

frecuente. Relacionar la anamnesis, los hallazgos de la exploración física, la analítica y la radiología, en el contexto del dolor inguinal, para así encadenar una serie de hallazgos que nos permitan decidir si un paciente con dolor y masa inguinal, es o no subsidiario de cirugía urgente. Llamar la atención sobre el desafío que supone para los médicos la limitación idiomática en el contexto hospitalario actual.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón que consultó a urgencias por masa inguinal dolorosa e irreductible. Se trata de un varón de 50 años, procedente de Rumanía (interrogatorio dificultado por el idioma) sin antecedentes de interés. Consultó por masa inguinal derecha, de 7 años de evolución que en las últimas dos semanas había aumentado de tamaño, y se había hecho irreductible e intensamente dolorosa. No presentaba náuseas, ni vómitos, y mantenía el tránsito intestinal conservado. A la exploración: Masa que protruía a través del conducto inguinal derecho. Dura a la palpación, irreductible manualmente, sin signos cutáneos de sufrimiento. En las pruebas analíticas: Gases venosos sin acidosis, 12.000 leucocitos, sin neutrofilia, reactantes de fase aguda normales. Radiografía de abdomen: sin signos de obstrucción intestinal. Bajo el diagnóstico de hernia inguinal derecha complicada (incarcerada/estrangulada) se interviene de forma urgente. Durante la intervención se evidencia una gran tumoración inguinal paratesticular derecha de aspecto maligno que infiltra el cordón espermático y los vasos testiculares, y que se reseca incluyendo en bloque el testículo derecho. La anatomía patológica es informada como leiomiomasarcoma de alto grado paratesticular derecho, al parecer dependiente del cordón espermático. Por este motivo, se remite el paciente a consultas de oncología médica para continuar tratamiento.

Discusión: A pesar de ser un diagnóstico raro, el leiomiomasarcoma de alto grado del cordón espermático, cursa con clínica de hernia inguinal complicada, por esto debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de este cuadro tan frecuente. Los residentes de cirugía, debemos como parte de nuestra formación, establecer modelos sindrómicos de enfermedad, en los que la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias sean parte de un solo rompecabezas que nos conduzca a un diagnóstico y tratamiento acertado. En un mundo globalizado como el actual, las lenguas no pueden ser una limitación. Los hospitales, deben poner a disposición del personal, herramientas que permitan la comunicación con los pacientes independientemente del idioma que ellos hablen.

O-011. OPERATION HERNIA 2010: EXPERIENCIA DE UN GRUPO QUIRÚRGICO ESPAÑOL EN LA NIGERIA RURAL

J. Moreno Matías, P. Suárez Vega, P. Concejo Cutoli, A. Villafañe Pacho, E. Navarrete de Carcer, M.A. Gómez Bravo, E. Castellano Garijo, R. Soldado, E. Dueñas Baños, S. Morales Conde y E. Austin

Operation Hernia 2010.

Objetivos: Mejorar la calidad de vida y la salud de la población de Aliade, Makurdi, Nigeria, reduciendo la hernia inguinal entre la población joven. Formar profesionales locales para el seguimiento de pacientes con hernia inguinal. El objetivo es realizar al menos 70 intervenciones quirúrgicas de hernia inguinal de lunes a viernes en 2 quirófanos (entre 6-9 intervenciones quirúrgicas por quirófano y día).

Material y métodos: Preoperatorio: los pacientes son seleccionados por médicos locales, llevándose a cabo en los días previos a la llegada del grupo de trabajo. Posteriormente se realiza un 2º screening por parte del equipo quirúrgico. Intraoperatorio: priorización de la cirugía con anestesia local y mediante mallas en régimen de CMA. En casos de niños (> 10 años), bilateralidad o

PARED ABDOMINAL Y SUTURAS

COMUNICACIONES ORALES

O-010. MASA INGUINAL IRREDUCTIBLE Y DOLOROSA: ¿HERNIA INGUINAL COMPLICADA?

G. Supelano Eslait, J.C. Trapero, B. Cristóbal, E. Ferrero, M. Lomas Espadas, J. García Borda y J. Perea García

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Dar a conocer un raro diagnóstico, en un paciente que consulta por masa inguinal derecha irreductible. Llamar la atención, sobretodo de los residentes, para intentar a la hora de valorar pacientes con dolor y masa inguinal en el servicio de urgencias, ampliar el diagnóstico diferencial de esta queja tan

grandes hernias se realizara una estancia corta en el Ward. Postoperatorio: No se realizará ningún seguimiento de los pacientes, con realización de suturas cutáneas intradérmicas con sutura reabsorbible para evitar la retirada de puntos. La estancia del grupo fue del 21-27 noviembre del 2010, con quirófanos los días 22-26. Los datos fueron recogidos en una base de datos tipo Excel-Access para su elaboración.

Resultados: 98 pacientes intervenidos. 120 procedimientos (22 bilaterales). 88 varones y 32 mujeres, con edad media de 41,65 años. Lateralidad: 45 izquierdas, 55 derechas y 20 umbilicales. 57 hernias inguinales indirectas y 28 directas. Anestesia local en el 55%, regional 38%, general 8%, sedación + local 3%. Técnica: Lichtenstein 32%, Rutkow-Robbins 32%, hernioplastia 16%, plug umbilical 16%, PHS 3%. Estancia: 89% CMA, 11% hospitalización 24h. Complicaciones: 1 paciente reintervenido (hematoma posteventroplastia), 2 reingresos (1 por dolor y otro por edema escrotal).

O-012. EFECTIVIDAD DE LA MALLA AUTOADHESIVA POR LA VÍA PREPERITONEAL ABIERTA DE NYHUS MODIFICADA

D. Dávila Dorta, M. Lorenzo Liñán, M. Bruna Esteban, M. Oviedo Bravo, J. Puche Plá, B. Tormos Torqual, G. Martín Martín, V. Gumbau Puchol, C. Mulas Fernández y J.V. Roig Vila

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: El empleo de mallas en la reparación de las hernias de la ingle ha supuesto un “giro copernicano” para la disminución de las recidivas, aunque parece existir una relación entre la implantación de mallas y persistencia del dolor agudo o crónico por supuestos atrapamientos nerviosos, entre otras causas. Hoy es “dogma” que la malla se aloje y cubra el espacio retroinguinal, mejor cuando ese espacio se aborde por vía posterior (desde “detrás”) bien sea por cirugía endoscópica o abierta, con la técnica de Nyhus modificada, donde la malla debe fijarse siempre, y últimamente lo hacemos con mallas autoadhesivas que hemos aprovechado, como primicia técnica, para implantarla por esta vía, objetivo de esta comunicación.

Material y métodos: Han sido operados consecutivamente 207 pacientes, desde febrero 2009 a febrero 2011 (215 reparaciones: 199 unilaterales y 16 bilaterales), sin selección del tipo de hernia ni grado de complejidad: Edad media: 45,4 ± 9,0; 161 hombres (77,7%). Primarias 198 (92%) y recidivas 17 (4,2%). Inguinales 212, y crurales 3. Urgencias 13/215 = 6% (con 1 resección intestinal). Profilaxis antibiótica y antitrombótica. En el estudio prospectivo, la única variable técnico-diferencial respecto a la técnica de Nyhus modificada, es el empleo de malla autoadhesiva (Parietene Progrid®): Una vez tratado el saco herniario, el sobre estéril en que viene la malla –no abrirlo- es recortado a 1 cm periféricamente a ella; el plástico cubrirá la cara “adherente”, lo que permitirá la introducción y adosamiento a la pared inguinal posterior. Se retira el “celofán” por tracción proximal y la malla queda extendida y adherida a toda la pared inguinal posterior. El cordón queda habitualmente parietalizado. Han transcurrido solo 10-15 segundos para la colocación y adosamiento de la malla. El resto de la operación sigue los pasos técnicos ya conocidos. Seguimiento de pacientes es directo en consultas externas, y de momento cada 3-6 meses.

Resultados: La serie y la evolución es corta 207 casos en 2 años: 96 alcanzan 1 año. No recidivas, 1 dolor de testes-al roce- en una hernia bilateral de un paciente “muy sensible” que desaparece a la 3ª semanas sin analgesia. Una infección superficial de herida (seroma infectado por obstinados “mechados” de curas ambulatorias). Seromas 13; hematomas 2 (tomadores de antiagregantes). Sondaje vesical único 7 (3,3%). El dolor postoperatorio está en estudio comparativo: a las 48 h han dejado el metamizol o los

AINEs. Desde el día siguiente, progresivamente caminar, subir escaleras -obligado. Conducen a los 7 días y reintegración laboral variable según “dependencia salarial”. Estancia media 16 ± 4h (9h-22h y 8 días la urgencia con resección intestinal).

Conclusiones: Una malla colocada por vía posterior preperitoneal con nuestra técnica (Nyhus modificado) y autofijable como la Parietene Progrid®, sorprende por la comodidad, sencillez, rapidez, “fortaleza” en su fijación y seguridad en su ubicación posterior preperitoneal. No recidivas, dolor postoperatorio irrelevante (ni agudo ni crónico). Con esta malla la simplificación de la técnica es aún más evidente y efectiva, por lo que recomendamos su empleo sin selección de pacientes ni riesgos.

O-013. LA TÉCNICA DE NYHUS MODIFICADA EN LA CIRUGÍA URGENTE DE LAS HERNIAS DEL ÁREA INGUINO-CRURAL: 476 REPARACIONES/ 56 RESECCIONES

D. Dávila Dorta, M. Lorenzo Liñán, G. Martín Martín, M. Bruna Esteban, M. Oviedo Bravo, J. Puche Plá, B. Tormos Tronqual, V. Gumbau Puchol, C. Mulas Fernández y J.V. Roig Vila

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: La cirugía urgente de las hernias es las más prevalente entre las complicaciones quirúrgicas de la pared abdominal y es una cirugía que puede presentarse como de clase limpia o debutar como séptica, variabilidad que exige un buen manejo técnico. El abordaje por una vía anterior es el más frecuente, sin embargo, el poco divulgado abordaje posterior por vía preperitoneal abierta, tipo Nyhus modificado, se nos muestra con una notable eficiencia y efectividad a corto y largo plazo, objetivo de la presente comunicación.

Material y métodos: Entre noviembre 1986 y diciembre 2010 se realiza un estudio prospectivo de 2.440 pacientes operados, consecutivamente, de hernia inguinocrural (2.594 reparaciones) mediante el abordaje posterior preperitoneal abierto: De ellas, 476 reparaciones (18,3%) lo fueron de urgencia, sin selección de pacientes (- peritonitis o íleo evolucionado -6 casos-(1,2%) laparotomizados o desestimada cirugía por ASA-5). La edad media del grupo: 58,9 ± 8,1 años (21-92); hombres, 319 (67%). El 84,2% (401) fueron hernias primarias y el 15,8% (75) recidivas-vía anterior-. Del área inguinal, 342 (71,8%) y crurales el 28,2% (134) -1 inguinal bilateral- obturadoras-2-. Antes de 1989, 33 “rafias” (7%) y después de 1989 el 93% (443) “plastias” casi todas con malla de polipropileno (ocasionalmente dura madre, APG y pegamentos acrílicos y biológicos, y últimamente, con mallas autoadhesivas. Técnica: Nyhus modificada, anestesia regional en 363 (76,2%), y general en 113 casos (23,7%) en resecciones, algunas suboclusiones y en voluminosas complejas. Profilaxis o tratamiento antibiótico, según clase. Éstas fueron 56 (11,7%): 46 resecciones en primarias (11,4%) y 10 en recidivas (13,3%). Quelotomía del m. transversario, 93 (27,1%) y del l. Gimbernat-en crurales-, 81 (60,4%). Ninguna hernio-laparotomía o laparotomía). Se colocaron un total de 446 mallas de polipropileno y en 32 de ellos (< 8%) complementadas con otra malla o tapón (en las últimas 17 urgencias se utilizó la malla autoadhesiva Parietene Progrid®. Covidien). Redones 79 (16,5%). Estancia: No reseçados (415): 27 ± 11 horas (8-90 h). Reseçados (56): 13 ± 4 d. (7-29 d). Profilaxis antitrombótica. UCI en 23 (< 5%). Seguimiento a 24 años: mediana 159 meses (> 13 años). 27 fallecidos y 49 perdidos: éstos con revisión entre 3-16 años, sin recidiva. Revisados 399 casos.

Resultados: Mortalidad 5 (1%) (4 por causa “técnica” y 1 ajena). Morbilidad: equimosis, hematoma tcs, seroma 71 (14,9%); sondaje vesical (43) 9%; íleo prologado (26) 4,7%. Ninguna lesión visceral, vascular o nerviosa. Infección supurada de herida: 3 (3/56 resec = 5,3%) -drenaje vac- y recortes del borde superior de la

malla no integrada; 17 flemonizaciones febriles (3,5%) resuelto con tratamiento antibiótico > 1-2 semanas. Recidiva: 1/399 = 0,25%, no reoperada por asintomática.

Conclusiones: El abordaje posterior preperitoneal con la técnica Nyhus modificada permite en general, un fácil acceso al saco y una efectiva resolución de la viscera comprometida, sin recurrir a una laparotomía de continuidad o independiente, efectuando la resección y anastomosis intestinal con facilidad. En hernias voluminosas o gigantes con pérdida del derecho a domicilio se añade una quelotomía y escrototomía a demanda, y en caso de sepsis escrotal, una escrototomía de necesidad. No es recomendable “aprenderla” en urgencias.

O-014. INFECCIÓN DE PRÓTESIS TRAS HERNIOPLASTIA. ¿CUÁNDO RETIRARLA?

C. Méndez García, S. García Ruiz, D. Bernal Moreno, J.A. Martín Cartes, M.J. Tamayo López, M. Bustos Jiménez y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La infección de prótesis tras una hernioplastia es una de las complicaciones más temidas por los cirujanos. Cuando ésta se produce, la actitud prioritaria es intentar combatirla con medidas conservadoras, pero si no se logra, retirar la prótesis es la única solución, asumiendo las complicaciones derivadas de este tipo de intervenciones, como recidiva herniaria o fístulas enterocutáneas. Presentar la casuística de nuestra unidad y hacer una revisión de lo publicado en la literatura a este respecto, es el objetivo del presente estudio.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina a través de su buscador Pubmed, usando los términos “infección”, “rechazo”, “malla”, “manejo conservador”, “retirada”, con los conectores “y” u “o”, limitando la búsqueda a publicaciones de los últimos 2 años en revistas con factor de impacto. Estudio retrospectivo de 15 casos, intervenidos de exéresis de malla infectada, entre enero de 2009 y abril de 2011 en la UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo de nuestro hospital. Han sido revisadas todas las historias, analizándose tipo de hernia, malla utilizada, tiempo transcurrido entre hernioplastia y retirada, documentación microbiológica y complicaciones postquirúrgicas tras la retirada.

Resultados: En todos los casos publicados el manejo inicial ante la infección de malla se basó en medidas conservadoras tales que antibioterapia selectiva, drenaje de colecciones, cuidados locales de la herida y uso de terapias de presión negativa. El microorganismo mayoritariamente aislado fue el *Stafilococcus aureus* meticilín resistente. La incidencia de retirada se sitúa en torno a un 36-42% según las series. No hay datos publicados en cuanto a las complicaciones postoperatorias tras la retirada de la prótesis infectada. En nuestra serie, los datos coinciden con lo publicado en la literatura. En el 80% de los casos el material protésico utilizado había sido el polipropileno y siempre un método de fijación irreabsorbible, sutura de polipropileno (86%) o ágrafes metálicos (14%). Como complicaciones postoperatorias se presentaron 2 recidivas herniarias y una fístula enterocutánea que se resolvió con tratamiento conservador.

Conclusiones: La actitud inicial a seguir ante la infección de una prótesis tras una hernioplastia es un manejo conservador. A pesar de ello, en un alto porcentaje de casos es preciso retirar quirúrgicamente la prótesis infectada, sin que exista un consenso mundial en cuanto al momento adecuado de la indicación ni a la técnica idónea para reparar el defecto. Hacen falta estudios que describan de una forma fidedigna el proceder de los cirujanos ante casos de infección protésica a fin de aunar criterios que permitan establecer una guía de adecuada actuación ante este tipo de eventos.

O-015. FIJACIÓN DE LA MALLA CON CIANOACRILATO EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL ABIERTA. ESTUDIO COMPARATIVO

A. Eldabe Mikhail, A. Palomo Luquero, J.F. Reoyo Pascual, E. Alonso Alonso, M.A. Álvarez Rico y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: El uso de material protésico en la hernioplastia inguinal ha supuesto una mejoría importante en los resultados con un descenso notable en el número de recidivas herniarias. Sin embargo, la neuralgia inguinal crónica sigue siendo una complicación que, aunque poco frecuente, tiene un impacto importante sobre la vida personal y laboral del paciente. Se ha postulado que la sutura de la prótesis a los tejidos podría jugar un papel en la etiopatogenia de esta complicación. Con el presente estudio se pretende valorar la efectividad del pegamento de cianoacrilato en la fijación de la malla en la hernioplastia inguinal abierta con la técnica de tapón y parche, y valorar la posible reducción en la incidencia de la neuralgia crónica en comparación con la sutura tradicional.

Material y métodos: Un total de 198 pacientes con 207 hernias inguinales fueron sometidos a hernioplastia inguinal abierta con tapón y parche de polipropileno. Los pacientes fueron asignados de manera aleatoria a fijación de la malla con cianoacrilato (n = 101 pacientes; 105 hernias) y a fijación con suturas (n = 97; 102). Se realizó un seguimiento de 12 meses, evaluando la morbilidad a corto y a largo plazo. También se registraron la estancia postoperatoria (horas) y el tiempo de baja laboral (días).

Resultados: La morbilidad global a corto plazo (1 mes) ha sido de 13,8% en el grupo de cianoacrilato (grupo 1) y de 29,9% en el grupo de sutura (grupo 2). No se observaron reacciones alérgicas ni inflamaciones locales debidas al pegamento. La estancia postoperatoria ha sido estadísticamente inferior en el grupo 1 (p < 0,0001), no objetivándose diferencia estadística en el tiempo de baja laboral. El dolor a los 7 días fue más frecuente en el grupo 2 (16,5% vs 6,9%, p = 0,036), persistiendo esta diferencia al mes de la intervención (10,3% vs 3%, p = 0,037). La presencia de hematoma a los 7 días también fue más frecuente en el grupo de sutura (10,3% vs 3%, p = 0,037). La tasa de complicaciones al año alcanzó el 2,97% en el grupo 1 y el 11,3% en el grupo 2. No se diagnosticó ninguna recidiva al año en el grupo de cianoacrilato, mientras que hubo una recidiva en el grupo de sutura, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa. La neuralgia inguinal crónica se detectó en 3 casos del grupo 1 y 10 casos del grupo 2, siendo este dolor de intensidad moderada (escala analógica visual 4-6) en 3 y 8 casos, respectivamente, y de intensidad severa (EAV ≥ 7) en 2 casos del grupo 2 y en ningún caso del grupo 1.

Conclusiones: El uso de pegamento de cianoacrilato es seguro, efectivo y bien tolerado en la hernioplastia inguinal abierta, con buenos resultados a corto y a largo plazo.

O-016. ESTUDIO A LARGO PLAZO DEL EMPLEO DE CIANOACRILATO EN LA HERNIA INGUINAL

L. Tallón Aguilar¹, A. Navas Cuéllar², V. Gómez Cabeza de Vaca², D. Molina García³, M.J. Tamayo López², J.A. Martín Cartes², M. Bustos González², F. Docobo Durantez² y J. Padillo Ruiz²

¹Hospital Infanta Elena, Huelva; ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ³Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es comparar el uso de los adhesivos tisulares (cianoacrilato), usados como cola quirúrgica, como método de fijación de mallas en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal, comparándolo con el uso de sutura. La hipótesis a estudio es que los adhesivos tisulares, como

método de fijación de la malla quirúrgica en el tratamiento de la hernia inguinal primaria, tienen al menos la misma eficacia y seguridad que la sutura quirúrgica clásica, aportando como gran ventaja su facilidad y rapidez de uso durante el acto quirúrgico.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional descriptivo con carácter prospectivo de pacientes intervenidos de hernia inguinal durante el periodo junio 2007-octubre 2009 basándonos en el método de fijación de la malla para dividirlos en dos grupos de 50 pacientes cada uno. Los adhesivos tisulares empleados son Glubran® y Microbond®, compuestos ambos por diferentes monómeros del cianoacrilato. Los criterios de exclusión son hernia no inguinal, femoral, recidivada o complicada, mayores de edad, que el paciente cumpla criterios de CMA o seguimiento inferior a los 18 meses. Las variables a estudio son epidemiológicas (edad, sexo, lateralidad de la hernia, ASA), quirúrgicas (tipo de malla, tipo de fijación, tiempo quirúrgico, tipo de anestesia, tiempo anestésico) y postquirúrgicas, siendo analizadas en 3 tiempos: a corto plazo (estancia postquirúrgica), a medio plazo (revisión clínica en consulta entre 1 y 12 meses) y a largo plazo (entrevista telefónica con seguimiento no inferior a 18 meses).

Resultados: Hemos analizado 100 pacientes (90% varones), con edades comprendidas entre los 19 y los 85 años (media 63,19). La mayoría de los pacientes son del grupo ASA III (46%) y el 58% de los casos son hernias inguinales derechas. La malla más empleada en ambos grupos es la PHS (83%), con un 50% de fijación con adhesivo y sutura respectivamente. El tiempo quirúrgico medio es 36,61 minutos (30, cianoacrilato vs 40, sutura; $p < 0,05$) y el tiempo anestésico medio 54,64 (45, vs 55, $p < 0,05$). El seguimiento medio es de 30 meses. A corto plazo, no existen diferencias en cuanto a estancia postoperatoria, dolor posquirúrgico o complicaciones postquirúrgicas. A medio y largo plazo, sólo existen diferencias a nivel de la existencia de tumoración inguinal sin recidiva herniaria, siendo ésta más frecuente en el grupo del cianoacrilato. En el resto de complicaciones (dolor crónico, recidiva herniaria...) no se han visto diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El empleo del cianoacrilato como método de fijación de la malla quirúrgica en la reparación de la hernia inguinal primaria nos permite disminuir de forma significativa los tiempos quirúrgicos y anestésicos, alcanzando unos estándares de eficacia y seguridad. A corto plazo, no hemos encontrado diferencias significativas. A largo plazo, no existen diferencias en cuanto a la aparición de recidiva herniaria, aspecto más controvertido de este tipo de fijación. Por el contrario, los pacientes presentan con más frecuencia una tumoración inguinal, probablemente derivado de los cambios histológicos que produce, sin evidenciarse toxicidad ni efectos secundarios derivados de su uso.

O-017. DOLOR CRÓNICO INGUINAL TRAS REPARACIÓN HERNIARIA. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE A TRAVÉS DE UN CUESTIONARIO

C. Díaz Chaveli, G. González Álvarez, L. Blázquez Lautre, T. Abadía Forcén, P. Marzo García, A. Rico Arrastía, P. Sánchez Acedo, J.L. Sebastián Labayen y M. Sánchez Vázquez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La cirugía de la hernia inguinal es una de los procedimientos más comunes de la cirugía general. La reparación quirúrgica de la hernia inguinal aunque generalmente es una cirugía segura y efectiva conlleva riesgos como la recidiva o el dolor crónico en la zona intervenida. Clásicamente la calidad de la reparación quirúrgica ha sido evaluada mediante el número

de recidivas acontecidas pero quizás la presencia de dolor crónico postoperatorio sea el efecto adverso más importante tras la cirugía herniaria, con una frecuencia que varía entre el 0% y el 37% según las series. Existen diferentes herramientas para la evaluación postoperatoria de la reparación herniaria: la exploración física periódica, el envío postal de cuestionarios, las entrevistas telefónicas o la combinación de algunas de ellas. El envío postal de cuestionarios es una forma barata de recopilar datos de los resultados quirúrgicos y se ha establecido como una solución bastante fiable para el reconocimiento de complicaciones postoperatorias, siendo su valor predictivo negativo superior al 95%. Por el contrario, su mayor desventaja es la alta tasa de no-respondedores o de pérdidas en el seguimiento lo cual puede contrarrestarse mediante el recordatorio telefónico. En el presente trabajo analizamos la calidad de vida relacionada con el dolor crónico y la recidiva de los pacientes intervenidos por nuestra Unidad de Pared Abdominal en régimen de CMA mediante un sistema combinado de cuestionario postal y llamadas telefónicas.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos en la Unidad de Pared Abdominal del Complejo Hospitalario de Navarra por hernia inguinal unilateral primaria en el primer trimestre de 2010 en régimen de CMA. A todos los pacientes se les realizó una reparación herniaria sin tensión por vía anterior según las preferencias del cirujano responsable. 6 meses después de la cirugía se envió por correo ordinario un cuestionario para valorar la percepción del dolor y las repercusiones que ha tenido la cirugía sobre la vida habitual del paciente. A los no-respondedores se le envió un 2º cuestionario y a los que siguieron sin responder se les llamó telefónicamente. La intensidad del dolor se evaluó mediante la escala visual analógica (EVA).

Resultados: Se incluyeron un total de 145 pacientes que exigieron el envío de 209 cuestionarios y 48 llamadas telefónicas. Se contestaron correctamente un total de 129 cuestionarios (88,96%). La media del dolor preoperatorio fue de 5,33. La media de dolor postoperatorio fue de 1,12. La desaparición del dolor postoperatorio se produjo 3 meses después de la cirugía en el 70% de los pacientes. La gran mayoría de los pacientes (> 90%) no presentan dificultades en su actividad diaria a causa de la cirugía incluyendo las relaciones sociales. La tasa de recidiva fue del 2,3%. El grado de satisfacción fue del 85,3%.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos en nuestra Unidad tienen escaso dolor y una buena calidad de vida tras hernioplastia sin objetivarse mayor tasa de recidivas. El sistema combinado de correo postal y de llamadas telefónicas, en nuestro caso, ha obtenido una elevada tasa de respuestas.

O-018. REVISIÓN DE LOS 6 AÑOS DE ACTIVIDAD DE LA SECCIÓN DE PARED ABDOMINAL DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA

F. Fernández Bueno, C. López Muñoz, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, N. González Ávila, A. García Muñoz-Nájar, A. Rivera Díaz, M. Durán Poveda, P. Artuñedo Pe, M. Medina García y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Objetivos: La reparación de la hernia es la segunda intervención quirúrgica más frecuente en el mundo occidental. Después de 6 años de funcionamiento se pretende analizar la actividad realizada en Cirugía de la Pared Abdominal por una Unidad de CMA integrada dentro del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital de Fuenlabrada

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 3.530 intervenciones sobre pared abdominal en los pacientes de la población de Fuenlabrada durante el periodo comprendido

entre 2005-2010 utilizando el sistema informatizado del Hospital (historia clínica electrónica) y el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se han intervenido a 3.346 pacientes con edades comprendidas entre 12 y 95 años (49,36 años de media), de los cuales 1.552 eran hombres y 794 mujeres. La hernia más frecuente es la inguinal (62,59%) seguida de la umbilical (19,33%). La mayor parte se realizaron en régimen de CMA (84%), mientras que un 16% se efectuaron en régimen de ingreso, siendo, dentro de estos últimos, la reparación de la eventración la patología más frecuente (9,48%). Se realizaron 193 intervenciones de urgencias precisando todos los pacientes ingreso hospitalario. La mayor parte del procedimiento anestésico ha sido locorregional (72,13%) seguido de general (24,58%), con un porcentaje ínfimo en local y local + sedación. La tasa de morbilidad y/o secuelas fue del 14,42%, destacando el hematoma de pared (5,24%), seguido del seroma (3,98%) y la neuralgia (2,44%) como complicaciones más frecuentes. En el 86% la técnica realizada fue reparación con malla mediante cirugía abierta. En 117 casos se utilizó la vía laparoscópica, preferentemente en eventraciones (72) y hernia bilateral (45). La técnica más usada para reparación de hernia inguinal fue la de Rutkow-Robbins (68,34%). Se han detectado 35 pacientes con recidiva herniaria (18 meses de mediana de seguimiento con un 28% de pacientes perdidos). No hay ningún caso registrado de cirugía de separación de componentes.

Conclusiones: Aunque el índice de sustitución es aceptable, todavía existe un porcentaje amplio de índice de ingreso debido a las complicaciones y el empleo de técnica anestésica locorregional. En general se ha hecho poco uso de laparoscopia (precio y tiempo) para el tratamiento de la hernia. La tasa de complicaciones está recogida con detalle dentro de los formularios y permanece dentro de los márgenes descritos en la literatura. Como viene siendo la norma desde la introducción de las mallas, el porcentaje de recidiva herniaria es prácticamente despreciable, siendo uno de los índices de calidad en nuestro servicio la aparición y/o persistencia de neuralgia posthernioplastia.

O-123. EL SISTEMA VAC COMO MÉTODO DE CIERRE TEMPORAL DEL ABDOMEN: EXPERIENCIA CLÍNICA

M. Infantes Ormad, J.M. Castillo Tuñón, J.A. López Ruiz, L. Sánchez Moreno, F. del Río Lafuente, J. López Pérez y F. Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Introducción: Se entiende por síndrome compartimental abdominal (SCA) el aumento de la presión intraabdominal (PIA) por encima de 20 mmHg en tres medidas separadas entre 1 y 6 horas, con o sin presión de perfusión abdominal (PPA) menor de 60 mmHg y asociada al menos a una disfunción orgánica de nueva aparición. Se ha demostrado la relación existente entre el SCA y el aumento de la morbimortalidad en los pacientes que lo presentan, así como el importante papel que juega la cirugía descompresiva en estos casos.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia con el sistema VAC como método de cierre temporal de la pared abdominal tras la cirugía descompresiva.

Material y métodos: Descripción y análisis de tres casos clínicos en los que hemos empleado el sistema VAC en pacientes que desarrollaron un SCA y necesitaron cirugía descompresiva: 1º caso: paciente varón de 37 años que es intervenido de forma urgente por cuadro de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación gástrica prepilórica, realizándose cierre primario de la pared abdominal que resulta dificultoso. El paciente pasa a URP tras la cirugía, donde se objetiva PIA de 27 mmHg y disfunción multiorgánica, motivo por el cual se procede a descompresión

abdominal y colocación del sistema VAC. 2º caso: paciente de 49 años que se interviene de forma urgente por presentar cuadro de obstrucción intestinal por bridas y tres bezoares en íleon medio. Tras la cirugía el paciente ingresa en UCI, donde desarrolla un SCA realizando descompresión de cavidad y aplicación del sistema VAC. 3º caso: paciente de 46 años intervenido de forma urgente por desarrollo de SCA en relación a sangrado intraperitoneal en el contexto de pancreatitis necrohemorrágica grado E de Balthazar, realizando laparostomía con bolsa de Bogotá. El paciente ingresa en UCI donde presenta mala evolución clínica, motivo por el cual se decide cierre de laparostomía mediante sistema VAC.

Resultados: Nuestra experiencia clínica ha demostrado una reducción de las complicaciones y una mejoría clínica de los pacientes tras la colocación del sistema VAC. Los pacientes 1 y 2 experimentaron una clara mejoría tras la descompresión quirúrgica y colocación del VAC. El tercer paciente, cuyo estado general no mejoró tras la descompresión y colocación de una bolsa de Bogotá, respondió sin embargo de forma espectacular tras la colocación del sistema VAC.

Conclusiones: La cirugía descompresiva constituye la piedra angular en el tratamiento del SCA. El sistema VAC, como método de cierre temporal del abdomen mientras persisten las causas que provocan el SCA, es un sistema válido, seguro y eficaz que reduce la morbimortalidad en los pacientes que presentan esta patología.

O-124. RESULTADOS DE LA REALIZACIÓN DE LAPAROSTOMÍA CON MALLA DE POLITETRAFLUOROETILENO EXPANDIDO (PTFE) COMO CIERRE ABDOMINAL TEMPORAL

A. Robin-Lersundi, A. Abella, N. Palencia, A. Cruz, A. Pueyo, J. López-Monclús, D. Melero, L. Blázquez, R. Barriga, A. Galván y M.A. García-Ureña

Hospital del Henares, Madrid.

Introducción: El cierre temporal de la pared abdominal constituye un recurso de gran utilidad en determinadas situaciones, en particular en pacientes con sepsis de origen abdominal y en pacientes con incremento de los valores de presión intra-abdominal. El cierre temporal con malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFe) permite un acceso rápido y menos cruento que una laparotomía convencional en caso de necesidad de revisión quirúrgica de la cavidad abdominal. De igual manera, permite disminuir la presión intra-abdominal y previene de esta forma la presentación del síndrome compartimental abdominal.

Métodos: Se analizaron los datos obtenidos de 9 pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico urgente a los que se realizó cierre temporal o laparostomía cubierta con malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFe). El procedimiento consiste en mantener la herida musculo-aponeurótica abdominal abierta, cubriendo las asas intestinales con una malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFe) fijada a los bordes musculo-aponeuróticos de la pared abdominal.

Resultados: La edad media en nuestro grupo de estudio es de $54,3 \pm 13,8$ años. Todos los pacientes fueron varones. Todos los pacientes requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital. Nuestro grupo de pacientes presentó un índice SAPS 3 de $58,3 \pm 8,1$, con una mortalidad prevista al ingreso de en UCI de $34,3 \pm 15,7\%$. El índice de gravedad y de riesgo de complicaciones APACHE II calculado al ingreso en UCI es de $20 \pm 4,9$. La indicación de tratamiento quirúrgico urgente fue pancreatitis aguda grave en 4 casos, obstrucción intestinal en 1 paciente, peritonitis aguda grave en 2 casos, diverticulitis aguda con HDB en 1 caso y neoplasia de intestino grueso obstructiva en 1 paciente. La indicación para la realización de laparostomía

fue peritonitis difusa y cuadro de shock séptico/hemorrágico en 6 pacientes e hipertensión intra-abdominal en 3 pacientes con un incremento de la PIA ($30 \pm 5,5$ cm H₂O). 2 pacientes también presentaron evisceración de la laparotomía previa. El tiempo de ingreso en UCI fue de 28,2 días. La mortalidad fue del 11,1%. El cierre definitivo con malla se realizó en 6 pacientes tras una media de 120 días tras la laparostomía inicial. A 2 pacientes se realizó cierre cutáneo exclusivamente tras la retirada de la malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFe).

Conclusiones: La realización de una laparostomía tiene indicación en determinadas situaciones como pacientes politraumatizados que precisan tratamiento quirúrgico urgente así como pacientes que requieren descomprimir el abdomen por un cuadro compartimental abdominal o por sepsis abdominal severa en pacientes hemodinámicamente inestables. Una opción que parece mejorar el pronóstico en pacientes muy graves y que precisan la realización de una laparostomía es la colocación de una malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFe). En nuestro estudio se puede apreciar una mortalidad inferior a la previsible por los índices de gravedad al ingreso debido en parte a la realización de laparostomía con malla de politetrafluoroetileno expandido.

O-125. EVENTRACIÓN SUPRA PÚBLICA. TÉCNICA DE STOPPA MODIFICADA. RESULTADOS A 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA DE PARED DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE, VALENCIA

O. Carreño Sáenz, F. Vergara Suárez, C. Gómez i Gavara, M. Sauri Ortiz, J. Maupoey Ibáñez, M. Trallero Anoro, P. García Pastor, S. Bonafé Diana, J. Iserte Hernández y F. Carbonell Tatay

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Las eventraciones supra públicas pertenecen a las eventraciones que tienen una de las partes del anillo formadas por un reborde óseo, se sitúan por encima del pubis, en la línea media e inferior de la pared abdominal tienen unas características propias que la definen y diferencian, entre ellas, es que muchas veces la vejiga de la orina forma parte del saco de la eventración, circunstancia que obliga a estrategias especiales para ella. Su etiología depende de intervenciones previas sobre esa región anatómica, fundamentalmente operaciones sobre los órganos genitales femeninos, por vía abierta, como cesáreas, histerectomías, etc. y en los hombres, prostatectomías, cirugías del recto. La frecuencia de presentación de estas eventraciones es del 2 al 4% en la literatura en general, presentándose más en mujeres que en hombres. Este trabajo quiere dar a conocer la experiencia y los resultados a 5 años en la Unidad de Pared del Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

Material y métodos: Realizamos estudio retrospectivo recolectando los pacientes operados entre enero 2005 a enero 2010. Nuestra serie consta de 50 pacientes operados, como criterios de inclusión fueron utilizados el diagnóstico clínico de inicio y la intervención quirúrgica realizada.

Resultados: Entre enero 2005 y enero 2010 intervenimos quirúrgicamente a 50 pacientes de reparación de la eventración supra pública con la técnica de Stoppa modificada, con edad media de 61,7 años. La cirugía previa más frecuente fue la cirugía ginecológica seguido de la prostatectomía en hombres, al igual que en la literatura en general, el diagnóstico de eventración supra pública fue mayor en mujeres (82%) respecto a los hombres (18%). Realizamos la técnica de Stoppa modificada en todos los pacientes. En 20 de las reparaciones se utilizó prótesis de doble cara en el espacio de Retzius. El tiempo quirúrgico medio fue de 133,8

minutos (DE: 29,8) sin relación significativa con la prolongación de la estancia media operatoria que fue de 5,5 días (DE: 2,7) En el 6% de los pacientes se observó seroma postoperatorio, 2% reintervención por oclusión intestinal por adherencias en un paciente multioperado, 2% hematuria postoperatoria por sutura de vejiga, 2% hematoma de pared abdominal, 4% infección de la herida operatoria, 0% recidivas.

Conclusiones: Nuestra serie de 50 pacientes operados presenta resultados importantes y comparativos con la literatura en general. El tratamiento de la eventración supra pública es un tratamiento especializado ya que tiene características especiales como la de estar en contacto con un relieve óseo. La cirugía laparoscópica en estos casos es de muy larga duración y con elevada curva de aprendizaje y no existen series comparativas. Para conseguir unos buenos resultados es aconsejable ser muy cuidadoso en el manejo de los tejidos, es muy importante para nosotros la confección, el recorte de una prótesis ajustada como un "traje a la medida" para cada caso. La prótesis debe ser colocada con cierta amplitud, pues cuando el enfermo se ponga de pie se tensará mucho más. Es importante también valorar la colocación de una segunda malla, también "a la medida", según los casos. Tenemos que ser cuidadosos en la hemostasia y en el tratamiento del saco pues puede estar formando parte de la vejiga. La técnica de Stoppa ha demostrado los mejores resultados en cuanto a la recidiva.

O-126. EVENTRACIONES POSTINCISIONALES: RESULTADOS DE UN AÑO DE REPARACIÓN HERNIARIA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

S. García Ruiz, M. Requena Díaz, C. Méndez García, J.A. Navas Cuéllar, C. Cepeda Franco, M.J. Tamayo López, J.A. Martín Cartes, M. Bustos Jiménez, F. Docobo Durántez y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La principal complicación postoperatoria tardía de la cirugía abdominal es la eventración poslaparotómica, especialmente si incluimos la cirugía urológica, vascular y ginecológica además de la digestiva. Presentamos los resultados de un año de una unidad especializada en patología de la pared abdominal.

Material y métodos: Criterios de inclusión: todos los pacientes diagnosticados de hernia incisional sometidos a eventroplastia por la Unidad durante el año 2010. Criterios de exclusión: pacientes intervenidos por otras unidades, hernias primarias de pared abdominal, pacientes intervenidos de forma urgente por incarceration de la hernia. La vía de abordaje se seleccionó para cada paciente según criterios clínicos (edad, recidiva, intervenciones previas, localización de la eventración). El tipo de implante se seleccionó intraoperatoriamente según las características de la eventración. Se recogen datos epidemiológicos (sexo, edad, antecedente quirúrgico que causa la eventración, factores de riesgo para recidiva) y se realiza un seguimiento a 6 meses en consulta. Presentamos la morbimortalidad del proceso y los resultados epidemiológicos globales.

Resultados: Se intervinieron un total de 87 pacientes con laparotomía previa de muy distinta índole, siendo las más frecuentes: peritonitis aguda, ginecológicas, oncológicas, recidiva herniaria, urológicas. Entre los factores de riesgo que se recogieron para la aparición de recidiva destacan: 2 o más intervenciones previas, obesidad, edad mayor de 65 años y recidiva previa. Se abordaron por vía laparoscópica 24 pacientes (27,6%), precisando conversión precoz a la laparotomía por dificultad técnica en 3 de ellos. De los 66 pacientes en los que se realizó eventroplastia laparotómica, las prótesis usadas fueron: 28 Premilene®, 15

Optilene®, 7 Parietenne®, 5 Permacol® y otras. En todos se colocó onlay tras eventrorrafia. La estancia media postoperatoria fue de 1,45 días para laparoscopia y de 4,95 para laparotomía ($p < 0,01$). La tasa global de recidiva postoperatoria fue de 14,94% a los 3 meses, con 18,2% en el grupo de laparotomía y 9,5% en el grupo de laparoscopia ($p < 0,01$). No se apreció diferencia estadísticamente significativa al comparar sexo, edad, factores de riesgo de recidiva ni prótesis utilizada entre pacientes recidivados y no recidivados. La recidiva fue significativamente mayor en pacientes con laparotomía media frente al resto de las incisiones abdominales. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la aparición de seromas entre abordaje laparoscópico y laparotómico, pero sí hubo menor incidencia de infección purulenta de la herida ($p < 0,05$). Se apreció una menor tasa de infección y seroma en los pacientes en los que se optó por Optilene®.

Conclusiones: Son muchos los factores que se han reconocido como factores de riesgo para la aparición de eventración, desde la técnica quirúrgica usada para la laparotomía hasta condiciones intrínsecas del sujeto, sin embargo, según nuestra experiencia, cada vez cobra más peso el tipo de incisión que se ha realizado y el número de intervenciones previas, siendo los factores dependientes del sujeto menos relevantes. En cuanto al análisis de morbilidad, nuestros resultados son concordantes con los aparecidos en la literatura, siendo el seroma y la infección de herida quirúrgica los principales problemas tras la colocación de una malla protésica.

O-127. MALLAS PROFILÁCTICAS EN LAPAROTOMÍA URGENTE. UNA ALTERNATIVA EFICAZ PARA LA PREVENCIÓN DE LAS HERNIAS INCISIONALES Y EVISCERACIÓN

J.A. Pereira Rodríguez, N. Argudo Aguirre, J. Sancho Insenser, I. Martínez-Casas, E. Membrilla Fernández, M.J. Pons Fragero y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La laparotomía urgente se asocia a un elevado número de complicaciones de la pared abdominal precoces y tardías. La incidencia de evisceración y hernias incisionales es más elevada que en los procedimientos electivos. El uso de mallas profilácticas se desaconseja debido a que con frecuencia se trata de intervenciones contaminadas o infectadas ya en su inicio.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad para la prevención de hernias incisionales y evisceración, del uso de mallas profilácticas en laparotomías urgentes y en todo tipo de terrenos operatorios.

Pacientes y métodos: Se recogieron los datos de todos los pacientes que de forma urgente fueron sometidos a una laparotomía o relaparotomía media desde enero de 2009 a julio de 2010. Se excluyeron del estudio los pacientes que fallecieron en el postoperatorio inmediato, los intervenidos por patología urgente de la pared abdominal y los pacientes que carecían de datos sobre el seguimiento posterior. Los datos demográficos, de la intervención quirúrgica, complicaciones postoperatorias y evolución, fueron registrados de forma prospectiva en la base de datos de la Sección de Urgencias Quirúrgicas. Los datos de seguimiento se obtuvieron, de forma retrospectiva, por revisión de las historias clínicas informatizadas.

Resultados: Un total de 210 pacientes de una edad media de 65,5 años (DE = 15,1) fueron sometidos a laparotomía urgente en el período de estudio. En 147 pacientes (Grupo S), la laparotomía fue cerrada con sutura continua de material de reabsorción len-

ta, 39 de éstos (26,5%) recibieron un refuerzo con puntos totales. En 62 pacientes (Grupo M) se añadió a la sutura continua, como método de prevención de la evisceración y hernia incisional postoperatorias, una malla parcialmente reabsorbible, de bajo peso, en posición supra-aponeurótica (onlay). El análisis de las complicaciones globales demostró similares porcentajes en ambos grupos de pacientes (64,5% grupo S vs 64,9% grupo M; $p = 0,97$). Las infecciones de herida tampoco demostraron diferencias significativas entre los grupos (25,8% grupo S vs 32,4% grupo M; $p = 0,48$). No fue necesario retirar la malla en ninguno de los pacientes. La mortalidad fue superior en el grupo de pacientes que recibieron una malla (14,2% grupo S vs 25,7% grupo M; $p = 0,05$). Se pudieron completar los datos de seguimiento de 99 pacientes (62 grupo S; 37 grupo M). Tras un seguimiento medio de 17,3 meses (DE = 5,4) se detectaron hernias incisionales en 23 pacientes (37,1% del grupo S y 3 pacientes (8,1%) del grupo M ($p = 0,002$).

Conclusiones: El uso de malla profiláctica en laparotomía urgente es factible para la prevención de hernias incisionales a largo plazo sin añadir de forma significativa morbilidad al procedimiento incluso en terrenos contaminados y/o infectados.

O-128. EVENTRACIONES: TÉCNICA DE CARBONELL-BONAFÉ, SEPARACIÓN ANATÓMICA DE COMPONENTES CON PRÓTESIS Y NUEVAS INSERCIONES MUSCULARES. RESULTADOS DESPUÉS DE 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE

F.A. Vergara Suárez, O.A. Carreño Sáenz, I. Gómez i Gavara, M. Sauri Ortiz, J. Iserte, P. García Pastor, S. Bonafé Diana y F. Carbonell Tatay

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Presentamos la experiencia y los resultados de la técnica quirúrgica Carbonell-Bonafé (SAC modificado) para el tratamiento de las eventraciones complejas y catastróficas en la Unidad de Pared abdominal del Hospital Universitario La Fe durante los últimos 8 años.

Material y métodos: Entre enero de 2003 y septiembre de 2010 se trató a 203 pacientes con eventraciones complejas y catastróficas. Se documentaron su tamaño, contenido y reductibilidad de la eventración, recidivas, complicaciones postoperatorias, talla, peso, necesidad de neumoperitoneo previo. Se intervino siguiendo un protocolo con medidas de la presión intrabdominal antes, durante y tras la cirugía. En algunos casos se realizó abdominoplastia en colaboración con cirugía plástica. Se evaluó a los pacientes en consulta a los 15 días, 30 días, mensualmente durante 3 meses, al sexto mes y anualmente hasta 5 años.

Resultados: Se intervinieron 203 pacientes en el periodo descrito con esta técnica. Su tamaño fue siempre mayor de 10 cm, con 14% mayores de 15 cm y un 12% con pérdida de derecho a domicilio, entre las cuales se realizó neumoperitoneo previo a la intervención. En el 10% de los casos se asoció abdominoplastia. En el postoperatorio inmediato se tuvo un 15% de seromas, 6% de isquemia de los bordes de la piel y un fallecimiento debido a un fallo multiorgánico. Apareció recidiva en 3 pacientes. Los pacientes reanudaron su actividad habitual en una media de 2 meses con gran mejoría en su calidad de vida.

Conclusiones: La técnica quirúrgica que esta unidad viene realizando, es un excelente recurso para el tratamiento de las grandes eventraciones, con una baja comorbilidad, gran margen de seguridad y sin recidivas, además de reconstruir la biomecánica y funcionalidad de la pared abdominal.

O-129. MORTALIDAD Y FACTORES RELACIONADOS CON LA EVISCERACIÓN TRAS UNA LAPAROTOMÍA. SERIE DE CASOS

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

Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La evisceración abdominal es una complicación quirúrgica grave con una alta tasa de morbi-mortalidad. Su incidencia no ha disminuido en los últimos años a pesar de los avances técnicos y en materiales de sutura. Se analizan las características y presencia de factores de riesgos en una serie de pacientes eviscerados.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de una muestra de 79 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre 1999 y 2010 en cuyo postoperatorio presentaron evisceración laparotómica. Se analizaron las variables: sexo, edad, antecedentes personales, clasificación ASA, existencia de cirugía abdominal previa, tipo de cirugía (urgente, oncológica, séptica), necesidad de transfusión, tipo de incisión e hilo de cierre, infección herida quirúrgica, íleo postoperatorio, tiempo entre cirugía inicial y evisceración, estancia hospitalaria, reevisceración, eventración tardía y mortalidad.

Resultados: De los 79 pacientes, 68 (86,1%) eran hombres y 11 (13,9%) mujeres; con una edad media 67,5 años (DE: \pm 11,6). Un paciente era ASA I (1,3%), 13 pacientes ASA II (16,5%), 35 pacientes ASA III (44,3%), 29 pacientes ASA IV (36,7%) y 1 paciente ASA V (1,3%). En 48 casos (60,8%) se recogía el antecedente de una cirugía abdominal previa. 34 enfermos (43%) fueron intervenidos de urgencias, 31 (39,2%) por motivos oncológicos y 30 (38%) por motivos infecciosos. En 34 pacientes (43%) se precisó transfusión. En 71 pacientes (89,9%) se había practicado laparotomía media. El hilo de cierre usado con más frecuencia fue polidioxonona (PDS) (26 casos, 32,9%), seguido por poligliconato (Maxon-loop) (21 casos, 26,6%), polidioxonona (Monoplus) (15, 19%), poligliconato (Maxon simple) (3 casos, 3,8%) y polipropileno (3 casos, 3,8%). En 54 pacientes (68,4%) se había desarrollado íleo postoperatorio y en 51 casos (64,6%) infección de la herida quirúrgica. El tiempo medio entre la primera cirugía y la cirugía de evisceración fue de 11,5 días (DE \pm 6,7). La estancia media fue de 32,4 días (DE \pm 17,5). Cinco pacientes (6,3%) sufrieron reevisceración y 18 pacientes eventración tardía (22,8%). Quince pacientes fallecieron durante el ingreso, por lo que la mortalidad global fue del 19%. Se relacionó con la mortalidad la clasificación ASA ($p = 0,036$) y la indicación de transfusión ($p < 0,001$).

Conclusiones: La evisceración es una complicación postoperatoria que conlleva una alta mortalidad y alarga considerablemente la estancia media aumentando los costes. Se suele presentar frecuentemente en pacientes hombres, con cirugía abdominal previa, de alto riesgo (ASA elevado) y cuando la cirugía se realiza con carácter urgente. Se relaciona con la mortalidad la clasificación ASA y la necesidad de transfusión.

O-130. TRATAMIENTO DE LA EVENTRACIÓN SUBXIFOIDEA. TÉCNICA DE DOBLE MALLA AJUSTADA AL DEFECTO

M. Saurí Ortiz, O. Carreño Sáenz, F. Vergara Suárez, F. Carbonell Tatay, P. García Pastor, J. Bueno Lledó, S. Bonafe Diana, J. Iserte Hernández y F. Sastre Olamendi

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La eventración subxifoidea tiene características que la diferencian del resto y le dan entidad propia. El hecho de

tener su saco muy próximo a los relieves costales óseos y esternón condiciona mucha tensión en los márgenes; la reparación, tanto por vía abierta como laparoscópica, no ha demostrado buenos resultados a pesar del uso generalizado de prótesis. Son poco frecuentes y se presentan en pacientes con comorbilidad importante (cardiopatías severas, trasplantados, inmunodeprimidos), tras intervenciones del área hepato-bilio-pancreática con incisiones transversales, esternotomías ampliadas por debajo del xifoides o laparotomías medias muy altas para cirugía gastro-esofágica.

Material y métodos: En nuestra Unidad hemos desarrollado una nueva técnica, basada en el uso de doble prótesis y adaptada a las características anatómo-fisiológicas de la región, para la reparación de estas eventraciones. La serie consta de 35 pacientes intervenidos de forma consecutiva entre 2004 y 2010, siguiendo protocolo quirúrgico y de manejo consensuado.

Resultados: No hubo complicaciones importantes -la más frecuente es el seroma, 17,4%- , excepto un caso de infección de la herida por isquemia de piel en un paciente multioperado y trasplantado. El seguimiento postoperatorio hasta el día de hoy (entre 4 y 80 meses) no ha demostrado recidivas de la eventración y no se refieren molestias locales importantes.

Conclusiones: La técnica "doble malla ajustada" consigue en nuestro medio unos buenos resultados, tanto desde el punto de vista del cirujano (reproducibilidad, recidiva), como del paciente, con mínimas molestias y recuperación de la calidad de vida.

O-131. TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS DE LA LÍNEA ALBA EN EL SENO DE DIÁSTASIS DE RECTOS. FUNDAMENTOS PARA UN TRATAMIENTO GLOBAL

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

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: La presencia de diástasis de rectos en pacientes con hernias umbilical plantea el reto de ofrecer un tratamiento eficaz para ambos problemas. El objetivo del presente trabajo es mostrar la conveniencia de una exploración ampliada de la línea media en pacientes con hernias umbilicales asociadas a diástasis de rectos.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo sobre 89 pacientes. En nuestra serie, había 67 varones (72,8%), y 22 mujeres (24%). La media de IMC era 29,1 (19,1-56,6). Estos pacientes fueron intervenidos en nuestro Centro tras consultar por hernia umbilical en los que en la exploración física en consulta, evidencian la presencia de diástasis de rectos asociada. Fueron seleccionados para realizar una exploración de la línea media, con una incisión supraumbilical en una longitud variable según las dimensiones de la diástasis.

Resultados: Del total de los pacientes, en 55 (61,8%) no se evidenciaron otros defectos herniarios. Sin embargo, en los 34 restantes (38,2%) se constató la presencia de una hernia epigástrica inadvertida asociada en 28 pacientes, y de varias en 6. En todos los casos se realizaron técnicas de reconstrucción de la pared abdominal (Incluyendo la diástasis) con prótesis. No se presentaron complicaciones en un 55,4% de los pacientes. Se presentaron complicaciones locales (hematoma, seroma, o necrosis cutánea de pequeño tamaño, resuelta con tratamiento conservador) en un 12%, e infección de la malla en 1 caso (1,1%). El seguimiento mínimo ha sido de 18 meses. Se ha detectado una recidiva.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes que presentan hernia umbilical asociada a diástasis de rectos, tienen hasta en un 38,2% otros defectos de la línea media no advertidos previamente. Por lo tanto, consideramos adecuado explorar cuidadosamente

samente la línea media para garantizar un tratamiento global de su problema, y no dejar de tratar esos defectos inadvertidos, que pueden ocasionar problemas posteriores.

PÓSTERS

P-329. MANEJO DE LA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN PACIENTES CON LAPAROSTOMÍA MEDIANTE TERAPIA VAC (VACUUM ASSISTED CLOSURE®)

J.L. Muñoz-Nova, J.L. Martín-Álvarez, J. Delgado Valdueza, I. García-Sanz, E. Martín-Pérez, A. Rodríguez Sánchez, E. Colmenarejo García, G. Fernández Díaz, I. Rubio Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: El manejo de las fístulas intestinales en abdomen abierto es un problema extremadamente complejo debido a la importante morbilidad asociada, lo que supone elevadas tasas de fracaso terapéutico. Presentamos un paciente con fístula intestinal incluida en la laparostomía por necrosectomía tras pancreatitis grave, tratado de forma satisfactoria mediante terapia VAC (Vacuum Assisted Closure®- KCI), con posterior cierre quirúrgico de la pared abdominal, y discutimos los problemas asociados con el cierre de la misma.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años intervenido mediante bypass aorto-bifemoral por un aneurisma de aorta abdominal que, debido al tiempo de isquemia durante la cirugía, presentó en el postoperatorio infartos renales con insuficiencia renal y pancreatitis aguda necrohemorrágica, que precisó hemodiálisis y varias necrosectomías pancreáticas quirúrgicas. Inicialmente, se colocó bolsa de Bogotá para el manejo del abdomen abierto; a los 6 días de la última intervención, se constató fístula de intestino delgado en un gran bloque adherencial de la zona media de la laparostomía lo que, unido al estado de shock séptico asociado, obligó a adoptar actitud conservadora con terapia VAC y control del vertido de la fístula mediante tutorización de la misma con sonda de Foley introducida en su interior. Esto permitió la extubación temprana del paciente y la reducción progresiva de la laparostomía de 22 x 15 cm a 12 x 6 cm. Una vez que el tejido de granulación logró cubrir las asas intestinales, se sustituyó el sistema VAC por curas con métodos de barrera y bolsas de colostomía. El componente exudativo del tejido de granulación unido a la bilis no recogida provocó importantes fugas en la cura, hasta que finalmente el problema fue resuelto con una sonda aspiración en el interior del asa fistulizada. Pasados 3 meses desde la aparición de la fístula el paciente fue intervenido realizándose resección del asa fistulizada y anastomosis primaria. La pared abdominal se reparó en el mismo acto quirúrgico mediante plastia de Chevrel, fasciotomías de descarga, malla de polipropileno supraaponeurótica y colgajo de avance cutáneo. El curso postoperatorio fue satisfactorio.

Discusión: El sistema VAC es de gran utilidad en el manejo de laparostomías, aunque en casos de fístulas intestinales asociadas precisa un segundo sistema que recoja el débito de la fístula, si bien los sistemas de tutorización no son de todo efectivos, por lo que su uso debe ser individualizado. En laparostomías de gran tamaño, el tiempo necesario para lograr el cierre com-

pleto por segunda intención suele ser excesivo y la resolución espontánea de la fístula improbable. En estos casos, una vez lograda la estabilidad clínica del paciente, el sistema VAC permite esperar al menos 2-3 meses para que remita el síndrome adherencial y el paciente pueda ser intervenido para realizar la resección del segmento intestinal afecto y cierre de la pared abdominal.

P-330. TRIPLE NEURECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR INGUINAL POSTOPERATORIO CRÓNICO

E. Las Navas Muro, E. Tobalina Aguirrezabal, S. Mateo Sainz, D. Gómez Domínguez, A. Basáñez Amuchástegui y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Introducción: El dolor inguinal crónico puede ser de origen espontáneo debido a un síndrome de desbalance muscular de la región inguinal, o postoperatorio tras una hernioplastia quirúrgica. Se define el dolor crónico, como un dolor inguinal de una duración mayor a tres meses cuya frecuencia es del 12% (0-53%), y de un 3% en aquellos dolores que resultan severos o invalidantes. Supone un fuerte impacto en la calidad de vida del paciente e implica un coste económico alto e infravalorado. El dolor crónico inguinal postoperatorio puede ser causado por una perioritis, por un meshoma o por una lesión nerviosa, tanto por atrapamiento de los nervios entre las suturas, como por su inclusión en la fibrosis cicatricial. Se asocia a factores como la presencia de dolor preoperatorio, la recidiva herniaria y la personalidad y edad joven del paciente, y no tiene relación con el tipo de técnica quirúrgica ni anestésica. Se recomienda, para su prevención, el uso de mallas de baja densidad sin fijación al periostio y de suturas reabsorbibles o pegamentos, encontrándose en debate el beneficio de la identificación y preservación nerviosa frente a la neurectomía preventiva. En cuanto al tratamiento, es preciso una buena anamnesis con realización de las pruebas diagnósticas pertinentes para descartar otro tipo de lesiones, meshoma o recidiva. Se comienza con tratamiento analgésico y se recurre al bloqueo diagnóstico con lidocaína y posteriormente al bloqueo terapéutico con bupivacaína y corticoides. Si dichos tratamientos fracasan se recurre a la radiofrecuencia y finalmente al tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 45 años intervenida en octubre del 2009 de hernioplastia con plug por hernia crural derecha, refiriendo, desde el postoperatorio inmediato, dolor neuropático persistente en la región inguinal que irradia hacia cara superior del muslo homolateral. En febrero de 2010 se extirpa la malla previamente colocada sin lograr control del dolor. La paciente comienza con tratamiento analgésico que resulta insuficiente y es enviada a la unidad del dolor donde se realiza bloqueo neurológico con mejoría transitoria. Ante la persistencia de la sintomatología se decide nueva intervención quirúrgica objetivándose una mínima hernia inguinal derecha indirecta, fibrosis en el periostio del pubis y en el anillo crural, y se realiza una triple neurectomía con liberación de la fibrosis, una nueva hernioplastia (Celdrán) fijando la malla con pegamento y una infiltración con corticoide del ligamento de Cooper y del anillo crural. Actualmente refiere desaparición de su dolor.

Discusión: El dolor inguinal crónico es una de las complicaciones derivadas de la realización de una hernioplastia más difíciles de prevenir. Se debe informar al paciente de su riesgo previamente a la cirugía. Es importante un correcto diagnóstico, descartando recidiva herniaria u otras causas del dolor. Se recomienda en las fases iniciales analgesia en escalera y bloqueo terapéutico. La técnica quirúrgica de triple neurectomía puede ser eficaz.

P-331. RECIDIVA HERNIARIA POR ROTURA DE LA MALLA Y NECROSIS CUTÁNEA EN LA POSTERIOR INTERVENCIÓN

G. González Álvarez, C. Díaz Chaveli, L. Segura Pujolar, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, L. Blázquez Lautre y M. de Miguel Valencia

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La recidiva después de la eventroplastia usando tejidos autólogos varía entre el 25 y el 52%, mientras que el uso de las mallas protésicas puede disminuir la recidiva herniaria a un 10%. Las complicaciones de las eventroplastias entre otras podemos destacar el seroma, hematoma, infección, fístula intestinal, desplazamiento de la malla y complicaciones respiratorias.

Caso clínico: Varón de 52 años de edad, fumador, diagnosticado de neoplasia de recto en 2002 y se realizó resección anterior baja con anastomosis colorrectal baja e ileostomía derivativa. Posteriormente, cierre de ileostomía y síndrome de resección anterior baja tratado mediante estimulación de las raíces sacras. Presentó eventración de laparotomía media intervenida en 2003 realizándose eventroplastia preperitoneal fijada con puntos discontinuos de monofilamento irreabsorbible. Recidiva herniaria reintervenida en 2007. Actualmente presenta nueva recidiva herniaria por lo que se indica cirugía. Intervención: Incisión supraumbilical reseca cicatriz-piel que se encuentra ulcerada en varios puntos. Eventración de toda la laparotomía supraumbilical por rotura en línea media de malla, la cual se encuentra anclada lateralmente en ambos lados a pared abdominal. Apertura de peritoneo y colocación de malla de Proceed de 25 x 30 intraperitoneal fijada con puntos de prolene 1 transparietales enterrados en subcutáneo. En el postoperatorio presentó exposición malla a nivel medio superior abdominal 10 x 15 cm por deshiscencia y necrosis. Se solicitó consulta al Servicio de Cirugía Plástica que realiza desbridamiento, disección y rotación de colgajo tipo hacha con músculo oblicuo y disección de 2 perforantes. Colgajo especular en lado contralateral y cierre por planos. En el postoperatorio inmediato dehiscencia y se realiza nuevo Friedrich y cerclaje preformado apoyado sobre almohadillas para evitar tensión sobre la línea de sutura. El paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

Discusión: Dentro de las causas de recidiva herniaria podemos describir infecciones y desplazamiento o desinserción de la malla. En una revisión bibliográfica no he registrado ninguna recidiva por rotura medial de la malla. Dentro de las complicaciones, no es infrecuente la necrosis cutánea si el tejido celular subcutáneo es demasiado delgado. En dichos casos sería posible tener en cuenta las posibilidades de cubrir la malla con colgajos cutáneos de rotación para intentar prevenir dicha complicación.

P-332. MALLAS INGUINALES Y FIJACIÓN CON TISSUCOL. A PROPÓSITO DE UNA COMPLICACIÓN A LARGO PLAZO

J. Garijo Álvarez¹, T. González Elosúa², M. Gascón Hove³, D. Sánchez López¹, L. García Sancho Tellez¹ y J.S. Torres Jiménez¹

¹Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; ²Hospital de León, León; ³Hospital Militar de Zaragoza, Zaragoza.

Introducción: La fijación con sellantes del tipo adhesivo de fibrina de dos componentes congelado se ha propuesto en cirugía abierta y laparoscópica, como sistema de fijación de mallas y de disminución/evitación de los seromas postoperatorios. Se pretende presentar una complicación poco frecuente aparecida en

el grupo de pacientes de nuestro servicio, en los que se utilizó este sistema de fijación.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 62 años, con AP de herniarrafia inguinal contralateral, hernia hiatal; no diabético y sin trastornos conocidos del colágeno ni la cicatrización. Se interviene 2 años antes de una hernia inguinal tipo II de la clasificación de Gilbert, colocándose una malla de polipropileno fijada con Tyssucol. Desde la cirugía presenta serosa recidivante que con evacuaciones periódicas y medidas de compresión no se corrige. En diversas ecografías de partes blandas, no se aprecian corrugaciones o desplazamientos de la malla que hagan pensar en un rechazo. Se intenta drenaje quirúrgico abierto y Friedrich de los tejidos implicados con cultivo del líquido ambarrino drenado, en el que no se objetiva colonización bacteriana. A pesar de ello reaparece el seroma, volviendo a requerir evacuaciones periódicas por molestias y dolor con los movimientos, que dificultan su vida diaria. Tras 2 años de tratamiento conservador, se reinterviene con el planteamiento de retirar la malla y refrescar todos los tejidos implicados. En el acto quirúrgico, apareciendo por el orificio inguinal profundo, se encuentra una tumoración encapsulada, sin relación con el plano posterior del conducto inguinal ni con la malla (que se encuentra bien integrada), que se extirpa en su totalidad en bloque. La Ap demostró la presencia de una lesión quística, de pared fibrosa, benigna sin cuerpos extraños en su interior. Normalización de la pared inguinal sin nuevas colecciones ni seromas. Sin recidiva herniaria al año de seguimiento.

Discusión: Aunque los sellantes de fibrina se utilizan para reducir la posibilidad de colecciones postoperatorias en múltiples técnicas de hernio plastia, la existencia de múltiples factores relacionados con la técnica quirúrgica realizada, el material protésico utilizado, su porosidad y capacidad de integración en los tejidos adyacentes, permiten que estas puedan presentarse. La aparición de tumoraciones de características quísticas, con capsulas bien definidas, aunque poco frecuentes por el tiempo que requieren, en la mayoría de los casos, para su completo desarrollo, están bien descritas en la literatura científica. Es muy importante una técnica quirúrgica escrupulosa, respetando los principios básicos de lesionar lo menos posible los tejidos a diseccionar, cerrar las cavidades creadas en los planos anatómicos y reducir las posibles lesiones térmicas al mínimo, para evitar aquellos factores, como la necrosis y la infección, que puedan facilitar complicaciones como la descrita.

P-333. REVISIÓN DE 219 HERNIAS INGUINOCRURALES INTERVENIDAS EN 2010 EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

C. López Muñoz, F. Fernández Bueno, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, A. García Muñoz-Nájar, A. Rivera Díaz, M. Durán Poveda y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: Las hernias de la región inguinocrural son las más frecuentes de la pared abdominal. La hernia inguinal es la más frecuente de todas y tiene mayor incidencia en varones, mientras que la crural aparece en menos ocasiones y predomina en mujeres. Nuestro objetivo fundamental es la revisión de las hernias inguinocrurales intervenidas en el Hospital de Fuenlabrada durante el 2010: distribución por sexo, tipo de hernia, régimen de intervención y técnica quirúrgica, así como las complicaciones más frecuentes derivadas de este tipo de cirugía.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva anual de los casos de hernia inguinocrural intervenidos quirúrgicamente de urgencia en nuestro servicio durante el año 2010. Recogida de los datos en un formulario informatizado de pared abdominal específico, con protocolo quirúrgico y seguimiento,

dentro de la base de datos SELENE del Servicio de Salud de la CAM.

Resultados: En nuestro hospital se han intervenido en 2010 un total de 196 pacientes de hernia inguinocrural, predominando el sexo masculino sobre el femenino (168:28→6:1). El régimen de la cirugía ha sido fundamentalmente ambulatorio (139 pacientes) frente a ingreso (57 pacientes) y se ha realizado de manera programada en 187 pacientes frente a los 9 que se ha intervenido de urgencia por hernia incarcerada. El tipo de anestesia más frecuentemente utilizada ha sido la locorregional (121 pacientes) frente a la general (75 pacientes). Del total de 219 hernias inguinocruales intervenidas, 98 han sido derechas, 75 izquierdas y 23 bilaterales (mismo acto quirúrgico). El tipo de hernia más frecuente ha sido la indirecta (106 pacientes), seguida de la directa (63), en pantalón (18) y recidivada (17); quedando como menos frecuentes la crural y congénita. La técnica quirúrgica de elección ha sido el Rutkow, en 100 casos, seguido del Lichtenstein en 74 casos. La tercera técnica más frecuente en función del número de hernias reparadas ha sido la endoscópica, en 18 hernias (9 pacientes con hernias bilaterales), seguida del Plug de Lichtenstein en 14 casos. Las técnicas más clásicas como Bassini, Stoppa o Gilbert han sido las menos utilizadas. Las complicaciones más frecuentes registradas han sido de similar proporción en todas las técnicas quirúrgicas, apareciendo hematomas de la pared en 11 pacientes, seroma en 7, infección de herida quirúrgica en 4 casos y neuralgia en 4 hernioplastias.

Conclusiones: El número de complicaciones posiblemente se encuentre infravalorado debido a la falta de registro de las mismas en urgencias y/o al absentismo de los pacientes a las consultas de revisión. La reducción significativa del riesgo de recidiva herniaria, en torno al 50-75%, con la reparación con malla hace que estas sean las técnicas más utilizadas para el tratamiento de la hernia. A pesar de que estudios previos hacen referencia al mayor riesgo de complicaciones importantes con la reparación laparoscópica no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en esta revisión.

P-334. CIRUGÍA DE LA PATOLOGÍA HERNIARIA EN LA URGENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

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

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

Resultados: En el período de un año se han realizado con carácter urgente un total de 946 intervenciones por parte del Servicio de Cirugía General y Patología Digestiva de nuestro hospital, de las cuales 68 (7,2%) han sido motivadas por patología herniaria complicada, el 11,7% durante el turno de mañana, el 47% en turno de tarde y el 41,2% en el de noche. Respecto a las características de los pacientes, el 47,1% son hombres y el 52,9% mujeres, de 75,3 años de edad media (48-101), presentando comorbilidades en el 91,2% de los casos. El 91,2% de los pacientes

suponen urgencias externas que acuden a la puerta de Urgencias siendo el restante 8,8% urgencias internas procedentes mayoritariamente de Medicina Interna. La clínica de presentación es en el 93% de los casos el dolor de la región herniaria y la obstrucción intestinal. La localización del defecto de pared es en la región crural en un 44,1%, seguida de la inguinal en un 35,3% (16,6% recidivadas) y en menor medida en la umbilical y epigástrica con un 11,7%. La reparación se ha efectuado en el 100% de los casos con material protésico, practicándose resección intestinal en el 5,9% de los pacientes. El facultativo que realiza la intervención es en el 85,3% de los casos un residente, dato que permanece constante en los distintos turnos. El 91,2% de los pacientes pasan su postoperatorio inmediato en planta, el 5,9% en UCI y el 2,9% en REA, con una estancia media de 7 días. El 44,1% va a presentar complicaciones postoperatorias, médicas en un 29,4% y quirúrgicas en un 23,5%, precisando ser reintervenidos el 8,8% de los pacientes. La mortalidad supone un 11,7%, siendo la principal causa el shock séptico de múltiples orígenes.

Conclusiones: El mayor volumen de urgencias quirúrgicas por defecto herniario se halla comprendido entre las 15:00 y las 08:00 horas del día, más allá del horario laboral habitual. La patología herniaria de urgencia afecta de forma mayoritaria a pacientes mayores con riesgo ASA III, determinando su elevada morbimortalidad. La patología herniaria de urgencia supone una gran oportunidad para el cirujano en formación que le ayuda a mejorar sus habilidades técnicas.

P-335. HERNIA OBTURATRIZ “THE LITTLE OLD LADY’S HERNIA”

J.C. Zevallos Quiroz, M. Alkorta Zuloaga, J.L. Elosegui Aguirrezabala, J.A. Múgica Martirena, F.J. Murgoitio Lazkano, M. Irazusta Goena, C. Placer Galán y J.M. Enríquez-Navascués

Hospital Donostia, San Sebastián.

Objetivos: La obstrucción intestinal por hernia obturatriz es una patología infrecuente, representan 0,2-0,4% de las obstrucciones intestinales y presentan una morbimortalidad del 25-40% debido al retraso en el diagnóstico. Presentamos 2 casos de obstrucción intestinal causada por esta patología.

Material y métodos: A propósito de un caso de obstrucción intestinal aguda causado por una hernia obturatriz atendido en urgencia de nuestro hospital revisamos los casos atendidos por nuestro servicio en los últimos 5 años y realizamos una revisión bibliográfica de esta patología.

Resultados: El primer caso fue una mujer de 82 años que se intervino de manera programada por diagnóstico de hernia obturatriz en TC tras cuadro de obstrucción intestinal que se trató medicamente. El segundo caso fue una mujer de 74 años, delgada, vista por dolor abdominal de tres horas de evolución irradiado al muslo derecho acompañado de náuseas y vómitos, la paciente tenía la pierna derecha flexionada ya que esto disminuía su dolor, el abdomen presentaba peristaltismo aumentado y sin irritación peritoneal. Se le realizó TC urgente observando un asa ileal que se introducía entre el músculo pectíneo y obturador externo derecho sugestivo de hernia obturatriz incarcerada por lo que se decidió cirugía urgente. En ambos casos se realizó la misma intervención: laparotomía, extracción del intestino del defecto herniario y colocación de plug de Prolene recubriéndolo con peritoneo, el resultado post operatorio fue muy favorable. Estas hernias se producen más en mujeres entre los 70 y 90 años por la mayor extensión del agujero obturador, la oblicuidad diferente de la pelvis, la multiparidad, y enfermedades concomitantes como estreñimiento crónico, EPOC y sifoescoliosis. Son más frecuentes en el lado derecho por el posicionamiento del sigma. Habitualmente el contenido herniario es un asa ileal, aunque se han reportado casos de hernias conteniendo vejiga, ovario,

apéndice cecal, o divertículo de Meckel. La clínica depende de la afectación del nervio obturador y del contenido herniario. Estas hernias se sitúan por debajo del músculo pectíneo, dificultando su palpación. La compresión del nervio obturador causa dolor en la región anteromedial del muslo, que se exacerba con la extensión, abducción y rotación interna de este y se alivia con la flexión, esto se conoce como el signo de Howship-Romberg, y se presenta del 15 al 50% de los pacientes. Otro signo importante es el de Hannington-Kiff que consiste en la ausencia del reflejo aductor. Su diagnóstico se realiza mediante TC.

Conclusiones: El tratamiento es siempre quirúrgico, de manera programada se puede optar entre un abordaje abierto o laparoscópico, extraperitoneal o no. Es imprescindible cubrir el defecto con una malla o colocar un tapón en el conducto obturador y reperitonizar cuando se realiza un abordaje intra-abdominal. Se ha reportado el uso de SILS (single incision laparoscopic surgery) en la reparación de este tipo de hernia. En caso de intervención por oclusión intestinal la vía de acceso recomendada es la laparotomía media. La vía femoral actualmente no se recomienda por ser estrecha y complicada.

P-336. HERNIA DE SPIEGEL INCARCERADA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

E. Romera Barba¹, J.M. Rueda Pérez², I. Navarro García², A. García López², J. Castañer Ramón Llin², M. Balsalobre Salmerón², N.M. Torregrosa Pérez², R. González Costea², J.A. García Marcilla², J.A. Murcia Legaz² y J.L. Vázquez Rojas²

¹Complejo Hospitalario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: La hernia de Spiegel es un raro defecto de la pared abdominal localizado en el borde externo de la línea semilunar, zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen. Su diagnóstico suele ser difícil debido a su infrecuencia, a la difícil palpación debido a que habitualmente son intersticiales y, ocasionalmente, a la dificultad en el diagnóstico diferencial con procesos intraabdominales. Se estima que hasta un 50% de los pacientes se intervienen sin un diagnóstico correcto, y en un 20% de los casos la primera manifestación es la incarceration.

Casos clínicos: Presentamos tres casos de hernia de Spiegel incarcerada. Caso 1: mujer de 74 años, con antecedentes de DM e histerectomía, que acudió a urgencias por tumoración abdominal dolorosa. En la exploración destacaba bultoma en FII no reducible. Ante la sospecha de eventración incarcerada se solicitó TC que informó de hernia de Spiegel izquierda que contenía asa de intestino delgado. Se intervino mediante incisión oblicua sobre bultoma hallando hernia de Spiegel que contenía asas de intestino delgado sin signos de sufrimiento. Se realizó hernioplastia con malla preperitoneal de polipropileno. La paciente fue alta al 2º día postoperatorio. Caso 2: mujer de 81 años, hipertensa, que acudió a urgencias por tumoración dolorosa en hemiabdomen derecho. En la exploración presentaba bultoma en FID doloroso, no reducible. Con sospecha de hernia de Spiegel incarcerada se intervino mediante incisión oblicua sobre bultoma confirmando el diagnóstico. Al abrir el saco se halló una apendicitis aguda purulenta. Se realizó apendicectomía y herniorrafia, siendo alta al 3º día postoperatorio. Caso 3: mujer de 91 años, hipertensa, que acudió a urgencias por bultoma doloroso en FII. En la exploración destacaba bultoma no reducible. Con sospecha de hernia de Spiegel incarcerada se intervino mediante incisión oblicua sobre bultoma hallando asa de sigma viable. Se realizó hernioplastia con malla preperitoneal de polipropileno, siendo alta al 3º día postoperatorio.

Discusión: La hernia de Spiegel constituye el 1-2% de las hernias de la pared abdominal. Suele afectar a mayores de 50 años, existiendo predisposición por el sexo femenino. La obesidad, multiparidad, cirugía previa y EPOC se consideran factores predisponentes. El contenido herniario es variable, habitualmente epiplón, intestino delgado o colon. El orificio herniario suele ser pequeño, de forma redonda u ovalada y de bordes bien definidos y rígidos, lo cual facilita la incarceration. La clínica es variable, siendo lo más frecuente el dolor abdominal inespecífico y la sensación de masa. El diagnóstico precisa un alto índice de sospecha. La presencia de factores predisponentes puede ser útil, ya que la palpación generalmente es difícil debido a que suele tratarse de pacientes obesos y con frecuencia el saco está cubierto por la fascia del oblicuo mayor. La ecografía y el TC pueden contribuir al diagnóstico. El tratamiento de elección en casos de urgencia sigue siendo el abordaje abierto clásico con colocación de prótesis. En la cirugía electiva, el abordaje laparoscópico intra o extraperitoneal evita la incisión sobre el defecto herniario, disminuyendo el riesgo de infección y facilitando la recuperación.

P-337. HERNIOPLASTIA UHS® COMO TRATAMIENTO DE LA HERNIA LUMBAR DE GRYNFELT-LESSHAFT

E. Fernández, A. García Barrasa, J.M. Francos Martínez y P. Moreno Llorente

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Las hernias lumbares son extremadamente raras y su aparición en la literatura es escasa. Las hernias lumbares se desarrollan en la región comprendida entre la XIIª costilla (borde superior), Ms. espinal (borde medial), parte anterior del borde posterior del Ms. Oblicuo mayor (borde lateral) y la cresta iliaca (borde inferior), concretamente en los espacios de Grynfelt-Lesshaft (superior) o en el triángulo de Petit (inferior).

Caso clínico: Paciente varón de 77 años de edad originario de Guinea ecuatorial. Sin alergias medicamentosas conocidas. Con antecedentes patológicos HTA, ACxFA, hepatopatía crónica VHC, bronquitis crónica, adenocarcinoma de próstata, coxartrosis y diverticulosis colónica. Como antecedentes quirúrgicos hernioplastia inguinal bilateral y hemorroidectomía. En tratamiento activo con Casodex® y Procoralan®. En estudio por tumoración lumbar izquierda de años de evolución sospechosa de lipoma con dolor asociado. Aporta ecografía de otro centro que informa de tumoración lumbar izquierda compatible con masa lipomatosa. En la exploración física se objetiva tumoración lumbar izquierda superior de gran tamaño, de consistencia blanda que aumenta con las maniobras de Valsalva, reducible, móvil y no adherida a planos profundos. Presenta dolor a la palpación. No signos flogóticos. Se solicita una resonancia magnética en marzo de 2010 que informa de hernia de Grynfelt-Lesshaft, de gran tamaño izquierda con colon descendente en su interior sin signos de oclusión. Tomografía axial computarizada abdominal en abril de 2010 que objetiva en las regiones paravertebrales posteriores del tronco, hernia situada entre el último arco costal y grupos musculares de la pared abdominal, en el lado izquierdo, conteniendo en su interior el colon descendente, sin signos de sufrimiento. Se orienta como hernia lumbar superior de Grynfelt-Lesshaft. Se solicita fibrocolonoscopia en noviembre de 2010 que informa de colonoscopia parcial normal. Fijación del colon a eventración. Divertículos de sigma. Es intervenido bajo anestesia general en posición de decúbito lateral derecho. Incisión transversa postero-lateral izquierda. Se objetiva hernia por triángulo lumbar posterior con saco herniario. Se procede a la reducción del saco con su contenido a cavidad peritoneal. Disecación de orificio herniario en todo su perímetro y colocación de malla UHS® (tamaño L) con cierre del orificio herniario con bolsa

de tabaco mediante monofilamento irreabsorbible. Fijación del conector a aponeurosis con puntos sueltos de monofilamento irreabsorbible 2/0, fijación de segunda capa de malla a plano muscular con puntos sueltos de monofilamento irreabsorbible 2/0. Correcta evolución posterior retirándose el drenaje a las 24h. El paciente es dado de alta sin incidencias a las 48h. Los controles postoperatorios son satisfactorios.

P-347. HERNIA DE GARENGEOT: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Alegre Torrado, A. Gimeno, F. Cambra Molero, I. Justo Alonso, E. Álvaro Cifuentes, O. Caso Maestro, S. Olivares Pizarro, M. García Nebreda, R. Sanabria Mateos, N. Fakh y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: La presencia del apéndice vermiforme en el interior de una hernia crural es un hallazgo muy infrecuente con una incidencia de 0,5-5%. Su frecuencia es mayor en mujeres posmenopáusicas. Puede presentar desde el apéndice normal hasta inflamado e incluso perforado. El primer caso fue descrito por De Garengot en el año 1731. Se piensa que la anormal inserción del apéndice en el ciego y la existencia de distintos grados de rotación intestinal hace que el apéndice pueda presentar una localización pélvica lo cual aumenta el riesgo de encarcelación en una hernia crural. Los fenómenos de isquemia por compresión a nivel del cuello del saco provocarían de forma secundaria una apendicitis. Su clínica es similar a la de una hernia crural encarcelada: dolor abdominal, masa inguinal dolorosa y eritematosa, los cuales enmascaran los síntomas de la apendicitis. Además dadas las características anatómicas de la región crural, la extensión de la inflamación a la cavidad abdominal es infrecuente, por lo que pacientes con apendicitis perforada raramente presentan clínica de peritonitis. Su diagnóstico preoperatorio resulta excepcional. La fiebre y la leucocitosis son inconstantes. La prueba más sensible es el TAC. Su tratamiento siempre es quirúrgico. Se realizaría una apendicectomía con herniorrafia de urgencia. Aunque el uso de material protésico es un tema controvertido, muchos autores coinciden en no recomendar el empleo de mallas por el alto riesgo de contaminación. La frecuencia de infección postoperatoria es del 29%. Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente diagnosticado de hernia de Garengot en nuestro servicio.

Material y métodos: Paciente varón de 80 años, con antecedentes personales de HTA, DM, amigdalectomía y hernioplastia inguinal izquierda, que acude con clínica de masa dolorosa en región inguinal derecha de 1 mes de evolución. En los últimos días presentó aumento progresivo del dolor y de la temperatura en la zona así como enrojecimiento cutáneo. No presentó fiebre ni alteraciones del tránsito gastrointestinal. Analíticamente presentaba 22.000 leucocitos con una neutrofilia del 80,5%.

Resultados: Se decide intervenir de urgencia por sospecha de hernia crural encarcelada a través de una incisión sobre la tumoración, observándose salida de abundante contenido purulento y la presencia del apéndice perforado a través del orificio crural. Se decide hacer laparotomía media infraumbilical realizándose apendicectomía y lavado abundante de la cavidad, dejando incisión inguinal abierta para facilitar curas de desbridamiento dada la intensa contaminación de la zona. Presentó una evolución favorable. El 18º día de postoperatorio se realizó desbridamiento y aproximación de los bordes de la herida. Siendo dado de alta 7 días más tarde.

Conclusiones: La presencia del apéndice en el interior de una hernia crural es una entidad poco frecuente y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la hernia crural complicada. Raramente se llega al diagnóstico de forma preoperatoria. El trata-

miento consiste en la apendicectomía y herniorrafia de urgencia. El uso de mallas es un tema controvertido aunque se prefiere no emplearlas por el alto riesgo de contaminación.

P-348. HERNIA OBTURATRIZ INCARCERADA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A. Ramos Bonilla, E. Olivo Valverde, A. Moreno Posadas, S.M. Sánchez-Molero Pérez, J. Martín Ramiro, G. Monterde García y N. Herrera Merino

Hospital Severo Ochoa, Leganés.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 83 años, que acude al servicio de urgencias presentando un cuadro de 24 horas de evolución de dolor intenso, distensión abdominal, vómitos y ausencia de deposición y expulsión de flatos desde hace 24-48h. A la exploración: desnutrición proteico-calórica, abdomen distendido y doloroso de forma difusa, sin palpase masas ni hernias a ningún nivel. Ante la sospecha de una posible hernia obturatriz encarcelada se realiza tacto vaginal, palpándose una pequeña masa dolorosa y a tensión. La TC de abdomen confirmó el diagnóstico. Se indicó cirugía, realizándose laparotomía media, con el hallazgo de obstrucción intestinal con asa yeyunal encarcelada en orificio obturatriz izquierdo. Se liberó el asa afectada confirmando su viabilidad y sin realizar resección intestinal, practicándose hernioplastia con malla de polipropileno colocado extra-peritoneal tras un flap de peritoneo. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones. Las hernias obturatrizes son una variedad infrecuente y únicamente suponen el 0,05-1,4% de todas las hernias y ocasionalmente el 0,2-1,6% de las oclusiones intestinales. El diagnóstico de hernia obturatriz pocas veces se establece antes de la aparición de oclusión intestinal. La exteriorización de una masa blanda reductible a la región femoral es excepcional. El dolor que irradia desde la cadera o la ingle hacia la rodilla y cara medial del muslo por compresión del nervio obturador, sólo es sugestivo cuando se asocia a trastornos digestivos. En el 90% de los casos, la hernia obturatriz se manifiesta por una oclusión intestinal aguda, en mujeres ancianas y delgadas. Varios signos clásicos relacionados con la compresión del nervio obturador pueden orientar al diagnóstico: Signo de Howship-Romberg (neuralgia obturatriz que se agrava por la extensión, abducción y rotación medial del muslo y se alivia con la flexión), signo de Hannington-Kliff (Abolición del reflejo aductor, comparándolo con lado contralateral, que indica sufrimiento del nervio obturador). Además, mediante tacto vaginal se puede percibir masa tensa y dolorosa de la hernia en la región obturatriz. La equimosis en la punta del triángulo de Scarpa es un signo tardío relacionado con la necrosis de un asa intestinal. Para el diagnóstico de certeza suelen ser indispensables las pruebas de imagen. Una radiografía simple puede ser sugestiva, pero es la TAC de abdomen la prueba más sensible y específica. En ella, encontraremos signos de obstrucción intestinal acompañados de una burbuja con un nivel hidroaéreo entre los músculos obturador y pectíneo o entre ambos obturadores. El tratamiento de la hernia obturatriz es quirúrgico. Una vez diagnosticada, es necesaria una actuación rápida para minimizar la morbi-mortalidad. Existen diferentes vías de abordaje (femoral, extraperitoneal abierta o endoscópica y laparoscópica). Un TAC previo demostrando ausencia de signos isquémicos puede ser útil para decidirse por una aproximación mínimamente invasiva. Una vez diagnosticada la obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz, el acceso habitual es una laparotomía media, aunque la elección de la vía laparoscópica es plausible con la experiencia necesaria y procediendo con cautela. La reparación con malla protésica se debería plantear únicamente en ausencia de riesgo séptico con alteración intestinal mínima, como es nuestro caso.

P-349. ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ESTOMAS Y LA APARICIÓN DE EVISCERACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA POR CÁNCER COLORRECTAL

J.E. Santos Torres, J. Ruiz-Tovar, A. López, A. Arroyo, P. Moya, L. Armañanzas, A. Frangi, M.A. Gómez, I. Oller, M.J. Alcaide y F. Candela

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Introducción: A pesar de realizar la cirugía por cáncer colorrectal con medidas estrictas de asepsia, la contaminación parece ser imposible de evitar, por ello se considera una cirugía contaminada. En el manejo postoperatorio los pacientes a los que se les ha realizado un estoma tienden a desarrollar mayormente infección de herida quirúrgica, que se han asociado a la proximidad del estoma a la misma y su contaminación por heces.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de todos los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva durante el año 2010. Los pacientes se dividieron en dos grupos: portadores de estomas (Grupo 1) y no portadores (Grupo 2). Se estudio la incidencia de infección de herida quirúrgica, evisceración y estancia hospitalaria.

Resultados: Analizamos 102 pacientes, 31 portadores de estomas y 71 no portadores. La tasa de infección quirúrgica fue del 21% en el grupo 1 y del 15% en el grupo (no significativo $p = 0,29$). El porcentaje de evisceración fue del 6% en el grupo 1, y 0% en el grupo 2 ($p = 0,012$); OR = 3,5 IC95%: 2,4-5,1. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la estancia hospitalaria.

Conclusiones: El mayor contacto de heces con la herida quirúrgica puede provocar la infección en profundidad alcanzando la aponeurosis, lo que puede ser causa de evisceraciones posquirúrgicas.

P-350. UTILIZACIÓN DE MALLAS BIOLÓGICAS EN EL CIERRE DE ABDOMEN COMPLEJO

T. Sánchez Rodríguez, J. Martín Gil, C. Camarero, A. Fábregues, L. Álvarez, M. Burneo, C. Rey, M.D. Pérez Díaz, J. de Tomás, M. Sanz y F. Turégano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: Las reparación de hernias ventrales complejas o el cierre abdominal complejo con mallas sintéticas representan un reto para el cirujano, asociada a una alta tasa de infecciones crónicas, recidivas y posibles fistulas intestinales. Nuestro objetivo es describir la reparación de la hernia ventral con productos biológicos actualmente disponibles y evaluar su eficacia en la reparación compleja, incluyendo campos contaminados y reintervenidos.

Material y métodos: Se presenta una serie de 6 pacientes en los que se realizó reparación de pared abdominal con prótesis biológica.

Resultados: Seis pacientes en los que se realizó reparación de pared abdominal con prótesis biológica, cuatro varones y dos mujeres, con edad media de 63 años. Todos ellos con antecedentes personales de múltiples cirugías previas abdominales y eventración con reparación con malla de polipropileno. La causa más frecuente de intervención, con utilización de malla biológica, fue la reparación de eventración recidivada en 4 pacientes (3 de ellos con infección y retirada de malla previa y 1 de ellos con presencia de fistula enterocutánea), 1 paciente se intervino con colocación de malla biológica por cierre abdominal complejo tras pancreatitis grave y una reparación de evisceración con perforación intestinal como cirugía urgente. En 3 casos fueron encontradas múltiples adherencias de intestino delgado a malla o restos de malla previa durante la cirugía. En 3 casos se requirió separación de componentes de pared abdominal para

el cierre. Como complicaciones postoperatorias se objetivó una recidiva herniaria (en paciente con una infección de herida quirúrgica) y una evisceración con necesidad de reintervención. La estancia media fue de 22 días, 2 pacientes con estancia menor de una semana y 2 pacientes con estancia mayor de un mes (pacientes con cirugía intra-abdominal por patología asociada). No hubo mortalidad en esta serie de pacientes en relación con el procedimiento quirúrgico realizado.

Conclusiones: El uso de una malla biológica para la reparación de eventración abdominal o cierre abdominal complejo es seguro, incluso en pacientes con múltiples intervenciones abdominales, grandes defectos abdominales y campos contaminados. A pesar de la complejidad de las reparaciones en ámbito de la contaminación e infección, no se requirió ninguna retirada de malla biológica.

P-351. TÉCNICA COMBINADA EN EL TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES CATASTRÓFICAS COMPLICADAS

F. Herreras González, R. Villalobos Mori, J. Melé Olivé, C. Gas Ruiz, M. González Duaigües, M.P. Rufas Acín, M.C. de la Fuente Juárez, A. Escartín Arias y J.J. Olsina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Las grandes eventraciones constituyen una patología quirúrgica de difícil solución quirúrgica, más aún cuando de forma no excepcional se presentan en su forma complicada. Se presenta un caso clínico que ilustra la asociación de las diferentes técnicas de reconstrucción parietal para su tratamiento definitivo.

Caso clínico: Paciente mujer de 80 años con importante obesidad y con antecedentes de fibrilación auricular, portadora de prótesis valvular aórtica, histerectomía y hipertensión arterial que consulta en urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución con distensión y signos de estrangulación de gran eventración de laparotomía media supra e infraumbilical. Presenta además fiebre, hipotensión e importante leucocitosis en la analítica. Ingresa procedente de urgencias por eventración estrangulada indicándose la intervención quirúrgica urgente. Gran eventración multisacular estrangulada con necrosis de íleon terminal y colon derecho y transverso. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada incluyendo íleon terminal. Se evidencia importante defecto parietal por lo que se realiza reparación de la pared abdominal con procedimiento combinado de separación de componentes según técnica de Ramírez, desinserción de músculos rectos anteriores del abdomen a nivel costal y solapamiento de vainas anteriores de músculos rectos según técnica descrita por Welti-Eudel modificada por Chevrel hasta conseguir el cierre de laparotomía sin tensión. Posteriormente se refuerza pared mediante colocación Onlay de malla de polipropileno de 30 x 30 cm. Curso postoperatorio inicial en unidad de curas intensivas, caracterizado por la inestabilidad hemodinámica y el compromiso respiratorio que impide extubación inmediata tras cirugía. Progresiva estabilización tanto hemodinámica como respiratoria que permite extubación en 2º día postoperatorio, requiriendo posteriormente soporte mecánico no invasivo. Tras 4 días es alta a planta de hospitalización y tras 10 días de postoperatorio total es alta a domicilio.

Discusión: Aunque no excepcional, la grandes eventraciones no suelen ser motivo de estrangulación, sin embargo, el carácter multisacular de la misma aumenta tal riesgo. La importante obesidad y comorbilidad acompañante son factores añadidos en pacientes con un gran riesgo quirúrgico y anestésico y que condicionan el final exitoso de la cirugía. Quirúrgicamente es clave la completa liberación adherencial y conseguir un cierre parietal firme pero sin tensión para lo cual el conocimiento de

las técnicas de relajación de las fuerzas de tensión parietal es básico. En este caso, la intensa desestructuración parietal hicieron necesario combinar la separación de componentes y la desinserción proximal de los músculos rectos anteriores para permitir llevar a la línea media los músculos rectos. A pesar de esto, fue necesario asociar un solapamiento de las vainas anteriores de los músculos rectos para conseguir el cierre parietal. Esta tres maniobras y su combinación son un tipo de recurso básico que permite el tratamiento definitivo de las eventraciones catastróficas, evitando largas estancias hospitalarias por laparostomía, siempre y cuando se consiga evitar la excesiva tensión parietal que indisolublemente conlleva un síndrome compartimental potencialmente mortal. Las técnicas de liberación de tensión parietal son la herramienta básica del tratamiento definitivo de las eventraciones catastróficas. Es fundamental conseguir un resultado libre de tensión que permita evitar el síndrome compartimental abdominal.

P-352. DOBLE EVENTRACIÓN RECIDIVADA ASOCIADA A DIÁSTASIS DE RECTOS. REPARACIÓN PROTÉSICA VÍA LAPAROSCÓPICA

J. Gómez Menchero¹, J. Bellido Luque¹, J.M. Suárez Grau¹, I. Durán Ferreras¹, A. Bellido Luque², A. Tejada Gómez² y J. Guadalajara Jurado²

¹Hospital General Básico Minas de Riotinto, Huelva; ²Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico de la hernia ventral recidivada ha conseguido disminuir la tasa de complicaciones derivadas de la vía de abordaje y la estancia media favoreciendo una recuperación precoz. Su asociación a la diástasis de rectos exige al cirujano laparoscopista un reto, existiendo diferentes técnicas para su tratamiento descritas en la literatura. A continuación presentamos el caso de una doble eventración recidivada asociada a diástasis de rectos y su resolución vía laparoscópica.

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedentes de diverticulitis perforada Hinchey 4 a la que se le realizó de urgencias una intervención de Hartmann vía laparotómica. Posteriormente fue sometida a reconstrucción del tránsito vía laparoscópica y reparación protésica con malla Motifmesh™ vía anterior de doble eventración paraestomal e infraumbilical. A los 6 meses de la intervención acude de nuevo por doble tumoración que se modifica con Valsalva, una de 10 cm suprapúbica y otra en fosa iliaca izquierda de 6 cm. A la exploración se evidenció diástasis de rectos asociada a gran eventración suprapúbica deslizada. Se decidió abordaje laparoscópico y corrección quirúrgica de ambos defectos. Tras 72 horas de ingreso obtuvo el alta sin datos de recidiva en la actualidad. Se posicionó a la paciente en decúbito supino. Se utilizaron 2 trócares de 5 mm, uno epigástrico y otro paraumbilical derecho y otro de 11 mm en hipocondrio derecho. El primer paso es reducir el contenido herniario. Se realiza adherenciólisis con liberación de asas y reducción cara anterior vesical a cavidad abdominal, seccionando las adherencias que presentaba al saco deslizado. El siguiente paso es crear el espacio preperitoneal, reducir el saco herniario como en la hernioplastia transabdominopreperitoneal (TAPP), e identificar el ligamento de Cooper para fijar la malla en él, tratando de crear el suficiente espacio preperitoneal como para colocar la malla que cubra ampliamente el defecto herniario. Se utiliza una malla PROCEED™ Surgical Mesh compuesta de fijación con suturas helicoidales de 26 × 20 cm. Es necesario superar el defecto por lo menos 4 o 5 cm para disminuir la tasa de recurrencia, fijando la prótesis en el ligamento de Cooper para conseguir una fijación segura, usando la técnica de la doble corona evitando lesionar vasos epigástricos y vasos femorales, que deben ser perfectamente identificados previamente a la colocación de la malla.

Discusión: Creemos que el abordaje laparoscópico es el adecuado en eventraciones recurrentes tratadas inicialmente por vía abierta, especialmente en aquella suprapúbica y asociada a diástasis de rectos, donde los principios del TAPP serían fundamentales para concluir con éxito la intervención.

P-353. TRATAMIENTO DE LA EVENTRACIÓN UMBILICAL EN PACIENTE CIRRÓTICO CON ASCITIS A TENSIÓN

O. Carreño, C. Gómez i Gavara, F.A. Vergara Suárez, M. Sauri Ortiz, J. Maupoey Ibáñez, P. García Pastor, J. Iserte Hernández, S. Bonafe Diana y F. Carbonell Tatay

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El manejo de las eventraciones en pacientes cirróticos plantea un reto porque, aunque se pueden reparar con seguridad sobre una base electiva, su tratamiento está asociado a altas tasas de morbilidad y recurrencia. Con cirrosis descompensada, el control de la ascitis es vital para el éxito.

Objetivos: Dar a conocer el manejo médico-quirúrgico de un paciente con eventración abdominal en el contexto de un cuadro de cirrosis descompensada.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años con antecedente de cirrosis hepática enólica estadio Child Pugh A, portador de eventración umbilical gigante (defecto de diámetro transversal 11,2 cm y longitudinal 7,5 cm en la TAC abdominal) con lesiones tróficas y ulceraciones en la piel que condicionan fuga de líquido ascítico. Preoperatoriamente, se colocó catéter de drenaje peritoneal mediante el cual se drenó intermitentemente la ascitis; esto junto a medidas de higiene local y antibioterapia específica permitió mejorar las condiciones de la piel antes de la intervención. En el acto quirúrgico se realizó plicatura a lo Mayo del peritoneo redundante, comprobándose estanqueidad, prótesis de polipropileno de baja densidad de 30 × 15 cm supraaponeurótica y fibrina autóloga para su fijación, con drenaje aspirativo en tejido celular subcutáneo. Se colocó catéter intraperitoneal en el acto operatorio, para control de la ascitis. Tras la intervención, permaneció hospitalizado 15 días en el Servicio de Medicina Digestiva para mejor control de su patología de base; el día 10º presentó infección de la herida quirúrgica por *Enterococcus faecium* sensible a vancomicina, que fue tratada con curas diarias y antibioterapia específica. Se retiró el catéter de drenaje el 20º día. El paciente fue controlado en consultas a los 2 y 6 meses, no presentando recidiva ni complicación a medio plazo.

Discusión: La reparación electiva de las eventraciones en el paciente cirrótico se puede realizar con baja morbilidad. Es necesaria la preparación multidisciplinar del paciente; el control de la ascitis es fundamental. El manejo conservador de las hernias umbilicales en pacientes cirróticos con ascitis conlleva una alta tasa de incarceraciones, requiriendo entonces cirugía de urgencia, con altas tasas de morbimortalidad.

P-354. HERNIA TRAUMÁTICA DE LA PARED ABDOMINAL SUPERIOR ASOCIADA A INCARCERACIÓN PARCIAL HEPÁTICA

J.L. García Calleja, M. Valero Sabater, R. Ferrer Sotelo, J.A. Fatás Cabeza, E. Gonzalvo González, A. García García, J.L. Blas Laina, J. Resa Bienzobas, J. Lagos Lizán, J. Solano Murillo y S.B. Famhi Besharat

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Introducción: Las hernias postraumáticas de la pared abdominal son una patología poco frecuente. Se definen como la rotura

musculofascial causada por un traumatismo directo, sin penetración de la piel ni evidencia de hernia previa en el lugar de la lesión. Clain y Sahdev establecieron los criterios necesarios para su diagnóstico: Aparición inmediata de la hernia tras traumatismo, sin existir solución de continuidad cutánea. Presencia de signos traumáticos que permitan excluir un defecto previo de la pared abdominal. Presencia de saco peritoneal. Dada la extraordinaria rareza de esta patología (hasta el año 2007 han sido descritos 157 casos en la literatura), aportamos un caso intervenido en nuestro Servicio, destacando la localización de la hernia, su presentación, pruebas complementarias realizadas y tratamiento quirúrgico efectuado.

Caso clínico: Hombre de 68 años, sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor intenso en región costal inferior y cuadrante superior derecho del abdomen. El paciente refiere caída accidental al bajar de su vehículo (tractor). En la exploración clínica destacaba dolor en los últimos arcos costales derechos y en la zona más lateral del hipocondrio derecho. Se palpaba una masa muy dolorosa, irreductible y con marcado relieve sobre la superficie cutánea. El paciente manifestó no presentar dicha tumoración con anterioridad al accidente. Se realizó analítica y radiología convencional con resultados normales. Se solicitó TC toraco-abdominal cuyos hallazgos más relevantes fueron: solución de continuidad en porción laterocraneal de los vientres musculares del oblicuo interno y transverso, conservándose la integridad del oblicuo externo, objetivándose a través de este ojal, la porción lateral del borde inferior del lóbulo hepático derecho. Esta herniación estaba delimitada por el extremo anterior de la 10ª costilla, que improntaba en la porción hepática encarcerada, y por el borde inferior del 9º arco costal. Inmediatamente adyacente al extremo costal del 10º arco se aprecia una imagen redondeada sugestiva de hematoma, el cual diseca el espacio intermuscular en sentido caudal, hasta llegar a la cara externa de la cresta iliaca. Con el diagnóstico de hernia postraumática del cuadrante superior derecho del abdomen, el paciente fue intervenido quirúrgicamente. Se practicó disección del saco herniario, el cual contactaba en la zona superior con la pleura, siendo esta fisurada en las maniobras quirúrgicas. Se procedió al cierre de la pleura, dejando un drenaje endotorácico; se redujo la porción hepática encarcerada y se reparó la hernia mediante la colocación de una malla de polipropileno. El postoperatorio transcurrió con normalidad, siendo dado de alta al 5º día de la intervención. Tras un año el paciente se encuentra asintomático y libre de recidiva.

Discusión: La hernia traumática de la pared abdominal es una entidad nosológica infrecuente. Su incidencia real se desconoce, aceptándose que puede ocurrir en el 1% de los traumatismos violentos. El 78% son causadas por accidentes viales y en menor frecuencia por otros traumatismos. Para su diagnóstico es imprescindible que se cumplan los criterios de Clain y Sahdev. Es imprescindible realizar TC. El tratamiento debe orientarse de forma individual en función de las características de la hernia.

P-365. EVENTRACIÓN XIFOPUBIANA: REPARACIÓN TIPO ALBANESE TRAS NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO

A.K. Moalla Massa, J.A. Guerra Bautista, M.E. Hernández Ollero, J. Mena Raposo, E. Segovia Cornejo y G. García Ferris

Hospital de la Merced, Osuna.

Introducción: Desde que Goñi Moreno describiera en 1940 el neumoperitoneo preoperatorio para permitir la reintroducción visceral herniaria y su adaptación a la cavidad abdominal en el

tratamiento de las grandes hernias, esta técnica mantiene sus indicaciones aún vigentes, llevándose a cabo desde hace cuatro décadas su combinación con materiales protésicos. Exponemos en la presente comunicación el proceso perioperatorio de una gran eventración en la que se ha combinado neumoperitoneo preoperatorio y plastia tipo Albanese.

Caso clínico: Varón de 51 años, fumador, con antecedentes de esquizofrenia, diabetes mellitas y laparotomía hace 20 años por úlcus gastroduodenal perforado. Presenta gran eventración xifopubiana multisacular, con pérdida del derecho a domicilio, sintomática y pendiente de corrección quirúrgica. Ingresó en nuestro hospital por descompensación psicótica; tras estabilización clínica se decide preparación quirúrgica en el mismo ingreso. Durante 15 días se insuflan un total de 12.000 cc de aire ambiental a razón de 700-1.200 cc diarios, a través de catéter en pared abdominal unido a llave de tres vías. La tolerancia es buena, no presentando reacciones adversas. Se practica hernioplastia tipo Albanese, seccionando oblicuos mayores, ambos rectos abdominales a nivel de últimas costillas, y longitudinalmente la vaina anterior de los rectos. Drenajes espirativos. La tolerancia oral se inició al segundo día, siendo dado de alta al noveno. Tras 15 meses de seguimiento no existe recidiva.

Discusión: La reducción del saco herniario de grandes defectos conlleva una alteración de la biomecánica cardiorrespiratoria al elevar el diafragma y reducir el retorno venoso. El neumoperitoneo preoperatorio permite mejorar dicha mecánica relajando la musculatura retraída por distensión progresiva de la misma, provocando además, a partir de la segunda semana una estimulación del sistema inmunitario, favoreciendo la posterior cicatrización. Las indicaciones para la realización de la técnica incluyen eventraciones mayores de 10 cm y grandes hernias inguinales y umbilicales, con sacos irreductibles o con un volumen estimado por TAC de 10 litros. Otras indicaciones, relativas, son grandes hernias recidivadas, paraestomales o con mallas infectadas o intoleradas que hay que retirar. Las complicaciones derivadas de la técnica comprenden insuflación accidental del colon, distrés respiratorio y enfisema subcutáneo. El proceso debe interrumpirse si aparece dolor, taquicardia, hipertensión o hipotensión, o desaturación. Existen series que combinan el uso del neumoperitoneo con las técnicas liberadoras de tensión, o más recientes, con la colocación de mallas (éstas con menor tasa de recidiva).

P-366. TÉCNICA DE QUÉNU (1896). ALTERNATIVA PARA EL SIGLO XXI Y EL FUTURO

H.J. Vargas Pierola, I. Larrañaga Blanc, J. Rivero Déniz, F. Simò Alari, A. Manzanares, E. García Olivares, F.X. Rodríguez Alsina y E. Veloso Veloso

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La técnica de Quénu consiste en la obtención de un colgajo aponeurótico a partir de la vaina anterior de los músculos rectos anteriores del abdomen, mediante incisiones verticales y paralelas, que se trazan por fuera del borde interno de dichos músculos, con posterior sutura de los cuatro bordes de aponeurosis obtenidos a la línea media, y del borde interno de los músculos entre sí. Se utiliza para el cierre de un defecto complejo de la pared abdominal.

Caso clínico: Mujer de 53 años sin alergias médicas conocidas, con antecedentes de obesidad, asma en tratamiento con broncodilatadores y cesárea. En 2007 es intervenida por adenocarcinoma oclusivo de sigma, realizándose una intervención de Hartmann (T3abNOMx) y tratamiento con quimioterapia adyuvante (capecitabine). En 2008 es intervenida de forma urgente por oclusión intestinal, realizándose adherenciólisis y reparación

primaria de eventración de la línea media. En 2009 se diagnosticó de nueva eventración de la línea media y paraestomal, de 22 cm y 4,5 cm respectivamente, por lo que se decide realizar cirugía electiva con reconstrucción del tránsito intestinal y reparación de las eventraciones utilizando la técnica de Quénu más refuerzo con malla de polipropileno. A los 2 años de seguimiento no presenta signos de recidiva.

Discusión: La técnica de Quénu descrita ya en 1896 puede ser reconsiderada hoy, en el siglo XXI, como una técnica alternativa en la reparación de grandes eventraciones, en las que se asocia una pérdida importante del tejido de aproximación. El uso de técnicas combinadas, supone una excelente opción terapéutica para la corrección de las eventraciones. Creemos que el uso de esta técnica puede ser de gran ayuda para reparar grandes orificios herniarios, ya que permite la reconstrucción de la pared abdominal interponiendo una capa de tejido autólogo entre el contenido abdominal y la prótesis.

P-367. EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA CON UNA NUEVA PRÓTESIS PARCIALMENTE REABSORBIBLE ETHICON PHYSIOMESH®. SERIE DE 6 CASOS

C. Méndez García, S. García Ruiz, D. Bernal Moreno, M.J. Tamayo López, J.A. Martín Cartes, M. Bustos Jiménez y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico intraperitoneal de la eventración requiere de la destreza del cirujano para garantizar una correcta colocación de la prótesis, lo que no siempre resulta fácil. Otro de los problemas que se plantean es la formación de adherencias peritoneales de las vísceras en contacto con la malla. La búsqueda de nuevos materiales protésicos que minimicen estos riesgos es uno de los aspectos que más interés despiertan en este campo de la cirugía.

Objetivos: Aplicar esta nueva malla Ethicon Physiomes® en eventroplastia laparoscópica para comprobar su versatilidad y facilidad de manejo intraabdominal, resistencia a la infección y disminución de adherencias peritoneales postquirúrgicas.

Material y métodos: Serie de 6 casos intervenidos de eventroplastia por vía laparoscópica con la nueva prótesis Ethicon Physiomes®, una prótesis compuesta, macroporosa, no absorbible, de polipropileno, laminada entre dos capas de poliglicaprona-25, con una película de polidioxanona teñida. La malla fue fijada con tackers metálicos y reforzada con cola de fibrina en todos los casos. Revisión postoperatoria a los 2 meses y a los 4 meses, ésta con TAC abdominal de control.

Resultados: Se intervinieron 6 pacientes, 4 varones y 2 mujeres, sin criterios de exclusión en cuanto a la edad o el IMC. El tiempo quirúrgico no excedió los 45 minutos. La estancia media postoperatoria fue de 2 días. No se detectaron seromas ni infecciones de herida quirúrgica. No hubo recidivas precoces en los siguientes 4 meses postoperatorios. No se aprecian adherencias de las asas intestinales a la superficie interna de la malla en el TAC de control.

Conclusiones: La malla Ethicon Physiomes® al ser transparente permite ver el defecto herniario a su través, puede ser recortada y es fácil de enrollar para pasar a través del trocar, tiene memoria suficiente para un despliegue más sencillo y se adhiere a la pared abdominal; características todas ellas que facilitan su correcta colocación, además, la marca teñida de azul, a lo largo del diámetro mayor de la malla, permite una mejor orientación de la prótesis dentro de la cavidad abdominal. Al ser una malla macroporosa, parcialmente reabsorbible, disminuye la reacción a cuerpo extraño ulterior, reduciendo la reacción inflamatoria y la creación de seromas posquirúrgicos.

P-368. HERIDA POR ARMA DE FUEGO CON PÉRDIDA DE SUSTANCIA DE PARED ABDOMINAL. TRATAMIENTO EN DOS TIEMPOS. CASO CLÍNICO

B. Arencibia Pérez, J.M. Sánchez González, J.G. Díaz Mejías, J. Jordán Balaza, J. Padilla Quintana, G. Hernández Hernández, A. Pérez Álvarez, L. Gamba Michel, M. Hernández Barroso, F. García Correa y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: Las heridas por arma de fuego de la pared abdominal con pérdida de sustancia y rotura visceral, se tratan inicialmente con prótesis reabsorbibles para conseguir estanqueidad temporal, recuperación del estado general del paciente y control de la infección local. En un segundo tiempo, la eventración resultante se trata con prótesis irreabsorbibles ya que es el método de referencia para todas las eventraciones, con independencia de su tamaño. El objetivo es analizar el manejo y reconstrucción en dos tiempos de un caso de pérdida de sustancia de pared abdominal secundaria a lesiones por arma de fuego.

Caso clínico: Se trata de un paciente varón de 68 años que es trasladado al servicio de urgencias tras haber sufrido un accidente con escopeta de caza, presentando herida abdominal de bordes irregulares en fosa iliaca derecha, pérdida de sustancia de pared abdominal (15 x 15 cm) y contenido intestinal eviscerado con múltiples perforaciones de intestino delgado. Se realiza laparotomía media hallándose múltiples perforaciones de íleon terminal y proximal. Se realiza resección y anastomosis L-L mecánica del segmento más afecto + múltiples suturas de lesiones puntiformes en el resto del íleon. Se implanta malla de Vicryl (se recorta a medida), suturada a fascia, aproximación parcial de la musculatura y Friederich. El 7º día PO el paciente es reintervenido por dehiscencia anastomótica, abordándose por laparotomía media practicándose resección y nueva anastomosis L-L, sin manipular la malla. El paciente evoluciona de manera favorable, desarrollando infección de la herida quirúrgica del defecto aponeurótico, la cual es tratada con curas locales y desbridamientos. Cinco meses más tarde el paciente presenta eventración gigante de aproximadamente 20 cm de diámetro, limitante para las actividades de su vida diaria. Se lleva a cabo intervención quirúrgica programada realizándose eventroplastia laparoscópica con malla de PROCEED (26 x 34 cm), evolucionando de manera favorable en el postoperatorio. Seis meses después de la reparación de la eventración no se detecta recidiva, con una buena continencia de la pared abdominal.

Discusión: El caso presentado muestra el manejo satisfactorio en dos tiempos de un defecto importante de pared secundaria a herida por arma de fuego, con rotura visceral y sepsis local, con implantación inicial de malla reabsorbible. Se opta por la eventroplastia laparoscópica como tratamiento definitivo del defecto parietal.

P-369. EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL: UNA ENTIDAD RARA CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO

E. Bra Insa, O. Caso, N. Fakh, I. Justo, M. Abradelo Usera, S. Olivares, E. Álvaro Cifuentes, F. Cambra y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 Octubre, Madrid.

Introducción: La evisceración transvaginal es una complicación postquirúrgica poco frecuente en nuestra especialidad. Tiene una incidencia aproximada del 0,3-0,4%, la cual puede verse aumentada por el mayor número de procedimientos que se abordan por esta vía. Pocos son los casos publicados en la literatura.

tura al respecto, describiéndose siempre distintos tipos de reparación quirúrgica, sin existir consenso actual, acerca de cuál es el mejor.

Casos clínicos: Presentamos 2 casos clínicos. El primero una mujer de 90 años, hysterectomizada hacía 6 años que presentaba evisceración transvaginal espontánea de varias asas de intestino delgado. Se realizó un abordaje abdominal con una incisión tipo Pfannestiel, reducción bimanual de las asas herniadas y reparación por vía anterior del defecto de la cúpula vaginal con sutura irreabsorbible, colocando sobre él una malla de polipropileno de 2 x 1 cm cubierta por una plicatura del peritoneo parietal a nivel de la fascia de Denonvilliers. El segundo caso fue una mujer de 47 años hysterectomizada 3 años atrás, también por vía transvaginal, que igualmente presentaba evisceración de parte del paquete intestinal. El procedimiento quirúrgico fue superponible al primer caso. Ambos casos llevaban pocas horas de evolución, y en ningún caso fue necesaria la resección intestinal del segmento eviscerado. El postoperatorio transcurrió sin incidencias en ambos casos. La evolución a los 6 meses de la intervención fue satisfactoria sin incidencias reseñables.

Discusión: Resulta necesario realizar una revisión sobre el tratamiento quirúrgico de la evisceración transvaginal debido a un aumento del número de abordajes por esta vía. La reparación por vía abdominal con cierre del defecto de la cúpula vaginal y refuerzo del peritoneo parietal interponiendo entre ambos un parche de malla de polipropileno es una excelente opción terapéutica con buenos resultados a corto plazo.

P-370. REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS DE PARED ABDOMINAL

S. Díaz Sierra, P. Aragón, M.D. Ruiz, J. Belenguer, R. Gómez, K. Maiocchi y F. Checa

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Objetivos: Presentar las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de siete pacientes con endometriosis de pared abdominal (EPA).

Material y métodos: Revisión de pacientes con diagnóstico de endometriosis desde junio de 1990 hasta febrero de 2010, en el Hospital de Sagunto. Variables analizadas: edad, antecedentes ginecológicos u obstétricos, intervalo de tiempo entre este antecedente y la EPA, forma de presentación, diagnóstico inicial, tamaño tumoral y localización del endometrioma en la pared abdominal, métodos de diagnóstico por imagen, tratamiento y seguimiento.

Resultados: Entre 184 pacientes diagnosticadas de endometriosis ocho presentaron EPA. La edad media fue de 25 años (rango 20-33). Seis pacientes presentaron antecedentes obstétricos (cesárea). La mediana de intervalo temporal desde el antecedente obstétrico hasta la aparición de la EPA fue de 46 meses (rango 35-215). Todos los casos se presentaron con dolor, cíclico en dos casos y no cíclico en el resto. Una paciente presentó dismenorrea como único síntoma de aparición. Dos pacientes presentaron tumoración umbilical. En seis pacientes el diagnóstico inicial fue de EPA y en dos casos se diagnosticó como tumor desmoide. El tamaño tumoral medio fue de 25 mm (rango 14-40). En 3 casos la localización fue umbilical y el resto se localiza sobre una cicatriz de pared abdominal: incisión de Pfannestiel (3 casos), laparotomía media (1 caso) y hernioplastia inguinal (1 caso). Como pruebas de imagen se realizó ecografía en cinco pacientes, diagnóstica de endometrioma en sólo un caso. En una paciente se realizó RMN que tampoco diagnosticó la EPA. En los dos casos restantes, no se realizó ninguna prueba de diagnóstico por imagen. No se realizó biopsia preoperatoria en ningún caso. Todas las pacientes fueron intervenidas, realizándose en todos

los casos una resección primaria de la tumoración con márgenes libres de más de 1cm, no siendo necesaria la reparación de la pared abdominal mediante prótesis en ninguna de nuestras pacientes. La mediana de seguimiento ha sido de 31 meses (rango 8-36), sin haber evidenciado ninguna recidiva hasta el momento.

Conclusiones: La endometriosis de pared abdominal aparece en mujeres con antecedentes de cirugía abdominal y/o pélvica, y en las cicatrices fisiológicas del ombligo. Se suele presentar como masas dolorosas en cicatrices previas. El diagnóstico principal debe realizarse con absceso, hematoma, eventración, lipoma, granuloma, sarcoma, tumor desmoide, linfoma y metástasis. Su diagnóstico inicial es complicado por su baja incidencia por lo que requiere una buena anamnesis y exploración física para sospecharlo.

P-371. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DEFECTO HERNIARIO A TRAVÉS DE LA VAINA POSTERIOR DEL RECTO ABDOMINAL

E. Martín Martín, E. Arteché Dabaugna, A. Gómez Portilla, J. Barrós Ingerto, L.A. Magrach Barcenilla, E. López de Heredia, A. Sancha Pérez, A. Lirola Maturana, E. Palacios Bazán, B. Ezurmendia Sinisterra e I. Cendoya Ansola

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: Dentro de las hernias ventrales espontáneas se encuentra un insólito grupo que comprende las hernias a través de la vaina de los rectos. Para dar a conocer esta rara entidad presentamos un caso de hernia espontánea encarcelada de intestino delgado a través de un defecto en la vaina posterior del recto anterior derecho en una mujer anciana sin antecedentes de cirugía previa.

Caso clínico: Paciente de 87 años de edad, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos. Antecedentes personales de asma y deterioro cognitivo moderado, intervenida de cadera y de cataratas. En la exploración abdominal presenta dolor a la palpación de forma generalizada más intensa en hemiabdomen derecho con signos de defensa a este nivel. Analítica de Urgencia destaca leucocitosis (13.600 leucocitos con 89,1% de neutrófilos), PCR: 84,5 y LDH: 203. En la placa de tórax y de abdomen no se aprecian signos hallazgos significativos. Se solicita TAC abdominal urgente donde se aprecia íleo mecánico en hipocondrio derecho, en relación con hernia intestinal a través de defecto en fascia profunda de pared abdominal anterior. Se interviene de urgencia practicándose laparotomía media donde se aprecia segmento yeyunal encarcelado en defecto herniario localizado en la vaina posterior del músculo recto anterior derecho de localización alta. Tras reducción del asa encarcelada que presenta signos de sufrimiento local que se recuperan y resección de contenido epiploico encarcelado, se coloca un plug que se fija con Premicon, cubriéndose el defecto con peritoneo parietal. La paciente evoluciona de forma favorable siendo dada de alta hospitalaria al quinto día postoperatorio.

Discusión: La hernia espontánea a través de la vaina posterior del recto es una de las hernias más raras descritas, con nueve casos publicados desde 1937 y sólo tres casos con encarcelación intestinal. En la revisión de la literatura es el primer caso descrito en que se documenta la colocación de malla para reparar el defecto. El defecto herniario se localiza en la vaina posterior del recto anterior, por lo que el contenido encarcelado se sitúa entre el músculo recto y su vaina posterior. El mecanismo fisiopatogénico exacto no es bien conocido, algunos autores apuntan a factores predisponentes como son una debilidad muscular asociada a una elevada presión intraabdominal (en embarazo, ascitis...) especialmente en zonas de paso de las estructuras neurovascu-

lares como los nervios intercostales y los vasos torácicos inter-nos. A pesar de la consistencia de la vaina posterior del recto, se han descrito zonas de menor resistencia susceptibles de originarse este tipo de hernias sin antecedente traumático, ni intervención quirúrgica previa. La rareza de esta entidad hace que sea una patología raramente sospechada en casos de masa o defensa a nivel de pared anterior de abdomen. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con el hematoma o con colecciones purulentas a este nivel, siendo los estudios de imagen especialmente el TAC o la ECO el que nos lleva un correcto diagnóstico preoperatorio.

P-372. SISTEMA VAC ASOCIADO A PRÓTESIS DE COLÁGENO EN EL TRATAMIENTO DEL ABDOMEN ABIERTO EN PACIENTES SÉPTICOS MULTIOPERADOS

E. Romera Barba¹, J.M. Rueda Pérez², I. Navarro García², A. García López², J. Castañer Ramón-Llin², J.A. Murcia Legaz², A. de Paco Navarro², M. Balsalobre Salmerón², R. González Costea², J.A. García Marcilla² y J.L. Vázquez Rojas²

¹Complejo Hospitalario de Cartagena, Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: El cierre de la laparotomía en pacientes sépticos multioperados sigue siendo hoy día un problema, ya que puede aumentar la morbimortalidad postquirúrgica al provocar complicaciones como síndrome compartimental, infección de la herida o evisceración. La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) se presenta como una alternativa terapéutica en estos casos, tanto facilitando el tratamiento del abdomen abierto como paso previo al cierre definitivo de la laparotomía, como favoreciendo la cicatrización por segunda intención en las heridas complejas. Sin embargo, con frecuencia nos lleva a la creación de una eventración controlada.

Objetivos: Describir nuestra experiencia con la terapia VAC asociada al uso de prótesis de colágeno en el cierre de una herida abdominal complicada, con el objetivo de prevenir la aparición de eventración.

Caso clínico: Varón de 72 años, sin antecedentes de interés, intervenido por adenocarcinoma de recto el 20/01/2011 realizándose resección anterior baja. Al 4º día postoperatorio es reintervenido por peritonitis fecaloidea secundaria a dehiscencia de anastomosis, realizando refuerzo de la misma e ileostomía en FID. Al 8º día postoperatorio es reintervenido de nuevo hallando necrosis e infección en tejido celular subcutáneo y fascia, y nueva dehiscencia, realizando colostomía terminal con cierre del muñón distal según técnica de Hartmann y colocación de VAC intraabdominal. El 22/02/2011 se reintervino para cierre de la laparostomía mediante dos prótesis de colágeno ubicadas a nivel intraperitoneal, y VAC sobre las mismas. Se realizaron cambios de VAC cada 48 horas comprobándose al mes el adecuado crecimiento del tejido celular subcutáneo, disminuyendo el defecto de 10 a 5 cm de diámetro y siendo alta con dispositivo de VAC portátil, que se retiró 15 días más tarde.

Discusión: La aplicación de una presión negativa controlada en el lugar de la herida proporciona un entorno húmedo y cerrado a la vez que elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida, y estimula la angiogénesis y la formación de tejido de granulación, de forma que se acelera la cicatrización a la vez que se disminuye su volumen. Existen dos tipos de terapia: el sistema "Open abdomen", que reemplaza a la clásica bolsa de Bogotá facilitando el tratamiento del abdomen abierto, permite el retraso del cierre primario hasta la estabilización del paciente, dejando la fascia intacta y recogiendo y cuantificando la pérdida de fluido abdominal; y la "terapia suprafascial" que acelera la cicatrización por segunda intención de las heridas

complicadas, una vez cerrada la aponeurosis. Con frecuencia en pacientes sépticos multioperados la retracción o destrucción de los tejidos impide realizar un cierre facial sin tensión y las condiciones locales contraindican el empleo de prótesis sintéticas. La prótesis de colágeno es una prótesis biológica reabsorbible que actúa de guía y soporte para la formación de tejido de granulación endógeno. Su naturaleza no sintética hace que sea más resistente a la infección y que, por tanto, pueda ser utilizada en estas situaciones, en un intento por conseguir un cierre efectivo y permanente de la pared abdominal, evitando la aparición de eventración.

P-373. ENDOMETRIOSIS UMBILICAL PRIMARIA. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

E. Romera Barba¹, J.M. Rueda Pérez², I. Navarro García², J. Castañer Ramón-Llin², A. Sánchez Pérez², A. García López², J.A. Murcia Legaz², J. Sánchez Garrido², S. Ortiz Reina², S. Montalbán Romero² y J.L. Vázquez Rojas²

¹Complejo Hospitalario de Cartagena; ²Hospital General Universitario Santa María del Rosell, Cartagena.

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante extrauterino. Afecta a un 5-15% de mujeres en edad fértil, siendo su localización más frecuente intrapélvica. Las formas extrapélvicas afectan a un 12% de las mujeres con endometriosis, asentando en diversas localizaciones como el tracto gastrointestinal, genitourinario, pulmón o pared abdominal. La endometriosis de pared abdominal es rara y, aunque puede aparecer de forma primaria, habitualmente suele ser secundaria a intervenciones ginecológicas u obstétricas localizándose sobre cicatrices laparotómicas, laparoscópicas o perineales. La forma primaria más frecuente es la umbilical o nódulo de Vilar.

Objetivos: Presentamos 4 casos de endometriosis umbilical primaria comentando aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 49 años que consultó por bultoma umbilical doloroso de meses de evolución. En la exploración presentaba nódulo de 1,5 cm, no reductible, elástico. Con sospecha de granuloma vs hernia umbilical se intervino realizando exéresis del mismo. La anatomía patológica informó de endometriosis. La paciente fue remitida a Ginecología, que descartó endometriosis pélvica. Caso 2: mujer de 44 años que consultó por tumoración umbilical con sangrado y dolor con menstruación. Con sospecha de endometriosis, se intervino realizando exéresis del mismo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. La paciente fue remitida a Ginecología, que descartó endometriosis pélvica. Caso 3: mujer de 32 años que consultó por tumoración umbilical con sangrado esporádico con menstruación. Se realizó ecografía que informó de nódulo de 28 x 23 mm, supraaponeurótico. Se intervino realizando exéresis del mismo. La anatomía patológica informó de endometriosis. La paciente fue remitida a Ginecología, siendo diagnosticada de endometriosis ovárica bilateral. Caso 4: mujer de 28 años que consultó por bultoma umbilical doloroso con sangrado ocasional con menstruación. Con sospecha de endometriosis se intervino realizando exéresis del mismo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico. Fue remitida a Ginecología y diagnosticada de endometriosis ovárica bilateral. Cuatro años tras la cirugía presentó recidiva de la lesión y se reintervino realizando onfalectomía.

Discusión: La endometriosis umbilical primaria fue descrita por Vilar en 1886. Constituye una forma de presentación infrecuente, afectando al 0,5-1% de las pacientes con endometriosis. Se presenta en forma de nódulo de tamaño variable, cuya coloración varía de rojo a azul o negro. La clínica suele tener un carác-

ter cíclico en forma de dolor o aumento de volumen durante el periodo premenstrual o menstrual. En ocasiones puede presentar supuración crónica, siendo la hemorragia menos frecuente. Histológicamente se caracteriza por la presencia de los dos componentes del tejido endometrial típico: glándulas revestidas de epitelio cilíndrico y estroma. El diagnóstico con frecuencia se obtiene tras el estudio anatomopatológico de la pieza, aunque puede establecerse la sospecha por la clínica. La ecografía, el TC o la RNM ayudan a valorar la extensión y establecer el diagnóstico diferencial. La PAAF puede ser útil para confirmar el diagnóstico. En cualquier caso, debe investigarse la presencia de endometriosis genital o pélvica debido a que se encuentra asociada en un 25% de los casos. El tratamiento de elección es la resección con márgenes adecuados. La recidiva es infrecuente, así como el riesgo de malignización (0,3-1%).

P-383. ENDOMETRIOSIS EXTRAPERITONEAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y 6 CASOS DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

E. Peña Ros, F.M. González Valverde, M. Vicente Ruiz, M. Ruiz Marín, A. Sánchez Cifuentes, E. Terol Garaulet, P.A. Parra Baños, C. Escamilla Segade, M. Méndez Martínez, F.J. Ródenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

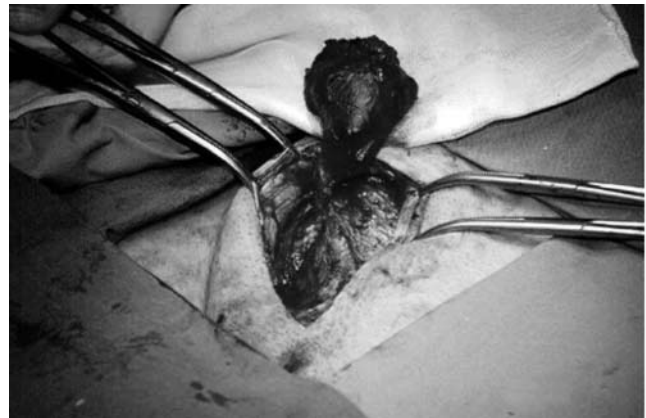
Objetivos: Presentar nuestra serie de 6 casos de endometriosis extraperitoneal de localización poco frecuente y analizar sus características, el diagnóstico diferencial en su presentación y el tratamiento más adecuado.

Material y métodos: La endometriosis es un trastorno benigno caracterizado por la presencia extrauterina de glándulas y estroma uterino. Las mujeres afectadas suelen ser de edad fértil, con historia de dolor abdominal cíclico y dismenorrea progresiva. La aparición y proliferación de tejido funcional fuera de la cavidad uterina puede estar presente hasta en el 15,8% de las mujeres en edad fértil. El lugar más frecuente de presentación es en la pelvis (incluyendo los ovarios), ganglios paraaórticos, apéndice cecal, intestino grueso y delgado, la vejiga urinaria, el fondo de saco de Douglas y el peritoneo. La endometriosis visceral es de presentación intestinal en el 3-37% de los casos, y sus síntomas pueden confundirse con ileítis, apendicitis, diverticulitis o carcinoma de colon, y puede progresar hasta íleo o perforación. Es excepcional encontrarlo en las estructuras extraperitoneales como el periné, sacos herniarios, pleura, pulmones, tejido subcutáneo, piel, cicatrices o extremidades. En el diagnóstico preoperatorio a menudo se confunde con un granuloma de la sutura, una adenopatía, un neuroma, hernias, lipomas, abscesos, hematomas, metástasis o quistes subcutáneos. Presentamos 6 casos clínicos distintos de endometriosis extraperitoneal, tres de ellas en mujeres sin antecedentes de cirugía ginecológica.

Resultados: El primer caso: mujer de 31 años que consulta por tumoración de 5 x 4 cm en ingle derecha. Se intervino por incisión parainguinal derecha comprobando su naturaleza quística que se continuaba hasta integrarse en el ligamento redondo a través del anillo inguinal profundo, observándose una formación quística de 12 cm en ovario derecho, realizando exéresis de la misma. El segundo caso: mujer de 39 años, monja de profesión, que consulta por masa palpable de 6 x 10 cm en vulva a nivel de labio izquierdo, doloroso de forma espontánea durante la menstruación. La ecografía reveló su naturaleza quística y se realizó hemivulvectomía con exéresis de la lesión, cuyo estudio histológico informó de endometriosis submucosa e intramuscular. Los casos tercero y cuarto son mujeres con antecedentes de cesárea que presentaron bultomas dolorosos en la cicatriz. En ambos casos se trató de implantes de endometriosis a nivel de

la cicatriz. En el mayor de ellos (de 10 x 8 cm) se decidió exéresis y en el menor (2,4 cm y oligosintomático) se optó por tratamiento con agonistas de GnRH. El quinto caso es una paciente de 27 años intervenida dos años antes por laparoscopia que consulta por nódulos subcutáneos a nivel del ombligo. Se planteó el diagnóstico de granuloma de la sutura, pero el resultado histológico informó de endometriosis subcutánea. El sexto caso es una mujer de 45 años que consulta por nódulo de 2 cm en margen anal derecho, no acompañado de dolor ni supuración. Se diagnosticó inicialmente de hemorroides y programó la intervención, siendo el resultado anatomopatológico positivo para endometriosis.

Conclusiones: Como vemos estamos ante un cuadro clínico frecuente de presentación variada y cuyo diagnóstico diferencial es importante para plantear un abordaje quirúrgico adecuado a la naturaleza y localizaciones de la lesión.



P-384. HALLAZGO CASUAL DE RECIDIVA TUMORAL EN REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN. ¿ABORDAJE INTRAABDOMINAL PARA EXPLORACIÓN DE ENTRADA? A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Armañanzas Ruiz, P. García Peche, A. Calero Amaro, P. Moya Forcén, J. Santos Torres, I. Oller Navarro, M.A. Gómez Correcher, A. Arroyo Sebastián, A. Frangi Caregnato, M. Díez Tabernilla y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Introducción: La aparición de eventraciones es una complicación quirúrgica frecuente, en la cual influyen factores tales como el tipo, tamaño de la incisión y la presencia de ciertas patologías de base por parte del paciente. La colocación de la malla está sujeta a diferentes técnicas según escuelas y posibilidades de ejecución en el momento de la intervención, existiendo principalmente dos tipos de prótesis diseñadas a tal efecto: aquellas de colocación extraperitoneal, y aquellas intraperitoneales o de colocación en contacto con asas. La mayoría de cirujanos prefiere la colocación de prótesis extraperitoneales siempre que sea posible, para evitar la creación de adherencias y otros posibles riesgos derivados, pero ante determinados antecedentes por parte del paciente, posiblemente sea adecuado protocolizar su colocación intraabdominal para poder así realizar una adecuada exploración de la cavidad abdominal previa a la colocación de la malla.

Caso clínico: Paciente varón de 59 años que ingresó para intervención programada de reparación de eventración a nivel infraumbilical. Como antecedentes de interés presentaba síndrome depresivo y neoplasia vesical tratada con RTU en varias ocasiones, (siendo informado de carcinoma papilar transicional grado I) hasta 7 años antes, cuando se le realizó cistectomía radical con reconstrucción tipo Bricker, por aparición de una masa

en TC abdomino-pélvico de control. El informe AP informó como infiltración por carcinoma mucinoso. Fue descartado otro posible origen tumoral. El paciente pasó a cargo del Servicio de Oncología, donde siguió tratamiento con QT y RT. Los controles periódicos, incluyendo pruebas de imagen, no objetivaron recidiva de la enfermedad. El paciente presentaba eventración que abarcaba toda la cicatriz de la cirugía previa, por lo que fue visto por el Servicio de Cirugía y propuesto para intervención quirúrgica. Durante la intervención se accedió a cavidad abdominal para colocación de prótesis intrabdominal. Se procedió a la exploración de la misma, durante la cual se objetivó una masa de 8 cm de diámetro a nivel epiploico no conocida previamente, que se extrajo. No se objetivaron otras tumoraciones, por lo que se prosiguió con la intervención inicialmente planteada. La pieza fue informada como adenocarcinoma mucinoso. El paciente se encuentra a cargo del Servicio de Oncología siguiendo tratamiento con QT. No se han encontrado nuevas masas en el estudio de extensión.

Conclusiones: Dada la experiencia, se podría aconsejar el acceso a cavidad intraabdominal de entrada en corrección de eventraciones tras cirugías oncológicas. Este gesto nos permitiría una adecuada exploración de la cavidad previa a la colocación de la prótesis, descartando así la presencia de una posible recidiva de la enfermedad no conocida ni evidenciada por los controles y pruebas de imagen previos. Dicha aportación, representa un gesto no perjudicial ni causante de variación en la técnica quirúrgica inicial planteada, pero que sí puede aportar grandes beneficios para el paciente en caso de obtener algún hallazgo.

P-385. EVISCERACIÓN VAGINAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

D. Sánchez Relinque, T. Gómez Sánchez, F. Grasa González, J.L. Fernández Serrano, S. Salas Díaz, J. Santos Martínez y E. García Romero

Hospital Punta de Europa, Algeciras.

Introducción: La aparición de contenido intestinal a través de la vagina actualmente se le conoce con el nombre de *evisceración vaginal* (EV). Esta patología fue descrita por primera vez en 1864 por M. Hyernaux, y en la actualidad existen menos de 100 casos publicados en la literatura. Pese a lo excepcional del caso, le resultará difícil de olvidar al médico que lo atienda. La EV es más frecuente en pacientes posmenopáusicas (68% de los casos según Kowalski et al), asociadas en la mayoría de los casos con enteroceles, cistoceles o cirugía pélvica previa (73%), mientras que en pacientes premenopáusicas se suelen asociar a traumatismo coital, violaciones, cuerpos extraños o iatrogenia. En el caso de las primeras se han descrito diversos factores de riesgo: mala técnica quirúrgica tras histerectomía vía abdominal o vaginal, infecciones, hematomas, radioterapia, edad avanzada, corticosteroides y maniobras de valsalva.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos de pacientes posmenopáusicas (70, 77 y 81 años) que acuden a Urgencias por dolor abdominal y sangrado vaginal. Como antecedente quirúrgico presentan histerectomía previa (2 vía vaginal), y una de ellas cistocele asociado. En dos casos se evisceró, a través del introito vaginal, íleon terminal y en el otro caso el sigma, y tan solo en uno de ellos se consiguió reducir la evisceración pudiéndose solucionar vía transvaginal, los otros dos necesitaron laparotomía media con resección intestinal del tramo afecto. El postoperatorio cursó sin complicaciones con una estancia media de 5,3 días.

Discusión: La evisceración vaginal es una patología rara pero grave, que requiere intervención quirúrgica inmediata. Los factores de riesgos más importantes a tener en cuenta son la cirugía vaginal previa y la presencia de disfunción del suelo pélvico. La posición de litotomía es recomendable a la hora de poder va-

lorar la técnica quirúrgica tanto vía vaginal como abdominal. Está indicada la realización de laparotomía en caso de evisceración incarcerada, mala coloración del asa intestinal o sospecha de desgarro mesentérico. La utilización de una malla como refuerzo del suelo pélvico con posterior peritonealización de la misma puede contribuir a evitar posibles recidivas. La reparación del defecto vaginal vía laparoscópica en aquellos casos en que se ha podido reducir la evisceración podría ser una opción a tener en cuenta en casos seleccionados.

P-386. PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO POR PLUG DE MALLA 15 AÑOS DESPUÉS DE UNA HERNIOPLASTIA CRURAL

M. Garrido Romero, Ll.M. Oms i Bernat, F.A. Zárata, C. Balaguer del Ojo, D. Güell i Puigercócs, R. Mato y F. Campillo

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa.

Introducción: Desde la descripción de la hernioplastia inguinal sin tensión por Lichtenstein hace más de 20 años hasta la actualidad, estamos viviendo una rápida evolución en las técnicas quirúrgicas y el uso de nuevos tipos de mallas y materiales, para la reparación de las hernias inguinales y crurales. Fueron Rutkow y Robbins en 1993, los que introdujeron el método del plug de malla, promocionándolo como una técnica que proporciona una rápida recuperación y bajo índice de recidiva, con una mínima disección de la región inguinocrural. A pesar de los buenos resultados, se han recogido diversas complicaciones asociadas a la migración de este tipo de malla, especialmente en forma de oclusión y perforación intestinal.

Objetivos: Documentar una de estas complicaciones destacando su carácter tardío, el considerable volumen del plug y su insuficiente fijación.

Caso cínico: Paciente mujer de 80 años de edad, alérgica a la penicilina y sin hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus no insulino dependiente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con broncodilatadores de forma habitual y disnea a pequeños esfuerzos, insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática (VHC), insuficiencia renal crónica grado 3, anemia crónica multifactorial y apendicectomizada que había olvidado estar intervenida por hernia inguinocrural crural derecha en otro centro quince años antes. Consulta a urgencias de nuestro hospital por cuadro de 2 días de evolución de masa y dolor a nivel crural derecho, sin otra sintomatología acompañante, en el contexto de acceso de los días previos (convaleciente de proceso neumónico hacía 15 días). En la exploración, destacaba paciente febril y hemodinámicamente estable, deshidratada y con palpación abdominal normal. Presentaba masa crural inflamatoria no reducible, sin distinguirse cicatriz previa. Radiológicamente, en el estudio de abdomen, se objetivó neumatización de asas de intestino delgado en el lado derecho de la pelvis. Ante la sospecha de hernia crural incarcerada, es intervenida evidenciándose un absceso crural (*Escherichia coli* y *Streptococcus agalactiae*) producido por un plug de malla de polipropileno de 6 x 3 cm sin apreciarse sutura de fijación, que producía un decúbito sobre un asa de intestino delgado. Se practicó extracción del plug, enterorrafia a través de un amplio orificio crural, y herniorrafia. La paciente desarrolló fistula enterocutánea de bajo débito al quinto día de la cirugía, tratada conservadoramente. Dado el aumento del débito y deterioro del estado basal se decidió reintervención quirúrgica 10 días después, practicándose laparotomía infraumbilical y resección segmentaria de 10 cm de íleon. Al tercer día postoperatorio, presentó una insuficiencia respiratoria, desestimándose más medidas terapéuticas dado el contexto de la paciente.

Discusión: La reparación de las hernias inguino-crurales con plug de malla, se ha demostrado en la literatura como una técnica segura, cómoda y rápida para el cirujano y el paciente, pero no exenta de pocas pero relevantes complicaciones, derivadas de la migración de la malla por una mala fijación del plug o una situación inadecuada de la malla en el canal inguinal u orificio crural. El correcto emplazamiento y anclaje de la malla son capitales en la prevención de estas complicaciones poco habituales.

P-387. EVISCERACIÓN CONTENIDA TRAS INCISIÓN DE MCBURNEY CON CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADO. UN CUADRO MÁS QUE EXCEPCIONAL, ANECDÓTICO

A. Camacho Ramírez, M. Balbuena García, M.A. Urbano Delgado, M. Rodríguez Castilla, M.J. Jiménez Vaquero, J. Falckenheiner, J. Álvarez Medialdea, A. Najeb Alassad, L. Costilla, V. Vega Ruiz y M. Velasco García

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La apendicectomía abierta mediante la incisión clásica de McBurney es una vía de abordaje ampliamente utilizada en todos los hospitales. La complicación tardía aunque infrecuente es la eventración de la incisión (menor de 1%). Las posibilidades de una eventración complicada (incarcerada o estrangulada) tras incisión de McBurney igualmente son muy bajas. La evisceración es excepcional. Siendo la asociación de la evisceración contenida junto a un cuadro de obstrucción mecánica casi inexistente.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente varón de 46 años de edad con IMC en rango de normalidad, entre cuyos antecedentes destaca una hipertensión arterial con control farmacológico y una trombosis de vena central de la retina de origen incierto en tratamiento con ácido acetilsalicílico. Acude al servicio de urgencias con cuadro clínico, analítico y ecográfico compatible con apendicitis aguda. El paciente es intervenido bajo anestesia general mediante incisión de McBurney de unos 4-5 cm. Sin incidencias durante la cirugía, cerrándose la pared abdominal en dos planos, peritoneo con sutura continua, aproximación con dos puntos sueltos de musculatura oblicua y cierre nuevamente continuo de la aponeurosis del oblicuo mayor. Para la piel se utilizaron grapas. El paciente es dado de alta al segundo día postoperatorio, no dándosele el primer día por vómitos. Acude al décimo día postoperatorio tras comenzar con cuadro de dolor a nivel de la cicatriz, distensión abdominal, vómitos de cuatro días de evolución con ausencia de tránsito. Afebril. La herida quirúrgica no presenta anomalías, dolorosa al tacto y con un abdomen distendido y timpánico a la percusión. Al paciente se le realiza una radiografía de abdomen objetivándose importante dilatación de asas de delgado, por lo que se decide completar el estudio con T.C. abdomino-pélvico, encontrándose cuadro de obstrucción intestinal secundario a un asa que se introduce a través de los planos musculares de la incisión de McBurney con indemnidad de la piel. Ante tales hallazgos se decide reintervención. Tras retirada de grapas, no se perciben anomalías a nivel subcutáneo con indemnidad de la aponeurosis cerrada de forma hermética. Tras retirada de sutura se observa asa de intestino delgado con signos de sufrimiento con ausencia de saco herniario, se consigue extraer dicho segmento mostrándose zona de estrangulamiento a nivel del mesenterio. Se reintroduce el asa y cerrándose nuevamente por planos. Piel grapas. El paciente es dado de alta fajado y sin incidencias al segundo día postoperatorio.

Discusión: Ante un paciente con dolor, distensión abdominal y niveles hidroaéreos en un postoperatorio de una cirugía apendi-

cular existen diversas causas a pensar como son la colección intraabdominal, hemoperitoneo, fistula del muñón apendicular, sin embargo como se muestra en éste caso, aunque infrecuente hay que tener presente la posibilidad de que el cuadro pueda ser debido a una obstrucción intestinal secundaria a la introducción de un asa a través de la evisceración contenida de la incisión de McBurney.

P-388. SARCOMAS RETROPERITONEALES: NUESTRA EXPERIENCIA EN 12 AÑOS

S. Sánchez García, C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, E.P. García Santos y F.J. Ruescas García

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Los sarcomas retroperitoneales (SRP) constituyen un subgrupo infrecuente de los sarcomas de partes blandas (10-20%), los cuales componen un conjunto heterogéneo de tumores malignos derivados de células mesenquimales. Su incidencia global en adultos es inferior a 0,5%, sin claro predominio por ningún sexo, y suelen diagnosticarse entre la 5ª y 6ª décadas de la vida. Los tipos histológicos más frecuentes son el liposarcoma (50%), leiomiomasarcoma, histiocitoma fibroso maligno y el sarcoma indiferenciado, siendo su pronóstico más desfavorable que aquellos dispuestos en otras localizaciones. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica en pacientes con sarcoma de localización retroperitoneal y revisamos la literatura al respecto.

Material y métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de 13 pacientes diagnosticados de SRP entre enero de 1999 y marzo del 2011. De ellos, en 3 pacientes se aplicó tratamiento adyuvante dado que cumplían uno o varios criterios de irreseccabilidad: invasión de estructuras vasculares mayores (aorta, vena cava), diseminación local en la raíz del mesenterio y presencia de implantes peritoneales múltiples. En los pacientes intervenidos (9) la técnica quirúrgica empleada fue la exéresis completa del tumor con márgenes libres (mínimo 1 cm) (se logró en un 23%).

Resultados: Tipos histológicos: sarcoma desdiferenciado (5); liposarcoma (5); leiomiomasarcoma (2); rhabdomiomasarcoma embrionario (1). Resección en bloque (3): 1. Cola y cuerpo de páncreas, bazo, riñón y suprarrenal izquierdos y parte del hemidiafragma izquierdo. 2. Esplenectomía y parte de cúpula diafragmática izquierda. 3. Esplenectomía, nefrectomía y suprarrenalectomía izquierda y pancreatomectomía parcial distal. Asocia linfadenectomía interaortocava.

N	13
Edad media	60 años
Rango edad	24-83 años
Sexo	2 mujeres/11 varones

Conclusiones: Aunque la etiología de los SRP es desconocida, se han descrito múltiples factores de riesgo relacionados con su génesis: exposición a radioterapia, arsénico, virus de Epstein-Barr, virus del herpes-8 y diferentes síndromes. Debido a su localización estos tumores pueden alcanzar un gran tamaño, ocasionando síntomas por infiltración o compresión. En el 45-75% de los casos se objetiva un aumento del perímetro abdominal con palpación de masa. La tomografía computarizada es la primera elección para su diagnóstico por imagen, pudiendo complementarse con la ecografía abdominal y la resonancia magnética. La confirmación histológica mediante biopsia con aguja gruesa queda limitada a los casos sospechosos de linfoma o si se aplica neoadyuvancia. La resección quirúrgica amplia (del tumor y la cicatriz de la biopsia con márgenes libres de 1-2 cm) es el único factor estadísticamente significativo que mejora la su-

pervivencia. La radioterapia adyuvante está limitada por la presencia de órganos adyacentes al lecho quirúrgico dados los efectos secundarios (neurológicos 6-16%, gastrointestinales 15-22%) de esta arma terapéutica. Disminuye las recurrencias locales (22-25%) en comparación con la cirugía aislada. La utilización de quimioterapia debe considerarse de forma individualizada, aunque actualmente no ha demostrado su eficacia en cuanto a control de la enfermedad a nivel local, aumento del tiempo libre de enfermedad ni supervivencia global. Por tanto, la supervivencia de estos pacientes, 36-58%, 10-50% a los 5 y 10 años, respectivamente, está determinada por factores pronósticos favorables como la resección quirúrgica completa, el bajo grado histológico y la ausencia de recidiva local.

P-389. NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMARIAS DE PARED ABDOMINAL: PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los tumores primarios de pared abdominal se engloban como sarcomas de partes blandas, siendo ésta una localización extremadamente infrecuente. Evaluamos nuestra casuística del último año.

Caso clínico: Caso 1: mujer de 81 años que consulta por tumoración lumbar izquierda de unos 35 cm, de varios meses de evolución. En tomografía se observa tumoración de pared abdominal posterior, que afecta a plano muscular. La biopsia no es concluyente, por lo que se indica exéresis quirúrgica, extrayendo una pieza de más de un kilogramo de peso, que precisa reconstrucción de la pared abdominal con malla de polipropileno. La anatomía patológica de la pieza es informada como sarcoma fibromixoides T2N0M0, que precisó tratamiento radioterápico posterior. Caso 2: mujer de 34 años que consulta por tumoración en fosa ilíaca derecha, de 2 meses de evolución. Se aprecia masa a la palpación, de unos 4-5 cm de diámetro. En la ecografía y tomografía se observa masa dependiente de músculo oblicuo menor. Se decide intervención quirúrgica, en la que se realiza exéresis de la masa y reconstrucción de la pared abdominal con malla de polipropileno. El postoperatorio cursa de forma favorable. El estudio anatomopatológico muestra tumor mesenquimal desmoide, que no precisó tratamiento posterior.

Discusión: Nuestros hallazgos son concordantes con lo publicado en la literatura. La evolución de ambas pacientes fue satisfactoria y se realizó seguimiento por Cirugía y valoración por Oncología en ambos casos. La reconstrucción de la pared abdominal no mostró debilidades de la pared tras un seguimiento a 6 meses y las pacientes realizan control en consultas. El diagnóstico de sospecha de tumores primarios malignos de pared abdominal obliga a realizar pruebas de imagen (ecografía, tomografía y resonancia) y toma de biopsias para filiar la masa. El tratamiento definitivo incluye en la mayoría de las ocasiones la exéresis del tumor y, dependiendo de la histología, puede precisar quimiorradioterapia. En la literatura se han descrito menos de 10 casos de tumores mesenquimales desmoides en pared abdominal, que se comportan como pseudotumores con evolución incierta, ya que pueden presentar recidivas locales de difícil tratamiento, si bien no producen metástasis a distancia. Su presentación típica es en niños y en mujeres en edad reproductiva. Los rhabdomyosarcomas son la presentación más frecuente de tumores primarios de pared abdominal, apareciendo en más del 60% de los casos en pared abdominal anterior. La presentación más frecuente es en varones con dos picos de edad: 3ª y 5ª décadas de la vida. El tratamiento debe incluir radioterapia y es obligatorio descartar la presencia de metástasis a distancia, que pueden

aparecer hasta en un 25% de los casos. Tras la exéresis del tumor, es fundamental la reconstrucción de la pared abdominal, que precisará distintas técnicas según el tamaño del tumor. No se han descrito contraindicaciones para el uso de bioprótesis, por lo que suele ser la opción más empleada para evitar un cierre con tensión. El uso de colgajos sólo se recomienda cuando se han descartado la presencia de tumores o metástasis a distancia.

P-390. PAPEL DE LA MALLA BIOLÓGICA EN LA HERNIOPLASTIA: ¿ESTÁ INDICADO SU USO EN LA ACTUALIDAD?

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La reparación herniaria sin tensión está continuamente en desarrollo gracias a la aparición de nuevos biomateriales. En los últimos años han aparecido en el mercado prótesis derivadas de tejidos biológicos, pero ¿qué indicaciones tienen estas nuevas mallas en la hernioplastia? Presentamos una revisión de las indicaciones de uso de las prótesis biológicas y los resultados de nuestra Unidad.

Material y métodos: Nuestra Unidad ha realizado un total de 7 hernioplastias con malla biológica. Los casos fueron eventraciones recidivadas, con importante pérdida de sustancia y/o necrosis de pared abdominal, en los que se había desestimado otro tipo de intervención quirúrgica (colgajos, eventroplastia laparoscópica) y en los que se había objetivado un fracaso previo de materiales sintéticos.

Resultados: Sólo se encontró un caso de intolerancia de malla que precisó retirada de la misma, probablemente por un mal manejo ambulatorio de la infección precoz. Hubo un caso de exitus por neumonía nosocomial durante el postoperatorio tardío. Un tercer paciente con enfermedad de Crohn multioperada presentó recidiva de fístula enterocutánea, que se toleró adecuadamente y que se consiguió controlar con tratamiento conservador.

Conclusiones: Los estudios controlados aleatorizados sobre indicaciones de malla biológica son muy escasos en la literatura. Hasta el momento han sido testadas en situaciones muy heterogéneas, desde eventraciones complejas con infección activa hasta hernioplastias inguinales electivas en pacientes previamente sanos. Estos estudios no realizan un análisis asociado de los costes por el empleo de mallas biológicas, cuyo precio puede alcanzar hasta 15 veces el de las mallas sintéticas. ¿Justifica esta ligera mejoría su uso en casos no complicados teniendo en cuenta el coste económico? Los resultados de las mallas biológicas parecen favorables en pacientes límites con rechazo crónico de malla sintética o con necrosis de la pared abdominal, donde suponen el último recurso. Las indicaciones para hernioplastia laparoscópica son independientes del tipo de malla, ya que las mallas biológicas también se han empleado en endocirugía. Los resultados de los estudios preliminares, que de nuevo tienen la limitación del bajo nivel de evidencia científica, muestran que la tasa de recidiva es inferior a las mallas sintéticas cuando la eventroplastia se realiza por laparoscopia, ya sea en tejidos infectados o indemnes. Con respecto al uso de las mallas biológicas en localizaciones menos frecuentes, como hernias parostomales o hiatales, se han presentado en el mercado mallas biológicas preformadas para facilitar su aplicación. En las hernias hiatales, las mallas biológicas han mostrado mejor integración y más calidad de la fibrosis que las mallas sintéticas. En las hernias parostomales, esta diferencia es menor. No hay estudios con alto nivel de evidencia que nos permitan determinar en qué

situaciones está claramente indicado el uso de mallas biológicas, especialmente si tenemos en cuenta que los costes son elevados y los resultados en las reparaciones herniarias habituales son similares a los ya existentes. Los resultados publicados hasta el momento en la literatura han sido muy dispares y no presentan un nivel de evidencia científica aceptable, ya que se tratan de series de casos o estudios experimentales en animales.

P-391. USO DE TERAPIA VAC EN FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED

C. Vecino Bueno, M. Sánchez Ramírez, R. Pérez Huertas, A. Cano Matías, E. Domínguez Adame y F. Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El defecto de piel y pared abdominal supone un gran desafío al que debe enfrentarse el cirujano en diversas ocasiones. Una herida abierta, no sólo predispone a la infección, sino que conlleva una pérdida de calor, fluidos y proteínas que pueden complicar la evolución de un paciente. Cuanto más según el tamaño del defecto. Para facilitar el manejo de estos enfermos se puede utilizar la terapia de cierre asistida por vacío (terapia VAC), que actualmente, está siendo objeto de numerosos estudios y publicaciones donde se analiza la posible relación con la aparición de fístulas intestinales y muchos otros donde se evalúa la eficacia de la terapia según la experiencia personal de grupos de trabajo.

Caso clínico: Exponemos el caso de una paciente de 41 años que presenta gangrena de pared abdominal y fascitis necrotizante secundaria a eventración infraumbilical estrangulada. La paciente cuenta con antecedentes de obesidad y diabetes mellitus e intervenciones por cesárea en 2 ocasiones y eventroplastia. Se realizó el diagnóstico de fascitis necrotizante por la clínica y confirmación mediante TAC de la presencia de aire/gas en la pared abdominal y disección del tejido celular subcutáneo. El tratamiento quirúrgico precisó la resección de 20 cm de yeyuno medio con anastomosis laterolateral y resección amplia de las escaras necróticas y del tejido celular subcutáneo hasta encontrar bordes libres de enfermedad. El resultado fue un defecto de pared de más 20 cm de altura x 40 cm de ancho. Se instauró tratamiento de cierre de pared asistido por vacío (terapia VAC) iniciándose en el 4 día postoperatorio y manteniéndose durante 23 días. Durante los últimos 9 días de tratamiento se utilizó un dispositivo domiciliario obteniéndose una gran adaptación y gran satisfacción de la paciente. En este momento, dada la magnífica evolución de la herida (que se demuestra con material gráfico) se realizó cierre primario del defecto. Tras la realización del cierre primario del defecto, la evolución fue satisfactoria. Retirándose los drenajes a los 5 días postoperatorios y puntos de piel pasados 12 días.

P-392. PSEUDOQUISTE DE MOREL-LAVALLEE TRAS DERMOLIPECTOMÍA ABDOMINAL

F.M. González Valverde, M. Méndez Martínez, M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, Á. Sánchez Cifuentes, E. Terol Garaulet, P. Pastor Pérez, M. Ramírez Faraco y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Introducción: La formación de pseudoquistes secundarios a traumatismos tangenciales con separación del tejido subcutáneo y la fascia muscular fue descrita por el médico francés Morel-Lavallee. Aunque es muy raro, la necrosis grasa y los espacios muertos que genera una abdominoplastia pueden originar un derrame o pseudoquiste de Morel-Lavallee.

Caso clínico: Paciente mujer de 69 años intervenida hace 20 años de una dermolipectomía para corregir un faldón graso abdominal secundario a cirugía bariátrica. Consulta por masa meso-hipogástrica de crecimiento lento y no dolorosa. A la exploración se encuentra una masa elástica, fija a planos profundos, de unos 30 x 20 cm. La ecografía mostró una masa de límites bien definidos y contenido heterogéneo. Se realizó un TAC que permitió observar una masa en el plano anterior a los rectos abdominales y oblicuo externo bien delimitada respecto a planos vecinos. La paciente fue intervenida mediante una incisión en huso transversa sobre la masa (incisión clásica de dermolipectomía de Pitanguy-Regnault) encontrando una formación quística de cápsula fibrosa en el plano subcutáneo, que fue disecada y extirpada. La pared se cerró por planos dejando dos drenajes aspirativos tratando de minimizar los espacios muertos y deslizamientos. Recibió presoterapia con faja abdominal durante dos semanas y actualmente la paciente se encuentra asintomática. El estudio anatomopatológico informó de formación pseudoquística constituida por una pared fibrosa sin revestimiento epitelial, compatible con un pseudoquiste de Morel-Lavallee.

Discusión: El traumatismo tangencial que cizalla los tejidos subcutáneos origina una cavidad a la que abocan vasos sanguíneos y linfáticos seccionados que dan lugar a un acumulo serohemático en su interior. La ecografía puede orientar el diagnóstico inicial, que se puede completar con una TAC o, preferentemente, con una RMN. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, cerrando la herida por planos con suturas de anclaje plano a plano. Para prevenir esta complicación el cierre de los colgajos cutáneos debe efectuarse tratando de minimizar los espacios muertos y evitando deslizamientos entre la fascia muscular y el tejido graso subcutáneo.

P-393. SCHWANNOMATOSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Y. Mohamed Al-Lal, M. Sanz Sánchez, C. Camarero Mulas, J. Lago Oliver, J. Guarnizo Clemente, R. Franco Herrera y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de una paciente con schwannomatosis múltiple y describir brevemente este desconocido síndrome junto con los criterios diagnósticos.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 51 años, remitida desde otro centro, donde consultó por dolor lumbar irradiado hacia la cara interna del muslo izquierdo. Aportaba una RNM, que objetivó una tumoración de partes blandas en cara interna de la rodilla izquierda de 2 cm con origen en la vaina nerviosa así como una tumoración dependiente de la raíz nerviosa S1, con extensión presacra. Se completó el estudio con una TC toraco-abdomino-pélvica, que confirmó la existencia de una masa pélvica de 6 cm dependiente de la raíz nerviosa de la 5ª vértebra lumbar y 1ª sacra (L5-S1), sin criterios de agresividad. Además, en la TC, se evidenció otra tumoración que ocupaba la ventana aortopulmonar de 3 cm con posible origen en el nervio vago o frénico izquierdo con idéntica naturaleza a la observada en la pelvis. Reinterrogada la paciente nos refirió que años atrás, había sido intervenida de dos tumoraciones en miembros superiores, en su hospital de procedencia. Ambas compatibles con el diagnóstico de schwannoma. La paciente fue intervenida en nuestro servicio de la tumoración abdominal, apreciándose en el acto quirúrgico una tumoración presacra de aproximadamente 6 x 4 cm de origen nervioso dependiente de L5-S1 derechas, en íntima relación con los vasos ilíacos, el uréter y el recto. Se realizó una exéresis completa de la misma. La anatomía patológica reveló un schwannoma con cambios degenerativos sin

criterios malignidad. El postoperatorio cursó de forma favorable siendo dada de alta al 5º día con ausencia de déficit sensitivo y motor de las extremidades.

Discusión: La schwannomatosis es una rara entidad, poco conocida y de reciente descripción que se enmarca dentro de las neurofibromatosis. Se caracteriza por múltiples schwannomas en ausencia de afectación del VIII par craneal, y sin signos de neurofibromatosis tipo 1 y 2. Los criterios diagnósticos son la edad > 30 años, dos o más schwannomas no intradérmicos, sin evidencia de tumores vestibulares y con exclusión de neurofibromatosis tipo 2. Recientemente se ha asociado la mutación del gen SMARCB1 a la contribución en el desarrollo del 10% de las schwannomatosis esporádicas y posiblemente en un futuro pueda aplicarse para el diagnóstico de este síndrome. Se estima que representa un 2,4-5% de los pacientes que requieren la resección de un schwannoma, con un pico de incidencia entre la tercera y sexta décadas de la vida, sin diferencias entre el sexo. Las lesiones se localizan en las extremidades, cabeza y cuello, región espinal y mediastino. Para su diagnóstico la, RNM es la prueba de elección. El dolor es el síntoma principal y en ocasiones puede aparecer déficit motor o sensitivo. Aunque este síndrome representa una entidad benigna, la resección quirúrgica es necesaria en los pacientes sintomáticos.

P-394. TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE LA PARED ABDOMINAL

C. Díaz Chaveli, G. González Álvarez, L. Segura Pujolar, F. Cobo Huici, A. López Cousillas, M. Aizcorbe Garralda y M. Sánchez Vázquez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los tumores de células granulares son una entidad rara de tumor neural caracterizado por la aparición de grandes células eosinofílicas granulares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y colelitiasis, que fue vista en consulta de la Unidad de Pared Abdominal, por presentar una tumoración abdominal, bajo reborde costal izquierdo, dolorosa, sobre todo con la sedestación. Exploración: tumoración de unos 2-3 cm localizada bajo el reborde costal izquierdo en la zona interna de la línea medioclavicular, de consistencia dura, bien delimitada, no móvil y dolorosa a la palpación. Se solicitó estudio ecográfico en el que se objetivó una lesión quística en tejido celular subcutáneo, de unos 2 cm de diámetro, con contenido en su interior y avascular con doppler sin poder precisar etiología. Hígado, bazo y riñones sin alteraciones. Vesícula de tamaño normal con múltiples litiasis sin signos de colecistitis. Posteriormente se realiza PAAF que fue compatible con tumor de células granulares. Se realizó estudio inmuno-histoquímico con el siguiente resultado: citoqueratina negativo, S-100 positividad ligera granular y MITF positivo. Con el diagnóstico de tumor de células granulares se propone intervención quirúrgica programada. Intervención: bajo anestesia general, se realiza escisión completa de la tumoración comportando la piel y llegando hasta el músculo recto anterior izquierdo que se reseca parcialmente, así como su aponeurosis anterior. Durante la resección se aprecia un nervio que llega al tumor y que se secciona y coagula. Dada la extensión de la sección, que llega hasta la línea alba, quedando un orificio en línea media y hacia la izquierda que obliga a la colocación de una malla de polipropileno de 5 x 10 cm en posición preperitoneal y retrofascial fijada con sutura discontinua reabsorbible. Anatomía patológica: tumoración constituida por células sin atipia ni mitosis de citoplasma amplio granular, que se disponen en nidos separados por finos tabiques de tejido conectivo. Las células muestran débil positividad PAS-DIASTASA resistencia. El borde quirúrgico

profundo se encuentra a menos de 0,5 mm. Inmunofenotipo: S-100 +++, MITF +++, HMB45 -. Diagnóstico anatómo-patológico: tumor de células granulares (2,5 cm).

Discusión: Los tumores de las células granulares de la pared abdominal son extremadamente raros. Se han publicado menos de 10 casos en la literatura médica. Aunque raros, los tumores de células granulares pueden presentarse como una tumoración en la pared abdominal. Se presentan típicamente como tumores pequeños, pobremente delimitados, indoloros y no ulcerados. La situación más típica es en cabeza y cuello, pared torácica y en los brazos. El diagnóstico diferencial incluye el rabdomioma, hibernoma, fibroxantoma y cambios reactivos posquirúrgicos. La inmunohistoquímica es esencial para el diagnóstico, la mayoría son positivos para S-100, NK1-C3 y CD68. Solo el 2% de los tumores de células granulares son malignos. La recidiva es infrecuente. El pronóstico de estos tumores parece ser favorable y no está indicado el tratamiento adyuvante con radio-quirioterapia.

P-395. TUMOR MIXOIDE FIBROSO SOLITARIO DEL ORIFICIO OBTURADOR Y ACETÁBULO

M. Aguado Pérez, V. López Flor, J. Fernández Moreno, J.E. Pérez Folqués, J. Vázquez Ruiz, J. Guirao Manzano, Y. Reyes Casado, D. Mansilla Molina y J.F. Civera Muñoz

Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia de origen mesenquimal poco frecuente, descrita por primera vez en la pleura en 1931 por Klamperer y Robin. La mayoría de los TFS suelen ser torácicos y pleurales, pero se han descrito casos en prácticamente cualquier localización. En el ámbito pélvico con extensión obturatriz, como es el caso que presentamos, no existe bibliografía descrita en la literatura médica. La histología típica de estos tumores incluye células fusiformes separadas por tractos similares al colágeno, vascularización hemanngiopericitoide e inmunohistoquímica positiva para CD34 y vimentina, entre otros. Aunque la presencia de un patrón mixoide focal en los tumores solitarios fibrosos no es infrecuente, la descripción de esta entidad con un estroma fundamentalmente mixoide es extremadamente raro; de hecho, sólo se han reportado 18 casos en la literatura. El curso clínico de los TFS es considerado imprevisible y aunque la mayoría presenta un comportamiento benigno, se han descrito tasas de recurrencia y afectación metastásica entorno al 10-15%. Con respecto a esta variante mixoide de TFS es necesario una casuística y un periodo de seguimiento más amplio para ofrecer datos sobre su comportamiento. El tratamiento de elección es quirúrgico, con amplios márgenes de resección. No se conoce actualmente una terapia adyuvante óptima para esta entidad, existiendo una gran controversia sobre su administración.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años, sin antecedentes médicos de interés, que es remitida por el Servicio de Ginecología ante el hallazgo de una tumoración pélvica asintomática, en el contexto de una exploración ginecológica rutinaria. Al tacto vaginal se palpa una lesión en cara anterior, móvil, no dolorosa. Presenta analítica y marcadores tumorales dentro de la normalidad. Se solicita una ecografía abdominal que detecta un tumor pélvico hipervascularizado, por lo que se amplía el estudio realizando una TAC abdomino-pélvica, que informa de masa pélvica de 5,5 cm de contorno bien definido e intensa captación de contraste venoso, que se extiende a planos musculares de músculos obturadores, desplazando la vejiga sin signos de infiltración de la misma y sin relación con útero u ovarios. La resonancia magnética objetiva una tumoración de 6 x 5 x 7 cm, con captación intensa en T2, de posible origen mesenquimal, con un componente mixomatoso que se extiende hasta

el músculo obturador interno y el acetábulo derecho no se detecta afectación ósea ni vasculonerviosa. Se planea la cirugía mediante dos vías de abordaje, una abdominal, con el objetivo de acceder al componente pélvico de la tumoración hasta la cara interna del orificio obturador, y otra paralela al pliegue inguinal, realizando una resección quirúrgica completa. El informe anatomopatológico informa de tumor mixoide fibroso solitario, con bordes libres de resección, y expresión intensa de CD34, BCL2, CD 99, vimentina y receptores de progesterona.

Discusión: El tumor mixoide fibroso solitario constituye una patología muy infrecuente, de hecho sólo existen 18 casos publicados en la literatura médica. Su comportamiento clínico y pronóstico está aún por establecer.

P-396. ANGIOMIOFIBROBLASTOMA DE FOSA ISQUIORECTAL DERECHA

E. García Santos, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, F.J. Ruescas García, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, C. Manzanera Campillo, R. Vitón Herrero, I. Arjona Medina y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El angiomioblastoma es un tumor mesenquimal, descrito recientemente por Fletcher como una lesión de tejidos blandos que ocurre casi de forma exclusiva en la región vulvovaginal de mujeres de edad media, apareciendo como una lesión solitaria de morfología quística, que se suele diagnosticar clínicamente como un quiste de las glándulas de Bartholino. Las diferencias en el comportamiento clínico entre los distintos tumores de tejidos blandos, requieren un diagnóstico anatomopatológico preciso para garantizar un tratamiento adecuado, siendo necesario un tratamiento multidisciplinar para evitar diagnósticos erróneos con otras neoplasias vulvares con pronóstico diferente.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 49 años de edad con antecedentes personales de miomatosis uterina, úlcus péptico y apendicectomía, que presentaba una tumoración perineal dolorosa de dos años de evolución y de crecimiento progresivo. A la exploración física se evidencia una tumoración a nivel del labio mayor derecho, blanda, dolorosa a la palpación y no reductible. La ecografía puso de manifiesto una lesión isocogénica bien delimitada de 4 cm de diámetro. A nivel perineal en el espacio pararectal derecho, la tomografía computarizada describió una lesión sólida, heterogénea, que se extiende hasta nivel subcutáneo de 4,2 × 2,6 × 3,1 cm. En la resonancia magnética se evidenció una lesión caracterizada por la captación heterogénea de contraste. Se procedió a la exéresis quirúrgica de una tumoración sólido-quística de 5,5 × 4,3 × 2 cm de consistencia blanda y color grisáceo. Microscópicamente se evidenciaron estructuras vasculares en el seno de una matriz mixoide rodeadas por células epitelioides y musculares; la tinción inmunohistoquímica fue positiva a desmina, poniendo de manifiesto la existencia de células musculares. El diagnóstico anatomopatológico fue de angiomioblastoma. El periodo postoperatorio discurrió sin complicaciones, estando la paciente asintomática y sin signos de recidiva en el momento actual, doce meses tras la cirugía.

Discusión: Es importante, por tanto, establecer el diagnóstico diferencial (histológico e inmunohistoquímico) del angiomioblastoma, ya que su comportamiento difiere de otras lesiones de la misma localización. Como consecuencia, el seguimiento de estas patologías dependerá del grado de agresividad del tumor primario. En el proceso diagnóstico de una masa perineal, se debe tener en cuenta al angiomioblastoma porque el tratamiento y pronóstico de estos tumores difiere de otras patologías tanto benignas como malignas. Se requiere de un trata-

miento multidisciplinar, ya que la región anatómica donde se origina el angiomioblastoma puede ser competencia tanto de ginecólogos como de cirujanos.

P-397. SARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE

C. Basés, C. Mulas Fernández, M. Cantos, J. Mir, E. Artigues, R. Fabra y J.V. Roig

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales representan el 15% de todos los sarcomas de partes blandas. Se trata de un grupo heterogéneo e infrecuente de tumores con un pronóstico generalmente pobre aunque con una amplia variabilidad en las tasas de supervivencia a los 5 años que van desde un 12% hasta un 60% según series. La resección quirúrgica completa es el único tratamiento potencialmente curativo y por tanto el de elección en estos pacientes, aunque la ausencia de síntomas tempranos, el gran tamaño que presentan estos tumores en el momento del diagnóstico y la localización y frecuente invasión de estructuras vecinas hacen difícil en ocasiones conseguir resecciones completas.

Caso clínico: Mujer de 50 años venezolana remitida a nuestro centro por sarcoma retroperitoneal. Como antecedentes de interés es HTA, esquizofrénica, IRC y se realizó exéresis de un sarcoma retroperitoneal con nefrectomía y suprarrenalectomía derecha hace 2 años en su país, cuya variedad histológica desconocemos por no aportar informe histológico. Presenta dolor en hemiabdomen derecho y región lumbar de unas 2 semanas de evolución asociado a astenia y anorexia. Último TC abdominal hace 6 meses sin signos de recidiva tumoral. A la exploración física la paciente presenta una tumoración abdominal de gran tamaño en hemiabdomen inferior fija a planos profundos. La RM muestra una gran tumoración de 15,1 × 14,3 × 8,0 cm que ocupa todo el vacío derecho y se extiende hacia mesogastrio y FID, cruzando la línea media y desplazando las asas intestinales hacia la izquierda. Dicha tumoración comprime totalmente la vena cava inferior, y vasos ilíacos, y desplaza la aorta lateralmente. Con el diagnóstico de recidiva tumoral la paciente es intervenida quirúrgicamente realizando la exéresis de una gran tumoración retroperitoneal en íntimo contacto con los grandes vasos, que abraza y desplaza la vena cava y vena ilíaca izquierda sin infiltrarlas, se adhiere íntimamente a los cuerpos vertebrales lumbares y que infiltra asas de intestino delgado que obligan a una doble resección segmentaria del mismo. En el postoperatorio inmediato la paciente sufre episodio de hemorragia digestiva baja abundante con compromiso hemodinámico que obliga a reintervenir evidenciando un sangrado de la anastomosis intestinal íleo-cólica. Se realiza resección y nueva confección de dicha anastomosis. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a las 2 semanas del postoperatorio. El resultado anatomopatológico informa de sarcoma.

Discusión: El liposarcoma es la variedad histopatológica más frecuente dentro de los sarcomas mesenquimatosos retroperitoneales constituyendo un 41% de los mismos. Los sarcomas retroperitoneales son tumores localmente agresivos en los que la recidiva tumoral locoregional es casi la norma apareciendo aproximadamente en el 70% de los casos. La resección tumoral completa, con márgenes libres, es el factor pronóstico más importante y el único que aumenta la tasa de supervivencia a 5 años. De ahí la importancia de la cirugía, incluso en casos de recidiva tumoral, y de lograr resecciones R0. La radioterapia y la quimioterapia no han mostrado beneficios en la supervivencia de estos pacientes.