
MISCELÁNEA

COMUNICACIONES ORALES

O-028. SOLICITUD DE APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA: EVOLUCIÓN EN CUANTO A EMPLEO, RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA E IMPLICACIÓN CLÍNICA

J.M. Aranda Narváez, B. García Albiach,
T. Prieto-Puga Arjona, C. Montiel Casado,
A.J. González Sánchez y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La clínica ha sido el principal pilar diagnóstico de la apendicitis aguda (AA). Sin embargo, numerosas aportaciones han sugerido que el apoyo radiológico al diagnóstico (ECO y TAC) muestra unos altos parámetros de validez y supera al diagnóstico clínico con o sin aplicación de scores. Su rentabilidad además se incrementa paralelamente al desarrollo tecnológico. En este contexto, la clásica liberalización de las exploraciones en blanco o sin diagnóstico claro preoperatorio puede ponerse en duda, incluso si éstas se realizan por vía laparoscópica, lo que conlleva un aumento de solicitud de exploraciones radiológicas. Presentamos un estudio para evaluar este aumento, la rentabilidad diagnóstica (y los cambios en la misma) y la repercusión clínica de la evolución en el diagnóstico de la AA.

Material y métodos: Estudio observacional analítico de cohortes. Población y ámbito: pacientes intervenidos por sospecha de AA en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Grupo de estudio: enero 2009-diciembre 2010 (n1 = 419). Grupo control: muestra procedente de otro estudio, seleccionada en base a una variable perioperatoria (no relacionada con el estudio actual), de pacientes entre 18 y 65 años intervenidos entre octubre 2001-septiembre 2003 (n2 = 237). Variables de estudio en ambas muestras: 1) Porcentaje de exploraciones realizadas como apoyo radiológico al diagnóstico de la AA; 2) Sensibilidad y valor predictivo positivo (VPP) (únicos parámetros de rentabilidad analizables con el diseño del estudio) de ECO y TAC; 3) Tasa de exploraciones en blanco y con diagnósticos diferentes de AA. Análisis estadístico: software SPSS. Contraste estadístico mediante el test de la χ^2 , aceptando como significativos niveles $p < 0,05$ y calculando la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Ambas muestras fueron homogéneas en cuanto a estimadores muestrales globales como edad, género o porcentaje de localizaciones atípicas y formas evolucionadas. Los resultados principales del estudio se detallan a continuación: 1) El porcentaje de solicitud de apoyo radiológico al diagnóstico aumentó significativamente de uno a otro periodo (porcentaje de diagnósticos de AA apoyados por ECO, TAC o ambas en los dos periodos: 30,4% vs 78,8%; $p < 0,000$, OR 8,3, IC95% 5,8-12); 2) La sensibilidad de la ECO fue mucho mayor en el grupo de estudio (61,2% vs 86%), aunque superada siempre por el TAC. Sin embargo, ambas pruebas presentaban un VPP $> 90\%$ en ambos periodos; 3) La tasa de diagnósticos certeros de AA fue muy superior en el grupo de estudio (88,6% vs 94,5%, $p < 0,006$, OR 2,2, IC95% 1,25-4).

Conclusiones: La solicitud de apoyo radiológico al diagnóstico de la AA ha sufrido un notable incremento en los últimos años. Paralelamente se han mejorado los parámetros de rentabilidad diagnóstica, superando el TAC a la ECO especialmente en el parámetro relacionado con la sensibilidad. El mantenimiento de altos valores de VPP sugiere que debe considerarse que existe un proceso inflamatorio apendicular ante un informe radiológico positi-

vo. Estos cambios en el diagnóstico de la AA han supuesto un incremento significativo de exploraciones con diagnóstico certero.

O-029. LA HIPERTENSIÓN PORTAL CRÓNICA INDUCE UNA AORTOPATÍA INFLAMATORIA EN LA RATA

Z. de Julián Fernández-Cabrera¹, M.A. Aller², D. Martínez Cecilia¹, N. de las Heras², B. Martín-Fernández², M. Miana², S. Ballesteros², V. Cachofeiro², S. Abad¹, V. Lahera² y J. Arias²

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

Introducción: La hipertensión portal es una de las consecuencias más severas de la cirrosis hepática, siendo una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. Por éste motivo, el desarrollo de modelos experimentales que permiten un mejor conocimiento de su fisiopatología son de especial relevancia. Se ha comprobado previamente que la hipertensión portal crónica en la rata induce una respuesta inflamatoria de bajo grado a nivel esplácnico y sistémico.

Objetivos: El objetivo de este estudio es investigar si la hipertensión portal (HTP) experimental crónica produce lesión sistémica arterial, fundamentalmente a nivel aórtica, mediada por mecanismos inflamatorios.

Métodos: Se estudiaron ratas Wistar macho de larga evolución, 22 meses, divididas en dos grupos. A un grupo se le realiza una triple ligadura parcial de la vena porta (TPVL) y el grupo control una intervención simulada. Los niveles séricos de colesterol, citoquinas pro- y anti-inflamatorias, ACTH y corticosterona fueron cuantificados mediante técnicas espectrofotométricas y de ELISA. Mediante PCR se analizó la expresión aórtica de enzimas de estrés oxidativo y nitrosativo, NkFB, e IκB y mediadores de fibrosis vascular.

Resultados: En las ratas con HTP por triple ligadura parcial de la vena porta las concentraciones séricas de colesterol, lipoproteínas LDL y triglicéridos aumentaron respecto del grupo de animales pseudo-operados ($p < 0,001$), en tanto que las lipoproteínas HDL disminuyeron ($p < 0,001$). El ACTH y la cortisona fue inferior ($p < 0,05$) en las ratas con HTP. El TNF α , IL β e IL6 estaban significativamente aumentados en las ratas que presentan triple ligadura de la vena porta frente al grupo con intervención simulada. Otros parámetros que aumentaron en aorta fueron la expresión de ARNm, de NADPH oxidasa, colagenoI, MMP-9 ($p < 0,01$).

Conclusiones: En este estudio se demuestra por primera vez que el modelo de hipertensión portal prehepática mediante triple ligadura portal en la rata induce a largo plazo un fenotipo de inflamación sistémica de bajo grado al cual se asocia oxidación, inflamación y fibrosis en la aorta, lo cual sugiere el desarrollo de una enfermedad inflamatoria vascular con remodelación parietal. Estos resultados avalan la triple ligadura parcial de la vena porta como modelo experimental útil en el estudio de los mecanismos etiopatogénicos de las enfermedades metabólicas y cardiovasculares asociadas a hipertensión portal en la clínica humana.

O-030. ESTUDIO EXPERIMENTAL DE UN MODELO DE COLESTASIS MICROQUIRÚRGICO. RESPUESTA INFLAMATORIA Y TRATAMIENTO

F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, A. Rivera Díaz, M. Durán Poveda, G. Ortega Pérez, M. de Vega Irañeta, M. Medina García, A. Antequera Pérez y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: En un modelo experimental microquirúrgico de colestasis extrahepática se estudia la implicación de las células

cebadas en la respuesta inflamatoria hepato-intestinal. La profilaxis y/o tratamiento de estas alteraciones se realiza mediante la administración de ketotifén (10 mg/kg/día; vo) un fármaco estabilizador de células cebadas, que inhibe la síntesis y liberación de sus mediadores inflamatorios. En este estudio veremos la implicación de este fármaco en la reducción del número de células cebadas en duodeno de rata.

Material y métodos: Se han utilizado 108 ratas Wistar, distribuidas en tres grupos homogéneos (CME, PSO y Control) subdivididas a su vez en tres subgrupos (sin tratamiento, tratamiento profiláctico y tratamiento completo). Tras 8 semanas postoperatorias se sacrificaron los animales y se extrajo el duodeno y otros órganos y sistemas. Se realizaron cortes transversales y longitudinales del mismo y se trataron con diferentes tinciones (H-E) y se realizó inmunohistoquímica con marcador anti-RMCP II Ab monoclonal Rat Mast Cell Protease II (MS-RM4) frente a células cebadas.

La administración del fármaco durante el postoperatorio se realizó mediante dilución a dosis de 1 mg de ketotifén por cada 10 ml de agua. Se revisó el consumo diario de agua y se analizó por semanas. Estadística con SPSS 15.0.

Resultados: Los resultados del recuento de células cebadas en duodeno en ratas del grupo A (CME) muestran que las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los tres grupos. En el grupo A1 se realizó un recuento de $127,33 \pm 6,88$ frente a $94,83 \pm 4,019$ del grupo A3 y $75,5 \pm 5,64$ del grupo A2. Los resultados del grupo B (PSO) son estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los tres grupos. En el grupo B1 se realizó un recuento de $94,75 \pm 3,84$ frente a $62,92 \pm 4,4$ del grupo B3 y $40,17 \pm 1,74$ del grupo B2. Los resultados del grupo C (Control) son estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los tres grupos. En el grupo C1 se realizó un recuento de $45,75 \pm 4,47$ frente a $41,83 \pm 2,65$ del grupo C3 y $31,08 \pm 2,67$ del grupo C2.

Conclusiones: En este modelo experimental se demuestra que se produce un incremento estadísticamente significativo de la densidad de células cebadas en duodeno ($51,8 \pm 6,45$). Se concluye que en el modelo microquirúrgico de colestasis extrahepática utilizado en este trabajo experimental la enteropatía secundaria a hipertensión portal e insuficiencia hepática crónica, cursa con intenso incremento de la densidad de células cebadas intestinales, lo que sugiere su naturaleza inflamatoria. A su vez, la profilaxis y el tratamiento con el fármaco antiinflamatorio ketotifén, reduce en ambos casos la población intestinal de células cebadas, si bien la eficacia máxima se consigue con su administración terapéutica. Estos resultados sugieren que la enteropatía que se produce en este modelo experimental de colestasis obstructiva es mediada, entre otros factores, por células cebadas y, por lo tanto, su significativa disminución mediante tratamiento con ketotifén demostraría su naturaleza inflamatoria.

O-031. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INICIAL EN LOS SARCOMAS RETROPERITONEALES

M. Abellán Lucas, J.A. González López, V. Artigas Raventós, M. Rodríguez Blanco, G.J. Urdaneta Salegui y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El fin de este estudio es comparar la supervivencia libre de enfermedad y global en pacientes intervenidos de sarcomas de partes blandas retroperitoneales en nuestro hospital (Hospital de Sant Pau) y en pacientes remitidos de otros centros tras presentar recidiva tumoral.

Material y métodos: Se han revisado retrospectivamente 57 pacientes intervenidos de sarcomas retroperitoneales durante los últimos 15 años (1995-2010); 39 de ellos intervenidos del tumor

primario en el Hospital de Sant Pau y 18 pacientes remitidos de otros centros tras la aparición de la recidiva tumoral. Para el estudio se dividieron en dos grupos: pacientes intervenidos mediante enucleación y mediante resección en bloque. En cada uno de los grupos se analizaron múltiples variables relacionadas con datos epidemiológicos, diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, evolución postoperatoria, anatomía patológica, supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Resultados: El análisis estadístico descriptivo muestra una edad media de los pacientes de 54 años (18-86 años), 29 de los pacientes son varones (51%) y 28 mujeres (49%), fueron clínicamente sintomáticos en un 70% siendo el dolor el síntoma más frecuente, se realizó biopsia preoperatoria en el 40% de los pacientes, tratamiento neoadyuvante en el 16% y adyuvante en el 50% con quimioterapia y en 28% con radioterapia. Tiempo de seguimiento medio de 48 meses (desde 6 meses a 10 años). Fueron intervenidos mediante enucleación 27 pacientes y mediante resección en bloque 29 pacientes (86% de ellos intervenidos en el Hospital de Sant Pau). Los órganos resecados fueron el riñón en 69%, tracto digestivo en 44% (colon izquierdo o derecho según localización e intestino delgado) y otros en 19% (bazo, cola de páncreas, vena cava inferior, etc.). La cirugía fue R0 en 65,5% de los pacientes intervenidos mediante resección en bloque. En 44% el tamaño tumoral era mayor de 20 cm. La estancia media fue de 13 días \pm 9. Morbilidad del 14% debida a infección de herida quirúrgica (50%), absceso intraabdominal, íleo paralítico e infecciones del tracto urinario; se reintervinieron 7 pacientes (12,3%) por perforación duodenal, sangrado, isquemia y oclusión intestinal con una mortalidad de 5% (3 pacientes) en sala de reanimación. Histológicamente el liposarcoma es el subtipo más frecuente en 63% y el resto de subtipos un 37% (fibrohistiocitoma maligno, leiomiomasarcoma, etc.). Grado histológico III en 52, 6% con un estadio tumoral II-III en 36,8%. Supervivencia libre de enfermedad para los pacientes intervenidos mediante enucleación es de 17,3 meses y de 24,3 meses para la resección en bloque; con una supervivencia global de 57,3 meses y 47,9 meses respectivamente. Se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la supervivencia libre de enfermedad para pacientes con cirugía R0 y anatomía patológica de liposarcoma, y para la supervivencia global en los pacientes intervenidos de liposarcomas retroperitoneales.

Conclusiones: La cirugía óptima (en bloque, R0) y la histología de liposarcoma alargan la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global; y sólo el subtipo histológico (liposarcoma) aumenta la supervivencia global. Se debería por tanto centralizar esta patología en centros con cirujanos expertos y comités oncológicos multidisciplinares.

O-032. ESPLENECTOMÍAS NO TRAUMÁTICAS. SERIE DE CASOS

J.A. Casimiro Pérez, J. Marchena Gómez, J.A. Ramírez Felipe, F. Cruz Benavides, I. Sánchez Guedes, D. Armas Ojeda, L. Piñero González, A. Burgarolas Díaz, C. Fernández Quesada, C. Roque Castellano y A. Rodríguez Méndez

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La esplenectomía es un procedimiento quirúrgico frecuentemente asociado al trauma esplénico. Sin embargo, las esplenectomías no traumáticas, representadas en su mayor parte por enfermedades de origen hematológico, han sido poco estudiadas. Presentamos los resultados de una serie de esplenectomías no traumáticas en una unidad de Cirugía General de un hospital de referencia.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se analizaron retrospectivamente los historiales de todos los pacientes sometidos

a una esplenectomía por patología esplénica de etiología no traumática, en el Hospital Universitario Gran Canaria Dr. Negrín entre 1996 y 2006. Se excluyeron las esplenectomías incidentales. Se analizaron las variables edad, sexo, tipo de patología esplénica, indicaciones quirúrgicas, datos procedentes de la intervención operatoria, morbilidad, mortalidad y supervivencia a largo plazo. Se analizó asimismo los factores relacionados con la supervivencia.

Resultados: Se realizaron un total de 99 esplenectomías no traumáticas, 55 casos fueron varones (55,6%) y 44 mujeres (44,4%), con una edad media: 50,2 años ($DE \pm 17,3$). En 19 pacientes (19,2%) se presentó una púrpura trombocitopénica idiopática, en 46 casos (46,5%) una enfermedad hematológica maligna (39 linfomas y 7 síndromes mieloproliferativos), en 10 (10,1%) una anemia hemolítica (6 autoinmunitarias y 4 esferocitosis hereditaria), en 5 (5,1%) una etiología infecciosa, en 5 (5,1%) una patología de origen vascular, en 7 (7,1%) un tumor esplénico benigno y en 3 (3,1%) una rotura espontánea. Hubo 38 pacientes (38,4%) con hiperesplenismo. En 77 ocasiones (77,8%) el abordaje fue abierto, en 17 casos (17,2%) laparoscópico y en 5 casos (5,1%) se requirió la conversión de un abordaje inicialmente laparoscópico. La duración media de la intervención fue de 127 minutos ($DE \pm 45,4$). Se transfundieron intraoperatoriamente 35 pacientes (35,4%). Las complicaciones postoperatorias se distribuyeron de la siguiente manera: 12 pacientes (12,1%) desarrollaron abscesos subfrénicos, 8 (8,1%) infección de la herida quirúrgica, 7 (7,1%) neumonías, 3 (3%) neumotórax de origen iatrogénico, 9 (9,1%) atelectasias, 23 (23,2%) derrames pleurales, 9 (9,1%) íleos y 7 (7,1%) desarrollaron un cuadro de sepsis. La mortalidad perioperatoria fue del 6,1% (6 pacientes). La probabilidad de estar vivo tras una esplenectomía no traumática a 1, 3 y 5 años fue del 85,1%, 76,9% y 71,5% respectivamente. Se relacionaron negativamente con la supervivencia la edad ($p < 0,001$), la esplenomegalia ($p = 0,04$) y las neoplasias malignas ($p < 0,001$).

Conclusiones: La esplenectomía en patología no traumática presenta una morbimortalidad perioperatoria relativamente alta, especialmente en enfermedades hematológicas malignas, relacionándose negativamente con la supervivencia a largo plazo la edad, la esplenomegalia y los procesos tumorales malignos propiamente dichos.

O-150. FACTORES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD Y COMPLICACIONES GRAVES EN PACIENTES OCTOGENARIOS INGRESADOS VÍA URGENCIAS

G. Cerdán Riart, S. Fernández Ananín, C. Balagué Ponz, S. Rofín Serra, J.L. Pallarés Segura, I. Gich Saladich y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Conocer factores predictores de exitus y complicaciones graves en pacientes de más de 80 años que ingresan vía urgencias.

Material y métodos: Se realizó estudio transversal durante de 1 año (de diciembre de 2009 a diciembre de 2010) recogiendo ingresos vía urgencias de pacientes de más de 80 años, 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. Se realiza un análisis estadístico multivariado anonimizado tomándose como valores independientes edad, sexo, índice de comorbilidad de Charlson (IC), ASA, antecedentes patológicos, diagnóstico, tratamiento recibido y existencia de taquicardia y/o sangrado a su llegada a urgencias. Como valores dependientes mortalidad y complicaciones postoperatorias. Para facilitar el tratamiento estadístico se agrupa-

ron los antecedentes (patología cardiaca, pulmonar, renal, hepática, neurológica, diabetes, obesidad, Alzheimer, toma de plavix y de sintrom), los diagnósticos y los tratamientos recibidos. El IC se distribuyó en dos grupos (hasta 2 y mayor de 2). Se convirtieron todas las variables (excepto diagnóstico y tratamiento) en dicotómicas. Se comparó no haber tenido complicación o una complicación leve versus haber presentado complicación grave (en base la clasificación de Dindo).

Resultados: Ingresaron vía urgencias 298 pacientes de edades entre 80 y 101 años (media 86,15). Estancia media 11,87 días (rango 1 a 63). El porcentaje de exitus 19,8%. No tuvieron ningún tipo de complicación 147 pacientes (49,3%), complicación leve 30 (10,1%), leve-grave 67 pacientes (22,5%), grave 21 (7%) y muy grave 33 (11,1%). Ingresaron en cuidados intensivos 30 pacientes (10,1%). El tratamiento estadístico respecto al exitus dio como variables significativas la edad, la enfermedad renal crónica (43 pacientes, 32,6% de ellos murieron) y el Alzheimer (58 pacientes, 32,8% de ellos murieron). También fue significativo la taquicardia en urgencias (36 pacientes, exitus del 66,7%), el ASA (ASA I 0% exitus, ASA II 15,5%, ASA III 17,3%, ASA IV 25,3% y ASA V 53,8%) y IC igual o superior a 3 (27,4% exitus). De todas ellas, las más representativas fueron edad, taquicardia e IC. En cuanto a las complicaciones resultaron significativas la enfermedad renal crónica, patología cardiaca y respiratoria, ASA alto, presentar taquicardia en urgencias o un IC igual o superior a 3; siendo las 2 últimas las más representativas.

Conclusiones: En base los resultados obtenidos en nuestra población de referencia, los factores más predictivos de mortalidad y complicación postoperatoria grave son la taquicardia en urgencias y tener un IC igual o superior a 3. Estos resultados no difieren respecto a los presentados por otros autores: ASA (IV/V) y la edad. El ASA y el IC están íntimamente relacionados y pueden usarse ambos criterios, pero el IC se erigió como preferido. Otros parámetros significativos en la revisión bibliográfica realizada no lo han sido en nuestra serie: sexo femenino, patología infecciosa o neoplásica, tipo de tratamiento (médico, cirugía urgente, cirugía emergente o cirugía diferida) o sangrado. La mortalidad total de nuestro centro es similar a la presentada en la literatura (20%).

O-151. ACTITUD DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN LA OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO. ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS

C. Gracia Roche, M. Gutiérrez Díez, I. Gascón Ferrer, M. Herrero López, P. Riverola Aso, S. Paterna López, A.L. Sánchez Aso, R. Cerdán Pascual, J.M. Míguelena Bobadilla y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo del diagnóstico y del tratamiento de los pacientes que ingresan en un servicio de cirugía general a causa de una obstrucción de intestino delgado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados en nuestro servicio en el bienio 2008-2009 por una obstrucción de intestino delgado. Se analizan edad, sexo, antecedentes quirúrgicos, presentación clínica, pruebas diagnósticas, diagnóstico al ingreso, duración del tratamiento conservador, uso de SNG y gastrografía, intervención quirúrgica, etiología de la obstrucción (postoperatoria), morbilidad, mortalidad y estancia.

Resultados: Se han estudiado 223 pacientes, 102 hombres y 121 mujeres, con una edad media de 69,9 años (rango 19-99). El 77,1% tenía antecedentes quirúrgicos. El 74,4% consultó por un síndrome de oclusión, el 9,9% por dolor abdominal y el 15,7% por patología herniaria estrangulada. Se realizó Rx simple de abdomen al 97,3% de los pacientes, TC al 48%, ecografía al 10,3%

tránsito al 1,8% y ninguna al 2,7%. El diagnóstico etiológico de sospecha establecido en relación a la clínica y las pruebas complementarias fue: 61,4% síndrome adherencial; patología herniaria estrangulada: 15,7%; brida única: 5,4%; íleo biliar: 3,1%. Otros: 4,9%. Desconocido: 9,4%. Se decidió intervención urgente en 69 casos: hernia/eventración estrangulada: 50,7%; brida única: 14,5%; síndrome adherencial: 17,4%; íleo biliar: 8,7%; otras: 8,7%. Se inició tratamiento conservador en 154 pacientes, 133 portando SNG, solucionándose el cuadro en el 68,8% en un promedio de 7,5 días (hasta el alta). La terapia conservadora fracasó en 48 pacientes (31,2%) tras mantenerla una media de 4,7 días (rango 1-19), indicándose cirugía, siendo las causas de la obstrucción: Síndrome adherencial: 62,5%; brida única: 10,4%; recidiva neoplásica: 6,3%; hernia obturatriz: 4,1; otras: 16,7%. Se realizó resección en el 38,5% de los pacientes intervenidos. Morbilidad postoperatoria: 44,4%; Reintervenciones: 7,7%. Mortalidad: 4,3%. Estancia media postoperatoria: 11,3 días. Estancia media global: 11 días. En los pacientes intervenidos el diagnóstico de certeza coincidió con el de sospecha en el 60,9%, siendo este porcentaje del 63,3% en aquellos casos en los que se realizó TC y del 56,3% en los que no. Se administró gastrografía a 21 pacientes evidenciándose tránsito a colon derecho en 16 de ellos y detectado una obstrucción completa en el resto, que fueron intervenidos. De los 51 pacientes (22,9%) sin antecedentes quirúrgicos se intervino al 82,4% siendo el diagnóstico de: brida congénita: 35,7%; hernia estrangulada: 40,5%; íleo biliar: 11,9%; vólvulo: 4,8%; otros: 7,1%.

Conclusiones: La principal causa de obstrucción intestinal se atribuyó a adherencias por intervenciones quirúrgicas previas. El tratamiento conservador se inició en todos los casos sin sospecha de sufrimiento/isquemia intestinal. Existió gran variabilidad en relación al momento de indicar la intervención quirúrgica en aquellas obstrucciones no resueltas con tratamiento conservador. En los pacientes intervenidos la TC no parece aportar grandes beneficios para definir la etiología de la obstrucción. El tránsito con gastrografía permitió predecir la necesidad o no de una intervención quirúrgica precoz. Es necesario establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento de las obstrucciones de intestino delgado para pronosticar la evolución del paciente y anticiparnos a los hechos.

O-152. PERFORACIÓN TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA. ANÁLISIS DE 14 CASOS

M.D. Armas Ojeda¹, J. Marchena Gómez¹, V. Ojeda Marrero¹, J. Casimiro Pérez¹, M.I. Sánchez Guédez¹, L. Piñero González¹, A. Burgarolas Díaz², M.M. Sánchez-Lauro Martínez², F. Cruz Benavides² y J. Ramírez Felipe²

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La perforación digestiva post-CPRE constituye un cuadro relativamente infrecuente pero asociado a una elevada morbilidad.

Objetivos: Se describen las características y resultados en 14 pacientes en los que se diagnosticó esta complicación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las complicaciones tipo perforación del tubo digestivo tras CPRE diagnosticadas en un hospital de tercer nivel entre el 2001 y el 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad; sexo; motivo de la CPRE; tipo de perforación; momento del diagnóstico (inmediato o tardío); clínica; prueba de imagen tras el procedimiento; manejo inicial (conservador o quirúrgico); técnica quirúrgica, estancia global y mortalidad.

Resultados: Durante el período de estudio se identificaron 14 pacientes con perforación post-CPRE, 3 hombres (21,4%) y 11

mujeres (78,6%) ($p = 0,03$), edad media 69,4 años (DE: $\pm 23,7$). En 7 pacientes se indicó la CPRE por coledocolitiasis, en 5 por colangitis, en 4 por colestasis, y otras indicaciones fueron sospecha de cáncer, ictericia, sangrado por CPRE previa y papilotomía profiláctica. En 6 pacientes (42,85%) la perforación fue periampular; en 3 casos (21,42%) de la pared duodenal; en un caso (7,14%) de un asa aferente en un Billroth II y en un caso una perforación esofágica. En 2 pacientes (14,28%) no se llegó a conocer el mecanismo exacto de producción. En 11 pacientes (78,6%) la perforación se diagnosticó durante el procedimiento y en 3 (21,42%) de forma tardía. Desde el punto de vista clínico, solo en 9 de los pacientes había datos sugestivos de perforación. El dolor abdominal fue el síntoma más frecuente, presente en 4 de los pacientes, 3 con signos de irritación peritoneal. Un paciente presentó fiebre, 1 paciente dolor torácico. Tres pacientes presentaron signos de SIRS. En los 11 pacientes con sospecha inicial de perforación se les realizó radiografía de tórax (3 casos), TAC abdominal (5 casos) y ecografía de abdomen (1 caso). Todos fueron intervenidos excepto 2 pacientes (11,28%). Se practicaron 3 duodenorrifias, 1 sutura yeyunal, 1 sutura perforación esofágica, 1 coledocoduodenostomía, así como drenaje en todos ellos. La estancia fue de 30,7 (DE: $\pm 14,7$) días y la mortalidad del 21% (3 pacientes), especialmente en pacientes con mal pronóstico de su enfermedad de base.

Conclusiones: Las perforaciones tras CPRE constituyen un cuadro de elevada mortalidad, difícil diagnóstico y complicado manejo terapéutico que precisa ser individualizado en función de cada paciente y que en nuestra serie ha sido preferentemente quirúrgico.

O-153. FACTORES ASOCIADOS Y ESCALAS DE RIESGO EN LAS DEHISCENCIAS DE COLON

J.A. García Marín y A. Campillo Soto

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

Introducción: La dehiscencias de anastomosis cólica constituye la complicación con mayor morbimortalidad de todas las que pueden surgir en el postoperatorio de la cirugía colorrectal. Se han señalado muchos factores que pueden favorecer su desarrollo, prever su evolución o influir en su mortalidad, con datos contradictorios. En este estudio analizamos la tasa de dehiscencias, la morbimortalidad y los posibles factores predisponentes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía programada colorrectal entre octubre de 2010 y febrero 2011 en nuestro hospital. Por dehiscencia hemos considerado síntomas y signos compatibles asociados a evidencia radiológica mediante TAC. Hemos analizado las variables edad, sexo, diagnóstico preoperatorio, técnica quirúrgica, abordaje inicial, la necesidad de reintervención, el cirujano responsable de la cirugía, quimioterapia adyuvante, la elaboración de una ileostomía de protección y la morbi-mortalidad medida con las escalas POSSUM, P-POSSUM y Colorectal POSSUM. Se ha realizado el análisis de variables independientes mediante el test de Student o análisis Anova en aquellos casos donde se sospechaban varios factores y el test de Pearson para variables cuantitativas. Medidos todos ellos mediante el programa SPSS versión 17.

Resultados: Del total de pacientes, un 65,6% son hombres y el restante 34,4% ($n = 11$) son mujeres con edad media de $65 \pm 13,62$ años (rango = 84-25 años). El diagnóstico más frecuente ha sido el de neoplasia de sigma, con el 25% de los casos y la técnica más habitual la anastomosis colorrectal o coloanal. La tasa de dehiscencias se sitúa en el 21,9% ($n = 7$) de los casos, de los cuales un 71% requirió reintervención resultando al final un único exitus. La estancia media fue de 16 días, siendo ésta significativamente mayor ($p = 0,001$) en los casos de dehiscencia de

colon (estancia media 39,28 días frente a los 10 días en los casos de no dehiscencia). Del total de pacientes, 15 (46,8%) presentaron una morbilidad medida con POSSUM menor del 25% y hubo 2 dehiscencias, precisando ambos reintervención urgente. Hubo doce pacientes (37,5%) con una morbilidad estimada entre el 25 y el 50%, entre los cuales hemos documentado 3 dehiscencias, una de ellas tratada con drenaje radiológico y el resto con cirugía. Sólo un paciente se situó en la escala de morbilidad entre el 50 y el 75% y sufrió la dehiscencia de la anastomosis, tratada mediante drenaje. Los restantes cuatro pacientes tenían una morbilidad estimada mayor del 75% y en uno de ellos hemos encontrado una dehiscencia, teniendo que ser reintervenido. No hay diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) entre los valores ofrecidos por las tres escalas de riesgo, si bien es cierto que los datos de mortalidad esperada son menores con P-POSSUM y Colorectal POSSUM, no se alcanza significación estadística con respecto a los valores ofrecidos por POSSUM.

Conclusiones: La cirugía colorrectal ha avanzado mucho en los últimos años, con el desarrollo de nuevas técnicas de preservación esfinteriana y con el abordaje laparoscópico. Aún así no está exenta de muchas y graves complicaciones postoperatorias. En nuestro hospital, aunque la mortalidad de los pacientes es baja, existe una elevada morbilidad sobre todo a expensas de la dehiscencia de sutura que supone, como en otras series, la complicación más grave y la más frecuentemente asociada a postoperatorios lentos y tórpidos. Las escalas POSSUM, P-POSSUM y Colorectal POSSUM podrían servir para predecir el verdadero riesgo médico-quirúrgico al que se somete al paciente intervenido de cirugía colorrectal. En nuestro caso, los pacientes con mayor riesgo esperado según las escalas no tienen, estadísticamente, mayor número de dehiscencias que aquellos con un riesgo menor, y dada la baja mortalidad obtenida sería más conveniente usar las escalas P-POSSUM y Colorectal POSSUM ya que su estimación de mortalidad se ajusta más a la observada.

O-154. REINGRESOS TRAS APENDICECTOMÍA Y FACTORES DE RIESGO

M.L. González Duaigües, A. Escartín Arias, R. Villalobos Mori, J. Escoll Rufino, F. Herrerías González, J. Mele Olive, C. Gas Ruiz y J.J. Olsina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La apendicitis aguda representa la primera causa de abdomen agudo quirúrgico en la actualidad. A pesar de ser un proceso benigno y tener un buen pronóstico inicialmente, presenta una elevada tasa de complicaciones postoperatorias. Estas complicaciones se intentan reducir a través de 2 vías: el cumplimiento de los protocolos de profilaxis antibiótica y la cirugía mínimamente invasiva, con el desarrollo y la generalización de la laparoscopia como alternativa terapéutica en las emergencias quirúrgicas. Recientemente hemos detectado un aumento de los casos de reingreso tras apendicetomía por lo que nos hemos planteado realizar un análisis de los mismos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar los casos de reingresos tras apendicetomía, tanto por vía abierta como laparoscópica y analizar los factores que pueden influir en el desarrollo de complicaciones postoperatorias y la necesidad de reingreso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles. Considerando casos los pacientes que requirió reingreso hospitalario tras apendicetomía, tanto laparoscópica como clásica, por apendicitis aguda en el año 2010 y que fue un total de 13 de las 185 apendicetomías realizadas. Se seleccionó una muestra de 26 controles que fueron definidos como pacientes operados de apendicitis aguda y que no requirieron reingreso hospitalario. Los controles se escogieron teniendo en cuenta la edad, divi-

diendo los pacientes en tres grupos de edad (< 15, 15-65 y > 65 años) y la técnica operatoria, apendicetomía clásica y laparoscópica. Finalmente se trabajó con una muestra de 39 pacientes. Como pruebas estadísticas se utilizaron las pruebas no paramétricas para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas, considerando significativos valores menores de $p \leq 0,05$.

Resultados: Ha habido un total de 13 reingresos, 7% del total de las apendicetomías realizadas en el año 2010. Comparando la técnica operatoria utilizada, no existen diferencias en los reingresos (53% clásicas y un 46% laparoscópicas). Tras el análisis comparativo del grupo de casos y controles no se evidencian diferencias estadísticamente significativas en la edad media ($26 \pm 17,5$ vs $33,96 \pm 18,4$), el sexo (30,8% mujeres vs 42,3%), el lavado intraoperatorio (88,9% vs 92,3%), la colocación de drenaje intraperitoneal (38,5% en ambos grupos), la anatomía patológica (23,1% de apendicitis flemonosas y un 76,9% de gangrenosas vs 34,6% y 65,4% respectivamente) ni en el tratamiento antibiótico que según los protocolos fue correcto en el 100% de los casos y en el 98,8% de los controles.

Conclusiones: No se han evidenciado diferencias estadísticamente significativas comparando la técnica quirúrgica, clásica vs laparoscópica, en los casos de reingreso. Asimismo no hemos encontrado ninguna otra variable existente en el grupo de casos que se relacione de forma directa ni que pueda influir en la necesidad de reingreso hospitalario.

O-155. EL USO DE GASTROGRAFÍN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: SU VALOR DIAGNÓSTICO Y PREDICTIVO EN LA OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO

M. Belisova, J.A. López Ruiz, L. Sánchez Moreno, F. del Río la Fuente, J. López Pérez y F. Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Los cuadros de obstrucción de intestino delgado representan un porcentaje importante de los ingresos en cirugía, causando un elevado gasto sanitario. Las medidas que ayudan al diagnóstico y pronóstico de los cuadros obstructivos reducen en gran parte el impacto socioeconómico de esta patología. El objetivo es estudiar el valor diagnóstico y predictivo del gastrografín en los cuadros de obstrucción intestinal en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Durante el período de febrero 2010 a marzo de 2011 estudiamos la evolución de los pacientes que ingresaron de forma urgente por cuadros de obstrucción de intestino delgado. Se excluyeron hernias estranguladas, obstrucciones malignas y pacientes con signos de gravedad (sufrimiento intestinal) que precisaron intervención quirúrgica emergente. Los pacientes incluidos se sometieron a la recogida de los antecedentes personales, la exploración física y las pruebas complementarias (analítica de sangre, radiografía de abdomen y la TC). Tras la descompresión intestinal con sonda nasogástrica fueron administrados 100 ml de gastrografín y consecutivamente se realizaron radiografías abdominales a las 6 y 12 horas y en algunos casos a las 24 horas de la aplicación.

Resultados: En total 39 pacientes cumplieron los requisitos para la inclusión. Treinta y un casos (79,5%) disponían de antecedentes de cirugía abdominal. De todos los casos obtuvimos 9 imágenes (23,1% de falta del paso del contraste al colon, con la consecutiva confirmación de la obstrucción intestinal completa mediante cirugía. En los 30 casos restantes el contraste pasó a colon, sin embargo, cuatro pacientes de este grupo (13,3%) tuvieron que ser intervenidos por persistencia de la clínica obstructiva. Los 26 pacientes (66,7%) con paso de contraste a colon empezaron con dieta oral pudiendo marcharse de alta en promedio de 4,15 días. La estancia media en el primer subgrupo sin

reagudización de patología médica preexistente (20 pacientes) fue de 2,85 días y en el segundo subgrupo con reagudización de patología médica (6 pacientes) fue de 8,5 días. La no aparición del contraste en el colon predecía la resolución operativa con sensibilidad de 69,2% y especificidad de 100%. El valor predictivo positivo fue de 100% y el valor predictivo negativo fue de 86,7%. De los 13 operados, las causas de la obstrucción fueron adherencias postquirúrgicas o bridas en 11 casos, obstrucción intraluminal por un cuerpo extraño en un caso y la carcinomatosis peritoneal de neoplasia previamente no conocida, también en un caso. Cuatro pacientes precisaron resección intestinal (30,8% de los intervenidos).

Conclusiones: Observamos que la especificidad y el valor predictivo positivo apoyan la hipótesis primaria de que el contraste hidrosoluble es un buen predictor de la evolución de obstrucción del intestino delgado, y la necesidad de cirugía especialmente cuando no aparece en el colon.

O-156. PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LA POBLACIÓN RECLUSA

M. Garrido Romero, Y. Ribas Blasco, J. Bargalló, D. Ruiz Luna, S. Lamas Moure, R. Mato, D. Güell Puigcercós, A. Edo Cots, A. Garcerán, F. Aguilar Teixidó y F. Campillo

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños (CE) es una entidad de rara ocurrencia, siendo más frecuente en niños (80%), ya sea en forma accidental o intencional. Entre los adultos, los grupos de mayor riesgo son los pacientes ancianos con prótesis dentales, pacientes con alteraciones mentales y reclusos con fines de auto lesión. Estos dos últimos grupos de personas ingieren CE voluntariamente y algunos en forma recurrente con los más diversos fines. También es amplia la variedad de objetos ingeridos.

Objetivos: Documentar la ingestión de cuerpos extraños en la población reclusa de nuestro ámbito hospitalario y el manejo médico de éste hecho.

Material y métodos: Se recogen los ingresos en nuestra Unidad Penitenciaria, por ingestión de cuerpo extraño, de los últimos 10 años. Se realiza un estudio observacional retrospectivo, analizando diversas variables: edad, enfermedad mental asociada, historia abuso de tóxicos, índice de reincidencia, número y tipo de cuerpo extraño ingerido, localización del cuerpo extraño al ingreso, manejo (fibrogastroscofia, manejo conservador, cirugía). En los análisis previos, se han recogido 168 reclusos, todos varones, con una media de edad de 35 años. Un 90% presentan algún tipo de trastorno mental e historia de abuso de tóxicos. Más del 65% han ingerido más de 3 cuerpos extraños, de características metálicas y romos. En el momento del ingreso, el 30% se encuentra en estómago, estando entonces indicada una FGS, que ha sido exitosa en la mitad de los casos. El resto se ha encontrado a nivel pospilórico, intestino delgado o colon, realizándose manejo conservador que ha sido exitoso. Se ha indicado la cirugía en 5 casos, por no progresión del cuerpo extraño a nivel de válvulo ileocecal, un caso por presentar una barra de acero intragástrica, que por sus dimensiones no presentaría un buen paso intestinal, una cirugía asistiendo a una FGS por imposibilidad de extracción endoscópica del cuerpo extraño por su morfología, y 1 por perforación intestinal.

Conclusiones: La mayoría de los CE progresan espontáneamente a través del tracto digestivo, avanzando sin producir mayor daño. Por el contrario, cuando los CE tienen potencial peligro debido a su forma o tamaño, deben ser removidos. El manejo debe ser conservador en lo posible, con cirugía indicada sólo en caso de complicaciones o fracaso de la extracción por endoscopia, que es el método de elección.