

---

## **CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

### **COMUNICACIONES ORALES**

#### **O-114. ÍNDICE DE AMBULATORIZACIÓN Y DE SUSTITUCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE PARED ABDOMINAL. ESTUDIO TRANSVERSAL**

V. Vega Ruiz, M.A. Urbano Delgado, J. Álvarez Medialdea, J. Falckenheiner Soria, M. Balbuena, M.J. Jiménez Vaquero, N. Assad, A. Camacho Ramírez, L. Costilla Carrera, E. Guzmán y M. Velasco García

*Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.*

**Introducción y objetivos:** El índice de ambulatorización (IA) estima los procesos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria

del total de procesos quirúrgicos midiendo, de este modo, el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital, mientras que el índice de sustitución (IS) mide los procesos potencialmente ambulatorios realizados frente al total de procesos de ese GRD. El IA en un indicador grosero de eficiencia frente al IS, de mayor calidad y eficiencia, pero precisa de definir previamente los procesos susceptibles. Realizamos un estudio prospectivo, transversal, analizando el índice de sustitución y de ambulatorización en patología de pared abdominal, como medida de estimación del impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Servicio.

**Material y métodos:** El periodo de estudio es de tres meses (enero-marzo 2011) y la muestra pacientes con patología de pared abdominal intervenidos en nuestro Servicio. Se analizan como variables: realización en CMA (local + sedación, raquianestesia/general); ingreso, ingreso y alta en día de la intervención (cirugía 23h). Las patologías fueron las siguientes: hernias inguino-crurales: 43; hernias umbilicales/epigástricas: 7. Analizamos el índice de sustitución y de ambulatorización según datos aportados por el Servicio de Documentación del Hospital.

**Resultados:** Hemos realizado un total de 50 intervenciones por patología proctológica de las cuales; por CMA se han realizado: 26 casos; con ingreso: 14 casos; y con ingreso y alta al día: 10 casos. La distribución según el tipo de anestesia se refleja en la tabla a pie de página. Un 52% del total de casos se realizó en régimen de CMA. Todos los pacientes que se ingresaron se intervinieron mediante anestesia raquídea. Un 18% de los pacientes potencialmente ingresados se dieron de alta el mismo día de la intervención. El índice de sustitución global en patología de pared abdominal fue del 52% y el índice de ambulatorización del 70%.

**Conclusiones:** El índice de sustitución y ambulatorización son marcadores de calidad en la Cirugía Mayor ambulatoria. El empleo de la raquianestesia está asociado a un porcentaje mayor de ingresos frente a la anestesia local. Alrededor de un 20% de los pacientes ingresados son susceptibles de ambulatorización.

#### O-115. ÍNDICE DE AMBULATORIZACIÓN Y DE SUSTITUCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA PROCTOLÓGICA. ESTUDIO TRANSVERSAL

V. Vega Ruiz, M.A. Urbano Delgado, J. Álvarez Medialdea, M.J. Jiménez Vaquero, M. Balbuena García, J. Falckenheiner Soria, N. Assad, A. Camacho Ramírez, L. Costilla Carrera, J.L. García de Onís y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

**Introducción y objetivos:** El índice de ambulatorización (IA) estima los procesos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria del total de procesos quirúrgicos midiendo, de este modo, el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital, mientras que el índice de sustitución (IS) mide los procesos potencialmente ambulatorios realizados frente al total de procesos de ese GRD. El IA en un indicador grosero de eficiencia frente al IS, de mayor calidad y eficiencia, pero precisa de definir previamente los procesos susceptibles. Realizamos un estudio prospectivo, transversal, analizando el índice de sustitución y de ambulatorización en patología proctológica, como medida de

estimación del impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Servicio.

**Material y métodos:** El periodo de estudio es de tres meses (enero-marzo 2011) y la muestra pacientes con patología proctológica intervenidos en nuestro Servicio. Se analizan como variables: realización en CMA (local + sedación, raquianestesia/general); ingreso, ingreso y alta en día de la intervención (cirugía 23h). Las patologías fueron las siguientes: fisuras anales: 12; fistulas perianales: 10; Hemorroides: 8; sinus pilonidales: 21. Analizamos el índice de sustitución y de ambulatorización según datos aportados por el Servicio de Documentación del Hospital.

**Resultados:** Hemos realizado un total de 51 intervenciones por patología proctológica de las cuales; por CMA se han realizado: 35 casos; con ingreso: 16 casos; y con ingreso y alta al día: 10 casos. La distribución según el tipo de anestesia se refleja en la tabla. Un 69% de casos se realizó en régimen de CMA. Todos los pacientes que se ingresaron se intervinieron mediante anestesia raquídea. Un 19% de los pacientes potencialmente ingresados se dieron de alta el mismo día de la intervención. El índice de sustitución global en patología proctológica del 69% y el índice de ambulatorización del 88%.

	Total casos	CMA (A. local/A. raquídea)	Ingreso	Ingreso previo y alta
Sinus pilonidal	21	19 (17/2)	2	2
Hemorroides	8	4 (2/2)	4	2
Fisura anal	12	10 (8/2)	2	2
Fístula anal	10	2 (2/0)	8	4
	51	35 (29/6)	16	10

**Conclusiones:** El índice de sustitución y ambulatorización son marcadores de calidad en la Cirugía Mayor ambulatoria. El empleo de la raquianestesia está asociado a un porcentaje mayor de ingresos frente a la anestesia local. Alrededor de un 20% de los pacientes ingresados son susceptibles de ambulatorización.

#### O-116. NISSEN ROSSETTI LAPAROSCÓPICO EN RÉGIMEN DE CORTA ESTANCIA

C. López González, A. Aranzana, R. López Pardo, G. Krasniqi, M. García Ávila, C. Nieto Moral, Z.L. de Julián, E. Fernández Morales, R. Gutiérrez Romero y S. Abad de Castro

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

**Objetivos:** Analizar de forma retrospectiva, los resultados obtenidos tras el tratamiento quirúrgico por laparoscopia de la hernia de hiato en régimen de corta estancia. Denominamos régimen de corta estancia a aquella estancia en hospitalización convencional entre 24 y 72 horas.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analizan los resultados obtenidos tras la realización de funduplicatura tipo Nissen Rossetti por vía laparoscópica en 76 pacientes intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el periodo comprendido entre marzo de 2004 y mayo de 2010.

	Total casos	CMA(A. local/A. raquídea)	Ingreso	Ingreso previo y alta
H. inguinal/crural	43	20 (10/10)	13	8
H. umbilical/epig.	7	6 (5/1)	1	1
	50	26 (15/11)	14	9

**Resultados:** Se intervinieron un total de 52 hombres y 24 mujeres con una edad media de 39,37 años. En todos los casos la técnica utilizada fue funduplicatura tipo Nissen Rossetti. El tiempo medio de la intervención fue de 146 minutos. La ingesta se inició a las 6 horas tras la cirugía y el 90,05% de los pacientes fue dado de alta a las 24 horas de la cirugía. En el postoperatorio inmediato dos pacientes presentaron hemoperitoneo y otro de ellos fiebre sin foco. La tasa global de recidiva de hernia de hiato fue de 7,89%.

**Conclusiones:** La funduplicatura de Nissen por vía laparoscopia es una técnica segura y actualmente aceptada en la mayoría de los centros como técnica quirúrgica de elección. Con respecto a la vía abierta, los pacientes presentan menos dolor en el postoperatorio, su incorporación a la vida laboral es más precoz y los resultados estéticos son mejores. La realización de la funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica en Unidades de Corta Estancia, es un procedimiento factible, aunque aún no muy extendido (existen escasas referencias bibliográficas). La intervención realizada en este tipo de unidades facilita el alta rápida de los pacientes, con índices de seguridad similares y sin aumentar la morbilidad; esto permite disminuir el coste por proceso y liberar camas en las unidades de hospitalización. Los buenos resultados se encuentran también en relación con la realización de esta técnica por parte de un mismo equipo quirúrgico que ha superado la curva de aprendizaje.

#### O-117. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LA LÍNEA EN LA ABLACIÓN POR ENDOLÁSER PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VARICES EN RÉGIMEN CMA

J. Ulecia Moreno

Hospital del S.A.S, La Línea de la Concepción.

**Objetivos:** La insuficiencia venosa crónica es uno de los procesos más habituales atendidos en una consulta de cirugía general o vascular. La incompetencia de la vena safena mayor es la causa más frecuente de las varices. El deseo de proporcionar a los pacientes una opción menos dolorosa a la fleboextracción con reintegración más rápida al trabajo y actividades normales condujo al desarrollo de la ablación endovenosa con láser. Además, dicho procedimiento es factible realizarse en régimen de CMA.

**Material y métodos:** Hemos revisado nuestra experiencia en los últimos 6 años. Presentamos un total de 176 pacientes intervenidos por los cirujanos del Servicio tras el aprendizaje de la técnica, con una curva relativamente rápida. Los pacientes fueron explorados y evaluados mediante ecodoppler venoso e incluidos en RDQ según protocolo.

**Resultados:** Los paciente ingresaron el mismo día de la intervención. Fueron sometidos a anestesia espinal y operados con el endoláser seguido de la ligadura de perforantes y/o comunicantes. El alta se produjo en la misma tarde en el 95% de los mismos. El 5% restante no pudieron marcharse por problemas digestivos (náuseas mantenidas o vómitos) o retención urinaria que obligo a sondaje. No tuvimos episodios de dolor postoperatorio. Las complicaciones postoperatorias fueron del 3% global por seroma de herida quirúrgica o hematoma en la incisión inguinal. A un año de seguimiento la satisfacción global supera el 98%.

**Conclusiones:** Creemos que se trata de un procedimiento rápido y seguro, versátil y duradero con molestias y tiempo de incapacidad mínimos para el paciente. Además, es factible su realización en régimen de CMA tras su pequeña curva de aprendizaje y con la selección adecuada de pacientes.

#### O-118. RESULTADOS A MEDIO PLAZO DE LA ANESTESIA LOCAL Y BLOQUEO PERINEAL EN PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

V. Vega Ruiz, J. Álvarez Medialdea, N. Assad, M.A. Urbano Delgado, J. Falckenheiner Soria, M. Balbuena García, M.J. Jiménez Vaquero, A. Camacho Ramírez, L. Costilla Carrera, D. Ventura y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la patología proctológica en régimen de CMA mediante el empleo de la anestesia local perineal en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital General de Especialidades.

**Material y métodos:** Durante un periodo de 40 meses (enero 2008 y marzo 2011) fueron intervenidos un total de 351 pacientes por patología proctológica en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real. De estos 240 (68,3%) se realizaron con anestesia local y bloqueo perineal con alta precoz. Las patologías intervenidas fueron: fístulas perianales: 56; fisuras anales: 55; hemorroides: 36; dilataciones endoanales: 13; extirpación de tumores endoanales: 6; sinus pilonidales: 74. Criterios de inclusión: sociales de CMA y anestésicos (ASA I-III compensada). Tipo de anestesia y posición quirúrgica: Se realizó por el cirujano empleando anestesia local con bloqueo perineal y pudiendo con sedación controlada. Todas las intervenciones proctológicas se realizaron en posición de decúbito prono en navaja mediante rodillo ventral neumático. Se empleó una mepivacaína al 1% y bupivacaína 0,25% con vasoconstrictor; aguja retrobulbar 25 G de 45 mm, para realizar la infiltración interesfinteriana bilateral y bloqueo perineal pudiendo. Tras la intervención los pacientes pasaron directamente a sillón, en la mayoría de los casos. El alta se produjo en las siguientes 3 a 5 horas en la práctica totalidad de los mismos con protocolos de analgesia programada y medidas higiénicas. Se realizó un control telefónico el día siguiente por equipo multidisciplinar y revisiones posteriores en consulta de Cirugía.

**Resultados:** Dos pacientes intervenidos por la tarde ingresaron por cuadro de vómitos postoperatorios, no atribuibles a la cirugía, siendo dados de alta antes de las 24 horas. No hubo ingresos inmediatos por dolor, hemorragia ni complicaciones sépticas. En el seguimiento hubo 4 casos de abscesos anales poscirugía, que requirieron drenaje quirúrgico que fue realizado en 2 casos con anestesia local y 2 con general.

**Conclusiones:** El uso de la anestesia local y sedación controlada por anestesista en la patología proctológica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y alta precoz es segura, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción de los pacientes. Conlleva una nula estancia preoperatoria, una estancia postoperatoria mínima con excelentes resultados y una baja tasa de morbilidad. Requiere sin embargo una selección de casos, una técnica quirúrgica adecuada, poco traumática, y un seguimiento controlado de los pacientes.

#### O-119. ¿ES LA ANESTESIA LOCAL CON BLOQUEO NERVIOSO SELECTIVO LA TÉCNICA DE ELECCIÓN EN PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA?

V. Vega Ruiz, J. Álvarez Medialdea, D. Ventura Vargas, N. Assad, J. Falckenheiner Soria, M. Balbuena García, M.J. Jiménez Vaquero, M.A. Urbano Delgado, A. Camacho Ramírez, J.L. García de Onís y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

**Objetivos:** Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de la patología de la pared abdominal (hernias inguinales, umbili-

cales, epigástricas, crurales) en régimen de CMA mediante el empleo de la anestesia local y bloqueo nervioso selectivo en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en un Hospital General de Especialidades.

**Material y métodos:** Durante un periodo de 24 meses (abril 2009 y marzo 2011) fueron intervenidos un total de 290 pacientes por patología de pared abdominal en régimen de CMA en el Hospital Universitario de Puerto Real. De estos 133 (47,9%) se realizaron con anestesia local y bloqueo selectivo nervioso con sedación controlada y alta precoz. En las hernias inguinales se realizó bloqueo selectivo de los n. iliohipogástrico, ilioinguinal y la rama genital del n. genitocrural. En las hernias de línea media se bloqueó el n. rectal anterior bilateral. Las patologías intervenidas fueron: hernias inguinales: 90; hernias umbilicales: 33, h. crurales: 1 y hernias epigástricas: 10. Criterios de inclusión: sociales de CMA y anestésicos (ASA I-III compensada). Tipo de anestesia y bloqueo: Se empleó mepivacaína al 1% y bupivacaína 0,25% sin vasoconstrictor; aguja retrobulbar 25 G de 45 mm, realizada por cirujano y sedación controlada por anestésista. Para realizar la infiltración nerviosa bilateral del n. rectal empleamos en ocasiones un control ecográfico como apoyo de imagen. Tras la intervención los pacientes pasaron directamente a sillón en la mayoría de los casos. El alta se produjo en las siguientes 3 a 5 horas en la práctica totalidad de los mismos con protocolos de analgesia programada y medidas generales. Se realizó un control telefónico el día siguiente por equipo multidisciplinar y revisiones posteriores en consulta de Cirugía, además de una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** Hemos presentado 2 reingresos en los pacientes intervenidos con a. local. Ha habido 4 casos de hematoma escrotal y de herida, dos precisaron drenaje quirúrgico y reingreso. Hemos presentado una alta incidencia de afectación sensitiva y motora reversible (8 casos, 8,8%) en territorio del n. crural (muslo), atribuible al bloqueo. No hemos registrado recidivas herniarias y el índice de satisfacción de los pacientes, según encuesta realizada, ha sido muy alto.

**Conclusiones:** El uso de la anestesia local y sedación controlada por anestésista en la patología de pared abdominal en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y alta precoz es segura, eficaz y mantiene un alto grado de satisfacción de los pacientes. Conlleva una nula estancia preoperatoria, una estancia postoperatoria mínima con excelentes resultados y una baja tasa de morbilidad. Abogamos por el uso como técnica de elección, frente a otras técnicas anestésicas, en la cirugía de pared abdominal en régimen de CMA.

### O-120. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE UNA SERIE DE 1.132 PACIENTES

F. Docobo Durántez, A. Navas Cuellar, G. Jiménez Riera, J.A. García Martínez, J. Mena Robles y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica litiasica. La posibilidad de alta el mismo día o en 24 horas manteniendo criterios de seguridad y eficacia sigue en controversia. El objetivo del estudio es valorar que factores pueden incidir en el alta el mismo día o en las 24 horas de postoperatorio.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo iniciado en el año 1997 y cerrado en 2010 de 1.302 pacientes intervenidos por colecistitis crónica litiasica no complicada y con criterios de selección para cirugía sin ingreso. La serie se conforma de 1.132 operados y controlados a los 3 meses. Se establece un estudio comparativo entre 2 periodos: 1997-2002 de 306 pacientes y B) 2003-2010 de 826 pacientes. Se valoran comparativamente las

características de los pacientes, tipo de anestesia y cirugía realizada, tasa de ambulatorización, causas de no alta el mismo día, complicaciones, anatomía patológica e índice de satisfacción y resultados a los 3 meses.

**Resultados:** Sexo: en los 2 grupos mujeres mayoritario A) 247 (80,71%) y B) 663 (80,26%) p ns. Edad: mayoritario A) 60-79 años 129 (42,15%) y B) de 40-59,323 (39,10%) p < 0,05. Criterios ASA: Mayoritario A) ASA II 206 (67,32%) y B) 543 (65,73%) p < 0,05. Anestesia: balanceada mayoritaria en ambos: A) 255 (83,3%) y B) 571 (69%) < 0,05. Número trócares: (A) 4 en 271 (88,6%) B) 3 en 825 (99,8%) p < 0,01. Tiempo medio cirugía: A) 39 ± 10 min B) 24 ± 7 min. Altas: A) CMA 4 (1,31%), < 23h: 186 (60,78%) B) CMA 682 (82,5%), < 23 h 129 (15,6%), p < 0,001. I. sustitución HD: A) 4 (1,31%) B) 682 (82,8%) total 60,5%. Causas de no alta CMA: Grupo A) 332 Síntomas. Dolor 84, NV 69, disconfort 68, social 48, conversión 33 (10,7%), otros 30. Grupo B) 150 síntomas. Dolor 30, NV 25, disconfort 38, sociales 40, conversión 11 (1,33%), otros 10. Complicaciones mayores 8: 2 Hemoperitoneos 1 en cada grupo. 6 Coleperitoneos 2 (0,6%) en A, 4 en B (0,4%). Control 3 meses: Asintomáticos A) 296 (96,73%) B) 815 (99,03%) p ns. A. Patológica: colecistitis crónica A) 244 (79,7%) B) 633 (76,63%) p ns. E. Satisfacción: Alta: A) 178 (58,16%) B) 569 (68,88%). Satisfechos A) 117 (38,23%) B) 245 (29,66%), p < 0,001.

**Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio se realiza con seguridad y eficacia. Tiene resultados iguales o mejores que los realizados con una noche de estancia siempre que se establezca una adecuada selección de pacientes, una información pertinente, una técnica quirúrgica precisa y controles postoperatorios.

### O-121. HEMORROIDECTOMÍA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. REVISIÓN DE 321 PACIENTES A LOS 3 AÑOS

J.A. García Martínez, A. Navas Cuéllar, F. Docobo Durántez, G. Jiménez Riera, J. Vázquez Monchul y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La patología hemorroidal es una patología frecuente en las consultas de cirugía. La hemorroidectomía se establece como su tratamiento definitivo. La posibilidad de alta el mismo día manteniendo criterios de seguridad y eficacia sigue en controversia. El objetivo del estudio es valorar que factores pueden incidir en el alta el mismo día de la intervención.

**Material y métodos:** En el año 2007 se intervinieron un total de 231 pacientes por patología hemorroidal en régimen ambulatorio (27,76% del total de intervenciones proctológicas). Criterios de inclusión: Patología hemorroidal con máximo de 2-3 nódulos, criterios de ambulatorización. Criterios de exclusión: no cumplir criterios de ambulatorización. Presencia de más de 3 nódulos. Se valoran las características de la serie en cuanto a edad y sexo, técnicas anestésicas, técnicas realizadas (Ferguson-Milligan, Morgan), número de nódulos tratados, complicaciones e índice de reingreso en el día así como índice de satisfacción y revisiones a 48h, 30 días y a los 3 años.

**Resultados:** Se realizaron 248 intervenciones en los 231 intervenidos por hemorroides. Edad media: 41,62 años. Sexo: 130 mujeres (56,28%) y 101 varones (43,72%). Nº nódulos: I, 64 (27,71%); II, 151 (65,37%); III, 16 (6,92%). Segunda intervención, 14 pacientes (6,06%). Técnica: Fergusson, 176 (76,19%); 2ª intervención 13. Milligan-Morgan, 55 (23,81%); 2ª intervención 4. Anestesia: raquídea, 101 (43,72%); local + sedación, 130 (56,28%). Alta: CMA, 226 (97,84%); 24 horas, 4 (1,73%); +24 horas, 1 (0,43%). Reingreso, 3 (1,29%); dolor 2 y sangrado 1. Controles: Curación, 228 (98,70%); recidiva o persistencia, 3 (1,30%). Controles a los 3 años: 209 pacientes (90,4%) y 219 procedimientos. Edad media: 45,71 años. 118 (56,5%) mujeres 91 (43,5%) varones. Tipos de anestesia: Lo-

cal 115 (55%), regional 94 (45%). Alta en día: 205 (98%), en 24 horas 4 (2%). Técnica: Fergusson, 160; 2ª intervención 8. Milligan-Morgan, 49; 2ª intervención 2. Recidivas en 3 años 6 (2,8%). Reintervenciones 5 (2,4%). Í. satisfacción: Muy satisfechos: 61 (29%) Satisfecho: 112 (54%) Dudarían: 29 (13,7%) No repetirían: 7 (3,3%).

**Conclusiones:** La hemorroidectomía es un procedimiento que se puede realizar en régimen ambulatorio con eficacia y seguridad.

### O-122. VALORACIÓN A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INGUINALES CON MALLAS DE BAJA DENSIDAD (UHS)

J.A. García Martínez, F. Docobo Durántez, A. Navas Cuéllar, G. Jiménez Riera, J. Mena Robles y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** Las hernioplastias inguinales protésicas son las técnicas de elección en el tratamiento de la hernia inguinal. Las mallas de baja densidad se presentan como argumento para aportar a corto y medio plazo un mayor grado de confort postoperatorio y de satisfacción.

**Objetivos:** Valorar la tasa de recidivas a largo plazo.

**Material y métodos:** 390 hernioplastias inguinales con implante de mallas de baja densidad (Ultrapro Hernia System) entre los años 2005-2006. Criterios intervención CMA. Evaluación: género, edad, ASA, número diagnósticos, índice sustitución, tipo anestesia y técnica empleada. No antibioterapia profiláctica. Intervenciones: equipo anestésico y quirúrgico estable incluyendo MIR. Control postoperatorio según protocolo. Objetivos de calidad: Tasa hospitalización < 3%. Cumplimentación parte quirúrgico > 95%. Controles a los 4 años postoperatorio telefónico y clínico si se precisase.

**Resultados:** 390 hernias inguinales: 315 (80,76%) varones/75 (19,23%) mujeres. Rango: 16-85 años (media 55,14). Diagnósticos 1-7. Índice complejidad 2,58. Índice sustitución: 97,69%. Riesgo anestésico: ASA I: 80 (20,51%); ASA II: 242 (62,05%); ASA III 68 (17,43%). Tipo de anestesia: local sedación 352 (90,25%), raquídea 37 (9,48%), general 1 (0,25%). Tipo de hernia: directas 199 (51,02%), indirectas 191 (48,97%). Fijación: material absorbible 358 (91,79%), irreabsorbible 32 (8,20%) Complicaciones: seroma/hematoma herida 5 (1,28%). Infección herida 3 (0,76%). Altas CMA: 381 (97,69%) pacientes. Alta diferida: < 24 horas 7 (1,79%). Alta diferida > 24 horas 1 (0,25%), indeterminada 1 (0,25%). Causas ingreso: dolor, mareos/hipotensión. Pacientes con alta tras ≥ 24 horas: 6 anestesia local sedación (1,53%) 2 anestesia raquídea o general (5,40%) Reingreso 1 paciente (0,25%). Revisión a 4 años: 14 (3,6%) no localizados. 376 (96,4%) controlados telefónicamente. 361 (96%) asintomáticos. Dolor esporádico en área intervenida 15 (3,9%) pacientes. Recidivas clínicas: 6 (1,59%).

**Conclusiones:** La cirugía sin ingreso con anestesia local más sedación debe ser la primera opción terapéutica para las hernias inguinales tras adecuada selección. Las técnicas preperitoneales con malla preformada por su sencillez, rapidez, excelentes resultados son procedimientos de elección. La implantación de materiales de baja densidad ha permitido mejorar resultados en cuanto a confort postoperatorio sin aumentar la tasa de recidiva.

## PÓSTERS

### P-298. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. RESULTADO DE UNA SERIE DE 686 PACIENTES CON ALTA EN EL MISMO DÍA

F. Docobo, J.A. García Martínez, A. Navas Cuéllar, G. Jiménez Riera, J. Mena Robles y J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica litiasica. La posibilidad de alta el mismo día manteniendo criterios de seguridad y eficacia sigue en controversia. El objetivo del estudio es valorar que factores pueden incidir en el alta el mismo día de postoperatorio.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo iniciado en el año 1997 y cerrado en 2010, de 1.302 pacientes intervenidos por colecistitis crónica litiasica no complicada y con criterios de selección para cirugía sin ingreso. La serie se conforma con 686 pacientes operados, siendo alta el mismo día y controlados a los 3 meses. Se valoran las características de los pacientes, tipo de anestesia y cirugía realizada, complicaciones, anatomía patológica e índice de satisfacción y resultados 3 meses.

**Resultados:** Sexos: 543 (82%) mujeres y 143 (18%) varones. Edades: 20-39 años, 163 (23,7%). De 40-59 años 268 (39,2%). De 60-79 años 255 (37,1%). Criterios: ASA: ASA I 154 (22,5%), ASA II 453 (66%), ASA III 79 (11,5%). Tipos de anestesia: general balanceada 491 (71,5%), TIVA 195 (28,4%). Número trócares: 3 en 685 (99,7%), 4 en 1 (0,3%). Tiempo medio cirugía: 24 ± 7 min. Control 3 meses: asintomáticos 684 (99,7%). Dolor h. derecho 2 (0,6%). Diarrea 1 (0,3%). A. patológica: colecistitis crónica 563. Colesterolosis 75. Adenomiomatosis 43. Encuesta de satisfacción: Alta: 487; Satisfechos 198; Dudaría 1.

**Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio se realiza con seguridad y eficacia. Siempre que se establezca una adecuada selección de pacientes, una información pertinente, una técnica quirúrgica precisa y controles postoperatorios.

### P-299. MELANOMA LENTIGINOSO ACRAL. REVISIÓN Y RESULTADOS TRAS 11 AÑOS DE EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

P. Abadía, J.M. Molina, M. Coll, A. Mena, R. Grajal, J. Cabañas, J. Sánchez, J. Arano, L. Cabañas y E. Lobo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Introducción:** El melanoma lentiginoso acral (MAL) es una variante clínica de melanoma que aparece en palmas y plantas de manos y pies así como en localización subungueal. Se caracterizan por una fase de crecimiento radial, generalmente de larga duración seguida por un crecimiento nodular vertical con un elevado potencial metastático y un peor pronóstico en relación a otros tipos histológicos de melanoma. El MAL es el subtipo de melanoma menos frecuente, con una incidencia media entre un 2 a un 8%, según series. La edad media de presentación se encuentra alrededor de los 60 años con mayor incidencia en la raza étnicas negra y la asiática. En los últimos 50 años se estima que el diagnóstico del MAL se ha incrementado en un 620% anual, con un incremento de la mortalidad en un 170% anual. En cuanto a los factores etiológicos predisponentes para el MAL, se ha llegado a la conclusión de que los cuatro subtipos de melanoma comparten etiología similar. Antecedentes personales y familiares previos de melanoma maligno, presencia de nevus

displásicos, nevus de alto grado en brazos, número y tamaño de los nevus y cabello rubio o pelirrojo, son factores de predisposición personales que incrementan la incidencia de MAL. Entre los factores externos predisponentes para la aparición del MAL destacan las exposiciones solares intensas y las quemaduras solares, a pesar de su localización acral. Al MAL se le atribuyen traumatismos, infecciones micóticas o diversos carcinógenos de origen viral, sin llegar a establecer ninguna asociación plausible.

**Métodos y resultados:** El objetivo de este estudio es describir los resultados de la serie retrospectiva de MAL en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid entre los años 1999-2010. En un periodo de 11 años entre 1999 y 2010 un total de 16 pacientes acudieron al servicio de Cirugía General y Digestivo con el diagnóstico de MAL. De los 16 pacientes, el 75% fueron mujeres, con una media de edad de 72,2 años y la localización más frecuentemente encontrada fueron los miembros inferiores, en un 90%. El 50% de los pacientes presentaban un nivel de Clark de IV, la media del Índice de Breslow fue de 3,74 mm, con una mediana de 1,95 mm (rango 15-0,33). Tan sólo el 36,4% presentaba ulceración. A 15 de los 16 se les propone la realización de una ampliación de márgenes de seguridad (con o sin amputación) acompañada de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en el mismo acto quirúrgico. La media de ganglios primarios extirpados fue de 1,56, lo que supone un índice de extracción del 96%. Dos de los quince (13%) pacientes sometidos a BSGC presentaron metástasis ganglionares en los centinelas obtenidos, por lo que se procedió a una linfadenectomía regional, que en nuestro caso fueron linfadenectomías ileo-inguino-obturatrices. Solo uno de ellos presentó ganglios positivos en la pieza de linfadenectomía, dando positivos 27 de los ganglios extirpados. El tercer paciente de este estudio al que se realizó linfadenectomía, ya presentaba ganglios positivos en la exploración clínica así como en el estudio de extensión que se le realizó (Body-TAC), que fueron confirmados posteriormente en el estudio anatómopatológico. No se observó morbilidad ni mortalidad perioperatoria en ninguno de los pacientes. En la actualidad, 11 pacientes (68,75%) sobreviven, 2 de ellos con reintervención con linfadenectomía regional que a día de hoy se encuentran sin recidiva de enfermedad. Se han producido 3 muertes, el 12,5% secundarias a la extensión sistémica del MAL y un paciente por accidente cerebrovascular. Por último, a dos pacientes se les ha perdido el seguimiento. La supervivencia media de nuestros pacientes revisados hasta el momento es de 35,53 meses de media.

**Conclusiones:** El MAL es una variedad clínica del melanoma que presenta unas peculiaridades en cuanto a diagnóstico y cirugía requerida. En cambio su manejo inicial no difiere del resto de localizaciones y tipos histológicos. La BSGC es la técnica de elección para la correcta estadificación ganglionar del tumor. La ampliación con márgenes de seguridad y la linfadenectomía regional en caso de BSGC positiva han demostrado excelentes resultados en esta patología.

### P-300. BIOPSIA DE ADENOPATÍAS COMO CLAVE DIAGNÓSTICA. UN RETO MULTIDISCIPLINAR

C. Méndez García, M. Requena Díaz, S. García Ruiz, M.J. Tamayo López, J.A. Martín Cartes, M. Bustos Jiménez y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

**Introducción:** Gran cantidad de patologías sistémicas debutan con adenopatías, tales como infecciones, neoplasias hematológicas, colagenosis, enfermedades granulomatosas... y en ocasiones, la biopsia es, si no la única, al menos sí la más fiable prueba diagnóstica. Son muchos los profesionales implicados en este proceso, desde que se indica la biopsia hasta que disponemos de

un diagnóstico histológico, lo que hace necesario sistematizar cada paso.

**Objetivos:** Presentar la casuística de nuestra unidad, analizando el tiempo de demora en la respuesta y la rentabilidad diagnóstica de las biopsias realizadas, y así exponer el funcionamiento de nuestra vía clínica.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 157 pacientes intervenidos de biopsia ganglionar entre enero de 2009 y abril de 2011. Las muestras se enviaron en fresco a Anatomía Patológica, donde se procesan en el momento y así como a Microbiología. Han sido revisadas todas las historias clínicas estudiando el diagnóstico de sospecha inicial, la localización, el abordaje y tipo de anestesia elegidos, el tiempo transcurrido entre la solicitud de la biopsia y su ejecución, y la rentabilidad diagnóstica de la misma. Para ello hemos utilizado el paquete estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS 15.0, Chicago, EEUU).

**Resultados:** Se intervinieron 157 pacientes, 80 varones y 77 mujeres. Los servicios solicitantes se distribuyeron de la siguiente forma: Medicina Interna el mayoritario con un 38,8% de los casos seguido de Hematología con el 37,4%, a continuación Oncología con el 11,6% de las solicitudes y detrás otros servicios minoritarios como Dermatología, Neumología, Nefrología o incluso Atención Primaria. La localización de las adenopatías fue, por orden de frecuencia, cervical (33,1%), inguinal (27,8%), axilar (21,2%), supraclavicular (8,6%) y retroperitoneal (7,9%) siendo éstas últimas abordadas por vía laparoscópica. El estudio anatómopatológico fue negativo para neoplasia en 71 casos (45,3%) de los cuales 10 fueron falsos negativos (14%). En los pacientes en los que se confirmó un diagnóstico neoplásico (54,7% del total) el más frecuente (60%) fue el linfoma no Hodgkin, seguido del linfoma Hodgkin (22%) y el resto metástasis de diferentes primarios (18%). En cuanto a los tiempos, la mediana de espera en días desde la interconsulta hasta que el paciente es visto por cirugía es de 9 días, de ese momento a la biopsia de 18 días y en total la mediana se cifra en 25 días.

**Conclusiones:** El diagnóstico de multitud de enfermedades sistémica depende del estudio anatómopatológico de formaciones ganglionares biopsiadas por cirujanos. Éstas pueden realizarse en la mayoría de los casos de forma segura, con anestesia local en régimen ambulatorio. Es necesario crear buenos flujos de comunicación interdisciplinar para dar fluidez al proceso y evitar demoras innecesarias.

### P-301. ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN ECONÓMICA EN CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINO-CRURAL EN CMA

M. Mella Laborde, C. Nofuentes Riera, S. Pérez Bru, E. Soliveres Soliveres, F. Ivorra Muñoz, M. Morales Calderón y S. García García

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

**Objetivos:** Control calidad en CMA de la hernia inguino-crural.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes, entre enero 2010-diciembre 2010, en 188 pacientes tratados quirúrgicamente por hernia inguino-crural, atendidos en CMA, a los que se les practicó 180 hernioplastias y 8 herniorrafias.

**Resultados:** Estos presentaban hernia crural en 8 casos, Inguinal en 180, bilateral en 2 casos, recidivada en 19 casos. Correspondían al lado izquierdo 69, y al lado derecho 116. La distribución por sexos fue 159 hombres y 29 mujeres. La distribución de la patología por edades afectó fundamentalmente al grupo comprendido entre 60-70 años (23,4%) y 70-80 años (22,9%), con una edad media de 56,80 años. Presentaban factores de riesgo intrínseco 81 pacientes (43,1%) y factores de riesgo extrínseco 188 (100%). La intervención quirúrgica se realizó bajo anestesia

general en 63 pacientes (33,86%) y con raquianestesia en 125 pacientes (66,48%). El número de pacientes que presentaron complicaciones fue 15 (7,97%), 7 de ellos por retención urinaria aguda (3,72%), de los cuales precisaron sondaje urinario en todos los casos, 3 hematomas de herida quirúrgica (1,59%), 2 infecciones de herida (1,06%), 1 seroma (0,53%), y 2 mareos (1,06%). La estancia media adicional derivada de las complicaciones fue de 1,692 días. En 12 casos los pacientes tuvieron que ser ingresados en la unidad de hospitalización, en 6 pacientes la estancia se prolongó 1 día, en 2 pacientes, 2 días y en 4 pacientes 3 días, lo cual generó una estancia adicional de 22 días en total lo que motivó un coste adicional de 7.700 euros.

**Conclusiones:** El empleo de determinados procedimientos anestésicos influye de manera negativa tanto en el bien estar físico-psíquico del paciente como en los costes adicionales que se generan por aumento de la estancia hospitalaria. Pensamos que se debería generalizar más el uso de otras técnicas anestésicas.

### P-302. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS

M. Corominas Cishek, C. González Puga, A. Pérez Alonso,  
M. Zurita Saavedra, A. Zsuba y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Introducción:** El dermatofibrosarcoma protuberans es una neoplasia de partes blandas de malignidad intermedia cuya localización más frecuente es en tronco y extremidades. Constituye menos del 0,1% de todos los tumores malignos y aproximadamente 1% de todos los sarcomas de partes blandas. Su incidencia anual ha sido estimada en 0,8-4,5 de casos por cada millón de habitantes. De origen dérmico, con alta capacidad de infiltrar tejido subcutáneo, fascia y músculo subyacente (invasión en forma de pseudópodos). Presenta un elevado índice de recurrencias. De crecimiento lento, en sus primeros estadios suele presentarse como una simple placa de consistencia firme, sin compromiso del estado general, desarrollando con los años su típico aspecto "protuberante". Realizamos una revisión y descripción de un caso clínico de patología rara.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 23 años de edad, intervenida de extirpación de quiste sebáceo en cara anterior de muslo derecho hace un año por parte de su médico. Es remitida a nuestro servicio por recidiva de la tumoración. Exploración física: tumoración móvil, dura, no adherida a planos profundos, sin descarga de exudado a la compresión, no fluctuante, no crepitación. Analítica sanguínea: dentro de parámetros compatible con la normalidad. Se realiza nueva extirpación de la tumoración que no presenta aspecto típico de quiste sebáceo, con tejido de aspecto cerebroide. Enviándose la pieza a Anatomía Patológica. Anatomía patológica: tumoración intradérmica con alta celularidad y patrón en rueda de carro, monomórfico y con moderada actividad mitótica; CD34+ y factor XIIIa negativo. Sin determinar por la fragmentación de la muestra si ha sido extirpado en su totalidad y con márgenes libres, por lo que se recomienda seguimiento estrecho del paciente. Diagnóstico anatomopatológico: dermatofibrosarcoma protuberans. Se presenta caso clínico en sesión conjunta con el servicio de Oncología y se decide nueva intervención quirúrgica para ampliación de márgenes y posible tratamiento con radioterapia local subsecuente.

**Discusión:** A pesar de que en la primera extirpación no se analizaron muestras, la anatomía patológica de esta segunda sí confirma la enfermedad. Este tumor se presenta en un inicio como una placa cutánea, solitaria, eritematosa, dura y nodular. Durante estadios tardíos su tasa de crecimiento aumenta, produciendo una protrusión característica en la piel. La lesión puede mantenerse estable durante varios años o puede crecer pro-

gresivamente con periodos de aceleración de crecimiento. La recurrencia local ocurre en un 20-55% de los casos. Existen tumoraciones que se pueden asemejar al dermatofibrosarcoma, y deberían de incluirse en el diagnóstico diferencial como son: dermatofibroma, quiste sebáceo, queloide, cicatriz hipertrófica, melanoma maligno y metástasis cutánea de carcinoma. Las técnicas de imágenes son importantes para el planteamiento de la cirugía y estadiaje tumoral. El tratamiento adecuado es la extirpación total con amplios márgenes quirúrgicos (2-3 cm incluyendo fascia posterior y piel); y ya que estos tumores producen infiltración a nivel local, el tratamiento debe de seguir los principios del manejo del sarcoma de tejidos blandos.