

CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

COMUNICACIONES ORALES

O-214. UTILIDAD DE LA RM HEPÁTICA CON ÁCIDO GADOXÉTICO (PRIMOVIST) EN LA ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA DE PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

J. Camps Lasa, M. Paraira, M.I. García Domingo, E. Herrero Fonollosa, L. Lázaro García, J.A. de Marcos, A. Salas y E. Cugat Andorra

Hospital Mútua de Terrasa, Terrassa.

Introducción: En el diagnóstico de metástasis hepáticas de CCR es imprescindible una buena estadificación mediante las técnicas de imagen para poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico óptimo. La tomografía computarizada (TC) con contraste es la prueba más estandarizada para el diagnóstico de metástasis hepáticas, aunque la resonancia magnética (RM) podría implantarse como alternativa dados los nuevos contrastes órgano-específicos empleados recientemente. El ácido gadoxético (Gd-EOB-DTPA, Primovist) es un contraste específico hepático intracelular de nueva aparición que parece aportar un incremento en la detección y una mejor caracterización de las lesiones hepáticas en comparación con otros contrastes.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la correlación en la detección de metástasis hepáticas mediante TC con contraste y RM hepática-Primovist y valorar si el empleo de la RM-Primovist implica cambios en el manejo terapéutico de los pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal que supongan una mejora del tratamiento.

Material y métodos: Se han evaluado 14 pacientes diagnosticados e intervenidos de metástasis hepáticas (primera resección) a los cuales se les realizó TC con contraste y RM-Primovist de forma preoperatoria. Durante la cirugía se practicó ecografía hepática intraoperatoria (EIO) complementaria en todos los casos previa a la resección hepática. Los 14 pacientes presentaban 3 (1-7) LOEs hepáticas y las resecciones efectuadas fueron: 6 hepatectomías derechas con resección asociada de una o más LOEs del LHI, una hepatectomía derecha, una hepatectomía izquierda, dos seccionectomías laterales izquierdas con resección asociada de una o más LOEs del s.IV o LHD, una resección s.IVb + s.VII y tres resecciones de un sólo segmento hepático (2 s.IV y 1 s.II). Se ha comparado la correlación del TC y la RM-Primovist en cuanto al número de LOEs hepáticas detectadas y su localización y a su vez la correlación de éstas con las lesiones detectadas por EIO, valorando si el uso de la RM-Primovist implica algún cambio en la decisión quirúrgica final. Así mismo, se ha estudiado la confirmación histológica de estas lesiones por anatomía patológica.

Resultados: En 10/14 (71,4%) casos existe correlación en la detección del número y de la localización de las metástasis hepáticas entre el TC y la RM-Primovist. En 2 pacientes (14,3%) la aportación de la RM-Primovist implicó un cambio en la resección quirúrgica realizada. En un caso (7,1%) este cambio de estrategia permitió la exéresis de una metástasis no bien definida por TC ni EIO, confirmada histológicamente, mientras que en otro la información aportada fue falsamente positiva.

Conclusiones: La RM-Primovist presenta una elevada correlación con el TC con contraste en relación al número y localización de metástasis hepáticas sin aportar información adicional en el 71,4% de los casos. Parece que en algún caso (7,1% de nuestros pacientes) la RM-Primovist puede aportar una mejor detección de metástasis hepáticas de CCR.

O-215. MORBILIDAD TRAS DPC CON ABORDAJE INICIAL DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR Y RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE PANCREATOGASTROSTOMÍA

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

Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción: Nuestra estrategia quirúrgica actual para el tratamiento de los tumores periampulares consiste en la duodeno-

	I	II	III	IV	V	Total
DGE		11*				11**
Fístula pancreática	1	5**	1	3	1	12**
Otros	Fuga biliar (1)	Neumonía (1) Fuga biliar (2) Hemoperitoneo (1)		HDA (2) Fuga gástrica (1) Sepsis previa (1) Hemoperitoneo (1)	Sepsis (1)	11
	2	20	1	8	2 3,20%	33 52,40%

*5 más, presentaron un cuadro de DGE y otra complicación abdominal (2 fístulas pancreáticas, 2 fístulas biliares y un hemoperitoneo).

**1 enfermo presentó un DGE (grado A), una fístula (grado A) y se clasificó como Clavien IV por una sepsis biliar.

pancreatectomía cefálica por vía posterior con abordaje inicial de la AMS, linfadenectomía del hilio hepático y anastomosis pancreático gástrica. Analizamos prospectivamente y de acuerdo a una vía clínica, la morbilidad operatoria siguiendo los criterios de la clasificación de Clavien para las complicaciones postoperatorias y los del ISGPF para el retraso de vaciamiento gástrico y para la fístula pancreática.

Resultados: En los últimos 3 años, hemos realizado 63 DPC; 55 de ellas con abordaje inicial de la AMS. El abordaje inicial de la AMS y linfadenectomía hiliar permite realizar una resección más extensa con una media de 22 ganglios extirpados. Se han producido 2 lesiones de la AMS; una reparada intraoperatoriamente y la segunda, un pseudoaneurisma que debutó como un hemoperitoneo al 6 día postoperatorio.

Han presentado alguna complicación el 52,4%. 11 casos (17% del total de DPC) fueron graves (Clavien \geq III). El resto (Clavien \leq II) se corresponden fundamentalmente con casos de retraso de vaciamiento gástrico (DGE) y fístulas pancreáticas (5) exteriorizadas por los drenajes ambientes. Alargan la estancia media de 9 (para los no complicados) a 23 días. Se distribuyen como se muestra en la tabla. Se han reintervenido 5 pacientes (7,9%): por hemoperitoneo (2), y 1 por fuga de la gastroenteroanastomosis, por HDA de borde se sección pancreático y una por una fístula biliar. 3 de ellos estaban inmunodeprimidos y 4 de ellos precisaron 2 reintervenciones. Han presentado una fístula pancreática el 19% de las DPC y el 36,4% de los complicados (12). El 75% sobre un páncreas blando. Su aparición se concentra en la primera mitad de la serie, presentándose 1 caso en el último 25% de la serie. 2 casos han sido fístulas grado A, 5 casos grado B y se corresponden con fugas (3 biliopancreáticas) sobreinfectadas. Sólo las grado C (5 casos, 41,6% de las fístulas, 7,9% de total de DPC), ha representado gravedad clínica. Solo 2 casos fueron reoperados y habían sido previamente reintervenidos por otro motivo. Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: En nuestra experiencia la pancreatogastrostomía ofrece unas tasas de morbi-mortalidad globales similares a los estándares publicados pero con una baja incidencia de fístulas pancreáticas graves. Situamos como punto de corte en nuestra curva de aprendizaje de la técnica en 50 casos.

O-216. CIRUGÍA INVERSA EN METÁSTASIS HEPÁTICAS SINCRÓNICAS DE ADC COLORRECTAL

F. Mingol Navarro, J. Gallego Plazas, A. Martínez Blasco, J. Lacueva Gómez, P. Moya Forcen, I. Oliver García, J. Pérez Legaz y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Introducción y objetivos: En el año 2006 Mentha et al publicaron la primera serie de pacientes con cáncer colorrectal (CCR) estadio IVa (HEP) tratados mediante cirugía inversa [resección de metástasis hepáticas (MH) previa a cirugía del tumor primario]. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de la Unidad de Cirugía Hepática del Hospital General Universitario de Elche (HGUE) en esta estrategia así como resaltar sus potenciales beneficios.

Material y métodos: Se incluyeron para análisis retrospectivo datos relativos a los pacientes tratados consecutivamente en HGUE mediante resección de MH sincrónicas de CCR IVa entre junio de 2006 y mayo de 2010.

Resultados: La muestra consta de 18 pacientes. La planificación de la cirugía hepática respecto a la del tumor primario fue: secuencial en 5 pacientes (27,8%), sincrónica en 4 (22,2%), e inversa en 9 (50%). El tumor primario fue rectal en 5 pacientes (27,8%), el 80% tratados mediante cirugía inversa. Los pacientes en el grupo de cirugía inversa presentaron un valor medio de CEA superior (265,4 vs 8,7 ng/ml) y un mayor volumen de las MH (7,1 vs

3,9 cm) respecto al resto de pacientes. Todos los pacientes en los que se planificó cirugía inversa recibieron quimioterapia previa a cirugía hepática. En todos, excepto uno, se realizó resección completa de las MH. Se alcanzó respuesta completa patológica hepática en 2 pacientes (22,2%) y respuesta incompleta en el resto. Tras cirugía inversa se administró quimioterapia previa a cirugía de primario en 5 de los 9 pacientes (55,5%) y quimiorradioterapia neoadyuvante a cirugía rectal en los 4 restantes. En 2 de los pacientes (22,2%) no se culminó la estrategia terapéutica planificada.

Conclusiones: La cirugía inversa del CCR IVa (HEP) es un nuevo planteamiento terapéutico en metástasis hepáticas sincrónicas de ADC a tener en cuenta en casos de enfermedad hepática avanzada con primario asintomático, permite alcanzar el control inicial de la enfermedad hepática, la regresión de las MH, así como la administración posterior de quimiorradioterapia neoadyuvante en el cáncer de recto.

O-217. REGIST SUBESTIMA LA RESPUESTA A BEVACIZUMAB EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ADC COLORRECTAL

F. Mingol Navarro, J. Gallego Plazas, A. Martínez Blasco, P. Moya Forcén, J. Lacueva Gómez, J. Pérez Legaz, L. Armañanzas, I. Oliver García, E.J. Santos y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Introducción y objetivos: Los criterios establecidos para la evaluación de respuesta tumoral al tratamiento (RECIST) (Response Evaluation criteria in Solid Tumor) fueron desarrollados para determinar la reducción del volumen tras tratamiento quimioterápico citotóxico, pudiendo estar limitados cuando estiman la respuesta a agentes biológicos citostáticos tales como el bevacizumab. Por este motivo se han desarrollado criterios morfológicos por TAC alternativos. El objetivo de este estudio es comparar la evaluación de respuesta tumoral mediante criterios RECIST y criterios morfológicos por TAC con la respuesta anatomopatológica (RRAP).

Material y métodos: Se recogieron datos relativos a pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal estadio IVa (HEP) sometidos a resección quirúrgica de metástasis tras tratamiento de combinación de quimioterapia y bevacizumab y con reevaluación de respuesta mediante TAC. Se analizaron las respuestas iconográficas evaluadas según criterios RECIST y criterios morfológicos, así como la respuesta histopatológica.

Resultados: Se incluyeron para este análisis 10 pacientes tratados entre junio de 2005 y mayo de 2009. La duración media del tratamiento previo a la cirugía fue de 100,8 días. El intervalo me-

Ovario	4
Melanoma	1
Estómago	3
Intestino delgado	3
Partes blandas	1
Riñón	3
Vértebra	1
Páncreas	1
Pulmón	1
Ano	1
Suprarrenal	1
Testículo	1
Ampolla Vater	1
Vejiga	1
Retroperitoneal	1
Desconocido	1

dio de tiempo entre el fin del tratamiento y la cirugía fue de 49 días. La concordancia entre la evaluación mediante criterios RECIST y los criterios morfológicos fue del 60%. La concordancia entre criterios RECIST y la RRAP fue del 50%, siendo mejorada hasta un 80% mediante la asociación de los criterios morfológicos. La concordancia entre criterios morfológicos y RRAP fue del 70%, mejorada hasta el 80% mediante la asociación de los criterios RECIST. Un 20% de los pacientes, con RRAP superior al 50%, fue erróneamente clasificado tanto por criterios RECIST como por los criterios morfológicos.

Conclusiones: En la reevaluación de respuesta a tratamiento con quimioterapia en combinación con bevacizumab, la calificación de respuesta según criterios RECIST resulta imprecisa, con tendencia a subestimarla, debiendo considerarse la utilización de los criterios morfológicos de reevaluación por TAC.

O-218. ¿TIENEN INDICACIÓN DE RESECCIÓN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN NO COLORRECTAL, NO NEUROENDOCRINO, NO MAMARIO?

C. Gómez Gavara¹, E.M. Montalva Orón¹, R. López-Andújar¹, M. Caballero Soto¹, H. Beltrán¹, L. García Mayor¹, P. Arago², S. Barber², F. San Juan², A. Moya² y M. de Juan²

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: Las resecciones por metástasis hepáticas han demostrado aumentar la supervivencia en los casos de origen colorrectal y neuroendocrino. Por otra parte, las metástasis hepáticas de origen mamario, actualmente con series más largas, parecen haberse estandarizado en pacientes con buena situación clínica, con intervalo libre de enfermedad superior al año, donde se pueda conseguir un R0. Sin embargo, las metástasis hepáticas de otras localizaciones siguen teniendo unas indicaciones no bien definidas, todavía en debate. No obstante, el correcto tratamiento del tumor primario combinado con la resección hepática puede ser una posibilidad de curación en casos seleccionados.

Objetivos: Presentar la demografía, características tumorales, tratamiento y supervivencia de los pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de origen no colorrectal no neuroendocrino no mamario.

Material y métodos: Estudio de 36 pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de origen no colorrectal no neuroendocrino no mamario entre julio 1999 y diciembre de 2010.

Resultados: Se intervinieron 36 pacientes 39% mujeres (N = 14) y 61% varones (N = 22) con una media de edad de 52,7 (\pm 14,82 DE) años. Se realizaron resecciones hepáticas en 25 pacientes, 11 se consideraron irreseccables (5 pacientes por el número de

lesiones, 6 pacientes por enfermedad extrahepática irreseccable), en el 80% de los casos que se precisó laparotomía exploratoria para considerar irreseccabilidad se intervinieron antes del año 2003. Las metástasis hepáticas aparecieron de manera sincrónica en el 22% de los casos reseccados (N = 5). Etiologías del tumor primario en los pacientes reseccados (tabla). El 50% de los pacientes reseccados habían recibido quimioterapia neoadyuvante. Se realizaron 35 resecciones en los 25 pacientes reseccados, precisando hepatectomías mayores en el 31% (N = 7). La mortalidad fue nula y la morbilidad postoperatoria fue del 9%. La anatomía patológica de las lesiones fue un R0 en el 95% de los casos (N = 24) con celularidad de adenocarcinoma en 7 pacientes, 2 tumores epiteliales, 3 GIST, 3 sarcomas, 3 tumores de células claras, 1 células cromafines y 3 carcinomas indiferenciados. En tres de los pacientes reseccados la anatomía patológica informó de hiperplasia nodular focal. Se realizaron re-resecciones por recidiva hepática en 13,6% de los casos (N = 3) a los 28 meses (\pm 14,42 DE) en los tres casos. En las metástasis hepáticas de origen intestinal y ovárico se encontraron las mejores supervivencias.

Conclusiones: Aunque la morbimortalidad actual en las resecciones hepáticas es muy baja, el beneficio a largo plazo de la resección de metástasis de origen no colorrectal no neuroendocrino no mamario es escaso y pueden beneficiarse de la resección hepática solo casos muy seleccionados.

O-219. RESULTADOS TRAS INTERVENCIONES REPETIDAS SOBRE METÁSTASIS HEPÁTICAS

G. Blanco Fernández, A. Prada Villaverde, J. Gómez-Ulla Astray, S. Roldán Baños, J. Flores García, M.J. Matito Díaz, J. Fernández Pérez, O. López Sánchez, F. Botello Martínez, F. Galeano Díaz y G. Solórzano Peck

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Exponer los resultados posquirúrgicos y de supervivencia a medio-largo plazo de la cirugía repetida de metástasis hepáticas en la Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante Hepático del Hospital Infanta Cristina de Badajoz desde febrero de 2006 hasta febrero 2011.

Material y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los 167 pacientes intervenidos de metástasis hepáticas durante este período. Se recogieron 52 parámetros, englobando datos demográficos y referidos al ingreso, características del tumor primario y de las propias metástasis, en relación con la intervención quirúrgica, con la morbimortalidad del postoperatorio y la supervivencia a medio/largo plazo. A partir de estos datos se ha realizado un análisis estadístico descriptivo retrospectivo utilizando el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados: De los 167 casos, en 139 (83,2%) era su primera intervención por metástasis hepáticas y en 28 fueron cirugías su-

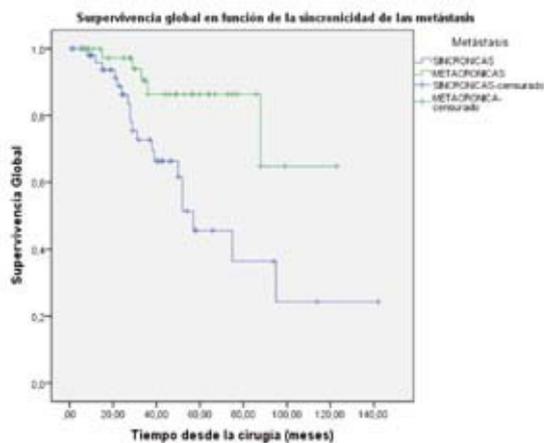
Tabla 1. Comparativa de de variables entre operados primera vez/ sucesivas con tablas de contingencia y chi cuadrado

	Invasión LR	Irreseccabilidad	Trasfusión	Complicación general	Complicación médica	Complicación quirúrgica
Primera	18%	5%	22,6%	28,8%	12,9%	20,1%
Sucesivas	14,3%	3,6%	35,7%	14,3%	7,1%	7,1%
p	0,63	0,74	0,143	0,112	0,102	0,388

Tabla 2. Datos de supervivencia

	A 1 año	A 3 años	A 5 años	Mediana superv (Meses)
Primera IQ	84%	59%	54%	54
Sucesivas	82%	69%	19%	39,75
Global	84%	61%	40%	48,04

cesivas. De ellos en 22 (13,2%) era la segunda intervención, en 5 (3%) la tercera y en 1 la cuarta (0,6%). De los 28 pacientes que no se intervenían por primera vez 8 fueron mujeres (28,6%) y 20 varones (71,4%) con una edad media de $64,04 \pm 12,87$. El origen más frecuente de las metástasis ha sido el cáncer colorrectal suponiendo un 82,1%. En 13 casos la metástasis era única (46,4%). Había afectación de más de un segmento hepático en 19 pacientes (67,9%). Se realizó una hepatectomía mayor en un paciente (3,6%) (entendiendo como hepatectomía mayor a la resección de 3 o más segmentos). Se realizó radiofrecuencia en 14 pacientes (50%), sola 28,6% de las ocasiones. En 4 (14,3%) había invasión locoregional y se encontró irresecable 1 caso (3,6%). Precisaron transfusión 10 pacientes (35,7%). La morbilidad general ha sido de 14,3%. La morbilidad quirúrgica de 7,1%. La estancia media hospitalaria posquirúrgica en días fue de $9,46 \pm 11,42$, frente a $8,53 \pm 5,16$ en los pacientes intervenidos una vez (t-Student no significativo). A pesar de la diferencia en la supervivencia a 5 años desde la primera intervención (54%) y sucesivas (19%) esta, no resultó estadísticamente significativa. En cuanto a la influencia de las distintas variables en la mortalidad, ninguna resultó estadísticamente significativa en el análisis multivariante ($p \leq 0,05$).



Conclusiones: La resección repetida de metástasis hepáticas es frecuentemente realizada en nuestro Servicio. La cirugía repetida de las metástasis en nuestra Unidad es una técnica segura, con una morbilidad aceptable en nuestra serie. Con respecto a la primera intervención, las resecciones repetidas muestran resultados aceptables, con tendencia a menor supervivencia a los 5 años.

O-220. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

P. Quiroz Mercado, A. García-Botella, E. Segura González, C. Ferrigni, A. Sánchez Pernaute, E. Pérez Aguirre, L. Díez Valladares y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

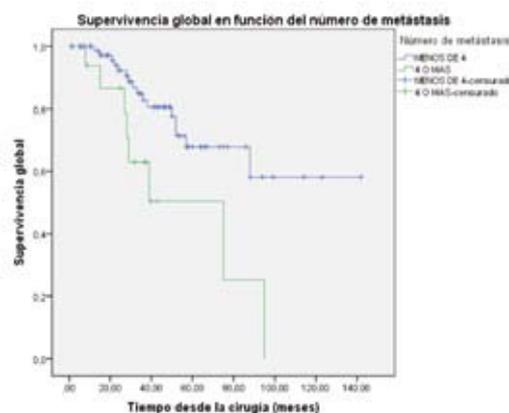
Objetivos: Describir la experiencia en el tratamiento multidisciplinar de las metástasis hepáticas de CCR en la unidad de HPB de nuestro Servicio analizando las características y la supervivencia de dichos pacientes.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de todos los pacientes sometidos a resección de metástasis hepáticas de CCR. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Se intervinieron 102 pacientes. De estos pacientes el 57% eran

hombres y la edad media fue de 64,8 años. Al momento del diagnóstico el 60% fueron estadio IV. El 49% de los pacientes presentó una metástasis única, el 25% dos, el 10% tres, el 16% restante presentó cuatro o más. El 33% tuvo afectación bilateral. El k-Ras se analizó en 29 pacientes, en el 55% de los cuales estaba mutado. El 39% recibió quimioterapia preoperatoria.

Resultados: Se realizaron 118 hepatectomías; en un 43,6% de los pacientes se realizó hepatectomía mayor y en el 56,4% se realizó una hepatectomía menor. En el 20% se realizó resección sincrónica del tumor primario y la enfermedad metastásica. El tiempo entre la resección del primario y la resección de las metástasis hepáticas fue de 14,2 meses (0-79). La estancia media postoperatoria fue de 14,5 días. Entre las complicaciones postoperatorias, la más frecuente fue la infección de herida quirúrgica con un 22%, seguida de infección de orina (13,7%), derrame pleural (10,8%), neumonía (7,8%), fistula biliar (4,9%), absceso hepático (3,9%); un paciente desarrolló insuficiencia hepática transitoria y no hubo mortalidad postoperatoria. De los 9 pacientes que recibieron quimioterapia preoperatoria con bevacizumab uno presentó fistula biliar y otro fue reintervenido por hemoperitoneo. En ningún caso estas complicaciones se relacionaron con los agentes quimioterápicos empleados. En los pacientes que recibieron QT preoperatoria el 17% tuvo bordes afectados tras la resección. La supervivencia libre de enfermedad fue de 18 meses y la supervivencia global (SG) fue de 95 meses. La supervivencia global entre los pacientes que recibieron quimioterapia preoperatoria fue 61,2 meses vs 105,7 meses en los que no la recibieron ($p = 0,005$). En el 12,7% de los pacientes los bordes de resección estaban afectados, lo que se tradujo en una supervivencia global de 38 meses (IC95%: 27-48,7; $p < 0,05$). La supervivencia global en los pacientes con metástasis sincrónicas fue de 72,6 meses vs 102,6 meses en las metacrónicas ($p = 0,004$). En los pacientes con un intervalo entre cirugías menor de 24 meses la supervivencia global fue 80,7 meses vs 112,1. En nuestra experiencia el tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas del CCR es seguro y mejora la supervivencia global, sin embargo, es necesario un abordaje multidisciplinar y una selección adecuada de los pacientes para obtener resultados óptimos. En nuestros pacientes la afectación del borde de resección, la sincronización al diagnóstico y el intervalo entre cirugías menor de 24 meses se asoció con una menor SG. La quimioterapia preoperatoria se asoció a una menor supervivencia global, probablemente debido al peor pronóstico de este subgrupo de pacientes.

Conclusiones: En nuestra experiencia el tratamiento quirúrgico



de las metástasis hepáticas del CCR es seguro y mejora la supervivencia global, sin embargo, es necesario un abordaje multidisciplinar y una selección adecuada de los pacientes para obtener resultados óptimos. En nuestros pacientes la afectación del borde de resección, la sincronización al diagnóstico y el intervalo entre cirugías menor de 24 meses se asoció con una menor SG. La quimioterapia preoperatoria se asoció a una menor supervi-

vencia global, probablemente debido al peor pronóstico de este subgrupo de pacientes.

O-221. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS TRAS RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

P. Quiroz Mercado, A. García-Botella, E. Segura González, I. Domínguez, P. Talavera, E. Pérez Aguirre, L. Díez Valladares y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La resección quirúrgica es el tratamiento estándar de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal, pero únicamente un 10% de pacientes se beneficiarán de esta. En los últimos años, con los modernos quimioterápicos, se ha conseguido rescatar pacientes con enfermedad previamente irrecusable en el 12% de los casos; sin embargo, algunos de estos fármacos pueden asociarse a cambios hepáticos como el hígado graso no alcohólico (NAFLD) y lesiones vasculares, que se asocian con un aumento de la morbimortalidad peri operatoria.

Objetivos: Estudiar los resultados de los cambios anatomopatológicos de las piezas quirúrgicas de los pacientes sometidos a hepatectomías por metástasis de CCR en nuestro centro. Analizar las características, la evolución y la supervivencia de dichos pacientes.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes sometidos a resección de metástasis hepáticas de CCR en el servicio de Cirugía 2 del Hospital Clínico San Carlos. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Se intervinieron 102 pacientes de los cuales el 57% eran hombres. La edad media fue de 64,8 años. El 49% de los pacientes presentó una metástasis única, el 25% dos, el 10% tres, el 4% cuatro y el 16% restante presentó cuatro o más. El 33% tuvo afectación bilateral. El K-ras se analizó en 29 pacientes, en el 55% de los cuales estaba mutado. El 39% recibió quimioterapia preoperatoria.

Resultados: Se realizaron 116 hepatectomías. En el hígado sano la alteración histológica más frecuente fue el NAFLD (33%), seguido de lesiones vasculares en el 3%; fue normal en el 61%. De los pacientes que recibieron QT preoperatoria el 17% tuvo bordes afectos tras la resección (vs 8,6% en los que no la recibieron). De los pacientes con NAFLD un 38,7% recibió oxaliplatino, un 25,8% 5FU, un 12,9% bevacizumab, un 9,7% cetuximab, un 9,7% irinotecán y 19,4% capecitabina. De los pacientes con lesiones vasculares el 33% recibió capecitabina, el 66,7% 5FU, el 100% recibió oxaliplatino, el 33% bevacizumab y ningún paciente recibió irinotecán o cetuximab. No existieron diferencias significativas entre las complicaciones postoperatorias de los pacientes con alteraciones anatomopatológicas e hígado normal. En los pacientes que presentaron menos de 4 metástasis la SG fue de 103 meses vs 55,9 meses en los pacientes con 4 o más ($p = 0,007$). La supervivencia global fue 95 meses. En el 12,7% los bordes de resección estaban afectados, lo que se tradujo en una supervivencia global de 38 meses (IC95%: 27-48,7; $p < 0,05$). No existieron diferencias significativas en la supervivencia global de los pacientes con alteraciones histológicas hepáticas y los pacientes con histología hepática normal (92,3 vs 80,3; $p = 0,3$).

Conclusiones: En nuestros pacientes los factores que impactaron en la SG fueron el borde de resección afecto y el número de metástasis ≥ 4 . Los pacientes con alteraciones histológicas como consecuencia de la quimioterapia preoperatoria, no presentaron diferencias en cuanto a las complicaciones postquirúrgicas. No se observaron diferencias significativas en la SG en función de la presencia o no de alteraciones histológicas.

O-234. RELACIÓN ENTRE EL MARGEN QUIRÚRGICO DE RESECCIÓN Y RECIDIVA TUMORAL Y SUPERVIVENCIA TRAS CIRUGÍA DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL

M. Caballero Soto, E. Montalvá, C. Gómez, R. López, A. Boscá, R. Navarro, J. Maupoey, E. Pareja, A. Moya, J.F. Orbi y M. de Juan

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es establecer la relación entre la profundidad de los márgenes de resección de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR) y la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad, la tasa de recidiva local hepática y extrahepática, en nuestra serie de pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre los 348 pacientes a los que se realizó resección de las MHCCR con intención curativa entre enero de 1997 y enero de 2011 en la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Fe de Valencia, excluyendo las segundas resecciones por recidiva hepática de la enfermedad. Los pacientes se han clasificado de acuerdo al tamaño de los bordes de resección en tres subgrupos: de 1 a 4 mm, de 4,1 a 9,9 mm y ≥ 10 mm. La localización de la recidiva de la enfermedad metastásica se ha catalogado en 3 categorías: no recidiva, recidiva hepática y las restantes, entre las que se incluyen la recidiva extrahepática y la recidiva hepática y extrahepática simultáneamente.

Resultados: Se ha estudiado la influencia del margen de resección en la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) según las 3 categorías de distancia al margen establecidas en nuestro estudio, sin obtener resultados estadísticamente significativos para ninguno de los subgrupos analizados; sin embargo, tras recategorizar dichos márgenes de resección y agruparlos en ≥ 10 mm o < 10 mm, hallamos mejores resultados en cuanto a ambas tasas de supervivencia para pacientes con márgenes de resección ≥ 10 mm. Los pacientes con márgenes de resección ≥ 10 mm presentan una mayor tasa de no recidiva que aquellos con márgenes de resección menores (60,7% vs 39,3%). No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la recidiva hepática o extrahepática en función del margen de resección de las MHCCR. La tasa de pacientes vivos libres de enfermedad es también superior para márgenes de resección ≥ 10 mm, siendo del 63,3% frente al 36,7%.

Conclusiones: Actualmente el tamaño de los márgenes de resección para las MHCCR continúa siendo un punto de controversia para los distintos grupos de trabajo de Cirugía Hepática. Sin embargo parece que las últimas publicaciones coinciden al concluir que unos márgenes de resección subcentimétricos (siempre que sean R0) no presentan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia global de estos pacientes y por tanto no se puede excluir a estos enfermos de ser subsidiarios de tratamiento quirúrgico. Nuestro estudio viene a corroborar el hecho de que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a supervivencia global para márgenes de resección menores a 10 mm, siempre que se consiga una resección R0.

O-190. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL SOBRE ADENOMAS HEPÁTICOS

J.M. Ramia Ángel¹, C. Bernardo², A. Valdivieso³, C. Dopazo⁴, J.M. Jover⁵, J. Figueras⁶, J.L. Fernández⁷, A. Gutiérrez-Calvo⁸, A. Serrablo⁹, L. Díez Valladares¹⁰ y F. Pereira¹¹

¹Hospital General Universitario, Guadalajara; ²Hospital Central de Asturias, Oviedo; ³Hospital de Cruces, Barakaldo; ⁴Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; ⁵Hospital General Universitario, Getafe; ⁶Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona; ⁷Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ⁸Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ⁹Hospital Miguel Servet, Zaragoza; ¹⁰Hospital Clínico Universitario, Madrid; ¹¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El adenoma hepático (AH) es el tumor benigno hepático que presenta más complicaciones (rotura, hemorragia, malignización...) por lo que clásicamente se reseca-ban todos los AH diagnosticados. Ciertas series han demostrado que los AH de menos de 3 cm y que no expresan ciertos marcadores (β catenina) sólo se complican excepcionalmente. Por ello, en la actualidad se postula por el tratamiento conservador de algunos AH. Ante este cambio terapéutico, la Sección HPB de la AEC ha planteado un estudio retrospectivo de AH reseca-dos como paso previo a realizar un estudio prospectivo de todos los adenomas valorados en Unidades HPB.

Material y métodos: Estudio retrospectivo llevado a cabo en 14 Unidades HPB. Los criterios de inclusión: pacientes con AH reseca-do y confirmado histológicamente. Periodo de estudio: 1995-2011. Recogida de datos mediante cuestionario que incluye variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de seguimiento.

Resultados: Hemos intervenido 81 pacientes con AH. Edad media: 39,5 años (rango: 14-75). Sexo: 61 mujeres (75%). Índice de masa corporal: 27 kg/m² (rango: 21-41) Consumo estrógenos: 26%. Ningún paciente reconoció haber consumido andrógenos u otros anabolizantes. Un único paciente afecto de glucogenosis. No se presentaron enfermedades relacionadas con los AH (poliposis, tirosinemia...). El tamaño medio del AH fue 8,8 cm (rango: 1-20 cm). Sólo 6 AH (7,4%) eran menores de 3 cm. El número de adenomas (mediana) fue 1 (rango: 1-12). Nueve pacientes presentaban adenomatosis (> 4 AH). La relación pacientes sintomáticos/asintomáticos en el momento de la intervención fue 41/40. (51% sintomáticos). Entre los sintomáticos, la presentación clínica más habitual fue: dolor abdominal en 29 (71%), y abdomen agudo por rotura o hemorragia en 8 (19.5%). El diagnóstico preoperatorio de AH fue correcto en el 60% de los pacientes. Los diagnósticos incorrectos preoperatorios fueron: (hepatocarcinoma, hiperplasia nodular, angiomiolipoma y metástasis). La intervención quirúrgica fue programada en el 90% (73/81). La técnicas realizadas fueron: hepatectomías mayores (22%), menores (77%) y 1 trasplante hepático. Un 20% con abordaje laparoscópico. La morbilidad fue del 28% (23/81) (Clavien I-II: 19 (82%); Clavien: III-IV: 4 (18%)). No hubo mortalidad. Dos pacientes presentaron malignización del AH a hepatocarcinoma y otro paciente focos de displasia grave en el AH (3.7%). Estos 3 pacientes presentaban tumores únicos de 11 y 6 cm y adenomatosis hepática. El seguimiento (mediana) fue 43 meses (rango: 1-192). Se detectaron 2 recidivas.

Conclusiones: El estudio retrospectivo muestra que los pacientes con AH reseca-dos son habitualmente mujeres con lesiones grandes, con un consumo de estrógenos inferior al esperado (30%). Su diagnóstico preoperatorio es incorrecto en un 40% de los pacientes. La cirugía realizada fue una hepatectomía mayor en el 22% de los casos. Se han intervenido por vía laparoscópica un 20%. Destacar una baja morbilidad y nula mortalidad.

O-191. HEPATOCARCINOMA EN PACIENTE CIRRÓTICO: RESULTADOS DEL MANEJO CON RADIOFRECUENCIA LAPAROSCÓPICA ASOCIADA A ECOGRAFÍA HEPÁTICA INTRAOPERATORIA

H. Durán Giménez-Rico, M. Marcello, P. Galindo, E. Esteban, E. Díaz, Y. Quijano, E. Vicente, B. Morato, C. Corbacho, J. Villanueva y A. Muro

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (ARF) se ha impuesto en el tratamiento del hepatocarcinoma (HCC) irreseca-ble o como terapia puente al trasplante. Sin embargo, su aplicación percutánea en nódulos de difícil acceso puede ocasionar sangrado o agresión térmica a órganos vecinos. La ARF laparoscópica evitaría tales lesiones. Así mismo, la laparoscopia permite asociar a la ARF la ecografía hepática intraoperatoria, lo que incrementaría el rendimiento diagnóstico-estadificación más precisa-, de la RM y del TAC identificando nódulos hasta entonces no vistos.

Objetivos: Estudiar la morbilidad de la técnica y si la asociación de la ecografía laparoscópica ha incrementado en nuestra serie el rendimiento diagnóstico de la RM y el TAC.

Pacientes y métodos: 12 pacientes cirróticos con HCC sometidos a ARF y ecografía intraoperatoria laparoscópica entre junio 2008-mayo 2010. HCC reseca-dos, mayores a 5 cm, con trombosis portal, o asociados a enfermedad hepática severa, fueron excluidos del estudio.

Resultados: La exploración de toda la cavidad abdominal y la exploración ecográfica intrahepática por laparoscopia fue posible en 10 pacientes. En los 2 restantes el bloqueo adherencial presente dificultó la técnica. La ecografía hepática intraoperatoria identificó 6 nuevos nódulos (33%) en comparación con los estudios de imagen preoperatorios. Los 6 nuevos nódulos fueron puncionados con trucut y confirmados en estudio patológico diferido. Además en dos pacientes advirtió incontable número de nódulos cuando los estudios de imagen referían 3 y 5 respectivamente. El tamaño medio de las lesiones no vistas en los estudios preoperatorios fue de 13 mm ($p < 0,05$). Un total de 27 nódulos han sido tratados con ARF (tamaño medio 25,15 mm [5-50 mm]). El tiempo quirúrgico medio fue 97 min (63-129). Las pérdidas sanguíneas en todos los casos fueron mínimas. No hubo morbilidad. Tampoco mortalidad. La estancia media postoperatoria fue 4 días (2-5). El intervalo medio de seguimiento ha sido 20,5 meses (13-32). 7 nódulos en 6 pacientes (50%) han precisado al menos una quimioembolización (tamaño medio 44,71 mm [28-50 mm]) ($p < 0,05$). 11 pacientes permanecen vivos, 7 con enfermedad estabilizada, 3 con nueva enfermedad hepática y 1 con enfermedad extrahepática. 1 paciente con enfermedad extrahepática al diagnóstico falleció a los 13 meses.

Conclusiones: La ARF por abordaje laparoscópico es una técnica segura sin morbimortalidad que en casos bien seleccionados permite a medio plazo un control local del HCC. Si el tamaño del nódulo es mayor a 4cm es preciso asociar una quimioembolización. La ecografía hepática intraoperatoria por laparoscopia ha incrementado en un 33% el rendimiento diagnóstico de la TAC y la RM preoperatoria

O-192. COLANGIOPARCINOMA: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA (2003-2011)

C.A. Blanco, A.B. Sánchez Casado, Y. Aguilera, C. Esteban, J.I. González y L. Muñoz

Hospital Clínico de Salamanca, Salamanca.

Introducción: Los colangiocarcinomas son tumores que se originan en el epitelio de los conductos biliares y que tienen un tra-

tamiento complejo y multidisciplinario. Representan el 6% de los cánceres hepatobiliares y se consideran frecuentemente irresecables en el momento del diagnóstico. La resección, incluso cuando no sea curativa (R1), proporciona mejor paliación que los tratamientos no quirúrgicos. Presentamos la experiencia acumulada durante 8 años en el tratamiento de estos tumores.

Material y métodos: Se realiza análisis retrospectivo, mediante consulta en base de datos, propia de la unidad, de pacientes intervenidos con diagnóstico de colangiocarcinoma. Se realiza estudio descriptivo incluyendo aspectos histológicos y morbimortalidad.

Resultados: Entre febrero 2003 a 2011 se han intervenido 72 pacientes con diagnóstico de colangiocarcinoma. De ellos 11 fueron considerados irresecables durante la cirugía, 18 fueron intrahepáticos y se realizó la hepatectomía correspondiente, en 10 casos la localización fue hiliar distal asociándose una pancreatoclectomía a la exéresis de vía biliar y linfadenectomía, en 20 pacientes con localización en la bifurcación (Klatskin) se realizó de forma estándar hepatectomía del lado afecto, caudectomía, y resección de vía biliar con linfadenectomía, en 12 casos de localización hiliar extrahepática el tumor no afectaba a la bifurcación y se realizó exéresis de vía biliar, biopsias intraoperatorias de márgenes proximal y distal y linfadenectomía hiliar con esqueletización de vasos. En 1 paciente la afectación de ambos márgenes de la vía biliar obligó a la realización de hepatectomía más DPC. Las complicaciones más frecuentes fueron la fístula biliar y las colecciones subfrénicas, resueltas en la mayoría de las ocasiones mediante acceso percutáneo. La estancia media fue de 13 días y 2 pacientes fallecieron en el periodo perioperatorio. La mediana de supervivencia es superior a 16 meses frente a 4 en los no resecables.

Conclusiones: La resección ofrece la única posibilidad de cura y en último caso parece la mejor paliación. La tasa de resecabilidad aumenta con una actitud agresiva. La biopsia intraoperatoria de los márgenes proximal y distal es obligada en esta cirugía, ello permite conseguir resecciones R0 y nos informa de la necesidad de hepatectomía o pancreatoclectomía asociada.

O-193. 100 INTERVENCIONES DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA (2006-2009)

A. Prada Villaverde, M. Arribas, F.L. González Caballero, G. Blanco Fernández, M.J. Matito, A. Guiberteau, A. Calvo, R. Morales, F. Galeano, J. Fernández y G. Solórzano Peck

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Exponer los resultados de 100 intervenciones consecutivas de hidatidosis hepática desde la creación de la Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante Hepático en Hospital Infanta Cristina de Badajoz en febrero de 2006 hasta diciembre 2009.

Material y métodos: Se han revisado las Historias Clínicas de los 100 pacientes intervenidos de hidatidosis hepática durante este período. Se recogieron múltiples variables, englobando datos demográficos y referidos al ingreso, características de los quistes, de la clínica, en relación con la intervención quirúrgica y con la morbimortalidad del postoperatorio. A partir de estos datos se ha realizado un análisis estadístico descriptivo retrospectivo utilizando el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados: El 48% fueron mujeres y el 52% fueron varones con una edad media de $49,89 \pm 16,47$ años. En el momento de la intervención presentaron clínica el 37% de los pacientes (29% dolor en hipocondrio derecho, 7% masa palpable-hepatomegalia, 13% ictericia, 8% dispepsia, 10% náuseas/vómitos, 12% fiebre, 2% anafilaxia). Los quistes fueron únicos en un 78% de los casos. La localización hepática fue: en lóbulo derecho 71%, en lóbulo

izquierdo 36% y bilateral 7%. En el momento de la intervención se encontraron fistulizados 28, abscesificados 10, rotos 5 y calcificados 16. Existía tránsito diafragmático en 15 de ellos. En cuanto a la intervención se realizó quistoperiquistectomía total en 44% de los casos, subtotal/parcial 53% y otras en 3%. Se realizó hepatectomía mayor en un 4% de las intervenciones, resección de un segmento 3%, y de dos segmentos 4%. Se realizó colecistectomía en el 49% de los casos y colangiografía intraoperatoria en un 31%. Recibieron transfusión operatoria de derivados hemáticos un 10% de los pacientes. De los 100 casos, 31 ya se habían intervenido previamente de hidatidosis hepática. La estancia media hospitalaria postquirúrgica en días fue de $9,72 \pm 6,92$. En cuanto a la morbimortalidad, se recogiendo datos referidos a cualquier tipo de hallazgo fuera del postoperatorio normal: Morbilidad general (complicaciones médica y quirúrgicas): 36 pacientes. Morbilidad por complicación quirúrgica: 29 pacientes (18 fístula biliar, 1 ictericia postoperatoria, 6 abscesos intrabdominal, 4 hemorragia/hematoma). No hubo mortalidad postoperatoria. En cuanto a la influencia de las distintas variables en la morbilidad general y quirúrgica, resultó estadísticamente significativa en el análisis multivariante ($p \leq 0,05$) la existencia de comunicación con la vía biliar. Recibieron tratamiento con albendazol en relación con la intervención: 12% antes, 16% después, 13% antes y después.

Conclusiones: 1. La hidatidosis hepática es una patología de alta prevalencia en nuestra comunidad. 2. La cirugía de la hidatidosis hepática en nuestra Unidad es una técnica segura, con una morbimortalidad aceptable en nuestra serie. 3. La comunicación con la vía biliar, además de ser la complicación más frecuente es la que condiciona mayor morbilidad en el postoperatorio.

O-194. MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA E HIPERTENSIÓN PORTAL SOMETIDOS A LAPAROTOMÍA ASOCIADA A RESECCIÓN HEPÁTICA Y/O RADIOFRECUENCIA ABIERTA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO TERCIARIO

A. Colón Rodríguez, J.M. Tellado Rodríguez, A. Matilla Peña, E. Ramón Botella, M. Prieto Martín, G. Clemente Ricote y A. Muñoz-Calero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El sistema de clasificación del BCLC mayoritariamente empleado en occidente restringe las indicaciones de cirugía hepática en carcinoma hepatocelular (CHC) a pacientes con tumores únicos, estadio Child A y sin hipertensión portal. En Oriente la cirugía en el CHC emplea criterios expandidos. La escasez de órganos para trasplante y el incremento en la prevalencia del CHC obliga a ampliar las indicaciones de resección para ofertar tratamientos con intención curativa.

Objetivos: Analizar una cohorte de pacientes intervenidos por CHC con una gradiente portosistémico (GPVH) superior a 10 mmHg.

Material y métodos: Entre 1/2008 y 12/2010, el grupo HPB-CG1 del HGUGM programó 60 pacientes con CHC para laparotomía con resección hepática y/o radiofrecuencia abierta de los que 17 presentaron hipertensión portal significativa con un GPVH > 10 mmHg. En el registro de la Unidad se incluyeron datos demográficos (edad, sexo), la etiología y estadio de la cirrosis hepática (clasificación de Child y MELD), extensión tumoral (nº tumores, tamaño, localización, biomarcadores séricos); estudio funcional preoperatorio (ICG, estudio hemodinámica portal), extensión de la cirugía/ablación (tipo de cirugía, radiofrecuencias) y morbi-mortalidad (estancia media, complicaciones, mortalidad).

Resultados: Los pacientes del estudio (n: 17) presentaban una edad media (59 ± 8 años), una distribución mujeres/hombres de 35,3%-64,7% con una etiología de VHC (10), alcohol (4) y el VHB (3) y una estratificación Child A (94,1%/16 pacientes) y puntuación media de MELD de 8,2 + 1,7. El GPVH medio fue 13,6 + 2,9 mmHg (rango 10,5-20,5) y el índice de retención ICG/R15 fue 23 + 14,2. Diez pacientes fueron sometidos a resección quirúrgica (7 segmentectomías, 1 hepatectomía derecha, 1 bisegmentectomía y una subsegmentectomía) y 7 a radiofrecuencia(s) abiertas. El nº de tumores/paciente 1,82 + 1,2 (rango 1-5) y alfafetoproteína 730 + 2.321 ng/mL. La estancia media postoperatoria fue de 7,76 días (rango 3-21). Cuatro pacientes (23,5%) desarrollaron alguna complicación postoperatoria (dos descompensaciones edemo-ascíticas, una infección del sitio quirúrgico y una insuficiencia hepática), ningún paciente necesitó ser reintervenido y la mortalidad perioperatoria fue 5,9% (1 paciente fallecido por fallo multiorgánico asociado a insuficiencia hepática con bisegmentectomía).

Conclusiones: En pacientes cirróticos muy seleccionados (Child A con MELD < 10) aún con cifras de HTp > 10 mmHg es posible realizar laparotomía asociado con cirugía y/o radiofrecuencia con un índice de morbi-mortalidad equiparable a los pacientes con gradiente < 10 mmHg.

O-195. RESECCIÓN HEPÁTICA DEL HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES > 70 Y < 70 AÑOS. UN ESTUDIO COMPARATIVO

V. Artigas, A. Murillo, J.A. González, A. Gallego, E. Montserrat, M. Rodríguez y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Marco teórico/objetivos: La población mundial, así como la población de España tiene una tendencia importante hacia el envejecimiento. Simultáneamente existe un aumento paralelo en la incidencia de las enfermedades que surgen con más frecuencia en la población senil, entre ellas el cáncer. Hay duda sobre el tratamiento quirúrgico de algunos tipos de malignidad en este segmento de la población dado la agresividad del procedimiento, y sin embargo muchas veces la cirugía consiste la mejor opción terapéutica. En este trabajo analizamos la seguridad y los resultados de las resecciones hepáticas en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en la población mayor en comparación con su contraparte más joven.

Material y métodos: Desde el 2000-2011 realizamos 36 resecciones hepáticas con intención curativa para el tratamiento de pacientes con carcinoma hepatocelular limitado al hígado, clasificados como Child-Pugh A, con presión portal < 10 mmHg. Se realizaron 14 resecciones en pacientes < 70 y 22 en pacientes > 70 años de edad. Estudiamos las características de la población, el procedimiento quirúrgico realizado, y los resultados a corto y largo plazo de ambos y comparamos los resultados.

Resultados: No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en cuanto al sexo, enfermedad hepática, clasificación ASA, alfa-fetoproteína pre operatoria, o función hepática según la clasificación de Child-Pugh. El tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y morbimortalidad fue similar entre ambos grupos. La sobrevida global a 3 y 5 años de la población < 70 años vs su contraparte fue de 85,7% vs 68,7% y 47,6% vs 60% respectivamente (p = 0,813). El periodo libre de enfermedad a 3 y 5 años de los jóvenes vs su contraparte mayor fue de 69,3% vs 35,2% y 39,6% vs 23,4% respectivamente (p = 0,539). Realizamos un análisis univariado y multivariado de la población global buscando factores predictivos de una sobrevida global y un periodo libre de enfermedad menos favorables. En el análisis univariado encontramos que tanto enfermedad multicéntrica, alfa-fetoproteína > 200 ng/ml y la clasificación T del TNM se re-

lacionaban a peor pronóstico. En el análisis multivariado encontramos que la alfa-fetoproteína > 200 ng/ml se relacionaba con una sobrevida global más corta y que la enfermedad multicéntrica se relacionaba con un periodo libre de enfermedad más corto.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 70 años con carcinoma hepatocelular que cumplen criterios de reseccabilidad deberían ser manejados en una manera similar a pacientes más jóvenes. La edad del paciente no debería contraindicar el procedimiento. Los resultados en este segmento de la población son similares a los resultados en los pacientes menores de 70 años.

O-196. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DEL HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CIRRÓTICOS Y NO CIRRÓTICOS

L. Solar García, L. Vázquez Velasco, A. Miyar de León, M. Varela Calvo, L. Barneo Serra, M. Moreno Gijón, R. Gonzalo González, J.C. Fernández Fernández, C. García Bernardo, I. González-Pinto Arrillaga y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Analizar los factores clínicos, anatomopatológicos y quirúrgicos de los pacientes intervenidos por carcinoma hepatocelular (CHC) en relación con la presencia o no de enfermedad hepática subyacente (cirrosis hepática) y su influencia en la supervivencia global y libre de enfermedad.

Material y métodos: Cincuenta y seis pacientes con CHC fueron considerados candidatos para cirugía resectiva entre febrero del 2002 y octubre de 2010. El 60,7% presentaban cirrosis como enfermedad subyacente en estadio A de Child-Pugh, frente al 39,3% que no presentaban cirrosis. Analizamos parámetros quirúrgicos, morbi-mortalidad, la recurrencia y la supervivencia global, y libre de enfermedad.

Resultados: En el análisis de los factores epidemiológicos, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo y la edad entre ambos grupos. El 47,1% de los pacientes cirróticos presentaba serología positiva para virus hepatitis C (p = 0,02). La mayoría de los pacientes con CHC y cirrosis (94,1%) se diagnosticaron en el seguimiento rutinario de su hepatopatía. El 63,6% de los pacientes sin hepatopatía fueron diagnosticados de forma casual (p = 0,13) realizando biopsia para la confirmación histológica de CHC en el 59,1% (p = 0,15). El 94,6% de la muestra era un estadio A de la Barcelona Clínic Liver Cancer staging system of CHC (BCLC) sin demostrarse diferencias entre grupos. Se realizó resección atípica (nodulectomía) en el 38,2% de los pacientes cirróticos frente al 4,5% realizada en pacientes sanos (p = 0,01). Se realizó ecografía intraoperatoria en el 17,6% vs 13,6% respectivamente (p = 0,83). Se empleó Pringle en el 52,9% de los pacientes cirróticos (16 minutos ± 803) frente al 36,3% de los pacientes sin hepatopatía (24,1 minutos ± 13,9) sin observarse diferencias entre grupos. Precizaron transfusiones de hemáties el 20,5% (0,71 ± 0,9) de los pacientes cirróticos frente al 45,4% (2 ± 1,9) de los pacientes sin hepatopatía (p = 0,01). El uso de hemostáticos locales o drenaje aspirativo no mostró diferencias entre grupos. Presentaron complicaciones en el postoperatorio el 35,3% y el 18,1% respectivamente (p = 0,14) sin diferencias en cuanto a la necesidad de reintervención. Respecto al análisis anatomopatológico sólo demostraron diferencias entre grupos según el tamaño de la lesión (p = 0,02) siendo mayor en pacientes no cirróticos (65,5 mm ± 39,7) y la presencia de satelitosis (p = 0,03), más habitual en pacientes cirróticos. No hubo diferencias respecto a la tasa de recidiva. La mediana de supervivencia libre de enfermedad de los pacientes cirróticos fue de 33 meses (DE 7,9; IC95% 17,5-48,5). Los pacientes sin hepatopatía presentaron una mediana de supervivencia libre de enfermedad de 64,7 meses (DE 10,5; IC95%

44,1-85,4). La mediana de supervivencia global de los pacientes cirróticos fue de 41 meses (DE 7,3; IC95% 26,6-55,4) respecto a los pacientes sin hepatopatía (mediana de supervivencia de 62 meses. DE 17,1; IC95% 28,3-95,7). Ninguna variable mantuvo un efecto pronóstico independiente respecto a la supervivencia.

Conclusiones: La resección quirúrgica del hepatocarcinoma es una opción terapéutica segura, con cifras de morbi-mortalidad asumible. Sobre todo en pacientes cirróticos la cirugía resectiva, presenta una alta tasa de recurrencia. De ahí que en estos enfermos, el trasplante hepático en pacientes seleccionados, que estén dentro de los criterios de Milán, sea probablemente el tratamiento más eficaz.

O-197. RESULTADOS DE LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN EL HEPATOCARCINOMA. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

L. Solar García, L. Vázquez Velasco, A. Miyar de León, M. Varela Calvo, L. Barneo Serra, M. Moreno Gijón, R. Gonzalo González, J.C. Fernández Fernández, C. García Bernardo, I. González-Pinto Arrillaga y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Analizar las variables clínicas-epidemiológicas, quirúrgicas y anatomopatológicas, así como la supervivencia global y libre de enfermedad de los pacientes diagnosticados de carcinoma hepatocelular (CHC) sometidos a cirugía resectiva.

Material y métodos: Entre febrero del 2002 y octubre del 2010, 56 pacientes con CHC, fueron sometidos a cirugía resectiva hepática. Se analizaron los datos clínicos-epidemiológicos, diagnósticos, analíticos, así como los parámetros quirúrgicos y postoperatorios de morbi-mortalidad. Se recogieron parámetros de recurrencia durante el seguimiento hasta Abril de 2011 analizando la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad al final del seguimiento.

Resultados: El 80,4% de la muestra eran hombre. La edad media fue de 61,4 años (28-79). En un 60,7% de los casos, el CHC se asentaba sobre hígado cirrótico. El diagnóstico preoperatorio se realizó mediante biopsia en el 42,9% de los pacientes, el resto de la muestra se diagnosticó según criterios radiológicos. La mayoría de los CHC (87,4%) eran uninodulares. Los valores medios de alfa-fetoproteína (AFP) preoperatoria fueron de 513,9 ng/dl (1,28-17.500). Un 94,7% de los casos eran estadio A, según la clasificación de la Barcelona Clinic Liver Cancer staging system of CHC (BCLC). Se hicieron resecciones anatómicas (segmentectomía y resecciones hepáticas mayores) en el 75% de la muestra frente a un 25% de resecciones atípicas. La segmentectomía fue la técnica quirúrgica más empleada (53,6%). Todas las resecciones atípicas, se realizaron en pacientes cirróticos, excepto un caso. El 69,6% no precisó transfusiones de hemoderivados durante la intervención. El clampaje hiliar intermitente se realizó en el 46,5% de los casos. En el 26,8% se usó algún tipo de hemostático. El tiempo medio quirúrgico fue de 178,9 minutos (90-280). Un 28,6% de los pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias, siendo la ascitis y el absceso intraabdominal las más frecuentes (8,9%). La tasa de reintervención fue 5,4%. La estancia media hospitalaria fue de 11 días. El tamaño medio de la lesión fue de 49,1 mm (10-162). En el estudio anatomopatológico de los especímenes quirúrgicos se analizaron la afectación de bordes quirúrgicos, la invasión microvascular, y la presencia de satelitosis que fue del 3,6%, 23,2% y 17,9% respectivamente. El 42,9% de los pacientes, tenían tumores con pobre diferenciación celular. La tasa de recurrencia tumoral tras cirugía fue del 46,4% (el 12,5% durante los primeros 6 meses), instaurándose tras la misma, tratamiento con sorafenib en el 17,9% de los casos. Un 26,8% de los pacientes fueron exitus al final del seguimiento, siendo la

causa más frecuente de muerte la progresión de la enfermedad (19,6%). La mediana de supervivencia fue de 50 meses (\pm 10,1) con una supervivencia al año, tres y cinco años de 85,2%, 57,9% y 41,2% respectivamente. La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 37 meses (\pm 8,2) con una tasa del 72,2%, 53,1% y 42,2% al año, tres y cinco años del seguimiento.

Conclusiones: La cirugía resectiva del CHC, es una opción terapéutica eficaz, en pacientes cirróticos con buena función hepatocelular (Child A) sin hipertensión portal y en pacientes estadio A del BCLC, aunque presenta una tasa de recurrencia elevada. En el momento actual los pacientes con criterios de mal pronóstico tras el estudio histológico (invasión microvascular, satelitosis y pobre diferenciación celular) son incluidos en lista de espera de trasplante hepático si cumplen criterios de Milán.

O-198. CIRUGÍA RADICAL DEL TUMOR DE KLATSKIN: EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

F.A. Vergara Suárez, C. Tarazona, E. Montalva Orón, I. Gómez i Gavara, M. Cortes Cerrisuelo, E. Pareja Ibars, J.F. Orbis Castellanos, F. San Juan, A. Moya, R. López Andújar y M. de Juan Burgueño

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del tumor de Klatskin. Se presenta las resecciones realizadas en los últimos 7 años en el Hospital Universitario La Fe.

Material y métodos: Entre mayo de 2003 y diciembre de 2010 fueron intervenidos con intención de resección quirúrgica 25 pacientes con diagnóstico de tumor de Klatskin. Identificamos dos períodos en el tiempo, el primero entre los años 2003-2006 y el segundo entre los años 2007 y 2010. Durante el primer período se intervinieron 10 pacientes y durante el segundo 15. Realizamos un estudio descriptivo y comparativo de la tasa de reseccabilidad, la tasa de complicaciones y mortalidad posoperatoria, así como la sobrevida. Además se describe la utilización de drenajes biliares y embolicaciones portales preoperatorias.

Resultados: Todos los pacientes intervenidos durante estos 7 años de revisión, n = 25, fueron tratados con intención curativa, sin embargo el 28% de los mismos fueron considerados irreseccables intraoperatoriamente por extensión de la enfermedad. La tasa de reseccabilidad en el primer período fue del 50% mientras que el segundo se incrementó al 86%. En los pacientes reseccados en primer grupo n = 5, 3 correspondían estadio I, 1 al estadio II y 1 al estadio III. De los pacientes del segundo período a quienes se les realizó cirugía radical n = 13, 4 correspondían a un estadio I y 9 al estadio II. En el segundo grupo se realizaron 13 resecciones, incluyendo en 12 la resección del caudado (segmento 1) y entre las cuales se encuentran 3 triseccionectomías derechas, 3 hepatectomías derechas y 6 hepatectomías izquierdas. Además en 4 pacientes se asoció reconstrucción arterial hepática (n = 1), reconstrucción portal (n = 2) y reconstrucción portal y arterial (n = 1). A 4 pacientes de este grupo se les realizó embolización portal percutánea preoperatoria, mientras que en el primer grupo no se realizó ninguna. En el segundo período la mortalidad a 30 días fue del 8% en comparación con el 20% del primero. Estas cifras corresponden de igual manera con la tasa de reintervención en cada grupo reseccado. La sobrevida de a 1 año es del 66% en los pacientes del segundo período.

Conclusiones: La modificación de la estrategia quirúrgica hacia tratamientos más agresivos junto con un mejor estudio, evaluación y preparación preoperatoria de los pacientes, permite obtener un aumento en las tasa de reseccabilidad con una morbi-mortalidad aceptable.

O-205. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PRECOZ EN LA COLECISTITIS AGUDA: RESULTADOS, FACTORES RELACIONADOS CON LA ESTANCIA POSTOPERATORIA Y ANÁLISIS DE MEJORA

I. Fernández Burgos, J.M. Aranda Narváez, Y. Pulido Roa, R. Becerra Ortiz, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Exceptuando pacientes inoperables o con largo tiempo de evolución del cuadro inflamatorio, la colecistectomía precoz laparoscópica es la opción terapéutica más aceptada en términos de coste-eficacia y seguridad para la colecistitis aguda (CA). Presentamos un estudio para evaluar los resultados de esta política terapéutica en un Hospital de tercer nivel, identificando factores determinantes en la atención postoperatoria y potenciales áreas de mejora.

Material y métodos: Estudio desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos por CA con colecistectomía precoz (durante el ingreso por brote inflamatorio agudo) con intención laparoscópica en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga, entre enero 2008 y diciembre 2010. La indicación se estableció generalmente en base al tiempo de evolución (≤ 4 días) y a criterios de operabilidad (índice de riesgo anestésico de la American Society of Anaesthesiologists -ASA- \leq III). 1) Análisis descriptivo muestral y de morbimortalidad. 2) Estudio observacional analítico, contemplando como variable resultado la estancia postoperatoria y como predictoras edad, género, ASA, vía de abordaje, estadio evolutivo de la colecistitis, colocación de drenaje y morbilidad postoperatoria (diferenciando infección de sitio quirúrgico -SSI- de otras y clasificándola según las aportaciones de Dindo-Clavien). Análisis estadístico: software SPSS. 1) Definición de estimadores muestrales y resultados mediante mediana y rango para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Análisis multivariante mediante regresión lineal, considerando de relevancia estadística niveles de significación $p < 0,05$.

Resultados: Muestra final de 343 pacientes en los que se realizó una colecistectomía precoz por CA durante el periodo de estudio. Mediana de edad de 62 años (r: 17-93), con discreto predominio de mujeres (53,6%, ratio 1,16/1). La mayoría de los pacientes presentaban un ASA de bajo riesgo (I o II, 77,8%). La presentación en forma de estadios evolucionados fue mayoritaria (57,7% de pacientes). En el 80% de los casos se inició un abordaje laparoscópico, con un 12% de conversión, y se dejó un drenaje en el

62,4% de los casos. Mortalidad: 6 pacientes (1,75%), 5 octogenarios y 1 con neoplasia de páncreas asociada. Morbilidad postoperatoria: 18,1%, siendo destacables una tasa de infección de sitio quirúrgico del 4,9% (11 infecciones parietales y 6 de órgano/espacio) y 9 episodios de fístula biliar (2,6%), 7 tipo A (cierre espontáneo), 1 tipo D y 1 tipo E1 (estas dos últimas precisaron manejo endoscópico) de la clasificación de Strasberg. A igualdad del resto de variables, la estancia postoperatoria vino significativamente determinada por la vía de abordaje ($p < 0,02$, IC95% 0,2-2,5 días más para la vía abierta/convertida), la indicación de drenaje ($p < 0,01$, IC95% 0,2-2,4 días más de estancia para pacientes con drenaje) y la morbilidad postoperatoria según Dindo-Clavien ($p < 0,000$, IC95% 5,7-8,2 días más de estancia para pacientes con morbilidad). Sin embargo edad, género, estadio evolutivo e índice ASA no mostraron influencia alguna.

Conclusiones: La colecistectomía precoz con intención laparoscópica para la CA muestra unos buenos resultados, definiéndose como la medida terapéutica de elección en pacientes con ≤ 4 días de evolución y ASA \leq III, debiendo cuidarse estrictamente la indicación en pacientes de edad avanzada o pluripatológicos. La importancia de la colecistectomía precoz como control de foco infeccioso en la CA hace que el estadio evolutivo no influya en la estancia hospitalaria. Con una correcta política de seguimiento postoperatorio se consigue el acortamiento de la estancia asociado al abordaje laparoscópico también en la CA. Podría evaluarse la indicación y los resultados del drenaje también en el contexto de la colecistectomía precoz por CA en la era de las restricciones en su uso. En caso de indicarse debe procederse a su retirada precoz para evitar innecesarias prolongaciones de la estancia postoperatoria.

O-206. SCORE PREDICTIVO DE COLEDOCOLITIASIS

R.I. Navarro Milla, J.A. Bueno Lledo, J.L. Ibáñez Ciri6n, M. Caballero Soto, A. Boscà Robledo, C. Gómez i Gavara, Y. Sosa Quesada, H.A. Beltrán Herrera, R.L. García-Mayor Fernández y M. de Juan Burgueño

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La coledocolitiasis es la causa más común de ictericia obstructiva y colangitis ocurriendo en aproximadamente el 10% de los pacientes con colelitiasis sintomática. La colangio resonancia magnética (CRMN) es una muy buena técnica de imagen, no invasiva para valorar la vía biliar que permite que no sea necesario realizar en la mayoría de los casos colangiografía intraoperatoria. El objetivo de este estudio ha sido establecer un score preoperatorio predictivo de coledocolitiasis.

Material y métodos: Realizamos una recogida prospectiva de datos sobre un total de 236 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, durante un periodo de 18 meses; Todos ellos ingresados de urgencia por cuadros de colelitiasis complicada (colangitis, coledocolitiasis, pancreatitis, cólico biliar resistente a analgesia...) Estudiamos datos relativos al paciente y sus antecedentes, patología biliar previa, datos analíticos (GOT/GPT/GGT/BRBt/FA/amilasa), hallazgos en pruebas de imagen (ecografía/colangiografía), hallazgos intraoperatorios y postoperatorio. Realizamos análisis multivariante de regresión logística, para identificar predictores independientes de coledocolitiasis con el programa SPSS17.0.

Resultados: 55 pacientes (edad media $53,9 \pm 13,3$ años, rango 38-76 años) presentaron coledocolitiasis. Los factores predictores fueron la aparición de ictericia, elevación de bilirrubina, GOT/GPT e imagen ecográfica de coledocolitiasis o dilatación de la VBp > 8 mm ($p < 0,05$). La mayor especificidad en los hallazgos clínicos (100%) y VPP (100%) se encontró en la historia de la colangitis e ictericia. De los valores analíticos la bilirrubina total y fosfatasa alcalina tuvo la mayor especificidad (72,1%) y VPP (12,5%). De los

Variable	Puntuación
BT	
< 2	0
2-4	1
> 4	2
Diámetro vía biliar	
≥ 8 mm	2
< 8 mm	0
Fosfatasa alcalina	
> 200	2
100-200	1
< 100	0
Antecedentes biliares	
Sí	1
No	0
Score predictivo	Riesgo de coledocolitiasis
< 3	Bajo
Colecistectomía	
3-5	Medio
> 5	Alto
	CRNM ERCP/Cirugía

hallazgos ecográficos la observación de coledocolitiasis fue el factor más importante con una sensibilidad del 94,5%, una especificidad del 99% y un VPP de 99%. Planteamos por tanto en la tabla el Score predictivo preoperatorio de coledocolitiasis.

Conclusiones: Los factores más importantes para la predicción de coledocolitiasis son la historia de colangitis y pancreatitis, la presencia de ictericia, elevación de fosfatasa alcalina, y la evidencia ecográfica de coledocolitiasis o dilatación de VBP. Este score resultaría útil para determinar los candidatos a realizar CRNM, CPRE preoperatoria o directamente colecistectomía laparoscópica.

O-207. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES HOSPITALARIOS EN EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOLITIASIS

R.E. Ramírez Maldonado, R. Jorba Martín, J. Fabregat Prous, D. Busiac González, M. Banque Navarro, J. Gornals Soler, J. Busquets Barenys, N. Peláez Serra, E. Ramos Rubio y A. Rafecas Renau

Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El abordaje laparoscópico en un tiempo de la coledocolitiasis asociada a colelitiasis es un procedimiento que ha demostrado en la literatura resultados comparables a la extracción de cálculos mediante colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colecistectomía en un segundo tiempo. El análisis de los costes hospitalarios podría ser un factor decisivo a la hora de optar entre las dos opciones terapéuticas.

Objetivos: Comparar la efectividad de dos alternativas terapéuticas en el tratamiento de la coledocolitiasis: 1) Un tiempo: Colecistectomía y exploración de la vía biliar por laparoscopia y 2) Dos tiempos: CPRE previa y en un segundo tiempo colecistectomía laparoscópica. Identificar cual de las alternativas se efectúa con el coste más bajo.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 49 pacientes con coledocolitiasis y vesícula in situ, tratados de forma consecutiva y simultánea durante dos años, mediante uno de los dos procedimientos. Se evaluaron: complicaciones postoperatorias y post-CPRE, estancia hospitalaria, número de procedimientos por paciente, conversión a laparotomía, efectividad en la extracción de cálculos y costes hospitalarios. Análisis de las variables cuantitativas de datos independientes mediante el test t-Student, en caso de distribución no normal se utilizó el test U de Mann-Whitney. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó el test χ^2 o el test de Fisher según la distribución normal de las mismas.

Resultados: No hubo diferencias significativas entre los dos grupos de pacientes en cuanto a edad, sexo, clasificación ASA, ni tipo de presentación clínica. Se observó morbilidad en 9 pacientes. En 3 del grupo Un tiempo (13%) y en 6 del grupo Dos tiempos (23%) ($p = 0,3$). No hubo mortalidad en ninguno de los grupos. La estancia postoperatoria media para el grupo Un tiempo fue de 5 días (1-16) y para el grupo Dos tiempos fue de 8 días (2-15) ($p = 0,02$). El 27% de los pacientes del grupo Dos tiempos requirieron más de una CPRE para resolver la coledocolitiasis y en siete casos la colocación de endoprótesis biliar temporal. Tres pacientes de este grupo requirieron conversión a laparotomía en el momento de la colecistectomía por el grave componente inflamatorio y/o coledocolitiasis residual. Ningún paciente del grupo Un tiempo precisó conversión. Los costes fueron definidos por categorías y calculados para cada paciente. La mediana de costes por paciente fueron significativamente menores para el procedimiento en un tiempo (4.182,57€) vs dos tiempos (5.129,70€). Aunque el tiempo operatorio fue mayor para el grupo Un tiempo, el coste añadido de la CPRE y la estancia hospitalaria determinaron el mayor coste del procedimiento en el grupo Dos tiempos. El procedimiento en Un tiempo representó un ahorro total durante el período estudiado de 37.173€.

Conclusiones: Entre las dos opciones terapéuticas estudiadas, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la efectividad ni la morbi-mortalidad postoperatorias, pero si desde el punto de vista de la estancia y de costes hospitalarios. En nuestra experiencia, el manejo de los pacientes con coledocolitiasis en un solo tiempo representó un ahorro medio de 3 días de estancia y 930 € por paciente.

O-208. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA (2005-2010): 1.105 CASOS

A. Paz Yáñez, A. Mansilla Roselló, J.D. Turiño Luque, J.M. Avella Vega, A.B. Bustos Merlo y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La colecistitis aguda es uno de los procesos con más prevalencia en la cirugía de urgencias en el momento actual. Su tratamiento, quirúrgico inmediato o diferido, ha sido objeto de debate en los últimos años, llegando a la conclusión de que la colecistectomía urgente en las primeras 48-72h de evolución es la actuación terapéutica más recomendable. En este estudio evaluamos nuestra actuación sobre esta patología en los últimos 6 años.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda ingresados en el Servicio de Cirugía General durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010. Analizamos las variables epidemiológicas (edad, sexo), tipo de tratamiento (médico, quirúrgico), vía de abordaje quirúrgica (laparotómica o laparoscópica), estancia media hospitalaria y morbimortalidad.

Resultados: En total se han analizado 1105 pacientes, 623 varones (56,4%) y 482 mujeres (43,6%) con una edad media de 67,69 años (rango 19-101). Se realizó tratamiento quirúrgico en 1038 pacientes (93,9%) y tratamiento médico en 67 pacientes (6,1%). La colecistectomía se realizó por abordaje laparoscópico en 677 pacientes (65,2%) y laparotómico en 367 casos (34,8%). La estancia media total fue de 8,13 días (rango 0-133) siendo para el grupo tratado quirúrgicamente de 7,52 días (rango 1-133) y para los tratados médicamente 7,13 días (rango 0-28). La estancia media de la colecistectomía laparoscópica fue de 5,07 días (1-49) y de 11,4 días (1-133) para la colecistectomía abierta. La tasa de mortalidad total fue del 4,5% (50 pacientes). En el grupo tratado quirúrgicamente, la tasa de mortalidad fue del 2,8% (30 pacientes) frente al 29% (20 pacientes) de los pacientes no operados. La tasa de mortalidad de la colecistectomía laparoscópica fue del 0,9% (6 pacientes) y de la colecistectomía abierta fue del 7,1% (24 pacientes).

Conclusiones: A la vista de los resultados, consideramos que el tratamiento de elección de la colecistitis aguda debe de ser la colecistectomía. La vía de abordaje de elección debe de ser laparoscópica, ya que según se ha podido observar, disminuye la estancia hospitalaria y la tasa de mortalidad perioperatoria.

O-209. COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EO-DIRIGIDA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL PACIENTE ANCIANO DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

M. Amillo Zaragüeta, M. Juvany Gómez, N. Rosón Gradaille, X. Guirao Garriga, E. Nve Obiang, M. Casal Rossell, S. Amador Gil, A. Ciscar Belles y J.M. Badia Pérez

Hospital General de Granollers, Granollers.

Introducción: El tratamiento gold estándar para la colecistitis aguda es la colecistectomía, con una tasa de mortalidad del 0-0,8%. Sin embargo, en los pacientes ancianos de alto riesgo

quirúrgico, la colecistectomía puede alcanzar una tasa de mortalidad del 14 al 30% e incluso 77% en pacientes ASA-IV. La colecistostomía percutánea eco-dirigida es una alternativa para estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la eficacia clínica de la colecistostomía percutánea en el tratamiento de la colecistitis aguda y la necesidad de cirugía posterior en pacientes ancianos de alto riesgo.

Material y métodos: 35 pacientes con diagnóstico clínico de colecistitis aguda han sido tratados mediante colecistostomía percutánea eco-dirigida durante un período de 5 años. La edad media ha sido 81 años y la media del ASA de 3,6. Hemos analizado retrospectivamente la eficacia clínica, las complicaciones relacionadas con la técnica y la necesidad de colecistectomía durante un período medio de seguimiento de 16 semanas. También hemos comparamos los parámetros de SIRS, la proteína C-reactiva (PCR) y la bilirrubina total en el momento del diagnóstico entre los grupos con buenos y malos resultados primarios.

Resultados: 26 pacientes han tenido una buena evolución clínica durante los primeros 30 días y los otros 9 no han mostrado ninguna mejoría después de la colocación del catéter (eficacia clínica del 74%). De los 9 pacientes sin respuesta, 8 pacientes han fallecido durante los primeros 30 días (mortalidad del 26%) y 1 paciente ha sido sometido a una colecistectomía con éxito. Ha habido dos complicaciones importantes relacionadas con la técnica (una perforación de vesícula biliar y una hemorragia del hígado de superficie) que han sido exitus (morbilidad y mortalidad 5,7%). De los 26 pacientes con una buena evolución primaria, únicamente a 5 se les ha realizado cirugía durante el seguimiento. No hemos observado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros de SIRS. La PCR, a pesar de no ser significativamente superior en los pacientes con mala evolución primaria ha sido más elevada (268 frente a 207 mg/L, $p = 0,09$). Los valores de bilirrubina total han sido significativamente más elevados en los pacientes con mala evolución primaria (5,1 frente a 1,6, $p = 0,04$), sugiriendo un componente de colangitis relacionado con peor pronóstico.

Conclusiones: La colecistostomía percutánea eco-dirigida es la técnica de elección para la colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo de edad avanzada (74% de eficacia clínica) y es un tratamiento definitivo en el 81% de los pacientes con un buen resultado primario. La bilirrubina total elevada en el momento del diagnóstico se asocia a un peor pronóstico.

O-210. COLECISTITIS AGUDA: RESULTADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL ESPECIALIZADA EN PATOLOGÍA DE URGENCIAS

G. Díaz del Gobbo, C. Ginesta, R. Soliva, A. Martínez, M. Valentini, X. Morales, O. Vidal, G. Benarroch y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Analizar el resultado del tratamiento de las colecistitis agudas (CA) en un servicio con especial dedicación a la patología de urgencias, durante el periodo comprendido entre 1 de enero de 2010 y 31 de marzo de 2011.

Material y métodos: Todos los casos de CA fueron identificados de manera prospectiva en una base de datos del departamento de urgencias. Posteriormente se realizó una base de datos específica para el análisis de este estudio. Se han excluido paciente con colangitis, pancreatitis o coledocolitiasis concomitante. Para el análisis de las diferencias en cuanto a la decisión terapéutica, se dividió la serie en dos grupos: tratamiento quirúrgico precoz (TQP) o tratamiento médico (TM). Posteriormente, para analizar los resultados del tratamiento, se separó a los paciente en tres grupos: (TQP), quirúrgico tras fracaso médico (QTFM) y solo tratamiento médico (STM).

Resultados: Durante este periodo ingresaron 181 pacientes diagnosticados de CA. De éstos se realiza TQP en 128 casos (70,7%) vs TM 53 (29,2%) de los que 10 se acabarían interviniendo (QTFM). Encontramos diferencias de distribución entre los grupos en las variables: edad (62,1 vs 76,7), antecedentes patológicos (1,61 vs 3,06), polifarmacia (21,1% vs 27%), ingesta de antiagregantes (7,8% vs 18,9%), ASA ≥ 3 (28,9% vs 67,9%), colecistitis localmente complicadas (63,5% vs 81,1%). 17% de los casos con TM tenían BT > 3 mg/dl vs 7,1% de los casos de TQP. De los 138 pacientes intervenidos, 136 se abordó por laparoscopia. La tasa de conversión fue de 1,4% (2 casos), el tiempo operatorio medio fue de 91,27min, la tasa de complicaciones intraoperatorias fue de 16,7% (23 casos), la más frecuente fue la hemorragia con 19 casos (82,6%). Las complicaciones postoperatorias relacionadas con el procedimiento fueron 7,2% (10 pacientes). Las 5 fugas biliares fueron tratadas de manera conservadora. No hubo casos de lesión de la vía biliar principal. La mortalidad global de la serie fue 3,3% (6 casos). El resultado de AP 73 (52%) agudas, crónicas 31 (22,5%) y crónicas agudizadas 34 (24,6%) con un porcentaje de 29,7% de gangrenosas (41 casos). Encontramos 4 casos de xantogranulomatosas y 1 caso de adenocarcinoma. La estancia postoperatoria mediana fue de 3,17 días. La estancia hospitalaria en los pacientes intervenidos fue de 5,6 días (0,5-42,97) y en los STM fue de 8,3 días (2-50).

Conclusiones: Presentamos una serie con una elevada tasa de tratamiento quirúrgico en pacientes con numerosas comorbilidades, con una alta complejidad local y en la que se ha completado la colecistectomía en todos los casos. A pesar de esto, la tasa de abordaje laparoscópico fue del 98,5% con una conversión de 1,4% equiparable a la cirugía electiva. Creemos que uno de los factores importantes para lograr estos resultados se deriva del alto grado de especialización del grupo quirúrgico que los lleva a cabo.

O-211. MANEJO DE LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN COLECISTITIS AGUDA DE PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

S. Corral Moreno, N. Apentchenko, J. Páramo, R. Latorre, A. Sanjuanbenito, E. Martínez Molina y E. Lobo

Hospital Universitario Ramón Cajal, Madrid.

Introducción: Este estudio evalúa los beneficios de la colecistostomía percutánea en lugar de colecistectomía de urgencia en aquellos pacientes con episodio agudo de colecistitis y alto riesgo quirúrgico asociado. La colecistostomía percutánea se ha constituido en una opción segura para el manejo de dichos pacientes, quedando aún a día de hoy dudas sobre cuándo retirarlas y cuándo realizar una colecistectomía programada.

Material y métodos: Desde abril de 1989 hasta enero de 2011 se han realizado en el Hospital Ramón y Cajal 73 colecistectomías percutáneas. Los pacientes seleccionados fueron aquellos incluidos dentro de la clasificación ASA III/IV afectados de colecistitis aguda. Las comorbilidades presentes al diagnóstico, la morbilidad de la técnica, la mortalidad general y las complicaciones a medio y largo plazo se comentaran en las conclusiones.

Resultados: El estudio se realizó sobre una población de 73 pacientes con un seguimiento medio de 4,3 años. La edad media de presentación fue de 80,9 años. Resultando la colecistostomía percutánea eficaz en un 98,7% (72 pacientes) teniendo que realizar colecistectomía abierta de urgencias en el único caso en el que fracasó la colecistostomía percutánea. La mortalidad durante el episodio agudo ascendió a un 8,21% (6 pacientes), siendo la morbilidad asociada a la intervención ascendió a un 0,24% (3 casos). Hasta un 20,5% (15 pacientes) presentaron nuevos episodios de colecistopancreatitis una vez resuelto el episodio inicial. La colecistectomía entre las 4 y 20 semanas se realizó en un

31,3% (21 pacientes) siendo desestimados para cirugía el 68,7% por la importante comorbilidad acompañante.

Conclusiones: En pacientes de alto riesgo quirúrgico se ha demostrado el gran valor de la colecistomía percutánea en caso de colecistitis aguda. Queda demostrado que lo ideal sería la realización posterior de una colecistectomía programada pero, el momento óptimo para la misma, así como el manejo del catéter están aún por determinar.

O-212. ENCUESTA SOBRE EL TRATAMIENTO ACTUAL DE LA COLECISTITIS AGUDA EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

E. Nve Obiang¹, J.M. Tàrrrech¹, M. Juvany¹, S. Amador¹, J. Arias Díaz², J. Figueras Felip³ y J.M. Badia¹

¹Hospital General de Granollers, Granollers; ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ³Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Introducción: A pesar de la evidencia a favor de la colecistectomía laparoscópica precoz para el tratamiento de la colecistitis aguda, esta práctica no se realiza de forma generalizada. La colecistectomía durante los primeros días del primer ingreso es segura y rentable en comparación con la cirugía diferida. Esta encuesta fue diseñada para valorar la práctica habitual en el tratamiento de la colecistitis aguda en España.

Material y métodos: Se remitió una encuesta a través de correo electrónico a todos los miembros de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) para valorar el tratamiento habitual de pacientes con colecistitis aguda.

Resultados: Se recibieron 750 respuestas. Un 92,3% de los encuestados realiza colecistectomías electivas habitualmente (63,2% menos de 50 colecistectomías/año, 36,8% más de 50 colecistectomías/año), y un 92,9% trata habitualmente a pacientes con colecistitis aguda. De los encuestados, un 20,7% (n = 155) declaró tener como subespecialidad la cirugía hepatobiliopancreática, un 15,1% (n = 113) la cirugía colo-rectal y un 41,5% (n = 312) no refiere ninguna subespecialidad. A nivel conceptual, la colecistectomía precoz es la opción de tratamiento más recomendable para el 92,6% de los cirujanos. El 58,3% la prefiere inmediata (24 horas tras el inicio de los síntomas) y el 34,3% durante los primeros 4 días desde el inicio de los síntomas. Un 7,5% cree que es más recomendable el tratamiento conservador con antibioterapia durante el primer ingreso y colecistectomía diferida electiva. En contraste, en la práctica habitual, un 42,2% realiza colecistectomía inmediata, un 29,9% colecistectomía precoz y un 27,8% indica antibioterapia y colecistectomía diferida. Las razones por las que se opta por el tratamiento conservador son: pacientes con clasificación ASA III-IV o no aptos para cirugía (43,6%) y la falta de disponibilidad de quirófano (35,4%). Otras limitaciones son: evolución clínica mayor de 5 días, presencia de ictericia, alteraciones de la vía biliar o del perfil enzimático hepático, antiagregación o anticoagulación y presencia de comorbilidades importantes. Un 10,3% realiza tratamiento conservador por considerar que es la mejor opción y un 12,5% por tenerlo así protocolizado en su servicio. La mayoría de los encuestados prefiere el abordaje laparoscópico (89,3%) frente a un 10,7% que prefiere la cirugía abierta. Los antibióticos más empleados son piperacilina-tazobactam (49,9%) y amoxicilina-ácido clavulánico (48%).

Conclusiones: La colecistectomía precoz durante los primeros 4 días de ingreso es el tratamiento preferido por el 92,6% de los cirujanos que han respondido la encuesta. No obstante, en su práctica habitual sólo la realiza el 72,1%, en la mayoría de casos debido a problemas organizativos hospitalarios. La laparoscopia es la técnica de elección para el 89,3% de cirujanos. En los hospitales españoles se deberían establecer los cambios organizativos necesarios (protocolización adecuada, disponibilidad de ex-

ploraciones complementarias y quirófanos de urgencia) que permitan adecuar la práctica real a la evidencia científica y las indicaciones de los profesionales.

O-213. ESTUDIO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

M.I. Domínguez Serrano, O. Cano-Valderrama, L. Rodríguez Gómez, E. Sánchez López, E. Pérez-Aguirre, L.I. Díez-Valladares, A. García Botella y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La coledocolitiasis puede ser abordada mediante técnicas endoscópicas con CPRE o con tratamiento quirúrgico, el cual a su vez presenta varias alternativas cuyo objetivo es minimizar la morbilidad y prevenir la recidiva. La coledocorrafía primaria se plantea actualmente como la primera opción siempre que sea posible realizarla con seguridad.

Objetivos: Analizar los pacientes intervenidos por coledocolitiasis en nuestra unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática entre los años 2007 y 2010.

Material y métodos: Se estudiaron en total 55 pacientes con una edad media de 69 años (30-94). El 58,2% fueron mujeres. El 44,4% fueron hipertensos, el 24,1% diabéticos y el 29,6% presentaban alguna cardiopatía. Un 83,3% presentaban colelitiasis asociada al diagnóstico y en el resto se había realizado colecistectomía previamente. Durante el preoperatorio se le realizó ecografía al 96,1%; colangioRMN al 68,6%, y TC multicorte al 9,8%. En el 63,5% de los pacientes se había realizado CPRE previa en al menos una ocasión.

Resultados: Se evidenció coledocolitiasis en el 51,2% de las ecografías, el 100% de las colangioRMN y el 100% de las TC. La CPRE previa a la cirugía fue infructuosa en el 87,9% de los casos en los que se realizó, e insuficiente para la extracción de todos los cálculos en el resto. Se intervino por laparoscopia al 63% de los pacientes, con una tasa de reconversión del 23,6%. La técnica quirúrgica realizada fue coledocotomía y coledocorrafía primaria en el 37% de los pacientes, coledocotomía y coledocorrafía sobre tubo de Kehr en el 46,3%, hepaticoyeyunostomía en 14,8% y coledocoduodenostomía en 1,9%. La mortalidad de la serie es del 3,6% (2 pacientes). La morbilidad postoperatoria constituye el 50%, destacando la fuga biliar en el 10,9% de los casos. Se reintervinieron durante el ingreso 2 pacientes (1 drenaje de colección biliar y 1 perforación intestinal). La estancia media hospitalaria fueron 13 días y el tiempo medio de seguimiento 24 meses. Reingresaron el 9,1%: 2 colangitis, 1 coleperitoneo tras retirada de Kehr, 1 pancreatitis y 1 episodio de fiebre tras retirada de Kehr. Durante un seguimiento medio de 24 meses se evidenció un 9,1% (5 pacientes) de coledocolitiasis residual, 1 de ellos con coledocorrafía primaria. Se reintervinieron el 5,5% de ellos realizando hepaticoyeyunostomía o colocación de nuevo Kehr y el resto se resolvió por CPRE. La coledocorrafía primaria se asocia a un menor índice de reingresos que el resto de procedimientos (p = 0,04). Sin embargo no existieron tales diferencias en estancia hospitalaria o complicaciones postoperatorias. No se objetivaron durante el seguimiento estenosis de la vía biliar asociadas a esta técnica y ninguno de estos pacientes se reintervino.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico es una opción en el abordaje terapéutico de la coledocolitiasis que no está exento de complicaciones. La coledocorrafía es en nuestra serie es una opción quirúrgica que no incrementa la morbilidad, disminuye los reingresos por complicaciones y no se asocia a mayor número de estenosis o coledocolitiasis residual.

		< 75	75-79	≥ 80	Total
Sexo	Total	75	21	19	115
	Hombre	47	13	5	65
	Mujer	28	8	14	50
Edad	Media	63,3	77,1	81,4	68,8
	Mediana	66	77	81,4	71
	Rango	24-74	75-79	80-85	24-85
Patología	Adenocarcinoma ductal	37	12	10	59
	Colangiocarcinoma	5	1	1	7
	Ampuloma	5	2	4	11
	Neuroendocrino	7	0	0	7
	TMPID	7	1	2	10
	Cistoadenoma	4	0	1	5
	Pancreatitis crónica	3	1	0	4
	Otros	7	4	1	12
IQ	DPC	48	13	13	74
	DPC + resección VMS	2	5	1	8
	Esplenopancreatectomía	10	0	3	13
	Pancreatectomía total	7	0	0	7
	Derivaciones	5	2	0	7
	Ampulectomías	1	0	1	2
	Otros	2	1	1	4
Mortalidad IQ	1,33%	14,29%	21,05%	6,96%	
Cx mayores (DPC, EP, PT)	Tiempo IQ (media en min)	297	288	281	292
	Sangrado (media en ml)	811	579	1181	563
	Transfusión (media en ml)	397	200	981	456
Morbilidad Cx mayores (DPC, EP, PT)	Fístula biliar	20,00%	4,76%	21,05%	17,39%
	Fístula pancreática	8,00%	19,05%	21,05%	12,17%
	Reintervención	5,33%	9,52%	10,53%	6,96%
	Infección herida	5,33%	9,52%	15,79%	7,83%
	Retraso vaciamiento	14,67%	19,05%	10,53%	14,78%
Estancia Cx mayores (DPC, EP, PT)	Media	20,5	31,8	28,9	24,1
	Mediana	16,5	22	20,5	19
	Rango	9-50 días	11-96 días	11-94 días	9-96 días
Sobrevida ADK	Media	13 meses	17 meses	21 meses	15 meses
	12 meses	41%	57%	62,50%	45,50%
	18 meses	13%	42%	50%	25%
	36 meses	7%	14%	25%	11%
TNM	T1	3,60%	8%	10%	6%
	T2	10,70%	0%	10%	8%
	T3	85,70%	92%	80%	86%

O-222. PANCREATECTOMÍAS EN MAYORES DE 75 AÑOS. ¿ES SEGURA?

C. Rodríguez-Otero Luppi, M. Rodríguez Blanco, J. González López, V. Artigas y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El aumento de la esperanza de vida en la población occidental está en íntima relación con el aumento de la incidencia de pacientes con cáncer, entre ellos el pancreático. Durante las últimas décadas, las pancreatectomías por cáncer muestran una significativa mejoría en cuanto a resultados. Por lo tanto, un mayor número de pacientes, en especial los de mayor edad, son considerados para estas intervenciones. Sin embargo, existe un continuo debate por la posible influencia de la edad en cuanto a los resultados postoperatorios.

Material y métodos: Desde marzo del 2006 hasta marzo del 2011 se intervinieron en nuestro centro 115 pacientes diagnosticados de neoplasias periampulares o pancreáticas consecutivas y se realizaron comparaciones entre los pacientes menores de 75 años, los comprendidos entre edades de 75 a 79 años y los mayores de 80 años. Todos los pacientes fueron sometidos a pruebas preoperatorias que incluían examen fí-

sico general, examen de laboratorio, determinación de marcadores tumorales, TAC abdominal y RMN cuando era necesario. Se consideró el tratamiento quirúrgico en todo paciente que no reúna contraindicaciones de irresecabilidad por los métodos de imágenes y operabilidad por parte de anestesia. La técnica quirúrgica para los tumores periampulares fue la duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica en los casos posibles y esplenopancreatectomías para los tumores distales.

Resultados: De los 115 pacientes intervenidos, 40 pertenecen al grupo de mayores de 75 años (representando el 34,78% de nuestra serie, siendo 21 los del grupo de 75 a 79 años y 19 los mayores de 80 años). Las características clínico patológicas de estos pacientes así como los resultados son expuestos en la tabla a inicio de página siguiente. Encontramos diferencias significativas en relación a la mortalidad perioperatoria y a la estancia. No hallamos diferencias significativas en relación a morbilidad postoperatoria y sobrevida.

Conclusiones: A pesar de que en nuestra serie, a diferencia de otras series similares publicadas, la edad parece influir en resultados a corto plazo, consideramos que la resección pancreática en pacientes mayores es justificada en relación con los resultados a largo plazo. Además creemos que la edad fisiológica es

más importante a tener en cuenta a la hora de decidir una intervención de estas características que la edad cronológica y que no se debe negar la única posibilidad de curación que tienen estos pacientes.

O-223. INFLUENCIA DEL USO DE QUIMIOTERAPIA ANTIANGIÓGENICA EN LA REGENERACIÓN HEPÁTICA

A. Valverde Martínez¹, P. Aguilar Melero², I. Ranchal², R. Ciria Bru¹, D. Ayllón Terán¹, J.M. Sánchez-Hidalgo¹, Á. Naranjo Torres¹, S. Rufián Peña¹, J. Muntané Relat², P. López-Cillero¹ y F.J. Briceño Delgado¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Durante más de tres décadas, las opciones terapéuticas para los pacientes con cáncer colorrectal se ha basado casi exclusivamente en el 5-fluorouracilo (5-FU). La aparición de nuevos agentes citotóxicos y biológicos, ha mejorado de forma considerable las tasas de respuesta y la supervivencia en pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. El bevacizumab, derivado de un anticuerpo monoclonal recombinante murino que se une y neutraliza el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), ha sido rápidamente incorporado en la rutina de tratamiento quimioterápico de los pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. Sin embargo, esto brinda una cuestión acerca de los efectos que estas terapias biológicas dirigidas, tienen sobre la cicatrización de las heridas y regeneración hepática en pacientes sometidos a resección tras terapia adyuvante.

Objetivos: El objetivo principal de este proyecto es llevar a cabo un estudio de experimentación animal en el que trataremos de establecer las diferencias que el antiangiogénico genera en cada uno de los pasos del fenómeno de regeneración hepática tras resección mayor hepática, de tal forma que tras conocer los resultados podamos ampliar o bien limitar las indicaciones de su uso y valorar si son extrapolables a la práctica clínica diaria.

Material y métodos: Se utilizaron ratas Wistar (n = 95) distribuidas en distintos grupos (n = 5): a) grupo control sin BV: SO, operación simulada; H6, hepatectomía con sacrificio 6 horas; y H24, hepatectomía con sacrificio 24 horas; b) grupo experimental con administración de BV a dosis 0,005 mg/g peso animal, vía intraperitoneal dosis única (100 ug, 200 ug y 400 ug). Los grupos correspondientes se sometieron a resección hepática 2/3 bajo anestesia inhalatoria continua con Sevorane® 7 días después de la administración del antiangiogénico. Los animales se sacrificaron a las 6 y 24 horas tras la cirugía para medir parámetros morfométricos y bioquímicos, estrés oxidativo, catabolismo celular, perfiles de citoquinas, proliferación celular y parámetros histopatológicos tisulares.

Resultados: La mortalidad postoperatoria inmediata (n = 3) no se relacionó con la administración de bevacizumab. La comparación intergrupos del índice de regeneración hepática tan sólo resultó significativa en el que recibió una dosis mínima de 100 ug H6 en relación con el grupo H6 (p < 0,008). No se observaron diferencias entre los distintos grupos del peso del tejido regenerado total. El perfil hepático analítico (ALT, AST, GGT, f. alcalina, proteínas totales) resultó ser similar en todos los grupos. La relación GSH/GSSG (glutatión reducido/glutatión oxidado) se encontró elevado, incluso en los animales a los que se les administró el anticuerpo, como respuesta proliferativa precoz normal (22 ± 4 nm/mg). El daño histopatológico y el grado de esteatosis no fue superior en las ratas que recibieron bevacizumab. El estado catabólico celular, objetivado con la medición del ATP/gr tejido, tampoco mostró diferencias.

Conclusiones: 1) La capacidad de regeneración hepática no se ve afectada de forma significativa con la administración de bevacizumab previa a la realización de hepatectomía 2/3 en animales de experimentación. 2) Este potencial regenerador de los animales a los que se les administra el antiangiogénico nos ayuda a entender cómo actúa el bevacizumab en el fenómeno de regeneración hepática.

O-224. ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL PÁNCREAS: RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DEL GRUPO ESPAÑOL DE TUMORES NEUROENDOCRINOS (RGETNE)

E. Martín-Pérez¹, J. Capdevila-Castillón², D. Castellano³, P. Jiménez-Fonseca⁴, A. Teulé-Vega⁵, A. Beguiristain-Gómez⁶, V. Alonso-Orduña⁷, R. García-Carbonero⁸, M.P. Martínez del Prado⁹, C. Villabona-Artero¹⁰ y J.A. Díaz-Pérez¹¹

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; ²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ⁴Hospital Central de Asturias, Oviedo; ⁵Hospital Duran i Reynals. ICO, Barcelona; ⁶Hospital Donostia, San Sebastián; ⁷Hospital Miguel Servet, Zaragoza; ⁸Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ⁹Hospital de Basurto, Bilbao; ¹⁰Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Los tumores endocrinos del páncreas (TEPs) son neoplasias poco frecuentes que representan menos del 3% de todos los tumores del páncreas. Los objetivos de este estudio son a) presentar la experiencia del Grupo GETNE (Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos) con una serie de 483 TEPs y de la región peripancreática; b) valorar el impacto de diversas variables clínico-patológicas en su supervivencia y, c) clarificar el impacto de la funcionalidad del tumor en la evolución, comparando entre funcionantes y no funcionantes.

Material y métodos: GETNE es una Sociedad Científica compuesta por especialistas de múltiples disciplinas (oncólogos, endocrinólogos, cirujanos, patólogos, biólogos) que realiza proyectos educacionales y de investigación sobre Tumores Neuroendocrinos a nivel nacional. El registro nacional RGETNE (Registro GETNE de tumores neuroendocrinos), constituye el primer proyecto del Grupo GETNE, cuyo número de investigadores asciende a 63, pertenecientes a 54 hospitales de 38 ciudades. Desde junio 2001 a octubre 2010, los investigadores de las instituciones participantes registraron prospectivamente online (www.retegep.net). 483 tumores de 481 pacientes con TEPs que fueron valorados por revisores externos independientes. Variables valoradas: edad, sexo, funcionalidad, estadio al diagnóstico, características del tumor, datos histopatológicos, presencia de metástasis y localización, intervenciones terapéuticas y evolución. Los factores pronósticos se determinaron por análisis univariable y multivariable. Un valor de p < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: De los 481 pacientes, 243 (50,5%) fueron hombres y 238 (49,5%) mujeres con mediana de edad de 59 años (rango 16-99). 171 (35,4%) fueron funcionantes (insulinomas: 76, gastrinomas: 35, glucagonomas: 15, vipomas: 10, somatostatatinomas: 2, otros: 33) y 312 (64,6%) no funcionantes. Localización: cabeza: 155 (32,1%), cuerpo: 127 (26,3%), cola: 135 (27,9%), duodeno-ampolla de Vater: 41 (8,5%); no especificado: 25 (5,2%). Estadio al diagnóstico: 41,1% localizados, 15,9% regional y 40,4% metastásicos. El tamaño mediano del tumor fue de 3,5 cm (rango, 0,2-22 cm), siendo la mayoría bien diferenciados (58%). Se objetivaron metástasis en 218 (45,1%), con metástasis hepáticas en 202 (41,8%). La supervivencia global a 5 años fue del 77,4%. Variables

asociadas con mala evolución: estadio al diagnóstico, Ki-67 > 20, grado histológico indiferenciado, presencia de metástasis y ausencia de cirugía. En el análisis multivariable, solo el índice Ki67 y la ausencia de cirugía fueron significativos. Los tumores no funcionantes fueron más frecuentes, de mayor tamaño ($p = 0,0001$), más avanzados al diagnóstico ($p < 0,001$), con mayor índice Ki-67 ($p = 0,001$) y con mayor invasión vascular y perineural ($p = 0,005$) que las lesiones funcionantes.

Conclusiones: Los TEPs son neoplasias infrecuentes con un amplio espectro de presentación clínica lo que dificulta la identificación de factores pronósticos por lo que es importante la creación de registros nacionales para poder valorarlos. El análisis de los pacientes con TEPs del RGETNE revela que el estadio al diagnóstico, el grado, la presencia de metástasis, el índice Ki-67 y la cirugía fueron factores predictores de supervivencia aunque solo Ki-67 y la ausencia de cirugía fueron los únicos predictores independientes en el análisis multivariable. Los tumores no funcionantes fueron más frecuentes, de mayor tamaño y más avanzados en el momento de la presentación comparados con las lesiones funcionantes.

O-225. RESULTADOS DEL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON ESPECIAL INTERÉS EN LA EVALUACIÓN DE LOS MARCADORES PRECOCES DE GRAVEDAD

A. Palliser Lloveras, J.A. Rodríguez, F.J. Rey, S. López Rodríguez, M.C. López Sanclemente, H. Subirana, M. Martín, J. Sala, F. Mata, J.C. Arias y R. Jorba

Hospital General de Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La identificación de los criterios pronósticos de gravedad de forma precoz es importante para el correcto manejo de los pacientes con pancreatitis aguda (PA) ya que entre un 10 y un 20% de los pacientes con diagnóstico de PA desarrollan PA grave.

Objetivos: Análisis descriptivo de los resultados del manejo de la PA grave en un hospital de segundo nivel tras la implantación de un protocolo diagnóstico-terapéutico, con especial interés en la valoración de los marcadores precoces de gravedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo (marzo 2009-agosto 2010) de los pacientes con diagnóstico de PA. Criterios de inclusión: elevación de amilasas en suero más de tres veces y clínica sugestiva. La valoración de la gravedad se hizo mediante las clasificaciones de Ranson, Apache II, Índice de Severidad del TAC (IST), valoración del hematocrito (> 44%) y de la PCR (> 120 mg/l) durante las primeras 24 horas. Se consideró como PA grave aquellos que cumplían los criterios de Atlanta.

Resultados: Se estudiaron 130 pacientes (78 hombres, 52 mujeres) con una edad media de 63 años (R27-94). La etiología fue litiasica en el 68%, enólica 18% y por otros factores 14%. Cumplían criterios de gravedad: 16 pacientes (12%) según la clasificación de Ranson, 52 (40%) según Apache II y 29% (22,3%) según el IST. Ingresaron en la UCI 15 pacientes (11,5%), se intervinieron 5 (3,9%) y 4 pacientes (3%) fueron exitos (3 por PA fulminante entre las 4 y 36h, y 1 por insuficiencia respiratoria tras broncoaspiración). Tras el análisis univariante resultaron ser factores significativos en cuanto a riesgo de mortalidad el hematocrito > 44%; y en cuanto a la necesidad de ingreso en UCI un Ranson > 3 y un Apache > 12. Tras el estudio multivariante, en los pacientes que requirieron UCI se observó significancia estadística en la clasificación de Apache II.

Conclusiones: La proporción de necrosis, de ingreso en UCI y de mortalidad obtenidas en la serie estudiada son comparables a los reportados en la literatura. Según nuestros resultados el hematocrito > 44% en las primeras 24 horas es un factor predictivo de mortalidad y un Apache II > 12 de ingreso en la UCI. Sigue

siendo necesaria una revisión de los diferentes índices de severidad y la búsqueda de otros modelos para obtener una mejor predicción de la gravedad de la PA en las primeras 24 horas.

O-226. EMPLEO DE GRAPADORAS LINEALES PARA LA SECCIÓN DEL PARÉNQUIMA HEPÁTICO. EXPERIENCIA INICIAL CON 102 PACIENTES

S. Cortese, F. Nevárez Novoa, A. Colón Rodríguez, J.M. Tellado Rodríguez y A. Muñoz-Calero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La morbi-mortalidad asociada a hepatectomías (hemorragia, fistula biliar) ha sido disminuida en parte por la seguridad y eficiencia de nuevos instrumentos de naturaleza eléctrica y ultrasónica (Ultracision®, Ligasure®, TissuLink®, Cavitron®) aplicados a la transección del parénquima hepático. Las endograpadoras que ya eran usadas para la resección de vísceras huecas en cirugía gastrointestinal, han empezado a emplearse en la ligadura/sección vascular y sección del parénquima de órganos sólidos (páncreas, bazo, riñón) y recientemente, en hepatectomías.

Objetivos: Presentar una serie consecutiva de hepatectomías empleando exclusivamente endograpadoras lineales multigrapa para la transección del parénquima hepático.

Pacientes y métodos: Entre enero de 2008 y diciembre de 2009 hemos analizado 98 pacientes operados consecutivamente, para un total de 102 resecciones hepáticas. La patología inicial fue metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (43 casos, 42,2%) seguidas de hepatocarcinoma (32 casos, 31,4%). La transección del parénquima se efectuó siempre con Ultracision® (2 cm superficiales) seguida de endograpadoras 60-2,5 introducidas con tunelizadores en localizaciones específicas siguiendo la técnica de Geller (J Gastroint Surg 2008). La base de datos prospectiva incluyó, entre otras variables, datos demográficos (edad, peso); intra-operatorios (duración cirugía, hemorragia, fistula intraoperatoria), técnicos (número endograpadoras, duración Pringle) y postoperatorios (estancia, complicaciones).

Resultados: La edad media de los pacientes intervenidos fue de 58 ± 13 años. Se realizaron 36 hepatectomías derechas (35,3%), 18 segmentectomías (17,6%), 17 seccionectomías izquierdas (16,7%), 9 bisegmentectomías (8,8%), 7 seccionectomías posteriores (6,9%), 7 hepatectomías izquierdas (6,9%), 2 trisectomías derechas (2%), 2 sectores posteriores combinado con sectores izquierdos (2%) y una trisectomía izquierda (1%). La duración de la cirugía (inicio de la anestesia hasta que el paciente abandonó el quirófano) fue de 273 min (rango 70-780), aunque la duración de la transección hepática con endograpadoras fue de 12,6 min (rango 2-30), siendo utilizadas 9,2 endograpadoras por procedimiento (rango 2-20). El tiempo medio de exclusión vascular (Pringle) fue de 10,9 min (0-50). 35 pacientes (34,3%) necesitaron transfusión con una media de 3 concentrados de hemátias empleados por enfermo (rango 1-10). La estancia media postoperatoria global fue de 13 días (rango 3-211) con una mediana de 7 días. El 61,8% de los pacientes presentaron una estancia inferior a 8 días. Las cifras de morbilidad postoperatoria global fueron del 23,5%. Durante el control intraoperatorio de la biliestasia en la superficie de transección hepática, 35 pacientes evidenciaron algún tipo de fistula biliar menor (por fallo endograpadora, por fibrosis hepática, por inflamación glissoniana post-embolización) que fueron suturadas primariamente, extendiendo el tiempo quirúrgico 30-45 minutos. Sin embargo, solamente siete pacientes presentaron fistula biliar postoperatoria (6,9%) de los cuales 5 ya habían presentado fistula intraoperatoria, siendo tratadas con cirugía ($n = 2$), CPRE ($n = 2$) y tratamiento conservador con drenaje percutáneo ($n = 3$). Otras complicaciones en la serie fueron, colecciones no-infec-

ciosas (n = 7), neumonías (n = 3), infección del sitio quirúrgico superficial (n = 2), disfunción multiorgánica (n = 2) y shock séptico (n = 1), insuficiencia hepática (n = 2) y una pancreatitis. La mortalidad postoperatoria global fue del 3,9% (4 pacientes) sin existir ningún fallecimiento intraoperatorio.

Conclusiones: El empleo de grapadoras lineales para la transección del parénquima hepático es un método reproducible, que exige un conocimiento de la anatomía hepática y una curva de aprendizaje. Su uso en pacientes con fibrosis o inflamación puede dificultar su aplicación segura. Es necesario realizar estudios de eficacia y coste beneficio para poder generalizar sus indicaciones.

O-227. ANÁLISIS PRELIMINAR DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DE TUMORES PANCREÁTICOS SEGÚN PROTOCOLO ESTANDARIZADO EN LA UNIDAD DE HPB DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVO 2 DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

C.J. Ferrigni, A. García Botella, O. Cano-Valderrama, L. Rodríguez, E. Martín Antona, E. Pérez Aguirre, L.I. Díez-Valladares y A.J. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: En el año 2007 el grupo de Leeds determina una nueva forma del análisis histopatológico de los tumores localizados en la cabeza de páncreas; y tras observar una infraestadificación de este tipo de lesiones, proponen este método como el estándar para el análisis de las muestras de duodenopancreatectomía cefálica. De esta forma se identificarían de forma más fiable y segura los pacientes que tienen realmente borde afecto y que pudieran ser candidatos a un tratamiento oncológico adyuvante, en un intento de aumentar su supervivencia.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos en el estudio histopatológico de tumores pancreáticos en dos grupos: el primero analizado de forma clásica y el segundo según protocolo estandarizado descrito por Verbeke, en los pacientes que han sido intervenidos en nuestra unidad de HPB.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 66 pacientes con diagnóstico de neoplasia de cabeza de páncreas, con una edad media de 68 años (41-86). Se realizó duodenopancreatectomía cefálica o duodenopancreatectomía total con intención curativa. En 57 casos las piezas fueron analizadas de manera clásica por diferentes patólogos aunque con especial dedicación a la patología bilio-pancreática y 9 siguiendo el protocolo descrito por Verbeke por un único patólogo. De la manera clásica sólo se analizaron los márgenes a nivel de conducto pancreático, colédoco y lesiones macroscópicas sospechosas. Al aplicar el protocolo de Leeds, se analizaron los bordes de resección anterior, posterior, surco de la vena mesentérica superior y borde de conducto pancreático y biliar, y se definió resección R1 cuando se encontró malignidad a < 1 mm de cualquiera de dichos márgenes.

Resultados: De las 66 pacientes, el diagnóstico definitivo fue de: 35 adenocarcinomas de páncreas, 17 colangiocarcinomas y 14 ampulomas. Globalmente se obtuvieron 48 resecciones R0 y 18 R1. En las 57 piezas analizadas de modo clásico, se obtuvieron 43 R0 (75,5%) y 14 R1 (24,56%), en las piezas estudiadas por protocolo de Verbeke, se obtuvieron 5 R0 (55,5%) y 4 R1 (44,5%). De los cuatro pacientes con margen positivo en este grupo: 2 mostraban afectación del borde posterior, 1 del surco de la VMS y 1 con afectación de ambos bordes, posterior y surco de la VMS. De estos 4 pacientes con margen positivo, han recibido adyuvancia sólo 2, descartando los 2 restantes por su edad avanzada.

Conclusiones: Al analizar los pacientes con este nuevo protocolo, encontramos un mayor número de resecciones con afectación de los bordes quirúrgicos. Aunque en este caso no hubo

significación estadística, sería de esperar la existencia de la misma si el tamaño muestral fuera mayor, por lo que continuaremos el estudio para poder detectar a un mayor número de pacientes subsidiarios de tratamiento adyuvante.

O-228. 8 AÑOS DE CIRUGÍA PANCREÁTICA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA: ANÁLISIS GLOBAL DE ACTIVIDAD, RESULTADOS Y JUSTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES ESPECÍFICAS

T. Ramos Grande, A.B. Sánchez Casado, N. Macías, M. Iglesias, C. Esteban y L. Muñoz-Bellvis

Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: El desarrollo en los últimos años de unidades específicas de dedicación preferencial en el seno de los servicios de cirugía, parece una tendencia consolidada. Ello debería ir unido a la certificación y acreditación de dichas unidades de forma que existan centros de referencia para determinadas patologías y así obtener mejores resultados. Exponemos nuestra experiencia tras 8 años desde la creación de nuestra unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo mediante consulta en base de datos, propia de la unidad, de todos los pacientes con patología pancreática intervenidos desde febrero 2003 a 2011. Se realiza un análisis de edad, sexo, diagnóstico, estancia hospitalaria, tipo de cirugía realizada, tipo de resección (R0, R1, R2), afectación retroperitoneal, número de ganglios y lymph node ratio, morbilidad perioperatoria, mortalidad y supervivencia.

Resultados: Durante el periodo señalado se han revisado más de 400 pacientes con patología pancreática por parte de la unidad, de ellos, finalmente se han intervenido 247 pacientes (58% hombres y 42% mujeres) con una relación aproximada de 3:2. La edad media fue de 62 años (r: 19-84). La estancia media de hospitalización fue de 16,2 días (15,6 días excluyendo los extremos). Diagnóstico: adenocarcinoma ductal y ampuloma (171), tumores neuroendocrinos (27), tumores quísticos (31), otros diagnósticos (18). Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron: duodenopancreatectomía cefálica (97), duodenopancreatectomía total con/sin esplenectomía (22), pancreatectomía distal con/sin esplenectomía (29), cirugía paliativa (82) (laparotomías exploradoras, derivaciones biliodigestivas, drenajes) y enucleación (16). Un 52% de los pacientes presentaron al menos una complicación. La tasa global de mortalidad quirúrgica fue del 3,6% (9/247).

Conclusiones: La creación de unidades específicas permite obtener estándares de calidad elevados. Debe considerarse la creación, en las diferentes comunidades, de centros de referencia que obtengan cada vez más experiencia y así, optimizar los recursos y ofrecer a todos los ciudadanos la misma calidad asistencial.

O-229. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

L. Rodríguez Gómez, I. Domínguez Serrano, E. Arrúe del Cid, A. Gortázar, E. Pérez Aguirre, L. Díez Valladares, A. Sánchez Pernaute y A.J. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La hidatidosis es una parasitosis endémica en nuestro país. En la actualidad, a pesar de los fármacos antiparasitarios, el tratamiento quirúrgico es de elección en la mayoría de los pacientes, no existiendo unanimidad en la técnica quirúrgica a realizar.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en los quistes hidatídicos intervenidos en nuestro servicio entre el 1981 y el 2010.

Pacientes y método: entre los años 1981 y 2010 hemos valorado 226 pacientes con enfermedad hidatídica. La edad media de la serie fue 50,8 años. 117 pacientes eran varones y 109 mujeres. 62 (27,4%) pacientes tenían historia de cirugía previa por enfermedad hidatídica. El síntoma de presentación predominante fue dolor abdominal (58,8%), seguido de dispepsia (31,4%), fiebre (21,4%), ictericia (18,5%) y masa palpable (16%). Preoperatoriamente se realizó ecografía al 80% de los pacientes, CT al 31,8%, RMN a 6 pacientes y CPRE a 2 pacientes. Se intervinieron 223 (98,6%) pacientes, tratándose un total de 308 quistes hepáticos, 12 peritoneales, 20 pulmonares, 5 esplénicos y 4 en otras localizaciones. En el 76% de los casos, los quistes hepáticos estaban localizados en el lado derecho y en el 11% eran bilaterales. Se realizaron 19 hepatectomías, 44 quistoperiquistectomías totales, 104 parciales, 27 resecciones en cúpula saliente y 39 drenajes simples. En 112 pacientes se asoció colecistectomía, en 64 exploración de la vía biliar, en 15 se practicó esfínterotomía quirúrgica, en 6 pacientes se practicó una derivación biliar y en 30 enfermos se suturaron comunicaciones biliares a la cavidad del quiste.

Resultados: 84 (37,6%) pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: 4 hemorragias, 24 fístulas biliares, 20 abscesos intraabdominales, 9 abscesos de la cavidad residual, 17 infecciones de herida quirúrgica, 4 hemorragias digestivas altas, 4 derrames pleurales. La mortalidad de la serie fue del 3% (7 pacientes). La presencia de complicaciones no se relacionó con el tipo de cirugía, la localización de los quistes o la sintomatología. Se han detectado 17 (7,6%) recidivas en el seguimiento. Ningún paciente sometido a hepatectomía presentó recidiva. En un análisis comparativo entre los pacientes operados antes de 1997 y después de esta fecha destaca el incremento de hepatectomías de un 4 a un 23% ($p < 0,0001$) y de quistoperiquistectomías totales de un 11,2 a un 43,6% ($p < 0,0001$), así como un descenso de la mortalidad de un 4 a un 0% sin significación estadística ($p = 0,32$).

Conclusiones: en los últimos años hemos asistido a una disminución de la cirugía por hidatidosis hepática en nuestro medio. Sin embargo se ha incrementado la complejidad de las técnicas realizadas con una disminución marcada de la mortalidad en probable relación con el avance de la cirugía hepática.

O-230. ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Cerdan Riart, S. Rofín Serra, S. Fernández Ananín, V. Artigas Raventós y M. Trias Floch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Conocer evolución de los pacientes de más de 64 años que ingresan vía urgencias por patología hepato-bilio-pancreática.

Material y métodos: Se practicó un estudio transversal entre diciembre de 2009 y diciembre de 2010, recopilándose ingresos vía urgencias de más de 65 años, con patología biliar en el Servicio de Cirugía general de un hospital de tercer nivel. Los datos recopilados fueron edad, sexo, antecedentes patológicos, patología de ingreso, tratamiento recibido, días de ingreso, complicaciones incluyendo exitus y reingresos durante el mismo periodo. Se realiza un análisis estadístico multivariado anonimizado tomándose como valores independientes índice de comorbilidad de Charlson (IC), ASA, diagnóstico, existencia de taquicardia y/o sangrado a su llegada a urgencias y edad. Como valores dependientes mortalidad, complicaciones postoperatorias y reingreso. Para facilitar el tratamiento estadístico el IC se distribuyó en dos grupos (hasta 2 y mayor de 2). Se convirtieron las variables (excepto diagnóstico y tratamiento) en dicotómicas. Se comparó no

haber tenido complicación o una complicación leve versus haber presentado complicación grave (basado en clasificación de Dindo).

Resultados: 298 pacientes (48,85% de todos los ingresos de más de 64 años), edad media 79,97 (rango 65-99). Estancia media 12,43 días (1-104). Patologías y tratamientos: neoplasias 12,08% (25 tratamiento paliativo directo y 11 cirugías), colecistitis 34,22% (56,86% cirugía urgente, pigtail 12,74%, médico 30,40%), pancreatitis aguda 28,18% (11,9% colecistectomía en el mismo ingreso), coledocolitiasis 15,77% (68% ECPR, 12,7% cirugía, 19,14% médico), colangitis 5,7% (35,3% ECPR, 64,7 médico), otros 4,02%. Exitus 10,7% (neoplasias 38,8% del total de neoplasias, colecistitis 5,8%, pancreatitis aguda 7,1%, colangitis 17,64%, coledocolitiasis 4,2%, quiste pancreático complicado 100%). Porcentaje de exitus con IC menor a 3 fue igual que el de pacientes con IC superior a 3 (50%). Exitus en menores de 80 años 8,6% y en mayores 12,92%. Las complicaciones graves aumentan al aumentar el ASA (ASA I 9,53%, ASA V 87,5%) y con el aumento del IC (14,45% vs 20%). Mayor número de complicaciones graves si taquicardia o sangrado en urgencias. Reingresos 21,47% (neoplasias 33,3% de todas las neoplasias, coledocolitiasis 31,9%, pancreatitis 23,8% y colecistitis 12,7%).

Conclusiones: La patología hepato-bilio-pancreática es la patología más frecuente vía urgencias, alcanzando la mitad del total de los ingresos. Destacan como más frecuentes: colecistitis aguda y pancreatitis. Mortalidad total de nuestro centro (10,7%), siendo las patologías con mayor mortalidad la patología maligna (pacientes que reciben frecuentemente tratamiento paliativo) y la colangitis sin causa aparente. Se consolida la colecistectomía de urgencia como tratamiento de elección de la colecistitis, sin que la edad influya en el aumento de mortalidad. Igualmente ocurre con la ERCP para las patologías de las vías biliares. Según nuestros resultados, los factores más predictivos de mortalidad son patología maligna, la taquicardia y el sangrado en urgencias. En las complicaciones graves influyen en ASA, el IC, la taquicardia y el sangrado. Los reingresos fueron más frecuentes en la patología maligna (ingreso en unidad de paliativos por complicaciones médicas), la coledocolitiasis (por recidiva en 2/3 partes) y la pancreatitis aguda (para cirugía electiva).

PÓSTERS

P-001. ÍNDICE DE CHARLSON COMO FACTOR DE MALA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA URGENTE

C. Sánchez Pradell, J. Jimeno Fraile, N. Silva, J. Hermoso, R. Orbeal, H. Vallverdú, P. Gris, J. Comajuncosa, J.L. López-Negre, J. Urgellés y D. Parés

Parc Santari Sant Joan de Déu, Sant Boi.

Introducción: Los pacientes que requieren una intervención quirúrgica urgente presentan un alto riesgo de morbimortalidad postoperatoria, que dependiendo de las series puede alcanzar hasta el 25%. Las investigaciones en los últimos años se han centrado en diseñar sistemas pronósticos que se puedan utilizar en la práctica clínica para predecir el riesgo de complicaciones postoperatorias. El índice de Charlson, el cual evalúa las comorbilidades médicas de los pacientes en un sistema de pun-

tuación que oscila entre el 0 y 37, ha sido utilizado en esta predicción tras cirugía electiva.

Objetivos: Valorar del índice de Charlson como herramienta clínica de valoración de mala evolución en pacientes operados de patología quirúrgica urgente en un Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Pacientes y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente de urgencias en nuestro centro en los últimos 6 meses. Se han recogido las variables epidemiológicas y clínicas, el índice de Charlson de los pacientes, la aparición de complicaciones postoperatorias, la necesidad de tratamiento en unidades de cuidados intensivos y la mortalidad.

Resultados: Entre junio y diciembre de 2010 se han operado 103 pacientes de urgencia en nuestro medio. La edad media de los pacientes fue de 51 años (13-100). Las causas más frecuentes de cirugía urgente fue apendicitis aguda (33%), absceso perianal (16,5%), colecistitis aguda (12,6%), diverticulitis aguda complicada (5,8%), hernia no reductible (5,8%), perforación intestinal (3,9%) y úlcus péptico perforado (2,9%). El 16,5% de los pacientes necesitaron ingreso en UCI, siendo la mortalidad global de la serie del 5,8%. El 15,5% de los pacientes presentó alguna complicación postoperatoria grave, siendo la más frecuente infección del espacio quirúrgico (4,9%) e insuficiencia renal aguda (3,9%). Los pacientes que necesitaron cuidados intensivos presentaron más complicaciones postoperatorias (50% vs 10,3%, $p < 0,01$). La puntuación media del índice de Charlson en toda la serie fue de $1,72 \pm 2,58$. Los pacientes que requirieron ingreso en UCI tenían un índice de Charlson significativamente mayor que el resto de pacientes (índice de Charlson: $3,47 \pm 3,02$ vs $1,33 \pm 2,33$; $p < 0,01$). Los pacientes que presentaron alguna complicación postoperatoria también tenían mayor morbilidad que aquellos que no se complicaron (índice de Charlson: $3,13 \pm 3,1$ vs $1,43 \pm 2,4$; $p = 0,02$). Finalmente los pacientes que fallecieron tras la cirugía urgente, como complicación del proceso, presentaban un índice de Charlson significativamente mayor que los que no fallecieron (índice de Charlson: $5,17 \pm 2,8$ vs $1,48 \pm 2,4$; $p < 0,01$).

Conclusiones: Los pacientes con mayor índice de Charlson presentaron peor evolución: un aumento significativo de complicaciones postoperatorias y de mortalidad. Todo ello sugiere que el índice de Charlson podría perfilarse como una herramienta clínica adecuada para categorizar el riesgo de mala evolución postoperatoria de los pacientes.

P-002. TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS

L. Blanco Cusó, R. Rodríguez, C. Dopazo, G. Sapisochin, J. Balsells, J. Olsina, J. Naval y R. Charco

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos páncreáticos son neoplasias muy poco frecuentes (incidencia 1-1,5 casos por 100.000 habitantes). A pesar de ello su incidencia ha aumentado en los últimos años debido al desarrollo de las técnicas diagnósticas. Estos tumores representan menos del 5% de todas las neoplasias pancreáticas y su pronóstico es mejor que el de las neoplasias exocrinas.

Material y métodos: Entre 1993 y marzo del 2011, 40 pacientes con tumores neuroendocrinos pancreáticos fueron intervenidos en nuestro centro. Se ha realizado un estudio retrospectivo analizando las características demográficas, la presentación clínica, las técnicas diagnósticas, la anatomía patológica, el tratamiento quirúrgico y la supervivencia.

Resultados: La edad media de presentación fue de 57 años (0-82 años) sin diferencias en cuanto a género. Únicamente un 33% de los pacientes presentaban tumores funcionantes. Entre los no

funcionantes el síntoma inicial fue mayoritariamente el dolor abdominal (35%) aunque hasta un 25% estaban asintomáticos (diagnóstico accidental). En el momento del diagnóstico 5 pacientes presentaban metástasis hepáticas y en 3 casos se habían diagnosticado las metástasis con anterioridad al tumor primario. La cirugía fue el tratamiento de elección en todos ellos. Se llevaron a cabo 14 duodenopancreatectomías cefálicas, 19 pancreatectomías corporo-caudales, 3 enucleaciones y 4 pancreatectomías totales. En 5 pacientes (12%) en el mismo acto quirúrgico se realizó resección de las metástasis hepáticas con intención curativa. En el análisis anatomopatológico el tamaño tumoral medio fue de 4,5 cm en los tumores no funcionantes y 2,6 cm en los funcionantes. La mayoría (> 80%) de los tumores presentaban un grado histológico G1-G2 (Ki67/índice mitótico < 20). La supervivencia global fue de 62 meses (64 meses en tumores sin metástasis y 58 meses en tumores con metástasis al diagnóstico) y la supervivencia libre de enfermedad de 53 meses (60 vs 40 meses). El índice de recidiva de nuestra serie se sitúa alrededor del 20% de los casos intervenidos con intención curativa.

Conclusiones: El tratamiento de elección de los tumores neuroendocrinos pancreáticos es la resección quirúrgica del tumor primario y si es factible de las metástasis. El factor pronóstico más importante es la presencia de metástasis. Desde el punto de vista histológico el grado de diferenciación (índice mitótico/Ki67) parece ser un buen predictor del comportamiento del tumor.

P-003. EXPERIENCIA EN CIRUGÍA HEPÁTICA POR LAPAROSCOPIA: REVISIÓN DE 25 CASOS

G.E. Murature Stordiau, J. Herrera Cabezón, C. Zazpe Ripa, A. Tarifa, A. Rico Arrastia, P. Sánchez, G. Marín y J.M. Lera

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La cirugía hepática laparoscópica ha tenido en los últimos años un aumento de procedimientos y aunque los resultados son alentadores se requiere de series multicéntricas y prospectivas para establecer una valoración crítica.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos mediante el uso de cirugía laparoscópica como tratamiento de diversas afecciones hepáticas.

Pacientes y métodos: Se incluye a 25 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Complejo Hospitalario de Navarra desde noviembre de 1999 hasta julio de 2010. Diecisiete mujeres y ocho hombres, con una edad media de cincuenta y ocho años. Dos pacientes presentaban más de una lesión por lo que se trató a 25 pacientes con 27 lesiones.

Resultados: Catorce pacientes presentaban lesiones quísticas (9 quistes simples, 4 quistes hidatídicos, 1 pseudoquiste). El promedio del tamaño de las lesiones fue de 11,7 cm. Se practicaron 9 fenestraciones y 5 quistoperiquistectomías. En 11 pacientes las lesiones eran sólidas (3 hiperplasias nodulares focales, 4 hepatocarcinomas, 3 metástasis colorrectales, 1 metástasis renal de células claras). Se realizaron 5 bisegmentectomías II-III, 5 resecciones limitadas y una segmentectomía II. En 4 pacientes se utilizó el sistema handport y 8 pacientes requirieron de una incisión accesoria en promedio de 5,5 cm. El tiempo quirúrgico medio fue de 133 minutos y el índice de conversión fue del 8%. La estancia media fue de 5,6 días. En el 64% la analgesia se administró menos de 72 horas. Ningún paciente fue reintervenido. No existió mortalidad en la serie.

Conclusiones: La resección hepática laparoscópica es factible y segura en casos seleccionados.

P-004. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS HEPATOBLASTOMAS: PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS

M.D. Ayllón Terán, O. Gómez, J. Briceño, L. del Castillo, A. Luque, R. Ciria, E. Mateos, M.J. Peña, J. Jiménez, S. Rufián y P. López-Cillero

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: El hepatoblastoma es el tumor hepático más frecuente en la infancia. Su tratamiento es quirúrgico, resección hepática y/o trasplante, acompañado de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica en este tipo de neoplasias infantiles.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos con diagnóstico de hepatoblastoma en la última década. Se realizó un análisis descriptivo de la serie de casos mediante el programa SPSS.

Resultados: Desde el año 2003 hasta el 2011 se han intervenido 7 pacientes (4 niños y 3 niñas) con diagnóstico de hepatoblastoma. Un paciente varón presentó el Síndrome de Simpson-Golabi-Behmel asociado a hepatoblastoma. La edad media en el momento de la cirugía fue de 14,14 meses (DE 10,56 meses). El peso medio de los pacientes en el momento de la intervención fue de 9,26 kg (DE 3,37 kg) La estadificación tumoral prequimioterapia fue PRETEXT I (4 casos), PRETEXT II (2 casos) y PRETEXT III (1 caso). Sólo en un paciente se modificó el PRETEXT de II a I tras recibir 4 ciclos de quimioterapia; el resto de los casos mantuvieron el mismo PRETEXT pre y post-quimioterapia. Ningún paciente presentó metástasis al diagnóstico. El valor medio de alfa-fetoproteína al diagnóstico fue de 141.794,44 ng/ml (DE 205.223 ng/ml) y el 71,4% de los pacientes presentó trombocitosis al inicio. Se encontró invasión vascular al diagnóstico en 3 pacientes, dos a nivel de la porta derecha y uno a nivel de la izquierda. Todos los pacientes recibieron esquema de quimioterapia, el 57,1% con el protocolo SIOPEL 6 (cisplatino) y el 42,9% con el protocolo SIOPEL 3 (doxorubicina más cisplatino). Se realizó hepatectomía derecha en 2 pacientes, hepatectomía izquierda en 1 paciente, bisegmentectomía VII-VIII en 1 paciente, segmentectomía VI, IVb 2 pacientes y resección atípica en 1 paciente con una masa pediculada dependiente de segmento VI. Un paciente presentó un absceso subfrénico derecho que requirió drenaje percutáneo en el postoperatorio. El estudio histológico de los pacientes reveló un patrón epitelial mixto embrionario/fetal en 3 casos, un patrón mixto epi-

telial/mesenquimal en 2 casos y un patrón fetal puro en otros 2 casos. Los márgenes de resección se informaron como libres en el 85,7% de los pacientes (6 casos). El 87,5% de los pacientes (6 casos) ha presentado una remisión completa con ausencia de LOEs de nueva aparición ni de elevación de los niveles de AFP. La mediana de seguimiento fue de 15 meses con un intervalo de 1 a 129 meses. El último paciente se encuentra en postoperatorio inmediato. Ningún paciente ha requerido trasplante hepático.

Conclusiones: La resección hepática con quimioterapia de neoadyuvancia se constituye como una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de los pacientes pediátricos con hepatoblastomas. El abordaje de este tipo de tumores ha de ser multidisciplinar.

P-005. LOS PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA QUE PRESENTAN QUISTES COMPLICADOS TIENEN MÁS MORBILIDAD POSTOPERATORIA

J.M. Ramia Ángel, R. de la Plaza, P. Veguillas, J.E. Quiñones, C. Ramiro, V. Arteaga, F. Adel y J. García-Parreño

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: Aproximadamente un 30% de los pacientes con quistes hidatídicos hepáticos (QHH) debutan como quistes complicados (infección, rotura biliar, fístulas a otros órganos,..). La realización de cirugía radical ha demostrado disminuir la morbilidad, la estancia media y la tasa de recidiva en la hidatidosis. La cirugía de la hidatidosis presenta una morbilidad superior a otro tipo de cirugías hepáticas.

Objetivos: Primario: comparar la morbilidad postoperatoria de los pacientes con QHH que debutaron ya complicados o sintomáticos pero no complicados. Como objetivo secundario comparar las características de pacientes y quistes, técnica quirúrgica y estancia de ambos grupos de pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado entre mayo 2007 a febrero 2011. Hemos intervenido 43 pacientes de QHH. La política de nuestra Unidad es realizar cirugía radical siempre que sea factible, CPRE preoperatoria si presenta ictericia obstructiva por comunicación cistobiliar y drenaje percutáneo en los quistes infectados. Realizamos cirugía en todos los quistes CE1, CE2 y CE3, y a los CE4 y CE5 complicados.

Resultados: Se muestran en la tabla. Los pacientes con quistes complicados son más frecuentemente varones (57 vs 69%), con quistes localizados en hígado derecho o bilobares (40 vs 61%), de mayor tamaño (7 vs 9 cm), y recidivados (6,7% vs 38,5%). Las

	No complicados	Complicados	Total	p
N	30 (69,8%)	13 (31,2%)	43	p < 0,05
Quistes	36 (70,6%)	15 (29,4%)	51	p < 0,05
Quistes/paciente	1,2	1,15	1,19	p < 0,05
Edad	52 (23-80)	55 (25-83)	53 (23-83)	p < 0,05
Sexo	17 H (57%)/ 13 M	9H (69%)/4M	26 H(60%)/17 M	p < 0,05
Localización quiste	18 hig. izquierdo	5 hig. izquierdo	23 hig. izquierdo	p < 0,05
	11 hig. derecho	5 hig. derecho	16 hig. derecho	p < 0,05
	1 bilobares	3 bilobares	4 bilobares	p < 0,05
Tamaño quiste	7 (3-20 cm)	8,9 (5-15 cm)	7,5 CM (3-20 cm)	p < 0,05
Clínica	30 dolor abdominal	2 shock séptico		
		8 ict. obstructiva		
		1 fistula biliobronquial		
		1 fistula cutaneohidat.		
		1 hemorragia dig. alta		
Quistes recidivados	2/30 (6,7%)	5/13 (38,5%)	7/43 (16,3%)	p < 0,05
Cirugía	Radical 24p (80%)	Radical 7p (54%)	Radical 31p (72%)	p < 0,05
	No radical 6p	No radical 6p	No radical 12p	p < 0,05
Morbilidad	No 26p	No 6p	No 32p	p < 0,05
	Sí 4p (13,3%)	Sí 7p (53%)	Sí 11p (27%)	p < 0,05
Clavien	I (2), IIIA (2)	I (2), IIA (3), V (2)	I (4), IIIA (5), V (2)	p < 0,05
Mortalidad	0%	15%	4%	p < 0,05
Estancia hospitalaria	7	18	10	p < 0,05

condiciones locales o del quiste conllevan una tasa de radical inferior (54 vs 80%). La morbilidad (13,3 vs 53%), la mortalidad (0 vs 15%) y la estancia (7 vs 18) es muy superior en estos pacientes. Los análisis uni y multivariante comparando que variables se asocian con morbilidad no han permitido obtener conclusiones estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los pacientes que debutan con quistes complicados presentan una morbilidad postoperatoria y estancia muy superior a los quistes sintomáticos no complicados.

P-006. 8 AÑOS DE CIRUGÍA HEPÁTICA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA: ANÁLISIS GLOBAL DE ACTIVIDAD, RESULTADOS Y JUSTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES ESPECÍFICAS

A.B. Sánchez Casado, D.N. Macías, T. Ramos, M. Iglesias Iglesias, C. Esteban y L. Muñoz-Belvis

Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: El desarrollo en los últimos años de unidades específicas que suponen una dedicación preferencial de los cirujanos parece una tendencia consolidada, ello debería ir unido a la certificación y acreditación de dichas unidades de forma que existan centros de referencia para patologías determinadas que permitan obtener mayor experiencia y mejores resultados. Exponemos la experiencia acumulada tras 8 años desde la creación de nuestra unidad de cirugía HBP:

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo mediante consulta en base de datos propia de la unidad de todos los pacientes con patología hepática operados desde febrero 2003 a 2011. Se realizó un análisis de edad, sexo, diagnóstico, estancia hospitalaria, tipo de cirugía realizada, morbilidad postoperatoria, necesidad transfusional y mortalidad perioperatoria.

Resultados: Se intervienen 474 pacientes, 60% hombres y 40% mujeres, con una relación 3:2. La media de edad fue de 67,2 años (rango 16-92) siendo el grupo de edad predominante entre 70-80 años. La estancia media de hospitalización fue de 9,9 días. Diagnóstico: absceso hepático (11), colangiocarcinomas (45), hepatocarcinoma (44), metástasis de cáncer no colorrectal (46), metástasis de cáncer colorrectal (174), hidatidosis (96) y tumores benignos hepáticos (36). El 38% de la patología quirúrgica hepática se centra en las metástasis de cáncer colorrectal. Se describe el tipo de resección empleado en cada patología, el porcentaje de radiofrecuencia y el porcentaje de pacientes que fueron irreseccables. El 13% de los pacientes sometidos a cirugía hepática necesitaron soporte transfusional. La morbilidad postoperatoria en pacientes que precisaron resección hepática por hepatocarcinoma fue significativamente mayor a los pacientes con resección hepática sin hepatopatía asociada. La mortalidad perioperatoria fue del 1%.

Conclusiones: La creación de unidades específicas permite obtener estándares de calidad elevados. Debe considerarse la creación, en las diferentes comunidades, de centros de referencia que obtengan cada vez más experiencia y así, optimizar los recursos y ofrecer a todos los ciudadanos la misma calidad asistencial.

P-007. MUJER JOVEN DIABÉTICA CON POLIQUISTOSIS. ¿QUÉ SOSPECHAMOS?

N. Peris Tomás, R. Martínez García, C. Domingo del Pozo, G. Garrigos Ortega, N. Estelles Vidagany, J. Díez Ares, F. Blanes Masson y M. Martínez-Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La enfermedad de Von Hippel Lindau es un trastorno de herencia autosómica dominante, caracterizado por la

predisposición al desarrollo de tumores. Se debe a una serie de mutaciones en el gen de supresión tumoral VHL (3p25) lo que predispone al desarrollo de diferentes tipos de tumores benignos y malignos, bilaterales y multicéntricos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 36 años con antecedentes de diabetes mellitus que se remite a Endocrinología por hallazgo casual en ecografía abdominal de lesión heterogénea de 43x42 mm en páncreas así como diversos quistes y lesiones sólidas. Se decide realizar un TAC para caracterizar las lesiones en el que se informa de múltiples lesiones quísticas renales. Se observan tres lesiones hepáticas correspondientes a hemangiomas. Múltiples lesiones pancreáticas dos de ellas con contenido hemorrágico y una, especialmente hipervascular localizada en cuello pancreático correspondiente a tumor neuroendocrino. Asimismo existe en otras lesiones quísticas con captación de las paredes de los septos, algunas de ellas sugestivas de cistoadenoma más serosos y otras indeterminadas. En la anamnesis la paciente refiere episodios de diarreas en los últimos meses sin otra sintomatología, en la exploración física destacaba una tumoración en epigastrio fija y no dolorosa. Ante los hallazgos de la diabetes mellitus y la poliquistosis, se decide realizar un estudio endocrino completo con sospecha de enfermedad de VHL. La paciente presenta una insuficiencia pancreática endocrina y exocrina, manteniendo todos los marcadores de tumor neuroendocrino normales. Se realizó también un estudio genético dando positivo para el gen VHL subtipo 1. A los tres meses del diagnóstico aparece clínica de mareos y síntomas relacionados con ataxia cerebelosa. En la RNM cerebral se objetiva hemangioblastoma cerebeloso con sospecha de sangrado y edema perilesional. Se realiza exéresis de la tumoración y la paciente se recupera sin secuelas. La paciente se remite a nuestro servicio para valoración de tratamiento quirúrgico. Se realiza una nueva RMN donde se objetiva una sustitución del parénquima pancreático por múltiples lesiones sólido-quísticas de tamaño heterogéneo. La imagen sospechosa de tumor neuroendocrino en la TAC ha aumentado de tamaño hasta 46 mm. Se decide realizar una duodenopancreatectomía total con resección portal. La histología fue de tumor neuroendocrino no funcionante de pronóstico incierto y poliquistosis pancreática difusa. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a los 7 días de la intervención. Actualmente se encuentra asintomática y con buen control de su diabetes.

Discusión: La enfermedad de Von Hippel Lindau es una patología poco frecuente (1:36.000 hab) y con formas representación muy amplias según la expresión del genotipo-fenotipo. Se caracteriza por presentar múltiples tumores como hemangioblastoma cerebeloso, angiomas retinianos, carcinoma de células renales, feocromocitoma, quistes renales, pancreáticos y tumores del saco endolinfático. Los tumores pancreáticos son muy comunes (50-70%), pero la mayoría quistes con escasa relevancia clínica. Se incluyen; cistoadenomas (12%), hemangioblastomas (< 1%) adenocarcinomas (< 1%) y neuroendocrinos (9-17%). Los tumores neuroendocrinos aparecen entre los 29-38 años. Suelen ser no funcionantes, se detectan en los controles de rutina con pruebas de imagen (RMN). Crecen de forma lenta y el riesgo de malignización es proporcional al tamaño del tumor. (8-50%). El tratamiento quirúrgico está indicado cuando presentan síntomas compresivos o si existe imagen sospechosa de malignidad mayor de 3 cm.

P-008. TUMOR DE FRANTZ-GRUBER. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRES NUEVOS CASOS

L. Solar García, M. Moreno Gijón, R. Gonzalo González, A. Miyar de León, L. Barneo Serra, J. González Martínez, L. Vázquez Velasco, J.C. Fernández Fernández, I. González-Pinto Arrillaga y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: El tumor de Frantz-Gruber o tumor sólido pseudopapilar de páncreas, es una neoplasia muy poco frecuente representando aproximadamente el 1-2% de todos los tumores del páncreas exocrino y el 10-12% de los tumores quísticos de páncreas. Su origen histológico no está claramente definido y su descripción inicial fue realizada por Frantz en 1959. Presentamos tres nuevos casos de tumor pseudopapilar de páncreas.

Material y métodos: Caso 1: mujer de 43 años, colecistectomizada, que consulta por masa abdominal indolora sin otra sintomatología relevante. Como estudio de extensión se realiza TC abdominal evidenciándose una masa sólida de 84 × 46 mm de diámetro de márgenes bien definidos localizada en cabeza pancreática, desplazando la segunda porción duodenal. La ecoendoscopia confirma dicho diagnóstico biopsiándose una adenopatía del tronco celiaco no hallándose infiltración tumoral. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica. Anatomía patológica definitiva: carcinoma sólido pseudopapilar de bajo grado sin infiltración adenopática. Caso 2: mujer de 16 años sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de dolor abdominal en epigastrio. En TC abdominal se objetiva masa de 73 × 113 × 96 mm localizada en cuerpo-cola de páncreas, con desplazamiento de estructuras anatómicas adyacentes sin infiltración de las mismas. Una PAAF preoperatoria es informada como neoplasia pseudopapilar sólido-quística de páncreas. Se le realiza esplenopancreatectomía corporo-caudal. Anatomía patológica definitiva: tumor sólido pseudopapilar con el patrón histopatológico típico. Bordes quirúrgicos de resección libres de tumor. Caso 3: mujer de 49 años con antecedentes de cirrosis biliar primaria, que en seguimiento de su hepatopatía se objetiva en ecografía un nódulo pancreático. Se completa el estudio con ecoendoscopia y TC abdominal que confirman la existencia de nódulo hipercaptante en el istmo pancreático de 13 mm de diámetro. Se realiza enucleación del mismo mediante abordaje laparoscópico. Anatomía patológica: tumor sólido pseudopapilar.

Resultados: El postoperatorio cursó sin complicaciones en todos los pacientes excepto un caso de fístula pancreática tratada de forma conservadora en el paciente al que se le realizó la duodenopancreatectomía cefálica. Ningún paciente precisó reintervención. En el seguimiento postoperatorio los pacientes no presentaron recidivas permaneciendo asintomáticos.

Conclusiones: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas, es un tumor de comportamiento benigno, en la mayoría de las ocasiones, aunque puede invadir órganos vecinos y presentar metástasis a distancia. Afecta principalmente a mujeres jóvenes de raza blanca. Clínicamente, estos tumores no suelen dar síntomas, llegando por este motivo alcanzar tamaños considerables. Histológicamente presenta áreas sólidas con quistes y estructuras pseudopapilares. El tratamiento de elección es la exéresis, que asegura prácticamente la curación, hasta en un 95% de los casos.

P-009. NEUMATOSIS INTESTINAL MASIVA ASOCIADA A NUTRICIÓN ENTERAL

R. Martínez Díaz, B. Pérez Saborido, P. Pinto Fuentes, D. Pacheco Sánchez, A. Barrera Rebollo, E. Asensio Díaz, L.M. Díez, F. Labarga Rodríguez, M. Gonzalo Martín, M. Rodríguez y A. Anta Román

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La nutrición enteral (NE) mediante sonda de yeyunostomía es un método seguro de alimentación en postoperatorio temprano tanto en la cirugía urgente como electiva, pero no está exento de complicaciones, que abarcan desde diarrea, náuseas, dolor difuso o distensión abdominal (40%), hasta la neumatosis intestinal e isquemia mesentérica (1%). Presentamos un caso de neumatosis intestinal masiva secundaria a nutrición enteral por catéter de yeyunostomía. La neumatosis intestinal tiene diferentes formas de expresión clínica: asintomática, dolor abdominal, distensión, diarrea e íleo paralítico, y en los casos más graves shock séptico. La causa de la neumatosis intestinal es multifactorial y se asocia con el sobrecrecimiento bacteriano y la hiperosmolaridad intraluminal.

Caso clínico: Paciente mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial y psoriasis, que ingresa en nuestro servicio para intervención quirúrgica programada de tumoración quística de cabeza de páncreas. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica reglada con reconstrucción en dos asas y colocación de sonda de yeyunostomía según técnica de Witzel a 20 cm del pie de asa. Se inicia la nutrición enteral por yeyunostomía en el postoperatorio temprano. Al 13º día postoperatorio la paciente presenta dolor difuso y distensión abdominal que evoluciona rápidamente a un cuadro de shock séptico por lo que se realiza TAC abdominal urgente. En el TAC se observa dilatación importante de asas de intestino delgado con imagen de gas intramural en la mayoría de las asas intestinales. Se visualizan pequeñas burbujas de gas extraluminal. No se evidencia trombosis en arteria mesentérica superior. Con estos hallazgos se decide realizar laparotomía urgente, donde se objetiva dilatación de asas de intestino delgado y neumatosis intestinal generalizada. No se encuentra evidencia de perforación intestinal, fuga anastomótica ni datos de isquemia, palpándose pulso arterial en vasos distales, por lo que se realiza retirada de sonda de yeyunostomía, lavados y drenaje de cavidad abdominal. Tras la retirada de la nutrición enteral, inicio de tratamiento antibiótico y monitorización estrecha, la paciente evoluciona tórpida hasta ser dada de alta dos meses después de la intervención, sin signos de neumatosis intestinal en controles posteriores.

Discusión: La neumatosis intestinal es una complicación infrecuente pero grave del uso de NE postoperatoria. Si se sospecha y se diagnostica por pruebas de imagen se puede tratar conservadoramente con suspensión de la NE y antibioterapia de amplio espectro, pero en ocasiones, por la mala situación de los pacientes obliga a laparotomía exploradora para descartar complicaciones.

P-010. ABSCESO HEPÁTICO SECUNDARIO A ESPINA DE PESCADO

B. Arencibia Pérez, J. Padilla Quintana, M.J. Palacios Fanlo, J. Méndiz García, R.H. Gianchandani Moorjani, C. Chocarro Huesa, P.E. González Rodríguez, P. Sanz Pereda, A. Varona Bosque, M. Barrera Gómez y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Objetivos: La ingestión de cuerpos extraños es relativamente frecuente y no provoca complicaciones en el 80-90% de los ca-

Los síntomas suelen deberse a obstrucciones o perforaciones que dan lugar a abscesos y/o peritonitis. Los abscesos hepáticos debidos a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño son muy poco frecuentes, y suponen entre el 0 y 5% de éstos. El primer caso fue publicado por Lambert en 1898. Desde entonces, se han descrito casos de forma esporádica, fundamentalmente en países asiáticos y soviéticos. Presentamos el caso de un paciente con un absceso hepático secundario a un cuerpo extraño ingerido (espina de pescado) sin sospecha clínica. Se pretende llamar la atención sobre esta complicación inusual y su dificultad diagnóstica.

Material y métodos: Paciente varón, de 59 años que presenta dolor abdominal y fiebre de una semana de evolución. En la exploración física destaca fiebre y dolor en HCD-epigastrio sin defensa. La analítica muestra leucocitosis (31.500 con desviación a la izquierda), aumento de la colestasis, y PCR de 17,8. La ecografía de abdomen informa de lesiones hepáticas compatibles con abscesos como 1ª posibilidad diagnóstica y el TAC abdominopélico objetiva imágenes compatibles con abscesos hepáticos múltiples, comunicados entre sí en LHI y una imagen lineal de 2,2 cm en segmento III hepático que podría corresponder con cuerpo extraño.

Resultados: Con el diagnóstico de absceso hepático posiblemente secundario a cuerpo extraño se inicia tratamiento antibiótico de forma empírica y punción-drenaje percutáneo de la colección hepática (cultivo + a *Streptococcus* grupo viridans). El paciente evoluciona mal clínicamente, ingresando en la UCI donde requiere IOT y dosis crecientes de aminas vasoactivas por lo que se decide intervención quirúrgica hallándose un absceso subfrénico derecho y un absceso en lóbulo hepático izquierdo secundario a una espina de pescado que atraviesa el antro gástrico y que se introduce por continuidad en el lóbulo hepático izquierdo. Se realiza hepatotomía, drenaje del absceso del LHI y extracción de espina de pescado. La evolución tras la cirugía es lenta pero favorable, sin otras complicaciones quirúrgicas.

Conclusiones: En los abscesos hepáticos secundarios a perforación gastrointestinal por cuerpo extraño, la espina de pescado es el agente identificado con más frecuencia, seguida del palillo de dientes y del hueso de pollo. La sintomatología inespecífica y variable de esta entidad, así como el hecho de que los pacientes no suelen recordar el momento de la ingestión, hacen que el diagnóstico sea aún más complicado. Aunque la ecografía puede aportar datos de interés, la TC abdominal con contraste intravenoso es la que nos aporta más información y frecuentemente, el diagnóstico. El tratamiento de estos casos requiere cirugía en la mayoría de las ocasiones.

P-011. HIDATIDOSIS MUSCULAR PRIMARIA

A.T. Calderón Duque, S. Martínez Cortijo,
R. Garrido Escudero, F. Idrovo Mora, M. de Tena Dávila,
T. Balsa Marín, M.C. Carballo López, A. López López,
R. Rodríguez Fernández, L. Arriero Ollero y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Sra. del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis, que aunque rara en el mundo anglosajón, sigue presente en muchos países europeos de forma endémica. Está causada por la forma larvaria del *Echinococcus granulosus*. En el ser humano penetra a través de la vía digestiva constituyendo el hígado y el pulmón las localizaciones primarias más frecuentes de esta enfermedad por actuar estos órganos como filtro capilar de la infección. La localización de estos quistes en músculo es excepcional como enfermedad primaria y muy poco frecuente como secundaria. Analizamos nuestra serie prestando especial atención a la atípica presentación de esta infestación en músculo.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los casos de hidatidosis intervenidos en nuestro centro en los últimos 10 años. De los 83 casos de hidatidosis operados (en 81 pacientes), 3 de ellos se localizaron de forma primaria en músculo. Presentamos las diferentes formas de presentación de cada uno de estos, las exploraciones complementarias necesarias para su diagnóstico, el tratamiento realizado y su posterior evolución.

Resultados: 81 pacientes fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas por diagnóstico de hidatidosis. La localización fue hepática aislada en 74, hepato-esplénica en 1, esplénica en 2, retroperitoneal en 1 y muscular primaria en 3 casos. Dos pacientes se reintervinieron por recidiva. Los tres casos de hidatidosis muscular debutaron de distinta manera, uno silente en el músculo cuádriceps, otro como fístula a pared abdominal desde el recto anterior del abdomen y otro con cuadro de dolor abdominal secundario a gran masa retroperitoneal sobre el psoas. En los dos primeros el diagnóstico fue histopatológico y en el último por TAC. El tratamiento fue de extirpación completa en todos ellos.

Conclusiones: La hidatidosis muscular primaria es excepcional. Su diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha. Las pruebas serológicas son menos sensibles que en otras localizaciones. Las técnicas de imagen permiten el diagnóstico en muchos de los casos, siendo la RM la técnica de elección en quistes de esta localización. Es importante conocer esta entidad patológica para considerarla en el diagnóstico diferencial de los tumores de partes blandas evitando gestos quirúrgicos inapropiados. Su tratamiento es siempre quirúrgico con extirpación completa.

P-012. HIPERPLASIA LINFOIDE REACTIVA HEPÁTICA

J.M. Ramia Ángel, S. Alonso, M. Casares, P. Veguillas,
R. de la Plaza, J. Quiñones, V. Arteaga y J. García-Parreño

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: La hiperplasia linfoide reactiva hepática (HLRH), es una tumoración benigna nodular muy infrecuente. Desde que en 1981, Snover et al publicó el primer caso hasta 2009 sólo se han descrito 32 casos. La HLRH ocurre predominantemente en mujeres asiáticas de mediana edad, son lesiones habitualmente pequeñas (menores de 20 mm), y su etiología es desconocida. La diferenciación mediante métodos de imagen entre HLRH y tumores malignos hepáticos es difícil, y un diagnóstico preoperatorio correcto es inusual. En aquellos enfermos con cáncer, la lesión suele confundirse con una metástasis hepática. Presentamos un paciente con una LOE hepática y un cáncer de colon que se sospechó que era una metástasis hepática y finalmente resultó ser una HLRH.

Caso clínico: Mujer de 73 años con antecedentes de trombosis venosa profunda y artrosis. Se realiza colonoscopia por estudio de anemia, y se aprecia lesión de aspecto neoplásico en ciego que la biopsia es informada como adenocarcinoma. Marcadores tumorales normales. Se realiza TAC donde se observa una lesión nodular hipodensa en segmento VII de 2,7 cm. En el PET muestra un SUV de 3,1. Se interviene realizando hemicolectomía derecha y segmentectomía VII. La ecografía intraoperatoria mostró que la lesión no tenía las características ecográficas típicas de metástasis hepática pero se decidió su resección. El estudio histológico mostró un adenocarcinoma de intestino grueso T2N0M0. La lesión nodular hepática de 2,7 cm era compatible con una hiperplasia linfoide reactiva nodular sin evidencia de malignidad. Histológicamente, la lesión está constituida por células linfoides reactivas BCL2 negativas con preservación del manto, linfocitos maduros, células plasmáticas polipáticas interfoliculares y acúmulos de histiocitosepiteloides. El BAAR fue negativo (jobfire y auramina negativos). CD15, EMA y LMP nega-

tiva. La paciente fue intervenida hace 7 meses y en el seguimiento realizado no se han observado otras lesiones hepáticas.

Conclusiones: El diagnóstico preoperatorio correcto de HRLH es inusual. Si además el paciente presenta una neoplasia se suele asumir el diagnóstico de metástasis hepática. Presentamos iconografía ilustrativa de esta infrecuente patología.

P-013. CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA MEDIANTE TRES TRÓCARES

J.M. Ramia Ángel, R. de la Plaza Llamas, J. Quiñones, P. Veguillas, C. Ramiro, F. Adel, V. Arteaga, A. Kuhnhardt y J. García-Parreño

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: La cirugía hepática laparoscópica (CHL) se ha realizado tradicionalmente utilizando cinco trócares, aunque ciertas lesiones (pequeñas, periféricas...) localizadas en segmentos favorables se pueden intervenir empleando un menor número de trócares. La disminución en el número de puertos se ha relacionado con un mayor confort para el paciente. El empleo de tres trócares en CHL ha sido utilizado en la literatura internacional en un número muy reducido de pacientes. Presentamos nuestra experiencia en CHL por 3 trócares.

Material y métodos: En el periodo enero 2008-enero 2011, hemos efectuado 8 CHL a través de tres trócares. Criterio de inclusión: lesiones sólidas localizadas en los segmentos II a VI y quísticas en cualquier segmento. En las lesiones sólidas hemos practicado resecciones hepáticas no anatómicas y en las lesiones quísticas fenestración laparoscópica y exéresis de la pared del quiste. Técnica: paciente en posición francesa, con leve maniobra de anti-Tredelenburg y movilizándolo lateralmente según la localización de la lesión. Trocar umbilical para la óptica de 30° y otros dos trocares lateralmente al anterior, uno a la izquierda del paciente de 12 mm (trocar operador) para utilizar primordialmente el sellador de 5 mm (Ligasure®) u otros instrumentos de mayor tamaño (grapadora-cortadora, ecógrafo laparoscópico,...) y uno de 5 mm a la derecha para pinzas auxiliares. Se prepara la maniobra de Pringle en los casos de resección hepática. Los pacientes iniciaron tolerancia oral y deambulación precoz a las 6 h de la intervención.

Resultados: Hemos intervenido 8 pacientes (4 mujeres y 4 hombres) que presentaban 9 lesiones hepáticas (cinco lesiones sólidas y cuatro quistes simples hepáticos). La edad media fue 67 años (rango: 39-82 años). El tamaño medio de la lesión fue 51 mm (rango: 15-130 mm). El tamaño de las cinco lesiones sólidas fue 27 mm (rango: 11-43 mm) y las cuatro quísticas 82 mm (rango: 27-130 mm). La localización fue: segmento II/III (2 casos), segmento III (1), segmento IVA-VIII (2), segmento IVB (1), segmento V (1), segmento VI (1), segmento VI-VII (1). La indicación quirúrgica fue: metástasis hepática (3), angiomiolipoma (2), quiste simple sintomático (4). Uno de los pacientes tenía un quiste simple pequeño (27 mm) que contactaba con la vesícula biliar y presentaba coledocistitis por lo que se decidió efectuar colecistectomía y fenestración del quiste. No fue necesario añadir trocares adicionales. No se utilizó la maniobra de Pringle en ningún paciente. Las pérdidas sanguíneas fueron 32 cc (rango: 10-80 cc). No se dejó drenaje en 5 pacientes. El peso del segmento

hepático resecado en los pacientes con lesiones sólidas fue 36 g (rango: 17-68 g). El diagnóstico histológico definitivo fue: metástasis hepática de cáncer colorrectal (3), adenoma hepatocelular (1), angiomiolipoma (1) y quiste simple (4). No hubo morbilidad. La estancia media fue 2.1 días (rango: 1-3 días).

Conclusiones: La CHL realizada mediante tres trocares es factible y segura para efectuar fenestraciones laparoscópicas localizadas en cualquier segmento, y resecciones menores en segmentos favorables. Tiene la ventaja de no precisar aparataje específico, ni requiere una curva de aprendizaje, y costes económicos inferiores al SILS y NOTES.

P-014. CISTOADENOMA HEPÁTICO. REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

R. Latorre Fragua, J. Herrador Benito, A. López Buenadicha, R. Grajal Marino, P. Calero García, L. Latorre Marlasca, G. Housari Martín, J. Páramo Zunzunegui, S. Corral Moreno, J. Nuño Vázquez y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El cistoadenoma es un tumor benigno originado de epitelio biliar que representa < 5% de las lesiones quísticas hepáticas. Generalmente son asintomáticas, de tamaño variable y su tratamiento debe ser quirúrgico por su potencial riesgo de malignización. Presentamos nuestra experiencia a lo largo de 11 años.

Material y métodos: Se han revisado todos los casos de cistoadenoma hepático diagnosticados y tratados en nuestro centro desde enero del 2000 hasta enero del 2011. Se trata de 5 pacientes intervenidos en el servicio de CGYD. Con una edad media de 57,8 años (50-69), 1 hombre y 4 mujeres.

Resultados: Cinco pacientes han sido intervenidos por cistoadenoma hepático en nuestro centro. La clínica inicial de los pacientes era variada, en tres de los casos sólo presentaban molestias inespecíficas en hipocondrio derecho, los otros dos pacientes presentaron fiebre y dolor en hipocondrio derecho, precisando drenaje percutáneo previo del contenido del quiste. El diagnóstico preoperatorio era de sospecha de cistoadenoma en dos casos, tras seguimiento con pruebas de imagen durante un año se sospecha cistoadenoma y se decide intervenir. En otros dos casos, la indicación de la cirugía se realizó por molestias en hipocondrio derecho de larga evolución asociadas a lesión quística de gran tamaño y en el último caso la paciente había sido intervenida en 2 ocasiones de hidatidosis hepática en otro centro, siendo remitida a nuestro centro para valorar cirugía por recidiva de lesión quística hepática sospechosa nuevamente de hidatidosis. La localización y el tamaño de los quistes se puede observar en la tabla. La técnica utilizada fue hepatectomía izquierda en dos de los pacientes y resección del quiste en los otros 3. En dos de los pacientes los hallazgos intraoperatorios así como el resultado de la anatomía patológica intraoperatoria fue de quiste simple por lo que inicialmente solo se realizó una quistectomía parcial, que tuvo que completarse en un segundo tiempo con una hepatectomía izquierda en uno de los casos y con una quistoresección en el otro tras recibirse el resultado definitivo de la anatomía patológica, siendo este compatible con cistoadenoma. La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los casos, no se objetivaron fístulas biliares en ninguno de los pacientes y sólo uno presentó fiebre postoperatoria sin evidenciarse colecciones intrabdominales en el TAC y que cedió tras tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactán durante 1 semana. La estancia media fue de 5,34 días.

Conclusiones: El cistoadenoma es una patología poco frecuente y que generalmente no asocia clínica hasta que no alcanza tamaños importantes. Al igual que en otras publicaciones en nuestra serie también se trata de una patología más frecuente

Paciente	Localización	Tamaño
Paciente 1	Segmentos II, III y IV	13 cm
Paciente 2	Segmento I	8 cm
Paciente 3	Lóbulo hepático derecho	24 cm
Paciente 4	Segmentos VI y VII	10 cm
Paciente 5	Segmentos II-III	15 cm

de mujeres de edad media. El tratamiento siempre debe ser la resección completa del quiste dado la posibilidad de evolución a cistoadenocarcinoma.

P-015. HIDATIDOSIS HEPÁTICA: DOBLE FÍSTULA DUODENAL Y BILIAR

J. Herrador Benito, T. Pozancos de Simón, M. González Zunzarren, J. Nuño Vázquez-Garza, J. Cabañas Montero, E. Lobo Martínez y R. Latorre Fragua

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La hidatidosis hepática es una enfermedad relativamente frecuente en ciertos países como los del área mediterránea. Entre un 14 y un 19% de los casos se consideran complicados. Presentamos un paciente con hidatidosis hepática con dos complicaciones: fístulas biliar y duodenal, siendo ésta última muy infrecuente con pocos casos publicados en la literatura.

Caso clínico: Varón de 56 años de edad sin antecedentes personales de interés. Estudiado en el servicio de Enfermedades Infecciosas por un cuadro de fiebre y malestar general. En un estudio de tomografía computarizada se detecta una lesión quística de 11 cm en lóbulo hepático derecho, sugestiva de quiste hidatídico abscesificado, en íntimo contacto con la segunda rodilla duodenal. Mediante control radiológico (TAC) se coloca un drenaje percutáneo, obteniéndose abundante material denso y grueso con membranas, compatible con quiste hidatídico sobreinfectado. Esto es confirmado posteriormente con el análisis del material. La salida de líquido bilioso a través del pig-tail lleva a la realización de una CPRE que demuestra una extravasación del contraste desde la vía biliar intrahepática derecha hacia el quiste, confirmando el diagnóstico de fístula biliar. El paciente es intervenido tras completar un ciclo de 4 semanas de albendazol. La vía elegida es una incisión subcostal bilateral. Se observó una gran inflamación perihepática con múltiples adherencias epiploicas y peritoneo-hepáticas. Se evidencia un quiste de unos 7 cm en los segmentos V-IVB íntimamente adherido al duodeno y otro de unos 4 cm en el segmento IVA. Estos hallazgos se confirman mediante ecografía. Tras liberación de adherencias, control del hilio hepático y movilización hepática, se realiza la liberación del duodeno y el cierre del orificio fistuloso junto con epiploplastia. Los quistes son resecados en isquemia normotérmica de 25 minutos de duración. En el lecho del mayor de ellos se realiza sutura de múltiples boquillas biliares de pequeño tamaño. Los quistes contenían líquido y moldes biliares y material fibrótico denso, pero no vesículas hidatídicas, aunque la anatomía patológica de varios fragmentos de pared confirmó el diagnóstico. La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria con excepción de una fístula biliar de bajo débito manejada de forma conservadora.

Discusión: la hidatidosis hepática es consecuencia de la afectación del hígado por la forma larvaria del cestodo *Echinococcus*, normalmente *E. granulosus*. Es una enfermedad endémica en algunos países del mediterráneo, Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda. La puerta de entrada es intestinal con paso hasta el hígado a través de la vena porta. Aproximadamente un 14-19% de los quistes son considerados complicados. Entre estas complicaciones podemos mencionar la fístula bilio-quística (12%), el tránsito hepatotorácico (2,2%), la ruptura hacia la cavidad peritoneal (1,6%) o las complicaciones vasculares (0,8%). En cuanto a la fístula hacia el tubo digestivo, se trata de una complicación extremadamente rara con una frecuencia de alrededor del 0,2%.

P-016. CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PÁNCREAS: UNA ENTIDAD INFRECUENTE

A. Prada Villaverde, J.A. Flores García, S. Roldán Baños, J. Márquez Rojas, D. López Guerra, J. Salas Muñoz, F.G. Onieva González, M.J. Matitos Díaz, G. Blanco Fernández, F. Galeano Díaz y G. Solórzano Peck

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El carcinoma epidermoide de páncreas es extremadamente infrecuente. Su incidencia es de 0,005-0,03% según fuentes consultadas. Existen diversas teorías etiológicas, destacando una transformación maligna consecuencia de la metaplasia escamosa del epitelio ductal. El objetivo de este trabajo es el reporte de un caso clínico de carcinoma epidermoide de cabeza pancreática tratado mediante duodenopancreatectomía cefálica con resección vascular. Se realiza una búsqueda bibliográfica con palabras clave "duodenopancreatectomía" y "carcinoma epidermoide" en distintas bases de publicaciones biomédicas. Se describe el caso clínico con apoyo de diversas imágenes de pruebas de radiodiagnóstico y de la pieza quirúrgica reseçada.

Caso clínico: Mujer de 46 años con antecedentes de pancreatitis crónica, diabetes mellitus tipo II y alergia a contrastes yodados. Intervenido de apendicectomía, túnel carpiano, litiasis renal. Portadora de prótesis en vía biliar colocada mediante CPRE. Ingresa en nuestra unidad para intervención quirúrgica programada por neoplasia en cabeza de páncreas objetivable en colangiografía RMN. Durante la laparotomía se objetivaron signos de pancreatitis crónica, dilatación de vía biliar, infiltración tumoral de vena mesentérica superior; por lo que se realizó duodenopancreatectomía cefálica con resección vascular. AP de pieza quirúrgica: carcinoma epidermoide queratinizante bien diferenciado de 4,5 cm que infiltra pared duodenal, metastatiza en uno de los seis ganglios aislados (pT2, N1, Mx). Presenta infiltración venosa, perineural y linfática; vena mesentérica superior con infiltración de pared por carcinoma epidermoide queratinizante. El postoperatorio cursó sin complicaciones.

Discusión: El cáncer de páncreas es la cuarta causa de muerte en EEUU por detrás del pulmón, colorrectal y mama. En España, la mortalidad por este tumor representa 3/100.000 habitantes y año, ocupando el quinto lugar en los hombres y el décimo en las mujeres. En general, su supervivencia a los 5 años es muy baja (< 5%). El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente (75%), pero cada vez se diagnostican más neoplasias pancreáticas de distintas estirpes histológicas gracias a las pruebas complementarias. El carcinoma epidermoide se caracteriza por su neo e hipervascularización, por lo que presenta gran capacidad para captar contraste. Su comportamiento, clínica y mala respuesta a quimio y radioterapia son similares al adenocarcinoma. La cirugía es el tratamiento de elección en ambos casos, pero un alto porcentaje de carcinomas epidermoides son irresecables en el momento del diagnóstico.

P-017. VIPOMA PANCREÁTICO ECTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sánchez Ramos, J.A. Rivera, A. Colas, M. Pérez-Seoane, N. Farhangmehr, L. de Gregorio, K. Cuiñas, A.G. Pavia, J.G. Schiever, B. Laiz y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Los tumores neuroendocrinos pancreáticos secretores de VIP (vipoma) son neoplasias muy infrecuentes. Habitualmente se manifiestan mediante un síndrome metabólico específico, tienen gran tamaño y presentan metástas

sis hepáticas en el momento de su diagnóstico. Presentamos un caso de vipoma con origen pancreático ectópico sin metástasis hepáticas, y revisamos el manejo de este tipo de neoplasias.

Material y métodos: Varón de 63 años que debuta con cuadro de diarrea acuosa, hipopotasemia y aclorhidria (s. de Werner-Morrison). Entre las exploraciones complementarias, se evidencia elevación plasmática de VIP (210 pg/ml). Se realizan pruebas de imagen para localizar la lesión (TC, RMN y octreoscan) encontrándose lesión retroperitoneal extrapancreática de 10cm de diámetro sin evidencia de lesiones hepáticas sospechosas. Se realiza laparotomía exploradora y exéresis completa del tumor, sin evidenciar metástasis hepáticas. Postoperatorio inmediato sin complicaciones Anatomía Patológica: neoplasia neuroendocrina bien diferenciada productora de VIP sobre páncreas microscópico, de 100 x 65 mm, > 2 mitosis por campo, de comportamiento incierto.

Resultados: Los vipomas suelen manifestarse clínicamente por su síndrome metabólico. Presentan asimismo, elevación plasmática de VIP. El tumor primario aparece en la mayor parte de casos en la cola pancreática y, dado su gran tamaño, se evidencia en la TC. Para localizar de forma preoperatoria metástasis a distancia es de elección el uso de octreoscan. La malignidad viene definida por la existencia de afectación capsular, ganglionar regional o hepática. La intención del tratamiento es la exéresis de la tumoración pancreática con linfadenectomía regional y el tratamiento de las metástasis hepáticas. Las metástasis no reseables son susceptibles de ablación o de tratamiento con radioisótopos. La supervivencia en pacientes con enfermedad metastásica tratada es prolongada.

Conclusiones: El vipoma es una neoplasia infrecuente, localizada en la cola pancreática, que habitualmente se presenta con un síndrome metabólico característico y con metástasis hepáticas en el momento del diagnóstico. El tratamiento quirúrgico se basa en la resección del tumor primario y en el tratamiento de las metástasis hepáticas. La localización ectópica de la lesión primaria no modifica los principios del tratamiento y la ausencia de metástasis hepáticas, confiere mejor evolución.

P-018. MORBIMORTALIDAD DE LA CIRUGÍA PANCREÁTICA RESECTIVA EN 168 PACIENTES TRATADOS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA HBP

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

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La cirugía pancreática es considerada de complejidad elevada y no está exenta de una importante morbilidad. Los mejores resultados se obtienen dentro de unidades especializadas con gran experiencia tanto en el estudio y diagnóstico de la patología pancreática como en su tratamiento.

Objetivos: Analizar los resultados de la cirugía pancreática en una Unidad de HBP desde el punto de vista de morbi-mortalidad y grado de cumplimiento de los estándares en cirugía pancreática.

Pacientes y método: Se incluye una cohorte de 168 pacientes intervenidos entre enero 2000 y diciembre del 2010, 87 hombres y 81 mujeres con una edad media de 60 ± 14 años. Se realizaron 27 resecciones por patología benigna: 6 por pancreatitis crónica, 13 por tumoraciones quísticas y 7 por tumores sólidos; en ellas se efectuaron 22 duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) y 5 corporo-caudales (PCC). Se intervinieron 141 pacientes por patología maligna: 110 adenocarcinomas, 15 tumores neuroendocrinos, 5 adenocarcinomas papilares intraductales, 9 colangiocarcinomas y un sarcoma. Se practicó la resección en el 89% de los

casos: 94 DPC, 20 PCC, 8 duodenopancreatectomías totales y 4 resecciones atípicas.

Resultados: El índice global de complicaciones, tanto médicas como quirúrgicas, fue del 31%. La tasa de reintervención del 4,2% (7 pacientes, 5 de por hemorragia). La tasa transfusional fue del 35%. Existió un 5% de fistulas pancreáticas (9 casos; ocho grado I y una de grado III según la clasificación de Strasberg). La estancia media hospitalaria postoperatoria fue de 17 ± 10 días. La tasa de mortalidad de la serie fue del 2,3% (4 casos), siendo del 1,1% (2 casos) en los 30 primeros días del postoperatorio.

Conclusiones: La cirugía pancreática comporta una morbilidad no despreciable 30%, aunque de baja gravedad y que requiere una reintervención en sólo el 5% de los casos. La mortalidad perioperatoria es baja. A la vista de estos resultados, creemos que cumplimos con los estándares deseables en esta cirugía y que de forma general debería tratarse esta patología en el contexto de unidades especializadas.

P-019. CIRUGÍA DE RESCATE DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

M. Duarte Llanos, P. Bretcha Boix y J. Farré Alegre

Hospital USP San Jaime, Torrevieja.

Objetivos: Evaluar el número de pacientes que pudieron ser intervenidos con intención curativa gracias al abordaje multidisciplinar del adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo en el que se analizaron las historias de 22 pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado y tratados en la plataforma de oncología de nuestro hospital durante el periodo comprendido entre enero 2006 a diciembre 2010. Se trataron 14 varones y 8 mujeres con una mediana de edad de 61 años (41-72a). En 16 pacientes el tumor se encontraba ubicado en la cabeza y en 6 en el cuerpo-cola del páncreas, con mediana de tamaño tumoral de 3,25 cm (2-6 cm). A 4 de ellos se les había practicado cirugía derivativa paliativa en su hospital de procedencia. Todos recibieron neoadyuvancia (quimio-radioterapia) y a seis se añadió tratamiento inmunoterápico.

Resultados: De los 22 pacientes en 13 se realizaron cirugías de rescate (59%): diez duodenopancreatectomías cefálicas (45%), dos pancreatectomías corporocaudales (9%) a una de ellas se asoció cirugía concomitante de las metástasis hepáticas, una pancreatectomía total con esplenectomía (5%). A cuatro pacientes se les realizó cirugía derivativa con alcoholización del plexo esplácnico y un paciente requirió intervención urgente por perforación duodenal debido a decúbito de prótesis biliar. Se realizó radioterapia intraoperatoria en 6 pacientes (4 como consolidación del tratamiento y en 2 con intención paliativa). La morbi-mortalidad fue del 36%: dos fistulas biliares (9%), dos HDA (9%), una fistula duodenal (4,5%), sepsis (4,5%), una isquemia intestinal (4,5%) y una muerte por fibrilación ventricular durante la intervención quirúrgica (4,5%). La estancia media fue de 14 días. La mediana de supervivencia es de 14 meses (4-60m). Diez pacientes muertos por enfermedad (45%), dos muertes por toxicidad (9%), 3 por sepsis (14%) y 3 por otras causas (14%). Actualmente 4 pacientes (18%) están vivos: dos con progresión local, uno con progresión sistémica y uno sin evidencia de enfermedad.

Conclusiones: Es posible el rescate quirúrgico de los pacientes con adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado

en un entorno multidisciplinar con un porcentaje de complicaciones aceptable y un aumento en la supervivencia comparado con los datos de la literatura asociados al tratamiento paliativo.

P-020. DUODENECTOMÍA TOTAL CON PRESERVACIÓN PANCREÁTICA

J.M. Ramia Ángel, P. Veguillas, R. de la Plaza, A. Gómez Caturla, J.E. Quiñones, V. Arteaga, F. Adel, A. Kuhnhardt y J. García-Parreño

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: Un 70% de los pacientes con poliposis cólica familiar (PCF) presentan adenomas en el duodeno. En determinados casos, grandes adenomas, número muy elevado con afectación difusa, o displasia moderada o grave se debe extirpar el duodeno. Clásicamente se realizaba mediante duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC), pero en 1995 Chung et al describieron la técnica de duodenectomía total con preservación pancreática (DTPP) que ofrece ciertas ventajas sobre la DPC. Sólo unos 100 casos de DTPP se han publicado hasta 2010. Presentamos un caso de poliposis duodenal (PD) tratado mediante DTPP.

Caso clínico: Mujer de 46 años, con poliposis cólica familiar, intervenida a los 14 años de realizándose pancolectomía con anastomosis ileorrectal, y posteriormente resección de recto y anastomosis ileoanal con reservorio ileal en J a los 25 años. La gastroduodenoscopia de seguimiento objetiva en la segunda y tercera porción duodenal múltiples pólipos sesiles y planos de milímetros hasta 2,5 cm de tamaño. La biopsia de los tres pólipos adenomatosos de mayor tamaño (2-2,5 cm) confirma una displasia epitelial moderada. Se efectúa ecoendoscopia y capsula endoscópica que confirma los hallazgos sin observar otras lesiones intestinales. Ante la existencia de una PD Spigelman grado IV, se decide realizar una DTPP. Técnica quirúrgica: se practica sección duodenal a 3mm distal del píloro y a nivel del ángulo de Treitz. Amplia maniobra de Kocher para liberar el duodeno del plano retroperitoneal. Liberación del duodeno distal y descruzamiento por detrás de los vasos mesentéricos. Colecistectomía y colocación de catéter transcístico que nos permite localizar la ampolla de Vater. Se inicia la separación de duodeno infra-ampular y cabeza del páncreas y proceso uncinado, seccionando múltiples ramas pancreaticoduodenales. Posteriormente se realiza la misma maniobra a nivel supraampular. Finalmente conseguimos que páncreas y duodeno solo se encuentren unidos por la ampolla de Vater. Se realiza un oval en el duodeno de pequeño tamaño yuxtapapilar que nos permite finalizar la duodenectomía. Se comprueba que no hay pólipos en los 2-3 mm de mucosa duodenal circundante a la papila. Efectuamos esfínterectomía para ampliar el drenaje biliopancreático. Situamos el yeyuno proximal en el lugar que ocupaba el duodeno (neoduodeno) con el mesenterio situado retropancreático y se efectúa una anastomosis ampuloyeyunal mucosa-mucosa monoplano puntos simples 4/0 no tutorizada y anastomosis piloroyeyunal. La paciente inició tolerancia al 4º día. El postoperatorio transcurrió con normalidad, no requirió transfusión y fue dada de alta a los 10 días. El estudio histológico confirmó la existencia de una poliposis adenomatosa duodenal difusa cientos de pólipos de diversos tamaños (1 a 25 mm) con displasia leve y moderada.

Conclusiones: La DTPP es una técnica compleja con indicaciones muy concretas, que según la bibliografía aporta ventajas nutricionales, de seguimiento e inferior morbilidad si la compa-

ramos con la DPC. Por todo ello, es recomendable su realización en los pacientes con poliposis duodenal.

P-021. CONTROVERSIA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE HIPOGLUCEMIA HIPERINSULÍNICA PANCREÁTICA SIN INSULINOMA (NIPHS) EN UN PACIENTE ADULTO

A.I. Ariza Ibarra, J.M. García Gil, J. Drewniak, G. Díaz García, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: El NIPHS identifica a un grupo de pacientes con hipoglucemia hiperinsulinémica con características clínicas similares: test de ayuno de 72h negativo, localización preoperatoria negativa, pero el test de estimulación arterial selectiva pancreática es positiva. Estos pacientes experimentan hipoglucemia posprandial y nesidioblastosis con hipertrofia de células de los islotes pancreáticos. Cuando se plantea la cirugía el punto de discusión se centra en la cuantía de tejido pancreático a resear. Presentamos un caso en que fueron precisas dos intervenciones: una pancreatectomía local reducida y un año más tarde, pancreatectomía del 70% que de momento controla la enfermedad.

Caso clínico: Paciente atendida en servicio de endocrinología por episodios de hipoglucemia acompañados de sintomatología, que ceden tras la ingesta de alimentos azucarados. La monitorización de glucemia capilar en su domicilio llega a ser de 33 mg/dl. La analítica basal a test de ayuno es de glucosa 75 mg/dl, betahidroxiacetato 0,239, péptido C 4,89, proinsulina 3,3. Al tercer día de ayuno presenta hipoglucemia de 47 mg/dl, con las siguientes determinaciones analíticas: insulina 2,3, péptido C 1,3, proinsulina 1,1, sulfonilureas en orina negativo. TAC abdominal: sin alteraciones pancreáticas. RMN pancreática: no se identifican lesiones. Octreoscan: sin hallazgos patológicos. Ecoendoscopia: lesión nodular en cola de páncreas de 9 x 10 mm, compatible con sospecha clínica de insulinoma. PAAF de lesión pancreática, no representativa. Ante la importancia y persistencia de la clínica se decide exploración quirúrgica, realizando ecografía transoperatoria donde se visualiza un nódulo en cola de páncreas de 10 mm x 10 mm, por lo que se realiza pancreatectomía local. Estudio histológico de pieza quirúrgica compatible con nesidioblastosis. A los 9 meses de seguimiento la paciente presenta episodios de hipoglucemia en controles glucémicos de 47 mg/dl por lo que se inicia nuevamente estudio con la siguiente analítica basal: glucosa 93, insulina 25,2, péptido C 4,46, proinsulina 8,6. TAC abdominal: a nivel de cola pancreática se objetiva lesión quística compatible con pseudoquistes posquirúrgico. Se realiza Test de estímulo selectivo arterial pancreático. Con determinación de insulina en tiempos 0', 30', 60', 90' y 120'. En todas las mediciones la insulina duplica su valor inicial, por lo que se interpreta la prueba como positiva. Se procede a nueva intervención quirúrgica realizando una pancreatectomía corporocaudal, que abarca el 70% de la glándula. Resultado de AP: hiperplasia e hipertrofia de islotes pancreáticos compatible con nesidioblastosis difusa del adulto. Al año de seguimiento en consulta se encuentra hiperglucemia que precisa la administración de insulina para control.

Discusión: En los adultos la causa más común de hiperinsulinemia es el insulinoma, mientras que el NIPHS aun sigue siendo infrecuente (algunos estudios han estimado que esta entidad es la causa en el 0.5% al 5% de los casos de hipoglucemia en adultos). Aunque la resección pancreática definitivamente representa una opción de tratamiento actual para esta patología, es controvertida la cantidad de tejido pancreático que debe ser extirpado para curar la enfermedad sin provocar los efectos indeseados.

P-022. DIFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO PRE Y POSTOPERATORIO EN TUMORES QUÍSTICOS DEL PÁNCREAS. APORTACIÓN DE LA ECOENDOSCOPIA: UNA SERIE DE 31 PACIENTES

N. Macías Hernández, A. Blanco Álvarez, J.I. González Muñoz, M.J. Iglesias Iglesias, C. Esteban Velasco y L. Muñoz Bellvis

Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: El manejo de las lesiones quísticas del páncreas interesa tanto al cirujano como a los especialistas en otras disciplinas. La mayoría de estas lesiones son pseudoquistes inflamatorios. Las neoplasias quísticas suponen un 1% de los tumores malignos pancreáticos. La dificultad en establecer la benignidad de estas lesiones ocasiona controversias en la decisión quirúrgica. La ecoendoscopia, citología y marcadores en líquido del quiste nos permite una mayor precisión, aunque el diagnóstico definitivo se establece tras el estudio histológico de la pieza de resección. Presentamos una serie de 31 casos consecutivos valorando de forma especial las diferencias entre el diagnóstico pre y postoperatorio y el valor de la ecoendoscopia en el mismo.

Material y métodos: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo, mediante consulta en base de datos, propia de la unidad, de pacientes con diagnóstico de tumor quístico del páncreas intervenidos desde febrero de 2003 a febrero de 2011. Se analiza diagnóstico inicial y definitivo, papel de la ecoendoscopia, tipo de cirugía, histología y morbimortalidad.

Resultados: Se intervienen 31 pacientes, el diagnóstico inicial fue de pseudoquistes (11), cistoadenoma seroso (7), cistoadenoma mucinoso (7), cistoadenocarcinoma mucinoso (3) y tumores quísticos no filiados (3). Tras la resección y estudio histológico, se confirman los 11 pseudoquistes; de los cistoadenomas serosos se confirman 6 casos y en 1 se trata de un cistoadenoma mucinoso; de los cistoadenomas mucinosos, se confirman 5 casos, 1 es un cistoadenoma seroso y 1 un ADC de cabeza de páncreas cavitado; de los cistoadenocarcinomas, se confirma 1 caso, 1 es un cistoadenoma mucinoso, y 1 un ADC de cola de páncreas; los tumores no filiados fueron: 1 quiste linfoepitelial, 1 tumor sólido pseudopapilar y 1 ADC de cuerpo-cola de páncreas. De forma global se realizaron: 4 resecciones locales; 9 pancreatomectomías corporo-caudales, 4 con preservación esplénica y 5 con esplenectomía; 4 duodenopancreatomectomías cefálicas; 2 duodenopancreatomectomías totales, 1 con preservación esplénica y 1 con esplenectomía, 10 drenajes de pseudoquistes, y otros tratamientos en 2 ocasiones. La ecoendoscopia con citología y marcadores en el líquido fue diagnóstica en el 80% de los casos. La morbilidad global fue del 29%, recogiendo 5 fístulas pancreáticas, 3 colecciones intraabdominales y 1 insuficiencia hepática postoperatoria. No hubo mortalidad en esta serie.

Conclusiones: La decisión de cirugía versus seguimiento en los tumores quísticos de páncreas sigue siendo controvertida. El desarrollo de la ecoendoscopia, citología y marcadores en líquido, permiten una certidumbre diagnóstica cercana al 80%. La incidencia de un 10% de lesiones premalignas o malignas sobre el global de lesiones presuntamente benignas, aconseja, en caso de duda, optar por la cirugía.

P-023. GIST DUODENAL TRATADO CON DUODENECTOMÍA PÁNCREAS-SPARING

A.I. Ariza Ibarra, J.M. García Gil, J. Drewniak, D. García Teruel, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias infrecuentes, siendo entre ellos el duodeno una

localización particularmente excepcional (3-5%). El tratamiento quirúrgico de los GIST duodenales conlleva una especial dificultad técnica debido a la posición parcialmente retroperitoneal del mismo y al hecho de que comparte el aporte sanguíneo con el páncreas; se han descrito diferentes procedimientos quirúrgicos que incluyen la pancreaticoduodenectomía, páncreas-sparing duodenectomía, duodenectomía segmentaria y resección local. Presentamos un caso de GIST duodenal tratado con técnica de duodenectomía páncreas-sparing.

Caso clínico: Paciente de 48 años que acude a urgencias por cuadro de 1 semana de evolución de fiebre hasta 38 °C acompañada de astenia. Refiere aumento de perímetro abdominal de 2 meses de evolución. A la exploración destaca palidez generalizada y masa palpable en hemiabdomen derecho que abarcaba desde HCD hasta FID, de consistencia elástica y fija a planos profundos. Analítica al ingreso: hemograma Hb 7,3 g/dl, Hto 21,2, leucocitos 16.800, fórmula (segmentados 78%, L 14%), plaquetas 1.014.000, PCR 300, VSG 128. Endoscopia digestiva alta: abundantes restos hemáticos, lesión fistulizante a tumoración retroperitoneal, localizando orificio de entrada en la cara externa de la segunda porción duodenal. TAC abdominopélvico: gran masa retroperitoneal en hemiabdomen derecho en íntimo contacto con 2ª porción duodenal. Se realiza cirugía programada: Laparotomía media objetivándose tumoración de 30 × 20 × 20 cm infrahepática derecha que afecta colon derecho y duodeno y compromete el uréter ipsilateral. Se realiza hemicolecistomía derecha, antrectomía y resección duodenal con reconstrucción yeyuno-periampular (páncreas-sparing). Reconstrucción de tránsito intestinal con gastroyeyunostomía. El informe de Patología confirmó el diagnóstico de GIST G2, T4, N0 M0, con subtipo mixto, índice mitótico 6/50 HPF, con márgenes respetados, CD 117+, CD34-. El posoperatorio transcurre sin incidencias. Posteriormente ha recibido tratamiento adyuvante con imatinib. En el control después de 1 año no se ha objetivado recidiva tumoral.

Discusión: Los GIST son tumores mesenquimales que se originan de las células pluripotenciales de Cajal. La presentación morfológica del tumor (numero de mitosis y tamaño tumoral) ha demostrado ser el factor predictivo de mayor valor pronóstico para la aparición de recurrencia o metástasis, aunque en ocasiones estos tumores pueden ser impredecibles ya que incluso pequeños tumores o tumores con un bajo índice mitótico pueden recurrir o metastatizar. La resección completa del tumor, con márgenes de seguridad, es la mejor opción de tratamiento. Las metástasis a ganglios linfáticos son extremadamente raras para los GIST y la linfadenectomía de rutina no ha demostrado aportar sobrevida a estos pacientes. El tratamiento con imatinib mesilato, un inhibidor de la tirosina quinasa ha demostrado ser útil, aunque su indicación como tratamiento complementario tras resecciones completas es aun tema de estudio. El caso que presentamos reviste particular interés por su tamaño, localización, y su tratamiento quirúrgico.

P-024. ADENOCARCINOMA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO DE LA AMPOLLA DE VATER, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

L. Lesquereux Martínez, A. Fernández López y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos: Desde el punto de vista histológico el carcinoma de células en anillo de sello a nivel de la ampolla de

Casos publicados de adenocarcinoma de la ampolla de Vater de células en anillo de sello

Autor	Año	Edad	Sexo	Tamaño	TNM	Estadio	Cirugía	Seguimiento (meses)	Resultado
Sekoguchi	1970	47	Hombre	2,0 × 0,8	T3N0M0	IIA	Desconocido	Desconocido	LE
Gardner	1990	69	Mujer	2,0 × 1,5	T3N0M0	IIA	DPC	Desconocido	LE
Arnal-Monreal	1994	71	Hombre	2,5	T2N0M0	IB	DPC	24 meses	LE
Casella	1994	70	Hombre	No conocido	TxNxM0		Ampulectomía	12 meses	LE
Tseng	2002	47	Hombre	2,0	T3N0M0	IIA	DPC	6 meses	LE
Hara	2002	68	Hombre	1,5 × 0,8	T2N0M0	IB	DPC	10 meses	LE
Nabeshima	2003	49	Hombre	0,8	T3NxM1	IV	No realizada	12 meses	Exitus
Eriguchi	2003	83	Hombre	1,5 × 1,2	T3N0M0	IIA	DPC	18 meses	LE
Ramia	2004	67	Mujer	1,8	T2N0M0	IB	DPC	12 meses	LE
Fang	2004	53	Hombre	No conocido	T2N0M0	IB	DPC	25 meses	LE
Li	2004	56	Mujer	1,5 × 1,0	T2N1M0	IIB	DPC	12 meses	LE
Purohit	2005	18	Mujer	No conocido	TxNxM1	IV	No realizada	No conocido	Desconocido
Bloomston	2005	58	Mujer	1,0 × 0,8	T2N0M0	IB	DPC	134 meses	LE
Akatsu	2007	43	Mujer	2,0 × 1,8	T2N0M0	IB	DPC	90 meses	LE
Gao	2009	38	Mujer		T3N0M0	IIA	DPC	6 meses	LE
Ishibashi	2009	59	Hombre		T3N0M0	IIA	DPC	18 meses	Exitus
Burgos-García	2011	73	Hombre	2,1 × 1,5	T2N1M0	IIB	DPC	14 meses	LE
Burgos-García	2011	74	Hombre	No conocido	T3N0Mx	IIA	Pancreatectomía total	3 meses	LE

LE: Libre de enfermedad.

Vater es una variante excepcional. El objetivo del presente trabajo es comunicar un nuevo caso de este subtipo anatomopatológico tan poco común.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente intervenida en nuestro servicio con diagnóstico de adenocarcinoma de células en anillo de sello de ampolla de Vater. Realizamos una revisión retrospectiva de la literatura.

Resultados: El caso comunicado es el de una mujer de 71 años que consulta por ictericia. Mediante realización de USE y CPRE se objetiva una tumoración a nivel de la ampolla de Vater, sin demostrarse metástasis a distancia en el TC abdominal. La paciente es intervenida realizándosele una duodenopancreatectomía cefálica. El postoperatorio transcurre sin incidencias. El estudio anatomopatológico demuestra un adenocarcinoma mucosecretor con células en anillo de sello y patrón de crecimiento difuso de 1,1 cm de diámetro, localizado a nivel de la ampolla de Vater que infiltra la pared intestinal hasta la capa muscular con infiltración neoplásica en una de las veintiún adenopatías aisladas (T3N1M0). La paciente recibe tratamiento quimioterápico adyuvante con gemcitabina. Tras 7 meses continúa libre de enfermedad.

Conclusiones: Los carcinomas de células en anillo de sello de la ampolla de Vater son una patología muy infrecuente, con solo 18 casos descritos en la literatura. Aún está sin definir si este subtipo histológico se traduce en un ensombrecimiento del pronóstico como ocurre en tumores de otras localizaciones del tracto gastrointestinal.

P-025. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTE SINTOMÁTICO CON PÁNCREAS DIVISUM

A.I. Ariza Ibarra, J.M. García Gil, J. Drewniak, D. Alias Jiménez, M. Moral González, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: El páncreas divisum es la variante anatómica congénita más común del páncreas, la incidencia es de aproximadamente el 7% de las personas en serie de autopsias. El pán-

creas divisum ocurre cuando los conductos ventral y dorsal, no se fusionan durante el segundo mes de gestación. Con la falta de unión de los conductos, la mayor parte de la secreción pancreática entra en el duodeno a través del conducto dorsal y la papila menor. Aunque en la mayoría de los sujetos que presentan esta variante anatómica no tiene consecuencias clínicas, la asociación de pancreatitis aguda recurrente se ha documentado como la manifestación clínica más frecuente asociada con el páncreas divisum. Presentamos el caso clínico de una paciente que tras ser colecistectomizada presentó varios episodios de pancreatitis, siendo diagnosticado de páncreas divisum y tratado mediante cirugía.

Caso clínico: Paciente de 75 años que acude a urgencias por dolor en epigastrio desencadenado tras la ingesta, la paciente había sido colecistectomizada en otro centro hospitalario hace 1 año tras un primer episodio de pancreatitis. Durante el ingreso se diagnostica nuevamente de pancreatitis aguda por lo que se realiza CRMN encontrando hallazgos compatibles con páncreas divisum sin coledocolitiasis. Se decide intentar tratamiento endoscópico, por lo que se realiza CPRE siendo imposible la canalización de la papila mayor y sin lograr identificar la papila menor. Durante el periodo de espera en la realización de las pruebas, la paciente presenta 2 nuevos episodios de pancreatitis aguda. Ante la clínica persistente de la paciente y el fracaso de la endoscopia, se decide intervenir quirúrgicamente. Se realiza doble esfinteroplastia a través de duodenotomía: de la papila mayor (tras esfinteroplastia de Austin-Jones, localización de la desembocadura del Wirsung en la papila mayor y esfinteroplastia de la misma) y de la papila menor (que se identifica con relativa facilidad y se canaliza con sonda lagrimal). El postoperatorio transcurre sin incidencias, la paciente es dada de alta al octavo día. Tras un año de seguimiento en consulta la paciente se encuentra sintomática.

Conclusiones: El diagnóstico y el manejo de estos pacientes es complejo, sin embargo hay que sospechar el diagnóstico en pacientes con pancreatitis de repetición. Hoy en día la endoscopia juega un primer papel en el manejo de estos pacientes, aunque en los casos en que esta fracasa, la esfinteroplastia quirúrgica ofrece una alternativa eficaz y probablemente con menor índice de recidivas por reestenosis. Sin embargo el manejo de estos pacientes debe ser un esfuerzo cooperativo entre los cirujanos y gastroenterólogos.

P-026. PANCREATITIS AUTOINMUNE: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN

I. García-Sanz, J.L. Martín Álvarez, J. Delgado Valdueza, E. Martín-Pérez, D. Tejedor Segura, E. Colmenarejo, H. Souto Romero, I. Rubio Pérez, L. Sánchez Urdazpal, J.L. Muñoz de Nova y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una rara enfermedad que presenta dificultades diagnósticas, siendo en ocasiones difícil de diferenciar del adenocarcinoma de páncreas. Se asocia a otras enfermedades autoinmunes por lo que hay autores que consideran esta entidad como parte de una enfermedad sistémica autoinmune. En caso de ser diagnosticada el tratamiento ha de ser médico con corticoides.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de PAI tratados en el Hospital Universitario de la Princesa que reflejan las posibles formas de presentación. Caso 1: varón de 74 años con antecedentes de insuficiencia pancreática exo y endocrina de reciente diagnóstico con presentación radiológica sospechosa de PAI (aumento difuso de la glándula pancreática con captación heterogénea y márgenes mal definidos, así como pequeñas imágenes de hipocaptación con leve retracción en corticales de ambos riñones) Tras estudio complementario se confirma diagnóstico siendo tratado con corticoides con mejoría clínico-radiológica. Presenta reagudizaciones posteriores que precisan ingreso para tratamiento intravenoso. Evoluciona a atrofia pancreática e IRC con necesidad de diálisis peritoneal. Caso 2: varón de 66 años sin antecedentes personales de interés que consulta por ictericia obstructiva. En TC abdominal masa de tres cm en cabeza de páncreas con dudosa infiltración de vena mesentérica superior (que se confirma en ecoendoscopia). Se realizó duodenopancreatectomía cefálica con resección vascular (vena mesentérica superior) ante la sospecha de adenocarcinoma de páncreas, siendo informada la pieza como de PAI.

Discusión: En caso de sospecha clínica o radiológica se debe determinar inmunoglobulinas plasmáticas, especialmente IgG total e IgG4, así como anticuerpos antinucleares, antianhidrasa carbónica, antilactoferrina y factor reumatoide. La biopsia puede confirmar el diagnóstico al encontrar células IgG positivas. En el consenso de la Asociación Internacional de Pancreatología de julio de 2010 se consideran criterios diagnósticos de nivel I y nivel II según los hallazgos radiológicos, serológicos e histológicos. La PAI no siempre se asocia a hallazgos clínico-analítico-radiológicos típicos por lo que se ha de tener un alto nivel de sospecha ya que su diagnóstico evita cirugías innecesarias que pueden asociarse a una morbimortalidad no despreciable.

P-027. ILEOBILIAR: UNA CAUSA CADA VEZ MENOS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO. 26 CASOS EN LOS ÚLTIMOS 18 AÑOS

M. Posada González, I. García-Sanz, A. Rodríguez Sánchez, J. Gómez Ramírez, M.M. Naranjo Lozano, J. Delgado Valdueza, E. Colmenarejo, J.L. Muñoz de Nova, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: El término de íleo biliar se define como un cuadro de obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de uno o varios cálculos biliares en la luz intestinal. La presencia de una fístula bilioentérica es el mecanismo fisiopatológico fundamental, siendo la más frecuente la que comunica la vesícula con el duodeno. Supone entre el 1 y el 4% de todos los casos de obstrucción intestinal mecánica, llegando a representar hasta un 25% en los mayores de 65 años, con una mortalidad no des-

preciable. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, hasta un 50% se descubren con la laparotomía. No existe uniformidad de criterios en cuanto al tratamiento. La enterolitotomía es la técnica quirúrgica más frecuentemente realizada, aunque la cirugía definitiva en un paso, con enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fístula puede estar indicada en casos seleccionados. El objetivo de nuestro estudio pretende revisar los casos de íleo biliar tratados en nuestro centro durante los últimos 18 años.

Material y métodos: Se recogieron todos los casos de íleo biliar diagnosticados en nuestro centro desde 1993 hasta 2011. Las variables recogidas fueron datos demográficos, comorbilidad, método diagnóstico, tratamiento, tipo de cirugía, complicaciones intraoperatorias y complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se recogieron un total de 26 pacientes con diagnóstico de íleo biliar entre 1993 y 2011. Del total de pacientes, 20 (76,9%) fueron mujeres y 6 (23,1%) varones. La edad media del grupo fue de $80,8 \pm 8,2$ años. El 76,9% de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas, 53,8% eran hipertensos, 38,5% diabéticos, 23,1% cardiopatas, 7,7% obesos, 3,8% EPOC y además 5 pacientes (19,2%) habían presentado un episodio previo de colecistitis aguda tratada de forma conservadora. El diagnóstico preoperatorio con pruebas de imagen únicamente se consiguió en el 42,3% de los pacientes, mientras que en el 57,7% de los casos se descubrió con la laparotomía. La prueba de imagen más empleada fue el TC abdominal (72,7%), seguido de la ecografía (27,3%), que describen la presencia de fístula colecistodigestiva únicamente en 5 casos (19,2%). El tratamiento quirúrgico efectuado fue en el 91,3% de los casos una enterotomía para extracción del cálculo y únicamente en 8,7% de los casos se realizó una cirugía definitiva en un paso. Se presentaron complicaciones durante el postoperatorio inmediato en 43,5% de los pacientes y se recogieron 3 casos de exitus. Además a largo plazo se identificaron 3 casos de coledocolitiasis residual y colangitis, mientras que sólo 1 paciente fue intervenido en un segundo tiempo para realizar el tratamiento definitivo.

Conclusiones: El íleo biliar es una complicación cada vez menos frecuente de la colelitiasis. Su enfoque terapéutico debe ser individualizado para conseguir los mejores resultados en cada paciente, atendiendo al tipo de enfermo, comorbilidades asociadas, estado general y condiciones clínicas en el momento del diagnóstico, así como a los hallazgos intraoperatorios y a la experiencia del cirujano. Revisando los últimos casos registrados, se confirma que esta patología se presenta fundamentalmente en ancianos y que la técnica quirúrgica más frecuentemente empleado es la enterotomía y extracción del cálculo de cara a solucionar el episodio agudo de obstrucción.

P-028. TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PANCREÁTICAS TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.L. Gutiérrez Díez, S. Paterna López, C. Gracia Roche, N. Sánchez Fuentes, G. González Sanz, M. Herrero López, J. Martínez Bernard, I. Gascón Ferrer, J.M. Esarte Muniáin y A. Serrablo Requejo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Describir la gestión y repercusión de las fístulas pancreáticas (FP) tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC).

Material y métodos: Desde marzo de 2007 hasta marzo de 2011 se han recogido los pacientes a los que se les ha realizado una DPC, analizando aquellos que han presentado una FP en el postoperatorio.

Resultados: Se han realizado 84 DPC, de los cuales 11 han presentado una FP (13%), 8 varones y 3 mujeres, con edades comprendidas entre los 59 y 76 años, con una edad media de 67 años. 2 pacientes por colangiocarcinoma distal, 1 por pancreatitis cró-

nica, 1 por ampuloma, 2 por carcinoma mucinoso, 3 por adenocarcinoma de páncreas y 1 por adenocarcinoma de segunda porción duodenal. La técnica quirúrgica incluye 9 anastomosis gastroentéricas antecolicas, 2 preservaciones pilóricas, así como 10 pancreatoyeyunostomías y una pancreatogastrostomía con reconstrucción tipo Child en todos los pacientes. 5 pacientes presentaron una salida de líquido pancreático a través de los drenajes con escasa repercusión clínica por lo que pudieron tratarse mediante medidas conservadoras con nutrición parenteral y somatostatina, 2 se manifestaron como colección intrabdominal que precisó drenaje percutáneo y 4 requirieron reintervención de urgencia por sepsis o por hemorragia, de los cuales en 2 se realizó pancreatectomía total y en otro oclusión de conducto pancreático con adhesivo. Fallecieron 3 de los 11 pacientes (27%) y la estancia media fue de 34 días (16-60 días).

Conclusiones: La FP es la segunda causa de morbilidad y la principal de mortalidad tras la DPC. La incidencia de FP tras la DPC en nuestra unidad es similar a la de la mayoría de las series (13%) que oscilan entre un 8 y un 15%, con una mortalidad asociada de hasta un 40%, (en nuestra serie 27%). La presencia de complicaciones, como la fístula pancreática, aumenta la estancia hospitalaria. La mayoría de los casos de FP curan con tratamiento conservador aunque la presencia de complicaciones intrabdominales o sepsis obligan a una conducta quirúrgica.

P-029. TUMORACIÓN QUÍSTICA DE PÁNCREAS: NUESTRA EXPERIENCIA

L. Lázaro García, M.I. García Domingo, J. Camps Lasa, E. Herrero Fonollosa y E. Cugat Andorra

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: Los tumores quísticos de páncreas (TQ) representan menos de un 1% de las neoplasias pancreáticas y el 10% de las lesiones quísticas. Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial entre pseudoquistes y tumoración quística; como lo es catalogar el tipo de tumoración quística de la que se trata puesto que la actitud terapéutica y el pronóstico son muy diferentes. El diagnóstico de estos tumores ha aumentado en las últimas décadas por el aumento de las exploraciones radiológicas.

Objetivos: Describir la serie de tumores intervenidos en nuestra unidad con la sospecha de tumor quístico de páncreas. Analizar los resultados quirúrgicos, de morbilidad (y supervivencia).

Material y métodos: Pacientes intervenidos en nuestra unidad con intención curativa bajo el diagnóstico de tumoración quística pancreática diagnosticada mediante TAC abdominal. Resultados descriptivos: mediana (rango)/media \pm desviación estándar. Evaluación diferencias valores entre grupos: t-Student. Evaluación seguimiento: t-Student para datos apareados.

Resultados: 21 pacientes intervenidos entre enero 2000 y diciembre 2010. Edad: 57 \pm 11,4. Mujeres: 68%. 8 Tumores quísticos mucinosos; 6 Tumores quísticos serosos; 6 TMPI. Cirugía con resección R0: 90%; R1: 4%. Tipo de cirugía: 10 pancreatectomías corporocaudales con esplenectomía; 2 pancreatectomías corporocaudales sin esplenectomía; 3 duodenopancreatectomía cefálica sin preservación pilórica; 4 duodenopancreatectomías cefálicas con preservación pilórica; 1 pancreatectomía central y una resección atípica. Estancia media: 12 \pm 9 días; Retraso del vaciamiento gástrico: leve: 14%; moderado: 19%. Complicaciones: fístula pancreática precoz: 9%; fístula pancreática tardía: 3%; fístula biliar tardía: 4%; transfusiones durante la intervención: 9%. Ningún paciente requirió intervención y no hay exitus en la serie.

Conclusiones: Las tumoraciones quísticas de páncreas son una patología en aumento en los tumores de páncreas por el aumento del diagnóstico. Comprenden un importante grupo de

lesiones donde existen lesiones premalignas y benignas por lo que necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial para realizar una cirugía adecuada. Nuestra serie presenta resultados comparables a los descritos en la literatura respecto a tipo de tumoraciones, cirugía y morbilidad.

P-030. VÍAS DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN EL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

L.A. Magrach Barcenilla, A. Gómez Portilla, E. Martín Martín, E. López de Heredia, E. Romero, A. Lirola, E. Palacios, B. Ezurmenía, J. Barros Ingerto, I. López de Tejada y J.M. López de Torre

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

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

Material y métodos: En este poster mostramos nuestra experiencia con dos procedimientos de drenaje interno laparoscópico. En el primer paciente un varón de 52 años fue evaluado de forma preoperatoria mediante ecografía, RNM y TACs seriados, durante un periodo de 6 semanas, por considerarse el tiempo óptimo para la maduración de una pared quística que nos permita una anastomosis segura siendo raro su resolución pasado este tiempo. Previo a la cirugía se realizó una CPRE para valorar la posible comunicación ductal pancreática con el pseudoquiste. Técnica quirúrgica: el paciente se colocó en decúbito supino. Tras neumoperitoneo con aguja de Veress se accedió a la cavidad peritoneal a través de un trocar de visión directa. Se colocaron un segundo y tercer trocar de 10 mm suprapúbico y en hipocóndrio derecho, seguidos de tres trocates de 5 mm en ambas fosas ilíacas y en región subxifoidea. Intraoperatoriamente observamos una colecistitis litiasica con pseudoquiste de páncreas abombando a través del mesocolon, a la izquierda del ángulo de Treitz. Tras una colecistectomía simple y punción del pseudoquiste para la toma de muestras para citología y microbiología, se seccionó el yeyuno realizando una quistoyeyunostomía laterolateral con puntos de seda y confección del pie de asa a 60 cm de la quistoyeyunostomía con GIA 60, concluyendo la intervención con el cierre de los ojales yeyunales. En el segundo paciente un varón de 60 años, con antecedentes de apendicectomía, obesidad y pancreatitis aguda necrohemorrágica de origen litiasico el TAC de control un año después, mostró una imagen quística en cuerpo pancreático de 15 x 8 cm que contactaba ampliamente con la cara posterior gástrica, permitiendo plantear su solución laparoscópica transgástrica. Tras inducción del neumoperitoneo con Verres y explorar la cavidad, apreciamos una gran masa que desplazaba el cuerpo gástrico. Realizamos colecistectomía laparoscópica según técnica habitual. A continuación fijamos la pared anterior gástrica a la pared abdominal con dos puntos, permitiendo el acceso intragástrico con dos trocates de 11 y 5 mm. El trocar de 11 mm era balonado en su zona distal para fijar el estómago a la pared gástrica. Localizada la zona del protrusión del pseudoquiste y tras la punción-aspiración del contenido para citología y microbiología, se prolongó el orificio con electrocauterio, para con la utilización del Ligasure, llegar a conseguir una comunicación amplia de más de 5 cm entre el pseudoquiste y la cara posterior gástrica asegurando el drenaje del mismo. La pared gástrica se selló con puntos sueltos y el uso de endoGIA.

Resultados: El postoperatorio trascurrió sin incidencias en ambos casos con alta entre el tercer y cuarto día encontrándose el paciente asintomático al año.

Conclusiones: Actualmente el abordaje laparoscópico supone un puente entre las técnicas endoscópicas y las técnicas quirúrgicas convencionales. La cirugía laparoscópica permite realizar una comunicación más amplia que la técnica endoscópica, minimizando el riesgo de sangrado e infección del pseudoquistes. Existe cada vez más literatura que demuestra las ventajas de estas técnicas en el manejo del pseudoquistes pancreático. Si bien la quistoyeyunostomía laparoscópica es un procedimiento técnicamente exigente, puede ser llevado a cabo de forma segura, beneficiándose los pacientes de una recuperación más temprana y una morbilidad y mortalidad aceptable, frente a otro tipo de técnicas. Aunque existe controversia sobre el método de elección de drenaje interno, tanto la quistogastrostomía como la quistoyeyunostomía deberían adquirir un patrón predominante en la era laparoscópica.

P-031. ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO Y VESICULAR SOBRE PANCREATITIS AUTOINMUNE

R. Fernández Santiago, C. Cagigas Fernández, A. López Useros, E. García Somacarrera, J.C. Rodríguez Sanjuán, L.A. Herrera Noreña, F. Castillo Suescun, G. Gutiérrez Fernández, M. Bolado Oria, C. Gil Manrique y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: La pancreatitis autoinmune (PAI) es uno de los procesos incluidos en la enfermedad sistémica relacionada con IgG4, caracterizada por un infiltrado linfoplasmocitario rico en células positivas para inmunoglobulina G4 y que habitualmente se resuelve con corticoides. Presentamos el caso de un paciente con pancreatitis autoinmune que presentó concomitantemente un adenocarcinoma de páncreas y de vesícula biliar.

Caso clínico: Se trata de un varón de 77 años con antecedentes de HTA, DM II, miocardiopatía hipertensiva, hernia de hiato y síndrome prostático. El paciente refiere dolor abdominal inespecífico y pérdida de 20 kg de peso de 6 meses de evolución y comienzo con ictericia y aumento del CA 19.9 con un valor de 481 U/L (v.n. < 17). Se le realizó un TAC y se le remitió a nuestro hospital con la sospecha de cáncer de páncreas. Revisando dicho TAC se objetivó una importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática que llegaba al colédoco intrapancreático, un páncreas difusamente agrandado con marcada hipodensidad y dilatación difusa del Wirsung, mayor a nivel del cuerpo y cola. También se objetivaron ambos riñones aumentados de tamaño con lesiones hipodensas de distribución difusa. Se realizó CPRE con citología del Wirsung y el colédoco sin encontrarse células malignas y se colocó una prótesis biliar. Se realizó PAAF mediante eco-endoscopia de cuerpo pancreático obteniéndose una muestra con abundante infiltrado linfoplasmocitario y sin células malignas. Ante la sospecha de proceso inflamatorio no tumoral, se realizó estudio inmunológico y se observó un importante aumento de la IgG4 (4.236 mg/dl, v.n < 135) así como la presencia de anticuerpos antianhidrasa carbónica II positivos. Con el diagnóstico de PAI se instauró tratamiento esteroideo durante seis semanas obteniéndose una desaparición completa de los síntomas y recuperación de los 20 Kg de peso. Dos meses después se realizó TAC de control objetivándose una vesícula biliar deplecionada, vía biliar de calibre normal con prótesis en su interior, páncreas con volumen disminuido respecto al estudio previo y riñones con una correcta diferenciación corticomedular y sin lesiones. Además la IgG4 disminuyó hasta 1.200 mg/dl. Pero llamaba la atención que el CA 19.9 había aumentado hasta 1.300 U/L por lo que se realizó una PET donde se ob-

servó una captación difusa en todo el páncreas. Debido a este aumento del marcador tumoral y a pesar del diagnóstico de PAI se decidió realizar una laparotomía exploradora: se objetivó un páncreas aumentado de tamaño difusamente que englobaba toda la vascularización peripancreática y multinodular tomándose varias muestras para biopsia. Se observó una vía biliar discretamente dilatada y una vesícula biliar esclerotrónica, realizándose una derivación biliodigestiva. La anatomía patológica describió la muestra pancreática como adenocarcinoma infiltrante ductal y la vesícula biliar como adenocarcinoma infiltrante difuso ductal. El paciente fue dado de alta a los 8 días de la cirugía y remitido al Servicio de Oncología.

Discusión: La asociación de PAI y cáncer de páncreas al mismo tiempo es una entidad muy poco frecuente y su relación no está bien conocida, aunque parece que la pancreatitis puede incrementar ligeramente el riesgo de cáncer. Así mismo está demostrada la asociación de PAI con lesiones de la vía biliar y vesícula biliar similares a la colangitis esclerosante, aunque no hemos encontrado ningún caso de cáncer de vesícula asociado. Aunque tengamos un diagnóstico correcto de PAI debemos tener en cuenta cualquier dato clínico atípico de este proceso autoinmune que nos haga sospechar una patología tumoral y no dudar en realizar laparotomía exploradora en estos casos.

P-032. NESIDIOBLASTOSIS COMO CAUSA DE HIPERINSULINISMO EN EL ADULTO

A. Moreno Serrano, V. Maturana Ibáñez, G. López Ordoño, A. Morales, J.M. Vargas Fernández, J. Torres Melero, O. Fuentes Porcel y J. Motos Mico

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La nesidioblastosis es la hiperplasia de las células insulares de los islotes pancreáticos a partir del epitelio ductal pancreático. Estos islotes pueden formar nódulos (nesidioblastosis focal) o disponerse de forma difusa por todo el páncreas (nesidioblastosis difusa). Estas células se diferencian por marcadores inmunohistoquímicos específicos.

Caso clínico: Varón de 44 años con antecedentes personales de hernia de hiato y diabetes mellitus tipo II desde hace dos años en tratamiento con antidiabéticos orales. Ingresa en el servicio de Digestivo por malestar abdominal inespecífico irradiado a región lumbar de 3 meses de evolución. No semiología colostásica. No presenta síndrome constitucional. Afebril. Paciente con buen estado general y una exploración abdominal sin hallazgos significativos. Se le realizó TAC Y RMN en la que se detecta lesión neoplásica entre cabeza y cuerpo del páncreas de 31 x 40 x 30 mm que comprime la vena porta sin lograrse definir si la invade, condiciona dilatación marcada de los conductos pancreáticos y afilamiento del tercio distal del colédoco. Se realizó una eco endoscopia en la que se practica PAAF para obtener muestras citológicas pero no se obtiene muestra suficiente valorable para el diagnóstico. Ante este caso, se decidió realizar una laparotomía exploradora en la que se tomó una biopsia intraoperatoria de la tumoración pancreática que se informó como nesidioblastosis difusa. Se practicó una pancreatectomía parcial del proceso uncinado y cabeza pancreática, con preservación duodenal. Durante el curso postoperatorio el paciente ha presentado El paciente ha estado nutrido con NPT y apoyado con somatostatina, hasta que el debito ha sido mínimo. Los niveles de glucemia han sido adecuados, sólo hiperglucemias durante la administración de la NPT. En el momento actual el paciente está en seguimiento en las consultas externas asintomático y con buen control de la diabetes.

Discusión: La nesidioblastosis es la causa más frecuente de hipoglucemia en la época neonatal. En los adultos, la diferenciación de las células insulares a partir del epitelio ductal es fre-

cuente y puede considerarse una variante de la normalidad. Sin embargo, es excepcional cuando se describe como causa de hipoglucemia, ocurre entre el 0,5 y el 5% de los casos en que existe hiperinsulinemia endógena, por lo que esta etiología debe ser considerada cuando los métodos de diagnóstico por imagen no consiguen localizar una lesión en pacientes con hiperinsulinemia. Desde el punto de vista clínico, se presenta con episodios de hipoglucemia en ayunas o tras un ejercicio; temblor, mareo, palpitaciones, sudoración, alteración neurológica y como, entre otros síntomas. El diagnóstico del hiperinsulinismo endógeno se realiza mediante el test del ayuno. Una vez establecido, se dispone de una serie de técnicas radiológicas para llegar al diagnóstico de insulinoma pancreático. La ecografía transabdominal, TAC y, recientemente, la eco endoscopia, son las técnicas más utilizadas, con lo que se obtiene una alta sensibilidad y especificidad al combinar estas dos últimas. Además la eco endoscopia permite la realización de PAAF para obtener muestras citológicas. En casos seleccionados cuando no se consigue el diagnóstico con estas técnicas, el cateterismo selectivo con inyección intraarterial de calcio. Una prueba adicional es la ecografía pancreática intraoperatoria. El tratamiento de elección de la hiperplasia difusa de islotes pancreáticos es la pancreatomec-tomía subtotal (70-80%), con resección del páncreas situado a la izquierda de la vena mesentérica superior. Si tras la resección persiste la hipoglucemia, esta se puede controlar con la administración de diazóxido. Cuando la resección quirúrgica y el tratamiento con diazóxido fracasan, cabe plantear una resección más extensa, aunque con el riesgo de que se provoque una insuficiencia pancreática exocrina y diabetes.

P-033. METÁSTASIS EN EL PÁNCREAS DE ADENOCARCINOMA RENAL

E. Romera Barba, J.A. Fernández Hernández, E. Amate Tortosa, M. Maestre Maderuelo, P. Pastor Pérez, A. García López, E. Gil Gómez, R. García Pérez, J. Abrisqueta Carrión, A. Bernabé Peñalver y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La mayoría de los tumores pancreáticos malignos son adenocarcinomas, constituyendo entre el 85-90% de esta categoría. Las metástasis en el páncreas son raras, representando un 2-3% de los tumores pancreáticos malignos. El adenocarcinoma renal, seguido del cáncer de pulmón, mama, colon, melanoma y sarcomas de partes blandas, constituyen su origen más frecuente. Mientras que la cirugía de las metástasis en hígado, pulmón y cerebro de tumores como colon, sarcomas y carcinoma renal ha sido ampliamente defendida en la literatura en cuanto a términos de supervivencia y calidad de vida, la experiencia en el tratamiento quirúrgico de las metástasis en el páncreas es escasa, existiendo pocas guías clínicas sobre su manejo. Presentamos un caso de metástasis en el páncreas de adenocarcinoma renal comentando aspectos epidemiológicos, diagnósticos y su manejo terapéutico.

Caso clínico: Mujer de 66 años con antecedentes personales de nefrectomía radical derecha en 2000 por tumor de células claras que respetaba cápsula, grasa renal y vasos renales, con ganglios negativos. En TC de control en mayo de 2009 se detecta lesión de 1,5 cm en la unión entre cuerpo y cola de páncreas con realce de contraste en fase arterial. Se realiza PET-TAC donde no se aprecia incremento metabólico significativo. Se decidió realizar laparotomía exploradora en julio de 2009 hallando nódulo de unos 1,5 cm de diámetro en cuerpo de páncreas. Se realiza ecografía intraoperatoria sin evidenciar otras LOES y enucleación de la lesión con cierre del lecho con Prolene® y Tachosil®. La anatomía patológica definitiva informó de metástasis de adenocarcinoma

renal de células claras. Durante el postoperatorio la paciente desarrolló una fístula pancreática de bajo débito (100 cc/día) que se trató mediante drenaje radiológico. Fue alta al 30 día postoperatorio portando el drenaje, que se consiguió retirar un mes más tarde. En la actualidad se encuentra asintomática tras 9 meses de seguimiento.

Discusión: Las metástasis del adenocarcinoma renal típicamente aparecen tras un largo periodo libre de enfermedad después de la nefrectomía, con una media de 8 años (rango 6-12 años), generalmente de forma aislada, si bien hasta en un 12% de los casos aparecen encuadradas dentro de la enfermedad metastásica diseminada. Clínicamente pueden ser asintomáticas o presentarse con síntomas similares a los tumores primarios pancreáticos, lo que dificulta su diagnóstico. El TC y la RNM muestran lesiones hipervasculares, al igual que los tumores neuroendocrinos, mientras que los adenocarcinomas suelen ser hipovasculares. La PAAF guiada por ecografía, TC o ecoendoscopia puede contribuir al diagnóstico. En ausencia de enfermedad metastásica diseminada, la resección de las metástasis pancreáticas del carcinoma renal ha demostrado ser el tratamiento más efectivo, alcanzando supervivencias de 43-88% a los 5 años. Las técnicas quirúrgicas incluyen la duodenopancreatomec-tomía cefálica estándar, la pancreatomec-tomía distal o total, y las resecciones atípicas, dependiendo de la localización del tumor, con el objetivo de conseguir una resección óptima con márgenes libres y preservando la mayor cantidad de parénquima posible.

P-034. METÁSTASIS PANCREÁTICA AISLADA EN EL CÁNCER DE COLON. ¿ES LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA UNA ALTERNATIVA EN EL MOMENTO ACTUAL?

F.J. León Díaz, B. Sánchez Pérez, J.L. Fernández Aguilar, I. Pulido Roa, R. Becerra Ortiz, J.A. Pérez Daga, M.A. Suárez Muñoz y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las metástasis pancreáticas aisladas han aumentado su frecuencia en centros de referencia para la cirugía pancreática, suponen el 2% de la patología maligna de este órgano, siendo el carcinoma de células renales el tumor primario más común. Este hecho es explicado por la sensibilidad de las diferentes exploraciones complementarias, la definición de programas de seguimiento oncológico y el manejo de una terapéutica médico-quirúrgica más agresiva.

Caso clínico: Varón de 65 años de edad con diagnóstico mediante colonoscopia de adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado a nivel de ángulo hepático. TAC describe lesión sólida en cuerpo pancreático de 35 mm, de contornos irregulares, que engloba la vena esplénica compatible con metástasis. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada oncológica junto a linfadenectomía extensa de vasos mesentéricos superiores y posterior pancreatomec-tomía corporocaudal junto a esplenectomía (T3N2M1).

Discusión: Las metástasis pancreáticas son asintomáticas, más del 50%, diagnosticadas en el seguimiento tras resección del tumor primario o durante el estudio de extensión previo a la cirugía. Siendo el mejor predictor de supervivencia a largo plazo la biología del cáncer primario. Los mejores resultados se asocian al carcinoma de células renales, frente a los peores en el cáncer de pulmón y el melanoma. El tumor primario más común es el de células renales. En la revisión que hemos aportado el cáncer colorrectal suponía el 8% del total de tumores primarios que fueron sometidos a resección pancreática. En los pacientes en los que se había realizado metastasectomía pancreática la supervivencia a los cinco años era similar a la metastasectomía hepática o pulmonar, en un rango entre 27 y 58% junto a una mediana de supervivencia de 54 meses. Observamos una morbi-

alidad entre el 38-48% con una mortalidad entre el 2-3%; Concluimos que los resultados son similares a los obtenidos en cirugía pancreática por lesión primaria. Debemos hacer una adecuada selección de pacientes, que serán sometidos a cirugía. Como criterios de selección: tumor primario asociado a resultados favorables, la inexistencia de recidiva local, el diagnóstico de una única metástasis pancreática, la reseccabilidad de la lesión metastásica y paciente con capacidad de tolerar pancreatectomía. La tendencia actual es a enfatizar el adecuado estudio del páncreas para descartar múltiples lesiones más que la cirugía a realizar; con una adecuada movilización de todo el páncreas, cuidadosa palpación y la realización de ecografía intraoperatoria. La realización de linfadenectomía peripancreática está en controversia. La indicación de resección simultánea del tumor primario y la metastasectomía pancreática no está clara, aunque parece que en todo paciente con capacidad para tolerar el acto quirúrgico estaría indicado.

Discusión: En el cáncer colorrectal, la enfermedad metastásica pancreática debe considerarse como enfermedad reseccable. Diferentes estudios con carácter retrospectivo, han puesto de manifiesto el beneficio para estos pacientes tras la realización de la metastasectomía. No debemos olvidar la necesidad de una adecuada selección de pacientes y unos óptimos márgenes de resección con una preservación de remanente pancreático suficiente, sin olvidar que toda esta cirugía de alta complejidad debe realizarse en centros de referencia, ofreciendo así al paciente los mejores resultados posibles.

P-035. DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE DE MALA EVOLUCIÓN: EL ESTALLIDO ESPLÉNICO

I. Machado Romero, C.M. del Olmo Rivas, B. Mirón Pozo, M. González Martínez, A.J. Pérez Alonso, A. Ortega Carrasco, V.M. Ruiz García, R. Molina Barea, A. Sáez Zafra, T. Gallart Aragón y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La rotura del bazo es una complicación infrecuente de la pancreatitis aguda, especialmente en ausencia de pseudoquiste de páncreas y malformaciones arteriovenosas. Presentamos el caso de un paciente que presentó una rotura esplénica espontánea como complicación aislada de una pancreatitis aguda grave.

Caso clínico: Paciente de 45 años de edad, bebedor importante, que ingresa en Servicio de Digestivo por cuadro de dolor abdominal intenso, localizado a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo, que se acompañaba de vómitos biliosos y febrícula. A la exploración presentaba un abdomen blando y depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo y sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR y amilasa, y la ecografía abdominal evidenció una vesícula biliar alitiásica sin otras alteraciones de la vía biliar. Se realizó TC abdominal que demostró edema difuso del páncreas asociado a líquido peripancreático, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda de origen alcohólico. Durante su ingreso en Servicio de Digestivo presentó evolución tórpida, con episodios de insuficiencia respiratoria y dolor abdominal. Al noveno día de ingreso presentó episodio de distensión y dolor abdominal brusco resistente a los analgésicos, asociado a taquipnea e hipotensión mantenida con escasa respuesta a suero-terapia. Una nueva TC abdominal reveló un hematoma intracapsular esplénico y abundante líquido libre intraabdominal. Ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos y es valorada por equipo quirúrgico, que indica tratamiento quirúrgico urgente. La laparotomía mostró un hemoperitoneo importante secundario a una rotura esplénica, sin evidenciar malformaciones

vasculares, realizándose una esplenectomía total y exploración de celda pancreática, siendo necesaria el drenaje de colección prepancreática. Se dejó sistema de lavado continuo y laparostomía, debido a la existencia de importante síndrome compartimental abdominal. Durante su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos, tras intervención quirúrgica, presentó inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria grave precisando fármacos vasoactivos y ventilación mecánica. Posteriormente presentó mejoría progresiva, siendo intervenido para cierre definitivo de pared abdominal, y fue dado de alta a los 30 días de la primera intervención. La anatomía patológica de la pieza no mostró anomalías en su estructura o presencia de enfermedad infiltrativa.

Discusión: Las complicaciones esplénicas de las pancreatitis incluyen hemorragias, abscesos, pseudoquistes intraesplénicos, infartos, roturas y lesiones vasculares. Muchas de estas complicaciones, especialmente las parenquimatosas, son diagnosticadas incidentalmente con la TC abdominal mientras se estudia la evolución de la pancreatitis. Aunque el tratamiento conservador de estas complicaciones esplénicas es una alternativa viable cuando el paciente permanece estable, aproximadamente el 12% de los casos requieren una esplenectomía urgente por la inestabilidad clínica, como sucedió en este caso. Los mecanismos patogénicos que podrían explicar la rotura esplénica en las pancreatitis incluyen la trombosis de la vena esplénica, las adherencias periesplénicas, los pseudoquistes pancreáticos que erosionan el bazo y los aneurismas esplénicos parahiliares. En este caso no pudo encontrarse ninguna causa que justificara la rotura esplénica, tanto en la TC abdominal como en la intervención quirúrgica o en el estudio anatomopatológico. Probablemente, la causa responsable fuera la mera liberación enzimática producida durante la pancreatitis aguda. Aunque es una causa poco frecuente, se debe considerar la rotura esplénica como una complicación posible en la evolución de las pancreatitis agudas graves, y tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de shock en este contexto clínico.

P-036. ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL TUMOR DE LA CONFLUENCIA DE LA VÍA BILIAR EN LA UNIDAD DE HBP DE CIRUGÍA 2, HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

A. Gortázar Pérez-Somarrriba, A. García-Botella, P. Quiroz, C. Cerdán, S. Cárdenas, E. Pérez-Aguirre, L. Díez-Valladares y A.J. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: En el tumor de Klastkin sólo determinadas estrategias quirúrgicas van a ser la opción terapéutica adecuada para obtener una mejor supervivencia. Aunque las resecciones radicales son consideradas el mejor tratamiento, sólo se van a poder practicar en menos del 20% de los pacientes.

Objetivos: 1. Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico limitado a la vía biliar o extendido al parénquima hepático. 2. Comparar resultados antes y después de la creación de la unidad de HBP.

Pacientes y método: Se incluyen 16 pacientes con tumor de Klastkin. Cuatro mujeres (25%), con una edad media de 65,8 años (39-84). El 62,5% eran fumadores. Entre los síntomas iniciales destacaban la astenia y pérdida de peso. Las cifras de bilirrubina media total fue 12,8 mg/dl. El CEA medio fue de 19 y el Ca19.9 de 452. La extensión longitudinal del tumor fue clasificada de acuerdo a la clasificación modificada de Bismuth-Corlette; definiéndose en 6 un tipo II (37,5%), 5 tipo III (31,25%), 2 tipo IIIa y 3 tipo IIIb), 3 tipo IV (18,75%), y ningún tipo I y V.

Resultados: De forma preoperatoria a los pacientes que presentaban cifras de bilirrubina total mayor o igual a 15 mg/dl, se les colocó drenaje biliar. Mediante punción transparietohepática (n

= 6: 5 drenaje interno-externo y 1 externo) o CPRE (3 endoprótesis). La bilirrubina media disminuyó a 3,65 mg/dl tras la colocación del mismo. En 2 casos se realizó embolización portal preoperatoria, ya que el volumen calculado del remanente hepático era menor del 30%. En cuanto al procedimiento quirúrgico se realizó: resección hiliar (n = 7 tipo II), hepatectomía izquierda (segmentos del I al IV, n = 5) y hepatectomía derecha (S I y del V-VIII, n = 3). Un paciente tenía carcinomatosis y no se resecó. En 6 casos la resección fue R1 (4 en reseccionesiliares y 2 en hepatectomías, 1 derecha y otra izquierda). La estancia media fue de 20 días (rango 14-46). La morbilidad postoperatoria fue del 62,5% (5 colecciones intrabdominales, 3 neumonías, 1 ITU, 1 colitis pseudomembranosa, 1 infección herida quirúrgica, 2 insuficiencias hepáticas). Hubo un exitus en un paciente, al que se realizó resección hiliar, como consecuencia de insuficiencia respiratoria por neumonía e insuficiencia hepática. La media de supervivencia fue de 16 meses (8 meses en resección hiliar y 23 en resección extendida). Antes de la creación de la Unidad de HBP, se intervinieron 9 pacientes, realizándose hepatectomía tan solo en 2. En este periodo se produjo el exitus posoperatorio. La supervivencia media de este grupo fue 9 meses. Tras la creación de la Unidad de HBP, se operaron 7 pacientes (en 6 casos se realizó resección extendida). La supervivencia de este grupo fue 22 meses. No hubo mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: El colangiocarcinoma hiliar es una entidad poco frecuente y de mal pronóstico. La hepatectomía asociada a exéresis tumoral prolonga la supervivencia y el tiempo de recidiva, sin aumentar la morbilidad. El manejo de este tipo de patología en unidades especializadas mejora la morbi-mortalidad posoperatoria y la supervivencia.

P-037. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN DE COLECISTITIS AG EN 2010

M. González Martínez, I. Machado Romero, R. Molina Barea, J.A. Jiménez Ríos y B. Mirón Pozo

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La colecistitis ag (CA) representa la segunda causa de abdomen quirúrgico urgente (18%). Se trata de una infección polimicrobiana (80%) que se complica en bacteriemia hasta en un 50%. La CA representa el paradigma de la infección intraabdominal con foco extirpable. Los objetivos de nuestro trabajo fueron identificar los factores de riesgo de presentar mayor tasa de complicaciones en el postoperatorio tras colecistectomía, mayor índice de conversión a cirugía abierta y mayor estancia hospitalaria.

Material y métodos: Se presenta un estudio de cohortes retrospectivo sobre un total de 114 enfermos diagnosticados de urgencias de CA durante el año 2010, de los cuales se realizó colecistectomía laparoscópica en 88% y tratamiento médico en 12% (9 pacientes por alto riesgo anestésico, 6 pacientes por procesos de larga evolución y 3 pacientes por rechazo de cirugía). Entre los paciente intervenidos se compararon las variables ASA (I, II, III, IV), diabetes mellitus (sí/no), número de episodios de cólicos biliares previos atendidos en urgencias (0-1, 1-2, > 3), tiempo de evolución del episodio de colecistitis ag (< 3 días, 3-7d, > 7d) y hallazgos intraoperatorios (colecistitis ag, c. gangrenosa, c. perforada, empiema vesicular, c. alitiásica) para comprobar en cada grupo cuales presentaban mayor índice de conversión, mayores complicaciones y mayor estancia hospitalaria. Para ello, se realizaron test de t-Student y ANOVA tomándose como significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Edad media en nuestra muestra 52 años, 24% enfermos ASA I, ASA II 31%, ASA III 43% y ASA IV 2%. 34% de pacientes presentaban DM. La estancia media fue 7 días (máx: 25 días, mín: 3 días, moda: 5 días). Tasa de conversión a cirugía abierta

16%. Tasa de complicaciones 9% (3 colecciones subhepáticas precisando 1 de ellas punción radioguiada, 3 fistulas biliares resueltas con tratamiento conservador, 3 infecciones de herida quirúrgica y 1 fistula digestiva). Tasa de reintervenciones 1%. Mortalidad 1%. No se encontró significación estadística entre el número de episodios de urgencias, el tiempo de evolución del episodio agudo o los hallazgos intraoperatorios con respecto a tasa de conversiones, número de complicaciones o estancia hospitalaria. Se observó mayor estancia hospitalaria en pacientes con DM, sin hallarse significación estadística. Presentaron mayor estancia hospitalaria pacientes ASA III con respecto a pacientes ASA I y II, evidenciándose significación estadística ($p = 0,04$). También se hallaron mayor índice de complicaciones en pacientes ASA III, significación estadística $p = 0,037$, correspondiendo a 3 casos de fistula biliar resueltas con tratamiento conservador y 2 casos de colecciones en lecho vesicular. No se halló significación estadística entre el ASA y la tasa de reconversiones a cirugía abierta.

Conclusiones: Según los datos obtenidos en nuestro estudio la mayor tasa de complicaciones y mayor estancia hospitalaria están en mayor relación con los antecedentes del enfermo, representados aquí por el ASA; que por el tiempo de evolución del episodio agudo, por el número de episodios de cólicos biliares que precisaron atención en urgencias o por los hallazgos intraoperatorios. Por lo que podríamos concluir que la mayor tasa de complicaciones y estancia hospitalaria se hallan en mayor relación con los antecedentes del enfermo que con la propia historia de colecistitis ag.

P-038. LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR CON METÁSTASIS HEPÁTICA. CIRUGÍA EN DOS TIEMPOS

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

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El leiomioma de la vena cava inferior (VCI) es un tumor infrecuente (6% de los sarcomas y 15% de los tumores retroperitoneales) que se origina en las células musculares de la capa media de la pared venosa y representa un 95% de los tumores de la VCI. La cirugía es el único tratamiento que ha demostrado mejorar la supervivencia. Responden mal a la quimioterapia y la radioterapia tiene un papel limitado a las recidivas locales. A veces, requieren de una técnica quirúrgica compleja con resección de la VCI y uso de prótesis vasculares, siendo las de PTFE las más utilizadas. La principal vía de diseminación es la hematogénea presentando metástasis en hígado o en pulmón. Presentamos el caso de un paciente con un leiomioma de gran tamaño dependiente de la VCI con una metástasis hepática en el segmento IV.

Caso clínico: Paciente de 73 años que ingresa para estudio de masa abdominal. Antecedentes patológicos: ex-fumador (20 paq/año), enolismo (20 g/día). Cuadro clínico: dolor en hipocondrio derecho de un mes de evolución, intermitente, no irradiado acompañado de plenitud postprandial y pérdida de peso. Exploraciones complementarias: analítica: anemia microcítica, resto normal. Ecografía abdominal: masa heterogénea subhepática de 30 cm que comprime el hilio hepático y desplaza el riñón derecho. Lesión sugestiva de M1 en segmento IV hepático. TC abdomen: gran masa abdominal que desplaza duodeno, cabeza de páncreas, riñón derecho, hígado y que comprime la VCI y parece infiltrarla a nivel del hilio renal derecho. M1 hepática. PAAF: compatible con leiomioma. Intervención quirúrgica en dos tiempos: primera intervención (marzo 2011): resección completa del leiomioma con nefrectomía derecha en bloque, clampaje y resección de 10 cm de longitud de la VCI en su por-

ción retroperitoneal e infrahepática, respetando la salida de la vena renal izquierda y siendo sustituida por una prótesis vascular anillada. Posoperatorio sin complicaciones, alta a los 10 días con tratamiento antiagregante. Segunda intervención (abril 2011): hepatectomía izquierda anatómica para tratamiento de metástasis hepática. Anatomía patológica: macroscópicamente tumoración nodular de 23 x 18 x 14 cm y peso de 3.100 g, 10 cm de VCI. No infiltración renal derecha. Microscópicamente: tumoración densamente celular con áreas de patrón fusiforme y epiteloide, pleomorfismo nuclear marcado > 50% y áreas de necrosis. Elevada actividad mitótica. Inmunohistoquímica positiva para actina, vimentina, desmina y alta expresión para Ki67. Compatible con leiomioma de alto grado originado en VCI. Anatomía patológica hepática: compatible con metástasis de leiomioma.

Discusión: El leiomioma de la VCI es un tumor poco frecuente que afecta a pacientes entre la quinta y séptima década de la vida. Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, sensación de masa y edemas de miembros inferiores. El único tratamiento que prolonga la supervivencia de estos pacientes es la cirugía. La reparación de la vena puede realizarse mediante sutura simple o mediante prótesis anillada si es necesario, requiriendo tratamiento anticoagulante o antiagregante posteriormente. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 30-50% con una tasa de recidiva local del 30-50% de los pacientes a los 25 meses.

P-039. TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA: ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA Y RECURRENCIA

E. Álvaro, C. Alegre, A. Manrique, J. Calvo, A. García-Sesma, M. Abradelo, M. García, S.P. Olivares, I. Justo, C. Jiménez y E. Moreno González

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad hepática crónica de etiología desconocida, que puede evolucionar hacia cirrosis y cuyo único tratamiento potencialmente curativo es el trasplante hepático. La recurrencia de la enfermedad postrasplante en estos enfermos oscila entre un 7 y un 27% según las series.

Objetivos: El objetivo de este estudio, es analizar la supervivencia post-trasplante y la tasa de recurrencia de esta enfermedad en nuestra institución.

Pacientes y métodos: Desde abril de 1986 hasta enero de 2010 se realizaron 1.444 trasplantes hepáticos, de los cuales 13 (0,9%) se realizaron en pacientes con CEP. La edad media de los receptores fue de 38,85 ± 16,52, de los cuales el 61,5% (n = 8) fueron de sexo masculino. Realizamos un seguimiento promedio de 77,8 ± 67 meses.

Resultados: Observamos una tasa de rechazo agudo del 30,8% (n = 4), de los cuales el 15,38% (n = 2) fueron corticorresistentes. El 23,1% de los pacientes (n = 3) de nuestra serie tuvieron recurrencia de la enfermedad, y 2 de ellos necesitaron retrasplante en su evolución. Realizamos el diagnóstico de recurrencia de la enfermedad postrasplante de acuerdo a los criterios de la Clínica Mayo, efectuando biopsias hepáticas que objetivaron lesiones fibroobliterativas en los conductos biliares. Los 2 pacientes retrasplantados volvieron a presentar recidiva de la enfermedad en su evolución. La mortalidad global es del 30,8% (n = 4). Las causas de muerte fueron: Disfunción primaria del injerto, hemorragia cerebral en la reperfusión, carcinomatosis por cáncer colorrectal y linfoma Hodgkin. La supervivencia actuarial de los pacientes a 1, 3 y 5 años es respectivamente del 77%, 77% y 68%, sin que ninguno de los fallecimientos fuera secundario a recidiva de la CEP.

Conclusiones: La tasa de recurrencia de enfermedad y supervivencia observadas en nuestra serie, son similares a las encontradas en la literatura mundial. La recurrencia de la enfermedad postrasplante es frecuente en la CEP, sin que ésta aumente la mortalidad postrasplante.

P-040. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS: ANÁLISIS DE 5 AÑOS (167 INTERVENCIONES)

A. Prada Villaverde, S. Roldán Baños J. Gómez-Ulla Astray, G. Blanco Fernández, M. Arribas, M.J. Matito, J. Fernández y G. Solórzano Peck

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Exponer los resultados inmediatos y a medio-largo plazo de la cirugía de metástasis hepáticas en la Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante Hepático del Hospital Infanta Cristina de Badajoz desde febrero de 2006 hasta febrero 2011.

Material y métodos: Se han revisado las Historias Clínicas de los 167 pacientes intervenidos de metástasis hepáticas durante este período. Se recogieron 52 parámetros, englobando datos demográficos y referidos al ingreso, características del tumor primario y de las propias metástasis, en relación con la intervención quirúrgica, con la morbimortalidad del postoperatorio y la supervivencia a largo plazo. A partir de estos datos se ha realizado un análisis estadístico descriptivo retrospectivo utilizado el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados: De los pacientes intervenidos 61 fueron mujeres (36,5%) y 106 varones (63,5%) con una edad media de 64,80 años ± 11,61. El origen más frecuente de las metástasis, ha sido el cáncer colorrectal suponiendo un 79%. En 83 casos la metástasis era única (49,7%). Había afectación de más de un segmento hepático en 112 pacientes (67,1%). Se realizó una hepatectomía mayor en 19 intervenciones (11,4%) (entendiendo como hepatectomía mayor a la resección de 3 o más segmentos). Se realizó radiofrecuencia en 82 pacientes (49,1%), combinada en un 23,4% de las ocasiones. De los 167 casos, en 28 (16,8%) ya se habían intervenido previamente. En 29 casos (17,4%) había invasión locorregional y se encontraron irresecables 8 casos (4,8%). De los 132 pacientes sometidos a resección hepática (79%), recibieron transfusión operatoria de derivados hemáticos 35 pacientes (26,5%). La estancia media hospitalaria postquirúrgica en días fue de 8,69 ± 6,595. En cuanto a la morbimortalidad: Se recogiendo datos referidos a cualquier tipo de hallazgo fuera del postoperatorio normal, considerando complicaciones quirúrgicas (fuga biliar, insuficiencia hepática, ascitis, infección de la herida...) y complicaciones no quirúrgicas (infección respiratoria, vértigos, elevación del ST...) con los siguientes resultados; morbilidad general: 44 pacientes (26,3%), morbilidad por complicación quirúrgica: 30 pacientes (18%); mortalidad postoperatoria: 2 paciente (1,19%). La supervivencia a un año fue del 84%, a 3 años del 61% y a 5 años del 40%. La mediana de supervivencia global fue de 48,046 meses. En cuanto a la influencia de las distintas variables en la morbilidad quirúrgica, resultó estadísticamente significativa en el análisis multivariante (p ≤ 0,05) la realización de hepatectomía mayor, la segunda resección y la invasión locorregional.

Conclusiones: Las metástasis hepáticas son una patología frecuente en nuestro Servicio, siendo el cáncer colorrectal metastásico la indicación más frecuente de cirugía hepática de las metástasis. La cirugía hepática de las metástasis en nuestra Unidad es una técnica segura, con una morbimortalidad aceptable en nuestra serie. Nuestros resultados tanto de morbimortalidad postoperatoria como de supervivencia son comparables a los de la bibliografía publicada.

P-041. LA NEUMATOSIS PORTAL NO ES UN SIGNO RADIOLÓGICO OMINOSO

E. Colmenarejo García, I. García Sanz, M.L. López Arévalo, D. Tejedor Segura, E. Martín Pérez, J. Gómez Ramírez, A. Rodríguez Sánchez, M. Posada González, G. Fernández Díaz, M.M. Naranjo Lozano y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La neumatosis portal (NP) se define como la presencia de gas en el complejo venoso portomesentérico, signo radiológico clásicamente considerado de pronóstico infausto que se asocia a isquemia intestinal y precisa de cirugía urgente para su tratamiento. Sin embargo, recientemente, se han descrito casos en los que la NP no se asocia a un proceso de pronóstico grave, sino a patologías benignas. El objetivo de este trabajo es presentar 4 casos de NP asociados a patología benigna con buena evolución ocurridos en el Hospital Universitario de la Princesa, desde el año 2006 hasta el 2011.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 77 años, con antecedentes personales de tromboembolismo pulmonar. Acude a Urgencias por cuadro de vómitos, diarrea y distensión abdominal; en tomografía computarizada (TC) abdominal se aprecia únicamente gas en ambas ramas portales. Tras reposición hidroelectrolítica, se solucionó el cuadro clínico y fue dado de alta a las 24 horas. En el seguimiento, se observó desaparición del gas portal. Caso 2: paciente de 82 años, con antecedentes personales de divertículos en colon, acude al Servicio de Urgencias con dolor abdominal, 30 deposiciones diarias y fiebre; TC compatible con colitis probablemente infecciosa, con trombosis séptica portal y presencia de aire intravascular, en el contexto de colitis necrotizante, que se solucionó completamente con tratamiento antibiótico. Caso 3: paciente de 67 años, con antecedentes de EPOC enfisematoso y carcinoma epidermoide de laringe operado. En el postoperatorio de una neumonectomía izquierda por cáncer de pulmón presenta anemización, hipotensión que requiere aminas y aparición de fibrilación auricular de reciente comienzo. Siete días después, el paciente comienza con mal estado general y dolor abdominal con predominio en fosa iliaca derecha y defensa a dicho nivel. TC compatible con isquemia mesentérica aguda en colon derecho por bajo gasto con gas portal, por lo que se decide realizar una laparotomía exploradora donde no se aprecia afectación del tracto gastrointestinal. El paciente evoluciona favorablemente con alta a la semana. Caso 4: paciente de 77 años, con accidente cerebrovascular como único antecedente personal de interés, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho y fiebre de 39 °C. Se realiza al paciente un TC abdominal donde se aprecia neumoperitoneo sin identificar el origen del mismo y gas portal en lóbulo hepático izquierdo. Se realiza una laparotomía exploradora donde se objetiva una fístula colecisto-duodenal de origen desconocido sobre la que no se realiza ninguna maniobra adicional, desapareciendo espontáneamente el gas portal en un posterior control. Alta a la semana y cita en consultas de Cirugía para posible tratamiento de la fístula colecisto-duodenal de manera programada.

Discusión: En la actualidad, gracias a la evolución de las técnicas de imagen, especialmente de la TC, se han podido descubrir otras causas de NP menos letales, que pueden resolverse espontáneamente, sin necesidad de realizar maniobras agresivas. En nuestro caso, 3 de nuestros pacientes no necesitaron ningún tratamiento adicional para la desaparición de la NP, que fue espontánea y únicamente en un caso fueron requeridos antibióticos.

P-042. CIRROSIS BILIAR PRIMARIA COMO CAUSA DE TRASPLANTE HEPÁTICO. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Álvaro, C. Alegre, M. Abradelo, J. Calvo, I. Justo, O. Caso, A. Manrique, F. Cambra, A. García-Sesma, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La cirrosis biliar primaria (CBP), es una enfermedad hepática crónica de etiología desconocida, que produce una inflamación no supurativa de los pequeños conductos biliares, la cual evoluciona hacia cirrosis en un plazo medio de 15 años. Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes trasplantados hepáticos en nuestra institución con diagnóstico de CBP analizando la tasa de recurrencia y supervivencia del paciente.

Material y métodos: Desde abril de 1986 hasta enero de 2010 se realizaron 1.444 trasplantes hepáticos, de los cuales 44 (3,04%) fueron realizados en pacientes con C.B.P. La edad media de los receptores fue de 55,4 + 8,38, de los cuales el 93,2% (n = 41) fueron de sexo femenino y 6,8% (n = 3) fueron de sexo masculino. Realizamos un seguimiento promedio de 81+ 80 meses.

Resultados: Observamos una tasa de rechazo agudo del 54,6% (n = 24), de los cuales el 11,4% (n = 5) fueron corticoreistentes. La ciclosporina fue utilizada en el 47,7% de los pacientes y el tacrolimus en el 40,9%. El 31,8% de los pacientes (n = 14) presentaron recurrencia, con un tiempo medio de presentación desde su trasplante de 56 meses. De los pacientes que presentaron recurrencia únicamente un caso requirió retrasplante. Los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes fueron: la presencia de granulomas y lesiones fibroobliterativas en el 10% de los casos. En siete de los pacientes (33,3%) que recibieron tratamiento inmunosupresor (IS) con ciclosporina se encontró recurrencia de la enfermedad, así como en siete de aquellos pacientes (38,8%) en tratamiento con tacrolimus, sin presentar significancia estadística. Al final del seguimiento, de los 21 pacientes que recibieron como tratamiento IS inicial la ciclosporina, 11 continuaron con ella, realizándose la conversión en algunos casos a MMF (micofenolato mofetil), tacrolimus o a everolimus y únicamente en 1 paciente de los 18 que iniciaron tratamiento con tacrolimus se realizó conversión a MMF. La mortalidad global fue de 29,5% (n = 13), con una supervivencia actuarial del paciente a 1, 3 y 5 años de 77,5%, 74,7% y 74,7%, respectivamente.

Conclusiones: Encontramos unas tasas de recurrencia similares a las descritas en la literatura mundial, observando buenos resultados a largo plazo con supervivencia a 5 años de hasta un 75%. La inmunosupresión con ciclosporina o tacrolimus no ha ejercido ningún efecto sobre la incidencia del rechazo agudo o recurrencia de la enfermedad.

P-043. TRATAMIENTO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS

A. Prada Villaverde, S. Roldán Baños, G. Blanco Fernández, J. Gómez-Ulla Astray, M. Arribas, J. Santos Naharro, F. Botello y G. Solórzano Peck

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Exponer los resultados inmediatos y a medio-largo plazo del uso de la radiofrecuencia sola o combinada en el tratamiento de las metástasis hepáticas en la Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante Hepático del Hospital Infanta Cristina de Badajoz desde febrero de 2006 hasta febrero 2011.

Material y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los 82 pacientes sometidos a radiofrecuencia de metástasis hepáticas, ya fuera sola o combinada con resección hepática, percutánea.

nea o abierta durante este período. Se recogieron 52 parámetros, englobando datos demográficos y referidos al ingreso, características del tumor primario y de las propias metástasis, en relación con la intervención quirúrgica, con la morbimortalidad del postoperatorio y la supervivencia a medio/largo plazo. A partir de estos datos se ha realizado un análisis estadístico descriptivo retrospectivo utilizando el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

Resultados: De los 82 pacientes 24 fueron mujeres (29,3%) y 58 varones (70,7%) con una edad media de 67,62 años \pm 10,62. El origen más frecuente de las metástasis ha sido el cáncer colorectal suponiendo un 81,7%. En 30 casos la metástasis era única (36,6%). Había afectación de más de un segmento hepático en 53 pacientes (64,6%). Se realizó radiofrecuencia combinada con resección a 39 pacientes (47,6%) y SOLA a 43 (52,4%) de estos 9 fueron radiofrecuencias percutáneas. De los 82 casos, 19 (23,2%) ya se habían intervenido previamente. En 8 casos (9,8%) había invasión locoregional. Recibieron transfusión operatoria de derivados hemáticos 14 pacientes (17,1%). La estancia media hospitalaria postquirúrgica en días fue de 7,15 \pm 5,051. La mortalidad postoperatoria fue de 1 paciente (1,21%). En cuanto a la morbilidad se recogieron datos referidos a cualquier tipo de hallazgo fuera del postoperatorio normal. Se analizó la morbilidad general (complicaciones médicas y quirúrgicas) y la morbilidad por complicación quirúrgica. También se analizó la supervivencia a 1, 3 y 5 años. En cuanto a la influencia de las distintas variables en la morbilidad general, resultó estadísticamente significativa en el análisis multivariante ($p \leq 0,05$) que fueran pacientes ya intervenidos previamente por metástasis hepáticas.

Conclusiones: La radiofrecuencia permite ampliar las posibilidades de rescate quirúrgico en pacientes con metástasis hepática. La radiofrecuencia de las metástasis en nuestra Unidad es una técnica segura, con una morbimortalidad aceptable en nuestra serie. Nuestros resultados tanto de morbimortalidad postoperatoria como de supervivencia son comparables a los de la bibliografía publicada.

P-044. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y COMORBILIDAD EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA TRATADOS DE FORMA CONSERVADORA

A. Paz Yáñez, J. Cerrudo Jaime, A. Mansilla Roselló, J.D. Turiño Luque, S. Gil Loza, J.T. Torres Alcalá, M.F. Carrasco Muñoz y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: A pesar de que la colecistectomía laparoscópica en las primeras 48-72 horas es el tratamiento de elección de la colecistitis aguda, existe un porcentaje de pacientes que, por sus comorbilidades y el consecuente riesgo quirúrgico, son candidatos a tratamiento médico. Mediante esta comunicación presentamos un análisis de los pacientes tratados de forma no quirúrgica en nuestro servicio desde 2005 a 2010.

Material y métodos: Se han analizado de forma retrospectiva todos los pacientes con diagnóstico al alta de colecistitis aguda ingresados en nuestro servicio en el período comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010. Se han tenido en cuenta variables epidemiológicas (sexo, edad), estancia hospitalaria, co-

morbilidades (edad, sexo, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, hepatopatía, nefropatía, obesidad mórbida, dislipemia, diabetes y antecedentes de neoplasia) y mortalidad. Una vez recogidos los datos, se ha realizado un análisis bivariante para comprobar la relación de la mortalidad de los distintos factores mediante SPSS 16.0. Se consideró como estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: 1.105 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda fueron registrados en el período a estudio, de los cuales 67 (6,1%) se trataron de forma médica. De ellos, 36 (53,7%) eran varones y 31 (46,3%) mujeres. La edad media de los pacientes fue de 77,28 años (rango 71-101). La estancia media hospitalaria de los pacientes no intervenidos fue de 7,13 días (rango 0-28). La tasa de mortalidad fue de 29% (20 pacientes). El análisis bivariante no demostró significación estadística entre la mortalidad y las siguientes variables (test de Fisher): sexo ($p = 0,772$), enfermedad cardiovascular ($p = 0,349$), enfermedad respiratoria ($p = 0,522$), diabetes ($p = 1$), hepatopatía ($p = 1$), antecedentes de proceso neoplásico ($p = 1$), nefropatía ($p = 0,382$), obesidad mórbida ($p = 0,576$), dislipemia ($p = 0,186$). La relación entre la edad y la mortalidad si fue estadísticamente significativa (t Student, $p = 0,002$), obteniéndose una odds ratio (OR) = 1,162 (IC95%: 1,051-1,285).

Conclusiones: La edad ha sido el único factor que ha demostrado significación estadística con respecto a la mortalidad, obteniéndose el dato de que por cada año que aumenta la edad hay un 16% más de probabilidades de exitus. Asimismo, se ha podido observar una alta tasa de mortalidad (29%) lo que se puede explicar al tratarse de un subgrupo de pacientes añosos con escasa reserva funcional y con muchas comorbilidades. Por último, cabe destacar el escaso porcentaje (6,1%) de pacientes que se excluyen de una intervención quirúrgica urgente, debido quizás al convencimiento generalizado de que la colecistectomía urgente es el tratamiento de elección.

P-045. METÁSTASIS HEPÁTICA MULTIFOCAL DE HEMANGIOPERICITOMA VERTEBRAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EXTRARRAQUÍDEA

A.M. Otero Piñeiro, N. Guardia Torner, J.M. Balibrea del Castillo, M. Rovira Argelagués, J. Navinés López, J.F. Julián Ibáñez, A. Alastrué Vidal y J. Fernández-Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Los hemangiopericitomas son tumores muy poco frecuentes de comportamiento incierto de localización preferentemente axial. Si bien suelen presentar recidivas a nivel local, su diseminación en forma de metástasis hepáticas es extremadamente rara, su presentación como una masa quística, excepcional.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 37 años sin antecedentes de interés hasta 1994, momento en el que es diagnosticado de hemangiopericitoma del canal vertebral al nivel lumbar requiriendo intervenciones quirúrgicas en 1994, 1997, 1999, 2000, 2001, 2002 consiguiendo remisión completa de la enfermedad y cese de la clínica. En 2007 presenta recidiva a nivel cervical que se trató mediante cirugía y radioterapia local. Finalmente, en 2008 presenta una nueva lesión metastásica intradural a nivel de D10 compatible con metástasis que

	Morbilidad general	Morbilidad quirúrgica	Supervivencia a 1 año	Supervivencia a 3 años	Supervivencia a 5 años	Supervivencia mediana
Sola	25,6% (11)	14% (6)	85%	46%	33%	34,78 meses
Global	25,6% (21)	15,9% (13)	80%	51%	35%	36,28 meses

se trató de nuevo con cirugía y radioterapia. Durante el seguimiento se constata remisión completa (2009) pero se detecta mediante ecografía una tumoración quística a nivel hepático de 96 × 65 mm en los segmentos II-III, de contornos bien delimitados, predominantemente quística con algunas zonas de engrosamiento mural y presencia de tabiques en su interior, altamente sugestivo de quiste hidatídico. Se completó el estudio mediante RMN que describió una lesión única cuyo origen se asentaba en el segmento III del lóbulo hepático izquierdo de 9,4 cm × 7,8 cm × 11 cm de diámetros máximos. Presenta márgenes bien definidos, sin cápsula y componente sólido y áreas quísticas de diferentes tamaños con septos. Además, presenta dos pequeños focos de alta señal en su interior (hemorrágicos). Se solicitaron serologías víricas y parasitarias, gastroscopia, colonoscopia y analítica incluyendo marcadores y AFP, que fueron normales. Dados los antecedentes del enfermo, se decidió cirugía radical realizándose bisegmentectomía II-III ampliada parcialmente el IVb sin incidencias postoperatorias. El dictamen de anatomía patológica informa de una tumoración de 108 × 63 × 58 mm junto con otras dos lesiones subcapsulares de 11 y 3 mm de diámetro. Microscópicamente se confirmó el diagnóstico de metástasis de hemangiopericitoma mostrando positividad para CD34, Bcl-2 y CD99. Tras ser valorado en Comité Multidisciplinar se decide no añadir tratamiento adyuvante radioterápico ni quimioterápico. Actualmente, tras 9 meses de seguimiento, el paciente se encuentra libre de enfermedad a nivel abdominal aunque el PET-TAC de control a los 6 meses no puede descartar una nueva recidiva a nivel del canal medular.

Discusión: El patrón de recidiva de los hemangiopericitomas vertebrales suele ser local siendo las metástasis hepáticas muy raras. Habitualmente no presentan morfología quística y suelen ser sintomáticos. La aparición tardía de este tipo de lesiones se asocia a un mal pronóstico si bien se han descrito supervivencias prolongadas. El tratamiento de estas lesiones no está bien establecido debido a su infrecuencia. La cirugía radical parece aportar beneficios en términos de supervivencia e intervalo libre de enfermedad mientras que el uso de quimioterápicos (inhibidores de la angiogénesis) o la radioterapia local es controvertido.

P-046. ICTERICIA OBSTRUCTIVA POR TUBERCULOSIS HEPATOBILIAR

M. Salgado Vázquez, A.F. Fernández Muínelo, P. Froján Parga, S. Núñez Fernández, D. Iglesias Diz, N. Iglesias Rodríguez, X. Fernández Varela, P. Trillo Parejo y F.J. Gómez Lorenzo

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Introducción: La tuberculosis del sistema hepatobiliar no es frecuente y es una causa rara de estenosis biliar. Los síntomas son inespecíficos, siendo el principal la ictericia, y difícilmente se diferencia de otras entidades como el colangiocarcinoma, siendo necesaria la intervención quirúrgica e histología para el diagnóstico definitivo. El tratamiento no difiere de la tuberculosis pulmonar, administrándose la cuádruple terapia tuberculostática durante un año. Para resolver la obstrucción biliar se procede a la colocación mediante CPRE de una prótesis biliar, siendo necesaria en algunos casos la descompresión quirúrgica. Presentamos un caso de ictericia obstructiva debida a compresión extrínseca del conducto hepático por adenopatías tuberculosas.

Caso clínico: Varón de 29 años sin antecedentes médicos reseñables, acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de 3 semanas de evolución de características mal definidas localizado en hipocondrio derecho acompañado de

ictericia franca de piel y mucosas con coluria, sin otras alteraciones. En la analítica del ingreso muestra un patrón de colestasis extrahepática con una bilirrubina de 4,2 y GGT467, la bioquímica básica el hemograma y la coagulación estaban en límites normales. Los marcadores tumorales resultaron también normales. La ecografía abdominal reveló la presencia de una vesícula de tamaño y paredes normales con barro biliar, sin signos inflamatorios y moderada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, visualizándose múltiples adenopatías peri vesiculares y por debajo del eje esplenoportal, el páncreas presentaba un aspecto normal, no se objetivó presencia de líquido libre. La TC abdominal confirma la dilatación de la vía biliar descrita en la ecografía, observándose aflamamiento del colédoco a nivel del hilio hepático, donde se identifica una masa heterogénea de 30 × 40 mm de bordes mal definidos y calcificaciones en su interior, responsable de la dilatación de la vía biliar así como de la transformación cavernosa de la porta. Se identifica adenopatías mayores de 1cm intercavaoárnicas y gastrohepáticas. Se intentó mediante ecoendoscopia la punción de dicha masa, no siendo posible por su localización y circulación colateral. Mediante CPRE se procede a la colocación de prótesis plástica de 8,5F × 10 cm en colédoco previa toma de citología biliar con resultado negativo para malignidad. Se decide en sesión clínica la realización de laparotomía exploradora, hallándose una inflamación regional de vesícula y pedículo hepático con compresión del mismo en torno a tres ganglios. Se realiza colecistectomía y enucleación de las adenopatías, siendo la anatomía patológica compatible con lesiones granulomatosas necrotizantes de tipo tuberculoide. Con el diagnóstico de tuberculosis de hilio hepático se instaura tratamiento tuberculostático estándar durante un año con buena respuesta clínica y radiológica.

Discusión: La ictericia obstructiva de origen tuberculoso es una entidad poco frecuente. El diagnóstico definitivo viene dado por la anatomía patológica y, en ocasiones, requiere de intervención quirúrgica. El tratamiento utilizado es la cuádruple terapia tuberculostática en combinación de descompresión de la vía biliar mediante CPRE o drenaje quirúrgico.

P-047. TUMORES RETROPERITONEALES: INFLUENCIA DE LA RECURRENCIA LOCAL EN LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

O. Caso Maestro, J. Calvo Pulido, I. Justo Alonso, N. Fakhí Gómez, F. Cambra Molero, S.P. Olivares Pizarro, A. Manrique Municio, M. Abradelo de Usera, E. Álvaro Cifuentes, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Los tumores retroperitoneales son neoplasias malignas raras, con una incidencia estimada en EE.UU de aproximadamente 1.000 casos por año. A pesar de los avances tanto en el diagnóstico, como en las técnicas quirúrgicas o en la agresividad de los procedimientos empleados, estos tumores continúan teniendo una gran tendencia a la recurrencia local, incluso después de una resección quirúrgica aparentemente completa. Esta tendencia a la recurrencia local es la que proporciona el mal pronóstico que caracteriza a estos tumores, ya que es la principal causa de mortalidad de estos pacientes.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro servicio desde enero del 2003 a diciembre del 2009 por tumores retroperitoneales.

Resultados: Un total de 24 pacientes fueron sometidos a cirugía ante la presencia de una tumoración retroperitoneal. Entre ellos, 10 mujeres y 14 varones, con una edad media de 58,5 años. Como motivo de consulta 8 pacientes presentaban sensación de

masa abdominal, 4 aquejaban dolor abdominal y el resto consultaron por diferentes síntomas como estreñimiento, crisis renouretrales, sd. constitucional, etc. En cuanto al tamaño 14 pacientes presentaron una masa con un diámetro mayor a los 10 cm. Se llevaron a cabo 10 resecciones R0 (42%), 13 resecciones R0 ampliadas a órganos adyacentes (54%) y 1 resección R1 (4%). 3 pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante (2 QT, 1 RT) y 11 tratamiento adyuvante (7 QT, 2 RT, 2 QT+RT). Los tumores hallados con más frecuencia fueron 3 fibrohistiocitomas malignos, 3 leiomiomas malignos y 3 liposarcomas. 10 pacientes presentaron recidiva tumoral (42%), 4 de ellas múltiples. La supervivencia actuarial a 1,3 y 5 años fue 88,2%, 82,4% y 67,9% respectivamente. Aunque ésta fue mayor en los pacientes que tuvieron tratamiento adyuvante (77,8% vs 52,5%), las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La supervivencia a los 5 años en pacientes con recidiva tumoral fue 31,1% vs 85,7% en pacientes sin recidiva ($p = 0,01$).

Conclusiones: Ni la terapia neoadyuvante ni la adyuvante parecen proporcionar mayor supervivencia a los pacientes que presentan tumores retroperitoneales. El control de la recurrencia local es el principal factor que compromete la supervivencia a largo plazo de estos pacientes.

P-048. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Tradicionalmente, la quimioterapia (QT) era el tratamiento del cáncer de mama cuando existía enfermedad a distancia. Sin embargo, la cirugía de las metástasis hepáticas de cáncer de mama (MHCM) en pacientes bien seleccionados parece ganar importancia dentro del tratamiento multidisciplinar de esta neoplasia. Presentamos nuestra experiencia en resección quirúrgica de MHCM.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las pacientes intervenidas en la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de MHCM entre enero de 2005 y diciembre 2010. Se han recogido variables como edad, tipo de cirugía de la mama, QT, radioterapia (RT), estancia hospitalaria, morbilidad, tipo de resección hepática, número de metástasis, seguimiento, recidiva y supervivencia.

Resultados: Se han realizado 10 resecciones hepáticas en 8 pacientes durante el período a estudio. La edad media de las pacientes fue de 51,12 años (rango 37-76). El estadiaje del tumor primario fue en 2 casos IIA, 4 IIB, 1 IIA y 1 IIIB. Recibieron quimioterapia (QT) adyuvante el 100% y radioterapia adyuvante el 87,5%. La resección hepática fue R0 excepto en una paciente (87,5%), con un tiempo operatorio medio de 321,87 min (rango 235-450) y con una media de 4,25 metástasis reseadas (rango 1-12). 2 (25%) complicaciones perioperatorias (absceso intraabdominal y biloma, drenados percutáneamente) y 3 (37,5%) recidivas (2 hepáticas y 1 extrahepática), 2 de las cuales intervenidas (25% reintervenciones). El seguimiento medio fue de 22,75 meses (rango 4-48) con una tasa de supervivencia a los 12 meses del 62,5% (5/8) y a los 36 meses del 25% (2/8).

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, la resección quirúrgica de las MHCM es un tratamiento seguro y que proporciona una tasa de supervivencia aceptable en pacientes que se pueda realizar una resección R0 y con una buena situación clínica, siempre que no haya enfermedad a distancia.

P-049. EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENDOTIPSITIS. INDICACIÓN POCO FRECUENTE

E. Álvaro, A. Gimeno, J. Calvo, A. García-Sesma, M. García, C. Alegre, M. Abradelo, F. Cambra, A. Manrique, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: En la actualidad el TIPS es la técnica de elección en el tratamiento de las complicaciones de la hipertensión portal resistentes al tratamiento médico. La infección del TIPS (endotipsitis) es una complicación poco frecuente que aparece en un 5-20% de los casos. El tratamiento de la endotipsitis consistiría en ciclos antibióticos prolongados que consiguieran la negativización de los hemocultivos obtenidos. Pero en ocasiones, el trasplante hepático es la única opción terapéutica válida para eliminar el foco de sepsis.

Caso clínico: Mujer de 63 años, con cirrosis hepática por VHC e HTP que requirió la colocación de un TIPS. Un año después presenta síndrome febril secundario a infección del TIPS. Tras realizar tratamiento antibiótico prolongado con negativización de los hemocultivos se le realizó un trasplante hepático. Pese a la normofunción del injerto, en el postoperatorio presentó infección de la herida quirúrgica por pseudomona multiresistente que a pesar de tratamiento quirúrgico y antibiótico adecuado le provocó un shock séptico con FMO y exitus.

Conclusiones: La endotipsitis, es una enfermedad emergente que debe ser considerada en pacientes portadores de TIPS con bacteriemia mantenida y sin otro claro foco que lo justifique. Existen casos, con negatividad de los hemocultivos tras tratamiento antibiótico, sin que se elimine la infección en el TIPS, pudiéndose considerar como opción terapéutica el trasplante hepático. En nuestro caso, pese a no haber tenido nunca hemocultivos positivos para pseudomona multiresistente ni tampoco cultivarse posteriormente en el TIPS, no podemos descartar que el tratamiento antibiótico de larga duración favoreciera la infección de la herida por un bacilo gram negativo multiresistente. Por tanto, aunque el trasplante es una opción válida en estos enfermos, debiera realizarse en aquellos con hemocultivos repetidamente negativos, ausencia de sepsis, con cobertura antibiótica prolongada y asumiendo un mayor riesgo de complicaciones infecciosas.

P-050. COLECISTECTOMÍA DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las colecistectomías realizadas de urgencia durante un año en un hospital de tercer nivel (1.400 camas) y comprobar si existen diferencias significativas de morbimortalidad y de manejo del paciente según los distintos turnos horarios que se establecen durante la atención continuada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2010 hasta diciembre del mismo año de todos los pacientes sometidos a colecistectomía con carácter urgente en nuestro hospital. Los datos se han obtenido del registro informático empleado en nuestro bloque quirúrgico así como de la base de datos del servicio.

Resultados: En el período de un año se han realizado con carácter urgente un total de 946 intervenciones por parte del Servicio de Cirugía General y Patología Digestiva de nuestro hospital, de

las cuales sólo 60, es decir, el 6,34% son colecistectomías (253 colecistitis agudas ingresadas anualmente), el 20% de éstas durante el turno de mañana, el 56,6% en turno de tarde y el 23,3% en el de noche. Respecto a las características de los pacientes, el 56,7% son hombres y el 43,3% mujeres, de 75,6 años de edad media (31-90), presentando comorbilidades en el 100% de los casos. El 33,3% de los pacientes suponen urgencias externas, añadiendo un 3,3% de traslados de otros centros, siendo el restante 63,3% urgencias internas que engloban el 40% perteneciente al Servicio de Digestivo y un 23,3% de otras especialidades médicas o quirúrgicas. La técnica quirúrgica más empleada es la colecistectomía abierta con un 86,6%, siendo intervenidas por vía laparoscópica únicamente un 13,4%. El facultativo que realiza la intervención es en el 26,6% de los casos un residente y en el 73,3% un adjunto, dato que permanece constante en los distintos turnos. El 23,3% de los pacientes pasan su postoperatorio inmediato en UCI, el 3,3% en REA y el resto en planta, con una estancia media global de 14,7 días. El 70% va a presentar complicaciones postoperatorias, médicas en un 66% y quirúrgicas en un 23%, precisando ser reintervenido el 6,6% de los pacientes fundamentalmente por colecciones intraabdominales. La mortalidad supone un 23,3%, siendo la principal causa el shock séptico de múltiples orígenes.

Conclusiones: El mayor volumen de colecistectomías urgentes se realiza entre las 15:00 y las 08:00 horas del día, más allá del horario laboral habitual. Las urgencias internas predominan en turno de tarde y noche, lo que pone de manifiesto una falta importante de comunicación interespecialidades. Medios a nuestra disposición como la REA están siendo mal empleados sobrecargando la UCI con pacientes que no cumplen criterios. La colecistectomía de urgencias en nuestro centro se realiza en pacientes con un gran deterioro clínico, con predominio de ASA III y IV. La colecistectomía de urgencias en nuestro centro conlleva una alta tasa de conversión a cirugía abierta.

P-051. CISTADENOCARCINOMA BILIAR INTRAHEPÁTICO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

A. Sánchez Ramos¹, M.C. Jiménez¹, L. G. Alvira¹, J.L. Lucena¹, M. Pérez-Seoane¹, N. Farhangmehr¹, L. de Gregorio¹, K. Cuiñas¹, A. García Pavía¹, A. Arce Álvarez² y V. Sánchez Turrión¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; ²Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: El cistadenocarcinoma hepatobiliar o cistadenocarcinoma biliar (CACB) es un tumor hepático muy poco frecuente que aparece en el sistema biliar y corresponde al 0,41% de los tumores hepáticos malignos. El tratamiento consiste en la resección de la lesión con márgenes, mediante hepatectomía.

Casos clínicos: Presentamos dos casos intervenidos en nuestro centro mediante resección hepática. Caso 1: mujer de 69 años. Dolor y masa en hipocondrio derecho. Analítica y marcadores tumorales normales. RM toraco-abdominal: tumoración quística de 15x25 cm que rechaza el hilio hepático infiltrando parcialmente vena porta derecha. PAAF: no concluyente. Intervención: Tumoración quística de 15 x 25 cm que contiene 1.500 cc de líquido amarillento espeso, e infiltra parcialmente la vena porta derecha. Se realiza tumorectomía con márgenes quirúrgicos y colecistectomía. A.P: cistadenocarcinoma hepatobiliar con estroma tipo ovario; colecistitis xantogranulomatosa litiasica. Postoperatorio sin complicaciones. Evolución: tras 6 años de seguimiento, la paciente actualmente está en remisión. Caso 2: mujer de 56 años. Antecedente de intervención quirúrgica urgente realizada en otro centro, por sospecha de rotura de hidatidosis hepática: quistectomía parcial de lesión quística localizada en segmento IV hepático. A.P.: cistoadenocarcinoma papilar

seroso de conducto biliar, con ruptura de la pared. Tumor borderline, con varios focos de infiltración capsular. CK7 (+), CK 20 (+/-), CEA (+); AFP (+), Ki 67 30% positivo. Quimioterapia con cisplatino y gemcitabina inicialmente y Folfox. TC toraco-abdomino-pélvico al año de la intervención: proceso expansivo quístico de 13 x 10 cm, con polos sólidos, del segmento IV hepático. Intervención quirúrgica realizada en nuestro centro: hepatectomía izquierda con márgenes oncológicos y colecistectomía. Informe anatomopatológico: cistadenocarcinoma seroso; pT1NX. Postoperatorio: fistula biliar de bajo débito. Nueve meses sin datos de recurrencia hasta la actualidad.

Discusión: El cistadenocarcinoma biliar es un tumor hepático poco prevalente. Suele aparecer en mujeres de edad media; los síntomas más frecuentes de estas lesiones son la masa palpable y la distensión abdominal. Histológicamente se distinguen tres grupos: 1. Tumor maligno de novo que se origina a partir de un conducto biliar intrahepático; 2. Degeneración de un CAB intrahepático; y 3. Degeneración de una malformación congénita biliar intrahepática. En la TAC se describe como un quiste hepático mono-polilobular con bordes irregulares y nódulos intramurales que se proyectan hacia el interior del quiste. La PAAF del quiste puede revelar niveles elevados de CA 125 y CA 19-9 del líquido. Ni las pruebas de imagen ni la PAAF preoperatoria pueden diferenciar de forma segura el CAB del CACB, motivo por el cual ambas lesiones deben de extirparse. El CACB puede diagnosticarse erróneamente como absceso hepático, quiste hidatídico, tumor metastático con degeneración quística o quiste simple, y tratarse de forma inapropiada. El tratamiento quirúrgico comprende la resección hepática con márgenes oncológicos, en función de la localización y características específicas de cada tumor. Los niveles séricos de CA 125 y CA 19-9 pueden contribuir a distinguir las formas benignas de las malignas; estos datos podrían utilizarse como índice pronóstico en el seguimiento.

P-052. LESIONES YATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

M.P. Guillén-Paredes, B. Flores-Pastor, A. Carrillo-Alcaraz, M. Mengual-Ballester, M.J. Cases-Baldó, M.L. García-García, J.A. García-Marín y J.L. Aguayo-Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Las LIVB son una complicación con una alta morbilidad, siendo la colecistectomía la cirugía más frecuente sobre la que aparecen. En general, se recomienda que su tratamiento sea llevado a cabo por cirujanos expertos en el manejo de la vía biliar (hospitales terciarios). Por este motivo decidimos estudiar la incidencia de las LIVB y tratamiento aplicado por un hospital de segundo nivel a lo largo de un periodo de 6 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron todos aquellos pacientes intervenidos de colecistectomía en nuestro hospital desde enero 2004 hasta diciembre de 2009. De ellos se seleccionaron aquellos con lesiones de vía biliar iatrogénica y se estudiaron como variables: edad, sexo, vía de abordaje (abierta versus laparoscópica), indicación (cirugía urgente-colecistitis- o programada-colelitiasis-), tipo de lesión de la vía biliar (según Strasberg-Bismuth), tratamiento realizado (conservador versus quirúrgico), estancia media y mortalidad.

Resultados: Sobre un total de 2.184 colecistectomías, se detectaron 21 complicaciones relacionadas con LIVB (0,96%), siendo más frecuentes en varones, de 56,6 años de media, el 76% de los casos se presentó en cirugía de urgencias, 66,6% en cirugía abierta, la lesión más frecuente fue la tipo A de Strasberg (71,5%), el tratamiento conservador fue realizado en el 66,6% de los casos, la estancia media fue de 28 días y no hubo ninguna mortalidad y ningún paciente fue derivado a un hospital terciario.

Conclusiones: Nuestra incidencia de LIVB, 0,96%, se encuentra por encima de lo recomendado (0,2-0,6%), debido a que los estudios publicados no tienen en cuenta las lesiones tipo A de Strasberg porque las consideran leves, al resolverse el 95% con un tratamiento conservador, siendo, además, las LIVB más frecuentes. Nuestra incidencia descendería entorno al 0,2% si tampoco las incluyéramos. Clásicamente, se ha considerado que la laparoscopia presenta una mayor incidencia de LIVB que la vía abierta, incluso, una vez superada la curva de aprendizaje, hay estudios que muestran un porcentaje de LIVB de 0,6%. Este hecho es explicado por la falta de identificación de la anatomía del árbol biliar antes del clipado, sección y/o ligadura del mismo, bidimensionalidad de las imágenes, falta de tacto; asociando, esta dificultad a lesiones más proximales y complejas que la iatrogenia realizada vía subcostal derecha, lo que llega hasta contraindicar el abordaje laparoscópico en las colecistitis agudas. En nuestro centro, a pesar de ser la técnica laparoscópica la vía de abordaje más frecuente, tanto en colecistitis como en coledocistitis, las LIVB se han presentado sobre todo en vía abierta (14 casos frente a 7) y en urgencias, esto quizás se explica porque, al presuponerse una cirugía más compleja, se decide una vía de abordaje abierta desde el principio, para poder realizar una colangiografía intraoperatoria en caso de necesidad. Concluimos que, según nuestros datos, la vía de abordaje no es un factor de riesgo, como hasta ahora se pensaba, estando más relacionadas las LIVB con la indicación de urgencia. Además, la mayoría de las lesiones producidas son leves, pudiendo ser resueltas con los medios necesarios en un hospital de segundo nivel.

P-053. METÁSTASIS PANCREÁTICAS: 4 CASOS DE LESIONES PANCREÁTICAS RESECABLES

A. Mayol Oltra, L. Sabater Ortí, E. Muñoz Forner, C. Sala Pàlau, B. Camps Vilata y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Las metástasis pancreáticas son una entidad rara, 2% de todas las lesiones malignas pancreáticas. Suelen ser asintomáticas y se detectan durante el seguimiento o de forma accidental varios años después de la aparición del tumor primario. El origen más frecuente es el tumor de células renales, seguido del cáncer colorrectal, melanoma, sarcoma y cáncer de pulmón. En aquellos casos con lesiones resecables está indicado la resección pancreática. El pronóstico de esta entidad depende de la histología del tumor primario. Con este estudio pretendemos aportar nuestra experiencia en esta rara entidad, presentando 4 casos de metástasis pancreáticas de origen poco frecuente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero 1999 a diciembre 2010, en el que hemos analizado 186 pacientes intervenidos por lesiones pancreáticas, siendo 4 metástasis pancreáticas. Estudiamos las características demográficas de estos pacientes, el tumor primario, pruebas diagnósticas, clínica, tratamiento y durante el seguimiento, la aparición de recidivas y la supervivencia global y libre de enfermedad.

Resultados: Los pacientes estudiados tienen una edad media de 50,7 años, siendo todas mujeres. El tumor primario más frecuente fue el colorrectal con 2 casos, un caso de adenocarcinoma de endometrio y uno de leiomiomasarcoma de útero. El intervalo de tiempo entre la aparición del tumor primario y la metástasis pancreática fue de 70 meses (19-117 meses). Tres de los casos se hallaron de forma casual durante el seguimiento y un caso por aparición de síntomas, estando éste localizado en cabeza pancreática. En cuanto a las pruebas diagnósticas, la TC se realizó en todos los pacientes, seguido de la RMN y la ecoendoscopia con PAAF para determinar la resecabilidad e histología de la le-

sión. Todos los casos fueron resecados con intención curativa, realizándose dos esplenopancreatectomías distales por metástasis en cola de páncreas, una esplenopancreatectomía subtotal y quimioterapia adyuvante por metástasis en cuello y una duodenopancreatectomía cefálica tras quimiorradioterapia. Con una media de seguimiento de 96 meses, una paciente con tumor primario de origen colorrectal presentó una recidiva en cabeza pancreática teniéndose que completar la pancreatectomía y recibiendo además tratamiento quimioterápico. En el caso de origen de un leiomiomasarcoma uterino, la paciente presentó una carcinomatosis peritoneal y metástasis pulmonares y hepáticas. La supervivencia global y libre de enfermedad de nuestras pacientes fue del 50% y 100%, respectivamente.

Conclusiones: Las metástasis pancreáticas son una entidad rara. Suelen ser silentes de ahí la importancia de las pruebas de imagen durante el seguimiento a largo plazo, además de aportar datos sobre la resecabilidad de la lesión. Si se cumplen criterios de resecabilidad y operabilidad la cirugía es el tratamiento de elección, mientras que los tratamientos adyuvantes dependen de la histología del tumor primario. La supervivencia de estos pacientes depende principalmente de la histología del tumor primario, destacando en nuestro estudio una supervivencia global y libre de enfermedad más alta de lo reportado en la literatura.

P-054. HEPATOLITIASIS: UNA ENTIDAD DE INCIDENCIA CRECIENTE EN NUESTRO MEDIO. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Carrion Álvarez, F. Pereira Pérez, P. López Fernández, F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, J.A. Martínez Piñero, A. Antequera Pérez, M. Durán Poveda, N. González Ávila, A. Serrano del Moral y A.J. García Muñoz Najar

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: Se presenta un caso clínico documentado con iconografía de un paciente con hepatolitiasis que requirió hepatectomía izquierda como tratamiento de la misma. La hepatolitiasis se define como la presencia de cálculos biliares proximales a la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo. Es una enfermedad muy infrecuente en nuestro medio, con una prevalencia inferior al 1%. En los últimos años la incidencia de la misma ha aumentado debido, entre otros factores, a la creciente inmigración desde la región de Asia-Pacífico, donde esta afección alcanza proporciones endémicas (prevalencia del 30-50%). El tratamiento definitivo de la hepatolitiasis es quirúrgico (resección del segmento o segmentos afectados), aunque existen otros tratamientos no quirúrgicos como la colangiografía retrógrada endoscópica, que se deberán tener en cuenta.

Material y métodos: Varón de 44 años natural de la región de Fujian, China, residente en España desde hace 3 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a Consulta de Cirugía por hallazgo en pruebas de imagen de hepatolitiasis izquierda tras cuadros repetidos de dolor abdominal epigástrico, sensación distérmica con sudoración y tiritona sin fiebre termometrada, que le obligan a acudir a Urgencias en cuatro ocasiones. Durante el último ingreso hospitalario por este motivo se llevan a cabo diversas pruebas analítica y de imagen. En la analítica destaca una leve elevación de la bilirrubina total (2,5) que se normalizó durante el ingreso, transaminasas normales, elevación leve de la lipasa (425), hipercolesterolemia e infección pasada por VHB. La primera ecografía y tomografía computarizada realizadas en Urgencias describían un área irregular de 6,8 cm situada en lóbulo hepático izquierdo asociada a dilatación de vía biliar intrahepática, extrahepática así como del hepatocolédoco intrapancreático, sugestiva de litiasis en conducto hepático izquierdo sin

poder descartar patología infecciosa. Los marcadores tumorales CEA y CA 19-9 fueron normales. Se realizó durante el ingreso una colangiografía magnética donde se observan cálculos distales, por lo que se realizó CPRE, en la que no se opacifica la parte de la vía biliar intrahepática ocupada por cálculos, observándose una rama izquierda de aspecto normal, igual que la vía biliar derecha y la central, en la que no se observan cálculos. Presentó pancreatitis leve post-CPRE. Debido a que la hepatolitiasis afectaba exclusivamente al LHI se recomienda hepatectomía izquierda. El paciente fue sometido a una hepatectomía izquierda 4 semanas después.

Resultados: El informe anatomopatológico de la pieza de hepatectomía izquierda fue: pieza de hepatectomía izquierda: hepatolitiasis. El paciente presentó como complicación postoperatoria una fístula biliar de bajo débito. Se realizó CPRE por sospecha de coledocolitiasis residual, sin encontrarse litiasis y colocándose prótesis biliar larga superando la supuesta zona de fuga biliar. La prótesis fue retirada sin incidencias un mes después.

Conclusiones: El aumento de la incidencia de hepatolitiasis en nuestro medio en los últimos años hace que los cirujanos generales deban enfrentarse con frecuencia creciente a esta patología. El conocimiento de la fisiopatología de la misma, así como los tipos de tratamientos existentes y sus indicaciones, resulta imprescindible para una adecuada práctica quirúrgica.

P-055. ANEURISMA DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL TRAS CIRUGÍA DE NEOFORMACIÓN DE VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA Y EXTRAPANCREÁTICA AVANZADA

C. García Vásquez, M. Fraile Vilarrasa, S. González Ayora, B. Manso Abajo, E. York y A. Celdrán

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Se presenta un caso de aneurisma de la arteria gastroduodenal tras cirugía por neoformación de la vía biliar extrahepática y extrapancreática, que acude como sangrado digestivo alto y se resuelve de forma percutánea.

Caso clínico: Paciente varón de 72 años intervenido por una neoplasia avanzada de vía biliar que invadía vena porta, y englobaba las estructuras arteriales del pedículo hepático. Se realizó exéresis de la lesión, incluyendo un segmento de vena porta que fue sustituido con un parche de vena mesentérica inferior. La reconstrucción digestiva se llevó a cabo mediante hepaticoyeyunostomía término-lateral. Durante el postoperatorio inmediato, el enfermo presentó un síndrome hepatorenal con cuadro de abdomen agudo asociado, por infección de su ascitis, que requirió reintervención y estancia en la unidad de cuidados intensivos. Pocos días después de su alta, estando asintomático, y al mes de la primera intervención, el paciente reingresó por un cuadro de hemorragia digestiva alta, con importante repercusión hemodinámica y hematológica. El angioTAC abdominal demostró la existencia de un pseudoaneurisma dependiente de la arteria gastroduodenal, con un diámetro máximo de 45 mm, que simulaba una masa pancreática. De forma inmediata, se llevó a cabo la cateterización supraseductiva de la arteria gastroduodenal, y la embolización con coils del aneurisma, preservando la vascularización. La evolución posterior tras el procedimiento, transcurrió con normalidad.

Discusión: La aparición de hemorragias digestivas agudas, tras la cirugía en el confluente biliopancreático generalmente por neoplasias, debe plantear el diagnóstico de sospecha de pseudoaneurisma de arterias viscerales. La actuación precoz mediante la realización de angioTAC y la arteriografía selectiva con embolización es el método más eficaz para controlarlas.

P-056. HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID

J. Páramo Zunzunegui, S. Corral Moreno, R. Latorre Fragua, N. Apentchenko, M. Coll Sastre, R. Peromingo Fresneda, A. López Buenadicha, J. Nuño Vázquez-Garza, P. López Hervás y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Detallar la experiencia y resultados del tratamiento del hepatocarcinoma fibrolamelar en nuestro centro.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de ocho casos de hepatocarcinoma fibrolamelar. Los síntomas más comunes registrados en las historias clínicas fueron dolor en hipocondrio derecho (6 pacientes), astenia (4 pacientes), pérdida de peso (6 pacientes) y náusea o vómito (3 pacientes). Los hallazgos analíticos no fueron relevantes, excepto en dos pacientes con enfermedad viral activa, y alteración secundaria leve en niveles de transaminasas. La alfa-fetoproteína fue negativa en todos los pacientes. El diagnóstico se alcanzó con Ecografía y TAC helicoidal.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 42,3 años (rango, 22-76), siendo 4 pacientes mujeres. Un paciente padecía infección crónica por VHC, y otro por VHB. 6 de los pacientes eran fumadores activos en el momento del diagnóstico. 3 mujeres tomaron anticonceptivos orales en algún momento de su vida. El tamaño medio tumoral fue de 6,10 cm (rango, 2-13). La localización más frecuente fue en los segmentos hepáticos II y III (en 4 pacientes), segmento VI (2 pacientes), segmentos II y III con extensión al IV y VIII (1 paciente) y segmentos V, VI, VII y VIII (1 paciente). Dos de los pacientes se sometieron a quimioembolización de lóbulo hepático derecho, previa a la cirugía, con el fin de conseguir un volumen residual óptimo del lóbulo hepático izquierdo. Se realizó profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico y tromboembólica con heparina de bajo peso molecular. Se practicaron 5 hepatectomías izquierdas, 2 hepatectomías derechas y una resección con márgenes. Una de las pacientes desarrolló colección postquirúrgica que precisó drenaje TAC-dirigido. La estancia media hospitalaria fue de 9,3 días (rango, 6-16). 7 pacientes permanecen libres de enfermedad, y uno de los pacientes falleció por progresión de enfermedad hepática avanzada.

Conclusiones: El hepatocarcinoma fibrolamelar es un tumor de crecimiento lento que afecta a pacientes con un promedio de edad de entre 20 y 40 años, con una nula elevación de los valores normales de alfa-fetoproteína en nuestro registro y una proporción hombre/mujer de 4: 4. Los pacientes en los cuales el diagnóstico es temprano permite la resección total del tumor. El pronóstico es bueno con una supervivencia a 5 años en nuestra experiencia del 87,5%, planteándose una clara diferencia con el carcinoma hepatocelular no fibrolamelar.

P-057. DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICA COMO PRESENTACIÓN DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

A. Rico, L. Ibiricu, A. Tarifa, C. Zazpe, J. Herrera y J.M. Lera

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La colestasis disociada con dilatación segmentaria de la vía biliar intrahepática (DVBI) es una presentación atípica de los quistes hidatídicos. Presentamos cuatro pacientes en los que no fue posible realizar un diagnóstico mediante las exploraciones complementarias habituales y en las que no se observaron signos radiológicos de sospecha de hidatidosis. El diagnóstico se realizó intraoperatoriamente o tras el examen patológico de la pieza quirúrgica.

Caso clínico: Se describen cuatro pacientes valorando: edad, sexo, antecedentes relevantes, pruebas complementarias solicitadas, diagnóstico de sospecha y tratamiento quirúrgico correspondiente. Diagnóstico diferencial de las DVBI: colangiocarcinoma periférico, colangitis esclerosante primaria o secundaria, metástasis, quistes hidatídicos, enfermedad de Caroli.

Discusión: La dilatación segmentaria de la vía biliar intrahepática constituye una entidad clínica de difícil diagnóstico clínico-radiológico en la que las neoplasias de la vía biliar son las lesiones a descartar. Las exploraciones radiológicas en ocasiones no son suficientes para descartar un colangiocarcinoma periférico. La resección del segmento de vía biliar afectado es la técnica de elección. La hidatidosis hepática es una rara causa de colestasis disociada sin que se observen los signos radiológicos típicos de esta patología.

P-058. HEPATECTOMÍA POR HEPATOCARCINOMA TRAS TRASPLANTE RENAL EN AUSENCIA DE CIRROSIS O HEPATITIS VIRAL

A. Rodríguez Ánchez, E. Martín- Pérez, M.M. Naranjo Lozano, E. Bermejo Marcos, I. Rubio Pérez, R. García Martínez, C. Bernis Carro, G. Fernández Díaz, S. Salido Fernández, J. Delgado Valdueza y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los recientes avances en la terapia inmunosupresora han disminuido la tasa de rechazo agudo y han mejorado la supervivencia del injerto en pacientes sometidos a trasplante renal. Sin embargo, la necesidad de inmunosupresión crónica predispone a una alta incidencia de neoplasias malignas. El carcinoma hepatocelular constituye el 2,4% de todos los tumores tras trasplante renal y se asocia habitualmente con hepatitis crónica B o C y cirrosis hepática y su pronóstico es malo a pesar de un adecuado tratamiento. Presentamos un caso de hepatocarcinoma en un paciente con trasplante renal sin hepatitis B o C y sin patología hepática subyacente en la que el probable carcinógeno fue la terapia inmunosupresora.

Caso clínico: Varón 47 años con antecedentes de HTA, hiperuricemia, úlcus gástrico e insuficiencia renal crónica secundaria a hialinosis segmentaria y focal con proteinuria nefrótica en riñón único. En 2004 se realizó trasplante renal siguiendo tratamiento inmunosupresor con tacrolimus (5 mg/día), prednisona (7,5 mg/día) y micofenolato mofetil (MMF) (250 mg/8h). Sufrió un rechazo agudo e infección por citomegalovirus (CMV). En octubre de 2007 ingresó por un cuadro febril de origen desconocido. Análítica: enzimas hepáticas normales; serología virus B, C, HIV y CMV negativa; alfafetoproteína 8,7, CEA 2,08; Ca 19.9 6,67. Ecografía abdominal: LOE de 9 x 5 cm heterogénea, predominantemente hipoecogénica e hipervascular, en lóbulo hepático derecho. RM abdominal: dos lesiones focales en el segmento VII hepático, una de 7 x 5 cm, con hipercaptación en la fase arterial, e imagen de pseudocápsula en la fase más tardía, compatible con hepatocarcinoma. La otra de 5 cm heterogénea, con captación periférica, compatible con absceso o hidatidosis. Consultado con la Unidad de Cirugía Hepática se decide intervención quirúrgica. Previamente a la cirugía se suspende el MMF y se disminuyen las dosis de tacrolimus (2 mg/día). Se realiza segmentectomía hepática VI-VII. El postoperatorio transcurre sin incidencias, siendo dado de alta al 8º día. Se sustituye tacrolimus por rapamicina (4 mg/día). Al año de la cirugía permanece asintomático sin signos de recidiva.

Conclusiones: La inmunosupresión es un factor importante en el desarrollo de cáncer post-trasplante. El empleo de tacrolimus se ha visto asociado con una elevada incidencia de tumores malignos. El desarrollo de nuevos inmunosupresores como la rapamicina con efectos antiproliferativos pueden reducir el riesgo de

neoplasias malignas tras trasplante renal. Un seguimiento con determinación regular de alfafetoproteína y ecografía, una adecuada vigilancia en el período postoperatorio al igual que una colaboración cercana entre nefrólogos y cirujanos hepáticos puede mejorar la evolución de los pacientes trasplantados en los que se desarrolla hepatocarcinoma.

P-059. CARCINOMA RENAL CON TROMBOSIS DE VENA CAVA E INVASIÓN DE AURÍCULA DERECHA: LA NECESIDAD DE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

Y. Aguilera Molina, N. Macias, T. Ramos, A. Blanco, A.B. Sánchez, J.I. González, M. Iglesias, J. González-Santos y L. Muñoz-Bellvis

Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La trombosis tumoral de la vena cava retrohepática, con o sin extensión a la aurícula derecha constituye un reto técnico que no puede ser resuelto con éxito sin la cooperación de numerosos especialistas. Presentamos un caso de trombosis masiva de cava, vena renal izquierda y extensión a aurícula derecha en la que la colaboración del equipo de cirugía cardíaca, urología y cirugía HBP permitió una extirpación completa de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, se comienza el estudio ante la existencia de edemas generalizados en ambas extremidades inferiores objetivándose la existencia de un carcinoma renal izquierdo con trombosis tumoral que afecta a vena renal izquierda, vena cava inferior por encima de renal derecha, cava retrohepática y posible trombo en aurícula derecha. Tras un completo y minucioso estudio del paciente, coordinado entre los equipos quirúrgicos participantes, se establece el abordaje quirúrgico. Se procede a cirugía en un tiempo quirúrgico, realizándose por parte de Cirugía HBP: movilización hepática completa, exposición de toda la cava retrohepática con aislamiento de cava suprahepática y de venas hepáticas, ligadura y sección de todas las venas de drenaje a cava retrohepática y trombectomía de la vena cava retrohepática y suprahepáticas afectadas. Urología realizó nefrectomía izquierda, exéresis de vena renal izquierda y liberación de trombosis residual de la vena cava inferior a nivel de las venas renales, por último el equipo de Cirugía Cardíaca bajo circulación extracorpórea y con la ayuda de ecocardiograma intraoperatorio transesofágico, detecta trombosis en aurícula derecha que extirpa mediante atriotomía derecha. En el postoperatorio el paciente presenta una evolución favorable siendo dado de alta con resultados satisfactorios y sin datos de recidiva a los 4 meses poscirugía.

Discusión: El tratamiento de estos tumores ofrece buenos resultados si se realiza de forma multidisciplinar con una adecuada planificación quirúrgica. Resulta obligada la remisión de estos pacientes a centros con disponibilidad de todos los equipos implicados.

P-060. CASO CLÍNICO: HIDATIDOSIS HEPÁTICA CON TRÁNSITO HEPATOTORÁCICO

J. Herrador Benito, T. Pozancos de Simón, M. González Zunzarren, R. Latorre Fragua, J. Cabañas Montero, J. Nuño Vázquez-Garza y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El tránsito hepatotorácico es una de las complicaciones evolutivas de la hidatidosis hepática, siendo su frecuen-

cia aproximada de entre un 2 y un 11% de los pacientes con hidatidosis hepática. Presentamos el caso de un paciente con un quiste hidatídico hepático de gran tamaño con migración hacia pulmón tratado quirúrgicamente.

Caso clínico: Varón de 73 años que acude al Servicio de Urgencias por tos con expectoración marronácea, dolor en hemitórax derecho y fiebre de varias semanas de evolución. Antecedente personal de quiste hidatídico de larga evolución en seguimiento por servicio de Gastroenterología. No otros antecedentes de interés. Ingresa a cargo del servicio de Enfermedades Infecciosas con diagnóstico de neumonía a estudio. En radiografía de tórax se observa elevación de hemidiafragma derecho con condensación basal del mismo lado. Se realiza TAC en el que se confirma la existencia de un paso transdiafragmático del quiste hidatídico hepático. Los servicios de Cirugía Digestiva y Cirugía Torácica acuerdan intervención quirúrgica conjunta mediante un abordaje abdominal con posibilidad de toracotomía posterior. Se realiza una laparotomía subcostal derecha, hallando un quiste hidatídico en cúpula hepática, segmentos VII-VIII, que perfora en dos puntos el diafragma e invade el lóbulo inferior derecho pulmonar. Tras control de hilio hepático y movilización hepática derecha se realiza quisto-periquistectomía abierta casi total del quiste hepático, dejando un resto de 2 cm de periquística adherido a vena hepática derecha. A continuación se lleva a cabo frenotomía con quisto-periquistectomía parcial de la lesión pulmonar y capitonaje. Posterior sutura simple del diafragma. No fue necesaria la trasfusión de hemoderivados y el paciente presentó una evolución postoperatoria libre de complicaciones.

Discusión: La hidatidosis hepática es consecuencia de la afectación del hígado por la forma larvaria del céstodo *Echinococcus*, normalmente *E. granulosus*. Es una enfermedad endémica en algunos países del mediterráneo, Sudamérica, Australia y Nueva Zelanda. La puerta de entrada es intestinal con paso hasta el hígado a través de la vena porta. Entre un 2 y un 11% de los pacientes se produce un tránsito hepatotorácico, con afectación de hígado, diafragma y pulmón. Se trata de una entidad infrecuente y compleja, que conlleva mayores riesgos que la hidatidosis limitada al hígado, tanto preoperatorios (fístula bronquial, colangiohidatidosis, derrame pleural biliar...) como intra o postoperatorios. La clínica más frecuente es de dolor torácico, tos y hemoptisis. El diagnóstico se basa sobre todo en la radiografía simple de tórax, la ecografía y la TC. La cirugía es el tratamiento de elección, con una mortalidad de entre el 0,9 y el 3,6%, siendo de hasta un 9,7% en caso de fístula biliobronquial. La vía de abordaje puede ser única abdominal o torácica, o doble toracoabdominal. Tanto la vía de abordaje como otros aspectos técnicos (drenaje simple, quistoperiquistectomía total o subtotal, abierta o cerrada, lobectomía hepática, etc.) dependerán de la localización de la lesión, estado del quiste, de su tamaño y de las características y experiencia del equipo quirúrgico.

P-061. ELEVACIÓN DE CA 19.9 TRAS ALCOHOLIZACIÓN DE UN CISTOADENOMA MUCINOSO HEPÁTICO DIAGNOSTICADO ERRÓNEAMENTE COMO QUISTE SIMPLE

E. Domínguez Comesaña, F.J. González Rodríguez, E. Mariño Padín, J.L. Portela Serra, A. Lede Fernández, S. Estévez Fernández, J.R. Ballinas Miranda y M.A. Piñón Cimadevila

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Objetivos: Presentar un caso de cistoadenoma biliar inicialmente tratado como quiste hepático simple, con aspiración y alcoholización percutáneas, y finalmente tratado con resección hepática 10 años después. Comunicar la elevación del CA 19.9, hasta 4.000 UI/ml, tras la alcoholización de la lesión quística

hepática. Estudio descriptivo de caso clínico, correspondiente a una paciente operada en el Complejo Hospitalario de Pontevedra (CHOP) en diciembre de 2010.

Caso clínico: Paciente mujer de 48 años de edad que ingresa en el servicio de cirugía del CHOP para intervención quirúrgica programada de tumoración quística hepática. A. personales: cirugía previa por endometriosis y quiste hepático simple. Resumen de la enfermedad: operada 15 años antes de quiste hepático simple de lóbulo derecho; se hizo destechamiento del quiste, colecistectomía y omentoplastia. Ocho años después se hizo una ecografía por otro motivo en la que se constató la presencia de una tumoración quística multiseptada de 12 cm de diámetro. La bioquímica y el CA 19.9 eran normales. La serología hidatídica era negativa. Fue diagnosticada de recidiva del quiste, con cambios secundarios a la omentoplastia. Se trató con aspiración y alcoholización percutáneas, con buena respuesta inmediata. En un control analítico hecho unos meses después se evidenció elevación del CA 19.9 a 1.200 UI/ml, por lo que se hizo una TAC en la que se constató que la tumoración quística había recidivado y medía 8 cm. En controles posteriores por ecografía y TAC se vio que la tumoración aumentaba progresivamente de tamaño, hasta alcanzar los 12 cm. En septiembre de 2010 se hizo una nueva TAC en la que se evidenció un mayor crecimiento de la lesión, con un diámetro de 21 cm, con aparición de engrosamientos murales focales y dos áreas de calcificación. Durante este periodo de tiempo los niveles de CA 19.9 se mantuvieron siempre por encima de 700 y alcanzaron un pico de 4.082 UI/ml. Asimismo, siempre se mantuvo asintomática. Ante los hallazgos de la última TAC se propuso cirugía por sospecha de cistoadenoma. La paciente fue operada y se encontraron dos tumoraciones quísticas adyacentes, de 21 y 10 cm de diámetro dependientes de segmento IV y V. Se hizo una bisegmentectomía V y IVB. En el postoperatorio presentó una fístula biliar de bajo débito y 4 días de duración y fue dada de alta a los 13 días de la intervención. En un control analítico hecho al mes el CA 19.9 había descendido a 39 UI/ml. En el momento actual se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva. En el examen histológico se evidenció que las dos tumoraciones correspondían a cistoadenomas biliares mucinosos con estroma ovárico, sin evidencia de malignidad.

Conclusiones: El cistoadenoma biliar es una tumoración infrecuente, que puede ser erróneamente diagnosticada como quiste simple. Los niveles de CA 19.9 pueden aumentar de forma moderada en los cistoadenomas biliares, pero no se han descrito casos con valores superiores a 500. Por ello, se considera que la gran elevación de CA 19.9 vista en este caso se debió, en gran medida, a la alcoholización.

P-062. METÁSTASIS ESPLÉNICAS DE ADENOCARCINOMA DE CÉRVIX. RARA CAUSA DE LESIONES ESPLÉNICAS

F. Labarga Rodríguez, B. Pérez Saborido, E. Asensio Días, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, M. Rodríguez López, P. Pinto Fuentes, D. Pacheco Sánchez, A. Barrera Rebollo y A. de Anta Román

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Las metástasis esplénicas del adenocarcinoma de cérvix uterino en una afectación poco frecuente de la historia natural de la enfermedad. La bibliografía es escasa siendo casos aislados su forma habitual de presentación.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 63 años diagnosticada dos años antes de adenocarcinoma de canal endocervical estadio IIIB que fue tratada con radioquimioterapia con intención radical. Durante el seguimiento, y tras ser considerada la enfermedad en remisión completa, se observa durante un con-

trol radiológico por tomografía computarizada la existencia de dos lesiones focales esplénicas de aproximadamente 10 cm de diámetro de aspecto quístico de reciente aparición, con un buen control local. La PAAF es negativa para células malignas. En la analítica existe una elevación de marcadores tumorales. Se decide someter a la paciente a cirugía programada mediante laparotomía subcostal derecha. Durante la intervención quirúrgica se observa infiltración diafragmática de la metástasis del polo superior esplénico, pequeños nódulos subcentimétricos de consistencia dura en el centro frénico y un implante de unos dos centímetros en el epiplón mayor informado de forma intraoperatoria como sugestivo de malignidad. De forma electiva realizamos esplenectomía con resección local diafragmática, omentectomía parcial y peritonectomía de centro frénico. La paciente fue dada de alta sin complicaciones para posterior seguimiento oncológico. La AP confirma la existencia de metástasis esplénicas de ca endometrial.

Discusión: La existencia de LOES sólidas esplénicas son poco frecuentes. Menos frecuentes aún metástasis de carcinoma de cérvix. Ante la sospecha, el tratamiento de la enfermedad localizada es quirúrgico.

P-063. HEPATECTOMÍA POR METÁSTASIS DE LEIOMIOSARCOMA DE VENA SAFENA

B. Sánchez Pérez, T. Prieto Puga, J.L. Fernández Aguilar, M.A. Suárez Muñoz, J.A. Pérez Daga, R. Becerra Ortiz, A. Titos García y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Los leiomiomas de origen vascular (LMSV) son excepcionales, constituyendo menos del 2% del conjunto de los sarcomas. Asientan preferentemente en sistemas vasculares de baja presión, como la vena cava. Localizaciones más infrecuentes son las venas de los miembros inferiores o del sistema arterial. Presentan altas tasas de recidiva local y metástasis a distancia. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección de las mismas consiguiendo aceptables tasas de supervivencia a largo plazo. Presentamos el tratamiento quirúrgico de una paciente con metástasis hepática de un leiomioma de vena safena.

Caso clínico: Mujer de 70 años intervenida en enero 2009 por leiomioma grado II a nivel inguinal derecho realizándose exéresis del tumor más resección vascular y posterior adyuvancia con radioterapia. En junio 2010 se descubrió una LOE a nivel hepático compatible con metástasis. En la tomografía abdominal (TAC) se apreciaba una LOE hepática de aproximadamente 15 mm en lóbulo hepático derecho en proximidad a la bifurcación portal. La resonancia magnética mostraba una LOE de 2 x 28 x 23 mm en segmento VIII y la tomografía por emisión de positrones (PET) evidenciaba una lesión hipermetabólica de 3.2 centímetros localizada en segmento VII. Con diagnóstico de metástasis de LMSV es remitida a nuestro hospital. En la intervención, se halló una lesión de 3.5 centímetros apoyada sobre la bifurcación portal y próxima a la vena suprahepática media, realizándose una hepatectomía derecha. El diagnóstico anatomopatológico fue de metástasis de leiomioma con bordes no afectos. En el postoperatorio, presentó una leve insuficiencia hepática que se resolvió de forma conservadora, siendo alta el 8º día postintervención.

Discusión: El origen vascular de los leiomiomas ha sido identificado como un factor pronóstico adverso, disminuyendo tanto la supervivencia libre de enfermedad como la supervivencia global. Presentan un alto potencial metastásico, debido a la fácil diseminación por vía hematológica, a la agresividad biológica de este tipo de tumores y al retraso en su diagnóstico. La media de supervivencia de los pacientes con metástasis hepáticas de

sarcomas de partes blandas no tratadas ronda los 14 meses pudiendo alcanzar el 27-35% a los 5 años tras tratamiento quirúrgico. De los 27 casos de leiomioma de vena safena descritos en la literatura, el 33% han presentado metástasis a distancia siendo la localización pulmonar (22%) la más frecuente y un 11% ubicada a nivel hepático. Los PET y PET-TAC podrían resultar especialmente eficaces para evaluar pacientes operados en busca de recidivas locales o de metástasis. El hígado es el órgano donde los sarcomas recidivan con más frecuencia (59,4-93%). Para las metástasis de los LMSV ni la quimioterapia sistémica, ni quimioembolización, ni la radiofrecuencia han demostrado beneficio en la supervivencia ni en el tiempo libre de enfermedad. Esto justifica que sea la alternativa quirúrgica el "gold estándar" del tratamiento de las metástasis hepáticas así como de las recidivas intrahepáticas, apoyado por una mortalidad perioperatoria < 5% en unidades de cirugía hepatobiliopancreática.

P-064. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE VÍA BILIAR: LA CIRUGÍA COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

D. Cortés Guiral, A. Celdrán Uriarte, S. González Ayora, B. Manso Abajo, E. York Pineda, C. García Vásquez y M. Fraile Vilarrasa

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Presentar la experiencia del servicio en tumores neuroendocrinos de vía biliar.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mujer de 79 años, que debuta con anemia y dolor abdominal. La ecografía y el TAC abdominales muestran una masa intravesicular sugestiva de neoplasia de vesícula. Se realiza laparotomía encontrándose plastrón que engloba vesícula y ángulo hepático del colon. Se realiza resección en bloque mediante hemicolectomía derecha y hepatectomía atípica de segmentos IV y V con reconstrucción digestiva mediante anastomosis ileocólica latero-lateral. Durante el postoperatorio presentó colección abscesificada en lecho quirúrgico que se resolvió con drenaje percutáneo. Sin recidiva tras 6 meses de seguimiento. Caso clínico 2: varón de 51 años que debuta con ictericia obstructiva. La colangio-resonancia mostraba lesión estenosante de 3 cm en la vía biliar extrahepática. Se realizó exéresis de la vía biliar desde la confluencia de ambos hepáticos hasta el borde distal del colédoco extrapancreático. La reconstrucción se llevó a cabo mediante hepático-yeyunostomía con montaje en Y de Roux. El estudio histológico muestra una masa con diámetro máximo de 2,5 cm, en la confluencia del cístico con la vía biliar principal que correspondía a un carcinoma neuroendocrino bien diferenciado. Sin recidiva después de 3 años de seguimiento. Caso clínico 3: varón de 73 años que debuta con ictericia obstructiva. La TAC mostraba estenosis distal del colédoco sin imagen de masa. Ante la sospecha de ampuloma se realizó duodenopancreatectomía cefálica. El estudio anatomopatológico mostró un tumor combinado con adenoma túbulo-papilar y carcinoide neuroendocrino ampular. El paciente desarrolló metástasis hepáticas al año de la intervención, que recibió tratamiento con carboplatino-etoposido y después por progresión gemcitabina-topotecán con nueva progresión. Se solicitó temozolamida como uso pasivo. El estudio de las tres lesiones mostró tumores con rasgos neuroendocrinos y positividad para marcadores neuroendocrinos (cromogranina A, sinaptofisina y enolasa). Cada uno presentó positividad para marcadores adicionales como Ki67, CAM5.2 y gastrina en el tumor de ampolla; CAM 5.2 y AE1/AE3 en el primario de colédoco y citoqueratina 7 en el tumor de vesícula. La actividad proliferativa de las lesiones fue distinta, lo que permitió considerar el tumor de colédoco como de bajo grado (MIB1 1-2%), mientras que el de ve-

sícula y ampolla fueron de alto grado con una actividad proliferativa MIB1 del 75% y 30% respectivamente.

Discusión: Los carcinomas neuroendocrinos son tumores muy poco frecuentes cuya agresividad viene determinada por su actividad proliferativa, siendo peor diferenciados cuanto más focal sea su expresión. En general predominan los tumores con baja actividad proliferativa y, por tanto, con curso indolente. Es de destacar el alto índice proliferativo de dos de los casos presentados, vesícula y ampolla, con comportamiento muy agresivo en el caso ampular que desarrolló metástasis hepáticas, confirmando que la causa de la muerte fue la diseminación del carcinoma neuroendocrino. Ninguno de los casos presentó síndrome carcinoide, ni siquiera este último. Los carcinomas neuroendocrinos ampulares deben considerarse de mal pronóstico y se debe vigilar la evolución del paciente. La cirugía es el tratamiento de elección para el control local de la enfermedad.

P-065. UNA LOCALIZACIÓN POCO HABITUAL DEL TUMOR CARCINOIDE: TUMOR CARCINOIDE HEPÁTICO PRIMARIO

E. Iglesias Porto, M.I. Pérez Moreriras, P. Montoto Santomé, R. González López, L. Dorado Castro, A.E. Álvarez Gutiérrez, I. Monjero Ares, J. Conde Vales, J.M. Couselo Villanueva y F. Arija Val

Hospital Lucus Augusti de Lugo, Lugo.

Introducción: El tumor carcinoide se origina en las células enterocromafines del sistema neuroendocrino. Su localización más frecuente es en intestino delgado, colon y bronquio. El hígado es asiento frecuente de metástasis de tumores carcinoideos de otra localización, siendo excepcional el origen hepático primario, representando el 0,3% de todos los tumores carcinoideos. Suele ser asintomático, siendo una de las formas más frecuentes de presentación la masa abdominal palpable, con o sin dolor asociado. El único tratamiento efectivo es la cirugía, cuando esta es posible.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 67 años que consulta por sensación de masa a nivel epigástrico de un mes de evolución, sin otra clínica acompañante. A la exploración se palpa masa indurada en epigastrio, no dolorosa. Se realizan para su estudio: gastroscopia (compresión extrínseca sobre cara anterior gástrica con mucosa respetada); ecoendoscopia alta (gran masa que impronta sobre cara anterior gástrica con abundantes quistes en su interior, sin poder definir órgano de origen); TC abdominal (masa de aproximadamente 9 cm de diámetro, sólida con áreas necróticas o de degeneración quística en su interior, que parece depender del LHI, bien delimitada); RM hepática (masa de unos 9 cm que parece en contacto con pared anterior gástrica, LHI y cuerpo/cola pancreático, con degeneración quística en su interior); PAAF guiada por eco (neoplasia epitelial de características neuroendocrinas de incierto potencial maligno); y marcadores tumorales (AFP, CEA y CA 19-9: normales). Con estos resultados se decide intervención quirúrgica para resección. Los hallazgos quirúrgicos fueron de tumoración a nivel de LHI dependiente fundamentalmente del segmento III, sin infiltración de estructuras vecinas, bien delimitada y con áreas quísticas en su interior. Se realiza segmentectomía III hepática. La evolución postoperatoria cursa sin complicaciones. El resultado anatomo-patológico definitivo es de tipo variable, con células neoplásicas que adoptan distintos patrones de crecimiento y también en su morfología. Con positividad inmunohistoquímica para cromogranina, enolasa neuroespecífica y sinaptofisina; EMA positivo; MOC-31 positivo; y CEA, S-100, C-kit y CD 34 negativos. Datos que se corresponden con un tumor carcinoide hepático primario de tipo variable, dado que está descartado el origen primario en otra localización.

Discusión: Los tumores carcinoideos de origen hepático primario resultan excepcionales. La primera descripción fue realizada por Edmonton en 1958. Dado que en el hígado normalmente no se encuentran células enterocromafines, existen fundamentalmente tres teorías sobre su origen: la presencia de células ectópicas de tejido pancreático, la presencia de células de origen neuroectodérmico o de ectoblastos con programación neuroendocrina. A diferencia de lo que ocurre cuando son metastáticos, la mayoría de carcinoideos hepáticos son afuncionales, por lo que no suelen acompañarse del síndrome carcinoide. En la imagen suelen presentarse como tumores solitarios, hipervascularizados y con componente sólido-quístico. Según el patrón de crecimiento histológico podemos diferenciar tres tipos de lesiones neuroendocrinas: carcinoideos típicos, atípicos y de tipo variable (que expresan componentes neuroendocrinos y de carcinoma). Pero la diferenciación de un tumor neuroendocrino primario o secundario de hígado no es posible sólo con la histología. Por tanto, resulta imprescindible para su diagnóstico descartar un primario oculto en otra localización más frecuente, sobre todo para poder llevar a cabo el planteamiento quirúrgico.

P-066. LINFADENECTOMÍA EN HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Rodríguez Sánchez, E. Martín-Pérez, I. Rubio Pérez, M. Posada González, J. Gómez Ramírez, M.M. Naranjo Lozano, J.L. Martín Álvarez, I. García Sanz, E. Bermejo Marcos, C. Zapata Syro y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: El hepatocarcinoma fibrolamelar (FLH) es una rara variante del hepatocarcinoma que ocurre en pacientes jóvenes, en ausencia de cirrosis, presenta un curso clínico indolente y en el que no existe tratamiento curativo. Se ha visto en las últimas revisiones que un tratamiento quirúrgico agresivo asociado a tratamiento médico puede prolongar el tiempo hasta la recidiva y con ello la supervivencia. Presentamos el caso de una mujer en la que se realizó linfadenectomía.

Caso clínico: Mujer de 23 años, sin antecedentes de interés, que consulta por amenorrea de un año de evolución. En la analítica de control destaca una hipertransaminasemia y coagulopatía. No refiere pérdida de peso, ni consumo de fármacos ni tóxicos. La ecografía evidencia una lesión en los segmentos más posteriores de LHD de aproximadamente 11 cm, difusa discretamente hiperecogénica con respecto al parénquima hepático circundante. En algunas proyecciones se observa un centro más hiperecogénico con tractos fibrosos hacia la periferia, dando la imagen en rueda de carro típica de la hiperplasia nodular focal. Se realiza RMN para mejor caracterización que muestra una gran lesión que ocupa prácticamente la totalidad del segmento VII y la mayor parte del VI, de 18 × 11 × 11 cm. Con contornos marcadamente lobulados y bien definidos en prácticamente la totalidad de su extensión. Muestra una "cicatriz" central. Heterogénea. Con una pseudocápsula con captación tardía. Presenta parte del lóbulo derecho e izquierdo restantes comprimidos por la gran lesión, observándose hipertrofia del lóbulo izquierdo hepático. No adenopatías radiológicamente significativas. Se realiza PAAF que es sugestiva de FLH. Con este diagnóstico es sometida a intervención quirúrgica realizándose hepatectomía derecha reglada, colecistectomía, linfadenectomía regional del ligamento hepatoduodenal (hepatocolédoco, hilio hepático y conducto cístico y porta), región retropancreática y arteria hepática. Anatomía patológica: carcinoma hepatocelular variante fibrolamelar de 20 cm de diámetro máximo, de borde expansivo, próximo (a 2 mm) al borde quirúrgico de resección con micro-metástasis en adenopatía retropancreática. Durante el postoperatorio evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 7º día

postoperatorio. La paciente no recibe tratamiento adyuvante y un año después, durante las revisiones periódicas se evidencia recurrencia de la enfermedad.

Discusión: Es sabido que el FLH está asociado frecuentemente a metástasis en ganglios regionales. La tasa de recurrencias está entre el 36 al 100%, con un tiempo medio entre 10 y 33 meses. Para incrementar las oportunidades de curación es recomendable realizar una linfadenectomía en el mismo tiempo que la resección del tumor, dicha linfadenectomía debe de abarcar tanto el área 1 que incluye el ligamento hepatoduodenal y el área retropancreática, como el área 2 (la arteria hepática y el tronco celiaco). Se ha observado que la supervivencia a los 5 años tras tratamiento agresivo está en torno al 60%, mientras que con el tratamiento convencional ronda el 45%. La resección quirúrgica del tumor primario, asociada a la linfadenectomía, un tratamiento médico adyuvante y una rápida detección de las recidivas puede incrementar la supervivencia de estos pacientes.

P-067. LINFOMA MARGINAL DEL BAZO: UNA RARA CAUSA DE NEOPLASIA ESPLÉNICA

J.M. Daroca José, P. Priego Jiménez, I. Rivadulla Serrano, G. Paiva Coronel, C. Fortea Sanchis, R. Queralt Martín y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana.

Introducción: Los linfomas primarios del bazo son una entidad poco frecuente, definida como aquellos que se originan en el bazo o en los que la masa tumoral se localiza predominantemente en éste. Aunque la mayoría de los linfomas-B primarios esplénicos se originan bien en los centros foliculares, bien en la zona del manto, recientemente se están describiendo linfomas originados de las células de la zona marginal del bazo. Ésta representa un área periférica a la zona del manto de los folículos linfoides de la pulpa blanca ocupada por linfocitos-B. Los linfomas de la zona marginal del bazo son neoplasias linfoides-B no hodgkinianas de bajo grado de malignidad, fenotipo característico y supervivencia larga.

Caso clínico: Mujer de 75 años remitida desde Hematología para valorar esplenectomía diagnóstica/terapéutica ante la sospecha de linfoma esplénico, infundada por una esplenomegalia idiopática, dolorosa, acompañada de fenómenos autoinmunes hematológicos. Como antecedentes médicos encontramos DM-2, HTA, apendicectomía, colecistectomía, hernioplastia inguinal bilateral y prótesis de cadera. Analíticamente destaca una anemia normocítica-hipocrómica con leucopenia y en el TAC observamos una esplenomegalia gigante que sobrepasa la línea media y desplaza caudalmente el riñón izquierdo. Se efectuó esplenectomía abierta que normalizó los parámetros hematológicos y que transcurrió sin incidencias salvo por la aparición de una trombosis del eje esplenoportal que fue manejada satisfactoriamente con tratamiento antitrombótico. El informe anatomopatológico describió un bazo de 25 x 28 x 10 cm y 2.515 g, de superficie externa lisa y de sección homogénea congestiva con fino punteado blanquecino, con Inmunofenotipo compatible para linfoma de la zona marginal y diagnóstico de linfoma esplénico de la zona marginal. Ambulatoriamente se completó el estudio de extensión mediante: biopsia de médula ósea (inmunofenotipo y biología molecular) y estudio citomorfológico de la sangre periférica, presentando una infiltración nodular del 50% por linfoma B con hiperplasia T en la biopsia de la médula ósea.

Discusión: El término de linfoma de la zona marginal del bazo, introducido por Schmid et al en 1992, define un proceso linfoproliferativo-B no hodgkiniano, originado de la zona marginal de los folículos linfoides esplénicos y caracterizado por esplenomegalia, infiltración de ganglios linfáticos, médula ósea y sangre periférica. La incidencia es rara (< 1%) y la edad media de pre-

sentación es de 60 años. Clínicamente presentan esplenomegalia de tamaño variable, que ocasiona molestias abdominales, aunque la mayoría de los síntomas o signos de esta enfermedad se deben al hipersplenismo, ocasionando anemia hemolítica autoinmune en el 10-15%, y menos frecuente trombocitopenia y otros fenómenos autoinmunes. La infiltración de sangre periférica está presente en el 65-85%. A consecuencia del bajo grado de malignidad de este linfoma, la supervivencia media es de 8-10 años. El tratamiento de elección es la esplenectomía con o sin quimioterapia adyuvante, aunque para pacientes contraindicados es posible la radioterapia y quimioterapia. Tras el tratamiento, la mayoría presentan enfermedad tanto en la médula ósea como, en sangre periférica, siendo posible la transformación a linfoma con alto grado de malignidad.

P-068. SHOCK HEMORRÁGICO POR RUPTURA DE HEPATOCARCINOMA NO CONOCIDO: UTILIDAD DE LA EMBOLIZACIÓN ARTERIAL SELECTIVA

I. Rubio Pérez, E. Martín-Pérez, J. Delgado Valdeuza, G. Fernández Díaz, M. Posada, J. Cuesta Pérez, L. del Campo y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El hepatocarcinoma es un tumor hipervascularizado que suele presentarse en el seno de una cirrosis hepática, de etiología alcohólica o viral. La ruptura espontánea es una complicación infrecuente, entre el 3-15%. El riesgo de ruptura de estos tumores se ha relacionado con su rápido crecimiento, la neoangiogénesis, la invasión vascular y la hipertensión portal. Además, cuando el hepatocarcinoma se localiza en la superficie hepática, no hay parénquima que lo rodee para contener un posible sangrado, y se puede producir un hemoperitoneo masivo e inestabilidad hemodinámica. Presentamos el caso de una paciente con hepatocarcinoma no conocido que debutó como shock hipovolémico por sangrado masivo, y que fue tratada satisfactoriamente mediante embolización arterial selectiva.

Caso clínico: Mujer, 84 años. Antecedentes de HTA, anemia y artrosis. Cirugías previas: Mastectomía por neoplasia de mama, gastrectomía y Billroth II por ulcus gástrico, colecistectomía, apendicectomía. La paciente llega a Urgencias con mal estado general, pálida, somnolienta, sudorosa, TA 70/20 y bradicárdica. En la exploración destaca dolor abdominal difuso con reacción peritoneal clara. Se realiza Eco-FAST que evidencia líquido libre. Tras estabilización con volumen, remonta TA y se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal. Se evidencia hígado nodular, con lesión que abomba contorno en lóbulo hepático izquierdo de 5,2 x 7,4 cm, con contenido heterogéneo e imagen compatible con sangrado activo en fase arterial y focos de hipercaptación sugerentes de hepatocarcinoma multicéntrico. Abundante líquido libre intraabdominal compatible con hemoperitoneo. Hemoglobina: 7,7 g/dl. Tras su estabilización hemodinámica en UCI y transfusión de 3 concentrados de hemáties se avisó a Radiología vascular. Se realiza embolización selectiva desde arteria hepática izquierda con partículas de polivinilalcohol de 350-500 micras. La paciente recupera estabilidad hemodinámica y evoluciona favorablemente. Durante la hospitalización se revisaron imágenes de la TC inicial, evidenciándose signos de hipertensión portal. Se realizó estudio completo (serologías y marcadores) para filiar cirrosis. Finalmente se estableció diagnóstico de hepatocarcinoma multifocal sobre cirrosis por virus C. En TC de control al mes y resonancia magnética a los 4 meses se confirma el diagnóstico, y se evidencia disminución del tamaño de la lesión a 3,6 x 3 cm. Dada la edad de la paciente y comorbilidad asociada, en Sesión Multidisciplinar de Patología Digestiva se decidió seguimiento. La paciente sigue viva 8 meses después del incidente.

Discusión: La ruptura espontánea de un hepatocarcinoma supone una emergencia médica, y la mortalidad en el episodio agudo puede llegar al 75%. Existe cierta controversia sobre el adecuado manejo de esta complicación. Lo primero es la resucitación y estabilización del paciente, y a continuación se debe decidir la forma más adecuada para controlar la hemorragia, teniendo en cuenta sus características. Algunos autores defienden que el tratamiento quirúrgico puede ser más resolutivo y curativo a largo plazo si la lesión es resecable y el paciente conserva una buena función hepática. En los casos de cirrosis avanzada, hepatocarcinoma multifocal o bilobar y paciente de edad avanzada o con múltiples comorbilidades, la embolización arterial selectiva es un método resolutivo de tratamiento, que como en este caso, puede salvar la vida del paciente.

P-069. HEPATECTOMÍA CON GRAPADORAS LINEALES (STAPLER HEPATECTOMY). EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATOBILIAR

P. Marrero Marrero, M. Barrera Gómez, A. Varona Bosque, P. Sanz, C. Chocarro, J. Padilla Quintana, J. García Méndiz y A. Benítez de Lugo

Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: La transección del parénquima hepático ha supuesto clásicamente un reto para el cirujano hepático dada la dificultad y las numerosas complicaciones que genera. En los últimos años se ha publicado, como alternativa a las técnicas existentes, el empleo de grapadoras lineales (GIAs) para dicho acto con resultados excelentes. Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia acumulada en los últimos 4 años en el empleo de las grapadoras mecánicas para resecciones hepáticas.

Material y métodos: Entre junio 2007 y septiembre 2010 hemos realizado 26 hepatectomías con GIAs en una población con una edad media de 56,19 años (23-77). 15 varones y 17 mujeres. El abordaje fue laparotómico en todos los casos salvo en 3, en los que se accedió vía laparoscópica para lesiones hepáticas localizadas en segmentos VII-VIII, VI y III.

Resultados: El tamaño medio de las lesiones hepáticas extirpadas fue de 4,48 cm. Los resultados anatómo-patológicos de las piezas extirpadas fueron los siguientes: metástasis hepáticas (13 casos), Hiperplasia nodular focal (3); colangiocarcinoma intrahepático (1); hemangioma (1); adenoma (1); hepatocarcinoma (3); hepatitis reactiva inespecífica (1); necrosis hepática (2). Las complicaciones que se presentaron fueron las siguientes: Insuficiencia hepática leve (2 casos); hematoma en lecho quirúrgico (1); hematoma de pared abdominal (1); hemoperitoneo (2) y coleperitoneo (1), siendo necesario en estos 3 últimos casos reintervenir quirúrgicamente. Ello representa una morbilidad de 34,6% (9 pacientes). La mortalidad fue del 0%.

Conclusiones: La hepatectomía con grapadoras lineales se presenta como una técnica eficaz, segura y fácilmente reproducible, y con escasas complicaciones.

P-070. AFECTACIÓN ADENOMIOMATOSA DEL CONDUCTO CÍSTICO

A.J. Pérez Alonso, C. Garde Lecumberri, P. Martínez Domínguez, I. Machado Romero, M. González Martínez, R. Molina Barea y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Los adenomiomas de la vesícula biliar y de la vía biliar extrahepática son neoformaciones benignas leiomiomas poco frecuentes. Con mucha frecuencia suelen pasar de-

sapercibidos puesto que no dan clínica específica y son silentes. El órgano más frecuente afectado es la vesícula biliar y con más frecuencia el fondo de esta; aunque también se pueden localizar en los distintos niveles de la vía biliar extrahepática, con mínimas referencias acerca de ello en la bibliografía.

Casos clínicos: Presentamos dos pacientes (varón de 70 años, y una mujer de 54 años) sin antecedentes de interés que acuden ambos al servicio de urgencias con una clínica sospechosa de colecistitis. No referían cuadros similares previamente, aunque si clínica que recuerda a la colelitiasis; tales como dispepsia y dolor en hipocondrio derecho tras la ingesta, sobre todo tras comidas de contenido graso. En ambos pacientes se decide realizar una colecistectomía laparoscópica urgente, confirmando el diagnóstico de colecistitis durante la intervención, sin objetivarse otras alteraciones abdominales. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dados de alta ambos pacientes a los dos días tras la intervención. No se objetivaron complicaciones asociadas a la cirugía. En los informes de anatomía patológica, se describió la presencia de un adenomioma en el primero y de un adenoleiomioma en el segundo paciente, ambos de localización en el conducto cístico. No se objetivó la presencia de colelitiasis, siendo la causa de compresión y desencadenante de la colecistitis la presencia de la tumoración en el conducto cístico.

Discusión: Los adenomiomas de la vía biliar son tumores benignos poco comunes y de crecimiento lento. No es infrecuente la afectación adenomiomatosa fuera de la vía biliar como el estomago, el duodeno, el yeyuno, el íleon, el divertículo de Meckel, el colon sigmoide, los músculos rectos, el ombligo, el útero, el ligamento ancho, el ligamento útero-sacro, casi la totalidad de estructuras ginecológicas intraabdominales, el septo recto-vaginal y en asociación con el sd. de Gardner. Hacemos especial hincapié en la excepcionalidad de ambos casos por su localización en el conducto cístico (adenomioma, adenoleiomioma), puesto que su interés radica en que solo existe una única referencia en la bibliografía de un caso descrito de adenomioma en el conducto cístico. El índice de confusión es altísimo, siendo en ocasiones indistinguible de afectaciones malignas como el caso de los carcinomas, por ello, con frecuencia se amplía su resección y en ocasiones se han realizado amplias resecciones de la vía biliar que han precisado técnicas de derivación bilioentérica o duodenopancreatocistomías cefálicas tras confundirlos con carcinomas de la cabeza pancreática o de la ampolla de Vater, sobre todo en aquellos que se localizan en el colédoco.