible un manejo conservador de las fistulas bilio-urinarias, aplicando las mismas estrategias que en las fistulas biliares, siempre y cuando el estado del paciente lo permita.

P-449. ESPINA DE PESCADO: UNA CAUSA INFRECIENTE DE ABSCESO HEPÁTICO

B. Arencibia Pérez, J.M. Sánchez González, M. Hernández Barroso, J. García Méndiz, P. Sanz Pereda, C. Chocarro Huesa, P.E. González Rodríguez, A. Varona Bosque, M. Barrera Gómez y A. Soriano Benítez de Lugo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: La ingestión de cuerpos extraños es relativamente frecuente aunque la mayoría pasan a través del tracto gastrointestinal sin causar complicaciones. Los síntomas sólo aparecen entre 10-20% de los casos, y cuando lo hacen suelen deberse a cuadros de obstrucción o perforaciones que dan lugar a abscesos y/o peritonitis. Los abscesos hepáticos secundarios a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño son muy poco frecuentes, suponiendo entre 0-5% de éstos, estando descritos en la literatura médica menos de un centenar de casos hasta el momento. Presentamos cinco casos de pacientes con absceso hepático secundario a ingestión de cuerpo extraño (espina de pescado). Se pretende llamar la atención sobre esta complicación inusual, su clínica inespecífica y la dificultad diagnóstica inicial.

Material y métodos: Analizamos cinco casos de pacientes que han presentado abscesos hepáticos secundarios a ingestión de espinas de pescado en nuestro Centro. La clínica inicial de presentación en todos los casos fue similar, a la vez que inespecífica; todos ellos debutaron con cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio-HCD y fiebre de varios días de evolución. La analítica desveló leucocitosis, discreta-moderada elevación de las enzimas de colestasis y una PCR elevada en todos ellos. La ecografía describió lesiones hepáticas compatibles con abscesos como primera posibilidad diagnóstica, siendo confirmado este hallazgo mediante el TC abdominopélvico, estando localizados en LHI en cuatro de los casos, y uno en el LHD. Además en todos los casos se objetivó una imagen lineal, hiperdensa, en su interior que podría corresponder con cuerpo extraño (espina de pescado).

Resultados: En cuatro de los casos se llevó a cabo una actitud quirúrgica, bien como primera opción terapéutica, o bien, tras fallo de manejo conservador. En todos ellos se realizó hepatotomía, drenaje del absceso y extracción de la espina de pescado. En uno de los casos se optó inicialmente por drenaje percutáneo del absceso con buena evolución posterior. Este último caso, tras más de tres años de seguimiento permanece sin clínica y con presencia de cuerpo extraño in situ.

Conclusiones: Los abscesos hepáticos secundarios a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño son raros, siendo la espina de pescado, el hueso de pollo o palillos los agentes identificados más frecuentemente. La sintomatología es inespecífica y variable, lo que asociado a que los pacientes no suelen recordar el momento de la ingestión, hacen que el diagnóstico inicial sea complicado. La ecografía puede aportar datos de interés, aunque la TC abdominal es el "gold standard" para el diagnóstico del absceso hepático secundario a cuerpo extraño. El tratamiento requiere cirugía en la mayoría de las ocasiones, aunque el tratamiento médico, el drenaje percutáneo y la extracción endoscópica también han demostrado validez.

P-450. INFLAMACIÓN COLEXANTOGRANULOMATOSA COMO HALLAZGO INUSUAL EN TUMORACIÓN DE PARED ABDOMINAL SOSPECHOSA DE TUMOR MESENQUIMAL

M. Jiménez Segovia, N. Alonso Hernández, E. Palma Zamora, A. Ochogavía Seguí, H. Martínez Juan, M. García Ortega, A. Bianchi, J. Bonnin Bonnin, B. Ayala Candia, C. Covelli Gómez y X. González Argente

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Objetivos: Varón de 62 años estudiado en oncología por tumoración abdominal, con sospecha de tumor mesenquimal, con diagnóstico anatómopatológico de inflamación colexantogranulomatosa mixta. El paciente tenía antecedente de colecistectomía laparoscópica hace 14 años.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II, exenolismo grave y colecistectomía laparoscópica hace 14 años. Acude a Urgencias por presentar tumoración en hipocóndrio derecho, con crecimiento progresivo, de 4 meses de evolución. El paciente presenta buen estado general sin ningún síntoma constitucional. En el abdomen se palpa tumoración de 7 cm de diámetro, bien delimitada, no dolorosa a la palpación, de consistencia blanda, localizada en

hipocóndrio derecho, sin signos inflamatorios locales. En el servicio de urgencias se realiza un TAC abdominal, que informa de masa a nivel de pared abdominal lateral derecha, que mide 6,3 × 3 × 7,3 cm, dependiente de la musculatura y presenta centro hipodenso y áreas calcificas, sugestiva de neoplasia como primera posibilidad. Dados los hallazgos radiológicos se deriva a consultas de oncología para proseguir estudio y se practica una punción-biopsia guiada por ecografía sobre la tumoración que describe inflamación mixta con abundantes células plasmáticas (no concluyente), y una RNM: masa a nivel de pared abdominal lateral derecha, que depende de la musculatura de pared abdominal anterior derecha. Se decide resección quirúrgica. Con el diagnóstico de tumoración abdominal posiblemente neoplasia mesenquimal, el paciente se somete a intervención quirúrgica realizándose incisión subcostal derecha, con exploración de pared abdominal, no apreciándose tumoración en la musculatura. Se realiza apertura de la fascia anterior, observándose una zona quística con exteriorización de cálculos biliares en su interior, se sigue trayecto fistuloso intraperitoneal, llegando hasta el borde hepático. La pieza se envía a Anatomía Patológica, con resultado definitivo de Inflamación mixta colexantogranulomatosa fistulizada con restos de litiasis biliar. La inflamación crónica del acumulo de bilis y de litiasis, son los elementos claves de la patogenia de la xantogranulomatosis. Existe una marcada tendencia a complicaciones como la destrucción de tejidos circundantes, formación de abscesos o a la creación de trayectos fistulosos.

Discusión: La incidencia de apertura accidental de la vesícula durante una colecistectomía es de aproximadamente un 20%. Entre el 20%-30% de estos pacientes desarrollan abscesos u otro tipo de complicación. Entre las complicaciones, la más frecuente (65%) son los abscesos intraabdominales, principalmente subhepáticos. La media de la presentación de síntomas relacionados con esta complicación es de 10-12 meses postoperatorios. Nuestro paciente presenta una tumoración inflamatoria colexantogranulomatosa abdominal secundaria a litiasis biliar después de 14 años de una Colecistectomía Laparoscópica, posiblemente debida al abandono de litiasis residual y bilis durante la perforación de la vesícula durante la colecistitis o en la misma cirugía. No hemos encontrado casos descritos en la literatura similares a éste. En nuestro caso al igual que en las colecistitis xantogranulomatosas, el diagnóstico diferencial es con un carcinoma de vesícula, en nuestro caso fue con un tumor mesenquimal.

P-451. NEUMATOSIS PORTAL SECUNDARIA A DILATACIÓN AGUDA GÁSTRICA

C. Rodríguez Silva, M.C. Montiel Casado, N. Marín Camero, A.J. González Sánchez, J.M. Aranda Narváez, P. López Ruiz, P.P.A. Tatiana y S.S. Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La pyleflebitis es un estado grave con morbilidad y mortalidad significativas. Revisando la literatura, existen diferentes causas de neumatosis portal: (a) relacionada con sepsis intraabdominal, (b) asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y obstrucción intestinal, y (c) secundaria a procesos "benignos" como el enema opaco, la colonoscopia, la esfinterotomía endoscópica y las convulsiones. Presentamos un caso de neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica.

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedentes de diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica en hemodiálisis en estudio para trasplante renal, que consultó en urgencias por cuadro de dolor abdominal en hipocóndrio derecho y signos de shock. En radiografía simple de abdomen se observó dilatación gástrica y en TC de abdomen se identificó neumatosis portal y microlitiasis vesicular. Ante sospecha de colecistitis complicada se realizó laparotomía exploradora, donde no se encontraron hallazgos de interés. El diagnóstico postoperatorio fue neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica. El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos con antibioterapia empírica intravenosa y colocación de sonda nasogástrica. La evolución posterior fue satisfactoria.

Discusión: Históricamente el gas portal se ha asociado a enfermedades graves con una alta tasa de mortalidad. Sin embargo, la fisiopatología que explica la presencia de gas portal puede tener diferentes mecanismos de producción. En la literatura se han descrito seis casos de neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica. El mecanismo de aparición sería debido al aumento de presión intragástrica, forzando la entrada de gas a través de la pared gástrica pasando finalmente a la circulación portal. La neumatosis portal secundaria a dilatación aguda gástrica tiene buen pronóstico y debe tratarse de forma conservadora con descompresión gástrica y antibioterapia intravenosa.

P-452. HEMOPERITONEO SECUNDARIO A SANGRADO DE LA ARTERIA PANCREATODUODENAL INFERIOR DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

L. Fernández López, D. Gómez Pasantes, G. Romay Cousido, T. Civeira Taboada, C. Varela Lamas, I. Vázquez Cajide, N. Fernández Soria, L. González Sáez y J.F. Machuca Santacruz

Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Objetivos: Se trata de exponer una causa poco frecuente de hemoperitoneo, como es el sangrado de la arteria pancreatoduodenal inferior de etiología no filiada.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 57 años, con antecedentes de colecistectomía por coledolitiasis y esplenectomía por enfermedad de Castleman, que acude al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, tipo cólico, sin fiebre ni alteraciones analíticas ni en la ecografía. A las 72 horas del ingreso se traslada a la UCI por presentar cuadro de inestabilidad hemodinámica con caída del Hto. Se realiza una ecografía que visualiza una colección hemática en región subhepática. Ante la gravedad del cuadro clínico se decide laparotomía urgente. Al realizar la laparotomía se visualiza hemoperitoneo de gran cuantía y un gran hematoma retroperitoneal, sobre todo en hemiabdomen derecho. Tras revisar minuciosamente toda la cavidad abdominal se evidencia un punto de sangrado activo a nivel de la cabeza del páncreas, que cede tras dar un punto hemostático. El paciente regresa a la UCI y tras 4 horas presenta de nuevo inestabilidad hemodinámica con abundante salida de sangre a través del drenaje abdominal. Se lleva al paciente de nuevo a quirófano para realizar taponamiento hemostático con compresas. A continuación se traslada al servicio de radiología vascular para realizar arteriografía, evidenciando sangrado a través de una rama pancreatoduodenal que nace de la mesentérica superior, que se canaliza selectivamente y se emboliza con coils. A las 48 horas el paciente permanece estable y se traslada de nuevo a quirófano para retirar las compresas empleadas para el taponamiento. Aproximadamente a la semana se realiza un angioTAC que muestra un hematoma residual, sin más alteraciones.

Discusión: Se han descrito casos de hemoperitoneo espontáneo en pacientes sin antecedente traumático. Dentro de las posibles etiologías se encuentran: iatrogenia (cirugía, procedimientos intervencionistas, terapia anticoagulante, tratamientos quimioterápicos); tumores rotos (el hepatocarcinoma el más frecuente); discrasias sanguíneas (hemofilia, policitemia vera, hepatopatía); rotura esplénica; patología ginecológica (embarazo ectópico roto, rotura de quiste ovárico, síndrome de HELLP); patología del tubo digestivo; patología vascular (aneurismas o pseudoaneurismas). En el caso de los aneurismas que afectan a arterias del territorio esplácnico, que pueden producir hemorragias mesentéricas o retroperitoneales, la arteria que se afecta con más frecuencia es la esplénica, seguida de la hepática. Los aneurismas de la arteria pancreatoduodenal son extremadamente raros y cerca del 30% de los mismos se desarrollan como complicación de una pancreatitis aguda o crónica. Hasta el momento, y con las pruebas de imagen realizadas, no podemos determinar cuál fue la etiología del sangrado en este paciente.

P-453. IMPACTACIÓN YEYUNAL POR CÁLCULO TRAS SÍNDROME DE BOUVERET

D. Candil Comesaña, J.A. Guerra Bautista, J. Mena Raposo, J.L. Muñoz Boo, F. Acedo Díaz y A.K. Moalla Massa

Hospital de la Merced, Osuna.

Introducción: En síndrome de Bouveret consiste en la obstrucción duodenal o pilórica secundaria a cálculos procedentes del tracto biliar a través de una fistula bilioentérica. Suele presentarse como un síndrome emético, a veces con ictericia y raramente con hemorragia digestiva. En los casos menos frecuentes puede diagnosticarse preoperatoriamente por radiología y endoscopia e intentar la resolución del cuadro con procedimientos no quirúrgicos, pero no son técnicas definitivas. Presentamos un caso de una paciente que, tras ser diagnosticada una impactación litiasica duodenal típica, se descubre migración del cálculo y obstrucción distal posterior.

Caso clínico: Mujer de 87 años con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva y estenosis aórtica severa que presenta dolor abdominal y vómitos biliosos de cuatro días de evolución. En la exploración no presenta ictericia, distensión abdominal ni signos de peritonismo. Analítica

normal. En la radiografía simple se aprecia imagen cálcica en hipocondrio derecho. Se practica ecografía de abdomen objetivándose imagen hiperecogénica con gran sombra hipocogénica posterior en epigastrio sin poder valorar la vesícula biliar, por lo que se practica TAC de abdomen que objetiva pared vesicular engrosada con líquido libre, aerobilia y cálculo de 40 mm en la segunda porción duodenal. Se programa endoscopia oral para intentar extracción o fragmentación del cálculo, pero no se consigue visualizarlo. Se programa nueva TAC para determinar nueva localización, ya que los síntomas persisten, encontrándose el cálculo en yeyuno distal y produciendo dilatación de asas intestinales proximales. El cuadro se resuelve por enterotomía sin colecistectomía por alto riesgo de morbilidad.

Discusión: El íleo biliar representa el 1-4% de las obstrucciones intestinales, y en individuos mayores de 65 años produce el 25% de las obstrucciones de intestino delgado. El síndrome de Bouveret es una de las entidades causantes de íleo biliar, pero la menos frecuente. La localización más frecuente de impactación en el íleo biliar es el íleon terminal (50-90%), yeyuno-íleon proximal (20-40%) y duodeno (5-10%). La migración del cálculo en el síndrome de Bouveret se produce a través de una fistula colecistoduodenal, aunque también es posible a través de una colecistogástrica o coledocoduodenal. Sólo un 6% de estas migraciones provoca obstrucción intestinal. La clínica típica consiste en vómitos y dolor abdominal en pacientes mayores de 60 años. A veces se acompaña de ictericia, y menos frecuentemente por hemofilia debido a erosión de la mucosa duodenal o de la arteria cística. La radiografía de abdomen presenta la tríada clásica pero inconstante de distensión gástrica, aerobilia y cálculo ectópico. La ecografía, TAC y endoscopia confirman el diagnóstico. La extracción del cálculo por enterotomía, con colecistectomía y reparación de la fistula en el mismo acto o en un segundo tiempo, es el tratamiento de elección, aunque se han descrito tratamiento endoscópico eficaz mediante la extracción del cálculo o bien su fragmentación con litotripsia o YAG láser. La mortalidad es del 6% en la cirugía de un tiempo, y se incrementa al 20-30% en la de dos. Esta segunda opción es la preferida en nuestra paciente anciana con cardiopatía grave.

P-454. ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR PSEUDOQUISTE ESPLÉNICO

J. Castañer Ramón-Llin, A. Sánchez Pérez, I. Navarro García, E. Romera Barba, R. González-Coste Martínez, J. Bertelli Puche, M.R. Vicente González, A. de Paco Navarro y J.L. Vázquez Rojas

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: Los quistes esplénicos son lesiones muy poco frecuentes. Su incidencia ha aumentado en los últimos años con el desarrollo y la extensión de la ecografía, con una incidencia de hasta el 0,5-2% según las series. Los más frecuentes son de origen postraumático. Habitualmente cursan de forma asintomática. Existen diversas posibilidades terapéuticas siendo la esplenectomía laparoscópica (parcial o total) la más aceptada. Presentamos el caso de un paciente con una lesión quística esplénica que fue tratado mediante esplenectomía laparoscópica.

Caso clínico: Varón de 23 años sin antecedentes de interés remitido a nuestra consulta tras hallazgo casual de una lesión quística esplénica. El paciente está asintomático y no refiere traumatismo previo. En la exploración física presenta esplenomegalia no dolorosa. La analítica es normal con serología negativa para hidatidosis y marcadores tumorales también normales. Se realiza ECO abdominal que informa de quiste esplénico y se completa el estudio con TAC abdominal que objetiva esplenomegalia de 15 cm con lesión redondeada de 7 cm en polo superior esplénico, hipodensa, homogénea, bien delimitada sin realce. El paciente se interviene realizando esplenectomía laparoscópica sin complicaciones. El estudio anatomopatológico informa de estructura quística de 6 cm de pared lisa sin epitelio evidente compatible con pseudoquiste esplénico. La citología del líquido es negativa para células malignas.

Discusión: Los quistes esplénicos constituyen los tumores esplénicos más frecuentes pero son una rareza cuando se comparan con la frecuencia de enfermedades quísticas en otros órganos abdominales. La clasificación patológica más aceptada es la de Mc Clure y Martín que los divide según su origen en parasitarios (hidatídicos) y no parasitarios. A su vez, los quistes no parasitarios se clasifican en quistes primarios o verdaderos (epidermoides, dermoides, linfangiomas y hemangiomas quísticos) y quistes secundarios o pseudoquistes, según presenten o no epitelio escamoso cubriendo su pared interna. A nivel mundial son más frecuentes los quistes parasitarios, aunque en nuestro medio son más frecuentes los

pseudoquistes, sobre todo los de origen traumático. Habitualmente son lesiones asintomáticas, aunque potencialmente pueden presentar hemorragia, perforación o infección. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (ECO y TAC) y datos analíticos (Ca 19.9 aumentado en quistes epidérmicos, serología de hidatidosis positiva). La PAAF presenta bajo rendimiento y existe riesgo de punción esplénica. El diagnóstico de confirmación es histológico una vez extirpada la lesión. Existen diversas posibilidades terapéuticas que incluyen desde la observación hasta la esplenectomía. El tratamiento percutáneo con agentes esclerosantes (tetraciclina) presenta tasas de recidiva de hasta un 75% según las series. En los últimos años se tiende a realizar esplenectomías parciales para preservar la función inmunológica del bazo, aunque se trata de una técnica más compleja y con mayor posibilidad de complicaciones según algunos autores. En nuestro caso al tratarse de un paciente adulto con sospecha de quiste primario sin haber descartado la posibilidad de malignidad y al tratarse de una lesión de tamaño grande se optó por realizar la esplenectomía total laparoscópica.

P-455. PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE BAZO

C. García Bernardo, L. Solar García, M. Cayuso, P. Granero Castro, M.A. Díaz Rivero, M. Frunza, R. Gonzalo González, J.C. Fernández Fernández, A. Miyar de León, I. González-Pinto Arrillaga y L. Vázquez Velasco

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: El pseudotumor inflamatorio de bazo es una entidad benigna pero infrecuente de etiología incierta que se manifiesta con clínica inespecífica o como hallazgo casual en pacientes estudiados por otros procesos. Existen múltiples diagnósticos diferenciales: metástasis, linfoma, infarto, hemangiomas, malformaciones vasculares e hiperplasia linfóide reactiva. El diagnóstico definitivo se establece con la anatomía patológica. Presentamos un caso de pseudotumor inflamatorio con lesión esplénica en ecografía y tomografía computarizada (TC).

Caso clínico: Mujer de 56 años con hallazgo de nódulo esplénico en el estudio por cólicos nefríticos. La paciente refiere epigastralgia y molestias lumbares izquierdas. No presento patología abdominal aguda o crónica. La exploración abdominal es normal sin masas ni organomegalias. La ecografía describe quiste esplénico de 6,5 cm con calcificaciones en su interior sugestivo de quiste hidatídico. En el resto del abdomen no se observan alteraciones. Se completa estudio radiológico con TC: en tercio medio del bazo se identifica una masa de 72 x 62 x 61 mm de diámetro de márgenes bien definidos. Pequeño aneurisma de pared calcificado en la arteria esplénica de unos 8 mm de diámetro. Las analíticas previas a la cirugía eran normales al igual que la serología para *Equinococcus granulosus*. La paciente se somete a esplenectomía laparoscópica con extracción de la pieza completa en endobag y drenaje aspirativo en celda esplénica. El postoperatorio transcurre con normalidad siendo alta al 6º día. En revisión del mes permanece asintomática con exploración normal. La pieza de esplenectomía pesa 650 g y mide 12 x 11,5 x 7 cm. La capsula esta íntegra con lesiones amarillentas que a los cortes corresponde con una lesión nodular bien definida no encapsulada de 7 cm de color blanco-grisáceo de consistencia media y centro de aspecto necrótico. El borde quirúrgico no está afectado. La anatomía patológica microscópica definitiva describe proliferación celular con población mixta: plasmáticas, linfocitos y aisladamente eosinófilos y células gigantes multinucleadas. Existen áreas necróticas "pseudogranulomatosas" con restos celulares y algunas con calcificaciones. El índice mitótico es muy bajo. Las tinciones Gram, PAS, BK, Grocott y Warthin son negativos. En el estudio inmunohistoquímico se identifica policlonalidad de células plasmáticas, con predominio de linfocitos T (CD3 +) con K-67 bajo, actina muscular +, CD68 +, vimentina +. Negativo para CD23, CD30, CD15, actina muscular común, S-100, CD34, desmina, VEB, VHS-8 y ALK-1.

Discusión: Los pseudotumores inflamatorios son benignos de etiología desconocida que puede presentarse en diferentes localizaciones (órbita, tracto respiratorio, digestivo e hígado). Las pruebas de imagen pueden orientar pero no existen imágenes patognomónicas. El diagnóstico diferencial es amplio: metástasis, linfoma, granuloma inflamatorio, infarto, hemangiomas, malformaciones vasculares e hiperplasia linfóide reactiva por lo que el diagnóstico definitivo de pseudotumor se establece con la anatomía patológica. Presenta células inflamatorias (linfocitos, células plasmáticas, histiocitos...). Se postulan distintas teorías sobre su origen: hemorragia o ruptura de hemangioma (grupo Matsubayashi), infección virus Epstein-Barr y herpes (PTI pulmonar), infección con tratamiento

antibiótico ineficaz, proceso granulomatoso inflamatorio u otras alteraciones inmunitarias. El pronóstico es bueno tras la esplenectomía. No se han descrito metástasis, invasión local no recurrencia.

P-456. LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS B. UNA CAUSA NO DESPRECIABLE DE ESPLENOMEGALIA GIGANTE

A.B. Alaez Chillarón¹, I. Moreno Manso¹, R. Latorre Fragua², F.J. Martín Vieira¹, E. Pérez Perino¹ y F. Mojtar¹

¹Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, Manzanares. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El bazo es un órgano muy frecuentemente afectado en ciertos tipos de linfoma que causan esplenomegalia e hiperesplenismo. Cuando no se consiga controlar la pancitopenia con tratamiento médico está indicada la esplenectomía. Algunos de estos pacientes se presentan con una esplenomegalia gigante, lo que dificulta y complica la intervención quirúrgica. Por este motivo es importante realizar la esplenectomía de una forma reglada y controlando siempre el pedículo esplénico para evitar hemorragias importantes.

Caso clínico: Caso 1: varón de 74 años de edad diagnosticado de linfoma no Hodgkin de células B que presenta esplenomegalia gigante y trombopenia resistente a tratamiento médico. Es remitido al servicio de cirugía general para realización de esplenectomía. A la exploración física destaca una gran masa que ocupa la totalidad del hemiabdomen izquierdo hasta la iliaca del mismo lado. Se realiza una TAC abdomino-pélvica en la que se observa una esplenomegalia de 40 x 20 cm de diámetro. Se programa para intervención quirúrgica y en ésta se realiza una esplenectomía abierta. A la apertura de la cavidad abdominal se observa una gran esplenomegalia que ocupa más de la mitad del abdomen. Siempre con control del pedículo esplénico, se realiza en primer lugar el despegamiento de ligamento esplenocólico y la ligadura de la arteria esplénica. Posteriormente se realiza la ligadura de la vena esplénica y se continúa con la esplenectomía de forma habitual. La anatomía patológica definitiva es informada como un bazo de 4.190 g infiltrado con un linfoma no Hodgkin de células B. Caso 2: mujer de 71 años de edad con diagnóstico de linfoma no Hodgkin que presenta y trombopenia resistente a tratamiento médico y en la exploración destaca también esplenomegalia similar a la del paciente anterior. Se realiza esplenectomía abierta siguiendo la misma técnica que en el paciente anterior y se obtiene un bazo de 4.220 g. Tras la intervención quirúrgica, ambos pacientes evolucionan favorablemente aunque precisan una transfusión de dos concentrados de hematíes en el primer caso y de tres concentrados en el segundo.

Discusión: Los linfomas no Hodgkin afectan con frecuencia al bazo, produciendo esplenomegalia y trombopenia que en ocasiones precisa esplenectomía. Cada vez con mayor frecuencia se realiza la esplenectomía vía laparoscópica, ya que ésta ha demostrado sus ventajas con respecto a la técnica abierta. Sin embargo, y aunque la esplenomegalia gigante no se considera contraindicación para la laparoscopia, no consideramos a nuestros pacientes como candidatos para cirugía laparoscópica ya que la esplenomegalia era demasiado grande. En cualquier caso, tanto en la vía abierta como en la laparoscópica es importante el control del hilio esplénico ligando primero la arteria esplénica y dejando algunos segundos antes de ligar la vena para que vacíe la sangre contenida en él. Se debe tener cuidado de no dejar suspendido el bazo de los vasos breves por el desgarro que se produciría por el paso del mismo. Si no hay ningún incidente durante la cirugía, la mayoría de los pacientes pueden necesitar transfusión de sólo 1-2 concentrados de hematíes por la sangre contenida en el bazo.

P-457. SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS COMO CAUSA DE DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO

I.M. Gallarín Salamanca, D. López Guerra, A. Prada Villaverde, L. Munuera Romero, S. Roldán Baños, M.I. Correa Antúnez, I.G. Paredes Chambi, M.J. Matito Díaz, M. Arribas Jurado, F.J. Onieva González y G. Blanco Fernández

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen es un síntoma generalmente asociado a enfermedades hepatobiliares, sin embargo hay que tener en cuenta la existencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis como una causa infrecuente de dolor en hipocondrio derecho. El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis consiste en una inflamación de la cápsula

hepática concomitantemente con una inflamación pélvica con una afectación mínima del parénquima hepático. Ocurre en aproximadamente el 10% de los casos de una enfermedad inflamatoria pélvica. Nosotros presentamos un caso de dolor abdominal en hipocondrio derecho con hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos que nos orientaron hacia una perihepatitis con foco infeccioso ginecológico. Se realiza una búsqueda bibliográfica con palabras claves “edema periportal” “perihepatitis y, “líquido libre en saco de Douglas”. Se describe el caso clínico con apoyo de imágenes de radiodiagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 26 años de edad nulípara, sexualmente activa, entre sus antecedentes personales destaca ovarios poliquísticos, anticoncepción hormonal y drenaje de absceso periamigdalino hacía cuatro días. Ingresa por cuadro de dolor en hipocondrio derecho de dos días de evolución exacerbado con la inspiración profunda, acompañado de náuseas, vómitos y diarrea que se relacionó con intolerancia a amoxicilina/clavulánico por lo que se suspendió este antibiótico, con persistencia del cuadro de dolor. Abdomen blando y depresible, con defensa a nivel de hipocondrio derecho. En la analítica destaca hipertransaminasemia. Ante la sospecha de patología hepatobiliar se realiza ecografía abdominal y ante la inespecificidad de los hallazgos se completa el estudio con TAC abdomino-pélvico donde se objetiva edema periportal y alrededor de las venas suprahepáticas junto con líquido libre perihepático, en ambas gotieras paracólicas y más abundante en pelvis. Apoyándonos en la clínica y en los hallazgos del TAC decidimos buscar un origen infeccioso ginecológico. En la anamnesis dirigida destaca episodios de leucorrea asintomática. La exploración vaginal fue normal, salvo leucorrea no mal oliente. Se tomaron muestras de exudado vaginal para cultivo y ante la sospecha de perihepatitis asociada infección ginecológica se instauró tratamiento con azitromicina, presentando franca mejoría clínica y analítica a las 24-48h. Posteriormente se realizó TAC abdominal de control observando desaparición del edema periportal y disminución del líquido libre. El cultivo del flujo vaginal fue positivo para *Ureaplasma urealyticum*.

Discusión: La perihepatitis de origen ginecológico se asocio por primera vez en 1920 con salpingitis gonocócica y, posteriormente, con clamidia, siendo los dos agentes causales más frecuentes. La enfermedad inflamatoria pélvica subclínica, es común entre las usuarias de anticonceptivos y es una entidad asociada frecuentemente a infertilidad. Por otra parte *U. urealyticum*, se han encontrado más frecuentemente en el exudado vaginal de mujeres estériles y también se ha identificado como causa de un cuadro subclínico tubárico. De esta forma nosotros intentamos relacionar la existencia de un cuadro de perihepatitis con un EPI subclínica provocada por *Ureaplasma urealyticum*, siendo éste un agente infrecuente del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Entidad clínica que debemos tener en cuenta ante una mujer sexualmente activa con dolor en hipocondrio derecho.

P-458. ÍLEO BILIAR RECURRENTE. UNA COMPLICACIÓN GRAVE NO TAN INFRECUENTE

J. Martín Pérez, A. Bravo Gutiérrez, L. Delgado Plasencia, N. Lorenzo Rocha, J. Pérez Palma y V. Medina Arana

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Introducción: El íleo biliar se define como una obstrucción intestinal secundaria a la oclusión del intestino por un cálculo biliar intraluminal y es responsable del 1% al 4% de todos los casos de obstrucción intestinal. Existe un riesgo del 5% de íleo biliar recurrente, que se asocia con una mortalidad de casi el 20%. Presentamos dos casos de íleo biliar recurrente, que representaron el 40% de los casos de íleo biliar registrados en nuestro centro en un periodo de tiempo de 10 años.

Casos clínicos: Caso 1: paciente mujer de 75 años de edad que acudió a Urgencias por dolor abdominal y vómitos. Como antecedente importante sufrió un mes antes un infarto agudo de miocardio. Se solicitó un TAC de abdomen que mostró una obstrucción de intestino delgado con un cálculo biliar grande intraluminal. Se decidió laparotomía exploradora, evidenciándose un cálculo biliar impactado en intestino medio y un plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho. Se realizó enterolitotomía y la paciente fue dada de alta sin incidencias. Tres meses después, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal y vómitos. En el TAC de abdomen se observó nuevamente la existencia de un íleo biliar decidiéndose intervención quirúrgica, donde se evidenció la impactación de un nuevo cálculo biliar en íleon distal, realizándose enterolitotomía. Se exploró la vesícula biliar, demostrando la presencia de más litiasis y se visualizó una fistula colecistoduodenal, por lo que se realizó colecistectomía más

cierre de la fístula. Posteriormente la paciente ingresó en el Servicio de Medicina Intensiva debido a que desarrolló una insuficiencia cardiaca congestiva en el postoperatorio, siendo dada de alta tras 30 días de ingreso. Caso 2: paciente varón de 71 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos. Se realizó un TAC de abdomen observándose aerobilia y obstrucción de intestino delgado, por lo que se decidió laparotomía exploradora, evidenciándose un cálculo impactado en íleon distal con plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho. Se realizó enterolitotomía. Siete meses después, regresa a Urgencias con una clínica similar y el TAC de abdomen mostró un nuevo cálculo enclavado en íleon distal. Se realiza nueva laparotomía, visualizándose coleditis y una fistula colecistoduodenal. Se llevó a cabo enterolitotomía más colecistectomía y cierre de la fístula. El paciente falleció en el postoperatorio tras presentar una disfunción multiorgánica.

Discusión: El íleo biliar se presenta, en la mayor parte de los casos, en pacientes de edad avanzada con enfermedades concomitantes, lo que dificulta la elección de la técnica quirúrgica. La enterolitotomía aislada debe reservarse para pacientes inestables, considerando la posibilidad de realizar la colecistectomía e identificación y cierre de la fístula, en aquellos casos que así lo permitan, teniendo en cuenta que ésta técnica no previene por completo la aparición de un nuevo íleo biliar, ya que las litiasis pueden migrar hacia la luz intestinal y pasar desapercibidas, o incluso en muchos de los casos (hasta en un 80%) los cálculos pasan espontáneamente y los pacientes pueden permanecer asintomáticos.