CIRUGÍA TORÁCICA, VASCULAR Y MISCELÁNEA

COMUNICACIONES ORALES

O-078. RESULTADOS A LARGO PLAZO TRAS SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA POR HIPERHIDROSIS PALMAR PRIMARIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. ESTUDIO DE 64 PACIENTES

G. Garrigós Ortega, R. Martínez García, N. Peris, N. Estellés,
J. Díez, A. Martínez, R. Sospedra, J. Martín
y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La hiperhidrosis palmar primaria es un trastorno de etiología incierta que cursa con un aumento de la sudoración focal y representa un problema social y laboral a quienes la padecen.

Objetivos: Evaluar los resultados, complicaciones y grado de satisfacción de los pacientes tratados con simpatectomía videotoracoscópica por hiperhidrosis palmar primaria a partir de un mínimo de 12 meses tras la cirugía.

Material y métodos: En este estudio se han incluido 64 de los 76 pacientes intervenidos entre 2001-2009 que respondieron a la totalidad de las preguntas realizadas mediante encuesta telefónica. Se hizo especial hincapié en la aparición de sudoración compensadora y grado de satisfacción tras la cirugía. A todos se les realizó una simpatectomía videotoracoscópica T2-T4 bilateral bajo anestesia general en un solo tiempo. La muestra la componen 39 mujeres (61%) y 25 hombres (39%) con una edad media 27 años (17-58). El 82% presentaban un grado de hiperhidrosis grave y moderada el 18%. El 33% presenta asociación familiar. El tiempo medio transcurrido desde la intervención hasta la encuesta es de 78 meses (12-130).

Resultados: No ha habido mortalidad ni complicaciones intraoperatorias. En 4 casos se registraron complicaciones (6.6%): 1 neumotórax, 1 cámara de aire residual apical, 1 derrame pleural y 1 edema agudo de pulmón. La estancia media postoperatoria es de 1,4 días. En el momento de la encuesta el 92% refiere anhidrosis palmar. El 83% presenta sudoración compensadora, siendo la región afectada con mayor frecuencia la espalda con un 55% y clasificada como leve en el 85% de los casos. El 15% y 34% ha presentado algún episodio de sudoración alimentaria y sudoración fantasma respectivamente. 81% de los pacientes se con-

sideran muy satisfechos con la intervención y el 89% se volvería a intervenir.

Conclusiones: La simpatectomía toracoscópica es un método eficaz a largo plazo y con baja morbilidad para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar. A pesar de la alta tasa de sudoración compensatoria, aún años después de la intervención, la mayoría de los pacientes se considera muy satisfecho con los resultados. Es fundamental la correcta información del paciente al respecto antes de la cirugía.

O-079. ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA ESPONJA DE FIBRINA TACHOSIL® COMO SELLANTE DE PERFORACIONES COLÓNICAS EN SITUACIÓN DE PRECARIEDAD MEDIANTE UN ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

L. Tallón Aguilar¹, F. López Bernal², J. García Martínez², F. Palma Ramírez², F. Pareja Ciuró² y J. Padillo Ruíz²

¹Hospital Infanta Elena, Huelva; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La esponja de fibrina Tachosil® se está empleando ya en la práctica clínica como refuerzo de sutura y como tratamiento en las fístulas o perforaciones intestinales. Existe literatura que demuestra su eficacia en esta aplicación. Nosotros pretendemos dar un paso más y comprobar si su efectividad se ve reducida en unas situaciones extremas o de precariedad. El objetivo de nuestro estudio es comprobar la efectividad de su aplicación en un modelo experimental animal como tratamiento de una perforación colónica yatrogénica y evidenciar si su efectividad se ve disminuida en una situación de precariedad simulada.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio experimental en animales (ratas Wistar), divididas en dos grupos de 20 animales en cada uno. El grupo control se encuentra en situación de "normalidad", mientras que en el grupo estudio se simula una situación de precariedad mediante un modelo de desnutrición y de isquemia segmentaria de colon. Los animales son intervenidos bajo anestesia general, realizándose una perforación yatrogénica de colon de 0,5 cm que se trata con una esponja de fibrina de 1 x 1 cm. A los 7 días, son reintervenidas analizándose las complicaciones postoperatorias y comprobándose la presión de estallido capaz de soportar la zona mediante la introducción de suero fisiológico en la luz colónica. Los factores analizados son epidemiológicos (sexo, edad y peso de la rata), presión y volumen de estallido del colon, así como la morbi-mortalidad asociada al proceso.

Resultados: El grupo control (n = 20) está compuesto por un 80% de ratas hembras, con una edad media 15,6 semanas y un peso medio de 243,5 g, mientras que el grupo estudio se compone de un 70% de hembras, 17,55 semanas de media y peso medio de 240,75 g. La presión media de estallido del grupo control es de 203 cm de H₂O frente a 209,47 en el grupo estudio, la cual se consigue con una inyección de 6 cc y 5,53 cc de suero fisiológico. En el 52,63% de los casos del grupo control, el estallido se produce en una zona que no corresponde con la colocación del Tachosil®, frente a un 42,11% del grupo estudio. No existen casos de peritonitis generalizada, con un 5% de abscesos locales en el grupo control y 10% en el grupo estudio. Sólo ha existido un exitus, que pertenece al grupo estudio. Tras realización del análisis estadístico, no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas.

Conclusiones: En nuestro modelo, creemos que la aplicación de la esponja de fibrina como tratamiento de la perforación colónica presenta buenos resultados, no evidenciándose peores resultados en situación de precariedad simulada.

O-080. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA EN RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR EN RESECCIONES PULMONARES

D. Espinosa Jiménez, J. Illana Wolf, F. Cerezo Madueño, E. Arango Tomás, F.J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelan, C. Baamonde Laborda y A. Salvatierra Velázquez

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Describir nuestra experiencia en la reconstrucción de la arteria pulmonar en resecciones pulmonares complejas, como alternativa a la neumonectomía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 46 pacientes con resecciones pulmonares, en los que se realizó una reconstrucción de la arteria pulmonar (AP), en los últimos 15 años. La técnica quirúrgica consistió en la realización de lobectomía pulmonar con linfadenectomía completa con angioplastia de la AP, previo clampaje de la misma proximal y distal, junto con heparinización sistémica. Se realizó estudio histopatológico intraoperatorio para el examen de los márgenes quirúrgicos

Resultados: 38 pacientes eran varones y 8 mujeres. Edad media 64,2 ± 8,2 años (48-81). Un 47,8% de los casos tenían comorbilidad importante. En 25 pacientes la histología del tumor fue carcinoma epidermoide, en 19 de adenocarcinoma y 2 casos de tumor carcinoide atípico. 6 pacientes habían recibido Quimioterapia de inducción. La reconstrucción de la AP fue en 16 casos circunferencial con anastomosis termino terminal (2 de esos casos fueron resecciones amplias con utilización de injerto de vena pulmonar autóloga). 23 casos fueron resecciones tangenciales con sutura simple. 7 casos resección parcial amplia, cubriendo el defecto con pericardio autólogo en 5 ocasiones y en 2 ocasiones con material protésico. Fueron 40 lobectomías superiores izquierdas y 6 lobectomías superiores derechas. En 5 casos hubo que realizar también broncoplastia en manguito. No hubo mortalidad operatoria. Hubo 2 casos de mortalidad perioperatoria de causa digestiva e infección respiratoria respectivamente. 10 pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias siendo la fuga aérea prolongada la más frecuente. No hubo recidiva local en la línea de sutura arterial en ningún caso. La mediana de supervivencia a los 5 años fue del 43%.

Conclusiones: La reconstrucción de la arteria pulmonar en nuestro medio es segura y ofrece buenos resultados en cuanto a supervivencia y recidiva local, presentando bajas tasas de morbi-mortalidad. Es, por tanto, técnica de elección en casos seleccionados como alternativa a la neumonectomía.

O-081. EXPERIENCIA MÉDICO-QUIRÚRGICA EN PROGRAMA DE COOPERACIÓN EN CAMERÚN, 2011

J. Páramo Zunzunegui, J. Herrador Benito, M. Toledano Navarro, C. Vázquez Ordoñez, M.V. Collado Guirao, M. Ontañón Ledesma, I. Hidalgo García, T. Gallardo Doménech, M.J. López Rodríguez, V. Pintado García y A. Gil Olarte

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Comunicar la experiencia, desde el punto de vista profesional y humano, en la atención médica y quirúrgica realizada a enfermos con patología ginecológica, pediátrica y quirúrgica en un hospital del tercer mundo, durante la sexta campaña de cooperación en Bamenda.

Material y métodos: El equipo está formado por tres cirujanos generales, dos ginecólogos, dos pediatras, dos anestesiólogos, un médico infectólogo y un enfermero instrumentista. La actividad

asistencial se desarrolló en el Hospital de Sant Mary, Bamenda (Camerún), durante 12 días. Se realiza atención quirúrgica de bocio multinodular de gran tamaño, y que dada la ausencia de personal experimentado en esta parte del país para su tratamiento causa la muerte a temprana edad por síntomas compresivos. Tratamiento de patología ginecológica-obstétrica programada y urgente. Asistencia en consultas externas pediátricas y de enfermedades infecciosas. Mejorar la asistencia médica durante el embarazo, parto y posparto. Actividad docente en el hospital, mediante charlas a colectivo profesional del centro y a pacientes.

Resultados: Se han atendido a 75 pacientes en consultas de Ginecología, 182 pacientes en consultas pediátricas y 32 pacientes en consultas de Cirugía General. El número total de cirugías realizadas ha sido de 35 (11 intervenciones de tiroides, 8 cesáreas, 2 histerectomías, 2 apendicitis agudas, 4 legrados, 1 embarazo ectópico, una tumorectomía de mama y 6 intervenciones de cirugía menor). Hemos aumentado la eficacia y eficiencia de nuestro grupo, realizando una mejor distribución entre las consultas y el quirófano, seleccionando los nuevos casos, y centrándonos en el tratamiento electivo de la patología tiroidea. Se han realizado 6 charlas informativas en el Hospital Sant Mary de Bamenda con gran afluencia de personal sanitario y población de la zona.

Conclusiones: La ayuda humanitaria es una vía imprescindible de apoyo al desarrollo progresivo del tercer mundo, no exclusivamente como hecho puntual, sino también aportando conocimientos que sirvan como pilares para conseguir un mejor nivel sanitario. La experiencia y la buena coordinación del grupo médico son fundamentales para desarrollar una actividad asistencial de calidad en el tercer mundo, y refleja resultados buenos a corto y largo plazo. El enriquecimiento personal supera con creces cualquier inconveniente, siendo unánime la satisfacción del equipo tras la experiencia.

O-082. MANEJO Y PRONÓSTICO DE LA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: ¿ALGÚN CAMBIO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

C. Camarero Mulas, T. Sánchez Rodríguez, J. Martín Gil, A. Vaquero Rodríguez, Y. M. Al-Lal, L. Álvarez Llano, R. Franco Herrera, M. Burneo Estévez, A. Fábregues Olea, J. de Tomás Palacios y F. Turégano Fuentes

Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: La isquemia mesentérica aguda (IMA) conlleva una alta mortalidad, que varía entre un 40 y un 100%. Pocos avances se han conseguido en las últimas décadas en relación con el diagnóstico temprano, manejo y pronóstico. Nuestro objetivo es analizar los factores pronósticos que influyen en la mortalidad y evaluar el papel de la radiología intervencionista.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo observacional que abarca un período de 20 años (enero de 1990 a enero de 2010). Hemos analizado el impacto de diversos factores (edad, sexo, etiología, comorbilidad, hipotensión, fiebre, taquicardia, acidosis láctica, extensión de la isquemia, tiempo de laparotomía, niveles de CPK, LDH y leucocitosis) en la mortalidad, utilizando un análisis univariante. Un grupo seleccionado fue tratado mediante fibrinólisis intraarterial, siendo evaluado de forma independiente.

Resultados: 168 pacientes (53% varones) con IMA fueron tratados quirúrgicamente o mediante radiología intervencionista. La edad media fue de 71,4 años, presentando un 44,6% fibrilación auricular y un 32,4% arteriosclerosis. Por otra parte, un 29,3% de los pacientes presentaron isquemia intestinal masiva en la cirugía. La mortalidad fue de un 54% y los factores con influencia

significativa ($p < 0,05$) en la mortalidad fueron: sexo femenino, edad, fibrilación auricular, tiempo transcurrido hasta la laparotomía, taquicardia, isquemia masiva, IMA por causa no oclusiva, y niveles elevados de CPK y LDH. Un grupo seleccionado de pacientes (18) con IMA de origen embólico fue tratado por radiología intervencionista, obteniendo los mejores resultados (67% de ellos con éxito clínico) con sólo un fallecimiento dentro de los casos (6) que necesitaron cirugía. Los criterios de selección de dichos pacientes fueron: no presentar signos de irritación peritoneal en la exploración física ni íleo en la radiografía de abdomen.

Conclusiones: La IMA todavía conlleva una alta tasa de mortalidad. Una temprana y activa implicación quirúrgica en el diagnóstico del dolor abdominal ha reducido el tiempo transcurrido hasta la laparotomía o la radiología intervencionista, mejorando los resultados en un grupo seleccionado de pacientes.

O-083. RESPUESTA INFLAMATORIA MULTIORGÁNICA AL SHUNT PORTOSISTÉMICO EN LA RATA

Z. de Julián¹, M.A. Aller², D. Martínez Cecilia¹, C. García³, E. Gine², E. Revuelta², J.L. Arias³, S. Abad¹ y J. Arias²

¹Hospital Virgen de la Salud, Toledo; ²Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid; ³Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, Asturias.

Introducción: El shunt portosistémico es una alternativa eficaz para prevenir la hemorragia por varices esofágicas en pacientes cirróticos con hipertensión portal, pero implica un alto riesgo de encefalopatía hepática inflamatoria en el postoperatorio.

Objetivos: La realización de shunts portosistémicos induce una respuesta multiorgánica, entre la que se incluye la encefalopatía hepática. Este estudio pretende demostrar la naturaleza inflamatoria de la respuesta sistémica generada por dichos shunts.

Material y métodos: Se utilizaron ratas Wistar macho a las 6 semanas de evolución post-operatoria, que se dividieron en tres grupos: control ($n = 4$), grupo de intervención simulada ($n = 8$), y ratas con shunt porto-cava término-lateral ($n = 15$). Las concentraciones séricas de TNF α , IL-1 β , e IL-10 fueron cuantificadas por una técnica de ELISA y la expresión de óxido nítrico sintetasa endotelial (eNOS), de óxido nítrico sintetasa inducida (iNOS) y de las hemooxigenasas constitutiva (HO-1) e inducida (HO-2) por el método de Western Blot. Además, se cuantificación los niveles de RNAm de HO-1, HO-2, TNF α , IL-1 β , IL-10 en intestino delgado, hígado, bazo y pulmones por PCR.

Resultados: El shunt portocava en la rata, induce un desequilibrio en mediadores pro- y antiinflamatorios entre los diferentes órganos espláncnicos y sistémicos. En el hígado disminuyeron la expresión del RNA mensajero de TNF α , de IL-1 β y de IL-10 en las ratas a las que se les realizó shunt portocava vs ratas con intervención simulada de forma estadísticamente significativa. Por el contrario, los mediadores proinflamatorios intestinales (TNF α , IL-1 β , e iNOS) y los mediadores anti inflamatorios IL-10 y HO-1 estaban aumentados ($p < 0,001$).

Conclusiones: La anastomosis portocava en la rata induce un desequilibrio de mediadores pro- y anti-inflamatorios en el eje espláncnico-pulmonar que puede asociarse con un síndrome de disfunción multiorgánica. Por lo tanto, las complicaciones secundarias a la realización de un shunt portocava podrían integrarse en una respuesta inflamatoria sistémica de posible origen intestinal. Asimismo, podría considerarse que los shunts portosistémicos utilizados con intención terapéutica alteran el sistema espláncnico y agravan y descompensan la patología ya existente en los pacientes cirróticos.

O-084. RESERVORIOS VENOSOS SUBCUTÁNEOS (PORT-A-CATH). VALIDACIÓN DEL ACCESO POR VENA CEFÁLICA Y REVISIÓN DE COMPLICACIONES

M. Gutiérrez Samaniego, A. Pérez Zapata, C. Miñambres Cabañés, E. Rodríguez Cuéllar, M. Gutiérrez Andreu, I. Osorio, J. Alcalde Escribano, F. Sánchez-Bustos Cobaleda y F. Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: El uso de reservorios venosos subcutáneos (Port-a-Cath. PAC) se ha incrementado de forma exponencial al generalizarse su uso para aplicación de quimioterapia, nutrición parenteral, transfusiones periódicas y otros tratamientos crónicos. Su implantación y mantenimiento tiene complicaciones que según la vía de acceso son más complejas. La vía más frecuente es la punción de la vena subclavia, este acceso está lastrado por dos complicaciones "propias": neumotórax (4,7%) y rotura del catéter por cizallamiento entre subclavia y primera costilla (5,7%). Por dicho motivo hemos elegido la vena cefálica como vía de acceso que elimina dichas complicaciones y hemos analizado las complicaciones con el fin de validar la vena cefálica como vía de elección para implantación de PAC en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de pacientes a los que se implantó un PAC desde mayo del 2010 hasta abril del 2011. Se han recogido complicaciones precoces y tardías en el periodo comprendido en el estudio. Se utilizó un sistema compuesto por reservorio de titanio y catéter de silicona. La vía de acceso fue la vena cefálica mediante venotomía en surco deltopectoral, cuando el calibre de dicha vena no permitió colocación del catéter se utilizó la vena yugular externa o subclavia mediante punción (técnica de Seldinger). Se comprobó mediante radioscopia intraoperatoria la correcta posición del catéter. Todos los procedimientos se realizaron con anestesia local en régimen de CMA. Se utilizó profilaxis antibiótica en pero no tromboembólica.

Resultados: Se implantaron 69 reservorios en 69 pacientes, 61,2% mujeres y 38,8% hombres con una edad media de 65,9 años. 93,5% de catéteres se colocaron en la vena cefálica, 4,9% en la vena subclavia y en 1 paciente (1,4%) en la vena yugular externa. El tiempo medio empleado fue 44 minutos. El procedimiento se realizó de forma ambulatoria en el 100% de los casos. En el 26% fue preciso emplear catéter fino. Complicaciones: 0 intraoperatorias, 4 postoperatorias precoces (2 seromas (2,9%), 1 hematoma (1,4%), 1 infección (1,4%)) y 3 tardías (2 trombosis venosas (2,9%), 1 migración del catéter (1,4%) y 1 torsión del reservorio (1,4%) por pérdida de anclaje). No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento. El tiempo de seguimiento medio han sido 5,3 meses con desviación estándar: 2,9.

Conclusiones: La vía más frecuentemente publicada para la implantación de PAC es la vena subclavia, la facilidad y sencillez de la técnica hacen que sea la técnica de elección para la mayoría de los autores, sin embargo, el riesgo de neumotórax nos ha conducido a evaluar otras vías. Nuestros datos confirman que la canalización de la vena cefálica mediante venotomía es una técnica que puede ser realizada en más del 90% de los pacientes con muy pocas complicaciones de forma ambulatoria.

O-085. LA PROCALCITONINA COMO MARCADOR DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

A. González Tamargo, E. Castelo Álvarez, B. Porrero Guerrero, L. Solar García, L. Sanz Álvarez, E.O. Turinezo Santos y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Las complicaciones que aparecen en el periodo postoperatorio tras cirugía abdominal, además de añadir morbimor-

talidad a los pacientes, suponen estancias hospitalarias más prolongadas, dando lugar a mayores costes sanitarios. El hecho de poder realizar un diagnóstico precoz de este tipo de complicaciones nos permitiría instaurar rápidamente un tratamiento eficaz, minimizando las repercusiones tanto sanitarias, como sobre los propios pacientes. La procalcitonina se eleva en casos de sepsis y sus niveles parecen tener valor pronóstico, proponemos un estudio sobre este parámetro como marcador de complicaciones postoperatorias.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo que incluye 20 pacientes sometidos a cirugía colorrectal electiva. Se realiza un protocolo que recoge datos epidemiológicos, factores considerados de riesgo para desarrollo de complicaciones y la técnica quirúrgica realizada en cada caso. Durante el postoperatorio se registran las complicaciones presentadas por los pacientes, tanto médicas como quirúrgicas y se llevan a cabo determinaciones seriadas de temperatura, leucocitos, proteína C reactiva (PCR), interleucina 6 (IL6) y procalcitonina (PCT) antes de la cirugía y en los días 2º y 5º de postoperatorio.

Resultados: De los 20 pacientes estudiados con una edad media de 68,3 años (DE = 13,5) 13 eran varones. Casi todos (18) tenían antecedentes considerados de riesgo para presentar complicaciones en el postoperatorio, encontrándose entre los más repetidos la diabetes y la cirugía abdominal previa. La indicación quirúrgica fue debida a la presencia de neoplasia en 19 pacientes. Las técnicas más empleadas fueron la colectomía derecha en 8 ocasiones y la sigmoidectomía en otros 8 casos. La vía de abordaje fue laparoscópica en 8 pacientes de los cuales sólo 1 presentó complicaciones. Tras la cirugía 9 pacientes fueron dados de alta sin haber presentado ningún problema. El resto de casos desarrolló algún tipo de complicación, siendo más frecuentes las complicaciones médicas (10) que las quirúrgicas (3). Las complicaciones infecciosas fueron las más frecuentes, especialmente la infección del tracto urinario (7 casos). En los pacientes con infecciones postoperatorias, ni las cifras de temperatura, ni el recuento leucocitario se relacionaron con la presencia de infección, en cambio los valores de PCR, IL6 y PCT registrados en los días 2º y 5º postoperatorios se correlacionaron significativamente ($p < 0,05$) con el desarrollo de una infección, de manera que sirvieron de indicadores de alarma para detectar precozmente la existencia de una complicación séptica.

Conclusiones: La mayoría de las complicaciones en el postoperatorio de la cirugía de colon son de tipo infeccioso. La determinación de PCT se correlaciona precozmente con este tipo de complicaciones, aunque no podemos concluir que la PCT sea mejor que la PCR o la IL6. Serían necesarios nuevos estudios con mayor número de pacientes que permitan aportar más solidez a los resultados obtenidos.

O-086. MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS SARCOMAS RETROPERITONEALES

L. Lesquereux Martínez, J.A. Puñal, J.P. Paredes Cotoré, J.J. Martínez Castro, P. Parada González, A. Fernández Pérez, F. Santos Benito, A. Paulos Gómez y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos: Los sarcomas de partes blandas son una patología infrecuente, la localización retroperitoneal representa el 15-20%. El Objetivo de este trabajo ha sido analizar la experiencia en nuestro centro en el manejo quirúrgico de los sarcomas retroperitoneales.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes operados en nuestro centro en los últimos 12 años con diagnóstico de sarcoma retroperitoneal.

Resultados: En el periodo de tiempo del estudio fueron intervenidos 19 pacientes, 13 mujeres (69%) y 6 hombres (31%). La mediana de edad fue 69 años (rango 28-79). La estancia media postoperatoria fue $14 \pm 8,4$ días. El síntoma de presentación más frecuente fue el dolor abdominal (21%); en 2 pacientes (10%) la presentación fue como masa abdominal palpable; en 7 pacientes (37%) el diagnóstico se realizó incidentalmente. A todos los pacientes se les realizó un TC preoperatorio. En 10 pacientes se hizo biopsia preoperatoria (9 mediante PAAF y 1 endoscópica), siendo en el 80% la biopsia diagnóstica. El tamaño del tumor fue de 160 mm (rango 70-395). En 12 casos (63%) se realizó resección R0, en 6 (31%) se demostró infiltración tumoral microscópica de los márgenes quirúrgicos (R1), y 1 caso fue irreseccable, tomándose únicamente biopsias. En 9 casos (46%) fue necesaria la resección de órganos implicados (6 nefrectomías, 5 colectomías, 3 esplenectomías y 1 pancreatocotomía distal) y en 4 pacientes se realizó resección de grandes vasos (vena cava, vasos ilíacos). El estudio histológico mostró 9 liposarcomas (46%), 8 leiomiomas (42%), 1 sarcoma fusocelular y 1 sarcoma de Ewing. Se realizó estudio inmunohistoquímico en 11 casos (7 vimentina +, 5 desmina +, 4 actina + y solo 3 S-100 +). La mediana de estancia postoperatoria fue 13 días (rango 4-31). Tras una mediana de seguimiento de 43 meses (rango 0,5-144) se registraron 6 recidivas (31%), 5 casos de metástasis a distancia (pectínea, glútea, pulmonares, hepáticas y peritoneales) y 8 exitus (42%). En cuanto al tratamiento adyuvante, 5 pacientes (26%) recibieron tratamiento quimioterápico con adriamicina, 3 (15%) recibieron tratamiento radioterápico y en 1 caso se realizó adyuvancia con quimio-radioterapia. En el análisis univariante el único factor que demostró tener impacto sobre la supervivencia a 1 y 3 años fue la resección completa del tumor ($p < 0,05$); ni el tipo histológico ni el tamaño de la tumoración influyeron en dicho resultado. Estos resultados se confirmaron mediante el análisis multivariante.

Conclusiones: El tratamiento de elección de los sarcomas retroperitoneales continúa siendo la cirugía con márgenes de resección adecuados. La supervivencia, al igual que el tiempo libre de recidiva, depende del tipo de cirugía. En nuestro estudio no se han podido demostrar diferencias de supervivencia según el subtipo histológico, posiblemente debido al tamaño muestral.

O-087. LOBECTOMÍA VATS EN CARCINOMA BRONQUIAL

C. Gálvez Muñoz, J.J. Venegas Sánchez, S. Bolufer Nadal, J.M. Córcoles Padilla, J.J. Mafé Madueño, J. Cerezal Garrido, B. Baschwitz Gómez y J.M. Rodríguez Paniagua

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Introducción: La lobectomía VATS es un procedimiento endoscópico encaminado a disminuir la agresión quirúrgica en el paciente intervenido de carcinoma bronquial, con el fin de obtener una disminución de la morbilidad postoperatoria, mejoría de los parámetros postoperatorios (dolor, pérdidas hemáticas, estancia, UCI, función pulmonar, calidad de vida), manteniendo unos resultados comparables a la toracotomía en términos oncológicos. Presentamos nuestra experiencia durante un año y medio con este tipo de abordajes.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en el que incluimos las resecciones pulmonares anatómicas por carcinoma bronquial mediante lobectomía VATS. Todos los casos tenían diagnóstico preoperatorio de carcinoma bronquial salvo 4 nódulos pulmonares solitarios. En todos los casos se trataba de lesiones de tamaño inferior a 7 cm, periféricas, sin visión endobronquial, sin adenopatías patológicas y con operabilidad funcional favorable. El periodo de estudio comprende 20 meses (octubre 2009 hasta mayo 2011) en los que in-

tervinimos a 52 pacientes, 17 mujeres y 35 hombres, con una edad media de 62,4 años. Se practicaron 50 lobectomías y 2 bi-lobectomías, con predominio de lóbulos superiores. Se asoció linfadenectomía hiliomedial en todos los casos.

Resultados: No hubo mortalidad intraoperatoria. Un paciente falleció durante el postoperatorio por un síndrome de distrés respiratorio agudo. Fue necesaria la reconversión a toracotomía en 6 casos (11,5%), en relación con dificultades técnicas, adenopatías hiliares, infiltración de la arteria pulmonar y laceración accidental de la misma. La histología predominante es el adenocarcinoma (30), seguido de carcinoma epidermoide y de células grandes, habiendo presentado un caso de patología inflamatoria benigna y una metástasis de sarcoma sinovial. El número de ganglios obtenidos es de 12 ganglios de media, estando el tiempo quirúrgico en 194 minutos de media. La duración de los drenajes ha sido en la mayoría de los casos de 2 días. En cuanto a la morbilidad (7,6%), las complicaciones han estado en relación con una fístula de muñón bronquial de pequeño tamaño tras una lobectomía LID resuelta de forma conservadora, derrame pleural/empiema en dos casos y un caso de retención de secreciones/atelectasia. La estancia hospitalaria media fue de 6,7 días, si bien la mayoría de ellos fueron dados de alta entre 3 y 4 días tras la cirugía. Cincuenta y un pacientes continúan vivos durante el seguimiento entre 1 y 19 meses tras la intervención.

Conclusiones: La lobectomía VATS ha demostrado ser un procedimiento factible técnicamente, indicado en tumores pequeños periféricos sin adenopatías patológicas (estadios iniciales I), presentando una menor morbilidad postoperatoria, una mejoría en los parámetros postoperatorios (pérdidas hemáticas, duración de drenajes, estancia, UCI, dolor), sin diferencias en términos oncológicos de supervivencia y recidiva respecto a los abordajes abiertos. Dada nuestra experiencia y nuestros resultados, y remitiéndonos a la literatura existente, consideramos que este abordaje es el indicado en pacientes con carcinoma bronquial en estadio inicial y sin contraindicaciones, ofreciendo al paciente mejorías durante el postoperatorio con resultados comparables en términos oncológicos.

PÓSTERS

P-327. NÓDULO PULMONAR SOLITARIO. TEJIDO HEPÁTICO HETEROTÓPICO DE LOCALIZACIÓN SUPRADIAPHRAGMÁTICA

S. Saudí Moro, F. Sánchez, J. Ruiz, R. Álvarez Alegrte, V. Borrego Estella, L.M. Gracia Mateo, J.L. Moya Andía, J. Esarte Muniain, A. Serrablo Requejo, C. Gracia Roche y P. Riverola Aso

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El hígado heterotópico supradiaphragmático es extraordinariamente raro. Existen unos 16 casos registrados en la literatura internacional. Generalmente se asocian a secuestros pulmonares intralobares. El diagnóstico preoperatorio suele ser muy complicado, por lo inesperado y poco frecuente de esta situación. Las posiciones anormales de tejido hepático más habituales suelen ser en el interior de la cavidad abdominal.

Material y métodos: Paciente de 58 años, sin alergias conocidas, con antecedentes personales de fumadora (1 paquete/día), HTA,

DLP, rinitis atópica, coxartrosis, fibromialgia, discopatía degenerativa lumbar múltiple, hipersensibilidad a polen de ciprés y epitelio de perro y gato e intervenida previamente por periartrosis de repetición de hombro derecho, septoplastia y litiasis biliar. Remitida para estudio de NPS en segmento anterior de LID detectado en Rx de tórax preparatoria no presente previamente. Clínicamente asintomática. Pruebas de función respiratoria normal. Fibrobroncoscopia normal. TACAR-TC abdominal: nódulo de 27 x 23 mm en área basal derecha, de naturaleza sólida que se realiza con contraste iv. No adenopatías axilares, ni mediastínicas. PET: no capta. Se interviene quirúrgicamente mediante videotoroscopia realizando resección pulmonar atípica. AP intraoperatoria y definitiva: Tejido hepático normal de localización heterotópica. En el acto operatorio no se identifica hernia diafragmática, ni conexión alguna con abdomen.

Conclusiones: La existencia de tejido hepático heterotópico es sumamente rara. Cuando aparece las localizaciones más habituales suelen ser en las proximidades del hígado: vesícula biliar, bazo, páncreas, ombligo... De los 16 casos recogidos en la literatura internacional, al menos 5 se han descubierto en el curso de autopsias. Lo más habitual es que ese tejido hepático estuviera unido al parénquima mediante un defecto diafragmático. La etiopatogenia en cualquier caso es desconocida, se relaciona con traumatismos, reparación de hernias diafragmáticas alteraciones o alteraciones durante el desarrollo embriológico. La existencia de un lóbulo hepático accesorio con atrofia o regresión de la conexión principal es una de las principales explicaciones para esta rara anomalía. El diagnóstico definitivo y tratamiento es la extirpación quirúrgica.

países desarrollados. Aproximadamente el 10% de los pacientes con este diagnóstico desarrollan metástasis pulmonares, si bien sólo el 2-4% de ellos tienen metástasis pulmonares como única localización de recidiva.

Objetivos: Estudio de los factores pronóstico de las metástasis pulmonares de carcinoma colorrectal.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 30 pacientes afectos de metástasis pulmonares de carcinoma colorrectal intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro desde enero 2003 hasta diciembre 2007.

Resultados: Se intervinieron un total de 30 pacientes, 19 varones (63,3%) y 11 mujeres (36,7%) con una edad media de 63,37 años (intervalo 35-82 años). La supervivencia global media fue de 36,64 meses (intervalo 18,58-54,70 meses). Para el análisis estadístico hemos considerado 13 parámetros, tanto preoperatorios como intra y postoperatorios (tabla). En el análisis univariante, el número de metástasis superior a 3 ($p = 0,051$), la bilateralidad ($p = 0,001$) y la bilobularidad ($p < 0,001$) fueron factores de mal pronóstico estadísticamente significativos. En el análisis multivariante, sólo la bilobularidad demostró ser un factor de mal pronóstico estadísticamente significativo ($p = 0,005$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes afectos de metástasis pulmonares de carcinoma colorrectal, el número de metástasis superior a tres, la bilobularidad y la bilateralidad resultaron factores de mal pronóstico. Dichos factores, deben tenerse en cuenta en el seguimiento de estos pacientes, aunque se necesitan estudios prospectivos con mayor número de casos para confirmar dichos hallazgos.

P-328. FACTORES PRONÓSTICO DE LAS METÁSTASIS PULMONARES DE CÁNCER COLORRECTAL

N. Prenafeta Claramunt, V. Artigas Raventós, G. Gómez Sebastián, E. Martínez Téllez y J. Belda Sanchís

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: El carcinoma colorrectal es la tercera neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en los

		N	Superv media (meses)	IC95%	p
Edad	< 70 años	17	42,95	33,88-52,03	0,726
	≥ 70 años	13	66,44	88,52-44,36	
Sexo	Hombre	19	44,73	36,54-52,93	0,665
	Mujer	11	58,15	33,82-82,48	
Localiz. primaria	Colon	8	37,97	27,74-48,20	0,226
	Recto-sigma	22	70,04	52,09-87,99	
PN primario	N0	12	50,99	42,74-59,25	0,093
	N1-N2	15	51,92	30,8-73,04	
Cea	< 5	14	44,13	34,80-53,46	0,819
	≥ 5	15	61,45	39,41-83,49	
M1 hepát. resec.	Si	8	42,61	29,84-55,37	0,822
	No	22	64,50	47,30-81,70	
Comorb. respir. (EPOC)	Sí	6	87,89	66,41-109,38	0,215
	No	24	42,04	34,53-49,56	
ILE	< 24 meses	20	65,76	45,7-85,83	0,676
	≥ 24 meses	10	42,28	31,49-53,07	
Nº M1 pulmón	< 3	24	70,74	54,71-86,77	0,051
	≥ 3	6	28,20	22,16-34,24	
Tamaño M1 mayor	< 4	24	59,9	43,22-76,58	0,195
	≥ 4	6	54,78	47,92-61,64	
Bilateralidad	Si	5	25,67	17,29-34,04	0,001
	No	25	74,89	59,55-90,23	
Bilobularidad	Si	7	25,77	20,57-30,97	< 0,001
	No	23	75,2	58,91-91,48	
Tipo de IQ M1	Resecc <	19	61,35	43,88-78,82	0,633
	Resecc >	11	46,75	34,69-58,81	