
CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

PÓSTERS

P-157. “INGRESOS NO ESPERADOS” Y “COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS” EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA REALIZADA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

J.J. Segura Sanpedro¹, M. Arance García¹, F. Docobo Duránte¹,
R. Varela López¹ y R. Martín-Gil Parra²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Conocer la incidencia de “ingresos no esperados” y “complicaciones perioperatorias” en pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional descriptivo prospectivo en el que se registraron los datos correspondientes a pacientes mayores de 40 años y ASA I o II incluidos en el programa de cirugía mayor ambulatoria para colecistectomía laparoscópica. Las variables analizadas fueron, la edad en años, IMC (kg/m²), hábitos tóxicos y antecedentes médicos personales. Se registraron asimismo todos los casos en los que se produjo un “ingreso no esperado” o “complicación perioperatoria” en las primeras 48 horas del postoperatorio.

Resultados: Se incluyeron en este trabajo 68 pacientes programados para colecistectomía laparoscópica en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. La media de edad fue de 56,36 años, 27 pacientes se clasificaron como ASA I y 41 como ASA II. Entre la patología concomitante, las más frecuentes fueron IMC > 30 (22 pacientes), hipertensión arterial (20 casos), Consumo habitual de tabaco (15 casos) y Dislipemia (11 casos) otras patologías menos frecuentes fueron la presencia entre los antecedentes clínicos de diabetes mellitus (6 casos), EPOC (4 casos), consumo de más de 20 g/día de alcohol (3 casos) e hipotiroidismo (2 casos). De los pacientes seleccionados 4 no fueron operados por motivos ajenos a la intervención quirúrgica. Tras ser intervenidos mediante laparoscopia bajo anestesia general se registraron 8 ingresos (12,4%), 4 por dolor, 2 por sangrado, 1 por NVPO y otro por complicaciones anestésicas (imposibilidad de extubación). En 6 casos (9,37%) se registró alguna complicación en el postoperatorio inmediato, 3 por fiebre y 3 por dolor que se recuperaron sin preci-

sar ingreso hospitalario. La edad media de los pacientes ingresados fue de 59,25 años y de los pacientes con complicaciones de 55,33 años. El 62,5% de los pacientes ingresados y el 30% de aquellos que presentaban complicaciones tenían alguna patología entre sus antecedentes médicos.

Conclusiones: Mas del 87% de los pacientes intervenidos fueron dados de alta el día de la intervención y menos del 10% sufrieron alguna incidencia en el postoperatorio inmediato. La colecistectomía laparoscópica es un proceso quirúrgico que puede realizarse manteniendo los niveles de seguridad y satisfacción de los pacientes en régimen de CMC. Las causas de ingreso y las complicaciones registradas en nuestro trabajo fueron poco severas. Ningún paciente fue reintervenido ni sufrió secuelas tras la intervención. La edad, los hábitos tóxicos o la presencia de patología concomitante no parece tener relación con la incidencia de estos eventos en pacientes ASA I o II.

P-158. SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN INGRESO

F. Docobo Duránte, J.J. Segura Sampedro, V. Sojo Rodríguez, J.A. Navas Cuéllar, S. García Ruiz, J. Mena y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La posibilidad de alta el mismo día tras colecistectomía laparoscópica sigue estando en controversia. El objetivo del estudio es analizar los factores que han posibilitado el alta en el mismo día sin pernocta del paciente.

Material y métodos: Se revisa una serie de 686 enfermos intervenidos por colecistitis crónica litiásica de forma electiva por la mañana, practicándose colecistectomía laparoscópica por un equipo quirúrgico y anestésico entrenado y que fueron alta en la UCMA el mismo día de su intervención. Se valora las características de los pacientes, tipo de anestesia, cirugía realizada, complicaciones, anatomía patológica de la vesícula, índice de satisfacción y evaluación clínica a los 3 meses de la intervención.

Resultados: De los 686 pacientes, 543 eran mujeres (82%) y 143 varones (18%). Edad: 20-39 años 163 (23,7%); 40-59 años 268 (39,2%); 60-79 años 255 (37,1%). Criterios anestésicos: ASA I 154 (22,5%); ASA II 453 (66%); ASA III 79 (11,5%). Tipo anestesia: balanceada 491 (71,1%); TIVA 195 (28,4%). Número de trócares: 3 en 684 (99,7%) 4 (0,6%). Tiempo medio de la intervención quirúrgica 24 ± 7 minutos. Alta en la UCMA: 6-8 horas. Controles postoperatorios telefónicos y primera semana: Asintomáticos 671 (97,85%); Dolor controlado en hipocondrio derecho 17 (2,47%), náuseas o vómitos controlados 2 (0,29%). Controles a los 3 meses: asintomáticos 684 (99,7%), dolor residual en hipocondrio derecho 2 (0,29%), diarrea 2 (0,29%). Estudios Anatomopatológicos: colecistitis crónica 568 (82,79%); colesteroles 75 (10,93%); adenomiomatosis 43 (6,26%). Encuesta de satisfacción: muy alta 487 (70,99%); alta 198 (28,86%); baja 1 (0,14%).

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica en circuito sin pernocta se realiza con seguridad y eficacia y satisfacción siempre que se establezca: Instalaciones adecuadas (tipo de UCMA) y circuitos de derivaciones activos. Información a los pacientes sobre el procedimiento, alta y controles. Selección de los pacientes (colaborador, apoyo social, teléfono, distancia, etc.). Técnica anestésica preventiva de dolor, náuseas y vómitos. Cirugía meticulosa en tiempo controlado. Controles postoperatorios programados.

P-159. VALORACIÓN DE LA HEMORRECTOMÍA EN CIRUGÍA AMBULATORIA: REVISIÓN DE UNA SERIE DE 231 PACIENTES

F. Docobo Duránte, V. Sojo Rodríguez, J.J. Segura Sampedro, J.A. Navas Cuéllar, J.M. Machuca Casanova y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La práctica de hemorroidectomía en los programas de ambulatorización se mantiene en controversia en relación a la aceptación de los pacientes y al control del dolor postoperatorio. Se pretende valorar la eficacia y seguridad de la hemorroidectomía como procedimiento para ser realizado de forma segura y eficaz en un circuito quirúrgico ambulatorio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 231 pacientes intervenidos por patología hemorroidal en régimen de CMA. Criterios de inclusión: presencia de 2-3 nódulos. Colaborador. Aspectos sociales y de ambulatorización cumplidos. ASA I-II -III compensados. No alergias demostradas a anestésicos locales. Ausencia discrasias sanguíneas o anticoagulación. Criterios de exclusión: presencia de más de 3 nódulos o pro-

lapso mucoso rectal. ASA III no compensados. Alergia a anestésicos locales. Alteraciones sanguíneas o anticoagulación. Se valoran aspectos epidemiológicos, procedimiento anestésico y quirúrgico. Se establecen controles postoperatorios telefónicos (línea abierta 24 horas) y en las 24-48 horas, a la semana al mes y a los 3 años. Se valora el momento del alta de la UCMA (índice de resolución) y el índice de satisfacción. Grado de dolor presentado. Reingresos y complicaciones.

Resultados: Serie de 231 pacientes con edad media de 41,62 años. 130 mujeres (56,28%) y 101 varones (43,72%). Número nódulos: 1 nódulo 64 (27,71%), 2 nódulos 151 (65,37%), 3 nódulos 16 (6,92%). Precizaron segunda intervención programada 14 (6,06%). Técnicas realizadas: Ferguson: 176 (76,19%) primera intervención; 13 segunda intervención. Milligan Morgan: 55 (23,81%) primera intervención; 4 segunda intervención. Tipo de anestesia: local mas sedación 130 (56,28%); raquianestesia 101 (43,72%). Índice resolución CMA: 226 (97,84%), < 24 horas 4 (2%), > 24 horas 1 (0,43%). Reingreso: 3 (1,29%). Seguimiento a 3 años: Curación 228, recidiva o persistencia 3. Control a los 3 años: 209 pacientes (90,4%). Edad media 45,71 años. 118 mujeres (56,5%). Anestesia local: 115 (55%), anestesia regional 94 (45%). Í. resolución CMA: 205 (98%), < 24 horas: 4 (2%). Índice de satisfacción: Muy alto 61 (21%), alto 112 (54%), medio 29 (13,7%), bajo 7 (3,3%).

Conclusiones: La hemorroidectomía es un procedimiento realizable con seguridad y eficacia en cirugía sin ingreso siempre que se consigan: indicaciones precisas en pacientes colaboradores y apoyo social; instalaciones y circuito asistencial adecuado; información del procedimiento anestésico-quirúrgico y alta domiciliaria y control evolutivo de los pacientes.

P-160. HEMORROIDECTOMÍA SEGÚN TÉCNICA CLÁSICA DE MILLIGAN-MORGAN FRENTE A SELLADO VASCULAR EN UNA UNIDAD DE CMA

F.G. Onieva González, D. López Guerra, I. Gallarín Salamanca, L. Munuera Romero, I. Pérez Andrés, J. Salas Muñoz, A. Nieves Herrero, C. Pedrero Campos, A. Antúnez Gragera y J. Cáceres Salazar

Complejo Universitario Hospitalario Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: Prevalencia de patología hemorroidal entre el 5-36%. Sólo un 5-10% requerirán cirugía.

Material y métodos: Tratamos de comparar hemorroidectomía según técnica clásica de Milligan-Morgan (TC) vs sellado vascular (SV) en Unidad de CMA, según sexo, edad, dolor, complicaciones postoperatorias y período de convalecencia. Se incluyen hemorroides grado III-IV, dejando la elección de la técnica a criterio del cirujano. Se entrega un protocolo con pauta analgésica en el momento del alta. Se realiza una revisión telefónica a las 24h, y otra presencial al mes de la intervención, donde el paciente rellena un cuestionario, con diferentes variables tanto del postoperatorio como de la atención recibida en nuestra unidad. El análisis estadístico se lleva a cabo mediante test chi-cuadrado, utilizando el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Entre 2007-2011 se trataron en nuestra Unidad de CMA un total 1010 pacientes afectados de patología hemorroidal, realizándose un total de 361. El 53,5% de la muestra fueron varones, cuya edad más frecuente se situó entre los 20-50 años. En 71,2% se realizó la TC. Sólo se encontró diferencias significativas en cuanto a la existencia inflamación al mes de la intervención (0,4% TC vs 2,9% SV, p = 0,05) y el período de convalecencia siendo éste igual o inferior a dos semanas en casi el 60% de pacientes intervenidos con SV (p = 0,003).

Conclusiones: Ambas técnicas obtienen resultados similares, notándose recuperación más pronta en pacientes a los que se les realiza SV.

P-161. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

M.L. Reyes Díaz, J.R. Naranjo Fernández, A. Domínguez Amodeo, Z. Valera Sánchez, J. Cintas Catena, A. Curado Soriano, E. Navarrete de Carcer y F. Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: La cirugía mayor ambulatoria se ha convertido en un pilar básico de la actividad quirúrgica asistencial, abarcando casi el 30% de la misma, entre la patología que engloba cabe mencionar el papel primordial de la reparación herniaria, actualmente en auge el abordaje laparoscópico.

Nuestro objetivo es presentar la reparación herniaria laparoscópica en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, observacional de pacientes intervenidos desde marzo del 2010 a febrero del 2012 en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Resultados: En este periodo se han llevado a cabo 105 hernioplastias inguinales laparoscópicas, mediante técnica totalmente extraperitoneal, 80 de forma ambulatoria (76,2%) y 25 con hospitalización de 24 horas (23,8%). De ellas 81 fueron bilaterales (77,14%) y 24 unilaterales (22,85%). Todos los pacientes han sido de sexo masculino, jóvenes, con media de edad de 46 años. El tiempo medio de intervención fue de 75 minutos en las bilaterales y de 50 en las unilaterales. La tasa de conversión a vía abierta es de 5,71% (6 pacientes), el principal motivo por rotura del peritoneo sin conseguir un cierre adecuado y seguro del mismo para colocar una malla preperitoneal. Entre las complicaciones más frecuentes cabe mencionar 8 casos de seromas (7,61%), 3 hematomas del cordón (2,85%) y 3 neuralgias postoperatorias transitorias (2,85%), y como complicación más grave la reintervención de un paciente (0,95%) por sangrado postquirúrgico. El número de recidivas ha sido 2 pacientes (1,9%) reparados mediante cirugía abierta.

Conclusiones: Realizamos por vía laparoscópica un abordaje totalmente extraperitoneal, considerando que es un procedimiento seguro y reproducible, que como toda reparación laparoscópica precisa de la formación de los cirujanos de la unidad y curva de aprendizaje, presentado un índice de complicaciones, recidivas y evolución aceptables.

P-162. MALLAS AUTOADHESIVAS: EFICIENCIA EN HERNIAS INGUINALES BILATERALES

S. López Goye, M. Echevarría Canoura, S. González Vinagre, F. Amigo Souto, F. Barreiro Morandeira y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: El objetivo es analizar los resultados iniciales de la reparación herniaria con el uso de mallas autoadhesivas en hernias inguinales bilaterales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde el 01/01/11 hasta el 31/03/12. Se operaron por hernia inguinal bilateral 37 pacientes, se realizaron 35 hernioplastias de Lichtenstein y 39 de Rutkow-Robbins.

Resultados: Todos los pacientes fueron dados de alta en menos de 24 horas desde la cirugía, excepto 3 de ellos (ASA III: toma de anticoagulantes orales). Como complicaciones, 5 de ellos presentaron edema de pene, 6 dolor agudo, y sólo 1 paciente presenta dolor crónico. En la serie no hubo ninguna reintervención ni recidiva hasta el momento.

Conclusiones: En esta serie inicial, las mallas autoadhesivas son eficaces en la reparación de hernias inguinales bilaterales, presentan poca incidencia de dolor agudo y crónico, y permiten una rápida recuperación de los pacientes.

P-163. FASCITIS ISQUÉMICA EN PACIENTE JOVEN CON ANOREXIA NERVIOSA

E. Tobaruela de Blas, M.D.P. Hernández Juara, G. Ortega Pérez, C. López Muñoz, L. Carrión Álvarez, P. López, M. Hernández García, A. Rivera Díaz y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La fascitis isquémica es una proliferación pseudosarcomatosa de fibroblastos atípicos en la zona profunda del tejido subcutáneo. Se describe que aparece sobre superficies óseas y es más frecuente en pacientes en pacientes debilitados con un pico de incidencia entre la 8ª-9ª década. Su etiología se relaciona con una cicatrización aberrante tras un traumatismo repetido e isquemia intermitente. No se excluye que represente una variante de las úlceras por presión.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 20 años con anorexia nerviosa que consulta por una tumoración en espalda adyacente a la columna dorsal de meses de evolución. Refiere dorsalgia. Se decide extirpación biopsia de la lesión. Se interviene con anestesia local en 2008. Presenta intensa fibrosis mal delimitada. Existen dudas de que se trate de una tumoración subcutánea dada su mala delimitación. Se realiza una biopsia de la zona central de la tumoración sin extirpación radical dadas las dudas sobre su naturaleza así como proximidad a columna y posible patología subyacente no estudiada de columna. El diagnóstico anatomopatológico fue de pieza de nodulectomía con una fascitis isquémica (fi-

broplasia decubital atípica), que alcanza extensamente el borde de resección. En el postoperatorio se realiza una RN de columna dorsal que muestra una lesión de partes blandas dependiente de la fascia superficial compatible con fascitis nodular como principal posibilidad (mide 5 × 4,8 × 0,76 cm). Hidrosiringomielia. Resto sin alteraciones. La paciente reconoce traumatismos repetidos en la espalda durante ejercicios de gimnasia en el suelo de su domicilio en los dos últimos años con importantes hematomas. Se presenta el caso en el Comité de Tumores y se decide seguimiento. Se ha realizado seguimiento en consultas de Cirugía General durante los últimos 4 años sin observar ninguna tumoración local y con estudios radiológicos que muestran regresión de la lesión.

Discusión: Aunque no se describe en jóvenes, la fascitis isquémica es una entidad que se puede presentar en pacientes jóvenes si se dan otros factores etiológicos como los traumatismos repetidos. El tratamiento es la extirpación conservadora y la eliminación o disminución de la causa que la ha provocado. En este caso se presenta una buena evolución en los 4 primeros años sin extirpación completa. Existen casos de recidiva local pero no evidencia de un comportamiento agresivo. El estar alerta de esta entidad es importante para no diagnosticarla erróneamente como un sarcoma.

P-164. ¿ES LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA UNA MODALIDAD QUIRÚRGICA VIABLE EN PACIENTES CON OBESIDAD MODERADA O GRAVE?

J.A. Navas Cuéllar¹, M. Arance García¹, F. Docobo Durántez², M.D.C. Pérez Torres¹, C. Conde Guzmán² y P.E. Fernández Jiménez¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivos: Conocer el impacto de la obesidad moderada y grave en los índices de ingreso, de suspensiones y de complicaciones postoperatorias en pacientes ASA I o II mayores de 40 años que se intervienen en régimen de CMA con anestesia general o locorregional. Establecer la idoneidad de esta modalidad quirúrgica en pacientes con IMC superiores a 30 (m²/kg).

Material y métodos: Durante un año se registraron los datos de pacientes programados para ser intervenidos en una Unidad de CMA de cualquier procedimiento quirúrgico que precisara anestesia general o anestesia locorregional con o sin sedación por parte de los servicios de Cirugía General, Traumatología, Otorrinolaringología o Urología. Las variables estudiadas fueron: edad (años), peso (kg), talla (m), IMC (m²/kg), "Ingreso hospitalario" definido como permanencia en hospital superior a 24h tras la intervención, "Suspensión quirúrgica" considerada cuando no se realiza la intervención cuando ya está programada, "Complicación postoperatoria" como registro de complicación en las 48h posteriores a la intervención.

Resultados: Se registraron datos de 1.088 pacientes. 859 tenían un IMC menor a 30 m²/kg, en este grupo se registraron un 3,84% de "Complicaciones postoperatorias", 1,16% de "Ingresos hospitalarios" y un 3,48% de "Suspensiones quirúrgicas". 56 pacientes tenían un IMC mayor o igual a 30 m²/kg y menor de 35 m²/kg, el 7,14% de ellos presentó alguna "Complicación postoperatoria", un 7,14% permanecieron ingresados y en el 10,7% se registró "Suspensión quirúrgica". 41 pacientes tenían IMC mayor o igual a 35 m²/kg y menor de 40 m²/kg un 7,31% de ellos presentó complicaciones, un 7,31% fueron ingresados y un 4,87% fueron suspendidos. 19 pacientes igualaron o superaron un IMC de 40 m²/kg, sólo se registró un "Ingreso hospitalario" (5,26%) de los casos. No hubo ningún caso de "Complicación quirúrgica" ni de "Suspensión quirúrgica" en este grupo. En ningún grupo se detectaron complicaciones graves y ningún paciente intervenido sufrió secuelas tras la intervención.

Conclusiones: IMC superiores a 30 m²/kg se asocian a mayores índices de "Suspensiones quirúrgicas", "Ingresos hospitalarios" y "Complicaciones postoperatorias" en CMA. Medidas específicas y criterios de selección estrictos y ajustados al tipo de procedimiento quirúrgico y anestésico deben ser tenidos en cuenta a la hora de incluir estos pacientes en programas de CMA.

P-165. COMPLICACIONES TRAS ALTA POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

F. Docobo Durántez, J.J. Segura Sampedro, V. Sojo Rodríguez, J.A. Navas Cuéllar, M. Arance García y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En la mayoría de las series las complicaciones de la cirugía laparoscópica oscilan entre el 1-5% y la tasa de mortalidad es aproxima-

damente del 0,05%. El objeto de este estudio es valorar la incidencia de complicaciones en enfermos intervenidos de colecistectomía por vía laparoscópica en régimen de CMA y valorar sus complicaciones post alta de unidad satélite de un hospital general.

Material y métodos: En el período 2003-10, 826 pacientes se intervinieron de colecistitis crónica litiasica de forma electiva por laparoscopia con criterios e intención de ambulatorización. 663 (80,26%) eran mujeres y 163 (19,73%) varones. 323 pacientes (39,10%) se encontraban entre 40-59 años. 339 pacientes (41,04%). Vivían a menos de 20 kilómetros de la UCMA. 184 pacientes (22,27%) se clasificaron como ASA I, ASA II 543 (65,73%) y 99 (11,98%) ASA III compensados. El IMC medio fue de 28 kg/m². La bilirrubina total media fue de 0,57 mg/dl. Tipos de anestesia: intravenosa (TIVA) en 255 (30,99%) pacientes y en 571 (69%) balanceada. Tiempo medio de intervención: 28 ± 7 minutos. Número de puertos: 3 en 825 pacientes (99,88%) y 4 en 1 (0,12%) pacientes.

Resultados: Momento del alta: CMA 682 (82,5%); Alta < 23 horas 129 (15,6%); Alta entre 24-48 horas 7 (0,84%); Alta > 48 horas 8 (0,96%). Índice de sustitución hospital de día: 82,8%, 682/826 pacientes. Tiempo medio de alta tras la intervención: 6 horas. Causas de no alta en el mismo día: 144 pacientes presentaron 150 síntomas, incluidas 11 conversiones (1,33%). Dolor abdominal 30 (3,63%), náuseas-vómitos 25 (3,02%), disconfort 38 (4,6%), criterios sociales 40 (4,8%), otros 10 (1 drenaje y 2 drenajes teñidos de sangre) (1,2%). 755 pacientes (91,4%) toleraron dieta el mismo día de la intervención. Los otros 71 pacientes (8,6%) tuvieron una estancia hospitalaria determinada por los síntomas, la necesidad de haber convertido, el disconfort o razones sociales en relación con inseguridad o duda de ser alta en el día. Complicaciones mayores: 1 sangrado/826 (0,1%); 3 fuga biliar/826 (0,36%). Tasa de readmisión: 3/826 pacientes (0,36%). A los 3 meses de la intervención, 815 (98,66%) de los pacientes estaban asintomáticos. 9 presentaban el mismo tipo de dolor abdominal (1,08%); 2 pacientes diarrea (0,24%). Estudios histopatológicos: colecistitis crónica inespecífica en 633 (76,637%) casos, colesteroisis, en 140 (16,94%) y adenomiomatosis, en 53 (6,41%). Índice de satisfacción: elevado 569 (68,88%); normal 245 (29,66%); bajo: 12 (1,45%).

Conclusiones: Los procedimientos laparoscópicos con alta en el día son cada vez más comunes en cirugía digestiva. Debe realizarse consentimiento escrito próximo a la intervención. Informar de las posibles complicaciones incluso de las más infrecuentes. Programar las intervenciones a primera hora. Teléfono de contacto 24 horas todos los días. Control telefónico a las 24-48 horas. Tras el alta: Los pacientes que no se encuentran en buen estado tienen una elevada sospecha de tener una complicación, y deben de ser controlados estrechamente. Son síntomas clínicos de alerta: dolor abdominal, abdomen distendido o defendido, necesidad de opioides, movilidad reducida o imposible, náuseas, escaso apetito, escalofríos, fiebre persistente, arritmia o taquicardias, diuresis escasa, drenajes con bilis o sangre. El estado clínico será la base de su tratamiento en cada momento. Con una adecuada selección de pacientes y procedimientos, estos se realizan con seguridad y, eficacia obteniendo resultados favorables y escasas complicaciones que pueden ser controladas.

P-166. VALORACIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL EN HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL EN CIRUGÍA SIN INGRESO

F. Docobo Duránte, J.J. Segura Sampedro, V. Sojo Rodríguez, S. García Ruiz, J.A. Navas Cuéllar, J. Mena Robles y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La prevalencia de las hernias de la pared y su resolución en circuitos asistenciales sin ingreso conlleva una gestión adecuada de las demoras asistenciales, del gasto derivado y del grado de satisfacción por los pacientes. El objetivo del estudio es valorar estos parámetros en nuestro medio a largo plazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo entre 2005-2009 de las 4.112 hernias que fueron intervenidas en la UCMA. De ellas 2.685 (65,4%) inguinales, 929 umbilicales (22,7%), 256 epigástricas (6,32%), 155 eventraciones (3,8%), 35 crurales (0,9%), 8 de Spiegel y 14 rechazos de prótesis (0,5%). Las técnicas anestésicas fueron local mas sedación 3.943 (95,89%), regional 153 (3,72%) y general en 16 (0,38%). Se valora la tasa de resolución del proceso, la morbimortalidad, la tasa de reingreso y la tasa de satisfacción en relación al tratamiento tras mediante encuesta telefónica tras un mes del alta definitiva.

Resultados: Índice de resolución en hospital de día: hernias inguinales 2.675/2.685 (99,72%), umbilicales 929 (100%), epigástricas 256 (100%),

eventraciones 150/155 (96,77%), crurales 35 (100%), Spiegel 5/8 (62,5%) y rechazo material protésico 14 (100%). 18 pacientes no fueron alta en el día, 12 por dolor (66,66%) y 6 por sangrado (33,33%). Mortalidad nula. Morbilidad presentaron 62 pacientes (1,5%), que fueron 4 infecciones, 32 sangrados y 26 por dolor. La tasa de reingreso fue de 13/4.112 (0,26%) de los que 4 fueron por dolor (30,76%) y 9 por sangrado (69,23%). Índice de satisfacción: muy alto 3380 (82,19%), alto 699 (16,99%), bajo 33 (0,80%).

Conclusiones: La elevada prevalencia de las hernias de la pared abdominal y la demanda de la asistencia lleva a establecer circuitos sin ingreso. La información sobre el procedimiento sin ingreso y una selección de los pacientes según patología y criterios anestesiológicos (ASA I-II y III compensados), junto con los criterios propios de ambulatorización (apoyo social, teléfono, transporte, distancia, etc.) proporciona un elevado índice de resolución sin ingreso y un elevado índice de satisfacción.

P-167. IMPORTANCIA Y EFICIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y PARED ABDOMINAL COMPLEJA

M.L. Reyes Díaz, J.R. Naranjo Fernández, A. Domínguez Amodeo, Z. Valera Sánchez, A. Curado Soriano, J. Cintas Catena, P. Landra Dulantos, J.A. Díaz Milanés, E. Navarrete de Carcer y F. Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Pared Abdominal se define como una unidad funcional perteneciente e integrada a la Unidad Clínica de Gestión de Cirugía General, abarca patología quirúrgica susceptible de ser tratada en régimen de ambulatorio, y aquella patología simple y compleja de la pared abdominal. Desde su creación como unidad independiente ha generado una eficiencia y efectividad que la han convertido en pilar básico de la actividad asistencial. Por dicho motivo queremos presentar los resultados obtenidos en una unidad de CMA y Pared Abdominal de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, que abarca desde 30 de enero del 2010 hasta 30 de enero del 2012. Se analiza el número de consultas, de pacientes tratados, de quirófanos y en general la gestión de dicha unidad.

Resultados: La unidad está compuesto por 7 F.E.A. y 2 M.I.R., se realizan 11 consultas semanales asistida por un miembro de la plantilla, durante estos dos años se han visto en la consulta 28.769 pacientes (de los cuales 16.388 como primera consulta y 12.381 revisiones). Los procedimientos quirúrgicos han sido de 3.179, constituyendo el 42% de la actividad la patología de pared abdominal, con especial mención el aumento del abordaje laparoscópico, tanto en eventraciones como en hernias inguinales bilaterales y unilaterales (realizándose 105 hernioplastias inguinales laparoscópicas), la colecistectomía laparoscópica el 40%, 12% proctología básica, 6% entre partes blandas, mama benigna y biopsias ganglionares. A destacar la Unidad como lugar primordial para la formación de los M.I.R., quienes rotan 6 meses (2 en el primer año de residencia, participando en 125 intervenciones (el 36,16% como cirujano principal) y 4 meses en el tercer año participando en 206 (68,44% como cirujano principal).

Conclusiones: El gasto de CMA es un 60% inferior que los de cirugía con ingreso para igual patología y procedimiento. A nivel nacional y concretamente en nuestro hospital la UCMA constituye una de las unidades con mayor crecimiento y nivel de actividad proporcionando resultados que la convierte en uno de cimientos de la actividad asistencial.

P-168. CATÉTERES DE DIÁLISIS PERITONEAL EN CIRUGÍA

D. Calvo Rodríguez, M.E. López Blanco, S. González Vinagre, F. Amigo Souto, F. Barreiro Morandeira y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: En 1968 se diseñó el catéter de Tenckhoff para la realización de diálisis peritoneal. Se trata de una prótesis cilíndrica de silicona que consta de 3 segmentos: Porción intraperitoneal perforada; porción intraparietal con 2 zonas de Dacron favoreciendo la fijación del catéter; porción externa. El lugar de colocación de estos catéteres es en la región paramediana, atravesando el músculo recto, infraumbilicalmente. Realizamos un estudio retrospectivo de una serie de casos.

Material y métodos: Se operan 73 pacientes de edades comprendidas entre 18 y 89 años, los cuales fueron intervenidos, en nuestro servicio, en

régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en un periodo de tiempo comprendido entre enero 2010 y marzo 2012. Se intenta definir el diagnóstico más frecuente, el tipo de intervención, las complicaciones y el seguimiento posterior de los pacientes.

Resultados: La etiología más frecuente de insuficiencia renal crónica fue la nefropatía diabética (16,4%) aunque en el 34,3% no fue filiada. De los pacientes 73 intervenidos en el 66% de los casos se implanta un catéter de Tenckhoff, en el 4% se recambia y en el 30% se retira. No hubo complicaciones (graves) inmediatas en relación con la cirugía; la complicación, a largo plazo, más frecuente es la peritonitis en 17,8% de los casos. En nuestro servicio el seguimiento de los pacientes es el siguiente 60,3% continúan en diálisis peritoneal, 13,2% entraron en el programa de hemodiálisis, 17,8% fueron trasplantados.

Conclusiones: La diálisis peritoneal es un tratamiento sustitutivo en pacientes con IRC, que requiere la colocación de un catéter de manera sencilla en la cavidad abdominal, el cual se puede realizar de manera efectiva en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

P-169. LINFADENOPATÍA POR SILICONA EN PACIENTE CON PRÓTESIS MAMARIAS

B. Arencibia Pérez, J. Padilla Quintana, J.M. Llanos Gómez, P. Marrero Marrero, E. Rodríguez Ramos, E. Caballero Rodríguez, M.J. Palacios Fanlo, M. Barrera Gómez y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: La linfadenopatía por silicona es una entidad cuya incidencia y prevalencia se desconoce debido a su rareza. Es explicada por la ruptura de la prótesis de silicona o por filtraciones o escapes de la cubierta de una prótesis intacta. Debe hacerse el diagnóstico diferencial principalmente con metástasis y procesos linfoproliferativos.

Caso clínico: Paciente mujer de 34 años que presenta síndrome poliadenopático a estudio. Refiere 1 mes de evolución de aumento de volumen de adenopatías supraclaviculares y axilares izquierdas acompañadas de fiebre y MEG. Sus A.P. ginecológicos: nulípara y sin uso previo de terapia hormonal sustitutiva. Sin A.F. de cáncer de mama. Se realizó implantes mamarios con carácter estético hace 6 años. En el E.F.: adenopatías axilares izquierdas de aproximadamente 3 cm de diámetro, móviles, no adheridas. P.C.: Leucocitos: 3.750 (N: 44,6%), B₂ microglobulina: 3,35. Epstein-Barr: IgG positivos. En el TAC se observa un complejo adenopático supraclavicular izquierdo de aspecto tumoral, adenopatías tumorales axilares izquierdas y posible rotura extracapsular de prótesis mamaria izquierda sin otros hallazgos. Se realiza intervención quirúrgica realizándose exéresis-biopsia de adenopatía axilar izquierda. La anatomía patológica mostró severa alteración de la arquitectura, borrada en un 90% por la presencia de amplios espacios vacíos, numerosos macrófagos y células gigantes multinucleadas, con notable vacuolización del citoplasma. Numerosos macrófagos espumosos y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño y con vacuolas fagocíticas que se relaciona con la fagocitosis de partículas de silicona. Con este resultado se hizo el diagnóstico de linfadenopatía por silicona.

Discusión: Las prótesis mamarias se utilizan desde hace tiempo con fines estéticos y en cirugía reconstructiva. La adenopatía puede presentarse generalmente entre los 4 y 10 años posteriores al implante pero hay referencias en la literatura que los sitúan hasta 20 años después. La incidencia y la prevalencia real de la entidad son desconocidas en el total de la población de mujeres con implantes debido a que la mayoría son casos individuales. El tratamiento debe ser el cambio de la prótesis afectada en los casos sin complicaciones pero si el diagnóstico pasa inadvertido o es tardío podría incluso ser necesaria una mastectomía radical en presentaciones en las cuales se encuentre una destrucción extensa del tejido.

P-170. ONCOCERCOSIS COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN TUMORACIÓN SUBCUTÁNEA

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

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La oncocercosis es una enfermedad parasitaria crónica causada por un gusano nematodo llamado *Onchocerca volvulus* y transmitida por varias especies de moscas negras. La afectación ocular es la

más frecuente, pero en ocasiones cursa como afectación predominantemente cutánea, manifestándose como quistes subcutáneos, duros, indolores, de tamaño variable; donde se encuentra el gusano adulto. Se trata mediante la administración de ivermectina y exéresis de las lesiones. A continuación presentamos un caso clínico con hallazgo incidental de oncocercosis cutánea.

Caso clínico: Mujer de 77 años natural de Guinea y residente en España desde hace 3 años, sin otros antecedentes de interés, a la que se realiza exéresis de tumoración subcutánea en región poplíteica izquierda. Durante el postoperatorio presenta supuración que no cede tras ciclo de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg y aparición de dos tumoraciones subcutáneas indolores de dos centímetros en tobillo y codo izquierdos. Se realiza cultivo de la supuración apreciándose microfilarias de oncocerca ampliándose el estudio y descartando otros parásitos. Ante el hallazgo se realiza exéresis de las nuevas lesiones y se inicia ciclo de antibioterapia con ivermectina 150 µg/kg. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: Alrededor del 99% de los casos de oncocercosis ocurren en África. La infestación parasitaria ocasiona lesiones potencialmente severas en la piel y los ojos, siendo la afectación ocular la más frecuente, llegando a ser la segunda razón más importante de ceguera en el mundo. La forma adulta del gusano puede permanecer en nódulos del tejido subcutáneo. De estos nódulos, las hembras liberan grandes cantidades de larvas, llamadas microfilarias, las cuales son migratorias y cuando alcanzan los ojos producen ceguera. En nuestro medio esta patología es extremadamente infrecuente, no obstante, con la creciente inmigración desde países con elevada incidencia, debería tenerse presente en el diagnóstico diferencial de tumoraciones subcutáneas, principalmente entre la población de riesgo. Todas las tumoraciones subcutáneas deben ser estudiadas por los patólogos de manera sistemática. La oncocercosis no es una enfermedad habitual en nuestro medio, siendo aún más infrecuente su aparición como manifestación cutánea aislada. Sin embargo, tenemos que pensar en parasitosis si las tumoraciones cutáneas presentan una evolución tórpida y los antecedentes epidemiológicos son compatibles.

P-171. LEIOMIOSARCOMA CUTÁNEO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Colomina Pascual, M. Martínez Borrás, M. Ortín Navarro, F. Arlandis Felix, N. Pérez Climent y C. Serra Díaz

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Introducción: El leiomioma sarcoma es un tumor maligno mesenquimal infrecuente. Representa menos del 10% de los sarcomas de tejidos blandos. Su incidencia es similar en ambos sexos. Es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo aunque es más frecuente en las extremidades. Su localización en el cuero cabelludo es excepcional, siendo este un lugar de asiento más frecuente de otros tipos de tumores cutáneos. Su diagnóstico es clínico e histológico, siendo fundamental el estudio inmunohistoquímico. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico con la exéresis amplia del mismo.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 72 años, HTA, DLP, AC x FA. Acude por presentar lesión ulcerada en cuero cabelludo, de contornos mal definidos, con hiperqueratosis perilesional de unos 6 meses de evolución, acompañada de prurito ocasional y sangrado. Ante la sospecha de carcinoma epidermoide se realiza exéresis amplia con resultado AP de leiomioma sarcoma con bordes libres. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para vimentina, desmina, actina musculoespecífica lo que confirma el diagnóstico. El estudio de extensión fue negativo. El paciente permanece libre de enfermedad a los 10 meses. Caso 2: varón de 80 años HTA, AC x FA, operado de colestectomía y hernia inguinal derecha. Durante los controles postoperatorios presenta lesión ulcerada y sangrante en cuero cabelludo, que ha aumentado rápidamente de tamaño en los últimos 2 meses. Ante la sospecha de malignidad se decide cirugía. Se realiza exéresis amplia con resultado de leiomioma sarcoma maligno con bordes libres. El estudio inmunohistoquímico confirma el diagnóstico. El estudio de extensión fue negativo. Tras 3 meses de la intervención el paciente permanece libre de enfermedad.

Discusión: El leiomioma sarcoma cutáneo maligno es un tumor maligno poco frecuente que aparece entre la 6ª-7ª década en ambos sexos. Su forma de presentación es variable, asemejándose a otros tumores cutáneos más frecuentes, por lo que el diagnóstico vendrá determinado por el es-

tudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica completa. Es importante hacer un diagnóstico y tratamiento precoces puesto que la incidencia de recurrencias y de metástasis a distancia es mayor que en otros tumores de la piel.