



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



XXIX Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 12-15 de noviembre de 2012

VÍDEOS

CIRUGÍA ENDOCRINA

V-020. PARAGANGLIOMA EN EL HILIO RENAL IZQUIERDO

J.A. Puñal Rodríguez, M. Blanco Freire, D. Calvo Rodríguez, P. Parada González, L. Lesquereux Martínez, M. Paz Novo, M.I. Sartal Cuñarro y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: Presentar el vídeo, comentando la estrategia y las dificultades de la intervención, de una resección en bloque de un paraganglioma funcionante y del riñón izquierdo, respetando la glándula suprarrenal y extrayendo la pieza por una incisión de Pfannenstiel.

Caso clínico: Paciente de 34 años, sin historia familiar ni personal de interés, presenta hipertensión y cefalea de 4 años de evolución, sin palpitaciones ni sudoración. Eco: riñón derecho de 125 mm. Riñón izquierdo hipoplásico de 78 mm. TAC: riñón derecho, arteria sin evidencia de lesiones y nefrograma normal. Riñón izquierdo con retraso funcional y/o hipofunción con deficiente visualización de la arteria renal por obstrucción/irregularidad en su zona media y circulación colateral prominente distal y caudal. Adyacente al hilio renal existe una imagen redondeada que capta contraste en fase arterial, de 25,6 mm de diámetro máximo sugestiva de paraganglioma. GG renal: Riñón derecho gammagraficamente normal. Riñón izquierdo pequeño e hipofuncionante: probabilidad intermedia de enfermedad vasculo-renal. Catecolaminas plasmáticas: adrenalina 44 pg/ml; dopamina 9 pg/ml; noradrenalina 1.835 pg/mL. Cateterismo venoso y determinación de noradrenalina en vena renal: derecha 318 pg/mL, izquierda 171.319 pg/mL. Arteriografía: obstrucción de la arteria renal izda a pocos cm de su origen aórtico, sugiere compresión extrínseca, no se visualizan lesiones aterosclerosas. No se visualiza nefrograma aunque existe función renal tardía en este riñón compatible con enfermedad vasculo-renal. En el hilio renal y adyacente a la obstrucción hay una imagen redondeada discretamente vascular, al menos periféricamente. Hallazgos compatibles con enfermedad vasculo-renal y obstrucción de la arteria renal en relación con posible paraganglioma. MIBG: depósito patológico del trazador en región a nivel paraaórtico izquierdo en relación con la lesión encontrada en las pruebas de imagen, que aumenta de intensidad y definición en las imágenes tardías del estudio. Los estudios genéticos no encontraron ninguna mutación en relación con síndromes de feocromocitoma/paraganglioma hereditario. Diagnóstico: paraganglioma funcionante en pedículo renal izquierdo y estenosis arterial con atrofia del riñón izquierdo. Intervención: resección laparoscópica en bloque del paraganglioma y riñón izquierdo, previa preparación con doxazosina y atenolol. Anatomía patológica: feocromocitoma en hilio renal de 2,5 cm de diámetro. Nefroangioesclerosis moderada. Linfadenitis crónica reactiva con marcada histiocitosis sinusal

Discusión: La ruptura de un feocromocitoma o paraganglioma durante su extirpación puede dar lugar, aun siendo benigno, a una recidiva por "feocromocitosis", por otra parte hasta un 30-40% de los paragangliomas pueden ser malignos, por ello deben extirparse en una sola pieza y rodeados de la mayor cantidad de tejidos linfograsos circundantes, pero con poca frecuencia es necesaria la resección en bloque con órganos vecinos. En este caso, además de la íntima relación del tumor con el pedículo renal, la afectación de la arteria renal, la atrofia renal y la posibilidad de una hipertensión vasculo-renal asociada, obligaron a una resección en bloque de la lesión y el riñón izquierdo, que se realizó por laparoscopia. El postoperatorio cursó con normalidad. La vía laparoscópica puede ser posible y segura en las resecciones complejas de paragangliomas.

V-021. EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE PARAGANGLIOMA PARAHILIAR RENAL IZQUIERDO

G. Franch Arcas, C. González Sánchez, F. Parreño Machado, A. Rebollo Alvarado, A. Hernández Pérez, V. Lorenzo Morales, R. Peláez Barrigón, A. Sánchez Casado, N. Macías Hernández, O. Roza Coronel y Y.Y. Aguilera Molina

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La adrenalectomía por vía laparoscópica se ha consolidado como técnica electiva en la exéresis de tumores cromafines adrenales (feocromocitomas). En el caso de los tumores cromafines extra-adrenales (paragangliomas) la situación anatómica de los mismos constituye una dificultad adicional para poder conseguir su exéresis por vía laparoscópica. Se presenta un caso clínico de paraganglioma cuya localización, justo por debajo de la vena renal izquierda, supuso un reto a la hora de definir la estrategia quirúrgica más adecuada para su exéresis por laparoscopia.

Caso clínico: Paciente mujer de 45 años de edad con hipertensión arterial y antecedentes de intervención quirúrgica por hidatidosis hepática 4 años antes. En los controles radiológicos periódicos que se le realizan (TAC abdominal) se observa la presencia de un pequeño nódulo paraaórtico por debajo de la vena renal izquierda, compatible desde el punto radiológico con adenopatía, y que en los controles radiológicos posteriores (a lo largo de 4 años) ha ido progresivamente aumentando de tamaño (3 cm de diámetro). Se realiza estudio de niveles de catecolaminas en orina que resultan elevados. Se realiza un estudio gammagráfico MIBG SPECT-TAC que muestra captación a nivel de dicha tumoración, siendo el diagnóstico final de paraganglioma retroperitoneal funcionante. Se realiza un estudio detallado angioTAC de vasos retroperitoneales para determinar con precisión la anatomía de la vascularización de dicha tumoración y sus relaciones con las estructuras vasculares vecinas y el uréter izquierdo. No se aprecian signos radiológicos que sugieran invasión locoregional. Se prepara a la paciente mediante bloqueo farmacológico, colocando un catéter ureteral izquierdo 24 horas antes de la intervención quirúrgica. Se practica abordaje laparoscópico transperitoneal, con el paciente en decúbito lateral derecho. Tras decolación completa del colon descendente y movilización del bazo y la cola pancreática, se identifica la

tumoración. Se practica ligadura y sección de la vena gonadal, distal a la tumoración y también proximal (en su unión con la vena renal). No se aprecian signos sugerentes de invasión locorregional, separando la tumoración de su relación íntima con la vena renal y completando su exéresis con extracción de la misma mediante bolsa.

Discusión: 1) La exéresis de tumores cromafines extra-adrenales por vía laparoscópica se puede conseguir, siendo imprescindible una delimitación precisa de sus relaciones anatómicas, especialmente las vasculares y las relacionadas con el uréter (si éste está en vecindad). 2) La cateterización preoperatoria transvesical del uréter es una maniobra imprescindible para aquellos casos en los que la tumoración a resear está situada en el hilio renal, permitiendo la identificación del uréter y el despistaje de lesión inadvertida del mismo durante la intervención.

V-022. ADRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR MIELOLIPOMA NECROSADO

L. García Bruña, E. Las Navas Muro, E. Tobalina Aguirrezábal, S. Mateo Sainz, I. Badiola Bergara, D. Gómez Domínguez, A. Navarro Martínez, B. Estraviz Mateos y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Introducción: Los mielolipomas de la glándula suprarrenal son tumores benignos raros, no funcionales, caracterizados por la presencia de tejido adiposo, y elementos de la médula ósea en varios grados de diferenciación. La mayoría son asintomáticos y descubiertos incidentalmente. La incidencia de los mielolipomas extra-adrenales es rara, existen alrededor de 50 casos en la bibliografía.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón con antecedentes de apendicitis aguda con peritonitis generalizada. El paciente se encontraba en seguimiento por el servicio de Endocrinología por una masa adrenal derecha. La analítica era normal. En la última TAC la masa había aumentado de tamaño hasta los 4 cm de diámetro, por lo que es remitido a nuestras consultas. Se realizó un abordaje laparoscópico mediante 4 trócares, con el paciente en posición de decúbito lateral izquierdo. Nos encontramos con un abdomen hostil, con múltiples adherencias. Logramos disecar el borde hepático, descubriendo un hígado cirrótico, no conocido hasta el momento. Finalmente logramos llegar hasta la glándula, estando ésta reemplazada por un tumor sólido, blando y amarillento. Se realizó la disección del mismo obteniendo un material caseoso y se extrajo la pieza mediante la ampliación de la entrada de unos de los trócares. Debido al material caseoso que obtuvimos durante la intervención, se solicitaron marcadores de TBC que fueron negativos. La anatomía patológica describió un mielolipoma de unos 7 cm de diámetro con necrosis en su interior.

Discusión: Los mielolipomas suprarrenales son también conocidos como incidentalomas. Son relativamente raros. La gran mayoría son asintomáticos y la complicación clínica más significativa de estas lesiones es la hemorragia retroperitoneal, que se presenta con dolor de inicio agudo en el flanco o espalda, náusea, vómito, hipotensión y signos de anemia. La indicación quirúrgica continúa siendo, hoy día, una decisión difícil y controvertida. Los tumores pequeños menores de 4 cm y asintomáticos pueden monitorizarse mientras que en los tumores con síntomas o mayores de 4 cm debe valorarse un tratamiento quirúrgico.

V-023. ADAPTACIÓN DEL SEPARADOR ABDOMINAL THOMPSON PARA LA TIMECTOMÍA CERVICAL DEL HPT1° EN EL SÍNDROME MEN-I

B. Arencibia Pérez, J. Jordán Balanza, A. Alonso Alvarado, A. Goya Pacheco, J.M. Sánchez González, P. Marrero Marrero, E. Rodríguez Ramos, E. Caballero Rodríguez y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Objetivos: Independientemente de la actitud quirúrgica realizada en el HPT1° asociado a síndrome de MEN-I, bien sea una paratiroidectomía subtotal o una paratiroidectomía total con autoimplante y criopreservación de tejido paratiroideo, clásicamente se considera obligatorio realizar timectomía de manera simultánea debido a la alta incidencia de glándulas supernumerarias, las cuales pueden aparecer en lugares ectópicos (ej: intratiroides, intratímicas o en mediastino anterior) y además por el riesgo de desarrollar tumores carcinoides tímicos hasta en el 16% de los casos. Los tumores neuroendocrinos del timo son neoplasias raras que se

caracterizan por un comportamiento muy agresivo, con una rápida invasión local y un alto potencial metastásico. Existen alrededor de 180 casos descritos en la literatura mundial hasta la fecha. Es por ello que hemos diseñado una valva esternal adaptada al separador Thompson para realizar la timectomía cervical de manera completa.

Material y métodos: Presentamos la adaptación del separador abdominal Thompson para la timectomía cervical, utilizando una valva especialmente diseñada para separar el esternón y realizar la timectomía cervical de manera completa acompañado de un sistema neumático manual de elevación y descenso del tórax que permita una mejor exposición del mediastino anterior. Hemos realizado esta técnica en 6 casos de HTP 1° asociados a síndrome MEN-1 en nuestro Centro.

Resultados: Los 6 pacientes intervenidos no han presentado complicaciones intraoperatorias ni posquirúrgicas, obteniendo en los resultados anatomopatológicos tejido tímico residual sin encontrar tumor carcinoides tímico en ninguna de ellas.

Conclusiones: Múltiples estudios muestran que la timectomía transcervical no es lo suficientemente radical en la prevención de tumores neuroendocrinos tímicos en el síndrome de MEN-1. Por tanto, utilizando el separador abdominal Thompson adaptado y el sistema neumático manual de elevación y descenso del tórax adquirimos una mejor exposición del campo quirúrgico consiguiendo realizar una timectomía más radical y completa.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

V-029. HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA POR PUERTO ÚNICO CON EXTRACCIÓN TRANSANAL DE LA PIEZA QUIRÚRGICA

S. Morales-Conde¹, J.A. Navas Cuéllar¹, M. Socas Macías¹, A. Barranco Moreno¹, G. Martín Martín², I. Alarcón del Agua¹, D.A. Bernal Moreno¹, J. Valdés¹, J.M.H. Cadet Dussort¹ y F.J. Padillo Ruiz¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital General Universitario, Valencia.

Objetivos: Los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva han sido demostrados (disminución del dolor postoperatorio, mejores resultados estéticos e idénticos resultados oncológicos). El abordaje laparoscópico por puerto único trata de mejorar los resultados del abordaje laparoscópico convencional. La extracción transanal de la pieza quirúrgica representa un nuevo paso con el fin de disminuir las complicaciones asociadas a la herida quirúrgica. El objetivo es mostrar que la cirugía por puerto único con extracción natural de la pieza quirúrgica representa una técnica alternativa a tener en cuenta en casos seleccionados.

Material y métodos: Entre julio de 2011 y abril de 2012 fueron intervenidos 9 pacientes seleccionados. Éstos presentaban un índice de masa corporal ≤ 25 , bajo riesgo anestésico y patología colorrectal benigna o maligna (localización en colon izquierdo). Presentamos el vídeo de la intervención quirúrgica de un caso de una mujer de 61 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon izquierdo.

Resultados: El tumor se localizó a 18 cm del margen anal. El tiempo operatorio fue de 120 minutos. Se empleó el único dispositivo de puerto único, sin el apoyo de otros puertos de acceso. La pieza quirúrgica fue extraída a través del recto, protegido previamente mediante una bolsa de plástico. La incisión transumbilical fue de 2,3 cm. No existieron complicaciones en el postoperatorio. La paciente toleró dieta el primer día postoperatorio, siendo alta el tercer día de estancia hospitalaria. El estudio histológico confirmó el diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma, siendo analizados 12 ganglios linfáticos.

Conclusiones: La cirugía por puerto único de patología del colon con extracción transanal es un procedimiento seguro en pacientes seleccionados, y reproducible por cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica, obteniendo similares resultados oncológicos. Este procedimiento logra disminuir los problemas asociados a los trócares y la laparotomía accesoria para la extracción de la pieza, evitando además ampliar la incisión transumbilical y las potenciales complicaciones asociadas.

V-030. REALIZACIÓN DE NEOVAGINA CON INJERTO DE SIGMA EN UN SÍNDROME DE QUERVAIN VÍA LAPAROSCÓPICA

M. Herrero López, M. Goergen y J.S. Azagra

Centre Hospitalier, Luxembourg.

Introducción: La realización de una neovagina sigue siendo un reto importante para el cirujano, tanto por las consecuencias físicas como psicosociales que produce en la paciente. Se han descrito numerosos métodos tanto quirúrgicos como no quirúrgicos desde 1907, año en que Baldwin llevó a cabo la primera reconstrucción con un segmento de íleon. Sin embargo, es en el año 2002 cuando Darai describe la realización de una neovagina por vía laparoscópica. La utilización de un injerto de sigma para su realización ofrece numerosas ventajas entre las que se encuentran: la autolubricación, menor producción de moco que el intestino delgado, menor riesgo de estenosis o la fácil movilización del pedículo vascular. El objetivo de nuestro estudio es mostrar la realización de una neovagina con injerto de sigma por vía laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 21 años con genotipo 46XY y síndrome de Quervain que se caracteriza por un fenotipo femenino, con periné y gónadas, de características masculinas. La paciente recibió tratamiento hormonal para el desarrollo de las glándulas mamarias, sometiéndose a la colocación de implantes y a la realización de una orquiectomía bilateral laparoscópica. Preoperatoriamente se llevó a cabo una angiografía selectiva de la arteria mesentérica inferior para visualizar la vascularización del colon sigmoide. La paciente fue intervenida por vía laparoscópica descendiendo un segmento de sigma vascularizado, de aproximadamente 20 cm, en posición antiperistáltica y con un tiempo operatorio de 6 horas sin ninguna complicación destacable. Fue dada de alta hospitalaria el 6º día tras la intervención quirúrgica y a la sexta semana tras intervención quirúrgica mantuvo su primera relación sexual. Permanece, hasta el momento actual, con buena funcionalidad y sin ninguna incidencia reseñable.

Discusión: La realización de una neovagina con injerto de sigma por vía laparoscópica, es un procedimiento factible y apropiado, que proporciona una longitud y calibre adecuados y que reúne los criterios necesarios para proporcionar a la paciente una calidad de vida adecuada.

V-031. PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL ENDOSCÓPICA Y RESERVORIO EN "J" MEDIANTE ABORDAJE "REDUCED PORT" EN EL TRATAMIENTO DE LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

L. Pallarés Segura, N. Freixas, E.M. Targarona, J. Bollo, F. Marinello, A. Carrasquer, V. Turrado, C. Balagué, M.P. Hernández y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: En los últimos años el concepto de "cirugía sin incisiones" ha permitido el desarrollo de nuevas técnicas asociadas a laparoscopia como la cirugía endoscópica a través de orificios naturales (NOTES), la cirugía por puerto único o la laparoscopia mininstrumental. (reduced port) Esta última técnica es especialmente aplicable en pacientes jóvenes diagnosticados de poliposis adenomatosa familiar (PAF) y que por tanto requieren de una proctocolectomía con reservorio en "J" e ileostomía temporal.

Caso clínico: Paciente mujer de 33 años ASA 1y con un IMC de 22 que fue diagnosticada de PAF. Se decidió realizar una proctocolectomía y reservorio en "J" laparoscópica junto a una ileostomía en loop. Fueron utilizados 4 puertos, un puerto de 11 mm umbilical para la óptica de punta flexible, 1 puerto de 12 mm en fosa ilíaca derecha, en el lugar de la ileostomía de descarga, 1 puerto de 5 mm en fosa ilíaca izquierda que sería el orificio del drenaje pélvico, y un puerto de 3 mm en hipocondrio derecho. La proctocolectomía se llevó a cabo según la técnica laparoscópica habitual, fueron utilizados mininstrumentos de 3 y 5 mm (incluyendo bisturí harmónico de 5 mm y endoclips de 5 mm para la ligadura intracorpórea de los vasos). Se seccionó el recto a nivel del suelo pélvico y se exteriorizó colon y se efectuó el reservorio en J a través del orificio del trocar de FID". Neumoperitoneo de nuevo y anastomosis ileo-anal intracorpórea con grapadora circular y posteriormente ileostomía en loop por la misma incisión. La paciente tuvo una correcta evolución postoperatoria, se inició dieta a las 72 horas que fue bien tolerada, la ileostomía fue funcionante a las 48 horas postoperatorias y la paciente fue dada de alta sin incidencias y con mínimas cicatrices en pared abdominal.

Discusión: La cirugía laparoscópica con mininstrumentos (reduced port) es una alternativa al NOTES o a la técnica laparoscópica de puerto único ya que aporta al igual que las mencionadas beneficios estéticos y en cuanto a la recuperación postoperatoria precoz, añade el hecho de que el posicionamiento de los trócares es el mismo lo cual permite beneficiarse de la experiencia previa del equipo quirúrgico adquirido en laparoscopia convencional.

V-032. MOVILIZACIÓN MEDIAL DE LOS ÁNGULOS HEPÁTICO Y ESPLÉNICO DURANTE LA CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO

S. Morales-Conde, J.A. Navas Cuéllar, A. Barranco Moreno, M. Socas Macías, J. Cañete Gómez, I. Alarcón del Agua, D.A. Bernal Moreno, C. Méndez García, J.M.H. Cadet Dussort y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El abordaje laparoscópico por puerto único en la cirugía del colon representa una buena alternativa respecto al abordaje laparoscópico convencional. Aunque la morbimortalidad y los resultados oncológicos en las diferentes series muestran resultados similares, aun las dificultades técnicas que conllevan deben ser resueltas. Una de estas es la falta de triangulación y la necesidad de cambiar la posición de la óptica e instrumentos cuando es necesario su intercambio. Uno de los objetivos es por tanto disminuir el intercambio de instrumentos, mediante el uso de dispositivos multifuncionales. Por esta razón, hemos empezado a completar la movilización de los ángulos de medial a lateral, con el fin de reducir la movilización del colon durante la cirugía. El objetivo es mostrar que la movilización medial de los ángulos del colon durante la cirugía del puerto único es factible facilitando el desarrollo del resto del procedimiento quirúrgico.

Material y métodos: En los últimos casos de la serie, hemos llevado a cabo estos gestos quirúrgicos durante la realización de la hemicolectomía laparoscópica, derecha o izquierda, por puerto único. Mostramos un vídeo donde se expone este gesto quirúrgico.

Resultados: En los últimos casos hemos realizado la movilización de medial a lateral, objetivándose la facilitación del resto del procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: El intercambio de instrumental y la movilización del campo quirúrgico pueden ser reducidas durante el abordaje laparoscópico por puerto único en cirugía colónica, lo que permite un mejor desarrollo de los procedimientos. La movilización medial de los ángulos del colon durante la hemicolectomía ha sido también adaptado a dichos procedimientos por abordaje laparoscópico convencional, con el fin de que este consejo facilite la técnica quirúrgica haciéndola más reproducible.

V-033. LESIONES IATRÓGENAS DE COLONOSCOPIA. MANEJO QUIRÚRGICO

M. Aizcorbe Garralda, C. Chaveli Díaz, F. Cobo Huici, J. Marzo Virto, M.J. Sara Ongay, J. Eguaras Ros, T. Abadía Forcén, A. Arenas Miquélez, M. de Miguel Valencia y A. Vesga Rodríguez

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El aumento de las colonoscopias realizadas y su mayor utilización como técnica de tratamiento de lesiones colónicas ha significado el incremento de lesiones (sangrado y perforación) para cuya solución es requerido el cirujano. La actitud conservadora o agresiva produce un impacto determinante en la morbimortalidad de estas iatrogenias. La reparación de estas lesiones por vía laparoscópica debe considerarse como opción prioritaria. La implantación de Unidades de Cirugía de Urgencias y la creciente preparación de los cirujanos en técnicas laparoscópicas ha significado poder tratar estas lesiones con mayor celeridad y con menor agresión.

Objetivos: Presentamos 10 casos de complicaciones iatrogénicas producidas por vía endoscópica: 6 en formato de vídeo y 4 con iconografía de fotografías. En los vídeos se muestran la resolución de estas perforaciones de colon mediante abordaje laparoscópico.

Material y métodos: Entre 2008 y 2011 nuestro centro ha realizado 3.456 colonoscopias de media cada año. El número medio anual de complicaciones mayores fue 10 casos (0,28%), de los que por término medio 4 precisarán cirugía: 3 por perforación y 1 por otra etiología

(hemorragia, absceso, etc.). Presentamos 6 vídeos de perforaciones de colon tras colonoscopia. Todos ellos fueron abordados por vía laparoscópica. En 4 pudo solucionarse con sutura primaria, 1 precisó reoperación por dehiscencia de la sutura y en otro sólo se revisó el área cecocolica sin objetivarse perforación visible. Realizamos una revisión de las principales series que muestran la actitud ante la perforación iatrogénica de colon.

Conclusiones: La implantación de una Unidad de Cirugía de Urgencias ha significado en nuestro centro, entre otras ventajas, que un mismo equipo quirúrgico entrenado en cirugía laparoscópica conviva en el mismo horario con la práctica de colonoscopias aportando su posible solución por vía endoscópica. La decisión sobre una actitud conservadora o agresiva comporta dificultad e importantes consecuencias. En las perforaciones iatrogénicas de colon abogamos por una actuación quirúrgica precoz, prioritariamente por vía laparoscópica.

V-034. GRAN LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

C. Gómez Gavara¹, R. Estevan Estevan¹, A. García Fadrique¹, J. Campos Máñez², A.M. Bayón Lara¹ y T. Belda Ibáñez²

¹Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia. ²Hospital Virgen de los Lirios, Alcoi.

Introducción: Los linfangiomas quísticos son anomalías benignas del drenaje linfático. Alrededor del 95% ocurren en cabeza, cuello y axila, menos de un 5% son de localización intraabdominal. Más del 80% se producen antes de los 6 años de vida, siendo muy pocos los casos descritos en la literatura en los adultos. Tradicionalmente, el abordaje de estos tumores se realiza por laparotomía debido a su gran tamaño y su localización. Presentamos la estrategia terapéutica y nuestra experiencia con el abordaje laparoscópico del linfangioma quístico abdominal a propósito de un caso.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años que desarrolla cuadro de dolor inguinal y aumento del diámetro de miembro inferior derecho de 6 meses de evolución. Acude a nuestro centro donde es estudiado con tomografía computarizada toraco-abdomino-pélvica y resonancia magnética siendo diagnosticado de linfangioma quístico abdominal de 14 x 12 x 11 cm, que condiciona efecto compresivo sobre el uréter derecho con hidronefrosis homolateral y sobre la pared lateral derecha de la vejiga, la cual se encuentra comprimida y desplazada hacia la fosa ilíaca izquierda. La lesión no presenta tabiques en su interior ni captaciones anómalas tras administrar contraste intravenoso, lo que indica benignidad de la misma. Se identifican también ganglios inguinales bilaterales inespecíficos y circulación colateral en área suprapúbica. El paciente es intervenido bajo anestesia general colocándose en posición de Lloyds Davis con botas tipo Allen. Se realiza abordaje laparoscópico con colocación de trócares de 11 mm umbilical, 5 mm en fosa ilíaca derecha, 12 mm pararectal derecho y 5 mm pararectal izquierdo, con una presión de 12 mmHg a 30 litros por minuto. Inicialmente se realiza una revisión exhaustiva de la cavidad comprobando que la lesión no infiltra el mesenterio intestinal. Se incide en el peritoneo mesentérico hasta llegar a la cápsula quística. Se realiza la disección perfilando toda la porción superior del quiste. Una vez el tamaño del quiste hace inmanejable continuar con la disección, procedemos a la punción evacuación del mismo y remitimos muestra del líquido para citología. En el interior del mismo podemos identificar la protrusión de la vena iliaca derecha. Una vez evacuado el contenido el quiste se procede a la ligadura del mismo con endo-loop consiguiendo volumen en el interior del mismo, lo que ayudará a continuar la disección. Continuamos la cirugía por el tejido alveolar perilesional, identificando e individualizando la vejiga de la orina, el conducto deferente derecho, la vena iliaca, la vena obturatriz y la repermeabilizada vena umbilical. Extraemos la cápsula quística con bolsa. Posteriormente se repleciona la vejiga de la orina, comprobando su estanqueidad y se identifica la integridad del uréter derecho. Tras hemostasia cuidadosa se procede a la extracción de trócares bajo visión directa. El postoperatorio cursó sin complicaciones, con la práctica resolución del retorno del miembro inferior derecho a las 24 horas y el paciente fue dado de alta a las 48 horas. La anatomía patológica del quiste fue de benignidad.

Discusión: El abordaje laparoscópico del linfangioma quístico abdominal se puede realizar con seguridad, con una estrategia quirúrgica sistemática.

V-053. MIOTOMÍA DE HELLER “REDUCED PORT” EN UN NIÑO DE 13 AÑOS

A. Carrasquer Puyal, E.M. Targarona, C. Balagué, F. Marinello, L. Pallarés, J. Bollo, M.P. Hernández, N. Freixas, V. Turrado y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La acalasia esofágica se presenta en un bajo porcentaje en la población general y en niños es más infrecuente aún. El tratamiento quirúrgico laparoscópico tiene buenos resultados funcionales y estéticos y la utilización de la técnica *reduced port* mejora estos sin dificultar el acto quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 13 años que fue diagnosticado de acalasia esofágica a raíz de clínica de regurgitación, disfagia y tos. Se realizaron gastroscopia, tránsito gastroesofágico y manometría compatibles con acalasia. Se realizó miotomía de Heller con funduplicatura de Dor mediante *reduced port* laparoscopia con colocación de 2 trócares de 3 mm y 3 trócares de 5 mm. Acto quirúrgico sin incidencias con una buena triangulación de los instrumentos que permitieron completarlo en 70 minutos. El paciente presentó un postoperatorio correcto y fue dado de alta a las 48 horas. En control un mes más tarde se evidenció una mejoría clínica significativa sin presentar disfagia y con aumento de peso, así como un satisfactorio resultado estético.

Discusión: La cirugía *reduced port* laparoscópica es una técnica segura y con buenos resultados funcionales y estéticos incluso en indicaciones infrecuentes como acalasia en niños.

V-054. MIGRACIÓN DE MALLA EN EL HIATO. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

C. Pérez San José¹, M. Aguinagalde¹, E. Martín², S. Leturio¹, S. Ruiz¹, M. García¹, E. Etxeberria¹, I. Hoyos¹, P. Pérez de Villarreal¹, I. Bengoetxea¹ y L. del Hierro¹

¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Objetivos: La utilización de las malla en el hiato para las grandes hernias de hiato paraesofágicas o en las hernias recidivadas son motivo de controversia, fundamentalmente por las posibles complicaciones: disfagia por fibrosis, perforación y migración. Presentamos la migración de una malla colocada en una paciente por recidiva herniaria sintomática y su extracción endoscópica.

Caso clínico: Mujer de 34 años con antecedente de cirugía antirreflujo (cierre de pilares y funduplicatura Nissen 18 meses antes. Consulta por persistencia de clínica de reflujo gastroesofágico. El estudio baritado muestra una recidiva herniaria y la endoscopia una esofagitis por reflujo grado II con lengüetas metaplásicas (AP: Barrett sin displasia). La paciente es intervenida por laparoscopia practicándose reducción de la hernia, cierre posterior de pilares con tres puntos, nueva funduplicatura Nissen con 2 puntos que incluyen el esófago y colocación de una malla extendida de polipropileno con cubierta de silicona (Surgimesh® -Lorca Marín) que cubre el cierre de pilares y varios centímetros alrededor de todo el hiato con un orificio para el esófago. El postoperatorio transcurre sin complicaciones siendo dada de alta a las 24 horas. El tránsito baritado muestra una funduplicatura Nissen sin deslizamiento ni estenosis. La paciente permanece asintomática y sin medicación hasta dos años y medio después que consulta por disfagia progresiva de una semana de evolución, sin referir ningún episodio previo de dolor abdominal ni fiebre. La endoscopia demuestra la migración transversal de la malla a nivel de la cara posterior de la unión esófago gástrica y se procede a la sección de la misma con endotijeras. La disfagia desaparece tras la sección de la malla. En dos posteriores sesiones endoscópicas se tracciona de las dos lengüetas sin conseguir su extracción. Con un gastroscopio de doble canal que permite traccionar de la malla por uno de los canales y cortar una de las lengüetas por el otro, se consigue extraer la malla por completo en dos fragmentos. La enferma está siendo controlada dos años con ligeros síntomas de reflujo que se controlan con antisecretores y la gastroscopia muestra pequeño deslizamiento herniario con lengüetas de esófago de Barrett.

Discusión: La utilización de una malla es un recurso útil para el cierre de grandes defectos en el hiato, pero ello implica riesgo de erosión del esófago (y posterior perforación y migración de la malla) por varios factores: el comportamiento dinámico del esófago en el hiato, el material de la malla y el método y forma de la malla. La malla de polipropileno, aunque este recubierta, es de manejo cómodo para su colocación pero el riesgo de

erosión esofágica es alta. Esta complicación no existe con las mallas de origen biológico (Surgisis® - Cook). Por otro lado, la endoscopia es útil para el manejo de la migración de la malla sin tener que recurrir a la cirugía. Si la malla colocada no recubre todo el hiato sino que se coloca solo en la cara posterior, sobre los pilares, su extracción endoscópica será más fácil si se produce la migración de la misma.

V-055. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA DE HIATO GIGANTE GRADO III CON HERNIACIÓN COMPLETA DEL ESTÓMAGO

S. González Martínez, R. Memba Ikuga, V. González Santín, R. Jorba Martín, F. Mata Sancho, I. Ramos Bernardo, V. Valles Noguero, F. Fábrega y P. Barrios

Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: La hernia de hiato paraesofágica, con o sin componente de deslizamiento asociado, sólo supone el 5% del total de las hernias de hiato. Dentro de este grupo, la hernia que permite la inclusión total del estómago en el espacio mediastínico es muy infrecuente.

Caso clínico: Paciente de 71 años de edad, que presenta dispepsia, vómitos postingesta, y regurgitación alimentaria en decúbito. Exploraciones complementarias: TAC y TEGD: hernia de hiato GIII con herniación casi total del estómago en la cavidad torácica, evidenciándose el píloro adyacente al pilar diafragmático derecho. FGS gran hernia de hiato sin otras alteraciones. En el vídeo se muestran los siguientes pasos: explicación gráfica de las diferentes formas de herniación gástrica; puntos de anclaje gástrico (duodeno, raíz vasos coronarios, unión esofagogástrica); ejes de rotación gástrica (organoaxial y mesentérico axial). Técnica quirúrgica: reducción del estómago en cavidad abdominal, confirmando la existencia de rotación gástrica mesentérico-axial incompleta. Liberación y reducción del saco herniario, visualizando el esófago. Resección del saco herniario. Disección mediastínica del esófago hasta conseguir segmento suficiente de esófago intrabdominal. Liberación del fundus gástrico mediante la sección de vasos cortos. Cierre de los pilares diafragmáticos. Confirmación de la necesidad de malla por el exceso de tensión a nivel del hiato reconstruido. Colocación de malla de doble cara, con componentes parcialmente reabsorbibles. Funduplicatura tipo Nissen. Correcta evolución postoperatoria, con alta hospitalaria a los 3 días, y correcto control radiológico a los seis meses de la cirugía.

Discusión: La reparación laparoscópica de la hernia de hiato es generalmente factible incluso en los casos más extremos. El cierre del defecto herniario con tensión, es uno de los factores que influyen en la importante tasa de recidiva a medio plazo que se aprecia tras esta cirugía (10-42%). La colocación de una malla de sustitución o de refuerzo se hace imprescindible en casos seleccionados. Los resultados tras la aplicación de malla son buenos, tanto de forma inmediata como a medio y largo plazo.

V-056. OCLUSIÓN INTESTINAL POR HERNIA DIAFRAGMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.M. Muñoz Pérez, A. Cuadrado García, J.C. García Hernández, J.F. Noguera Aguilar y J. Julián Agudo

Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Introducción: Las hernias diafragmáticas se definen como el paso del contenido abdominal a la cavidad torácica a través de un defecto en el diafragma. Se pueden dividir en congénitas (anteriores o de Morgagni y postero-laterales o de Bochdaleck) y adquiridas (traumáticas). En la etapa prenatal el diagnóstico puede realizarse mediante diversas técnicas de imagen y el tratamiento consiste en estabilizar los parámetros fisiológicos del neonato y después realizar la corrección quirúrgica del defecto. Las hernias diafragmáticas traumáticas se producen después de un traumatismo cerrado o penetrante. El traumatismo penetrante la produce con mayor frecuencia cuando compromete la zona tóraco-abdominal. La sensibilidad diagnóstica de las pruebas de imagen no es alta lo que dificulta el diagnóstico y la corrección del defecto debe intentarse una vez se ha hecho el mismo, pudiendo ser lograda por vía abdominal o torácica.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico con secuencias de vídeo de varón de 32 años que debuta con única sintomatología de estreñimiento de 3 días de evolución y dolor abdominal difuso de baja intensidad. Es diagnosticado mediante pruebas de imagen, basadas en radiografías simples de abdomen y torácicas junto con TAC, de hernia diafragmática sin claro origen y es tratado quirúrgicamente mediante abordaje laparoscó-

pico. Se realizó reducción del contenido herniario, resección del saco, y obliteración del defecto de 4 cm con sutura primaria y colocación de malla de refuerzo.

V-057. MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR INSTRUMENTOS PERCUTÁNEOS: UN NUEVO PASO ADELANTE

S. Morales-Conde, J. Cañete, A. Barranco, M. Socas, I. Alarcón, C. Méndez, V. Gómez, H. Cadet y F.J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Recientemente, la cirugía laparoscópica por puerto único se ha convertido en el paso natural hacia una cirugía más mínimamente invasiva. Ésta nueva vía de abordaje se ha convertido en una buena indicación en aquellos casos en los que es necesario retirar un órgano o parte del mismo, siendo objeto de debate el papel de la cirugía por puerto único cuando no hace falta retirar un espécimen. Por esa razón, la acalasia es una buena indicación para mini-laparoscopia, además de reducir el número y el tamaño de los trócares. Presentamos nuestra experiencia inicial con un nuevo dispositivo percutáneo que es capaz de imitar el instrumental de 5 mm y 10 mm, pero con una incisión de 3 mm.

Material y métodos: El nuevo instrumental percutáneo ofrece un beneficio cosmético y permite operar como en una laparoscopia convencional. Este instrumental permite conectar terminales de 5 mm o 10 mm a un eje de 3 mm introducido por vía percutánea. Estos instrumentos percutáneos de 3 mm con punta de 5 mm (disector y pinza) evitan el uso de trócares convencionales proporcionando los beneficios cosméticos de mini-laparoscopia y la disminución de las complicaciones potenciales en los sitios de los trócares en la pared abdominal, como la hemorragia y el dolor. La mayor ventaja de este instrumental para el cirujano es que son capaces de mantener las mismas propiedades mecánicas, táctiles y de sutura que los instrumentos convencionales de 5 mm. Presentamos el caso clínico de un paciente diagnosticado de acalasia, propuesto para un cardiomiectomía y funduplicatura de Toupet. El procedimiento se realiza con 2 trócares estándar de 5 mm, uno para la cámara 5 mm de 30° además otro para la mano derecha del cirujano, y 2 instrumentos percutáneos, uno con una pinza de 5 mm en la punta, para tirar desde el estómago y exponer la hiato, otro de 5 mm con un disector en la punta, para la mano izquierda del cirujano. La aplicación de los terminales de 5 mm (disector y pinza) en la punta de 3 mm del dispositivo percutáneo se realiza intra-abdominal mediante el uso de un cabezal intercambiador a través de un trócar de la 5 mm. Una sutura de hilo protegida con un tubo plástico se utiliza para retraer el hígado. La cirugía se realiza en 50 minutos siguiendo los principios básicos de la cardiomiectomía con control endoscópico intraoperatorio. El paciente fue dado de alta al día siguiente sin puntos de sutura en la piel y el período postoperatorio fue similar a la cardiomiectomía laparoscópica convencional.

Conclusiones: La cirugía por puerto único es una nueva vía de abordaje utilizada en diferentes campos, con resultados similares a la cirugía laparoscópica, pero con mejores resultados cosméticos y una reducción potencial de dolor. Por el contrario, el puerto único es discutido en aquellas intervenciones quirúrgicas donde no es necesario extraer alguna pieza de resección, siendo nuestro objetivo en estos casos reducir el número y el tamaño de los trócares, siendo la mini-laparoscopia por vía percutánea una buena indicación. La cirugía laparoscópica por vía percutánea ofrece las ventajas de mini-laparoscopia, manteniendo la mismas propiedades mecánicas, táctiles y de sutura que los instrumentos convencionales de 5 mm.

V-058. FUNDUPLICATURA NISSEN REDO LAPAROSCÓPICA

M. Planells Roig, R. García Espinosa, M. Cervera Delgado, F. Navarro, M. Carrau Giner, A. Sanahuja Santafé y E. Escartí

ICAD, Clínica Quirón, Valencia.

Introducción: Presentamos un caso de funduplicatura Nissen laparoscópica Redo en una paciente de 75 años intervenida por nuestro propio equipo 7 años antes.

Caso clínico: La paciente fue intervenida 7 años antes por ERGE con Hernia Hiatal mayor de 4 cm en la serie EGD baritada sin evidenciarse braquiesófago en la intervención quirúrgica. Esta transcurrió sin complicaciones practicándose de forma ambulatoria. En el último año la paciente presentó episodios recurrentes de pirosis y ocasional disfagia lógica, no

respondiendo al tratamiento con PPI. Se practicó estudio baritado evidenciándose hernia hiatal con migración transdiafragmática del manguito y telescopaje gástrico asociado. En la endoscopia se evidenció esofagitis C y hernia hiatal. La pHmetría evidenció reflujo ácido grave, diurno-nocturno y la manometría demostró hipotonía marcada de EEI con hipomotilidad esofágica inespecífica. La paciente se programó para Nissen Redo laparoscópico. En el vídeo se muestran los diferentes pasos del procedimiento, iniciándose la disección por el lado izquierdo hasta conseguir el acceso mediastínico y luego realizar la disección derecha de mucha mayor dificultad. Se progresa con el aislamiento esófago-gástrico hasta conseguir reducir la hernia y proseguir con el aislamiento del manguito derecho. Tras la correcta definición anatómica y obtención de una adecuada longitud de esófago intra-abdominal se practica nuevamente funduplicatura tipo Nissen. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dada de alta la paciente a las 6 horas de la intervención. En el control ulterior ambulatorio a 2 meses la paciente se encuentra asintomática y el esofagograma baritado es normal.

V-059. HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA TARDÍA. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

C. Medina Achirica, E. Gutiérrez Cafranga, I. Ruiz Villandiego, M.D.R. Domínguez Reinado, J.L. Esteban Ramos, M. Díaz Oteros, S. Melero Brenes, W. Sánchez Bautista, E. Montes Posadas y F. Mateo Vallejo

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

Caso clínico: Paciente de 42 años de edad que tres meses antes había sufrido accidente de tráfico, con traumatismo craneoencefálico y múltiples fracturas habiendo sido tratado en otro hospital y requerida cirugía por parte de traumatología e ingreso en UCI. Desde su alta presentaba vómitos ocasionales que habían aumentado en los días previos a su ingreso, acompañándose de dolor torácico. Había perdido peso debido a las náuseas y los vómitos. El abdomen no presentaba organomegalias, ni puntos dolorosos. Tras su ingreso en el servicio de digestivo se realizó un estudio de imagen con un TAC que demostraba una obstrucción a nivel gástrico con migración del mismo a hemitórax izquierdo, junto con otras vísceras abdominales. El cuadro se solucionó con la colocación de una sonda nasogástrica y se le propuso tratamiento quirúrgico vía laparoscópica que el paciente aceptó. En el vídeo se presenta la intervención quirúrgica donde se confirmó la existencia de una rotura diafragmática de unos 8 cm de diámetro en vértice de diafragma izquierdo con migración de asas de intestino delgado, colon transverso y estómago al hemitórax izquierdo. Una vez liberadas las mínimas adherencias existentes se procedió a cerrar el defecto con una malla de PTFE fijada a los bordes de la lesión con sutura no reabsorbibles. En el borde más externo, zona costal, y debido a dificultad técnica a la hora de dar los puntos la fijación de la malla se completó con sutura helicoidal de titanio. El postoperatorio fue favorable y en la radiografía de tórax de control, al mes de la cirugía, se evidencia la contención de las vísceras abdominales y la continuidad del dibujo del diafragma.

V-060. PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN DE VASOS ESPLÉNICOS POR TPMI

C. González Serrano, S. Leturio Fernández, I. del Hoyo Aretxabala, L. Hierro-Olabarria Salgado, I. Iturburu Belmonte, A. Gómez Palacios y J.J. Méndez Martín

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Introducción: La primera experiencia en el tratamiento de patología pancreática vía laparoscópica fue descrita en 1994 por Gagner, sin embargo la utilización de este abordaje no ha experimentado la misma difusión que en otros tipos de patologías debido a la exigencia técnica. Los trabajos que incluyen mayor número de casos demuestran la seguridad y buenos resultados de esta modalidad de tratamiento quirúrgico, siendo las tasas de morbilidad equiparables al abordaje convencional abierto. Presentamos el tratamiento de un Tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) mediante pancreatectomía distal laparoscópica con preservación de vasos esplénicos. Se exponen los detalles de la técnica laparoscópica comentando los aspectos más relevantes.

Caso clínico: Varón de 63 años. Antecedentes de ablación por Radiofrecuencia de Hipernefroma izquierdo en 2007. Es remitido a nuestra consulta por hallazgo casual tras TAC de control, de tumoración quística a

nivel de cola de páncreas, de 3 × 2 cm, asociada a dilatación del conducto de Wirsung. Se completó estudio mediante la realización de CRM: Lesión multiquística en cola de páncreas que comunica con el conducto de Wirsung sugestiva de TPMI. Ecoendoscopia: lesión polilobulada, multiquística que presenta comunicación con el conducto pancreático. Se realizó PAAF obteniéndose líquido transparente de aspecto mucoso. La citología no mostró evidencia de células malignas. Dados los hallazgos se planteó resección quirúrgica laparoscópica. Se practicó abordaje totalmente laparoscópico, mediante 4 trócares, realizando exéresis de cola pancreática con preservación de vasos esplénicos. La intervención duró 4h, la pérdida hemática fue de 150 ml. El paciente fue dado de alta al 7º día, sin presentar complicaciones. El informe anatomopatológico informó de una neoplasia papilar intraductal con dos focos (el mayor de 0,7 cm) de adenocarcinoma ductal infiltrante. Los márgenes de resección y las adenopatías aisladas no mostraban afectación tumoral.

Discusión: La realización de esplenopancreatectomía distal ha sido práctica habitual hasta hace unas décadas en el tratamiento de tumoraciones de cuerpo y cola pancreática. El conocimiento de las secuelas de la esplenectomía (mayor incidencia de abscesos, sepsis postesplenectomía, alteración de la inmunidad...) ha impulsado el desarrollo de técnicas quirúrgicas conservadoras del bazo. Existen dos procedimientos de pancreatectomía distal con preservación esplénica, la técnica de Warshaw que secciona la arteria y vena esplénica, manteniendo la suplencia de riego esplénico a través de los vasos cortos y gastroepiploicos izquierdos, y la técnica introducida por Mallet y Vachon que preserva arteria y vena esplénica. La primera implica menor requerimiento técnico y tiempo operatorio, pero puede conllevar mayor riesgo de infarto esplénico y absceso postoperatorio. En el caso que presentamos hemos realizado la resección distal de páncreas preservando los vasos esplénicos. Esta modalidad resulta más exigente quirúrgicamente, pero es más segura respecto a la viabilidad del bazo, al mantener toda su vascularización.

V-061. PANCREATECTOMÍA CAUDAL Y ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CARCINOIDE DE PÁNCREAS DISTAL QUE SIMULA TUMORACIÓN ESPLÉNICA

E. Rodríguez Ramos, M.J. Palacios Fanlo, B. Arencibia Pérez, P. Marrero Marrero, E. Caballero Rodríguez, M. Alonso González, A.M. Feria González, A.I. Soto Sánchez, C. Díaz López, B. Reyes Correa y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: Los tumores carcinoides representan un tipo histológico poco frecuente en el páncreas. El 70% se encuentran por todo el tracto gastrointestinal y menos del 1% en el páncreas. Presentan mejor pronóstico y mayor supervivencia que otros tumores pancreáticos, incluso en fase metastásica, con una supervivencia a los 5 años alrededor del 90%. Se pueden diagnosticar de forma incidental, pero cuando crecer producen efecto masa que se traduce en síntomas diversos. Presentamos el caso de un varón de 54 años con tumor carcinóide de páncreas distal.

Caso clínico: El paciente es estudiado por molestias abdominales en flanco izquierdo de un año de evolución, sin síndrome constitucional. La exploración abdominal es anodina, y no se palpan masas. Las pruebas de laboratorio no muestran alteraciones significativas, en ecografía abdominal se describe masa sólida, heterogénea de 6 × 4 cm adyacente al bazo, corroborada con el TAC que informa de lesión esplénica en su hilio que infiltra vena esplénica y cola de páncreas. El diagnóstico preoperatorio fue de neoplasia primaria esplénica (probable angiosarcoma). Se realiza laparoscopia exploradora, observando tumoración en páncreas distal sobre hilio esplénico que invade parénquima esplénico. Se realiza pancreatectomía distal y esplenectomía. La anatomía patológica es de tumor carcinóide pancreático de 5 cm con alto índice proliferativo que invade parénquima esplénico. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta al 7º día postoperatorio.

Discusión: Los tumores carcinoides representan una rara entidad en el páncreas (1% del total), con muy diversas formas de presentación; desde asintomáticos, hasta dolor abdominal, náuseas, vómitos... Debido a la latencia de sus síntomas, el 50% se presentan con metástasis en el momento del diagnóstico, con manifestación de síndrome carcinóide; diarreas, enrojecimiento, palpitaciones, debido a la liberación sistémica de serotonina. El abordaje laparoscópico es una opción segura y efectiva para casos seleccionados y ofrece menor tasa de complicaciones con disminución de la estancia hospitalaria.

V-062. QUISTECTOMÍA CASI-TOTAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

F. Viamontes Ugalde, I. García Sanz, J.L. Muñoz de Nova, J. Delgado Valdueza, R.J. Otta Oshiro, A. Rodríguez Sánchez, M.D.M. Naranjo Lozano, S. Salido Fernández, E. Colmenarejo García, M.D.M. Achalandabaso Boira y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: Las lesiones quísticas esplénicas no parasitarias son una entidad rara aunque su frecuencia ha ido aumentando paralelamente al tratamiento conservador del traumatismo esplénico y al uso cada vez más frecuente de las técnicas de imagen en el abdomen. La cirugía es la única opción terapéutica, estando indicada en aquellos que sean sintomáticos o mayores de 5 cm, debido al riesgo de complicaciones. La preservación esplénica debe ser una prioridad para el cirujano. Presentamos nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico de estas lesiones.

Material y métodos: Presentamos un vídeo en el que se muestra una quistoperiquistectomía casi-total laparoscópica en una paciente de 17 años diagnosticada incidentalmente de quiste esplénico simple, con crecimiento progresivo del mismo hasta los 7 centímetros. Los marcadores tumorales así como serologías de hidatidosis fueron negativos.

Resultados: En nuestra experiencia el abordaje laparoscópico de estas lesiones, con preservación esplénica, se puede realizar de forma segura.

Conclusiones: En nuestro centro, en el tratamiento de estas lesiones, prima la preservación esplénica frente al abordaje quirúrgico (abierto vs laparoscópico). En este caso se realizó un acceso laparoscópico con buenos resultados quirúrgicos y cosméticos. Consideramos la laparoscopia como una opción válida y a tener en cuenta a la hora de enfrentarnos a esta patología.

V-063. TRÁNSITO ESPLENOTORÁCICO: PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE HIDATIDOSIS

I. Sánchez Egado, F.R. Nevárez Noboa, B. Diéguez Fernández, A. Vaquero y A. Alonso Posa

Hospital del Sureste, Arganda del Rey.

Introducción y objetivos: La hidatidosis es una de las zoonosis helmínticas geográficamente más extendidas, especialmente en las zonas rurales. El hígado y los pulmones son los órganos más frecuentemente afectados, la localización esplénica es una forma de presentación inusual. Presentamos el caso de una hidatidosis esplénica que debutó como una neumonía basal izquierda. Se presenta mediante vídeo la técnica quirúrgica utilizada en el tratamiento del caso.

Caso clínico: Varón caucásico de 65 años con diagnóstico de ingreso hospitalario de neumonía basal izquierda con derrame pleural. Una tomografía computarizada (tórax/abdomen) mostró quiste hidatídico esplénico (diámetro anteroposterior de 13 cm) afectando la curvatura mayor gástrica y el diafragma, con la sospecha radiológica de afectación pulmonar. El tratamiento incluyó la extirpación quirúrgica completa (esplenectomía, gastrectomía atípica del fundus, resección parcial del diafragma y resección atípica del lóbulo inferior del pulmón izquierdo). El paciente recibió tratamiento pre y post-operatorio con albendazol. El abordaje fue por vía laparoscópica con mini-laparotomía para la extracción de la pieza y cierre del diafragma.

Discusión: El abordaje laparoscópico de la hidatidosis esplénica puede ser una opción segura y efectiva para cirujanos laparoscópicos con experiencia.

V-064. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO POR PUERTO ÚNICO DEL ANEURISMA DE ARTERIA ESPLÉNICA

S. Morales-Conde, J.A. Navas Cuéllar, M. Socas Macías, A. Barranco Moreno, G. Jiménez Riera, I. Alarcón del Agua, J.M.H. Cadet Dussort y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Los aneurismas de arterias viscerales muy infrecuentes, aunque representan una patología vascular a tener en cuenta derivada de las complicaciones derivadas de su potencial ruptura. El aneurisma de arteria esplénica presenta una incidencia inferior al 1%, siendo el más común de todos los aneurismas de arterias viscerales. A menudo son asintomáticos, apareciendo síntomas inespecíficos como dolor epigástrico en un 20% de los casos. El tratamiento del aneurisma de arteria esplénica de-

pende de la localización del mismo en la arteria. El objetivo es mostrar nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico por puerto único en el tratamiento quirúrgico de un aneurisma incidental de arteria esplénica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 71 años de edad, con un índice de masa corporal de 25,57 kg/m², sin intervenciones quirúrgicas abdominales previas, en estudio por presentar dolor a nivel centroabdominal autolimitado de largo tiempo de evolución. Niega pérdida de peso o anorexia. En las pruebas complementarias, la tomografía computarizada muestra una formación adyacente a la arteria esplénica sugestiva de un aneurisma de arteria esplénica calcificado y parcialmente trombosado (42 × 35 mm). El diagnóstico de sospecha se confirma mediante la realización de una arteriografía, donde se objetiva una gran cavidad aneurismática a nivel distal en el hilio esplénico, resultando imposible su embolización. Tras el diagnóstico, se propone como tratamiento quirúrgico un abordaje laparoscópico por puerto único transumbilical sin trócares accesorios del aneurisma de arteria esplénica. El tiempo operatorio fue de 90 minutos. No se produjeron complicaciones intraoperatorias. El dispositivo de puerto único se colocó transumbilical sin el empleo de trócares accesorios. El sangrado intraoperatorio cuantificado fue de 0 cc. La longitud de la incisión transumbilical fue de 2,2 cm. No se produjeron complicaciones postoperatorias. El inicio de la tolerancia oral se produjo en el primer día postoperatorio, siendo la paciente alta al tercer día de estancia hospitalaria. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico preoperatorio de aneurisma de arteria esplénica.

Discusión: El abordaje laparoscópico por puerto único del aneurisma de arteria esplénica preservando la cola pancreática es un procedimiento factible y reproducible como en cirugía laparoscópica convencional. Este abordaje puede aportar una potencial disminución de las complicaciones asociadas al abordaje laparoscópico convencional, mejores resultados estéticos y una recuperación más rápida del paciente.

V-065. GASTRECTOMÍA TUBULAR "SINGLE PORT" Y "REDUCED PORT" LAPAROSCOPIA - ALTERNATIVAS A LA LAPAROSCOPIA CONVENCIONAL

C. Balagué, I. Lupu, E.M. Targarona, L. Pallarés, J. Bollo, M.P. Hernández, N. Freixas, A. Carrasquer, V. Tostado y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La gastrectomía tubular (sleeve gástrico) por laparoscopia se ha convertido en un abordaje terapéutico bien aceptado desde su introducción por Gagner. En los últimos años estamos asistiendo al desarrollo de nuevas tecnologías con el objetivo de mejorar los resultados obtenidos en la cirugía laparoscópica mediante la minimización del traumatismo sobre la pared abdominal. El abordaje "Reduced-port" representa una posible alternativa al 'Single-port', con la reducción del tamaño y número de los orificios utilizados, pero manteniendo la triangulación de los instrumentos de la laparoscopia convencional.

Material y métodos: En el presente vídeo comparamos la técnica "Single port" y "Reduced-port" en la realización de una gastrectomía tubular por laparoscopia en pacientes con obesidad mórbida. Para la realización de la gastrectomía tubular "Reduced-port" laparoscópica se ha colocado un trocar umbilical de 11 mm a nivel umbilical, 2 trócares de 5 mm y 2 trócares accesorios de 3 mm. La técnica "Single port" se realizó mediante la colocación del dispositivo a través de una incisión de 2,5-3 cm a nivel supraumbilical. La preparación de la curvatura mayor se realiza de forma habitual, resaltando en las imágenes comparativas la ventaja de la contra-tracción y mejoría de la visión mediante la separación del hígado. El tubo gástrico se calibra con sonda Faucher. La transección se realiza con EndoGia flexible. En la técnica "Reducedport" la EndoGia se introduce a través del puerto umbilical, cambiando la cámara semi-flexible de 10 mm por una cámara 30° de 5 mm. Consideramos necesario la utilización de un trocar de 3mm en hipocondrio izquierdo en la técnica "Single port" que se introduce directamente a través de la pared abdominal para mejor exposición del estómago en el momento de la sección del mismo. La pieza se extrae a través del orificio umbilical en el 'Reduced-port' o bien de la incisión para el 'Single-port'. El tiempo quirúrgico fue menor con la técnica "Reducedport". Los pacientes presentaron un postoperatorio correcto y fueron dados de alta a las 48 horas.

Conclusiones: La cirugía de gastrectomía tubular "Single port" así como "Reduced-port" son seguras y factibles que pueden ofrecer un buen resultado estético. La técnica 'Reduced-port' permite mantener las ventajas de la laparoscopia convencional de triangulación con reducción del tiempo respecto a la técnica 'Single-port'.

V-066. COLÉDOCO DUODENO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA

G. Paiva Coronel, P. Priego Jiménez, J.M. Daroca José, R. Queralt Martín, V. Ángel Yepes y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón.

Introducción: El tratamiento de la coledocolitiasis es un tema de debate. Aunque la CPRE (colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica) con esfinterotomía, es un procedimiento ampliamente utilizado, la cirugía laparoscópica, como tratamiento primario o cuando ésta (la CPRE) no es efectiva, o no está disponible, ha ido en aumento en los últimos años.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años que acude a urgencias por ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Al examen físico inicial el paciente se encuentra afebril, con dolor en hipocondrio derecho, Murphy +. La analítica sanguínea constata leucocitosis (15.800) con neutrofilia (80%), bilirrubina total de 2,3 a expensas de la directa, hepatograma con patrón de colestasis, y amilasas normales. En la ecografía abdominal se visualiza vesícula biliar litiasica distendida, con discreto edema de pared, dilatación de las vías biliares intra y extra hepáticas. Colédoco de 2,5 cm con múltiples imágenes de litiasis de hasta 1,6 cm en su interior. El TAC confirma los hallazgos. La paciente se interviene de forma semi-urgente, realizándose una colecistectomía + colangiografía intraoperatoria + colédoco-duodeno anastomosis laparoscópica. Se coloca al paciente en posición francesa. El procedimiento empieza con el trócar óptico umbilical, uno de 11 mm y 3 de 5 mm. Se accede al conducto cístico para realizar la colangiografía, se identifican múltiples imágenes de litiasis en el interior de la vía biliar. Se expone el conducto colédoco y se realiza una coledocotomía y limpieza de la vía biliar con catéter de Fogarty. Fue necesaria una pequeña maniobra de Kocher para movilizar el duodeno y realizar la coledocotomía. La colédoco-duodeno-anastomosis laparoscópica se realiza en la unión de la segunda con la tercera porción duodenal puntos sueltos de seda 3-0 en un solo plano. El postoperatorio transcurre sin incidentes, iniciándose tolerancia oral al 3^{er} día postoperatorio y alta hospitalaria al 5^o día. En la visita de seguimiento 1 año tras la intervención el paciente no manifiesta síntomas.

Discusión: La colédoco-duodeno anastomosis laparoscópica es una opción segura y efectiva en n subsidiarios de recibir CPRE, pacientes ancianos con múltiples litiasis o en ictericias obstructivas por neoplasias pancreáticas irresecables.

V-123. EVENTROPLASTIA CON ABORDAJE PUERTO ÚNICO: SECURESTRAP Y PHYSIOMESH, UN COMPLEMENTO PERFECTO PARA EL ALTA EN RÉGIMEN DE CMA

F.M. Jiménez Armenteros, C. Moreno Cortes, A. Palomares Cano, A. Gómez Ortega y J.M. Capitán Valvey

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Desde el inicio de este año hemos intentado implantar en nuestra Unidad de CMA de Complejo Hospitalario de Jaén la eventroplastia por puerto único, hemos probado ya desde hace varios años con varios materiales protésicos así como con distintos tipos de fijación helicoidal irreabsorbible y pegamentos. En el vídeo que mostraremos desde Enero del año 2012 realizamos la eventración con claras indicaciones para el abordaje laparoscópico por SILS, utilizando un sistema de fijación novedoso y que nos ha proporcionado seguridad como es el Securestrap, mostraremos sus ventajas que nosotros hemos objetivado con este sistema de fijación. También enseñaremos el complemento ideal de la nueva malla de Ethicon Physiomesh es una malla compuesta flexible de bajo perfil formada por una malla macroporosa no absorbible de Prolene (polipropileno), laminada entre dos capas de Monocryl (poliglecaprona-25), con una película de PDS (polidioxanona) no teñida que proporciona la unión entre la capa de Monocryl y el Prolene y un marcador de PDS (polidioxanona) teñido para facilitar la orientación. Debido a la ausencia de PTFE y a su estructura de monofilamento macroporosa, que permite el paso de los fluidos impidiendo su retención, se evita la posibilidad de anidado bacteriano reduciendo el riesgo de infección. La capa de Monocryl (poliglecaprona-25) que recubre ambos lados de la malla está diseñada para separar físicamente la malla del tejido subyacente y las superficies de los órganos durante el proceso de regeneración del peritoneo evitando posibles adherencias de la malla. Debido a que la capa de Monocryl está presente en ambos lados del implante, éste puede colocarse por cualquiera de los dos lados contra el peritoneo facilitando su colocación. Una vez cumplida su

función el Monocryl y el PDS se reabsorben, quedando una malla de Prolene macroporosa totalmente integrada que proporciona un refuerzo permanente minimizando la cantidad de material implantado en el paciente. La malla de Prolene tiene una resistencia a la rotura dos veces superior a la presión máxima intraabdominal y una elasticidad similar a la de la pared abdominal que permite una integración tisular firme y flexible así como una cicatrización natural y cómoda para el paciente. Physiomesh es transparente permitiendo ver el defecto herniario a través de la malla facilitando su correcta colocación, puede ser recortada para adaptarse a las necesidades del paciente, es fácil de enrollar para pasar a través del trócar, tiene memoria suficiente para un despliegue más sencillo y se adhiere a la pared abdominal evitando la necesidad de suturas transfaciales para su colocación. Todas estas características facilitan la manejabilidad intraquirúrgica de la malla reduciendo los tiempos quirúrgicos.

V-124. LAPAROSCOPIA EN EL CADÁVER THIEL: UN MÉTODO PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS LABORIOSAS

L. Zubiaga Toro, R. Abad Alonso, P. Enríquez Valens y F. Sánchez del Campo

Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche.

Introducción: Dentro de las opciones formativas que se disponen en la actualidad para la práctica de la cirugía laparoscópica, sin duda el uso de cadáveres conservados mediante la técnica de Thiel, ofrecen un medio óptimo para recrear las condiciones que los cirujanos se encuentran en el quirófano, ya que dotan al cadáver de una elasticidad especial que permite realizar el abordaje laparoscópico con total fiabilidad. Sin embargo la gran ventaja es la disposición a voluntad del factor tiempo; así pues, sobre un mismo cadáver se pueden realizar diferentes técnicas, las cuales pueden espaciarse en el tiempo, sin deterioro de la pieza y así poder hacer un estudio más exhaustivo de la anatomía que se esté explorando en ese momento. Además con la intención de lograr cada día condiciones más ajustadas a la realidad, en nuestra institución estamos investigando en el diseño de técnicas para dar aún mayor realismo a los modelos cadavéricos en cuanto a coloración, consistencia, visualización de vasos sanguíneos e incluso simulación de sangrado.

Objetivos: Demostrar que el cadáver conservado con la técnica de Thiel, constituye un recurso ideal para la enseñanza de técnicas quirúrgicas por vía laparoscópica, que permite acortar la curva de aprendizaje.

Material y métodos: Se preparan los cadáveres para realizar un curso de laparoscopia sobre técnicas de cirugía bariátrica. Se hace un repaso anatómico a los participantes y una demostración de las técnicas a realizar: 1) Gastrectomía tubular y 2) Bypass gástrico de una sola anastomosis.

Resultados: El cadáver bajo el método de Thiel nos permitió realizar un repaso anatómico exhaustivo bajo visión laparoscópica de los diferentes órganos en las zonas supra e inframesocólicas, identificando y destacando aquellas estructuras nobles que hay que conocer para evitar lesiones yatrogénicas en el paciente. Posteriormente permitió realizar la disección de planos y estructuras que se manipulan en la realización de una gastrectomía tubular, utilizando las endograpadoras con una sensación táctil similar a la del paciente (aunque sin el sangrado característico) y posteriormente se pudo realizar el bypass de una sola anastomosis permitiendo en esta maniobra la realización de suturas intracorpóreas tal y como se suelen presentar en los casos reales.

Conclusiones: Si la técnica de conservación con Thiel ha sido realizada correctamente, el cadáver constituye un excelente modelo para acelerar la curva de aprendizaje de diferentes técnicas laparoscópicas en cirugía digestiva, en especial para aquellos cirujanos noveles o residentes de la especialidad que deseen comprender mejor algunos planos de la anatomía quirúrgica.

V-125. COLECISTECTOMÍA HÍBRIDA: ABORDAJE TRANSUMBILICAL POR INCISIÓN ÚNICA ASISTIDA POR INSTRUMENTOS PERCUTÁNEOS

S. Morales-Conde, J. Cañete, M. Socas, A. Barranco, I. Alarcón, V. Gómez, J.H. Cadet y F.J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es actualmente la cirugía laparoscópica más común, y se considera el método de elección en el

tratamiento de la colecistolitiasis. Los avances en la cirugía mínimamente invasiva permiten una reducción gradual en el número de puertos y el resultado es la introducción del nuevo concepto de la cirugía laparoscópica por incisión única. La cirugía laparoscópica por incisión única es un método laparoscópico, en el que todos los puertos de trabajo se introducen a través de un solo puerto umbilical. Las ventajas de esta técnica están aún por determinar. Mientras tanto, procedimientos híbridos están siendo desarrollados con el fin de obtener las ventajas de la cirugía laparoscópica convencional y la reducción de la invasividad asociada a las técnicas de incisión única.

Material y métodos: Presentamos una de nuestras primeras experiencias clínicas usando, a través de una incisión de 1,5 cm transumbilical, dos trócares de 5 mm de perfil bajo situados en la misma incisión umbilical, siendo asistido por dos instrumentos percutáneos de 2,8 mm. Los puertos de 5 mm se utilizan para la óptica de 5 mm a 30° y la mano derecha del cirujano, mientras que los dos instrumentos percutáneos se utilizan para traccionar del fundus y del Hartman de la vesícula biliar.

Resultados: La menor invasividad y los mejores resultados cosméticos de la cirugía de puerto único se mantienen, mientras que la triangulación y el tiempo de funcionamiento del abordaje laparoscópico convencional también se conserva.

Conclusiones: La colecistectomía híbrida laparoscópica es factible y un prometedor método alternativo como cirugía sin cicatriz abdominal para el tratamiento de algunos pacientes con enfermedad de la vesícula biliar. Los estudios futuros deben llevarse a cabo con el fin de demostrar las ventajas de los enfoques híbridos y la incisión única pura.

V-126. TUMORACIÓN RETORRECTAL. ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO

A. Pueyo¹, M. Cea Soriano¹, P. Galindo Jara¹, M.I. Hernanz Hernández¹, E. Esteban Agustí¹, C. García Llorente¹, J. Garijo Álvarez¹, A. Caminoa¹, E. Valbuena Durán¹ y M. Gascón Hove²

¹Hospital de Torrejón, Torrejón. ²Hospital Militar de Zaragoza, Zaragoza.

Objetivos: Presentar un caso de tumor retorrectal intervenido en nuestro servicio mediante abordaje laparoscópico por puerto único.

Material y métodos: Varón de 35 años, que acude a consulta para control de poliposis colónica tras realización de colonoscopia virtual. Como hallazgo incidental se objetiva tumoración de 4,8 cm. de diámetro máximo, en pelvis menor, de localización retroperitoneal por encima de la tercera vértebra sacra. Se completa el estudio de extensión mediante TAC confirmando la masa heterogénea con calcificaciones en su interior pudiendo corresponder a teratoma como primera posibilidad, sin descartarse tumor de extirpe neural. Debido a la ubicación retorrectal alta de la lesión y la ausencia de signos radiológicos de infiltración de órganos adyacentes, se decide abordaje vía abdominal. Se realiza laparoscopia exploradora mediante abordaje por puerto único (SILS/LESS). Apertura peritoneal a nivel presacro izquierdo y disección de la tumoración, precisando coagulación bipolar en plano mesorrectal. Extracción protegida con endobolsa por incisión umbilical. Para la realización de la cirugía se utilizó un trócar Quad-Port Plus (Olympus®), material precurvado (Olympus®) y recto convencional de laparoscopia.; sistema de sellado vascular Ligasure Atlas 10 mm (Covidien®) y óptica de 5 mm/30° SILS (extra larga) (Storz®). El cierre de la incisión umbilical se realizó con puntos sueltos en 8, de hilo reabsorbible de lenta reabsorción.

Resultados: Alta al segundo día postoperatorio, con analgesia únicamente con paracetamol. Resultado anatomopatológico: schwannoma con extensos cambios degenerativos ("ancient schwannoma").

Conclusiones: Los tumores retorrectales o presacos son una entidad poco frecuente y cuyo origen histológico varía ampliamente. La cirugía se indica para prevenir complicaciones y descartar malignidad. Los factores que influyen en la elección del abordaje quirúrgico son la histología de la neoplasia, el tamaño y la afectación de vísceras o paredes de la pelvis. El abordaje laparoscópico se ha realizado con éxito en casos seleccionados, mostrando una adecuada visualización de las estructuras pélvicas y control vasculonervioso, siendo un procedimiento seguro que se puede combinar con una vía posterior en caso necesario. El abordaje por puerto único laparoscópico va abarcando de forma paulatina, algunas de las indicaciones de la laparoscopia convencional, pareciendo aportar mayor confort analgésico postoperatorio, menor número de complicaciones de la pared abdominal e indudablemente una mejora cosmética. Esto no sustituye la búsqueda de mantener la mayor seguridad para el paciente y el cumplimiento de las reglas establecidas para la cirugía oncológica re-

glada. En el caso presentado por nuestro Servicio, el tamaño de la lesión y la factibilidad de la extracción en bloque de forma segura, permitieron un abordaje por puerto único, con lo que se evitaron las incisiones accesorias y se pudo extraer la pieza por la incisión umbilical, siendo una vía de abordaje posible en casos seleccionados, en aquellos Servicios con la suficiente experiencia laparoscópica.

V-127. EXTRACCIÓN LAPAROSCÓPICA DE CUERPOS EXTRAÑOS INTRAABDOMINALES

A. Navarro Martínez, E. Las Navas Muro, R. Maniega Alba, V. Portugal Porras, A. Martínez Roldán, B. Estraviz Mateos y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Introducción: La presencia de cuerpos extraños intraabdominales es consecuencia de varias circunstancias entre las que destacan la ingestión o introducción por vía anal de objetos, la migración de dispositivos protésicos o el olvido de material quirúrgico en el acto operatorio. Entre los elementos protésicos comúnmente migrados se encuentran grapas, dispositivos intrauterinos, stents o componentes de cirugía traumatológica. En lo que se refiere a material olvidado accidentalmente, se estima una incidencia de 1 caso por cada 1.000 a 1.500 intervenciones abdominales, predominando el material textil, aunque también se describen casos de instrumentos utilizados durante la cirugía. Presentamos dos casos de extracción laparoscópica de cuerpos extraños: extracción de una aguja de Kirschner migrada de una prótesis de cadera y extracción de un oblitro de una cirugía previa.

Casos clínicos: El primer caso corresponde a una mujer de 80 años con antecedentes de artritis reumatoide y coxartrosis de cadera derecha con colocación de una prótesis total de cadera en 2004. La paciente se hallaba asintomática pero en una radiografía de control de la PTC 7 años después de la artroplastia se descubrió un objeto compatible con una aguja de Kirschner migrada del complejo protésico. Se realizó un TC y un angioTC que concluyó que el objeto se encontraba libre en hemipelvis derecha localizado en la profundidad de la musculatura iliaca derecha, adyacente al recorrido vasculonervioso, pero sin contacto aparente con éste. Se decidió realizar laparoscopia para su extracción. Primero se abrió el espacio retroperitoneal y se disecó la grasa craneal del músculo psoas iliaco derecho hasta identificar la aguja, inserta en el espesor de éste. Posteriormente se extrajo la aguja de Kirschner a través de uno de los orificios de trócar de la laparoscopia. La paciente fue dada de alta a las 48h sin complicaciones. El segundo caso corresponde a un varón de 54 años, que como único antecedente presentaba una apendicectomía hacia 10 años. Explicaba cuadro de lumbalgia de 10 meses de evolución, acompañado de alteración del ritmo intestinal e impotencia. Se realizó RNM para estudio del cuadro, que describía una lesión encapsulada intrapélvica derecha, sin relación con estructuras adyacentes. Se decidió intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico, objetivándose una masa encapsulada en fosa iliaca derecha, a nivel presacro, adherida a asas de intestino delgado y a retroperitoneo, sobre arteria iliaca derecha. Se realizó una disección y enucleación de la misma y su extracción en bolsa, a través de una incisión media suprapúbica de asistencia. La anatomía patológica describía reacción gigantocelular tipo cuerpo extraño, en torno a material compatible con gasa. El paciente presentó un postoperatorio sin incidencias y fue dado de alta los 3 días. En ambos casos la laparoscopia nos permitió tanto la localización exacta de los objetos como la extracción de ellos aportando así las ventajas que este procedimiento ofrece en cuanto a agresión quirúrgica y recuperación postoperatoria. No obstante, no cabe duda que hay que individualizar el tipo de cirugía en cada caso en función de las características del paciente, del equipo quirúrgico y la localización del cuerpo extraño.

V-128. ABORDAJE MONOPUERTO. CUATRO EN 1 POR 1

J. Sánchez González, M. Toledano Trincado, J.C. Martín del Olmo, F. Blanco Antona, M.L. Martín Esteban, L. Colao García y B. Rodríguez

Hospital Medina de Campo, Valladolid.

Objetivos: Se pretende mostrar con el vídeo la posibilidad de abordar múltiples patologías en un mismo paciente mediante un único acceso laparoscópico monopuerto tipo SILS (Covidien®).

Caso clínico: La paciente fue derivada desde la consulta externa del Servicio de Digestivo con el diagnóstico de colelitiasis sintomática. En

la anamnesis refirió la presencia de tumoraciones a nivel inguinal derecho e izquierdo de larga evolución. A la exploración se objetivó hernia inguinal bilateral y hernia de Spiegel izquierda. Tras informarla de sus patologías, se ofrece a la paciente la posibilidad de resolución de todos los problemas en una única intervención y con una sola incisión. Se realiza abordaje monopuerto con dispositivo SILS de Covidien® y pinzas roticuladas. En primer lugar se practica la colecistectomía dejando la vesícula en una bolsa de extracción de piezas. El segundo procedimiento consistió en hernioplastia inguinal derecha tipo TAPP y el tercer procedimiento y cuarto unidos en hernioplastia tipo TAPP izquierda con prolongación de la disección al orificio de Spiegel y colocación de malla de polipropileno tapando ambos defectos con reperi-tonización posterior. Tiempo del procedimiento 120 minutos. La paciente fue dada de alta a las 24h sin incidencias y buen control analgésico.

Discusión: El abordaje monopuerto permite el manejo de toda la patología abdominal por una única incisión, lo que facilita la resolución de patologías combinadas en un solo procedimiento minimizando la agresión quirúrgica, con mejor resultado estético y menor dolor.

V-113. HIATOPLASTIA CON MALLA SINTÉTICA BIOABSORBIBLE COMO ALTERNATIVA AL BYPASS GÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO POSTGASTRECTOMÍA TUBULAR

C. Hoyuela, L. Pulido, J. Ardid, M. Trias, A. Martrat, J. Obiols y S. Guillaumes

Hospital Plató, Barcelona.

Introducción: La aparición de una hernia de hiato en el seguimiento de los pacientes sometidos a gastrectomía tubular por obesidad mórbida no es un hecho infrecuente. En muchos casos, el cuadro clínico responde a terapias conservadoras. Cuando estas fracasan, el bypass gástrico aparece como la primera opción de tratamiento, ya que no es posible practicar una funduplicatura reglada. La reparación laparoscópica de la hernia de hiato, asociando el empleo de una malla de refuerzo, podría ser una alternativa más segura en pacientes seleccionados, al evitar los riesgos relacionados con las anastomosis. El uso de mallas absorbibles, además, evitaría los problemas asociados al uso de mallas irreabsorbibles en el hiato (disfagia, erosión, inclusión, etc.). **Objetivos:** describir los detalles técnicos de la reparación laparoscópica de una hernia de hiato post gastrectomía tubular mediante cierre de pilares y colocación de malla de refuerzo absorbible (hiatoplastia).

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 67 años, a quien se practicó una gastrectomía tubular por obesidad mórbida (IMC inicial 43 kg/m²) en 2008. A los tres años de seguimiento presenta clínica de regurgitaciones diarias y vómitos ocasionales. Ausencia de pirosis. FGS y TEGD: hernia de hiato de mediano tamaño. No hay signos de esofagitis. Manometría/pHmetría: RGE con funcionalismo esofágico correcto. IMC en ese momento (2011): 26,1 kg/m². Tras revisar opciones terapéuticas con la paciente, fue intervenida por laparoscopia practicándose reducción del contenido herniario, resección del saco, cierre de pilares y refuerzo del mismo con malla sintética bioabsorbible (Gore Bio-A®). Se describen los principales aspectos técnicos del procedimiento con especial incidencia en las características de la malla, su colocación y su fijación. Tiempo quirúrgico: 75 minutos. No se produjeron complicaciones intra ni postoperatorias. La paciente fue dada de alta al tercer día sin disfagia y con correcta tolerancia a la dieta oral. Tras un año de seguimiento no presenta regurgitaciones ni clínica de reflujo. El estudio baritado demuestra ausencia de recidiva. El IMC de la paciente permanece estable (25,8 kg/m²). La satisfacción de la paciente con el procedimiento es alta (9 sobre 10).

Discusión: La reparación quirúrgica laparoscópica de las hernias de hiato post gastrectomía tubular puede ser una alternativa terapéutica válida en pacientes seleccionados frente al bypass gástrico. El empleo de una malla de refuerzo absorbible parece una buena opción para reducir aún más la tasa de recidivas evitando las potenciales complicaciones de las mallas no absorbibles. Si bien fue diseñada como el primer tiempo del cruce duodenal laparoscópico con el fin de reducir la tasa de morbimortalidad postoperatoria, la gastrectomía tubular se emplea, hoy en día como procedimiento independiente en cirugía bariátrica.

V-114. TORACOSCOPIA EN PRONO PARA MOVILIZACIÓN ESOFÁGICA DURANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL ABORDAJE DEL CARCINOMA ESOFÁGICO POR 3 CAMPOS

S. Morales-Conde¹, J. Cañete¹, A. Vázquez¹, J. Bellido¹, F. Ibáñez¹, F. Alcántara¹, G. Jiménez¹, A. Gómez², J.H. Cadet¹ y F.J. Padillo¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del esófago se ha planteado en un intento de reducir las complicaciones importantes asociadas a la esofagectomía. A pesar de propuestas de ventajas técnicas y fisiológicas, la técnica de decúbito prono no ha sido ampliamente adoptada.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente con adenocarcinoma de esófago sobre Barrett largo por lo que se propone para esofagectomía total en tres campos realizando abordaje toracoscópico con paciente en prono y laparoscópico abdominal. Se realizó la esofagectomía total con reconstrucción con tubo gástrico en un tiempo quirúrgico de 148 minutos. La posición prona supuso una ergonomía quirúrgica superior a la vez que ofreció beneficios fisiológicos al paciente dada la ausencia de necesidad de toracotomía. No se presentaron incidencias postoperatorias. El paciente fue dado de alta a los 7 días sin incidencia alguna.

Conclusiones: El enfoque ideal dentro de la cirugía mínimamente invasiva del esófago sigue siendo un tema de debate, ya que ningún método ha producido resultados sobresalientes. Otros estudios clínicos son necesarios para ver si las ventajas ergonómicas de la posición prona pueden traducirse en la mejora de los resultados del paciente.

V-115. PERFORACION ESPONTÁNEA DE ESÓFAGO (SÍNDROME DE BOERHAAVE). TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

C. Pérez San José¹, A. Expósito¹, M. Aguinalde¹, S. Leturio¹, E. Martín², D. Dulanto¹, A. Pérez del Val¹, M. Mateo¹, P. Marcos¹, A. Angulo¹ e I. Laso¹

¹Hospital de Basurto, Bilbao. ²Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Objetivos: Presentamos el caso de un paciente con perforación espontánea de esófago con criterios clínicos de gravedad y que fue intervenido por laparoscopia con óptimos resultados.

Caso clínico: Varón de 85 con antecedentes de valvulopatía cardíaca que ingresa por cuadro de epigastralgia y vómitos, seguidos de dolor torácico derecho que aumenta con la respiración de 20 horas de evolución. Febrícula. Taquipnea. Hemodinámicamente estable (TA 107/46; FC 92), palidez, mal perfundido con cianosis acra. Enfisema subcutáneo en cuello, acidosis metabólica, leucopenia, oligoanuria. Rx tórax: Enfisema subcutáneo, hemitórax derecho velado. TAC toracoabdominal: Enfisema subcutáneo, neumomediastino, hidroneumotórax derecho, derrame pleural izquierdo, fuga de contraste en la pared posterolateral derecha del tercio inferior de esófago y estómago dilatado. Previa colocación de drenaje pleural bilateral, el paciente fue intervenido de Urgencia realizándose una abordaje laparoscópico. Tras la introducción de 3 trócares de 5 mm y 2 de 12 mm se abre el hiato esofágico saliendo del tórax material hemático purulento. Se realiza liberación y tracción del esófago evidenciando un desgarro completo de unos 3 centímetros en la pared posterior derecha del esófago distal. Se practica sutura con seis puntos extracorpóreos y se comprueba la estanqueidad de la misma. A continuación se realiza lavado- aspiración del mediastino y, previa sección de los vasos cortos y liberado el fundus gástrico, se practica una cobertura de la sutura esofágica con un parche gástrico a modo de hemifunduplicatura posterior tipo Toupet y se colocan dos drenajes aspirativos en el mediastino. El tiempo operatorio fue de 70 minutos. El paciente es trasladado a Unidad de Reanimación y se instaura tratamiento con drogas vasoactivas y nutrición parenteral. Es extubado a las 24 horas y buena evolución clínica y analítica en las siguientes 72 horas. Se realiza TAC de control en el 6º día postoperatorio que revela un derrame pleural bilateral residual y ausencia de fuga de contraste. En el 7º día postoperatorio se realiza gastroscopia evidenciando escara esofágica con sutura estanca y úlcus duodenal (motivo de su dilatación gástrica y vómitos que causaron su perforación esofágica). A continuación se inicia la alimentación oral y se controlan los drenajes pleurales hasta el día del alta en el 18º día postoperatorio. El paciente al mes de la intervención se encontraba asintomático con dieta normal y Rx tórax normal. La gastroscopia a los tres meses muestra una esofagitis residual y un tránsito baritado normal.

Discusión: La perforación espontánea del esófago tiene una elevada morbimortalidad, sobre todo en casos como el presentado (paciente anciano, shock séptico y diagnóstico no precoz). Sin embargo, el abordaje laparoscópico minimiza el trauma quirúrgico y permite el tratamiento ideal de la perforación (sutura y parche gástrico) sin añadir morbilidad al proceso frente a otras técnicas propuestas al uso.

V-116. FÍSTULA COLECISTOCÓLICA: HALLAZGO INCIDENTAL DURANTE UNA COLECISTECTOMÍA

M.A. Freiría Eiras, A. Toscano Novella, E.V. Flores Rodríguez, H. Álvarez García, S. Guzmán Suárez y J.E. Casal Núñez

Hospital Xeral, Vigo.

Introducción: Las fístulas colecisto-entéricas son una rara conexión entre el árbol biliar y el tubo digestivo, cuya causa más habitual son los cálculos biliares. Esta patología puede afectar al 3-5% de los pacientes con coledocistitis y el lugar más frecuente de comunicación es con el duodeno. Las fístulas colecistocólicas son muy raras y su frecuencia oscila entre el 1,2-5% de todas las fístulas bilioentéricas. Suelen formarse tras episodios repetidos de colecistitis, durante los que existe una inflamación de la pared de la vesícula que evoluciona a gangrena por el aumento de presión intravesicular debida a la presencia de litiasis. Si la reacción inflamatoria contacta con la pared del colon creará la fístula.

Caso clínico: Mujer de 65 años en estudio por VSG elevada, síndrome constitucional y sospecha de síndrome de Sjögren. Como antecedentes destacan neuralgia del trigémino, obstrucción lagrimal e hipertrofia parotídea. Se solicita TC toraco-abdominal que es informado como colecistitis subaguda con perforación tapada hacia el parénquima hepático y engrosamiento del ángulo hepático del colon. Posteriormente se realiza colonoscopia y RMN de vías biliares informada como coledocistitis y probable colecistitis aguda con perforación contenida, vía biliar normal. La colonoscopia evidencia lesión eritematosa inespecífica en ángulo hepático de colon. Pendiente de colecistectomía se solicita ecografía abdominal donde se observa un engrosamiento difuso de la pared vesicular y coledocistitis. En analítica preoperatoria destaca hipercolesterolemia y VSG de 61. La paciente es intervenida bajo anestesia general mediante abordaje laparoscópico. Durante la cirugía observamos un plastrón inflamatorio en el lecho vesicular con firmes adherencias de epiplón que se liberan mostrando una vesícula escleroatrófica, con intensa reacción inflamatoria y fístula entre el fundus y colon transversal. Realizamos clipaje de cístico y arteria cística y posterior colecistectomía de cuello a fundus. Ampliamos incisión de trócar colocado en flanco derecho a través de la cual se extrae la vesícula y parte de colon para realizar fistulectomía. Terminamos con sutura de la enterotomía. Anatomía patológica informa de colecistitis aguda y crónica, coledocistitis y fístula colecistocólica. Postoperatorio sin incidencias y alta al tercer día.

Discusión: Las fístulas colecistocólicas son entidades infrecuentes habitualmente secundarias a episodios de colecistitis. También se han descrito en relación con enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, traumas abdominales y neoplasias del tracto biliar, colon y cabeza de páncreas. La clínica es variable, incluye dolor abdominal, náuseas, vómitos y/o dispepsia. Pueden causar un cuadro de malabsorción por alteración de la circulación enterohepática dando lugar a esteatorrea, pérdida de peso y diarrea. Las técnicas de imagen utilizadas para su diagnóstico son la ecografía y TC abdominal, enemas opacos baritados y CPRE. Característica es la imagen de aerobilia. El tratamiento estándar es la colecistectomía con cierre de la fístula. No existen diferencias significativas entre el abordaje abierto o laparoscópico. En pacientes con mal estado general otra opción terapéutica es la realización de una CPRE con esfinterotomía y extracción de posibles cálculos ayudando a reducir la presión en la vía biliar.

V-117. EXÉRESIS DE LEIOMIOMA DE ESÓFAGO DISTAL MEDIANTE TORACOSCOPIA EN PRONO

S. Morales-Conde¹, G. Jiménez Riera¹, C. Ortiz², A. Vázquez¹, F. Ibáñez¹, F. Alcántara¹, J. Cañete¹, V. Gómez¹, A. Gómez³, E. Prendes¹ y F.J. Padillo¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme, Sevilla. ³Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: El leiomioma es el tumor benigno más frecuente del esófago, localizado hasta en un 90% en los tercios medio y distal. El tratamien-

to quirúrgico está indicado en casos sintomáticos o de duda diagnóstica. La enucleación laparoscópica o toracoscópica permiten la eliminación completa del tumor con mínima morbilidad y buenos resultados. La toracoscopia en prono aporta un buen acceso sin necesidad de intubación selectiva. La gravedad desplaza las estructuras mediastínicas aumentando el área de trabajo, mejorando la visualización, permitiendo una posición más ergonómica y el uso de un menor número de trócares, influyendo favorablemente en la confortabilidad y estancia postoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 69 años, hipertensa, diabética e hipotiroidea, sin hábitos tóxicos reconocidos, que es estudiada por anemia ferropénica. Se realizó colonoscopia y endoscopia oral con toma de biopsias duodenales sin alteraciones. En el tránsito baritado se observa un defecto de repleción en esófago distal compatible con lesión submucosa o compresión extrínseca. La TC torácica con contraste evidenció un tumor submucoso en esófago distal, bien delimitado de 58 x 43 x 45 mm. La ecoendoscopia muestra una lesión submucosa de 56 mm, muy heterocogénica con áreas anecoicas y trazas hiperecogénicas en su interior, que depende de la cuarta capa (muscular), de bordes muy bien definidos, en íntimo contacto con aurícula izquierda y aorta torácica, sin infiltrarla. Se realiza PAAF no concluyente. Con la sospecha de leiomioma se decide enucleación toracoscópica en decúbito prono, con colocación de trócares en 3º, 5º y 7º espacio intercostal, de 10, 12 y 5 mm respectivamente, usando óptica de 30º. Tras identificar el esófago se realiza disección de su porción distal, apertura de la capa muscular, enucleación de la lesión (que muestra una apariencia benigna), y cierre de la capa muscular con sutura continua reabsorbible utilizando Endostich. La presencia de osteofitos vertebrales dificultaron esta maniobra, por lo que fue necesario utilizar la pinza Roticulator®. La pieza se extrae con bolsa ampliando el orificio de 10 mm. La endoscopia oral intraoperatoria observa dislaceración de la mucosa con la capa muscular completamente cerrada. Tiempo quirúrgico: 85 minutos. Sangrado intraoperatorio: 15 cc. El drenaje endotorácico se retiró tras comprobar ausencia de fuga, paso adecuado de contraste oral y tras la ingesta oral de líquidos. El alta se dilató hasta el 10º día postoperatorio por edema de glotis secundario a una intubación dificultosa. El estudio anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de leiomioma, de 4 cm, con estudio inmunohistoquímico positivo para AML y negativo para C-Kit, CD-34 y Ki-67.

Discusión: La enucleación toracoscópica en prono del leiomioma esofágico es una técnica factible, ofreciendo un campo operatorio satisfactorio, con menor morbilidad que la toracoscopia en decúbito lateral (reducción del dolor postoperatorio y de las complicaciones pulmonares fundamentalmente), menor estancia hospitalaria y una recuperación precoz con buenos resultados. Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados que confirmen las ventajas de este abordaje frente a la toracoscopia en decúbito lateral o laparoscopia.

CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

V-001. RESCATE QUIRÚRGICO EN CARCINOMA GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO

L.M. Marín Gómez, G. Suárez Artacho, C. Bernal Bellido, J.M. Álamo Martínez, J. Serrano Díaz-Canedo, F.J. Padillo Ruiz y M.A. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Presentar un caso de cirugía radical en un carcinoma gástrico que infiltraba lóbulo hepático izdo y cuerpo pancreático tras quimioterapia neoadyuvante con respuesta parcial radiológica.

Caso clínico: Mujer de 46 años, sin antecedentes de interés, que presentó episodio de hematemesis franca asociada a pérdida ponderal y astenia de 4 meses de evolución. La endoscopia digestiva alta identificó una lesión ulcerada que ocupaba el cuerpo gástrico (anatomía patológica: adenocarcinoma gástrico infiltrante). Para el control del sangrado precisó tratamiento endoscópico y radioterapia hemostática. La TC y la ecoendoscopia mostraron una tumoración gástrica de 9 cm que infiltraba los segmentos 2 y 3 hepáticos y el cuerpo pancreático, así como nu-

merosas adenopatías loco-regionales (rT4N3M0). Ante estos hallazgos se decidió tratamiento quimioterápico con epirrubicina + oxaliplatino × 6 ciclos. La reevaluación a las 18 semanas, al finalizar la quimioterapia, mostró una respuesta radiológica parcial con disminución evidente del número de adenopatías (rT4N1M0), motivo por el cual se decidió plantear laparotomía exploradora. Tras realizar una laparotomía subcostal bilateral se comprobó la existencia de una gran tumoración que dependía del cuerpo gástrico e infiltraba la cara visceral del segmento lateral izdo hepático así como a la cara anterior del cuerpo pancreático, una vez que se accedió a la transcavidad de los epilones. Al comprobar la ausencia de infiltración a nivel del eje mesentérico-portal ni del tronco celiaco, así como la no presencia de adenopatías inter aorto-cavas ni mesentéricas, se decidió iniciar la resección tumoral. Se llevó a cabo una gastrectomía total, segmentectomía lateral izquierda y esplenopancreatocistomía distal en bloque con linfadenectomía D2 completa. La reconstrucción del tránsito digestivo fue mediante esófago-yeyunostomía T-L mecánica. El postoperatorio cursó sin incidencias. Alta al 16º DPO con una histología de adenocarcinoma gástrico poco diferenciado que infiltra hígado y páncreas, con micrometástasis en ganglios regionales (5 de 19).

Discusión: La cirugía de rescate en tumores gástricos debe realizarse en casos muy seleccionados.

V-002. GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA

G. Paiva Coronel, P. Priego Jiménez, C. Fortea Sanchis, R. Queralt Martín, J. Escrig Sos y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castelló, Castellón.

Introducción: A diferencia de otros tumores del tubo digestivo, el abordaje laparoscópico del cáncer gástrico no goza de buena aceptación, debido al planteamiento de dudas desde el punto de vista oncológico de la adecuación de la linfadenectomía por vía laparoscópica. Presentamos un caso clínico, describiendo nuestra técnica quirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial y asma bronquial que refiere dispepsia y pirosis de larga evolución. La endoscopia evidencia una lesión vegetante a nivel del antro gástrico que es positiva para Adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en anillo de sello. La tomografía computarizada muestra a nivel del antro gástrico una lesión sólida hipodensa de unos 2 cm en el borde mesentérico sin apreciarse rarefacción de la grasa perilesional. Se observan varias adenopatías locoregionales, la mayor de ellas de 9 mm. Se realiza una gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D2, y reconstrucción en Y de Roux. La paciente se coloca en decúbito supino, con las piernas separadas. Se utilizan 5 trócares (2 de 5 mm, 2 de 12 mm y uno de 11 mm para la óptica). El procedimiento comienza con la separación del estómago del colon por debajo de la arcada de los vasos gastroepiploicos (el epiplón se extirpará al sacar la pieza) y su continuación hacia el pilar izquierdo del diafragma, seccionando los vasos breves. Posteriormente se progresa en sentido caudal hasta seccionar los vasos gastroepiploicos derechos, incluyendo los ganglios del grupo 6. A continuación identificamos y seccionamos la arteria pilórica y seccionamos el duodeno con sutura mecánica (endograpadora lineal, carga verde de 60 mm). Inmediatamente realizamos la disección de los grupos ganglionares 8 y 9, esquelietizando el tronco celiaco, y procedemos a seccionar la vena y la arteria gástrica izquierda en su origen. Continuamos la disección de forma proximal realizando la linfadenectomía del grupo 1, y liberamos completamente el esófago a nivel del hiato, seccionando los nervios vagos. Efectuamos dos puntos de fijación entre el esófago y los pilares, para evitar el ascenso del esófago hacia el tórax una vez efectuada su sección. Seccionamos el esófago 1 cm por encima del cardias con una endograpadora lineal. A través de la boca del paciente, introducimos el cabezal de la sutura circular de 25 mm. Se practica una incisión vertical de unos 4-5 cm desde xifoides y a través de ella se extrae la pieza, se efectúa la liberación y extirpación completa del epiplón. La reconstrucción se realiza en "Y de Roux". El postoperatorio cursa sin incidencias, reintroduciendo la ingesta oral al 8º día y siendo de alta al 10º día postoperatorio. La anatomía patológica informa de un adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado con extensas áreas de células en anillo de sello, y 13 ganglios linfáticos infiltrados de los 41 aislados (T1bN3AM0).

Discusión: La gastrectomía total laparoscópica es una técnica segura y eficaz, que manteniendo los principios oncológicos, añade las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

V-003. GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA Y LINFADENECTOMÍA D2 POR CÁNCER GÁSTRICO

J.R. Torre Bermúdez, M. Montoya Tabares, S. del Valle Ruiz, J. López Espejo, F. González Sánchez, F.C. Becerra García, E. García Abril, J.L. Martín y G. Sánchez de la Villa

Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Introducción: Este vídeo demuestra los detalles de nuestra técnica para una gastrectomía total laparoscópica y linfadenectomía D2.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 72 años de edad con un adenocarcinoma gástrico bien diferenciado, de tipo intestinal según Lauren y localizado en el cuerpo con ausencia de metástasis. El paciente es operado por vía laparoscópica utilizando 5 trócares. Después de una laparoscopia se realiza la resección de todo el epiplón mayor con la adenopatías del grupo no. 4. La división de los vasos gastro-epiploicos derechos es realizada conjuntamente con el grupo ganglionar no. 6. El ligamento hepatoduodenal es seccionado a la altura de la arteria hepática propia en el hilio hepático y comienza la disección del grupo ganglionar 12 a. La arteria gástrica derecha se disecciona y secciona en su origen para continuar con la linfadenectomía del grupo no. 5. El duodeno es seccionado 1 cm por debajo del píloro con una Endogía de carga azul de 60 mm y reforzado con una sutura continua de PDS. La linfadenectomía del grupo 8 tiene lugar con la resección de todo el tejido linfograso alrededor de la arteria hepática común desde la arteria gastroduodenal hasta los vasos gástricos izquierdos que se seccionan en su origen junto a los ganglios de los grupos 7 y 9. Proximalmente se lleva a cabo la disección de los ganglios 1 y 2 entre la aorta, el hiato, el esófago y el estómago. El estómago es seccionado con una Endogía de carga azul 3 cm por encima del cardias. El tránsito intestinal es reconstruido con una esófago-yeyunostomía isoperistáltica termino-lateral retrócnica en Y de Roux con sutura mecánica circular. El yunque se introduce por vía oral y se extrae por el muñón distal del esófago y el suturado por el extremo del asa de yeyuno a anastomosar. El defecto mesentérico y el espacio de Petersen son cerrados con bolsas de tabaco de Seda 2/0. La estancia postoperatoria fue de 7 días, tolerando líquidos a las 48 horas. El examen histológico informó de un adenocarcinoma bien diferenciado en estadio II (pT2AN1Mx). De los 15 ganglios reseccionados solo uno en la curvatura menor estaba afectado. El paciente fue enviado a radioquimioterapia adyuvante.

Discusión: El vídeo muestra que ésta es una técnica efectiva y segura para una gastrectomía total y linfadenectomía.

V-004. GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON NEOPLASIA SUBCARDIAL Y HERNIA HIATAL

P. Parada González, L. Lesquereux Martínez, F. Santos Benito, J.A. Puñal Rodríguez, M. López Blanco, S. López Goye y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: El tratamiento radical del cáncer gástrico es la resección quirúrgica completa del tumor. La gastrectomía laparoscópica es un procedimiento ampliamente aceptado para tratar el cáncer gástrico precoz. Este procedimiento es menos invasivo que la cirugía abierta convencional y los resultados oncológicos son comparables si el cirujano cuenta con la suficiente experiencia en cirugía gástrica y laparoscópica avanzada. En el cáncer gástrico avanzado la indicación es más controvertida debido a las dificultades técnicas durante la curva de aprendizaje para realizar una linfadenectomía D2 adecuada, sin embargo, van en aumento el número de publicaciones que comunican unos resultados oncológicos equiparables de la cirugía laparoscópica y la convencional. La reconstrucción intracorporal total es técnicamente posible y segura pero requiere experiencia, habilidad y coordinación del equipo quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 67 años de edad con antecedentes de HTA, DMID, dislipemia, hernia de hiato, apnea del sueño y bebedor habitual. En noviembre de 2011 consulta por fatiga y dolor torácico de 2 meses de evolución. La analítica muestra anemia ferropénica con hemoglobina de 8,2 g/dl, por lo que se le realiza colonoscopia (normal) y endoscopia digestiva alta en la que se evidencia hernia de hiato amplia sin esofagitis y neopla-

sia subcardial de la cual se toman biopsias que son informadas como adenocarcinoma. La ecoendoscopia informa de infiltración de todas las capas de la pared con contacto de la lesión con el cuerpo del páncreas y múltiples adenopatías perigástricas. En TC se observa engrosamiento de la pared gástrica a nivel de la curvatura menor subcardial de 2 cm de grosor en una extensión de 5 x 5 cm, múltiples adenopatías de vecindad y herniación de la grasa omental a través del hiato esofágico con pequeña cantidad de líquido periesofágico distal. Después de 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante según esquema Xelox es intervenido por vía laparoscópica realizando una gastrectomía total con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux. El postoperatorio cursa sin complicaciones, realizando estudio esófago-yeyunal al 7º día en el que se descarta fístula anastomótica por lo que se reintroduce la ingesta por vía oral y es alta hospitalaria al 9º día. La anatomía patológica informa de un tumor de 2,5 cm de diámetro que alcanza el tejido adiposo perigástrico que no infiltra ninguno de los 20 ganglios aislados. En el vídeo se observan los diferentes pasos de la técnica quirúrgica: disección colo-epiploica, sección de vasos gastroepiploicos derechos y arteria pilórica, sección duodenal, disección ganglionar, sección esofágica y reconstrucción en Y de Roux con esofago-yeyunostomía mecánica e invaginación de la "oreja" lateral de sección esofágica.

Discusión: La gastrectomía por laparoscopia es factible y segura en hospitales con alto volumen de pacientes y entrenamiento suficiente en procedimientos laparoscópicos avanzados, sin reducir radicalidad ni aumentar el riesgo respecto a la realizada por vía laparotómica y añadiendo las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

V-005. GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA Y LINFADENECTOMÍA D1 EXTENDIDA POR CÁNCER GÁSTRICO

J.R. Torres Bermúdez, S. del Valle Ruiz, M. Montoya Tabares, J. López Espejo, A.A. Carrillo Sánchez, R. Nehme y G. Sánchez de la Villa

Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Objetivos: Este vídeo muestra los pasos de una gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D1 extendida en un paciente con cáncer gástrico T2N0M0.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 76 años de edad con hematemesis, melenas y anemia como primeros síntomas de un adenocarcinoma gástrico de 3 cm, bien diferenciado, de tipo intestinal según Lauren y localizado en el antro con ausencia de metástasis. El paciente es operado por vía laparoscópica utilizando 5 trocares. Después de una exploración de todo el abdomen para confirmar la lesión y ver la extensión de la enfermedad, se realiza la resección de todo el epiplón mayor con las adenopatías del grupo nº 4. La división de los vasos gastro-epiploicos derechos es realizada conjuntamente con el grupo ganglionar nº 6. La arteria gástrica derecha se disecciona y secciona en su origen para continuar con la linfadenectomía del grupo nº 5. El duodeno es seccionado 1 cm. por debajo del píloro con una Endogía de carga azul de 60 mm y reforzado con una sutura continua de PDS. La linfadenectomía del grupo 8 tiene lugar con la resección de todo el tejido linfático alrededor de la arteria hepática común desde la arteria gastroduodenal hasta los vasos gástricos izquierdos que se seccionan en su origen junto a los ganglios de los grupos 7 y 9. Esta se puede denominar una linfadenectomía D1 extendida al no reseccionarse los ganglios de los grupos 10, 11 y 12. Los ganglios del grupo 1 paracardiales y periesofágicos derechos junto a los del grupo 3 son reseccionados con Ligasure esqueletizando la curvatura menor gástrica. El estómago es seccionado proximalmente con Endogias y extraído en bloque con las adenopatías utilizando una endobolsa a través una minilaparotomía. El tránsito intestinal es reconstruido con una gastro-yeyunostomía isoperistáltica latero-lateral retrocólica en Y de Roux con sutura mecánica lineal y cierre de los orificios con sutura manual intracorpórea. El defecto mesentérico y el espacio de Petersen son cerrados con bolsos de tabaco de Seda 2/0. La estancia postoperatoria fue de 7 días, tolerando líquidos a las 24 horas. El examen histológico informó de un adenocarcinoma bien diferenciado en estadio II (pT2AN1Mx). De los 24 ganglios reseccionados sólo uno en la curvatura mayor estaba afectado. El paciente fue enviado a radio-quimioterapia adyuvante.

Discusión: El vídeo muestra que esta una técnica efectiva y segura para la gastrectomía subtotal y linfadenectomía.

V-006. GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA D1 + BETA PARA CÁNCER GÁSTRICO DEL TERCIO SUPERIOR

M. París Sans, J.J. Sánchez Cano, E. Raga Carceller, M. Socías Seco, F. Buils y E. Baeta

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus.

Introducción: A día de hoy, la cirugía sigue teniendo un papel primordial en el tratamiento de esta enfermedad, apoyándose en tratamientos neoadyuvantes para mejorar los índices de reseccabilidad R0. La laparoscopia ha demostrado ser la vía de abordaje ideal para el cáncer gástrico precoz. A nivel mundial, existen multitud de grupos que están realizando cirugía con criterio oncológico por vía laparoscópica en el cáncer gástrico avanzado.

Caso clínico: Varón de 77 años, cardiopatía isquémica, adenocarcinoma subcardial (tipo intestinal Her2 negativo). Se realiza neoadyuvancia por extensión local de la enfermedad, con respuesta parcial. Se plantea intervención quirúrgica, gastrectomía total D1+ beta R0 con esófago-yeyunostomía en "Y" de Roux totalmente laparoscópica. Extracción de la pieza quirúrgica mediante bolsa endoscópica a través de pequeña incisión de Pfannestiel. El tiempo quirúrgico fue de 5 horas. Curso postoperatorio sin incidencias con reinicio del tránsito digestivo y correcta tolerancia oral. No precisó transfusiones de derivados sanguíneos. Recibió el alta hospitalaria el quinto día postoperatorio. El estudio anatomo-patológico informó de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de la unión gastro-esofágica con infiltración de la grasa de la curvatura menor y la subserosa. Invasión perineural y angiolinfática. 3/39 ganglios afectos. Márgenes de resección libres. pT3N1M0. El paciente completó neoadyuvancia sin presentar recidiva de la enfermedad hasta la fecha (1 año).

Discusión: El número de ganglios identificados confirma la adecuación de la cirugía a los criterios oncológicos, criterios que no se han visto afectados por el uso de endograpadoras vasculares en los hilios principales (gastroepiploica derecha y coronaria). La realización de la esofagoyeyunostomía es uno de los momentos más difíciles de la cirugía, a la cual contribuye la pérdida de pneumoperitoneo por la manipulación de la CEEA, extremo que podría ser mejorado con el uso de endograpadoras lineales para esta anastomosis.

V-007. GASTRECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA

E. Gutiérrez Cafranga, C. Medina Achirica, M. Díaz Oteros, J.L. Esteban Ramos, S. Melero Brenes, M.D.R. Domínguez Reinado, W. Sánchez Bautista y F. Mateo Vallejo

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

Caso clínico: Paciente de 64 años de edad diagnosticado de adenocarcinoma gástrico antral estadio T3N0M0. Ha sido sometido a neoadyuvancia y tras reevaluación se comprueba disminución de la lesión por lo que se plantea tratamiento quirúrgico. Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico son evaluados inicialmente por vía laparoscópica ya que hemos encontrado, en aproximadamente un 18%, hallazgos no detectados en las pruebas complementarias y que han modificado la indicación de la cirugía a realizar. Cuando las condiciones lo permite la intervención se completa vía laparoscópica. Presentamos el vídeo de una gastrectomía subtotal laparoscópica con todas sus fases. Iniciamos la intervención con una exploración de la cavidad abdominal y de la extensión de la enfermedad. Posteriormente se disecciona el ligamento gastrocólico hasta llegar a la transcauidad de los epilones y se continúa con la disección hasta el origen de la gastroepiploica derecha que se secciona junto con sus linfáticos. Se continúa la disección hasta la cara inferior de la primera porción duodenal y se disecciona las adherencias de su cara posterior con el páncreas. Tras diseccionar el duodeno de sus adherencias al ligamento hepatoduodenal procedemos a su sección con endograpadora. Realizados disección de la arteria gástrica derecha y de la gástrica que rodea al origen de la arteria hepática propia. Continuamos esta disección ganglionar con la grasa que rodea a la arteria hepática común hasta su origen en el trono celíaco. Tras diseccionar la gástrica izquierda de la seccionamos entre clips. La grasa del pilar derecho diafragmático es diseccionada y se prepara la curvatura menor para el nivel de sección. Una vez completada la disección de la curvatura mayor hasta el nivel adecuado de sección se procede a seccionar el estómago con endograpadora. Preparamos el asa intestinal localizando el asa fija y seccionando el ID a unos 30 cm del Treitz. Se realiza una anastomosis gastroyeyunal con endograpadora y se completa la anastomosis con puntos sueltos, en este caso aplicados con Endo Stitch®.

Procedemos en este momento a la realización de una minilaparotomía de 4 cm para extracción de la pieza y aprovechamos la movilidad del I.D para completar la anastomosis yeyunoyeyunal que se realiza fuera del abdomen. La anatomía patológica informó de lesión neoplásica, adenocarcinoma tipo intestinal, antral con afectación hasta submucosa. 23 ganglios linfáticos libres de enfermedad neoplásica.

V-074. INJERTO LIBRE DE YEYUNO: TRATAMIENTO DE UN TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE ESÓFAGO CERVICAL

E. Ramírez-Maldonado, M. Miró, A. López, H. Aranda, C. Higuera, C. Bettonica, M. Millán, L. Farran y J. Viñals

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El tumor de células granulares (TCG) es una lesión infrecuente de origen neural, de características benignas aunque está descrita su malignización en un 2% de los casos. El tratamiento es la extirpación local.

Caso clínico: El caso que se describe es una mujer de 36 años con disfagia de 4 años de evolución. Se realiza estudio con endoscopia digestiva alta donde se evidencia estenosis infranqueable del esófago cervical a nivel de la boca de Killian y TC cervical donde se aprecia una masa de 5 cm en esófago cervical que desplaza la vía aérea extendiéndose hasta el 3º anillo traqueal. La gammagrafía descarta origen tiroideo, la biopsia endoscópica, ecoendoscopia y PAAF guiada por ecografía no fueron concluyentes, indicándose una biopsia quirúrgica extramural que hace diagnóstico de TCG. Dada la extensión longitudinal de la lesión, se desestima resección con anastomosis primaria esofágica termino-terminal, indicando exéresis y reconstrucción mediante injerto de yeyuno libre. La técnica quirúrgica consistió en: esofagectomía cervical de 7 cm, obtención laparotómica del injerto libre de yeyuno, microanastomosis vascular (vena yeyunal-vena yugular externa, arteria yeyunal-arteria carótida externa con injerto de poplítea) y anastomosis enteral (esófago-yeyunal-esófago). El tránsito esofágico de control al séptimo día postquirúrgico, evidenció la indemnidad de las anastomosis. La evolución posterior fue satisfactoria, tolerando correctamente la dieta oral. Seis meses posterior a la cirugía se realiza una fibrogastroscofia de control, donde se identifica la mucosa esofágica sana, se observan anastomosis digestivas y la mucosa del injerto está perfectamente vascularizada y con peristaltismo adecuado. No existe evidencia de recidiva tumoral, tanto clínica, radiológica como endoscópicamente.

Discusión: El injerto de yeyuno es una técnica útil que está ganando amplia aceptación en la reconstrucción de la hipofaringe y esófago cervical. La mejoría en la técnica de microcirugía y equipos quirúrgicos altamente especializados dan seguridad en los resultados.

V-075. LESIONES VASCULARES TORÁCICAS DURANTE LA ESOFAGUECTOMÍA EN DECÚBITO PRONO

J.M. del Pino Monzón, M. Alonso González, V. Concepción Martín, P. Marrero Marrero, C. Díaz López, B. Reyes Correa, E. Moneva Arce, J.G. Díaz Mejías, M.J. Palacios Fanlo y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: La introducción de las técnicas de cirugía videoasistida en la disección del esófago torácico ha permitido disminuir la morbilidad de esta intervención con similares resultados oncológicos. Aun así estas técnicas presentan complicaciones intraoperatorias similares a la toracotomía clásica con el inconveniente de un abordaje mínimamente invasivo. Esto es de especial relevancia cuando se producen lesiones vasculares.

Material y métodos: Tras una experiencia inicial con esofagectomías transhiatales mínimamente invasivas (2004-2007) cambiamos a un abordaje del esófago cervical por toracoscopia en decúbito lateral izquierdo (2007-2008) y en agosto de 2008 incorporamos la esofagectomía con toracoscopia en decúbito prono. Desde ese momento hemos realizado 19 intervenciones en prono.

Resultados: Presentamos un vídeo con diferentes lesiones vasculares durante la esofagectomía por toracoscopia en decúbito prono. En 2 pacientes hubo sangrado de ramas esofágicas de la aorta que se controlaron con compresión o electrocoagulación bipolar. Un caso de lesión de una vena lobar inferior pulmonar que se controló con clips. Un caso de lesión de vena pulmonar que requirió sutura por toracoscopia y un caso de arteria subclavia lusoria confundida con esófago y finalmente respetada.

Conclusiones: La cirugía esofágica mediante toracoscopia en decúbito

prono es una técnica factible pero no exenta de riesgos vasculares que el cirujano debe conocer. Se debe disponer de las habilidades quirúrgicas necesarias así como de los medios para poder solventar con rapidez y seguridad estos eventos potencialmente letales.

V-076. ESOFAGUECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA EN DECÚBITO PRONO

F. Mateo Vallejo, E. Gutiérrez Cafranga, C. Medina Achirica, M. Díaz Otero, R. Estepa Cabello, J.L. Esteban Ramos, M.R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes y W. Sánchez Bautista

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

Caso clínico: Paciente de 70 años de edad diagnosticada de carcinoma epidermoide de tercio medio esofágico tras debutar con disfagia progresiva. En el estudio de extensión se confirmó una lesión pT3N1M0 que afectaba desde los 27 cm de arcada dentaria hasta los 32 cm. Presentado en el comité de tumores del hospital se decidió tratamiento neoadyuvante combinando quimioterapia y radioterapia. Durante el mismo sufrió un episodio de tromboembolismo pulmonar (TEP) que requirió anticoagulación. En los estudios de imágenes posneoadyuvancia se objetivó una disminución de la lesión, ausencia de signos de TEP y disminución del tamaño de las adenopatías, por lo que se decidió cirugía de rescate. Con la paciente en decúbito prono se realizó disección de todo el esófago torácico con linfadenectomía y movilización hasta la zona más cercana posible a estrecho torácico superior a través de videotoracoscopia derecha. Una vez completada se procedió a colocar la paciente en decúbito supino con lateralización del cuello hacia el lado derecho. Por vía laparoscópica se efectuó la disección del estómago, la linfadenectomía de la gástrica izquierda y de los pilares y la formación del tubular gástrico. Por último a través de la cervicotomía izquierda se extrajo la pieza y se procedió a la anastomosis latero lateral entre esófago y tubular. El postoperatorio cursó con normalidad y como única morbilidad cabe destacar un moderado derrame pleural derecho que no requirió tratamiento, siendo de alta al séptimo día de postoperatorio. La anatomía patológica no encontró tumor en el esófago (respuesta completa) y quince adenopatías de las cuales dos fueron metastásicas. En el vídeo se presenta la fase toracoscópica de disección esofágica y la fase cervical de extracción de la pieza.

V-077. ESOFAGUECTOMÍA TRANSHIATAL E ILEOCECOLOPLASTIA POR ADENOCARCINOMA SOBRE BARRETT TRAS GASTRECTOMÍA POLAR SUPERIOR

O. Alonso Casado, S. González Moreno y E. Rubio González

MD Anderson Cancer Center, Madrid.

Introducción: La esofagectomía subtotal se considera el tratamiento de elección de un esófago de Barrett largo con múltiples focos de adenocarcinoma infiltrante. La esofagectomía transhiatal es una técnica que permite la resección del esófago torácico evitando la morbilidad que genera una toracotomía. Los detractores de este abordaje alegan que no es posible la realización de una correcta linfadenectomía. La reconstrucción del tránsito tras una esofagectomía por neoplasia se realiza con una plastia gástrica, sin embargo, cuando esto no es posible, una coloplastia es la segunda opción. Existen diferentes opciones para la realización de una coloplastia, y el empleo de un segmento de colon u otro depende de la preferencia de cada grupo. Presentamos un caso tratado mediante esofagectomía transhiatal e ileocecoloplastia, a quien previamente se había realizado una gastrectomía polar superior, y del que nos parece interesante comentar tanto los aspectos clínicos, como la técnica quirúrgica.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años diagnosticado de esófago de Barrett largo con una irregularidad mucosa en cardias con biopsia positiva para adenocarcinoma. Es intervenido en otro Centro practicándose, según se describe en el informe, "esofagogastrectomía que abarca tercio inferior de esófago y fundus y cuerpo gástrico, piloroplastia, tubular gástrico y anastomosis esofagogástrica". En el estudio histológico no se encontró tumor en cardias, objetivándose un adenocarcinoma intramucoso en el anillo anastomótico esofágico, "rodeado de mucosa conservada en sus extremos". El paciente acude a nuestro Hospital para valorar tratamiento adyuvante. Se realiza estudio endoscópico en el que se detecta esófago de Barrett largo desde 31 cm hasta anastomosis a 41 cm y se toman biopsias que son informadas como esófago de Barrett con adenocarcinoma infiltrante desde 34 cm hasta anastomosis. PET-TAC: sin evidencia de enfermedad a distancia. Ante la imposibilidad de un estadiaje local

fiable dada la manipulación quirúrgica previa reciente, se desestima cualquier tratamiento neoadyuvante y se decide tratamiento quirúrgico mediante esofagectomía subtotal y coloplastia. En el vídeo de la intervención se aprecia la técnica de esofagectomía transhiatal con linfadenectomía mediastínica y reconstrucción mediante ileocecoloplastia, con imágenes muy ilustrativas de la técnica y pruebas complementarias pre y postoperatorias.

Discusión: El tratamiento del esófago de Barrett largo con múltiples focos de adenocarcinoma infiltrante debe ser la esofagectomía subtotal. La reconstrucción mediante ileocecoloplastia es una técnica compleja que aporta ciertas ventajas sobre la coloplastia izquierda. La linfadenectomía mediastínica infracarinal transhiatal es factible y segura.

V-078. ESOFAGUECTOMÍA TOTAL ENDOSCÓPICA POR NEOPLASIA DE CARDIAS: TIEMPO LAPAROSCÓPICO

A.F. Aranzana Gómez, S. Abad de Castro, R. López Pardo, N. China Correa, A. Repiso Ortega, M. García Ávila, Z.L. de Julián Fernández Cabrera, C. Nieto Moral, C. López González, D. Martínez Cecilia y E. Fernández Morales

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La esofagectomía total oncológica para neoplasias de la unión esofagagástrica mediante cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser una alternativa válida y segura para la realización de este procedimiento.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años diagnosticado de neoplasia de la UEG con endoscopia: neoformación vegetante desde 43 a 33 cm con estenosis con biopsias de adenocarcinoma, HER-2 (++). USE: T3N1. Se exponen las pruebas complementarias de interés. Se realiza tratamiento neoadyuvante con quimioterapia según protocolo NEOX, con TAC y USE con respuesta parcial al tratamiento. Intervención: tiempo laparoscópico, 5 trócares, gastrolisis respetando los vasos gastroepiploicos derechos, Kocher amplio hasta identificar la cava, sección vascular de los vasos gástricos izquierdos, linfadenectomía paracardial, movilización completa del estómago, laparotomía reducida subxifoidea, inicio del tiempo cervical, cervicotomía lateral izquierda con disección del esófago cervical, sección y fijación de éste a un tubo, exteriorización de la pieza por vía abdominal, creación del tubular gástrico con cargas sucesivas de GIA, ascensión de la plastia con control laparoscópico por vía mediastínica posterior con anastomosis esófago-tubular manual, fijación del tubular a pilares con colocación de drenajes. Postoperatorio con proceso neumónico de LMD con control radiológico y clínico correcto, con estudio Rx con gastrografín al 6º día, alta hospitalaria al 9º día postoperatorio. Anatomía patológica definitiva: adenocarcinoma mod. dif. de cardias, con afectación esofágica, que alcanza la serosa, 0 de 67 ganglios aislados. En seguimiento actualmente, completando tratamiento quimioterápico y asintomático a los 3 meses de la cirugía.

Discusión: La cirugía mínimamente invasiva de las neoplasias de la UEG es una alternativa eficaz en la aproximación de este tipo de patología, debiendo cumplir siempre los criterios de radicalidad oncológicos.

V-079. ESOFAGUECTOMÍA TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICA

F. Mateo Vallejo, C. Medina Achirica, M.D.R. Domínguez Reinado, E. Gutiérrez Cafranga, S. Melero Brenes, J.L. Esteban Ramos, M. Díaz Oteros, W. Sánchez Bautista, J.D.D. Franco Osorio, F. García Molina y E. Montes Posadas

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

Caso clínico: Paciente de 54 años de edad diagnosticado de adenocarcinoma de cardias estadio T3N1M0. Tras someterse a tratamiento neoadyuvante con docetaxel, oxaliplatin y capecitabina un nuevo estudio de extensión demostró una buena respuesta, no apreciándose tumor ni en la endoscopia, ni en la ecoendoscopia, por lo cual se planteó tratamiento quirúrgico. Realizamos una esofagectomía transhiatal con formación de tubular gástrico y anastomosis esofagagástrica cervical. El vídeo muestra el tiempo laparoscópico con la disección del estómago, linfadenectomía del territorio de la arteria gástrica izquierda y de los pilares, apertura del diafragma, disección del esófago distal con la grasa que lo rodea seccionando la pleura mediastínica y utilizando como límites de referencia el pericardio por arriba, ambas pleuras como límites laterales y la aorta torácica por debajo. La disección se continúa hasta sobrepasar la vena pulmonar inferior. Tras el tiempo laparoscópico se procede a la cervicotomía lateral izquierda con disección del esófago. Se realiza una

minilaparotomía de asistencia por donde se introduce el stripping a través del estómago haciéndolo progresar hasta el esófago que se secciona y se sutura a la oliva del stripping. Se procede a la extracción del esófago por la minilaparotomía junto con el estómago para confeccionar el tubular en el exterior del abdomen. La subida del tubular y la sutura esofagagástrica en el cuello completan la cirugía. El postoperatorio cursó sin problemas respiratorios, pero presento una fistula en la anastomosis cervical que cerro espontáneamente en una semana. La AP informó de un único foco de 2 mm de neoplasia viable en cardias que afectaba a la submucosa, pero sin alcanzar la capa muscular propia. De los 16 ganglios linfáticos disecados ninguno estaba afectado por el tumor. 17 meses después de la cirugía el paciente se encuentra sin evidencia de neoplasia.

V-080. IVOR LEWIS MÍNIMAMENTE INVASIVO

F. Mateo Vallejo, C. Medina Achirica, E. Gutiérrez Cafranga, M. Díaz Oteros, J.L. Esteban Ramos, M.D.R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes, W. Sánchez Bautista, M. Copano Estudillo y C. Villagran Ramírez

Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.

Caso clínico: Paciente de 60 años de edad con antecedentes de cirugía por cáncer de laringe y de lengua, portador de traqueotomía e irradiación cervical tras linfadenectomía. Acude a consulta de digestivo por disfagia progresiva y en endoscopia oral se diagnostica de lesión neoplásica en tercio distal de esófago a 30 cm de arcada dentaria. La AP confirma un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de esófago. La estadificación realizada con TAC, ecoendoscopia y RM estatifica la lesión como T3N0M0. Tras presentación al comité oncológico del hospital se decide neoadyuvancia con quimioradioterapia y evaluación posterior de la respuesta. Tras la misma, la RM y el PET confirman regresión de la lesión sin evidencia de metástasis a distancia por lo que se plantea cirugía. La elección de la técnica de Ivor Lewis viene condicionada por la existencia de una traqueotomía y la irradiación cervical tras la linfadenectomía. Se comienza la intervención con el abordaje laparoscópico, confirmando la ausencia de lesiones que contraindiquen la cirugía. Se realiza disección de la arteria gástrica izquierda en su origen y linfadenectomía de ambos pilares diafragmáticos y ligamento gastrohepático. Tras liberar todo el estómago y realizar una maniobra de Kocher se procede a construir un tubular gástrico que se deja fijo a fornix gástrico por un pequeño puente. La disección se lleva hasta esófago distal para poder luego ascender la plastia gástrica sin problemas desde el tórax. Tras completar el abordaje laparoscópico se coloca al paciente en posición de decúbito lateral izquierda. No utilizamos en este paciente el decúbito prono por problemas de la canalización aérea de la traqueotomía. Se aborda el tórax con 5 trócares, presentando problemas a lo largo de todo el abordaje toracoscópico por problemas de desaturación de O₂ lo que obliga a mantener el pulmón sólo parcialmente colapsado. Se realiza linfadenectomía desde cardias hasta cayado de la ácigos y se disecciona la grasa que rodea al esófago desde la aorta torácica hasta bifurcación bronquial, vena pulmonar y pericardio. Tras seccionar el esófago con endocortadora se introduce yunque de la sutura mecánica por la boca y se realiza anastomosis termino lateral esófago gástrica con EEA de 21 mm. Se completa la intervención con extirpación del estómago remanente y colocación de tubo de tórax y drenaje de Blake del 19 cercano a la anastomosis esófago-gástrica. La evolución del paciente no presentó complicaciones, comenzando ingesta oral a los 4 días de la cirugía tras estudio con gastrografín que demostraba buen paso por la anastomosis.

Discusión: Esta técnica quirúrgica es altamente demandante en cuanto a la formación en cirugía mínimamente invasiva y conseguir una anastomosis esófago gástrica torácica es uno de los pasos más difíciles de realizar.

V-106. PUERTO ÚNICO LAPAROSCÓPICO INTRALUMINAL (INTRAGÁSTRICO) EN LA CIRUGÍA EN EL CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO

J.M. Suárez Grau, J.A. Bellido Luque, J. Gómez Menchero, J.L. García Moreno, I. Durán Ferreras, R. Moreno Romero, E. Ruiz Lupiáñez y J.F. Guadalajara Jurado

Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

Introducción: Presentamos un vídeo de un paciente con un adenocarcinoma intramucoso en el que se realizó una técnica endoluminal laparoscopia intragástrica.

Caso clínico: El paciente tiene antecedentes de VHC, hipertensión arterial, diabetes mellitus y la cirrosis severa. En el estudio preoperatorio del tumor fue identificado por endoscopia, y sin metástasis (T1, M0, N0). La ecoendoscopia identificó el tumor como una neoplasia gástrica T1 del fundus. El paciente fue indicado para técnica mínimamente invasiva debido a la historia personal y el estadio del tumor. En este procedimiento, un dispositivo de puerto único se coloca en el lumen gástrico, penetrando las paredes abdominales y el estómago con el fin de realizar una extracción laparoscópica de las lesiones gástricas. La operación se lleva a cabo en el lumen gástrico con instrumentos laparoscópicos actualmente disponibles y la vigilancia laparoscópica-endoscópica. El procedimiento es seguro, y factible para lesiones de la mucosa o submucosa del estómago, que no pueden ser tratadas mediante la técnica de gastrofibroendoscopia. También el endoscopista realiza un control intraoperatorio de la localización del tumor. Se hizo finalmente una fulguración endoscópica con argón del margen del tumor. Realizamos una resección de una lesión de 7 × 4 cm, sin invasión de la submucosa (pT1). En el seguimiento no hubo recidiva de la endoscopia a los 6 meses.

Discusión: Creemos que este procedimiento es útil para el carcinoma intramucoso, que no puede ser realizado mediante resección endoscópica de la mucosa, y del carcinoma invasor de la submucosa sin afectación ganglionar, y no pueden ser incluidos para cirugía oncológica esofagogastrica.

V-107. CIRUGÍA INTRAGÁSTRICA POR PUERTO ÚNICO ASISTIDA POR ENDOSCOPIA DE LEIOMIOMA DE UNIÓN GASTROESOFÁGICA

S. Morales-Conde¹, I. Alarcón¹, C. Ortiz², M. Socas¹, A. Barranco¹, H. Cadet¹ y J. Padillo¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El abordaje laparoscópico por puerto único está convirtiéndose en una alternativa al abordaje laparoscópico convencional en ciertas intervenciones, con el consiguiente desarrollo de los dispositivos e instrumentos utilizados en este abordaje. Usando este arsenal tecnológico, hemos empleado el abordaje por puerto único en combinación con la cirugía intragástrica ya desarrollada por nuestro grupo, para el tratamiento de lesiones benignas y tumores estromales situados en pared posterior gástrica, o cercanos a unión gastroesofágica o píloro.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 40 años con historia persistente de dolor epigástrico diagnosticada mediante endoscopia y ecoendoscopia con biopsia de leiomioma de la unión gastroesofágica, decidiéndose una resección intragástrica laparoscópica por puerto único asistida por endoscopia. Tras establecer el neumoperitoneo, se realiza una gastrotomía en cara anterior del estómago, a través del cual se introduce el dispositivo de puerto único TriPort, cuyas características permiten que una vez contraído el dispositivo, este fija herméticamente la pared gástrica a la pared abdominal, pudiendo establecerse el "neumoestómago" y realizar una cirugía intragástrica desde el dispositivo en pared abdominal. Tras resecar el tumor, se cierra la gastrotomía por laparoscopia convencional.

Discusión: Con la experiencia acumulada por nuestro grupo en abordaje laparoscópico por Puerto único, pensamos que no existen limitaciones técnicas a la hora de resecar este tipo de tumores respecto a la cirugía intragástrica laparoscópica convencional realizada mediante múltiples punciones gástricas o una gran gastrotomía.

V-108. INTRAGASTRIC TUMOURS RESECTION BY LAPAROSCOPIC-ENDOSCOPIC APPROACH

E. Domínguez-Adame Lanuza, A. Cano Matías, P. Beltrán Miranda, R. Pérez Huertas, M. Rodríguez Téllez, A. Pérez Sánchez, F. Oliva Mompeán y A. Villa Díaz

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introduction: The appearance of high size gastric polyp and dysplastic mucosal or wall gastric tumours is not infrequently. Endoscopy resection is the gold standard in their management; however, it is not possible in a high amount of cases. On that stage, observation or open approach resection are the classical therapies.

Case reports: We present eight patients who were diagnosed of GIST (3), high (3) risk dysplastic gastric polyps and (2) neuroendocrin pancreatic

tumours. Because of its size, the endoscopic resection was impossible. By a combined laparoscopic-endoscopic approach a trans-gastric resection was made through a gastrotomy. All the procedures were developed through polyp resection by a lineal stapler and a laparoscopic suture of the gastrotomy. There weren't any short term complication as suture leakage or bleeding either long term ones as ventral hernia.

Discussion: Trans-gastric resection of gastric polyps or tumours through a combined laparoscopic-endoscopic approach is an effective, safe and reproducible procedure for these tumours.

V-109. ESTENOSIS ESOFÁGICA PÉPTICA: ESOFAGUECTOMÍA TOTAL MEDIANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

A.F. Aranzana Gómez, Z.L. de Julián Fernández Cabrera, S. Abad de Castro, R. López Pardo, M.N. China Correia, M. García Ávila, I. Fraile Alonso, E. Fernández Morales y A. Mira Vázquez

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: La esofaguectomía total mediante cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser una alternativa válida y eficaz para la realización de este procedimiento. La estenosis esofágica de origen péptico que precise tratamiento quirúrgico definitivo es una entidad infrecuente, ya que suele responder al tratamiento médico y/o endoscópico con dilataciones.

Caso clínico: Paciente mujer de 75 años diagnosticada de doble estenosis esofágica péptica, tratada en varias ocasiones con dilataciones endoscópicas por digestivo, demostrando en la última endoscopia esofagitis grave con estenosis infranqueable a 22 cm. Se exponen las pruebas complementarias de interés. Intervención: toracoscopia derecha en decúbito prono, disección y movilización completa del esófago torácico, sección de la vena ácigos, drenaje pleural. Tiempo laparoscópico, 5 trócares, gastro-lisis respetando los vasos gastroepiploicos derechos, Kocher amplo hasta identificar la cava, sección vascular de los vasos gástricos izquierdos, movilización completa del estómago, minilaparotomía subxifoidea, inicio del tiempo cervical con disección del esófago cervical, sección y fijación de éste a un tubo, exteriorización de la pieza por vía abdominal, creación del tubular gástrico con cargas sucesivas de GIA, ascensión de la plastia por vía mediastínica posterior con anastomosis esófago-tubular manual, con colocación de drenajes y yeyunostomía de alimentación. Postoperatorio correcto con control radiológico con gastrografin al 6º día, alta hospitalaria al 11º día. Asintomática al año de la cirugía, con control radiológico sin alteraciones.

Discusión: El abordaje de la estenosis esofágica péptica con cirugía mínimamente invasiva es seguro y eficaz, añadiendo las ventajas inherentes a este tipo de técnica.

V-110. ABORDAJE TORACOSCÓPICO EN DECÚBITO PRONO PARA ENUCLEACIÓN DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO DE TERCIO MEDIO

E. Fernández de Sevilla Gómez, S. Castro Boix, R. Boqué Genovard, J. Pradell Teigell, V. Zanón Navarro y M. Armengol Carrasco

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Los leiomiomas esofágicos, aunque infrecuentes, son los tumores benignos esofágicos más comunes. Sus síntomas, cuando están presentes, suelen ser inespecíficos. La enucleación se considera el tratamiento de elección.

Caso clínico: Paciente de 42 años con antecedentes de dislipemia e hiper-gammaglobulinemia familiar que presenta clínica de disfagia leve a sólidos de meses de evolución, por lo que se realiza fibrogastroscopia, hallando lesión submucosa a 28 cm de arcada dentaria. Se completa el estudio con tomografía computarizada, en la que se halla masa de 4 cm de localización subcarinal que contacta ampliamente con pared esofágica. Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal y ecoendoscopia, ambos sugestivos de leiomioma de tercio medio esofágico. Se biopsia la lesión mediante ecoendoscopia, cuya anatomía patológica es compatible con el diagnóstico por imagen. Se decide intervención quirúrgica programada, mediante abordaje toracoscópico derecho en decúbito prono, visualizándose tumoración en tercio medio esofágico y se procede a la enucleación laparoscópica de la misma y sutura de capa muscular esofágica. La anatomía patológica definitiva informó de leiomioma, con ausencia de malignidad en el material remitido. El postoperatorio cursó sin incidencias

complicaciones y el alta se ha realizado entre el cuarto y quinto día postoperatorio tras comprobar a las 48 horas un paso correcto de contraste hidrosoluble por el esófago distal y comenzar con dieta oral seguida posteriormente de dieta blanda triturada. En el seguimiento los pacientes no han vuelto a referir síntomas respiratorios ni dolor torácico y actualmente se encuentran asintomáticos con una dieta normal.

Discusión: Proponemos la vía toracoscópica asociada a la laparoscopia como mejor abordaje al exclusivamente laparoscópico por la mejor visibilidad, la posibilidad de disecar de forma más segura estructuras donde una lesión inadvertida puede poner en riesgo la vida del paciente y donde la sección del divertículo se realiza con mayor seguridad.

V-130. DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO: RESECCIÓN, MIOTOMÍA Y FUNDUPLICATURA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

M.D.C. Miranda Murua, A. Díaz de Liaño Argüelles, A. Artajona Rosino, M.T. Abadía Forcén y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Los divertículos que se localizan en los últimos 10 cm del esófago son llamados divertículos epifrénicos y son los menos frecuentes de los divertículos esofágicos. Cuando son de pequeño tamaño generalmente son asintomáticos, pero cuando son más grandes presentan síntomas como disfagia o dolor torácico. El tránsito baritado de esófago es la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento quirúrgico está indicado según la clínica del paciente. Presentamos el tratamiento quirúrgico de un divertículo epifrénico sintomático, mediante acceso laparoscópico realizando resección, miotomía y funduplicatura de 270° como tratamiento del mecanismo fisiopatológico de producción del mismo.

Caso clínico: Varón de 70 años estudiado por disfagia y episodios de impactación alimentaria a nivel retroesternal de varios años evolución reagudizado los últimos meses. Asocia dolor torácico con la impactación. No pirosis, no náuseas ni vómitos. No tos nocturna. Infecciones respiratorias de repetición. En el estudio esofagogastroduodenal se halla esófago de calibre normal. En cara posterior derecha de su tercio inferior se aprecia una imagen diverticular de aproximadamente 3 cm de diámetro máximo, con boca ancha, unos 10 cm por encima del hemidiafragma; se aprecia una pequeña hernia de hiato por deslizamiento. La manometría mostró esfínter esofágico inferior a 45 cm con presión de 13 mmHg y relajación completa. La pHmetría mostró reflujo gastroesofágico ácido patológico mixto con índice de De Meester 22,7. Se presenta en formato de DVD la película en la que se muestra el tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico con disección del divertículo accediendo al esófago inferior a través del hiato y la resección del mismo con endograpadora mecánica. Además se completa el tratamiento con miotomía amplia del plano muscular del tercio inferior del esófago asociado a funduplicatura tipo Toupet. La evolución postoperatoria fue satisfactoria con control radiológico correcto en el 5º día postoperatorio.

Discusión: El tratamiento de estos divertículos está indicado cuando son sintomáticos o presentan complicaciones. El tratamiento por vía laparoscópica del divertículo de tercio inferior esofágico es factible, segura y reproducible. El tratamiento quirúrgico debe incluir el tratamiento del mecanismo fisiopatológico de producción del divertículo.

V-131. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO

A. Rodríguez Cañete, J. Moreno Ruiz, I. Pulido Roa, M.E. Gámez Córdoba, J.A. Bondía Navarro, B. López Rueda y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El divertículo epifrénico es una entidad poco frecuente que se asocia casi siempre a un trastorno motor esofágico. Clásicamente se trataba mediante toracotomía pero hoy en día se recomienda el empleo del abordaje laparoscópico vía abdominal. Se consideran divertículos por pulsión, en los que la falta de relajación del esfínter esofágico inferior aumenta la presión intraluminal y la formación del divertículo. Su tratamiento debe abordar tanto el divertículo en sí como la causa. Por ello se aconseja realizar diverticulectomía, miotomía amplia (superando cranealmente el extremo proximal del divertículo) y una hemifunduplicatura para prevenir síntomas por reflujo gastro-esofágico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 49 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, intervenida previamente de oclusión tubá-

rica y de oclusión intestinal por brida interna. Presentaba síntomas de regurgitación, dolor torácico y disfagia episódica, de unos 5 años de evolución. Se realizó estudio baritado (EGD) que evidenció un divertículo esofágico, de unos 5-6 cm de diámetro, próximo a la unión esofago-gástrica. Se realizó gastroscopia que aprecia a 40 cm de la arcada dentaria el divertículo, con mucosa normal. Se intentó hacer manometría esofágica no lográndose pasar a estómago la sonda de calibración, por lo que no se pudo demostrar el trastorno motor asociado. La intervención se realiza con el paciente en posición francesa, con 5 trócares. Se diseca el esófago y ambos pilares y se aprecia un hiato muy ancho. Mediante una frenotomía anterior se visualiza y diseca mejor el esófago distal. Se identifica y aísla el divertículo. Se secciona con EndoGIA 60 (carga 3,5 mm) tutelada con una sonda esofágica de 37 fr que evite posibles estenosis. Se refuerza la línea de grapas con Vicryl 3/0 y se retira la sonda. Se realiza miotomía extramucosa del esófago distal superando proximalmente el extremo del divertículo seccionado y distalmente unos dos cm del estómago. La longitud total de la miotomía es de 12 cm. Se comprueba que la mucosa esofágica está indemne con aire. Se cierra los pilares con un punto de seda 2/0 y se realiza hemifunduplicatura anterior tipo DOR con puntos sueltos de seda 2/0. Se cierra parcialmente la frenotomía con un punto de seda 2/0. La paciente inició tolerancia al segundo día postoperatorio y fue dada de alta al cuarto, realizándose un EGD de control previo al alta. Tras seis meses de seguimiento la paciente está asintomática, sin clínica de disfagia, dolor o reflujo.

Discusión: Consideramos que el estudio preoperatorio debe incluir una endoscopia que descarte lesiones asociadas. Debe permitir localizar anatómicamente el divertículo, mediante EGD. Debe ser también un estudio funcional, mediante manometría esofágica, para identificar el trastorno motor asociado, aunque es difícil posicionar adecuadamente la sonda de calibración si no se emplea una endoscopia. Se considera que el tratamiento de elección del divertículo epifrénico debe ser por laparoscopia, vía abdominal, siempre que se disponga del equipo y preparación adecuados. Se debe realizar una resección del divertículo y una miotomía extramucosa que al menos supere proximalmente el extremo del divertículo. Se recomienda asociar una hemifunduplicatura para prevenir el reflujo gastro-esofágico.

V-132. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL DIVERTÍCULO ESOFÁGICO

A. Bianchi¹, J. Pérez Celada¹, J.A. Martínez Córcoles¹, F. Alcaide Mata², A. Pagán Pomar¹, M. Bibiloni Truyols¹, H. Martínez Juan¹, M. García Ortega¹, J. Bonnin Pascual¹ y X. González Argente¹

¹Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. ²Hospital Mateu Orfila, Menorca.

Caso clínico: Paciente mujer de 75 años con antecedentes patológicos de obesidad, depresión y divertículo esofágico. Presenta disfagia y episodios de regurgitación de varios años de evolución que han ido aumentando en frecuencia e intensidad en los últimos meses, hasta llegar a presentar episodios de hematemesis. Valorada por el servicio de cardiología que descartó enfermedad coronaria. El TEGD evidencia divertículo de gran tamaño localizado en tercio inferior de esófago y estenosis por debajo del mismo. Se asocia moderada hernia de hiato por deslizamiento con marcado reflujo gastroesofágico. Moderada hipertrofia de pliegues gástricos sugestivo de gastritis. Se realiza abordaje laparoscópico, diverticulectomía, miotomía esofágica y funduplicatura tipo Toupet. Es dada de alta al quinto día post-operatorio y sin incidencias. En el control post-operatorio la paciente no refiere nuevos episodios de regurgitación, de disfagia ni de reflujo gastro-esofágico. Al control radiológico el tránsito esofago-gástrico-duodenal resulta normal.

Discusión: Los divertículos epifrénicos son una patología poco frecuente y son el resultado de una alteración de la motilidad esofago-gástrica. La mayoría de los pacientes que presentan divertículos esofágicos son asintomáticos. La disfagia es el síntoma más común en los pacientes sintomáticos. La regurgitación, la pérdida de peso, el dolor torácico, la halitosis y la aspiración son otros síntomas asociados. Tradicionalmente tratados mediante toracotomía izquierda, con la introducción de las técnicas mínimamente invasivas, el abordaje laparoscópico ha ganado popularidad hasta considerarse una de las primeras opciones terapéuticas. La diverticulectomía laparoscópica asociada a miotomía y a funduplicatura en el tratamiento del divertículo esofágico es un tratamiento eficaz, seguro y completo. El abordaje laparoscópico permite una menor estancia hospitalaria y una rápida recuperación.

V-133. ACHALASIA: MIOTOMÍA DE HELLER CON SECCIÓN FRÍA Y FUNDUPLICATURA TOUPET

I. Rubio Pérez, S. Salido Fernández, J. Auza Villegas, G. Fernández Díaz, M.D.M. Naranjo Lozano, E. Martín Pérez y E. Larraña Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La achalasia es una alteración neurodegenerativa primaria del esófago, que condiciona una alteración de la motilidad. Es una entidad infrecuente, y se produce por la incapacidad de relajación del esfínter esofágico inferior y alteración de la peristalsis del cuerpo esofágico, que condiciona disfagia. El objetivo del tratamiento es corregir la disfagia y prevenir el reflujo gastroesofágico. Se han propuesto diversas modalidades terapéuticas (dilataciones con balón, toxina botulínica, etc.) pero la miotomía quirúrgica continúa obteniendo los mejores resultados a largo plazo. En la actualidad, suele realizarse de forma laparoscópica, asociando una funduplicatura para evitar el reflujo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 58 años, sin antecedentes de interés. Diagnosticado de achalasia hace 7 años, fue tratado mediante dilataciones neumáticas endoscópicas. Disfagia, odinofagia y pérdida de peso en progresión, por lo que se plantea tratamiento quirúrgico. Manometría esofágica: achalasia clásica (tipo I), con esófago dilatado y tortuoso. Esfínter esofágico inferior con relajación incompleta. Impedanciometría intraluminal multicanal estacionaria: tránsito esofágico incompleto. El paciente es intervenido de forma programada, vía laparoscópica. Tras la disección del hiato esofágico y exposición completa de la zona del cardias, se realizó cardiomiectomía extramucosa según técnica de Heller, con control esofagoscopio intraoperatorio. En este caso, debido a las dilataciones con balón previas, la zona cardial presentaba cierta fibrosis. Para una mayor precisión en el momento del corte y evitar la transmisión de calor (que puede producir escaras locales y posterior perforación) se prefirió utilizar sección fría endoscópica en vez de Ligasure. Posteriormente, se realizó funduplicatura de Toupet como técnica antireflujo. La elección de Toupet tiene la intención de mantener abierta la zona de la miotomía mediante la tracción lateral que realiza la funduplicatura a ambos lados. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, y el paciente fue dado de alta al cuarto día postoperatorio, con buena tolerancia oral.

Discusión: El tratamiento quirúrgico de la achalasia es la mejor opción terapéutica en pacientes jóvenes. La técnica de elección es la miotomía con funduplicatura asociada, por vía laparoscópica. La clave del éxito quirúrgico es una sección controlada y cuidadosa de las fibras musculares para evitar perforaciones, y una técnica antirreflujo adecuada.

V-134. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE REVISIÓN EN HERNIA HIATAL

P. Parada González, J.A. Puñal Rodríguez, L. Lesquereux Martínez, F. Santos Benito, M.I. Sartal Cuñarro, M. Echevarría Canoura y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: Cerca del 15% de pacientes con cirugía antirreflujo presentarán síntomas recurrentes durante el seguimiento a largo plazo y pueden ser candidatos a reintervención. La causa más frecuente de fallo es la migración intratorácica de la funduplicatura. En la cirugía de revisión es esencial para obtener buenos resultados desmontar completamente el procedimiento previo, restablecer la anatomía normal, reconocer la existencia de un esófago corto y realizar un apropiado emplazamiento de la funduplicatura antirreflujo. Los pacientes con disfagia preoperatoria, especialmente los que requieren una gastroplastia de Collis por esófago corto se han identificado como factor de riesgo para disfagia persistente y menor índice de satisfacción en el postoperatorio. En pacientes con esófago corto una alternativa a la redo gastroplastia de Collis puede ser la reconstrucción en Y de Roux. En revisiones sistemáticas se ha observado que la resolución de los síntomas tras la reintervención es superior al 80%, siendo los resultados peores y la morbilidad mayor que en la cirugía primaria.

Caso clínico: Mujer de 59 años de edad con antecedentes de cirugías previas por histerectomía y apendicectomía por laparotomías previas, cirugía de la hernia hiatal y colecistectomía en 2001 y fenestración de

quistes hepáticos en 2006, estas últimas cirugías por vía laparoscópica. Refiere presentar desde el año 2004 dolor en epigastrio a diario y episodios de dolor incapacitante retroesternal ocasional, disfagia habitual, más intensa para sólidos, inicialmente regurgitaciones ocasionales y en los últimos 5 años vómitos biliosos esporádicos. En la exploración física se observan cicatrices de laparotomía media infraumbilical, McBurney en FID y cicatrices de laparoscopias previas en abdomen superior sin otros datos de interés. La endoscopia digestiva alta muestra gran hernia hiatal, de hasta 4 cm. El estudio baritado esófago-gástrico evidencia una voluminosa hernia de hiato por migración intratorácica de la funduplicatura previa. El paciente es reintervenido por vía laparoscópica observando disrupción del cierre de pilares con migración intratorácica de la funduplicatura. Se procede a disección-reducción de la funduplicatura al abdomen, se deshace el procedimiento antireflujo original y posteriormente se realiza nuevo cierre de pilares y refunduplicatura tipo Nissen holgada y corta. No se han producido complicaciones intra ni postoperatorias, se inicia dieta a las 24h y es dada de alta hospitalaria a las 48h. A los 3 meses la paciente permanece asintomática.

Discusión: Los pacientes con recidiva de grandes hernias hiales sintomáticas deben ser reoperados, especialmente si presentan disfagia. La cirugía puede ser compleja por adherencias y cambios anatómicos por lo que se aconseja ser realizada por las manos más expertas. Esta cirugía puede llevarse a término con seguridad por vía laparoscópica en centros con experiencia.

V-135. FUNDUPLICATURA TOUPET CON PUERTOS 3 Y 5 MM UTILIZANDO SEPARADOR HEPÁTICO NATHANSON

S. Calzado Baeza¹, D. Bernal Moreno², J.E. Quiñones Sampedro³, M. Gutiérrez Cayuso⁴ y A. Martínez Isla⁵

¹Hospital Santa Ana, Motril. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Hospital General Universitario, Guadalajara. ⁴Hospital Central de Asturias, Oviedo. ⁵St. Marks Hospital and Academic Institute, Harrow, Reino Unido.

Introducción: La cirugía laparoscópica de la ERGE se lleva realizando desde los años 90 por vía laparoscópica; en el momento actual, se considera la técnica gold standard para el tratamiento de dicha patología. Muchos autores prefieren realizar la funduplicatura de Nissen (360°), cuando en la literatura reciente, se ha demostrado que la funduplicatura Toupet (180°) es como mínimo igual desde el punto de vista de pHmetría y control de sintomatología, y superior en problemas como la disfagia y la capacidad de eructar o vomitar, así como la necesidad de realizar dilataciones neumáticas o reintervenciones por disfagia severa.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 31 años de origen hindú que clínica de ERGE con mala respuesta a los PPIs. Con diagnóstico de confirmación pH métrico. Intervención: bajo anestesia general se realiza inducción de neumoperitoneo con aguja de Veress en línea media axilar izquierda, abordaje mediante tres puertos de 5 mm y dos de 3 mm, colocación de Separador hepático tipo Nathanson a través de orificio de 5 mm. Disección del hiato obteniendo 4 cm de esófago intrabdominal, identificación de los nervios vagos anterior y posterior, liberación del fundus gástrico mediante bisturí armónico seccionando los vasos cortos. Cierre del pilar derecho mediante tres puntos simples de Ethibond® 2/0; La funduplicatura se confecciona mediante anclaje de los puntos superiores de la funduplicatura al esófago y a las dos ramas del pilar derecho con dos puntos más en cada lado de esófago a fundus con el mismo material. El enfermo se fue de alta el mismo día.

Discusión: Presentamos un caso de ERGE tratado de una manera no habitual en nuestro medio, en el cual se considera a la técnica de Nissen el gold standard en el tratamiento laparoscópico del reflujo. El caso demuestra la posibilidad de realizar una técnica segura y avalada por múltiples estudios recientes con nivel de evidencia científica Ib, con abordaje y utilización de mini-instrumentos, así como la participación de dos cirujanos, en vez de los tres necesarios en el abordaje tradicional, gracias al separador hepático tipo Nathanson.

GIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

V-008. DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN PILÓRICA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA (PARTE I: RESECCIÓN)

I. Poves Prim, F. Burdío Pinilla, C. Silva Vergara, M. Cáceres y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica es una técnica quirúrgica extremadamente compleja por lo que son muy pocos los grupos la realizan, y menos como el abordaje de elección. Aún así, algunos grupos han publicado series largas de casos consecutivos con resultados cuanto menos equiparables a los del abordaje convencional.

Caso clínico: Presentamos la técnica de la duodeno-pancreatectomía cefálica con preservación pilórica laparoscópica que realizamos en nuestro centro en casos seleccionados. Se muestran con detalle los pasos que hemos seguido para realizar la fase de la resección quirúrgica. El caso concreto que mostramos tiene la particularidad que se trata de un paciente con un carcinoma resecable de cabeza de páncreas al cual se le administró quimio-radioterapia neoadyuvante previo a la resección quirúrgica.

V-009. DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN PILÓRICA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA (PARTE II: RECONSTRUCCIÓN)

I. Poves Prim, F. Burdío Pinilla, C. Silva Vergara, M. Cáceres y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica es una técnica quirúrgica extremadamente compleja por lo que son muy pocos los grupos la realizan, y menos como el abordaje de elección. Aún así, algunos grupos han publicado series largas de casos consecutivos con resultados cuanto menos equiparables a los del abordaje convencional.

Caso clínico: Presentamos la técnica de la duodeno-pancreatectomía cefálica con preservación pilórica laparoscópica que realizamos en nuestro centro en casos seleccionados. Se muestran con detalle los pasos que hemos seguido para realizar la fase de la reconstrucción quirúrgica que por lo general realizamos en una única asa que ascendemos vía transmesocólica. Las anastomosis realizadas son una pancreático-yeyunostomía T-L ducto-mucosa con puntos sueltos de Monocryl 5/0 y sutura continua capsular con seda 2/0 y una hepático-yeyunostomía T-L con puntos sueltos de Monocryl 4/0. La duodeno-yeyunostomía la realizamos antecólica y en dos planos con sutura continua de Vicryl 3/0. El caso concreto que mostramos tiene la particularidad que se trata de un paciente con un carcinoma resecable de cabeza de páncreas al cual se le administró quimio-radioterapia neoadyuvante previa a la resección quirúrgica.

V-010. ASPECTOS TÉCNICOS DE LAS RESECCIONES VENOSAS EN LA CIRUGÍA RADICAL PANCREÁTICA

E. Vicente, Y. Quijano, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, C. Oliva, R. Caruso, C. Corbacho e I. Martínez

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

La afectación vascular sigue representando el principal motivo de irresecabilidad en pacientes con tumores pancreáticos. El tratamiento quirúrgico de las lesiones neoforativas que presentan esta infiltración venosa sigue representando un importante reto quirúrgico. La localización de la propia afectación venosa así como las características del tumor primario son factores que influyen notablemente en esta complejidad. Sin embargo, en un número importante y seleccionado de enfermos, la opción quirúrgica representa la única opción terapéutica adecuada en un intento de obtener una adecuada paliación. Se presenta la técnica quirúrgica efectuada en diferentes pacientes con afectación del eje espleno-mesentérico-portal secundaria a tumores primarios pancreáticos. A todos ellos se les efectuó: resección tumoral con resección y posterior reconstrucción vascular.

V-011. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS: ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL ASISTIDA POR VÍA ROBÓTICA

E. Vicente, Y. Quijano, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, C. Oliva, R. Caruso, A. Carbajo y B. Morato

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La cirugía robótica ha supuesto en los últimos años un nuevo avance para la realización de diferentes procedimientos quirúrgicos abdominales. A través de la misma se ha venido a solucionar alguna de las importantes limitaciones de la cirugía laparoscópica convencional. Si bien su utilización en procesos médicos situados en el área pélvica no plantea controversia, no así sucede cuando estos aparecen en otras localizaciones, como por ejemplo el área pancreática.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 50 años de edad con una localizada en la cola de páncreas. Una ecografía abdominal, TAC helicoidal, resonancia magnética nuclear y eco-endoscopia confirmo la presencia de una masa hipodensa y heterogénea de 4,5 cm de diámetro localizada en la parte distal del páncreas además de múltiples lesiones ocupantes de espacio en hígado. El diagnóstico anatómico-patológico demostró la presencia de una neoplasia de aspecto epitelial. La valoración inmunohistoquímica confirmo su naturaleza neuroendocrina. Tras completar tratamiento quimioterápico durante 1 año la paciente fue intervenida quirúrgicamente. Se le efectuó una esplenopancreatectomía distal asistida por vía robótica. El presente vídeo muestra los diferentes pasos quirúrgicos efectuados durante la intervención efectuada.

V-012. PANCREATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS

I. Poves Prim, F. Burdío Pinilla, X. Crous, P. Sánchez Velázquez, D. Dorcaratto y L. Grande Posa

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La pancreatectomía izquierda laparoscópica (PIL) es una técnica aceptada para el tratamiento de lesiones benignas y premalignas del páncreas izquierdo, existiendo todavía controversia en su uso para las malignas. Presentamos el caso de una paciente intervenida de pancreatectomía izquierda laparoscópica por carcinoma de páncreas.

Material y métodos: Desde noviembre de 2007 hasta noviembre de 2011 hemos intervenido 15 pacientes de PIL por lesiones pancreáticas primarias. La edad media fue de 64 ± 13 años. Se realizaron 6 esplenopancreatectomías radicales (RAMPS), 3 córporo-caudales con preservación del bazo y 6 distales puras (4 con preservación del bazo). Hubo una conversión.

Resultados: El tiempo operatorio fue de 230 ± 69 minutos. La estancia media postoperatoria fue de $8,1 \pm 7,6$ días. A 90 días, se detectaron complicaciones en 4 pacientes (Clavien): 3 grado II y 1 grado V. Hubo una fistula pancreática grado B. En el 53% de los casos el diagnóstico fue de neoplasia maligna. El número de ganglios resecados en los casos que se planificó una RAMPS por carcinoma fue de $21,7 \pm 11,5$, siendo en todos los casos los márgenes negativos.

Conclusiones: La PIL puede considerarse como la técnica de elección para el tratamiento de las lesiones primarias del páncreas, incluyendo las malignas, siempre que se realice por grupos con experiencia en cirugía pancreática y alta cualificación en cirugía laparoscópica.

V-013. CIRUGÍA PANCREÁTICA LAPAROSCÓPICA ECO-DIRIGIDA: PANCREATECTOMÍA DISTAL POR TUMOR NEUROENDOCRINO

J. Santoyo Santoyo, I. Fernández Burgos, M.A. Suárez, J.L. Fernández Aguilar, B. Sánchez Pérez, J.A. Pérez Daga, C. Rodríguez Silva y M.E. Gámez Córdoba

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La detección de lesiones pancreáticas tanto sólidas como quísticas es cada día más frecuente debido al uso extensivo de técnicas de imagen en el abdomen. Por ello, actualmente es más exigente realizar una correcta aproximación diagnóstica para establecer la indicación de

cirugía y la extensión de la misma. La cirugía laparoscópica, es hoy día la vía de abordaje ideal para las lesiones pancreáticas situadas en el cuerpo o cola de páncreas y que pueden requerir una pancreatomectomía distal o una resección más conservadora.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 45 años de edad, con antecedentes de duplicación duodenal que fue intervenida en la infancia. Es estudiada por clínica de dolor abdominal focalizado a nivel de epigástrico, sin otros síntomas asociados, descubriéndose una lesión sólida inferior a 1 cm a nivel central del cuerpo del páncreas. Se realiza eco-endoscopia y PAAF evidenciando proliferación celular sugerente de neoplasia neuroendocrina. La determinación de los niveles plasmáticos de la cromogranina A indicaron un valor de 257. Con la sospecha de tumor neuroendocrino de páncreas y ante el importante cuadro de cancerofobia que manifestó la paciente se decidió realizar una exploración laparoscópica con ecografía intraoperatoria y enucleación de la lesión pancreática. La ecografía detectó un nódulo hipocogénico de 7 x 6 mm bien delimitado en el cuerpo pancreático, en íntima relación con un fino conducto pancreático principal. Por ello, se decide llevar a cabo una pancreatomectomía distal con preservación de vasos esplénicos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, siendo dada de alta en el 5º día postoperatorio sin complicaciones. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de glucagonoma de 5 mm de diámetro.

Discusión: La cirugía pancreática por lesiones benignas, debe ser lo más conservadora posible, realizándose pancreatomectomías limitadas o enucleaciones siempre que sea posible. La información aportada por la ecografía intraoperatoria es decisiva de cara a la toma de decisiones correctas, no solo para identificar y caracterizar las lesiones, sino para ver las relaciones vasculares y la proximidad al conducto pancreático. Por otro lado, la pancreatomectomía distal laparoscópica debe realizarse siempre que sea técnicamente posible con conservación de vasos esplénicos para evitar complicaciones asociadas a la ligadura de los mismos (infartos esplénicos, hipertensión portal segmentaria, etc.).

V-014. MANEJO TERAPÉUTICO DE LOS TUMORES PANCREÁTICOS EN PACIENTES CON ESTENOSIS DE TRONCO CELÍACO

M.C. Pavel, M.A. López-Boado Serrat, J. Ferrer Fábrega, J.A. Ordóñez Trujillo y L. Fernández-Cruz Pérez

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: La incidencia de la estenosis de tronco celiaco (ETC) es de 10-25%. Las principales causas son la compresión por el ligamento arcuato (la más frecuente etiología en la población asiática) y la estenosis intrínseca provocada principalmente por la arteriosclerosis (sobre todo en Estados Unidos y Europa). En un 35% de los casos no se puede establecer la etiología. La vascularización de los órganos supramesocólicos se mantiene debido a la presencia de varias colaterales entre el tronco celiaco y la arteria mesentérica superior, por lo cual la mayoría de estos pacientes son asintomáticos. Sin embargo, en los casos de ETC que requieren la realización de una duodenopancreatomectomía pueden aparecer problemas isquémicos tanto a nivel hepático, gástrico o esplénico, como a nivel de las anastomosis realizadas, debido a la necesidad de sacrificar las colaterales antes mencionadas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 50 años, con antecedentes de importante tabaquismo y consumo de alcohol moderado, con una historia de 2 años de dolor abdominal persistente, acompañado de pérdida de peso de más de 15 kg y anorexia. En el TAC se observaba la cabeza pancreática aumentada de tamaño, de aspecto heterogéneo, con una imagen hipodensa sospechosa de proceso neoplásico y dilatación de la vía biliar y pancreática. Además presentaba las arcadas pancreático-duodenales muy hipertróficas y estenosis intrínseca del tronco celiaco. Se realizó una duodenopancreatomectomía cefálica con bipartición gástrica y anastomosis pancreático-gástrica. La técnica nuestra de revascularización fue mediante un injerto de arteria iliaca de cadáver entre mesentérica superior y el muñón de la arteria gastroduodenal. La evolución postoperatoria fue favorable, con alta al 15º día postoperatorio. Un año después de la cirugía, el paciente se encuentra asintomático y ha ganado 15 kg de peso. El angio-TAC realizado demuestra permeabilidad del injerto utilizado.

V-041. ESPLENOPANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA POR TUMOR QUÍSTICO DE PÁNCREAS EN PACIENTE CIRRÓTICA

S. Fernández-Ananín, M. Rodríguez Blanco, V. Artigas, J.A. González, S. Mocanu, C. Rodríguez y M. Trías

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Los tumores quísticos del páncreas son lesiones poco frecuentes. Su diagnóstico diferencial con los diversos tipos histológicos de neoplasia quística y con el pseudoquistes es complejo y de suma importancia terapéutica. Los tumores quísticos mucinosos constituyen el 50% de las neoplasias quísticas del páncreas. Afectan principalmente a mujeres y se localizan en un 75% en cuerpo-cola. Debido a su potencial maligno, estas lesiones deben ser resecadas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 44 años afecta de cirrosis hepática por VHC y coinfección por VHI a la que se le practica una esplenopancreatomectomía distal laparoscópica por una lesión quística de 5,5 cm situada en cola de páncreas sospechosa de malignidad debido al crecimiento progresivo y al incremento del Ca 19.9 respecto a controles previos. Técnica quirúrgica: el abordaje laparoscópico se realizó con 4 trócares. La posición del paciente fue en decúbito supino. Se inició el procedimiento con la retracción medial del estómago, apertura de la curvatura mayor y disección de la cara posterior gástrica. Exposición de la glándula pancreática e identificación del tumor quístico en la cola. Identificación de la arteria y de la vena esplénica. Disección de la región retropancreática. Sección de la arteria y vena esplénica. Transección del páncreas con Ligasure. División del ligamento esplenocólico y esplenofrénico. Extracción de la pieza quirúrgica con bolsa protectora a través de incisión de Pfannenstiel. Revisión de hemostasia y colocación de drenajes. La duración de la intervención fue de 180 min, y la paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 5 días.

Discusión: La resección laparoscópica de los tumores distales pancreáticos es técnicamente factible y segura. Permite reducir la estancia hospitalaria, si se compara con la cirugía convencional, sin incrementar la tasa de complicaciones.

V-042. DUODENOYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

G. Paiva Coronel, P. Priego Jiménez, C. Fortea Sanchis, R. Queralt Martín, V. Ángel Yepes, J. Escrig Sos y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castelló, Castellón.

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) es una entidad infrecuente, encontrándose en alrededor del 0,2 al 1% en diversos estudios radiológicos. Se han usado diversos términos para describirla tales como, enfermedad de Wilkie, síndrome del corsé de yeso, fleo duodenal, compresión vascular del duodeno o síndrome de la arteria mesentérica superior. En esta patología, se produce una obstrucción extrínseca de la tercera porción del duodeno. La arteria mesentérica superior (AMS) se origina de la aorta a nivel de la primera vértebra lumbar. El ángulo aorto-mesentérico normal en adultos es entre 40 a 50 grados y contiene la vena renal, el proceso uncinado del páncreas, la tercera porción del duodeno y grasa retroperitoneal. Cualquier factor que atenúe el ángulo aorto-mesentérico entre 6 y 16º puede producir compresión duodenal. La clínica es variada y por tanto difícil de diagnosticar. Describimos la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de un caso mediante un abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 24 años con historia de un año de evolución de dolor y distensión abdominal, vómitos postprandiales, pérdida importante de peso (20 kg) y anorexia secundaria al dolor. El dolor mejora con cambios posturales como la posición genu-pectoral en decúbito lateral izquierdo. A la exploración física la paciente presenta una caquexia importante con múltiples estrías abdominales. Se realiza una endoscopia oral, que fue normal. En la tomografía computarizada (TC) y el tránsito gastroduodenal, se observa una dilatación de la 2ª y 3ª porción duodenal debido a una compresión extrínseca secundaria a la salida de la arteria mesentérica superior de la aorta abdominal. El resto de intestino delgado es de características normales. Se decidió tratamiento quirúrgico, realizándose una duodenoyunostomía latero-lateral transmesocólica laparoscópica. Se coloca a la paciente en decúbito supino, piernas separadas. Accedemos a la cavidad abdominal mediante un trócar infraumbilical tipo Hasson, dos trócares de 5 mm y un trócar de 12 mm. Se accede al

duodeno a través del mesocolon transversal. Se realiza duodenotomía y anastomosis duodeno-yeyunal latero-lateral en la unión de la segunda con la tercera porción. El plano posterior se realiza con sutura mecánica y puntos sueltos para el plano anterior. No fue necesario realizar maniobra de Kocher. La evolución fue satisfactoria con inicio de la tolerancia oral al 2º día y alta al 4º día postoperatorio sin complicaciones. Se realizó una endoscopia oral y un tránsito gastroduodenal que evidenció buen paso de contraste por la anastomosis. Así mismo en un nuevo TC se observa ausencia de dilatación del marco duodenal.

Discusión: El SAMS es una entidad poco frecuente, que implica un reto diagnóstico en pacientes con síntomas de tubo digestivo proximal como dolor epigástrico, náusea, vómito y pérdida de peso. El tratamiento debe ser quirúrgico y de las alternativas existentes la derivación duodeno-yeyunal laparoscópica es la mejor opción.

V-043. PÁNCREAS ANULAR. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

I. Badiola Vergara, B. Estraviz Mateos, E. Jiménez Jiménez, A. Martínez Roldán, M. Corcóstequi Pardo, R. Maniega Alba y J. Ibáñez Aguirre

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Introducción: El páncreas anular es una malformación congénita bastante infrecuente. Es atribuible a fallo en la rotación del brote ventral del páncreas durante su desarrollo embriológico, por lo que queda el duodeno circunvalado por un anillo intramural de tejido pancreático que puede obstruirlo parcial o completamente. Esta anomalía embriológica es infrecuente en adultos, siendo su incidencia de 1/20.000, siendo más frecuente en individuos afectados por síndrome de Down. El diagnóstico suele realizarse en el periodo perinatal, y es menos frecuente que debute durante la edad adulta. En este último caso puede hacerlo como pancreatitis aguda, obstrucción gástrica, cuadro de ictericia o incluso según algunos autores en el contexto de un tumor maligno.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 65 años que consultó por un cuadro de dispepsia de largo tiempo de evolución, con aparición progresiva de vómitos e intolerancia a dieta oral. Tras los estudios pertinentes fue diagnosticada de obstrucción duodenal secundaria a la existencia de un páncreas anular. La paciente fue intervenida mediante un abordaje laparoscópico, realizándose una duodeno-duodenostomía como puede verse en el vídeo presentado. Lo consideramos un caso importante por ser una afección rara y más aún en el adulto, por el comienzo tardío de los síntomas y su lenta progresión. Son pocas las publicaciones que se han publicado, y más aún son aquellas en las que se ha considerado un abordaje laparoscópico, como se practicó en nuestra paciente. Es importante en los pacientes afectados por esta patología realizar un seguimiento para descartar malignidad en la región periampular, concomitante o tras la intervención quirúrgica.

V-044. QUISTOGASTROSTOMÍA TRANSGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN EL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

S.N. Mocanu, M. Rodríguez Blanco, J.A. González López, S. Fernández Ananín, V. Artigas Raventós y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir la variante técnica de abordaje laparoscópico transgástrico para la creación de una derivación gástrica de un pseudoquiste pancreático.

Caso clínico: Paciente de 81 años, con antecedentes de pancreatitis aguda grave de etiología litiasica, con desarrollo de un gran pseudoquiste pancreático retrogástrico (16 cm de diámetro). Dada la persistencia del pseudoquiste (masa palpable y dolor abdominal) se decidió realizar una pseudoquistogastrotomía vía laparoscópica. Se describen el abordaje, la forma de acceso a la cavidad gástrica y el material utilizado para crear la derivación. El acceso a la cavidad peritoneal se realizó tras insuflación de CO₂ con aguja de Veress. Se colocaron 2 trócares de trabajo de 5 y 10 mm en ambos hipocondrios. La inspección de la cavidad no evidenció hallazgos de interés pero la ecografía transgástrica objetivó la tumoración quística en relación con la pared posterior del antro gástrico. Se realizaron tres gastrotomías anteriores, a nivel de antro y cuerpo gástrico bajo, adyacentes a la curvatura mayor. Se colocaron tres trócares tipo Hasson a través de las gastrotomías a fin de obtener acceso laparoscópico intragástrico. Se realizó la inspección de la cavidad gástrica y se repitió la eco-

grafía, evidenciando las relaciones íntimas del pseudoquiste con la pared gástrica posterior. Se practicó una gastrotomía posterior antral con acceso a la cavidad del pseudoquiste, evacuación del contenido del mismo y posterior inspección de la cavidad residual. Consolidación de la comunicación de las dos cavidades mediante la aplicación de tres suturas mecánicas lineales (Echelon) con disposición triangular. Revisión de la hemostasia y cierre de las gastrotomías con suturas continuas de material reabsorbible. La intervención se completó con una colecistectomía laparoscópica retrógrada de una vesícula escleroatrófica litiasica. La intervención finaliza con cierre simple de las puertas de 10 mm en la pared abdominal. El curso postoperatorio fue sin incidencias y el paciente fue dado de alta en el 6º día.

Discusión: La estrategia terapéutica quirúrgica de los pseudoquistes pancreáticos depende de una serie de factores entre los cuales la etiología, el número, la localización, las dimensiones, la sintomatología y las complicaciones generadas, siendo estas últimas las más importantes. El tratamiento más frecuente del pseudoquiste persistente consiste en su derivación a un órgano cavitario adyacente-estómago, duodeno o yeyuno. En el caso de los pseudoquistes retrogástricos, la forma más directa es la transgástrica, descrita clásicamente en la cirugía abierta. El abordaje laparoscópico es hoy en día la estrategia correcta pues es factible y segura para crear dicha derivación. El acceso transgástrico asistido por laparoscopia es una de sus variantes. Su realización implica el dominio de una serie de gestos de laparoscopia avanzada como la interpretación de los datos ecográficos, las suturas intracorpóreas y las técnicas de hemostasia en caso de hemorragia abundante a nivel de la boca anastomótica.

V-045. DUODENECTOMÍA CON PRESERVACIÓN PANCREÁTICA EN UN CASO DE VARIACIÓN DE LA INSERCIÓN TOPOGRÁFICA DEL WIRSUNG

A.M. García Ortega, J.C. Rodríguez Pino, J. Martínez Fernández, J.M. Morón Canis, X. Molina Romero, E. Palma Zamora, F.X. González Argente, A. Ochogavía y H. Martínez Juan

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción: Las malformaciones vasculares intestinales son relativamente infrecuentes en el tracto digestivo alto no obstante representan la causa del 2 al 5% de las hemorragias digestivas altas.

Caso clínico: Mujer de 40 años con antecedentes de hipertensión, anemia ferropénica severa, hemangioma hepático, angiodisplasias gástricas, síndrome depresivo y de piernas inquietas. Su cuadro clínico inició con dolor epigástrico, hemorragia digestiva baja, debilidad generalizada, pirosis y anemia ferropénica que requiere múltiples ingresos en el servicio de medicina interna. Dentro de las pruebas complementarias realizadas se encontró en la gastroscopia dos lesiones en cuerpo gástrico compatibles con angiodisplasias, una de las cuales presento además una úlcera de pequeño tamaño; en el duodeno se identificaron dos lesiones tipo angiodisplasia a nivel del bulbo; en la segunda y tercera porción duodenal la mucosa presentó un punteado eritematoso que ocupaba prácticamente toda la circunferencia. El TAC informó de una malformación vascular arteriovenosa localizada en segunda y tercera porción duodenal, ángulo de Treitz y en los 5 primeros centímetros de yeyuno. La vascularización dependía de las arterias gastroduodenal y mesentérica superior con drenaje venoso a mesentérica superior. La hepática derecha dependía de la AMS y la hepática izquierda de la hepática común con una hepática izquierda accesoria de gástrica izquierda. Se observó un hemangioma de 8 mm en segmento VIII. La arteriografía reveló una malformación arteriovenosa que se extendía desde la asegunda porción duodenal hasta el ángulo de Treitz, mostrando los aportes arteriales provenientes de la arteria gastroduodenal y de la mesentérica superior.

Discusión: Las lesiones vasculares del tracto gastrointestinal incluyen las malformaciones arterio-venosas como la angiodisplasia y la lesión de Dieulafoy; ectasias venosas (flebetasias múltiples y hemorroides); telangiectasias, que puede estar asociada con la telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT), el síndrome de Turner y la esclerosis sistémica; hemangiomas, angiosarcomas y trastornos del tejido conectivo que afecta a los vasos sanguíneos como el pseudoxantoma elástico y la enfermedad de Ehlers-Danlos. Este tipo de lesiones aunque raras pueden ser la causa de hemorragia digestiva importante aunque la presentación clínica es variable yendo desde los casos asintomáticos, pasando por la anemia ferropénica hasta el sangrado agudo o recurrente que puede poner en peligro la vida. Algunos otros signos y síntomas son

dolor, disfagia, odinofagia, masa palpable, intususcepción, obstrucción intestinal, inestabilidad hemodinámica, enteropatía por pérdida de proteínas y ascitis. El diagnóstico se basa usualmente en pruebas endoscópicas o en la angiografía y su tratamiento varía desde la coagulación con calor o escleroterapia pasando por el laser hasta la cirugía. Dada la clínica de la paciente y los resultados de las pruebas complementarias se decide realizar una duodenectomía con preservación pancreática y pilórica. Durante el acto quirúrgico se objetiva una variación topográfica en la implantación del Wirsungtipo A. Se realiza plastia del ducto pancreático al colédoco y posterior anastomosis pancreático-yeyunal ducto-mucosa. El estudio anatomopatológico de la resección duodenal informo de una malformación arteriovenosa.

V-046. ABORDAJE VASCULAR SECUENCIAL EN EL TUMOR DE KLATSKIN CON AFECTACIÓN ARTERIAL Y VENOSA

O. Carreño Sáenz, M. Trallero Anoro, F.A. Vergara Suárez, E.M. Montalvá Orón y R. López Andújar

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Introducción: La supervivencia prolongada y la curación de los pacientes con colangiocarcinoma hiliar (tumor de Klatskin) sólo puede ser lograda mediante la resección completa del tumor, resecciones R0. En los últimos años se ha incrementado el número de hepatectomías mayores, lo cual se ha asociado a una mayor reseccabilidad y mejores resultados. Por la localización del tumor, su progresión local puede llegar a infiltrar las estructuras vasculares vecinas (porta principal o bifurcación portal y arteria hepática). La afectación portal se presenta en un 20-30% de las resecciones R0 y su identificación preoperatoria se logra con una precisión del 85%. La afectación de la arteria hepática derecha es más frecuente que la de la izquierda por su mayor proximidad a la bifurcación biliar. La afectación portal aislada no es actualmente una contraindicación formal para la cirugía, pero una afectación vascular arterial y portal del lado de la resección planificada son cuestiones que constituye un motivo de controversia para indicar el tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Mostrar la estrategia diagnóstica, la planificación quirúrgica y la realización técnica del tumor de Klatskin, con afectación vascular doble arterial y venosa.

Material y métodos: En el vídeo se presentan las pruebas de imagen que realizamos para estadificar el tumor de Klatskin, comentando aspectos de volumetría hepática residual y debatiendo la necesidad o no del drenaje biliar preoperatorio. Se muestra el abordaje quirúrgico que realizamos de forma rutinaria en los tumores de Klatskin describiendo las diferentes fases de la técnica. Describimos la sistemática de la ecografía intraoperatoria, la linfadenectomía que realizamos, el abordaje para la resección del lóbulo caudado, la transección parenquimatosa asistida mediante la maniobra de hanging y cómo abordar estos tumores cuando existe una afectación arterial y portal del lado homolateral al de la resección, así como la reconstrucción del drenaje biliar del hígado remanente.

Conclusiones: La técnica que presentamos en el vídeo de resección de un tumor de Klatskin con afectación vascular arterial y portal es una cuestión debatida, por lo que tiene el interés de la discusión de la indicación. En el vídeo se expone claramente el abordaje diagnóstico y la ejecución técnica sobre un caso clínico de un tumor que actualmente representa uno de los mayores retos de la cirugía hepatobiliar.

V-047. RESECCIÓN DE VENA PORTA POR TUMOR DE KLATSKIN. PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA Y VÍDEO DE LA TÉCNICA DE HEPATECTOMÍA DERECHA MÁS CAUDADO CON RESECCIÓN DE VENA PORTA

R. Robles, A. López Conesa, C. Marín, B. Febrero, V. Olivares, M. Ruiz, M. Paredes y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La supervivencia del tumor de Klatskin inoperable e irresecable es 0% a 5 años, mientras que la resección quirúrgica alcanza supervivencias entre 30-40%. Para aumentar la reseccabilidad se realizan resecciones extendidas con oclusión portal preoperatoria, resecciones portales y resecciones arteriales. Incluso se propone la resección de la cabeza de páncreas y el trasplante hepático en casos seleccionados.

Material y métodos: Presentamos nuestras resecciones portales por tumor de Klatskin, analizando la supervivencia a 1 y 3 años, y presentamos la técnica quirúrgica de la hepatectomía derecha con resección de caudado y de la vena porta con anastomosis termino terminal. Entre enero 1992-febrero 2012 hemos tratado en la Unidad 91 pacientes con tumor de Klatskin, siendo 20 inoperables. De los 71 restantes, se consiguió la resección en 36 pacientes y de los 35 que se consideraron irresecables, en 15 casos no existía diseminación del tumor por lo que fueron sometidos a TH y los 20 restantes quedaron con tratamiento paliativo. De los 36 pacientes resecados, en 6 se realizó la hepatectomía con resección de caudado y resección de vena porta con anastomosis terminoterminal (en 4 casos hepatectomía derecha y en 2 hepatectomía izquierda). En los 30 restantes realizamos: hepatectomía derecha más caudado en 6 casos, hepatectomía izquierda más caudado en 19 casos, segmentectomía IV+I en 1 caso y resecciones locales en 4 casos. En todos los casos realizamos linfadenectomía hiliar extensa.

Resultados: Fallecieron 2 de los 36 pacientes con resección en el postoperatorio inmediato (5,5%). Uno de los 30 pacientes sin resección portal (3,3%) y 1 de los 6 con resección portal (16,6%). Este paciente falleció al presentar una dehiscencia de la hepaticoyeyunostomía, y una dehiscencia portal con hemobilia secundaria. La supervivencia a 1, 3 y 5 años en el grupo sin resección portal (n = 30) fue de 93%, 68% y 42%, mientras que la supervivencia en el grupo de resección de vena porta (n = 6) fue 80% a 1 año y 40% a 3 años. Vídeo: mujer de 68 años con tumor de Klatskin IIIa con invasión de vena porta derecha y dudosa invasión de la arteria hepática derecha. El PET descarta enfermedad extrahepática. Se interviene con incisión subcostal bilateral. No existe diseminación peritoneal. Se realiza linfadenectomía curvatura menor gástrica, arteria hepática y del hilio hepático izquierdo. Disección de la vía biliar principal próxima al páncreas. Disección de la vena porta izquierda a su entrada al lóbulo izquierdo y del tronco portal pretumoral. Se secciona vía biliar principal a su entrada al páncreas (márgenes negativos para tumor). Sección de la arteria hepática derecha. Sección de la vía biliar izquierda con margen de resección negativo. Clamp en la porta izquierda y clamp en el tronco portal extirpando vena porta hiliar. Anastomosis terminoterminal portoportocentral continua (oclusión portal durante 17 min). Finalmente se realiza la hepatectomía derecha más caudado con maniobra de hanging y hepaticoyeyunostomía terminolateral con tutor. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, estando asintomática a los 8 meses de la cirugía. Recibió tratamiento adyuvante con Gemox 6 ciclos y posteriormente radioterapia.

V-085. PARTICIÓN HEPÁTICA IN SITU CON LIGADURA PORTAL DERECHA COMO PARTE DE UNA ESTRATEGIA DE CIRUGÍA EN 2 TIEMPOS POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

E. Herrero Fonollosa, E. Cugat Andorrà, M.I. García Domingo, J. Camps Lasa, F. Carvajal López, A. Rodríguez Campos, J. Fernández Plana, L. Cirera, M. Sanmartín, M. Paraira y J.A. de Marcos

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: Se presenta una nueva técnica quirúrgica en cirugía hepática que permite obtener una hipertrofia del parénquima hepático en un corto espacio de tiempo en pacientes que requieren hepatectomía mayor y tienen un volumen residual hepático limitado.

Caso clínico: Varón de 58 años, con antecedentes de HTA y DM tipo II, diagnosticado en Mayo de 2011 de neoplasia de sigma con metástasis hepáticas múltiples y bilobares. En comité de tumores HBP se propone una inversión terapéutica. Se realiza tratamiento con quimioterapia (FOLFOX - Cetuximab) durante 15 ciclos hasta enero de 2011. En TC de control aprecia disminución del tamaño de todas las lesiones. Se propone una hepatectomía derecha ampliada a parte del segmento IVa y una resección limitada del segmento III. El TC volumétrico preoperatorio muestra un volumen residual inferior al 15% por lo que se propone una embolización portal derecha previa a la intervención que no se puede realizar por problemas técnicos. Se decide la realización de una ligadura portal derecha combinada con partición hepática in situ y resección de la lesión del segmento III. El paciente es intervenido realizándose ligadura de la vena porta derecha y posterior partición hepática in situ entre los segmentos 5-8 y 4, así como una resección limitada del segmento III. Se dejaron marcados con vessel loops la vena suprahepática derecha, la arte-

ria hepática derecha y la vía biliar derecha. A los 12 días de la intervención se realizó un TC que mostró una hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo que suponía más de un 25% del volumen total hepático. El paciente fue reintervenido completándose la sección de la arteria hepática vía biliar y suprahepática derecha y realizándose la hepatectomía derecha. En la anatomía patológica se identificaron 7 nódulos consistentes con metástasis de adenocarcinoma con un 5% de tumor residual.

Discusión: En pacientes con enfermedad metastásica hepática, la resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo. El factor limitante para realizar resecciones mayores es el volumen del hígado remanente. Esta técnica induce una rápida hipertrofia del hígado izquierdo que puede permitir la realización de resecciones completas en pacientes con enfermedad metastásica hepática avanzada.

V-086. CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA: HEPATECTOMÍA IZQUIERDA MÁS RESECCIÓN DE VENA SUPRAHEPÁTICA DERECHA CON SUSTITUCIÓN DE INJERTO DE VENA RENAL IZQUIERDA BAJO PERFUSIÓN IN SITU DEL LÓBULO HEPÁTICO DERECHO

R. Robles, A. López Conesa, C. Marín, B. Febrero, V. Olivares, M. Paredes y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: La cirugía hepática extrema es un término acuñado para la realización de resecciones hepáticas en las que existe invasión por el tumor de la vena cava inferior, venas suprahepáticas, pedículo portal o una combinación de ellas. Requiere la oclusión de la vena cava inferior, la oclusión vascular selectiva o total, y en muchos casos es necesario recurrir al bypass venovenoso y a la perfusión del hígado in situ o ex situ. Nuestro objetivo es presentar una paciente con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal que invadía las 3 venas hepáticas y que tras quimioterapia neoadyuvante se pudo rescatar realizando una hepatectomía izquierda con resección parcial del VII y VIII, con resección de vena hepática derecha y colocación de un injerto sustitutivo de vena renal izquierda, todo ello bajo oclusión portal y suprahepática derecha con perfusión in situ del lóbulo derecho con solución de Wisconsin.

Caso clínico: Mujer de 55 años, diagnosticada de colitis ulcerosa hace 20 años. La colonoscopia detecta adenocarcinoma de sigma y en el TC y PET preoperatorio se detectan dos lesiones: una gran lesión de 8 cm que invade vena hepática media e izquierda, el lóbulo izquierdo hepático y el segmento I; y otra lesión de 4 cm que engloba la vena hepática derecha en segmentos VII y VIII. Se realiza sigmoidectomía laparoscópica (AP: C-I de Aschler y Coller; T3 N1- 1 de 25- M1), estadio D. El K-ras nativo, por lo que recibió quimioterapia neoadyuvante a las metástasis hepáticas por considerarse inoperables. Recibió 14 ciclos de Folfox más cetuximab con muy buena respuesta a la quimioterapia. Técnica quirúrgica (enero 2011): ecografía intraoperatoria confirma la invasión del pedículo portal izquierdo y de las venas hepáticas media e izquierda por una de las metástasis. La otra se encuentra rodeando la vena suprahepática derecha, sin invadir la vena cava inferior ni la unión de la vena hepática con la VCI. Se decide hepatectomía izquierda reglada in situ con "maniobra de handging", conservando unos 2 cm de la vena porta izquierda. Se logra seccionar el pedículo suprahepático medio e izquierdo con endogía. A continuación se toma injerto de vena renal izquierda desde la VCI hasta la entrada de la vena gonadal izquierda. Exclusión vascular y perfusión in situ: una vez reseca el lóbulo izquierdo, se separan todas las colaterales del caudado derecho a la vena cava inferior para evitar que el líquido de perfusión pase a vía sistémica. Se ocluye el hilio hepático y se canula la vena porta izquierda y se clampa la vena hepática derecha. Se inicia la perfusión con solución de Wisconsin a 4 °C. Resección de la vena hepática derecha en unos 3 cm con parte del segmento VII y VIII. Se coloca injerto de vena renal izquierda termino terminal vena hepática-vena hepática. Se perfunde el lóbulo derecho con albúmina, y a continuación se desclampa sin aparecer hemorragia (tiempo de oclusión 83 min). Se realiza con un tiempo quirúrgico de 360 min, con unas pérdidas hemáticas de 300 ml, sin transfusión, y en el postoperatorio existió una disfunción leve con BT de 2 mg/dl; GOT/GPT de 600 U; Quick del 44%. La paciente fue alta al 7º día po sin complicaciones. A los 14 meses de la cirugía está libre de enfermedad, el CEA preoperatorio era de 4131, tras la QMT de 111 y tras la cirugía el CEA es de 4 ng/ml. En la AP no existió invasión del margen de resección (a 2 mm).

V-087. CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA: TRISECTORECTOMÍA DERECHA MÁS RESECCIÓN DE VENA CAVA INFERIOR SUPRARRENAL E INFRA SUPRAHEPÁTICA IZQUIERDA POR RECIDIVA LOCAL DE HIPERNEFROMA

R. Robles, C. Marín, A. López Conesa, B. Febrero, V. Olivares, M. Paredes y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: La cirugía hepática extrema es un término acuñado para la realización de resecciones hepáticas en las que existe invasión de la vena cava inferior (VCI), venas suprahepáticas (VSH), pedículo portal o una combinación de ellas. Requiere la oclusión de la vena cava inferior, la oclusión vascular selectiva o total, y en muchos casos es necesario recurrir al bypass venovenoso y a la perfusión del hígado in situ o ex situ. En estos casos, cuando existe un volumen hepático residual insuficiente es necesario asociar técnicas de oclusión portal para conseguir la hipertrofia del volumen residual, realizando la cirugía en 1 o 2 tiempos quirúrgicos. Nuestro objetivo es presentar una trisectorectomía derecha con resección de VCI por encima de las renales hasta por bajo de la VSH izquierda, cirugía que se realizó en 2 tiempos quirúrgicos ya que primero se realizó una técnica de hipertrofia del volumen hepático (ligadura portal derecha más torniquete en la línea de sección parenquimatosa).

Caso clínico: Varón de 51 años, intervenido de hipernefroma renal derecho hace 10 años y en un control analítico en noviembre de 2011 se detecta aumento de GOT, GPT y LDH. Ecografía y TAC detectan una masa de 12 cm en zona renal derecha que invade la vena cava inferior, el caudado y todo el lóbulo derecho, quedando libre los segmentos II y III. La VSH derecha y media están englobadas por la tumoración. Se realiza volumetría con TC existiendo un volumen hepático total de 1.815 ml y un volumen residual del II-III de 380 ml (20% del volumen total). Se indica cirugía en 2 tiempos. Primera intervención: se realiza oclusión portal derecha y se coloca un torniquete en la línea de sección parenquimatosa (a nivel del ligamento falciforme), extraglissoniano. Se rodea la VCI suprarrenal, VCI suprahepática y vena hepática media izquierda y media, dejando un vessel-loop referenciado. Al 7º día postoperatorio se realiza nuevo TAC con volumetría con un volumen hepático total de 3.056 ml, 953 de lóbulo izquierdo (31% del volumen total). 2ª intervención (10º día de la primera). Se realiza test de clampaje de VCI tolerando la oclusión sin necesidad de bypass venovenoso. Se realiza ligadura de arteria hepática derecha y de la rama del segmento IV, ligadura de vía biliar derecha, sección parenquimatosa separando los segmentos II y III del lóbulo derecho anatómico con ligadura de VSH media conservando la VSH izquierda. Una vez separados los segmentos II, III, se clampa VCI suprarrenal y VCI por bajo de vena suprahepática izquierda. Se completa la trisectorectomía derecha con resección de VCI y una pastilla de diafragma. Como sustituto de la VCI se utiliza un injerto de goretex anillado de 2 cm de diámetro y 8 cm de longitud anastomosándolo entre VCI suprarrenal y VCI por bajo de vena suprahepática izquierda. En el postoperatorio presenta una colección infectada en espacio subfrénico que precisa drenaje radiológico. Presenta ascitis mantenida con débitos altos que se resuelve con tratamiento médico. La función hepática postoperatoria fue normal.

V-088. BISEGMENTECTOMÍA I-IV POR METÁSTASIS HEPÁTICAS RECIDIVADAS CON INVASIÓN DEL CONDUCTO BILIAR HEPÁTICO IZQUIERDO EN UNA PACIENTE CON HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA PREVIA

R. Robles, C. Marín, A. López Conesa, M. Paredes, V. Olivares, M. Ruiz, B. Febrero y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La recidiva de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR) alcanza cifras entre el 50-70%. Está demostrado que cuando la recidiva hepática es reseca, se obtienen supervivencias tras la resección similares a la primera resección hepática. La invasión biliar tras hepatectomía derecha condiciona ictericia cuya paliación solo es posible con drenaje radiológico percutáneo. En ocasiones, estas recidivas son resecales. Presentamos una bisegmentectomía I-IV por recidiva de MHCCR tras hepatectomía derecha que debutó con ictericia obstructiva por invasión del conducto biliar hepático izquierdo. Inicialmente fue tratada con prótesis metálica autoexpandible, drenaje radiológico y quimioterapia.

Caso clínico: Mujer de 43 años, intervenida de adenocarcinoma de sigma C-II de Astler y Coller, recibiendo posteriormente tratamiento adyuvante

con oxaliplatino y 5FU por 6 ciclos. A los 2 años presenta metástasis hepática en SVIII, próxima a vena suprahepática derecha, siendo intervenida mediante cirugía laparoscópica asistida con la mano. En la intervención se detectan 4 metástasis en lóbulo hepático derecho, realizando hepatectomía derecha laparoscópica. Tres años después se objetiva elevación del CEA a 17 ng/ml y se detecta metástasis en SIV, debutando con ictericia franca de piel y mucosas que le obliga a acudir a urgencias. Se coloca drenaje biliar percutáneo y realizando CTPH en la que se observa estenosis de la confluencia del hepático izquierdo con el hepático común, por lo que se coloca prótesis metálica. Inicia quimioterapia con irinotecan y avastin. A los dos meses, tras 4 ciclos, reingresa por ictericia y fiebre, observando en la colangiografía transtutor, defecto de repleción en el interior de la prótesis biliar y dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda, todo ello compatible con ocupación intrastent. Se coloca drenaje biliar interno-externo. En los estudios de imagen, se evidencian dos lesiones de características malignas en segmento IV y I que invaden la vía biliar izquierda. Se decide intervención quirúrgica, encontrando recidiva en SI que invade vena suprahepática media y bifurcación biliar. Se realiza disección y separación de venas suprahepática media e izquierda, con bipartición hepática extirpando SIV y SI y sección de toda la vía biliar principal y radical izquierdo hasta la unión de los segmentos II y III. Reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux autorizada. La paciente a los 27 meses de la intervención se encuentra libre de enfermedad y con CEA se ha normalizado.

Discusión: Las resecciones obtienen buenos resultados, por lo que aunque se trate de casos extremos como el que presentamos, consideramos que la resección y quimioterapia posterior puede conseguir buenos resultados.

V-089. EXTENDIENDO FRONTERAS EN LA RESECCIÓN DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL

R. López Andújar, E. Montalvá Orón, E. Giordano, A. Boscà Robledo, F. Orbis Castellanos, J. Aparicio Urtasun y J. Pérez Rojas

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Las técnicas quirúrgicas de resección hepática secuencial en dos tiempos se han desarrollado en los últimos años, y permiten incrementar el número de resecciones R0 en pacientes con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal bilaterales de dudosa resecabilidad, evitando o minimizando la insuficiencia hepática postoperatoria al dejar suficiente remanente hepático. Un abordaje novedoso, realizando la transección hepática *in situ* en el primer tiempo, ha demostrado resultados prometedores al permitir adelantar la segunda intervención por la rápida hipertrofia que se consigue en el remanente hepático. **Objetivos:** mostrar los detalles técnicos fundamentales y los resultados de esta intervención en una paciente con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal en la que únicamente está libre de enfermedad el segmento 4 hepático.

Caso clínico: Mujer de 65 años diagnosticada de adenocarcinoma de sigma asintomático con metástasis hepáticas bilaterales, dudosamente resecables (estadio IV). CEA 1.742 ng/ml. Recibió quimioterapia neoadyuvante según esquemas Folfiri + bevacizumab (x 22 ciclos). Tras presentar cuadro de suboclusión intestinal se le reseccó el tumor primario (adenocarcinoma mucinoso G2, pT4 N0 (0/13) M1). En el postoperatorio recibió 2 ciclos de Folfiri y tras comprobar progresión en la reevaluación se cambió a Folfox + panitumumab (x 6 ciclos) con respuesta parcial. En la tomografía computarizada dinámica trifásica se evidencia disminución del tamaño y densidad de las lesiones hepáticas, quedando únicamente el segmento 4 libre de enfermedad. La volumetría muestra un remanente hepático de 15% (1.309 cc/196,6 cc). CEA 62 ng/ml. Se decidió realizar una resección hepática en dos tiempos con ligadura portal derecha y transección *in situ*. En la primera intervención se realizó seccionectomía lateral izquierda con resección limitada de metástasis en el segmento 1 + ligadura-sección y embolización distal con alcohol absoluto de rama portal derecha, preservando flujo arterial y vía biliar derecha (ambas referenciadas) y asociando movilización completa del lóbulo hepático derecho y transección parenquimatosa por línea de Cantlie. Al 8º día se realizó nueva volumetría que demostró un volumen residual (segmento 4 + segmento 1 parcial) del 29,6%. La segunda cirugía se realizó al 10º día postoperatorio, completando la hepatectomía derecha tras sección de arteria hepática derecha y vía biliar derecha. La paciente presentó insuficiencia hepática postoperatoria grado B de la Clasificación de la ISGLS (Grupo de Estudio Internacional de Cirugía Hepática), siendo dada de alta el 12º día

tras la segunda intervención. No hubo complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica. El resultado anatomopatológico demostró resección R0, con bordes libres. Una volumetría realizada el día 28º tras la segunda intervención mostró crecimiento del hígado de 388 cc a 595 cc.

Discusión: Este abordaje quirúrgico novedoso abre muchas posibilidades a la resección quirúrgica en pacientes con metástasis hepáticas dudosamente resecables, ofreciendo ventajas como el acortamiento entre los dos tiempos quirúrgicos con lo que se disminuye la progresión de enfermedad y garantiza la hipertrofia del remanente hepático suficiente para minimizar la insuficiencia hepática postoperatoria. En el vídeo se muestran los detalles técnicos fundamentales de los dos tiempos quirúrgicos.

V-090. METÁSTASIS HEPÁTICAS MÚLTIPLES DE CARCINOMA DE MAMA: UN CASO PARADIGMÁTICO DE TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

C. Loinaz Seguro¹, F. Ochando Cerdán², M. Jiménez Toscano², L. Vega López², F.J. Salamanca², M.P. Hernández Granados² y J.M. Fernández Cebrían²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Objetivos: El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha cambiado tremendamente desde una cirugía radical a una cirugía mucho más conservadora. Del mismo modo, el desarrollo de la quimioterapia y otras terapéuticas de aplicación local permiten pensar que la cirugía de las metástasis hepáticas pueda contemplarse desde criterios de menor invasión. Presentamos un caso de tratamiento multidisciplinario mediante quimioterapia, radiofrecuencia y resección laparoscópica a lo largo de los años.

Caso clínico: Paciente de 43 años de edad que consulta por tumoración mamaria izquierda, con año y medio de evolución. Pérdida de peso de 2 kg. Tumoración de CSE de 7 x 5 cm con retracción cutánea. Adenopatías de 1-2 cm en axila izquierda. En ecografía se presenta como hipocóica. Diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante grado II. RE -, RP +, Her2 + intermedio, Ki 67 30%, p53 30%. TAC toracabdominal: lesiones ocupantes de espacio hepáticas bilobulares.

Resultados: Inicia esquema docetaxel + carboplatino + trastuzumab en septiembre de 2005. Presenta respuesta parcial llamativa en primario y metástasis en pruebas de imagen, mantenida. Se realizó mastectomía paliativa en abril de 2006, descartándose cirugía conservadora a pesar de la buena respuesta por relación tumor/mama. En junio de 2006 se interrumpió la quimioterapia por deterioro de fracción de eyección, comenzando en agosto con tamoxifeno. Posteriormente se realiza radiofrecuencia de 3 lesiones hepáticas, con buena respuesta. Se observa progresión hepática en junio de 2010, con metastasectomía laparoscópica en julio. Docetaxel + trastuzumab desde septiembre de 2010.

Discusión: El abordaje multidisciplinario en pacientes seleccionados permite un tratamiento optimizado en la evolución de la enfermedad, con la oferta de cirugía menos invasiva para disminuir la agresión quirúrgica, las posibles complicaciones y la estancia, intentando acelerar la recuperación y mejorar el resultado cosmético.

V-091. METÁSTASIS HEPÁTICAS BILOBARES MÚLTIPLES: TÉCNICA DE LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN 2 TIEMPOS CON LIGADURA PORTAL DERECHA MÁS TORNIQUETE EN LA LÍNEA DE SECCIÓN PARENQUIMATOSA

R. Robles¹, A. López Conesa¹, C. Marín¹, M. Paredes¹, B. Febrero¹, V. Olivares¹, M. Ruiz² y P. Parrilla¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital General Reina Sofía, Murcia.

Introducción: En metástasis hepáticas bilobares múltiples, generalmente de carcinoma colo-rectal, se indica la cirugía hepática en 2 tiempos cuando existe un volumen izquierdo residual insuficiente. Clásicamente se ha indicado la realización de la ligadura portal o bien la embolización portal percutánea como técnicas de oclusión portal que consiguen la hipertrofia en 6-8 semanas. Con nuestra técnica original, realizando la ligadura portal derecha más torniquete en la línea de sección parenquimatosa se consigue la hipertrofia en 10 días. Presentamos un vídeo con nuestra técnica original en un paciente con metástasis bilobares múltiples de carcinoma colo-rectal.

Caso clínico: Mujer de 65 años con diagnóstico de carcinoma de sigma que se interviene el 20-4-2011 realizando sigmoidectomía (T3 N2 Mx). Re-

cibe quimioterapia con xelox 6 ciclos. En octubre 2011 se detecta aumento de CEA a 69 (previo normal) y en TAC y PET se evidencian metástasis bilobares múltiples (2 en lóbulo izquierdo y 4 en lóbulo derecho). Se inicia quimioterapia neoadyuvante con FOLFIRI + cetuximab (4 ciclos, el 4º el 23-12-2011), bajando a CEA a 6,9 y en TAC y PET existe mejoría evidente. Se realiza volumetría con TAC siendo el volumen hepático total de 1.791 con un volumen izquierdo residual de 771 ml (43%), estimándose la resección de un 15% por lo que el volumen final sería del 28% (en un paciente que ha recibido quimioterapia). Por ello, se decide la resección hepática en 2 tiempos. Técnica quirúrgica: Primer tiempo: resección de una metástasis en segmento II próxima a vena suprahepática izquierda y segmentectomía IVB para extirpar la otra metástasis. Se coloca torniquete mediante maniobra de handgrip por encima de la vena cava inferior y a nivel hiliar se pasa extraglissoniano para evitar la oclusión de la arteria hepática derecha y de la vía biliar derecha. Se labra un túnel en la línea de sección parenquimatosas. Una vez ligada la vena porta derecha se procede a la ligadura del torniquete. Al 7º día se realiza nuevo TAC con volumetría siendo el volumen hepático total de 1.514 ml, con un volumen izquierdo residual de 675 ml, siendo el volumen residual de 44,6%. Segundo tiempo: se realiza hepatectomía derecha, con un tiempo quirúrgico de 120 min, 20 min de bipartición, pérdidas hemáticas de 200 ml y sin transfusión. En el postoperatorio existió una buena funcionalidad hepática, quedando un drenaje ascítico elevado durante 10 días que se resolvió con tratamiento médico.

V-092. RESECCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL DEL PEDÍCULO VENOSO SUPERIOR HEPÁTICO CON O SIN PRESERVACIÓN HIPOTÉRMICA HEPÁTICA

E. Vicente, Y. Quijano, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, C. Oliva, R. Caruso, J.A. Román y L. Córdoba

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

La resección quirúrgica de los procesos neoformativos que afectan las venas hepáticas está asociada a una importante controversia. La complejidad técnica y el mal pronóstico de los pacientes son argumentos que han facilitado la polémica. Sin embargo el tratamiento quirúrgico con obtención de márgenes libres continúa siendo la única opción terapéutica eficaz para estos enfermos. Este tratamiento exige la resección tumoral y vascular asociada a una compleja reconstrucción venosa. La obtención de un excelente drenaje venoso del hígado es trascendental para facilitar una correcta función del parénquima hepático remanente. Importantes avances técnicos, asociados la mayoría de ellos al trasplante hepático han posibilitado esta compleja opción terapéutica. Se presenta la técnica quirúrgica efectuada en dos diferentes pacientes con afectación del pedículo venoso superior del hígado por enfermedad metastásica secundaria a carcinoma colo-rectal y colangiocarcinoma intrahepático, respectivamente, a los que se les efectuó la citada resección vascular con y sin preservación hipotérmica.

V-093. HEPATECTOMÍA DERECHA AMPLIADA POR HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR: CIRUGÍA ONCOLÓGICA SEGURA MEDIANTE TÉCNICAS Y TECNOLOGÍAS AVANZADAS

B. Sánchez Pérez, J. Santoyo Santoyo, M.A. Suárez Muñoz, J.L. Fernández Aguilar, J.A. Pérez Daga, I. Fernández Burgos, C. Rodríguez Silva y E. Gámez Córdoba

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: En el momento del diagnóstico los hepatocarcinoma fibrolamelares (HF) suelen ser masas intrahepáticas de gran tamaño (> 10 cm) con o sin afectación ganglionar. El tratamiento curativo de estos tumores es la cirugía, pero debido al gran tamaño que presentan, requieren resecciones hepáticas mayores (hepatectomías derechas o izquierdas, hepatectomías ampliadas, etc) asociadas a linfadenectomías extensas. El desarrollo de técnicas quirúrgicas avanzadas como el abordaje anterior del hígado, la suspensión hepática ("hanging manoeuvre"), maniobras de exclusión vascular intra o extraglissonianas, y el desarrollo de algunos dispositivos técnicos, como los hidro-coaguladores bipolares (Aquamantis®), nos permiten realizar la resección hepática con morbimortalidad cercana al 0%.

Caso clínico: Varón de 23 años sin antecedentes, asintomático, que tras realización de una ecografía abdominal se halló una masa de 15 x 19

cm en el lóbulo hepático derecho (LHD). El TC ABD mostró una masa de 15 x 20 cm con afectación de casi la totalidad del LHD e identificación de adenopatías > 1 cm a nivel de hilio hepático, tronco celiaco (TC) e interaortocava (IAC). Los hallazgos analíticos, perfil hepático y marcadores tumorales eran normales. El diagnóstico de imagen más probable fue de HF. Intraoperatoriamente encontramos una masa de aproximadamente 15 cm que afectaba a los segmentos V, VI, VIII así como parte del IV y del I. La ecografía intraoperatoria mostraba una masa heterogénea que se apoyaba en la bifurcación portal rechazándola anteriormente y abriendo la bifurcación de los sectoriales derecho anterior y posterior. Inicialmente realizamos una disección del hilio hepático, observando arteria hepática derecha procedente de la mesentérica más arteria hepática media del tronco celiaco. Clampaje vascular del aporte derecho del hígado obteniendo una demarcación isquémica del mismo. Seguidamente efectuamos una maniobra de suspensión hepática con una sonda nasogástrica pediátrica ("hanging manoeuvre"). La transección hepática se realizó, sin clampaje pedicular (Pringle) con bisturí ultrasónico (CUSA®) y coagulador bipolar (Aquamantis®). La sección del pedículo derecho se llevo a cabo de forma intrahepática extrafascial mediante grapadora vascular (EndoGIA®). La hepatectomía comprendió el LHD ampliado a segmento IVB y I. Finalmente se hizo una linfadenectomía extensa de ganglios IAC, retroportales y retropancreáticos, así como de AH y TC. Colocamos un hemostático de colágeno-trombina (Tachosil®) en superficie interaortocava y en transección hepática. Las pérdidas sanguíneas intraoperatorias fueron < 250 ml. No precisó transfusión intra ni postoperatoria. El paciente no presentó complicaciones. Fue dado de alta el tercer día postoperatorio.

Discusión: Hoy en día, el único tratamiento curativo del HF es conseguir resecciones R0, aunque presentan recurrencias hasta en el 70% de los casos. Solo las re-resecciones han demostrado aumento en la supervivencia. Por ello es importante realizar técnicas quirúrgicas oncológicas avanzadas, que nos aporta un mejor control del sangrado en el plano de transección, menor manipulación del tumor y una mayor estabilidad hemodinámica. Los nuevos dispositivos de corte y coagulación del parénquima, como el coagulador bipolar, nos proporciona una hemostasia en el lecho de transección rápida y segura, consiguiendo una reducción de las pérdidas sanguíneas, lo que se traduce en una menor morbimortalidad de los pacientes.

V-094. RESECCIÓN DE HEPATOCARCINOMA DE SEGMENTO I

C. Loinaz Seguro¹, F. Ochando Cerdán², M. Jiménez Toscano², L. Vega López², J.A. Rueda², P. Jiménez² y A. Quintans Rodríguez²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Objetivos: El diagnóstico preoperatorio de algunas lesiones hepáticas resulta difícil, sobre todo en ausencia de hepatopatía conocida. Muchas veces la propia resección quirúrgica es la única manera de realizar un diagnóstico correcto. Presentamos el caso de un joven sin hepatopatía conocida y con un tumor grande de segmento I

Caso clínico: Paciente de 20 años de edad estudiado en su centro de salud por pérdida de peso de 7 kg, sin causa aparente. Clínicamente, tan solo molestias inespecíficas en HCD, tipo pinchazo. En estudio analítico se comprueba discreta elevación de transaminasas y serología negativa. Masa hepática en ecografía de 6 x 8 cm, heterogénea, con quistes en su interior, sin calcificaciones ni señal Doppler interna. En TAC existencia de una gran LOE hepática de aproximadamente 75 x 71 x 64 mm que podría depender del lóbulo caudado con crecimiento craneal. Impronta y desplaza la vena cava inferior y la vena suprahepática izquierda. Gran vascularización y realce heterogéneo en la fase arterial con algún área central de probable necrosis y en el estudio en fase portal muestra lavado. No signos de hepatopatía crónica. Se realizó cirugía exéretica mediante laparotomía subcostal. El abordaje del segmento I se hizo mediante disección por ambos lados de la vena cava inferior retrohepática. El paciente fue dado de alta al 7º día postoperatorio. El tumor era sólido al corte, multinodular, de color mostaza, con una cápsula fibrosa focalmente infiltrada. Mostraba diferentes patrones de crecimiento: trabecular, sólido y fibrolamelar. Hepatocitos de aspecto maligno con núcleos atípicos con nucleolo prominente. Positividad intensa y difusa, granular y citoplasmática, para el anticuerpo anti-hepatocitario (Hep Par-1). El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma hepatocelular bien diferenciado con invasión vascular microscópica sobre hígado normal, con margen de resección sano. Año y medio después el paciente está bien, libre de recidiva

Conclusiones: El hepatocarcinoma sobre hígado sin hepatopatía crónica puede ser de difícil diagnóstico, incluso contando con todo el espécimen para su estudio. Los tumores bien diferenciados precisan la demostración de un comportamiento invasivo. La posibilidad de dispersión por punción y el riesgo del seguimiento expectante hacen que en ocasiones la alternativa más plausible sea la resección quirúrgica.

V-095. HEPATOCARCINOMA SOBRE HÍGADO SANO EN SEGMENTO VI CON NECROSIS COMPLETA TRAS QUIMIOEMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA TRATADO CON SEGMENTECTOMÍA VI LAPAROSCÓPICA

A. López Conesa, R. Robles, C. Marín, V. Olivares, B. Febrero, M. Paredes y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El hepatocarcinoma es un tumor irrigado por vía arterial fundamentalmente y que tiene gran capacidad de diseminación por invasión de venas portaes y suprahepáticas. Es bien conocido que la resección laparoscópica de los tumores malignos hepáticos plantea problemas con el margen de resección teniendo que realizar ecografías repetidas para asegurar un buen margen. La quimioembolización se ha utilizado con el fin de infraestructurar para conseguir la resección o trasplante del hepatocarcinoma. Nuestro objetivo es presentar un hepatocarcinoma sobre hígado sano en el que realizamos una quimioembolización preoperatoria con la finalidad de asegurar mejor el margen quirúrgico y disminuir la posibilidad de recidiva local tras la resección laparoscópica del tumor. Hemos realizado en nuestra Unidad 860 resecciones hepáticas, 122 de las cuales se han realizado por laparoscopia. Siguiendo el protocolo de nuestra Unidad, previo a la resección laparoscópica del hepatocarcinoma, bien sobre hígado sano como cirrótico, indicamos una quimioembolización.

Caso clínico: Mujer de 73 años que presenta dolor en hipocondrio derecho por lo que se le realiza ecografía que detecta una masa de 7 cm en segmento VI. Se realiza TAC, RMN y PET detectando una tumoración irrigada en fase arterial, con lavado precoz del contraste y que capta en el PET con un SUV de 6.7. La alfafetoproteína se eleva a 250 ng/ml. Se realiza quimioembolización con adriamicina, embolizando la rama segmentaria del VI. Se realiza un TAC de control que detecta una necrosis completa de la tumoración. Técnica quirúrgica: Se realiza abordaje mediante cirugía totalmente laparoscópica con 4 trócares situados en hipocondrio derecho con la enferma en decúbito lateral parcial. Por dificultades técnicas es necesario convertir a cirugía laparoscópica asistida con la mano, según nuestra técnica original. Se moviliza lóbulo derecho y se realiza ecografía intraoperatoria que detecta una sola tumoración de 7 cm en segmento VI. Se realiza segmentectomía VI con oclusión hilar de 11 min. Las pérdidas hemáticas fueron de 200 ml y la estancia hospitalaria fue de 4 días. La AP informó de una tumoración de 7 cm con necrosis tumoral completa. La paciente está libre de enfermedad 30 meses después de la intervención, normalizándose la alfafetoproteína tras la cirugía.

V-096. HEPATECTOMÍA DERECHA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA UTILIZANDO LA MANIOBRA DE SUSPENSIÓN DEL HÍGADO

C. Fondevila Campo, M. Fernández Hevia, R. García Roca, J. Fuster Obregón y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: Debido a la posibilidad de que sean sometidos a múltiples cirugías abdominales, los pacientes con cáncer colorrectal obtienen especial beneficio del abordaje quirúrgico laparoscópico, no sólo del tumor primario sino también de la enfermedad metastásica hepática.

Caso clínico: Varón de 66 años diagnosticado de cáncer de recto con metástasis hepáticas sincrónicas. Fue sometido a quimio-radioterapia neoadyuvante, seguida de resección anterior baja laparoscópica y quimioterapia con Folfos. La TC realizada a los 4 meses de la resección del tumor primario demostró la presencia de metástasis en los segmentos VI, VII y VIII, de menor tamaño al inicial, siendo la mayor, localizada adyacente a la VHD, de 3 cm. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, realizándose una hepatectomía derecha laparoscópica utilizando la maniobra de suspensión del hígado. Brevemente, el paciente fue colocado en decúbito lateral izquierdo. Después de la colecistectomía,

se movilizó el hígado derecho y se disecó la VHD. La vena porta y la arteria hepática derechas fueron disecadas en el hilio y seccionadas. La punta de un retractor laparoscópico Snowden-Pencer fue pasada por detrás del hígado derecho, entre la VCI y la VHD, para posicionar la cinta que permitió suspender el hígado derecho durante la sección parenquimatosa. Ésta fue realizada mediante la utilización de CUSA y electrocauterio bipolar, y la VHD fue seccionada con una sutura mecánica (Endo GIA). Después de comprobar la hemostasia, la pieza fue exteriorizada a través de una incisión de Pfannenstiel y el ligamento redondo se fijó a la pared abdominal. El postoperatorio cursó sin incidencias. El examen patológico de la pieza demostró las tres lesiones y un margen de resección libre de neoplasia.

Discusión: Aunque las resecciones mayores han sido consideradas una limitación para la cirugía hepática laparoscópica, este caso demuestra que, manteniendo los mismos principios que la cirugía abierta, es posible realizar resecciones hepáticas mayores laparoscópicas con seguridad y obtener un resultado oncológico adecuado.

V-097. HEMANGIOMA CAVERNOSO CENTRAL DEL HÍGADO: RESECCIÓN QUIRÚRGICA COMPLEJA PARA CASOS EXCEPCIONALES

J. Santoyo Santoyo, I. Fernández Burgos, M.A. Suárez, J.L. Fernández Aguilar, B. Sánchez Pérez, J.A. Pérez Daga, N. Marín Camero e I. Pulido Roa

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El hemangioma cavernoso del hígado, es el tumor hepático benigno solido más frecuente. Su prevalencia se estima entre 0,4 y 20% de la población, habiendo aumentado esta de forma considerable por la realización cada vez más frecuente de ecografías y TC abdominales. Representan el 73% de todos los tumores hepáticos benignos. La gran mayoría de los hemangiomas hepáticos no ocasionan síntomas, son hallazgos incidentales, salvo los hemangiomas gigantes, que pueden presentar dolor o molestias abdominales o rara vez complicaciones. La conducta general frente a estas lesiones es la observación. La cirugía se reserva para casos excepcionales en que existe un crecimiento sostenido, no se puede descartar la naturaleza de la lesión, existen síntomas secundarios o es el deseo del paciente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad sin antecedentes médicos de interés, con clínica de dolor epigástrico e intolerancia alimenticia asociado a síndrome asténico y disnea a moderados esfuerzos. Al examen físico se evidenció masa abdominal palpable a nivel epigástrico- hipocondrio derecho. Se realiza eco y posteriormente TC abdominal que evidenciaron una lesión hepática central con realce nodular periférico de 9 x 7,6 cm de diámetro que abarcaba los segmentos I, IVa, IVb, VII y VIII junto a otras de menor tamaño de similares características. El examen de laboratorio no evidenció alteraciones de la normalidad. Con el diagnóstico de hemangioma gigante central hepático, y dada la clínica incapacitante que presentaba la paciente se decidió intervención quirúrgica, consistente en una resección-enucleación del tumor. Se realizó una hepatomía sobre cisura umbilical hasta llegar a la capsula del hemangioma y posterior enucleación del mismo, separándolo de la VSH media y derecha, así como de la bifurcación portal. Se llevo a cabo control vascular del pedículo hepático, así como de las venas suprahepáticas de forma independiente (Pringle de 10 +10 + 14 min). La enucleación y transección hepática de realizo mediante CUSA y Aquamantis-Tissuelink bipolar. La enucleación equivalió a un vaciamiento central hepático ("core out") de los segmentos IV, VIII y IX. La paciente fue dada de alta con evolución satisfactoria y sin complicación quirúrgica alguna al 10º día postoperatorio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hemangioma cavernoso.

Discusión: La gran mayoría de los hemangiomas hepáticos no requieren tratamiento específico. Solo los mayores de 5 cm se siguen con imágenes de control para vigilar si existe un aumento del tamaño de la lesión. Cuando estas lesiones son asintomáticas no se recomienda la resección quirúrgica, ya que el riesgo eventual de ruptura o hemorragia es muy bajo. Son sólo los pacientes que presentan dolor secundario a compresión extrínseca o complicación del mismo los que deben ser evaluados para resección. La enucleación es el tratamiento quirúrgico de elección, y es posible realizarlo en todos los casos con maniobras avanzadas de cirugía hepática (control vascular, maniobra de suspensión hepática, etc.).

V-098. MOVILIZACIÓN HEPÁTICA PARA CIRUGÍA DE TUMOR RENAL CON EXTENSIÓN DE TROMBO TUMORAL A VENA CAVA INFERIOR

D. Gómez Domínguez, B. Estraviz, F.J. Ibáñez, J. Pereira y N. Prieto

Hospital General Universitario, Galdacano.

Caso clínico: Varón de 53 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y safenectomía bilateral por varices, que acudió al Servicio de Urgencias, con sospecha diagnóstica de TVP de la EID y pérdida de 5 kg de peso en los últimos meses. Durante el estudio de dicha patología se realizó TC que describió una tumoración renal derecha de 9,5 cm. de diámetro con extensión tumoral hacia la vena cava inferior. Se completó el estudio mediante cavografía, constatando la oclusión completa de la cava inferior y gran circulación colateral de suplencia a expensas de plexo paravertebral. Dadas las características de la tumoración y su extensión hacia vena cava inferior intrahepática infradiaphragmática, se planificó la realización de nefrectomía radical, movilización hepática y cavotomía con trombectomía. Sin embargo, durante la cirugía se objetivó infiltración tumoral parietal de VCI por lo que se opta por cavectomía en bloque. El estadiaje postoperatorio determinó extensión microscópica a pared de VCI y metástasis a glándula suprarrenal ipsilateral (pT3c, M1). Actualmente el paciente sigue controles por el servicio de Urología de nuestro Hospital sin signos de recidiva.

COLOPROCTOLOGÍA

V-015. RESECCIÓN INTERESFINTERICA EN EL CÁNCER DE RECTO: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

P. Palma, F. Huertas, R. Conde, J. Jorge Cerrudo y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La resección interesfintérica constituye una técnica para pacientes seleccionados con neoplasias de recto localizadas muy cerca del aparato esfinteriano. La realización de esta técnica vía laparoscópica representa claras ventajas que mostramos en este vídeo.

Caso clínico: Mujer de 33 años de edad sin antecedentes personales de interés con lesión de unos 3 cm de diámetro situada a 1 cm del aparato esfinteriano. Biopsia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Estadificación preoperatoria mediante resonancia pélvica y ecografía endorrectal: cT2N0. Estudio de extensión negativo mediante PET/CT. Tras descartar exéresis local y dada la distancia del tumor al aparato esfinteriano, se programó resección anterior baja de recto vía laparoscópica, completando la técnica con una sección interesfintérica distal, extracción de la pieza vía transanal y reconstruyendo el tránsito mediante anastomosis coloanal manual. Intervención y postoperatorio sin incidencias. Alta al 5 día. Informe de anatomía patológica ratificando adenocarcinoma que infiltraba la muscular y apreciándose una adenopatía positiva de las 12 analizadas (pT2N1). Se deriva a oncología médica para tratamiento adyuvante quimioterápico.

Discusión: En los últimos veinticinco años el tratamiento del cáncer de recto ha evolucionado de manera muy significativa fundamentalmente por los avances en la estadificación, estandarización de las técnicas quirúrgicas y mejoría de los tratamientos con radio y quimioterapia. En la misma línea el desarrollo de técnicas como la resección interesfintérica demuestran resultados oncológicos satisfactorios ofreciendo además una reconstrucción continente. Existe la evidencia obtenida en estudios prospectivos y aleatorizados de que la cirugía laparoscópica del cáncer rectal es técnicamente posible, segura y presenta las ventajas del abordaje laparoscópico en comparación a la cirugía abierta. Por consiguiente, en casos seleccionados como el que mostramos, el cáncer de recto de 1/3 inferior puede ser abordado, con seguridad oncológica, por vía laparoscópica con una escisión mesorrectal satisfactoria y preservación de la continencia gracias a la disección interesfintérica y posterior anastomosis

coloanal manual descrita por Parks. Esta técnica abordada vía laparoscópica, como demostramos en este vídeo, evita además incisiones abdominales para extracción de la pieza y el uso discutido de endograpadoras para la sección distal de la pieza.

V-016. RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO ASISTIDA POR ROBÓTICA CON EXTRACCIÓN TRANSANAL DE LA PIEZA Y ANASTOMOSIS COLOANAL EN 2 TIEMPOS SEGÚN TÉCNICA DE TURNBULL

F.X. González, I. Fernández, E. Palma, A. García-Ortega, H. Martínez, A. Bianchi, J. Bonnin, M. Gamundi, N. Alonso, M. Fernández y A. Frau

Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción: En la literatura, no están bien establecidas las ventajas de la cirugía del recto asistida por robótica respecto a la cirugía laparoscópica convencional. Se presenta un vídeo en paciente afecto de neoplasia de recto bajo donde se realiza la resección mediante asistencia robótica y anastomosis coloanal en dos tiempos.

Caso clínico: Paciente de 32 años de edad diagnosticado de pólipo rectal. FCS: pólipo sesil unos 1,5 cm, con superficie irregular, umbilicada en área central y consistencia más o menos blanda, localizado en ampolla rectal a 3-4 cm del margen anal. Ecoendoscopia: no signos de invasión local. AP: Adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. Se realiza resección transanal mediante TEO obteniendo una exéresis completa de la pared rectal. La AP de la pieza informa: adenocarcinoma bien diferenciado, pT1 con invasión vascular y linfática. Se plantea cirugía abdominal de rescate. Se interviene con cirugía asistida por robótica (Da Vinci®) realizando una ligadura alta de los vasos mesentéricos y una movilización del recto hasta el suelo pélvico intentando respetar al máximo la inervación pélvica. Se realiza un tiempo perianal con exéresis circular a nivel de 1 cm por encima de la línea peptínea. Extracción de la pieza por el ano y exteriorización del recto mediante técnica de Pull-through sin ileostomía de protección. Se dejan unos puntos de referencia y se realiza la anastomosis colo-anal manual al 5 día del postoperatorio.

Discusión: La intervención que se muestra contiene varios elementos a destacar. 1. La asistencia mediante robótica nos ha permitido tener una mejor visión de las estructuras de la pelvis. 2. La extracción de la pieza por el ano evita la necesidad de incisión de asistencia en la pared abdominal. 3. La técnica de exteriorización del recto del colon nos aporta seguridad y permite no realizar una ileostomía.

V-017. CARCINOMA DE TERCIO INFERIOR DE RECTO. RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA ROBÓTICA

Y. Quijano, E. Vicente, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, C. Oliva, R. Caruso, B. Álvarez y V. Grandó

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

Introducción: La cirugía robótica representa en la actualidad una de las últimas modalidades de la cirugía mínimamente invasiva. Su aplicación para el tratamiento de patología rectal ha sido descrita en diferentes publicaciones. A pesar de ello, la experiencia sigue acumulándose en un reducido número de grupos quirúrgicos que disponen de la citada tecnología

Caso clínico: Se presenta una paciente de 54 años de edad con una tumoración ulcerada localizada a 6 cm de margen anal. El diagnóstico anatómopatológico demostró la presencia de un adenocarcinoma bien diferenciado. Una resonancia pélvica y ecografía endorrectal confirmo la presencia de un engrosamiento del tercio inferior del recto que comienza a 6,5 cm de margen anal y que se extendía proximalmente en un segmento de 5 cm. Existía una afectación de la muscular propia. Tres adenopatías milimétricas loco-regionales fueron visualizadas. Un PET-TAC descartó la presencia de enfermedad tumoral diseminada. Tras recibir tratamiento neo adyuvante (quimioterapia y radioterapia) individualizado a las características moleculares tumorales, Con un diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma de tercio inferior de recto, T3 N1 una resección anterior ultrabaja asistida por vía robótica fue indicada. El presente vídeo muestra los diferentes pasos quirúrgicos efectuados durante la intervención.

V-018. CARCINOMATOSIS PERITONEAL COLORRECTAL DE VOLUMEN ALTO. CIRUGÍA RADICAL (CR) UTILIZANDO LOS 6 PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA DESCRITOS MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC). PRINCIPIOS TÉCNICOS DE AMBAS FASES TERAPÉUTICAS

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernadó, O. Crusellas Maña, S. Mompert García, J. Castellví Valls, D. Sabia, J. Comas Isus y L. Viso Pons

Hospital de Sant Joan Despí, Sant Joan Despí.

Introducción: En la última década la CR + HIPEC se ha constituido en el tratamiento estándar de la carcinomatosis peritoneal (CP) de origen colorrectal. Los buenos resultados clínicos descritos en múltiples estudios, junto, a la relativamente alta frecuencia de presentación de metástasis peritoneales en el cáncer colorrectal (10% de los pacientes en el momento del diagnóstico del tumor primario, 40% de los pacientes tratados con intención curativa y un 25% de los casos con afectación exclusiva peritoneal), han favorecido la popularización de este tratamiento multidisciplinar, también conocido como técnica de Sugarbaker. Lograr la CR, considerando como tal la eliminación completa macroscópica de todo vestigio tumoral abdomino-pélvico, requiere del conocimiento y aplicación correcta de los procedimientos de peritonectomía descritos por Sugarbaker. Esta primera fase del tratamiento es fundamental antes de indicar la segunda fase terapéutica: la HIPEC. Con vistas a obtener los mejores resultados de supervivencia al menor coste en morbi-mortalidad, la aplicación exitosa de ambas fases terapéuticas debe ir acompañada de una la correcta indicación y selección de los pacientes.

Material y métodos: Desde junio 2006 a marzo de 2012 hemos realizado 305 procedimientos de CR+HIPEC sobre diversos tipos de enfermedades malignas del peritoneo, de los que 110 pacientes tratados corresponden a CP de origen colorrectal. La planificación, desarrollo formativo e implementación de este tratamiento a nivel hospitalario se realizó bajo la promoción y tutelaje de las autoridades sanitarias de Cataluña, que crearon el Programa de Carcinomatosis Peritoneal como referente de esta patología tumoral para esta comunidad autónoma. Desde el Plan de Salud y el Plan Director de Oncología de Cataluña se realiza una evaluación anual de los resultados del programa. Este vídeo tiene como objetivo principal exponer con detalle todos los procedimientos quirúrgicos de peritonectomías necesarios para lograr la CR en la CP de origen colorrectal, así como los principios básicos de la aplicación de la HIPEC según la técnica abierta o de *coliseum*. El caso clínico corresponde a la de un paciente con afectación peritoneal extensa y de gran volumen (ICP: 21/39) que requirió de los seis procedimientos descritos por Sugarbaker y resección múltivisceral para lograr la CR. La HIPEC se realizó bidireccional con oxaliplatino intraperitoneal (460 mg/m²) durante 30 minutos a una temperatura de 42,5 °C, además de 5-FU (400 mg/m²) y ác. folínico (20 mg/m²) ev administrados 1 hora antes del oxaliplatino.

Conclusiones: El CR+HIPEC es un tratamiento complejo y costoso que requiere de equipos médicos experimentados. La fase quirúrgica del tratamiento constituye la "piedra angular" del mismo y repercute, como factor independiente, en los resultados clínicos a corto y largo plazo. La formación adecuada del equipo quirúrgico es fundamental a la hora de implementar este tipo de tratamiento. Es recomendable, desde diferentes agencias sanitarias internacionales, planificar, más que regular, la implementación de esta línea terapéutica en centros especializados que puedan garantizar los niveles estándar de calidad asistencial minimizando los riesgos y los costes del procedimiento.

V-019. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL (PP) Y RECIDIVA PLEUROPULMONAR MUCINOSA. CIRUGÍA RADICAL ABDOMINOPERITONEAL Y TORÁCICA SEGUIDA DE QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC) E INTRATORÁCICA (HITHOC)

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernadó, O. Crusellas Maña, S. Mompert García, J. Castellví Camps, D. Sabia, J. Comas Isus y L. Viso Pons

Hospital de Sant Joan Despí, Sant Joan Despí.

Introducción: Actualmente, el tratamiento considerado estándar en el manejo del PP es la cirugía radical (CR) seguida de la HIPEC. Esta terapia multidisciplinar también es conocida como técnica de Sugarbaker y según la variante histológica del PP puede ofrecer supervivencias a los 5 años del

74-100% de los pacientes. Los fracasos de la CR+HIPEC se manifiestan, habitualmente, en forma de recurrencia de la enfermedad a nivel peritoneal pero este tipo de tumores también puede propagarse a nivel torácico. Se han descrito diversos mecanismos para este infrecuente tipo de diseminación tumoral: Directo, mediante el paso/migración al tórax durante la cirugía de mucina/células tumorales, por invasión tumoral transdiafragmática o debido a la existencia de una comunicación peritoneo-pleural congénita. Indirecto: por embolización tumoral sobre el parénquima pulmonar. La siembra tumoral pleuro-pulmonar directa perioperatoria es la más frecuente y es favorecida o provocada por la agresividad quirúrgica de los procedimientos de peritonectomías realizados sobre las estructuras anatómicas que delimitan los compartimientos toraco-abdominales (complejo diafragmático) y determina que, alrededor del 5-6% de los pacientes con PP y que son tratados mediante la técnica de Sugarbaker, presenten esta grave complicación oncológica. Debido a la progresiva popularización de la CR + HIPEC en el tratamiento de los tumores malignos de la superficie peritoneal es obligado conocer aquellos aspectos técnicos quirúrgicos que minimicen los riesgos de propagación tumoral intratorácica perioperatoria, así como las medidas de índole terapéutico (quimio/quimiohipertermia regional intratorácica) en caso de apertura/resección diafragmática en el contexto de un tratamiento multidisciplinar del PP. La enfermedad mucinosa intratorácica una vez establecida y, tras descartar persistencia o recidiva de la enfermedad peritoneal, debe de ser tratada con los mismos criterios conceptuales utilizados en el manejo radical de los tumores peritoneales: CR + quimiohipertermia regional. En este caso la quimiohipertermia es realizada a nivel intratorácico: Hyperthermic IntraTHOracic Chemotherapy (HITHOC).

Material y métodos: En este vídeo se exponen con detalle todos los procedimientos de peritonectomías descritos por Sugarbaker para el manejo de la carcinomatosis peritoneal en un paciente afecto de PP de gran volumen tumoral en el que se logró CR abdomino-peritoneal, seguida de HIPEC y que posteriormente desarrolla diseminación tumoral pleuro-pulmonar abordada mediante CR torácica y HITHOC. Este paciente forma parte de una serie de 92 pacientes con PP y de 11 pacientes afectos de diseminación pleuro-pulmonar mucinosa, tratados en los últimos 5 años en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña y sometidos a la Técnica de Sugarbaker. Durante la exposición de este vídeo se hace especial referencia a los principios técnicos quirúrgicos que requiere la realización de las peritonectomías diafragmáticas, al manejo de las aperturas diafragmáticas ocurridas durante el tratamiento radical del PP, a las técnicas quirúrgicas necesarias para realizar la CR torácica en los tumores mucinosos y a los principios técnicos tanto de la HIPEC como de la HITHOC.

V-024. RECTOCELE E INCONTINENCIA ANAL: CORRECCIÓN QUIRÚRGICA SIMULTÁNEA.

C. Cerdán Santacruz, M. Ortega López, F. Jiménez Escovar y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Caso clínico: Paciente de 62 años que desde hace tres presenta Incontinencia Anal de incremento progresivo, alcanzando en el momento de la consulta un Wexner de 17. Paradójicamente, a pesar de la incontinencia, en ocasiones refiere dificultad para la defecación, con necesidad, ocasionalmente de digitación. La exploración pone de manifiesto la ausencia de esfínter externo en anterior, con sensación de hipotonía y de un gran rectocele, lo que se confirma mediante estudio funcional anal, ecografía y videodefecografía. Se muestra en este vídeo la corrección del rectocele mediante disección amplia del espacio recto-vaginal y realización de bolsas de tabaco invaginantes de pared rectal, con posterior reparación esfinteriana: plicatura del puborrectal, sutura del esfínter interno y esfintero-plastia en solapa del externo.

V-025. PROLAPSO RECTAL COMPLETO: RECTO-COLPOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA DE D'HOORE

J.M. Daroca José, J. Gibert Gerez, R. Cosa Rodríguez, G. Paiva Coronel, C. Fortea Sanchís, R. Queralt Martín, A. Villarín Rodríguez y J.L. Salvador Sanchís

Hospital General de Castellón, Castellón.

El prolapso rectal es una enfermedad poco frecuente que consiste en la salida por el ano de las distintas capas del recto. Suele aparecer en eda-

des extremas de la vida y habitualmente se relaciona con incontinencia y/o constipación. El tratamiento del prolapso rectal es quirúrgico, aunque la técnica que se ha de realizar continúa siendo motivo de controversia y su elección se justifica en cada caso por diferentes parámetros. Así, las técnicas perineales suelen tener aplicación en pacientes de edad avanzada o con elevada comorbilidad, a pesar de que tiene un mayor índice de recurrencia y no ofrece una franca mejoría del grado de incontinencia del paciente, mientras las técnicas abdominales, consistentes tanto en la resección de recto-sigma o en la pexia con malla fijada al pubis o el sacro presentan menor incidencia de recidiva pero son más agresivas. En la actualidad, este último concepto de mayor agresividad está en cambio, ya que la realización de las técnicas abdominales por vía laparoscópica y la utilización de biomateriales protésicos permiten realizar esta cirugía de forma sutil, simple y poco cruenta decantándose la balanza hacia las técnicas abdominales laparoscópicas y protésicas incluso en pacientes mayores y pluripatológicos. En el siguiente vídeo presentamos paso a paso la técnica descrita por D'Hoore, recto-colpopexia ventral laparoscópica, llevada a cabo en paciente mujer de 71 años diagnosticada de prolapso rectal completo por debilidad de la fascia pélvica.

V-026. COLPOSACROPEXIA Y REFUERZO PROTÉSICO DEL TABIQUE RECTOVAGINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE GRADO III ASOCIADO A CISTOCELE Y COLPOCELE

J. Bellido Luque¹, A. Bellido Luque², J. Gómez Menchero¹, J.M. Suárez Grau¹, A. Tejada Gómez², J. García Moreno¹ y J. Guadalajara Jurado¹

¹Hospital General de Riotinto, Minas de Riotinto. ²Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla. ³Hospital Infanta Elena, Huelva.

Introducción: El rectocele es una entidad nosológica que afecta a las mujeres generalmente multíparas y se trata de una protrusión de la pared anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina por afectación del tabique rectovaginal. Dicha afectación tiene su procedencia en la rotura, debilidad o en la desinserción del tabique del cuerpo perineal. La indicación quirúrgica se basa en aquellos rectoceles sintomáticos grado III (descenso de más de 1 cm por debajo del anillo himeneal) o VI (eversión vaginal completa). Las dos principales vías de abordaje son la perineal y la abdominal en función de si el rectocele es aislado o está asociado a un descenso perineal con histeroceles y/o cistoceles.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 65 años, con antecedentes personales de tres partos por vía vaginal, e histerectomía simple previa por miomas uterinos, que acude a consultas por sensación de ocupación perineal, defecación obstructiva y necesidad de compresión digital vaginal para conseguir la defecación. Asimismo se asocia a mínima incontinencia urinaria. Tras exploración perineal se observa rectocele grado III con maniobra de Valsalva, y rotura alta del tabique rectovaginal. Se realiza RNM pélvica dinámica, que objetiva rectocele grado III con descenso perineal completo por debajo de la línea del pubis con maniobra de Valsalva, con cistocele y colpocele asociado. Dada la clínica que presenta la paciente, se decide intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico. Se introduce trocar 10 mm en región umbilical y 2 trocáres de 5 mm en ambas fosas ilíacas. Tras apertura del peritoneo pélvico, se realiza liberación rectal posterior hasta plano de los músculos elevadores, así como disección del tabique rectovaginal hasta musculatura esfinteriana. Asimismo se libera cara anterior vaginal de la vejiga. El siguiente paso es colocación de una malla de PTFE-c de 6 x 11 cm fijada a musculatura elevadora del ano a ambos lados del recto por su cara anterior usando suturas de endostich 2.0, para reforzar todo el tabique rectovaginal, y al promontorio usando suturas helicoidales. Asimismo, y dado el colpocele y cistocele asociado, se coloca otra malla de 4 x 7 cm fijada a la cara anterior vaginal, tensándola y fijándola al promontorio. La intervención finaliza reperitonizando el suelo pélvico con sutura continua. La paciente presentó un curso postoperatorio favorable salvo molestias pélvicas con la defecación, que desaparecieron a las 2 semanas de la intervención. Actualmente se encuentra asintomática y sin recidiva del rectocele a los 3 meses de seguimiento.

Discusión: El abordaje laparoscópico se ha convertido en una alternativa recomendable en aquellos pacientes que presentan un rectocele alto sintomático, en los que el acceso por vía abdominal estaría más indicado que el perineal. El uso de mallas producen una fibrosis sobre el tabique rectovaginal que refuerzan la zona del implante evitando la recidiva del rectocele. En los casos asociados a colpoceles y/o cistoceles, la colpos-

acropexia laparoscópica puede asociarse al tratamiento del rectocele con resultados satisfactorios.

V-027. RECTOSACROCOLPOPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL

C. Jiménez Ceinos, N. Palencia García, D. Melero Montes, J. López Monclús, L. Blázquez Hernando, A. Cruz Cidoncha, A. Robín Valle, P. López Quindós, A. Aguilera Velardo, E. González González y M.A. García Ureña

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: El prolapso rectal es una protrusión circunferencial de todas las capas del recto a través del ano. Es más frecuente en mujeres a partir de los 60 años. El estreñimiento es un síntoma común y se da en el 67% de los pacientes. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la corrección los síntomas y de la defecación obstructiva con la mínima tasa de complicaciones. El abordaje abdominal ofrece una menor tasa de recurrencias y es de elección en pacientes de bajo riesgo quirúrgico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 34 años con historia de estreñimiento crónico y prolapso rectal sintomático que precisa reducción manual. En la exploración se produce tras la maniobra de Valsalva un prolapso rectal completo de unos 10 cm. En la videodefecografía destaca un rectocele anterior moderado, voluminoso prolapso rectal en la fase final de la defecación de hasta 10 cm, así como defecación incompleta. La RM de pelvis evidencia un cistocele y rectocele con rotura parcial de los músculos elevadores del ano. En resto de estudio, incluyendo el tiempo de tránsito colónico, rectosigmoidoscopia, ecografía endoanal y manometría anorrectal son normales. La paciente es intervenida por vía abdominal laparoscópica, realizándose rectosacrocolpopexia con malla de polipropileno y sigmoidectomía con anastomosis colorrectal termino-terminal mecánica. El postoperatorio transcurre sin complicaciones, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio.

Discusión: En pacientes jóvenes y con escasa comorbilidad, la rectosacrocolpopexia por vía abdominal laparoscópica es una técnica factible, segura y eficaz, con buenos resultados funcionales, una tasa de recidivas menor del 5% y con una baja tasa de complicaciones.

V-028. RECTOSACROPEXIA Y SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL COMPLETO CON SIGMOIDOCELE GRADO III

D.A. Melero Montes

Hospital del Henares, Coslada.

Objetivos: La corrección laparoscópica para el tratamiento del prolapso rectal completo mediante el implante de mallas sintéticas se ha estandarizado en los últimos años. Presentamos el caso de un prolapso rectal completo reparado por vía laparoscópica mediante la técnica de Orr-Loygue modificada con malla prefabricada de polipropileno, asociado a sigmoidectomía por sigmoideocele G III.

Caso clínico: La paciente inició tolerancia y deambulación, el mismo día de la intervención siendo dada de alta a las 72h con tratamiento antibiótico por infección de orina asociada a disuria, confirmando posteriormente la presencia de *E. coli* sensible a amoxicilina + ác. clavulánico en urocultivo. Después de 24 meses no ha presentado recidiva y se encuentra muy satisfecha de la operación sin dolor ni molestias pélvicas ni abdominales.

Discusión: La corrección del prolapso rectal completo utilizando mallas de polipropileno por vía laparoscópica, incluso con la necesidad de resección intestinal, es una técnica segura. Presenta ventajas para el paciente tanto a nivel de la recuperación inicial postoperatoria inmediata como a medio y largo plazo en cuanto a complicaciones de pared abdominal.

V-048. TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN PERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EXTRALEVADORA

R.L. García-Mayor Fernández, M. Frasson, C. Ballester Ibáñez, B. Flor Lorente, J. Maupoey Ibáñez, S. Pous Serrano y E. García-Granero Ximénez

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Objetivos: El 20-30% de los cánceres de recto precisan amputación abdomino-perineal. Se ha demostrado que la técnica de la denominada esci-

sión quirúrgica cilíndrica abarcando los músculos elevadores del ano tiene menor riesgo de perforación intestinal, menor riesgo de afectación del margen de resección circunferencial (MRC) y, por tanto, menor riesgo de recidiva local. Además esta escisión en ocasiones se realiza de forma extendida a otras estructuras pélvicas, lo cual produce un defecto mayor a nivel perineal potencialmente asociado con morbilidad y complicaciones de la herida, como la infección, retraso de cicatrización y la hernia perineal. El objetivo de este trabajo es la descripción de distintas técnicas de reconstrucción perineal tras amputación abdominoperineal extraelevadora. 1) Cierre perineal con malla. 2) Reconstrucción perineal con colgajo recto anterior miocutáneo (RAM). 3) Reconstrucción con colgajo glúteo. 4) Reconstrucción con músculo gracilis.

Material y métodos: Se describen una serie de casos intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía Colorrectal por cáncer de recto inferior en los que se realizó resección abdominoperineal extraelevadora con posterior reconstrucción perineal.

Resultados: Se muestran las ventajas y desventajas de las distintas opciones utilizadas para la reconstrucción del periné. 1) Cierre del periné con malla biológica: buenos resultados en series limitadas pero sin evidencia científica suficiente avalada por estudios clínicos aleatorizados. Ventajas: técnica simple, buen refuerzo del suelo pélvico, riesgo de infección bajo y ausencia de morbilidad al que está asociada la elaboración de colgajos. Desventaja: elevado coste de la malla biológica. Reconstrucción perineal con colgajo. 2) RAM: Ventajas: gran volumen de colgajo que permite rellenar defectos importantes, amplio arco de rotación, bien vascularizado y aceptable morbilidad de la zona donante. Indicado para resecciones extendidas amplias como la pared posterior vagina y piel perianal. Desventajas: defecto pared abdominal con necesidad de malla e inconvenientes con la ubicación del estoma. 3) Glúteo: Ventajas: adaptable a la posición prono para realizar la amputación abdominoperineal extraelevadora, evita la incisión abdominal, puede ser uni o bilateral, sin trastornos en la pared abdominal anterior y tiene resultado estético aceptable. Desventajas: rotación limitada de colgajo y potencial morbilidad asociada a radioterapia preoperatoria. 4) Gracilis: Ventajas: mínimas secuelas funcionales. Desventajas: pequeño volumen, colgajo menos consistente, arco de rotación limitada, menor vascularización.

Conclusiones: Cada técnica de reconstrucción tiene ventajas y desventajas. No existe evidencia de buen nivel que demuestre cuál es la mejor técnica reconstructiva. La elección de una técnica de reconstrucción apropiada debe adaptarse a cada caso acorde con el tipo de escisión y el defecto anatómico. La integración en el grupo multidisciplinar de un cirujano plástico es fundamental.

V-049. EVENTROPLASTIA PERINEAL CON COLGAJO DE AVANCE DERMOGRASO GLÚTEO BILATERAL TRAS AMPUTACIÓN DE MILES

M. Cáceres, M. Pascual, M. Pera, D. Bernardez, M.J. Gil, S. Alonso, R. Courtier y L. Grande

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La incidencia de hernia incisional perineal tras la amputación abdominoperineal es una complicación poco prevalente y estudiada. Se han intentado identificar factores de riesgo asociados a la complicación de herida perineal tras este tipo de cirugía, predominantemente en estudios de carácter retrospectivo, destacando: pacientes con DM o con un IMC elevado, con enfermedad inflamatoria intestinal, o la administración de radioterapia neoadyuvante o intraoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 77 años diagnosticada de una eventración perineal tras amputación abdominoperineal de Miles el año previo, en el contexto de tratamiento de un adenocarcinoma de recto inferior T3N0M0, tratado previamente con radioterapia y quimioterapia neoadyuvantes. La clínica de dolor perineal asociado a la sedestación le causaba una limitación significativa para las actividades básicas de la vida diaria. Se le practicó conjuntamente con el Servicio de Cirugía Plástica una reparación de la hernia incisional perineal con colocación de malla de vicryl con posterior reconstrucción con colgajo glúteo dermograso bilateral de avance en V-Y, respetando previa localización mediante ecodoppler de las arterias glúteas perforantes. La paciente presentó un curso postoperatorio correcto, con una estancia de 14 días, sin presentar complicaciones de las heridas quirúrgicas, y con buena evolución funcional posterior.

V-050. EVENTROPLASTIA PERINEAL POR VÍA PERINEAL

F. Herreras González¹, J. Melé Olivé¹, C. Gas Ruiz¹, M.L. González Duaigües¹, V.L. Palacios Arroyo¹, E. Guzzetti², J. Escoll Rufino¹, J.E. Sierra Grañón¹, J. Viñas Salas¹, A. Ferrián Rodríguez¹ y J.J. Olsina Kissler¹

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ²Universita degli Studi di Milano, Milano.

Introducción: La hernia incisional perineal es una patología infrecuente, habitualmente secundaria a una cirugía pélvica previa. Recientemente, el abordaje extraelevador en la amputación abdominoperineal emerge como nuevo estándar oncológico para el cáncer de recto inferior, lo que conlleva una importante ampliación de la resección de los planos musculofasciales del suelo pélvico y una mayor incidencia de eventración perineal. Se presenta el caso de una eventración perineal tras amputación abdominoperineal extraelevadora y su resolución por vía perineal.

Caso clínico: El caso corresponde a un varón de 81 años con una neoplasia de recto inferior intervenida, realizándose una amputación abdominoperineal, con abordaje extraelevador. La anatomía patológica reveló un adenocarcinoma pT3N1bM0. Tras la cirugía se inicia adyuvancia con capecitabina. En la revisión a los 6 meses, el paciente aqueja sensación de protrusión perineal, objetivada en la exploración física mediante la maniobra de Valsalva. Técnica quirúrgica: la sistemática operatoria consiste en la incisión perineal media llegando al saco herniario que se hace evidente tras la disección del tejido subcutáneo perineal. La apertura del saco permite la liberación de posibles adherencias y facilita la disección del mismo. La progresión radial de tal disección es una maniobra sencilla, pero que debe ser metódica y amplia en su parte más externa, donde se encuentran los restos de los planos musculares y faciales que dan sostén a la pelvis y que conforman el punto de anclaje firme para la fijación protésica. El exceso de saco herniario es resecado y plicado, consiguiéndose una mayor protección visceral. Una malla de polipropileno convenientemente preparada, se fija a los elementos de soporte mediante una corona de puntos de monofilamento irreabsorbible. La intervención se finaliza tras la colocación de drenes aspirativos, cierre del tejido celular subcutáneo y piel.

Discusión: La eventroplastia perineal por vía perineal se constituye como una intervención rápida y segura que permite una resolución total del defecto perineal. Clásicamente se han descrito tres vías de abordaje: perineal, abdominal y combinada. Los elementos que han favorecido, en nuestra experiencia, la vía perineal son la sencillez técnica, la rapidez quirúrgica y su limitado coste. A menudo se ha considerado que la vía abdominal ofrece un mejor abordaje para completar la lisis adherencial, pero no se ha encontrado dificultades para tal procedimiento por la vía perineal. Al contrario, se ha encontrado una completa peritonización pélvica y un firme saco herniario, que han permitido el uso de mallas de polipropileno, favoreciendo claramente el coste final. Cabe añadir, que aunque no ha sido el caso presentado, la vía perineal, permite el uso de una anestesia raquídea con claras ventajas sobre anestesia total requerida para un acceso abdominal o combinado. La eventroplastia perineal por vía perineal es una intervención rápida, segura y sencilla. El abordaje por vía perineal permite el uso de mallas de polipropileno, reduciendo drásticamente el coste de la intervención. No se ha encontrado problemas adherenciales que limiten el uso de la vía perineal. La vía perineal permite la realización de la intervención bajo anestesia raquídea.

V-051. REPARACIÓN POR LAPAROSCOPIA DE UNA HERNIA PERINEAL GIGANTE CON UNA MALLA "COMPOSITE" NUEVA

R. Lozoya-Trujillo¹, M. López-Cano² y A. Biel-Arrufat²

¹Hospital de Sagunto, Sagunto. ²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La incidencia de hernias sintomáticas que se intervienen tras una amputación abdominoperineal varía entre 0,34-0,62% y tras una exanteriorización pélvica es aproximadamente del 3%. Las recurrencias pueden ser tan altas como del 16%. Dada su baja prevalencia no hay un consenso sobre cuál es el mejor abordaje quirúrgico. El abordaje abdominal tiene las ventajas de una visualización superior, un mejor control de las estructuras con riesgo de lesionarse como el intestino, vasos ilíacos y uréter, una mayor facilidad para la fijación de la malla, y además permite visualizar las recurrencias del cáncer. El abordaje laparoscópico añade los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva. Se han descrito varias técnicas para el cierre del orificio herniario, hoy en día la más utilizada es

la colocación de una malla (sintética o biológica). En la literatura hay pocos casos publicados en forma de vídeo mostrando la fijación-colocación de la malla. No hay evidencia respecto a cuál es el tipo de malla más adecuado. En nuestro caso hemos utilizado satisfactoriamente la nueva malla PhysiomeshtTM - Composite (Ethicon, Inc, US).

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 78 años con antecedentes de: hipertensión arterial, nefropatía hipertensiva, intervención de neoplasia de recto p₁₆T₂N₀ (sin neoadyuvancia) realizándose una amputación abdominoperineal. En el postoperatorio presentó un absceso presacro que requirió drenaje a través de la herida perineal. Posteriormente requirió una prostatectomía radical suprapúbica y nefrectomía izquierda por neoplasia. A los 10 meses presentó un bulto perineal, diagnosticándose de hernia perineal, que no quiso tratarse. Dos años después ante el agravamiento clínico y del tamaño herniario acepta ser intervenido. El paciente se coloca en posición de litotomía modificada y Trendelenburg. Se coloca una sonda vesical. Se realiza el neumoperitoneo mediante la técnica de Hasson a través de una incisión periumbilical. Se colocan 2 trócares de 11 mm en hipogastrio y fosa iliaca derecha. La malla (15 × 20 cm) se fija mediante tacks helicoidales posteriormente al perostio sacro, lateralmente a la musculatura del suelo pélvico, al tejido pélvico de alrededor y a la pared lateral pélvica, evitando el uréter derecho (ya que sobre el izquierdo se realizó previamente una nefrectomía izquierda) y los vasos ilíacos. Anteriormente, la malla se fija al pubis y pared abdominal anterior. Finalmente, se pulveriza con fibrina para completar la fijación de la malla y cubrir los tacks. El paciente se da de alta al segundo día postoperatorio sin ninguna complicación. No presenta recidiva un año después de la intervención.

Discusión: El manejo por laparoscopia de una malla en la pelvis es difícil y tedioso. La malla que hemos utilizado en nuestro caso, permite un fácil manejo y orientación de la misma por laparoscopia. Respecto a la fijación de la malla hay consenso en su fijación posterior y lateral (evitando uréter y vasos ilíacos). Sin embargo, la fijación anterior de la malla es discutida, siendo la fijación a pubis una de las más descritas en la literatura, con buen resultado.

V-052. SÍNDROME DE CURRARINO: UN RETO INUSUAL PARA EL COLOPROCTÓLOGO

J.M. Daroca José, D. Casado Rodrigo, R. García Calvo, A. Villarín Rodríguez, V.I. Esquembre Suay y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón.

Objetivos: Comunicar la intervención quirúrgica de una paciente diagnosticada de tumoración retrorrectal en el contexto de un síndrome de Currarino.

Caso clínico: Mujer de 18 años con antecedentes familiares de hermana intervenida por ano imperforado y antecedentes personales de meningitis vírica a los 13 años sin complicaciones posteriores. Consulta por estreñimiento desde la infancia y defecación obstructiva junto con polaquiuria, nicturia y episodios de retención aguda de orina. A la exploración presenta gran masa en hipogastrio palpable y depresible, no dolorosa y sin peritonismo. Al tacto bimanual se aprecia masa que abomba en vagina y recto sin infiltración de los mismos. El TAC y RNM pélvica evidencian un sacro en cimitarra, una gran masa presacra de contornos nítidos y contenido líquido (meningocele anterior) que desplaza y comprime todas las estructuras pélvicas y una hipoplasia anorrectal (síndrome de Currarino). En decúbito prono (posición de navaja), se realiza abordaje por vía posterior. Tras separación de músculos glúteos y laminectomía parcial de sacro se identifica saco dural retrorectal que es independizado de estructuras adyacentes. Con la paciente en posición de Trendelenburg se realiza apertura de saco dural, identificación del orificio del cuello del meningocele a nivel de S2-S3 visualizándose el filum terminale sin la presencia de fibras nerviosas. Se realiza ligadura transdural del cuello del meningocele y cierre de saco dural colapsado. En la zona de defecto sacro se implanta una malla biológica de colágeno porcino para protección de la duramadre. Finalmente se reconstruye el flap muscular y la piel con material de rápida reabsorción.

Discusión: El síndrome de Currarino es una causa muy infrecuente de trastornos de la función defecatoria en adultos jóvenes, siendo el abordaje posterior con ligadura transdural del cuello de la tumoración una excelente vía de acceso para la resolución de la clínica de compresión pélvica y colapso del meningocele sacro anterior.

V-067. RECIDIVA DE CÁNCER DE ANO: AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL Y RECONSTRUCCIÓN DEL PERINÉ CON COLGAJO MIOCUTÁNEO DE MÚSCULO RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN

E. Llàcer, J. Luján, M. Frutos, Q. Hernández, F. Muñoz, J. Abrisqueta, I. Abellán, J. Ruiz, C. García y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: La incidencia del cáncer de ano es baja, siendo el carcinoma epidermoide la variante más frecuente. Su etiología está asociada a mala higiene, irritación anal crónica, tabaquismo, sexo anal, inmunosupresión y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, destacando la infección por VIH y el virus del papiloma humano, del cual se ha encontrado ADN en el 80% de los casos. Presentamos un caso de recidiva de cáncer anal con gran extensión local que precisa para su tratamiento amputación abdominoperineal y reconstrucción del periné con colgajo miocutáneo de músculo recto anterior del abdomen.

Caso clínico: Mujer de 83 años que en junio de 1996 consultó por bultoma anal y prurito de un año de evolución, realizándose biopsia de la lesión, cuya anatomía patológica informó de carcinoma epidermoide. Se administró tratamiento combinado con radioterapia y quimioterapia. En junio de 1997 presentó recidiva local que se biopsió, informando nuevamente la anatomía patológica de carcinoma epidermoide. Se realizó exéresis local de la lesión, recibiendo posteriormente tratamiento adyuvante con radioterapia más quimioterapia. La paciente se mantiene asintomática y con buenos controles posteriores hasta noviembre de 2011, que consulta por molestias perianales y prurito de varios meses de evolución. A la exploración física se halla úlcera de gran tamaño y consistencia pétreas en región perianal, que se biopsia, con anatomía patológica de carcinoma epidermoide. Ante la gran extensión local de la lesión se decide realizar amputación abdominoperineal. El problema que se nos plantea es el gran defecto perineal no subsidiario de cierre primario, por lo que se decide utilizar como alternativa la reconstrucción del periné con un colgajo de músculo recto anterior del abdomen. Durante su estancia en planta la paciente presenta al quinto día postoperatorio manchado en la zona del colgajo, revisándose la herida y apreciando mínima dehiscencia de la cara superior del colgajo que se trata de manera conservadora. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta con colgajo sin signos de sufrimiento local y con una pequeña dehiscencia en el borde superior en fase de granulación. En la actualidad la paciente está asintomática, sin recidiva, presentando la herida abdominal y el colgajo un buen aspecto.

Discusión: El tratamiento de elección en estadios iniciales del carcinoma anal epidermoide es la terapia combinada con radioterapia y quimioterapia. Pero ante la recidiva y la aparición de tumores con gran extensión local, la amputación abdominoperineal proporciona un arma terapéutica eficaz para asegurar una exéresis tumoral con márgenes libres, siendo la reconstrucción del periné con colgajo miocutáneo de músculo recto del abdomen una alternativa eficaz ante defectos no subsidiarios de cierre primario.

V-068. INTERVENCIÓN DE MILES EN PRONO: MODELO EN CIRUGÍA EXPERIMENTAL

J.F. Dolz¹, S. Pous¹, J. Aguirrezabalaga², A. Centeno², B. Flor¹, L. García-Mayor¹, J. Maupoey¹ y E. García-Granero¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

Objetivos: Establecer un modelo de entrenamiento y adquisición de habilidades para desarrollar la técnica quirúrgica de Miles en prono, combinando la vía abdominal laparoscópica y el tratamiento perineal en prono, para aquellos cirujanos con experiencia en cirugía colorrectal y que precisen perfeccionar la técnica quirúrgica, sin que repercuta la curva de aprendizaje en el paciente.

Material y métodos: Se adopta el modelo porcino, hembra Large White de 3 meses y 30 kg, para la realización del Miles en prono, en un quirófano de cirugía experimental con material de cirugía laparoscópica consistente en torre completa (óptica, cámara, luz fría, monitor, grabador de imágenes), electromedicina monopolar y bipolar con control de impedancia, endograpadoras-cortadoras, mallas para la prevención de eventración periclostómica y el cierre perineal. El instrumental es el mismo que el empleado en humanos, intentando utilizar material reciclado para dis-

minución de costes. Se practica acceso con aguja de Verres para instauración de neumoperitoneo hasta 12 mmHg, a nivel umbilical y colocación de puertos de 11 mm umbilical, 12 mm en FID, 5 mm infraumbilical derecho línea mamilar y 11 mm infraumbilical izquierdo línea mamilar externa. La mesa se coloca a 30° de inclinación en Trendelenburg y se comienza con la identificación de estructuras preparando el campo quirúrgico. Se punciona la vejiga urinaria y se fija a pared, así como las trompas. Se abre hoja peritoneal medial en promontorio, y se trata el paquete vascular con sección alta, sección de mesocolon hasta pared cólica y sección de la misma con endograpadora-cortadora. Progresión de disección en hueco pélvico manteniendo el plano mesorrectal e identificando estructuras anatómicas del modelo porcino algo diferentes al humano, localizando uréteres, vasos ilíacos, gonadales, fascia sacra y mesorrectal, nervios hipogástricos, nervios obturadores y en plano anterior tabique rectovaginal, terminando la disección un poco antes de alcanzar el plano del elevador. Se confecciona colostomía y fijación de malla con técnica de key hole intraperitoneal. Se coloca el animal en posición de prono para realizar la extirpación cilíndrica de la pieza, seccionando las inserciones óseas del elevador del ano y accediendo a cavidad por vía posterior para exteriorización de pieza diseccionando en último lugar el plano anterior. Se termina la intervención colocando malla en periné a la altura del elevador, y cerrando planos hasta piel.

Resultados: La técnica quirúrgica se ha desarrollado siguiendo todas las fases que se realizan en el humano y se han obtenido unas piezas quirúrgicas cilíndricas con escisión completa mesoanal y mesorrectal.

Conclusiones: En el modelo porcino, tutelado por cirujanos expertos, puede desarrollarse perfectamente la técnica de Miles con acceso laparoscópico abdominal y extirpación cilíndrica de la pieza por vía perineal en prono. Es un modelo que reproduce la operación en humanos muy válido para el entrenamiento, desarrollo de habilidades y destreza necesarias para realizar la técnica.

V-069. REPARACIÓN DE PERFORACIÓN RECTAL YATROGÉNICA MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL

C.J. Gómez Díaz, A. Caro Tarrago, X. Serra Aracil, L. Mora López, M. Alcántara Moral, J. Bombardo Juncá, I. Ayguavives Garnica, A. Serracant Barrera, M. Labro Ciurans y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Con un caso clínico, presentamos la utilización de la cirugía endoscópica transanal (TEO) para el tratamiento de un caso de perforación rectal yatrogénica que se produjo durante una cirugía ginecológica.

Caso clínico: Mujer de 80 años, con antecedentes de HTA, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo, artritis reumatoidea, polimialgia reumática, histerectomía, prolapso vaginal, incontinencia urinaria e ITUs de repetición. Ingresa de manera programada, al servicio de Ginecología de nuestro hospital, para la reparación de un recto-enterocele de III grado por vía vaginal. En la intervención quirúrgica se llevó a cabo la colocación de malla de Prolift posterior, previa disección de la fascia recto-vaginal. Durante la cirugía, se evidenció una perforación en la cara anterior rectal, de aproximadamente 3 cm de diámetro y localizada a 6 cm del margen anal. Dada la naturaleza de la lesión (localización extraperitoneal, RIS-Rectal Injury Scale = II y el corto tiempo de evolución) se consideró que la mejor forma de exploración y reparación de la lesión era la utilización de la TEO, mediante la cual, se realizó fácilmente una sutura continua de todo el espesor de la pared rectal. La paciente evolucionó favorablemente, siendo alta al 4to día postoperatorio.

Discusión: La prevalencia de los traumatismos ano-rectales en España es de 1 a 2/100.000 habitantes/año, siendo principalmente secundarios a accidentes de tráfico y a lesiones yatrogénicas. Las perforaciones rectales pueden tener graves complicaciones sépticas secundarias a la contaminación fecal de los tejidos blandos pélvicos, por ello es necesario establecer una adecuada estrategia diagnóstica y terapéutica. El tratamiento de las perforaciones rectales depende de su localización anatómica, tiempo de evolución y severidad (RIS). Habitualmente se realiza una laparotomía y hasta en un 65% de los casos es necesario un estoma de derivación. Sin embargo, en el caso de lesiones rectales extraperitoneales, con un RIS ≤ II y menos de 8h de evolución, se podría realizar una sutura primaria como tratamiento definitivo. Si bien, la lesión que describimos en este caso clínico, podría repararse por vía transanal o a través del defecto en el septo rectovaginal, la buena visualización de la lesión a través de la TEO, permi-

te una correcta identificación y caracterización de la lesión, así como una fácil reparación, por lo que consideramos que la TEO constituye una buena opción terapéutica, alternativa a los abordajes quirúrgicos tradicionales.

V-070. COMPLICACIONES EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEO)

A. Arruabarrena Oyarbide, A. Martín López, M.J. Busto Vicente, B. Arín Palacios, A. Uranga Goikoetxea, F. Aranda Lozano, M. Clemares de Lama y J.M. Erro Azcárate

Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

Introducción: La TEO es una herramienta más del cirujano colorrectal en el tratamiento de las lesiones rectales. Su implantación exige un adecuado reconocimiento y anticipación de las eventuales complicaciones intraoperatorias, postoperatorias precoces o tardías, cuya resolución precisa del manejo de técnicas endoscópicas, radiológicas y quirúrgicas disponibles.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 70 años con cistocele-colpocelo que presenta una lesión vellosa de 3 cm plana a 12 cm de margen anal. Se evidencia de forma intraoperatoria una perforación de menos de 1 cm. El neumoperitoneo progresivo y la pérdida de la distensión óptima rectal obliga a realizar una laparoscopia de asistencia, equilibrando las presiones y permitiendo la resolución del problema con una sutura de espesor completo por TEO. Caso 2: paciente de 69 años con pólipo displásico a 7 cm de margen anal. El tercer día postoperatorio reingresa con un cuadro febril con disrupción de la línea de sutura y absceso perirectal asociado a retroneumoperitoneo. Precisa drenaje endoanal con sonda de Pezzer y antibioterapia. Caso 3: paciente de 71 años ASA III-IV. Se realiza de forma sincrónica un TEO de una lesión vellosa displásica rectal y hemicolectomía derecha por adenocarcinoma cecal. Presenta hemorragia incoercible en el postoperatorio tardío irresoluble por vía transanal ni TEO. La arteriografía evidencia un sangrado activo a través de una rama de la hemorroidal superior precisando embolización con control final de la hemorragia. En todos los casos se realizó una resección de espesor completo con bisturí armónico y sutura continua entrecortada con Maxon de 3/0. El resultado anatomopatológico final evidenció márgenes libres de lesión en todas las piezas quirúrgicas. La mortalidad fue nula.

Discusión: En la mayoría de los pacientes TEO es una técnica segura y con una buena tolerancia postoperatoria. El cirujano debe estar familiarizado con las potenciales complicaciones, sus síntomas de presentación y las soluciones quirúrgicas o no, necesarias para su resolución.

V-071. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL

E. Las Navas Muro, L. García Bruña, V. Portugal Porras, A. Sanz, M.J. Hernández Sánchez y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao.

Introducción: Las estenosis de las anastomosis mecánicas colorrectales término-terminales presentan una incidencia de entre un 3 y un 30%, con frecuencia asociadas a factores preoperatorios (obesidad, sepsis, radioterapia) intraoperatorios (donuts incompletos) y postoperatorios (dehiscencias, infecciones pélvicas, radioterapia). La dilatación mecánica neumática o instrumental (mediante técnicas endoscópicas, radiológicas o quirúrgicas) soluciona el problema, salvo en un pequeño porcentaje de casos que precisan tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: En este sentido, presentamos un caso de una mujer de 57 años con antecedentes en 2008 de sigmoidectomía laparoscópica oncológica (anastomosis TT mecánica con EEA 29) por adenocarcinoma de colon (T3N0) con quimioterapia adyuvante (5-FU, ác. folínico). Presentando tanto un postoperatorio como una tolerancia a la adyuvancia sin incidencias reseñables. Durante el seguimiento posterior, la paciente refiere clínica de estreñimiento y cuadros suboclusivos autolimitados que se solucionaban con episodio diarreico. En la colonoscopia de control realizada al año se objetivó la existencia de una estenosis anastomótica, procediéndose a la dilatación neumática de la misma. En el control posterior se objetivó de nuevo la existencia de una estenosis a nivel de la anastomosis, no franqueable, de aspecto inflamatorio, no dilatada, con biopsias con ausencia de células tumorales. Se practicó TAC toraco-abdomino-pélvico, que no objetivó recidiva locorregional ni sistémica, y RNM-colonografía, constatándose la existencia de una estenosis de 3 mm de diá-

metro con ausencia de lesiones sincrónicas en el resto del colon. Ante estos hallazgos y la persistencia de la sintomatología, se decide plantear un abordaje laparoscópico de la estenosis laparoscópica, utilizando los puertos usados en la cirugía previa. Los hallazgos intraoperatorios, fueron la existencia de múltiples adherencias de intestino delgado a entrada pélvica y anastomosis previa, englobando anejo derecho y útero, con estenosis macroscópica y dilatación proximal. Se realiza adhesiolisis laboriosa e identificación del segmento colorrectal estenosado, procediéndose a la resección segmentaria del mismo con endoGIA 60 carga azul, incluyendo porción tangencial de intestino delgado que se secciona con endoGIA 45 carga blanca. Se realiza anastomosis término terminal colorrectal mecánica con EEA 33, con adecuada comprobación neumática, previa extracción de la pieza quirúrgica a través de la incisión de Pfannestiel que ya presentaba la paciente. El postoperatorio transcurrió sin incidencias con recuperación del tránsito intestinal al 3º día p.o., siendo dada de alta al 4º día p.o. Desde entonces mantiene un ritmo intestinal normal, y los controles oncológicos posteriores han sido normales.

Discusión: Las estenosis anastomóticas colorrectales pueden ser abordadas por vía laparoscópica, posibilitando al paciente una menor agresión quirúrgica.

V-072. PANPROCTOCOLECTOMÍA TOTAL RESTAURADORA CON RESERVORIO ILEOANAL EN J

E. Las Navas Muro, A. Navarro Martínez, V. Portugal Porras, A. Sanz Larrainzar, I. Múgica Alcorta y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital Galdakao Usansolo, Galdakao.

Introducción: La colitis ulcerosa forma parte de las enfermedades inflamatorias del intestino. El tratamiento quirúrgico está indicado, de manera electiva, en aquellos pacientes refractarios al tratamiento médico. La intervención de referencia es la proctocolectomía total restauradora con reservorio ileoanal, ya que permite la curación gracias a la ablación de la mucosa colorrectal y la conservación de la función del esfínter anal. Como ejemplo práctico de nuestro modus operandi, presentamos el siguiente vídeo resumen.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 27 años, diagnosticada 3 años antes de colitis ulcerosa con afectación pancólica resistente a tratamiento médico (influximab, claversal), con brote moderado persistente, por lo que se remite para panproctocolectomía total restauradora laparoscópica con reservorio ileoanal en J. Se realiza un despegamiento coloepiploico, movilización centrípeta del ángulo esplénico y posterior del parietocólico izquierdo hasta la entrada pélvica superior. Con posterioridad procedemos a la ligadura de la arteria mesentérica inferior con una endoGIA 45 carga blanca y de la vena mesentérica inferior con ligasure. A continuación se procede a movilizar el colon derecho y el íleon terminal con la sección de los vasos ileocólicos, y completamos la liberación del colon transversal desde la segunda porción duodenal hasta el ángulo de Treitz. Finalmente concluimos la disección con la liberación del recto por el plano mesorrectal hasta los elevadores, abordando el plano anterior del tabique rectoprostático o rectovaginal, como en este caso. Finalizando el tiempo laparoscópico, realizamos una incisión de Pfannestiel de asistencia de unos 8 cm de longitud, a través del cual exteriorizamos el colon reseado procediendo a la sección del íleon terminal (endoGIA 45 carga blanca) y del recto distal (Contour 45 carga verde). A continuación realizamos un reservorio ileoanal en J de 16 cm de longitud y capacidad de unos 200 cc, con 4 endoGIAs de 60 carga blanca, comprobando su estanqueidad y hemostasia. Finalmente realizamos la anastomosis ileoanal bajo visión directa y control manual con una EEA. En este caso no se realizó ileostomía de protección. El postoperatorio transcurre de forma satisfactoria y sin incidencias reseñables, siendo dada de alta al 8º día p.o.

Discusión: El desarrollo de la cirugía colorrectal laparoscópica ha posibilitado ofrecer las ventajas de este abordaje a un grupo de pacientes especialmente sensibilizados con la mínima agresión.

V-073. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LAS PERFORACIONES YATROGÉNICAS DEL COLON

M. Cáceres, I. Poves, M. Pascual, E. Membrilla, S. Alonso, M. Pera y L. Grande

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La perforación iatrogénica del colon es una complicación grave asociada a una elevada mortalidad (10%). La causa más frecuente

de perforación iatrogénica del colon es la secundaria a colonoscopia, y aunque es poco frecuente (0.1%), en la mayoría de los casos suele requerir un tratamiento quirúrgico urgente. Entre otras causas menos frecuentes de perforación iatrogénica del colon destaca la secundaria a colocación de sondas rectales y la punción externa.

Casos clínicos: En el vídeo se muestran cuatro casos de perforaciones iatrogénicas del colon que requirieron tratamiento quirúrgico urgente. En tres casos la perforación fue secundaria a la realización de una colonoscopia y en uno por punción externa con aguja por inyección de heparina. En dos casos la colonoscopia fue únicamente diagnóstica y en uno terapéutica. En todos los casos se realizó un abordaje laparoscópico. En todos los casos se identificó correctamente la zona de la lesión. En tres casos se realizó sutura simple de la perforación y en uno lavados de la cavidad abdominal y drenaje. Se instauró tratamiento antibiótico postoperatorio durante al menos 7 días en todos los casos. La evolución postoperatoria transcurrió en todos los casos sin incidencias y no hubo mortalidad.

Discusión: En las perforaciones iatrogénicas del colon, especialmente en las atribuibles a colonoscopia, que requieran tratamiento quirúrgico urgente, el abordaje laparoscópico es factible, seguro y eficaz, por lo que puede considerarse como una alternativa a la laparotomía.

MISCELÁNEA

V-118. TÉCNICA DEL DESBRIDAMIENTO POR RETROPERITONEOSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA NECROSIS PANCRÉATICA INFECTADA TRAS PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE

M.A. García Ureña¹, L. Blázquez Hernando¹, D. Melero Montes¹, J. López Monclús¹, A. Abella Álvarez¹, I. Torrejón Pérez¹, L. del Salto¹, F. Aguilera¹, C. Jiménez Ceinos¹, A. Aguilera Velardo¹ y C. Castellón Pavón²

¹Hospital del Henares, Coslada. ²Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Objetivos: Hasta el momento se han implementado varios accesos mínimamente invasivos para el tratamiento escalonado de la necrosis pancreática tras pancreatitis aguda necrotizante. Presentamos 1 caso clínico de enfermo con pancreatitis necrotizante con colección pancreática por necrosis infectada tratado mediante abordaje con retroperitoneoscopia vídeo-asistida (VARD).

Caso clínico: Se trata de un paciente de 63 años con bronquitis crónica que desarrolló una pancreatitis aguda necrotizante. En una primera intervención a los 6 días del ingreso se realizó una laparostomía descompresiva con cierre temporal al desarrollar sepsis y fallo multiorgánico. Tras una mejora inicial, el paciente volvió a empeorar y se realizó una segunda intervención a través de la laparostomía a los 21 días. Posteriormente, el paciente permaneció en situación crítica pero estable que permitió realizar una necrosectomía retroperitoneal subtotal por retroperitoneoscopia a los 60 días del ingreso. Previo a la cirugía y dado que la colección se situaba lejos del flanco izquierdo se decidió realizar un drenaje percutáneo guiado por CT para que sirviera de guía en la disección roma digital hasta la colección. La técnica quirúrgica se realiza en decúbito lateral modificado 30°. Mediante una incisión de 5 cm se accede al retroperitoneo con disección roma tras realizar incisión separando musculatura, siguiendo el catéter. Una vez se ha realizado el acceso a la cavidad, se utilizan 1 trócar de 10 mm y otro de 10 para usar una pinza o sistema de irrigación-aspiración. La necrosectomía y lavado se hacen bajo visión directa. Se consiguió realizar una extirpación completa de la necrosis. Finalmente se deja un sistema de lavado con drenaje tipo Jackson-Pratt por contraincisión con dos drenajes capilares en la incisión. En el vídeo se observan los detalles de la necrosectomía realizada. Tras el VARD el paciente se recuperó y fue dado de alta con una fístula pancreática de débito alto. Tras 6 meses del alta, el paciente ha sido operado de reconstrucción de la pared abdominal con una malla y mantiene débito bajo en fístula pancreática. Presenta una diabetes y una insuficiencia pancreática exocrina, desarrollando una buena calidad de vida.

Discusión: El procedimiento VARD es un procedimiento convincente dentro del arsenal de procedimientos mínimamente invasivos para tratar la necrosis infectada tras pancreatitis aguda necrotizante.

V-119. RETROPERITONEOSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA. ¿PRIMERA OPCIÓN TERAPÉUTICA?

N. Bejarano González, A. Romaguera Monzonís, N. García Monforte, A. Corcuera Amill, S. Serra Plà, F.J. García Borobia y S. Navarro Soto
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La necrosis pancreática infectada ha sido tratada tradicionalmente mediante desbridamiento laparotómico, necesitando a menudo la colocación posterior de drenajes percutáneos para su solución y presentando altas tasas de morbi-mortalidad. En la actualidad, la utilización de técnicas mínimamente invasivas (drenajes percutáneos, desbridamiento retroperitoneal vídeo asistido) y el retraso del desbridamiento (cuatro semanas desde el inicio del proceso) han permitido reducir estas tasas de morbi-mortalidad. La integración de estas técnicas menos agresivas es lo que constituye el "step up approach" ha demostrado una menor morbilidad que la necrosectomía estándar. **Objetivo:** demostrar la eficacia y seguridad del abordaje retroperitoneal endoscópico en el tratamiento de la necrosis pancreática.

Caso clínico: Paciente de 65 años ingresado por pancreatitis aguda grave de origen litiasico. En el TC de control previo al alta persisten múltiples colecciones intra-abdominales sin evidencia de infección. Al mes precisa reingreso por malestar general y astenia. En la TC destaca, entre otras, una colección en saco menor de 22 cm de diámetro máximo que se continúa por la fascia pararenal posterior izquierda. Se realiza drenaje trans-gástrico eco-endoscópico mediante dos prótesis plásticas obteniendo líquido purulento espeso. Se inicia cobertura con antibiótico. Dado que el paciente presenta fiebre persistente y no hay mejoría radiológica, se decide colocación de drenaje percutáneo en flanco izquierdo y posteriormente otro adyacente para la realización de lavados continuos. Ante la persistencia del síndrome febril se decide finalmente la realización de la necrosectomía vía retroperitoneoscópica utilizando los orificios de ambos drenajes. El procedimiento se realizó de forma segura y satisfactoria sin incidencias. El paciente evolucionó correctamente.

Discusión: En la actualidad el "step up approach" se considera el tratamiento estándar de la necrosis pancreática. Sin embargo, sus componentes de forma individual (drenaje, retraso en la intervención y desbridamiento) y la alteración en cuanto al orden de su utilización, pueden mejorar notablemente los resultados. En casos seleccionados la cirugía mínimamente invasiva es eficaz y segura.

V-120. MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN CON PEDÍCULO SUPEROMEDIAL

L. Rabadán Ruiz¹, R. Barriga Sánchez¹, R. Pardo García², M.I. Hernanz Hernández¹, M. Cea Soriano¹, A. Pueyo Rabanal¹, C. García Llorente¹, E. Esteban Agustí¹, P. Galindo Jara¹ y J. Garijo Álvarez¹

¹Hospital de Torrejón, Torrejón. ²Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Mostrar la técnica de la mamoplastia de reducción con patrón de Weiss y pedículo superomedial para el tratamiento de la gigantomastia sintomática que se realiza en el Servicio de Cirugía del Hospital de Torrejón.

Material y métodos: Las pacientes con gigantomastia sintomática son remitidas a nuestra consulta por cervicalgia o dorsalgia en relación con su hipertrofia mamaria, y previamente a la intervención se realiza el estudio preoperatorio con ecografía o mamografía para descartar patología mamaria. Se diseña el patrón preoperatorio con la paciente en bipedestación, marcando en primer lugar el meridiano de la mama desde un punto situado sobre ambas clavículas a 6 centímetros del esternón hasta ambos pezones, trasladando sobre esta línea la altura del surco inframamario, lo que delimita la nueva posición del complejo areola-pezones. Se completa el patrón de Wise diseñando el pedículo superomedial, que será desepitelizado al inicio de la intervención y asegurará la irrigación del CAP. Se extirpa todo el tejido mamario del polo inferior de la mama y parte del polo superoexterno donde se crea un hueco para alojar el CAP tras rotarlo 90 grados. Finalmente, tras dotar a la mama de la proyección deseada se cierra la piel siguiendo las marcas preoperatorias, dando a la mama su forma definitiva. Se realiza la técnica en la mama contralateral extirpando la misma cantidad de tejido mamario, buscando la simetría con la mama precedente.

Resultados: Desde la apertura de nuestro hospital en octubre de 2011 hasta abril 2012 se han intervenido 10 pacientes por gigantomastia sintomática. El peso medio extirpado por mama es de 712 g. El tiempo medio operatorio fue de 140 minutos y el procedimiento se realizó en régimen de corta estancia en todos los casos. En el estudio histológico de las piezas no se han encontrado hallazgos patológicos. Una de las pacientes presentó un hematoma postoperatorio que se trató de modo conservador. No se han registrado otras complicaciones postoperatorias. Todas las pacientes tuvieron una mejoría total o parcial de los síntomas derivados de la gigantomastia, siendo valorado este aspecto como bueno, o muy bueno por el 100% de las pacientes que se han mostrado satisfechas con el procedimiento.

Conclusiones: La mamoplastia de reducción con patrón de Wise y pedículo superomedial es una técnica aplicable a las pacientes con gigantomastia sintomática, efectiva, segura, reproducible y con resultados mantenidos en el tiempo. Su gran versatilidad nos permite su utilización para la simetrización de la mama contralateral en el proceso de reconstrucción mamaria o para la realización de mastopexias en casos de ptosis mamaria muy pronunciada, ya que permite grandes ascensos del complejo areola-pezones sin compromiso vascular.

V-121. ANEURISMA DE ARTERIA SUBCLAVIA DERECHA: DERIVACIÓN ARTERIAL SIN ESTERNOTOMÍA

F. Regueiro Mira, J.F. Gutiérrez Díez, V. Tascón Quevedo y J.M. Revuelta Soba

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 65 años que consulta por pérdida de fuerza en la extremidad superior derecha en Neurología. Dado que tiene factores de riesgo cardiovascular, es sometido a exploración de radiología vascular de troncos supraaórticos. El estudio revela estenosis de arteria cerebral interna derecha del 60%. Durante el ingreso progresa el deterioro de la fuerza en la extremidad superior derecha y aparece una formación tumoral en el hueco supraesternal derecho. La ecografía parece demostrar una formación aneurismática de la arteria subclavia derecha, que se confirma con arteriografía. De aproximadamente tres centímetros de diámetro y un cuello proximal superior a cinco centímetros, permitía abordaje quirúrgico tradicional. El paciente es sometido a la intervención quirúrgica que reproducimos parcialmente en el vídeo. La técnica consistió en derivación arterial con vena safena autóloga, desde el origen de la arteria subclavia derecha a la arteria radial derecha, con exclusión de la zona aneurismática. La intervención se realizó a través de una cervicotomía y una toracotomía anterior derecha. La evolución postoperatoria no registró alteraciones significativas.

V-122. MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL SIN CICATRIZ VERTICAL. TÉCNICA DEL DR. ALONSO POZA

A. Alonso Poza, M. Losada Ruiz, F. Nevárez, F. Ramos, C. Gilsanz y B. Diéguez

Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey.

Introducción: La mamoplastia de reducción es un procedimiento quirúrgico consistente en la eliminación de parénquima, grasa y piel de la mama para así conseguir una reducción del tamaño de la misma. Presentamos una nueva técnica quirúrgica con incisión periareolar y submamaria que supone una ventaja estética.

Caso clínico: Paciente de 43 años con dorsalgia, cervicalgia y parestesias en MMSS de larga evolución que acude a nuestra consulta por gigantomastia. EF: diámetro mamario (DM) 55 cm y complejo areola-pezones (CAP) a 35 cm de la clavícula. Mamografía normal. Técnica quirúrgica: Se marca una circunferencia, donde irá insertado el CAP, de 4 cm de diámetro, situada entre los cm. 17 y 21 de distancia a la línea medio clavicular. También se conforma una línea elíptica con su centro a 33 cm del punto medio clavicular. La ptosis de la gigantomastia debe tener el CAP por debajo de estos 33 cm. Se marca el surco submamario 2 cm por encima del mismo. La resección se realiza de la glándula con su piel entre los 33 cm hasta el CAP y de todo el polo superior de forma subcutánea dejando un colgajo de piel de 2 cm de grosor. Se conserva todo el polo inferior de la mama desepidermizándolo. La vascularización del CAP se preserva por la perforantes y el plexo subdérmico y la resección practicada ha de realizarse desde el CAP hasta la aponeurosis del pectoral mayor. El polo inferior preservado se libera lateralmente en ambos extremos del surco sub-

mamario para dar proyección a la mama y la zona desepidermizada se fija a la parte superior y la línea media del pectoral mayor con su fascia, dejando caer el colgajo de piel que se sutura al surco submamario, con sutura irreabsorbible o reabsorbible a largo plazo. Sutura del CAP a la piel marcada a tal efecto.

Discusión: Resultado estético bueno, al suprimir la incisión vertical, siendo la horizontal submamaria. Se minimiza el riesgo de complicaciones de las suturas de la incisión en T invertida, dehiscencia o infección por isquemia en puntos de unión de las mismas.

OBESIDAD MÓRBIDA

V-099. MANGA GÁSTRICA SIMPLIFICADA Y ESTANDARIZADA CON 3 TRÓCARES

M. Herrero López, J.S. Azagra, L. Arru y M. Goergen

Centre Hospitalier, Luxembourg.

Introducción: Con el aumento de la prevalencia de la obesidad mórbida en nuestra sociedad, la cirugía bariátrica es una de las áreas de mayor desarrollo científico y tecnológico dentro de la cirugía general y, en consecuencia, la demanda de procesos mini-invasivos es cada vez mayor. Tradicionalmente, la manga gástrica se ha realizado con la ayuda de 5 a 7 trócares; sin embargo, con la reducción del número de los mismos podemos contribuir a disminuir el trauma parietal, y, en consecuencia, el dolor postoperatorio y las posibles consecuencias que dicha cicatriz conlleve.

Objetivo: Presentar un *sleeve* gástrico realizado por vía laparoscópica utilizando 3 trócares de 5-5-12 mm respectivamente.

Material y métodos: Presentamos el vídeo de un varón de 36 años, con IMC de 50, que se somete a la realización de un *sleeve* gástrico por vía laparoscópica utilizando 2 trócares de 5 mm y 1 trócar de 12 mm. La cirugía transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta al tercer día de postoperatorio sin incidencias.

Conclusión: En pacientes superobesos (IMC > 50 kg/m²) o cuando exista hepatomegalia mayor, esta técnica de 3 trócares es siempre factible. A su vez, permite la triangulación clásica de forma segura y reproducible, es barata, estética y reduce al máximo el riesgo de eventración.

V-100. CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO ANILLADO LAPAROSCÓPICO COMO TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD A BYPASS GÁSTRICO SIMPLE POR FÍSTULA ANASTOMÓTICA

F. Atahualpa Arenas, J.A. López Baena, B. Díaz Zorita Aguilar, L. Rodríguez Bachiller Villaronga, E. Velasco Sánchez, P. Álvarez de Sierra Hernández, M.A. Steiner, J. Rodríguez del Campo, E. Burgos de la Obra, A. Fernández Nuñez y J.L. García Sabrido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Caso clínico: Paciente de 58 años con diagnóstico de obesidad mórbida IMC 56,3 Kg/m² y antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño grave en tratamiento con BiPAP nocturno y un episodio de TVP. Como antecedentes quirúrgicos, presenta hernioplastia inguinal derecha, histerectomía y doble ooforectomía y cirugía de varices. El procedimiento inicial fue un bypass gástrico anillado con abordaje laparoscópico. Al 5º-6º día la paciente debuta con fiebre de 38 °C, se realizó tránsito esofago-gástrico y TC abdominal con contraste oral demostrándose una dehiscencia a nivel de la línea de sección vertical del reservorio gástrico. El manejo inicial consistió en reposo digestivo, antibioticoterapia de amplio espectro, nutrición parenteral total y drenaje percutáneo guiados por TC para obtener el control de la fístula. Tras control del foco séptico, se decide nutrición enteral con sonda nasoyeyunal. La reintervención de la paciente tiene lugar a los 4 meses de la cirugía inicial por persistencia de la fístula. Se decide abordaje laparoscópico. Los hallazgos intraoperatorios fueron de intensos fenómenos inflamatorios en el hipocondrio izquierdo. Tras una laboriosa adhesiolisis, se identificó la fístula en la línea de grapas del reservorio gástrico, proximal a la

prótesis. Se realiza resección parcial del reservorio gástrico incluyendo la fístula, la prótesis y la anastomosis gastroyeyunal previa. El procedimiento se completa con la anastomosis gastroyeyunal terminolateral manual. Se realizó la comprobación de estanqueidad con azul de metileno. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Se realizó un tránsito esofago-gástrico al 6º día postoperatorio, encontrando reservorio de pequeño tamaño con adecuado paso y sin evidencia de fuga de contraste, inició la dieta líquida al 9º día, y fue dada de alta a las dos semanas.

Discusión: La conversión de un bypass gástrico anillado a un bypass gástrico simple laparoscópico por una fístula persistente es factible y seguro.

V-101. FÍSTULA CRÓNICA TRAS BYPASS GÁSTRICO: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO SIN PRÓTESIS Y CON SEPTOTOMÍA Y DILATACIÓN NEUMÁTICA AGRESIVA

A. García Ruiz de Gordejuela¹, J. Campos², J. Pujol Gebelli¹, A. Casajoana Badía³, L.B. Silva² y M. Galvao Neto³

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Universidade da Pernambuco, Pernambuco. ³Gastro Obeso Center, São Paulo, Brasil.

Introducción: Las fístulas crónicas tras bypass gástrico son una complicación poco frecuente pero de tratamiento muy complicado. La mayoría de los casos requieren de más de una cirugía y de muchos meses de tratamiento para su completa resolución.

Caso clínico: Este vídeo muestra el caso de un varón de 48 años al que se le realizó un bypass gástrico por laparoscopia. 3 días después el paciente fue reintervenido por fístula en el reservorio gástrico. Después de 3 meses de ingreso el paciente fue altado con la fístula cerrada. Un mes más tarde, el paciente fue ingresado de nuevo por un absceso subfrénico. Después de un mes de tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo el paciente fue referido a nuestro centro para tratamiento endoscópico. La fístula pudo resolverse tras 5 sesiones de endoscopia. En el primer procedimiento se realizó lavado del absceso y dilatación neumática del reservorio y la anastomosis. Las siguientes sesiones se realizaron cada 3-4 días. Se realizó septotomía del tabique entre el reservorio y el absceso con *needle-knife* y dilatación con balón de acalasia con la intención de comisar la cavidad del absceso con el reservorio y facilitar el paso de la comida al asa alimentaria. Con estos procedimientos, el drenaje cesó su débito a partir de la segunda sesión. Todas las endoscopias se realizaron bajo sedación profunda. El paciente inició ingesta hídrica tras la tercera sesión y dieta libre a partir de la última. No se objetivaron complicaciones.

Discusión: El tratamiento endoscópico de esta compleja complicación es factible y puede facilitar la completa resolución de la fístula sin necesidad de cirugía.

V-102. USO DE PRÓTESIS ENDOLUMINAL PARA RETIRADA DE BANDA DESPUÉS DE BYPASS GÁSTRICO

A. García Ruiz de Gordejuela¹, J. Campos², J. Pujol Gebelli¹, A. Casajoana Badía¹, M. Vasconcelos² y M. Galvao Neto³

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Universidade de Pernambuco, Pernambuco. ³Gastro Obeso Center, São Paulo, Brasil.

Introducción: El bypass gástrico con anillo ha sido ampliamente utilizado para evitar la reganancia de peso. Las complicaciones relacionadas con el anillo como la estenosis o el desplazamiento generalmente requieren reintervención, que asocia una elevada morbilidad, así como reganancia ponderal. Los procedimientos endoscópicos pueden facilitar la retirada de los anillos. Este vídeo muestra la retirada de la banda mediante la colocación de una prótesis endoluminal.

Caso clínico: Una mujer de 36 años con antecedentes de bypass anillado 6 meses antes y que inicia cuadro de vómitos e intolerancia a la ingesta. Mediante endoscopia digestiva alta se objetiva desplazamiento del anillo. La colocación de la prótesis se realiza bajo anestesia general y 2 semanas después, bajo sedación profunda, se realiza la retirada de la prótesis y la banda. El vídeo muestra que la cirugía puede ser evitada para la retirada de anillos en pacientes con complicaciones obstructivas relacionadas con bypass gástrico anillado. El procedimiento se puede hacer completamente ambulatorio. Un mes después de la retirada de la banda se pueden observar cambios inflamatorios secundarios a la erosión intraluminal de la banda inducida por la prótesis. La paciente presenta correcta tolerancia a la ingesta 2 meses después de la retirada de la banda. Antes de la retirada el IMC era de 17,8 kg/m² y actualmente es de 21,2 kg/m².

Discusión: La colocación de prótesis endoluminal puede ser útil para la retirada de bandas en los casos de bypass gástrico con banda. Este procedimiento es factible de forma endoscópica y ambulatoria con una baja morbilidad.

V-103. CIRUGÍA DE REVISIÓN EN PACIENTES SINTOMÁTICOS CON EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS INCONCLUSAS: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

M. Conde, P. Sáez Carlín, C. Cerdán Santacruz, M. Fernández-Nespral Loring, P. Talavera, E. Pérez Aguirre, A. Sánchez Pernaute, A. Ruiz de León y A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Evaluar la discordancia entre la sintomatología, pruebas complementarias y hallazgos intraoperatorios en la cirugía de revisión tras funduplicatura de Nissen.

Casos clínicos: Varón de 25 años con funduplicatura tipo Nissen con dificultad progresiva a la ingesta, pérdida de peso y detención del alimento en la parte distal del esófago asociado a regurgitación alimentaria. El esofagograma muestra dificultad para el vaciamiento esofágico con dificultad de paso en decúbito. El esfínter esofágico inferior presenta, en la manometría, una presión de reposo en el límite bajo de la normalidad con relajaciones incompletas y con discreto desplazamiento intratorácico, sugiriendo dificultad de evacuación a nivel diafragmático. Presenta un trastorno motor del cuerpo esofágico leve-moderado inespecífico con tendencia a hipomotilidad. La impedanciometría simultánea muestra un aclaramiento esofágico incompleto en el 75% de las degluciones. La endoscopia no encuentra estenosis esofágica. El TC tóraco-abdominal, describe una funduplicatura larga, con un doble pliegue, sin una clara hernia de hiato y con dilatación esofágica. Los hallazgos intraoperatorios muestran una funduplicatura previa holgada, adherida al estómago, con fundus deslizado en sentido ascendente y posterior con parcial telescopaje de la valva y del estómago. Se realiza desmontaje y disección completa posterior y esofágica, realizando un Toupet. El segundo caso, es una mujer de 49 años, intervenida mediante funduplicatura tipo Nissen tras hallazgo en un esofagograma de hernia de hiato, sin más estudio funcional. Tras la cirugía notó empeoramiento progresivo, fundamentalmente disfagia, con pérdida de peso. Se realizó dilatación endoscópica con mejoría transitoria y recurrencia de la sintomatología e imposibilidad para eructar y salivación importante. En la manometría se muestra un EEI normal y buena motilidad del cuerpo esofágico, mostrando en la impedanciometría un stop a nivel de los pilares diafragmáticos. No se observaron hallazgos en los estudios radiológicos y endoscópicos. Intraoperatoriamente se observa que la parte posterior del cierre de los pilares se ajusta demasiado al esófago, por lo que se seccionan los puntos previos. Al introducirse la sonda se observa stop a nivel de la funduplicatura, con progresión posterior en el fundus, dejando en evidencia un estómago bicameral. Se realiza una funduplicatura tipo Toupet.

Discusión: La disfagia tras funduplicatura de Nissen, aún en ausencia de hallazgos claros en las pruebas anatómicas y funcionales, debe ser motivo de revisión quirúrgica y desmontaje de la funduplicatura previa, ya que puede ser secundaria a problemas funcionales de presentación intermitente y de difícil detección preoperatoria.

V-104. CPRE ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOLITIASIS EN PACIENTES CON BYPASS

M. Valero Sabater, J.J. Resa Bienzobas, J. Lagos Lizán, E. Gonzalvo González, J.L. García Calleja, J. Fernando Trebolle, R. Ferrer Sotelo, S. Borlan, J.L. Blas Laín, A. García García y J.A. Fatás Cabeza

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

Objetivos: Con el adelgazamiento producido por la cirugía de la obesidad es frecuente la aparición de colelitiasis. En un porcentaje muy pequeño esta puede producir una coledocolitiasis con o sin colangitis. La realización de una exploración endoscópica de la vía biliar en pacientes sometidos a un bypass con una Y de Roux resulta la mayoría de las veces imposible. Es nuestro objetivo mostrar mediante un vídeo como realizar una CPRE asistida mediante laparoscopia a través del estómago distal de un bypass y a través del yeyuno proximal en dirección ascendente al duodeno.

Casos clínicos: Caso 1: realización de una CPRE a una paciente con coledocolitiasis confirmada mediante RM y colangitis que había sido sometida a un bypass biliopancreático laparoscópico sin gastrectomía para el tratamiento de su obesidad mórbida. Técnicamente realizamos mediante laparoscopia una gastrostomía sobre el estómago distal del bypass. A través de un trócar de 15 mm subcostal izquierdo introducimos el endoscopio en el estómago progresando hasta el duodeno y realizando la esfínterotomía y la extracción de los cálculos. Retiramos el endoscopio, cerramos la gastrostomía y realizamos la colecistectomía laparoscópica normalmente. Caso 2: realización de una CPRE a un paciente con coledocolitiasis confirmada mediante RM y colecistitis aguda que había sido sometida a un bypass biliopancreático con gastrectomía (Scopinaro) por vía abierta para el tratamiento de su obesidad mórbida. Técnicamente realizamos mediante laparoscopia una apertura en el yeyuno a unos 20 cm del ángulo de Treitz. A través de un trócar de 15 mm subcostal izquierdo introducimos el endoscopio en el yeyuno progresando en dirección ascendente hasta el duodeno y realizando la esfínterotomía y la extracción de los cálculos. Retiramos el endoscopio, cerramos la yeyunostomía y realizamos una colecistostomía percutánea. Al no abrir el colédoco, ni dejar un drenaje en la vía biliar, la técnica es mucho más sencilla y mucho menos agresiva con el consiguiente beneficio en la evolución de los pacientes.

Discusión: Ante casos similares a los presentados, se debe intentar en primera instancia este tipo de intervención.

V-105. HERNIA DE MORGAGNI Y VÓLVULO GÁSTRICO. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO URGENTE Y CIERRE DEL DEFECTO POR MINI-LAPAROTOMÍA. ¿UNA OPCIÓN VÁLIDA?

A. Díaz Godoy, A. Camacho Ramírez, M. Balbuena García, E. Sancho Maraver, J. Álvarez Madialdea, A. Martínez Vieira, C. Pérez Alberca, C. de la Vega Ollas, A. Calvo Durán, M. Robles Pacheco y A. Gutiérrez Martínez

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Objetivos: Presentar el caso clínico, el manejo preoperatorio, las imágenes y el vídeo de la intervención quirúrgica, realizados a un paciente de 50 años que presenta un hernia de Morgagni asociada a un vólvulo gástrico.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años ingresado para estudio en el Servicio de Medicina Interna por un cuadro de vómitos de repetición de 3 días de evolución, asociado a oligoanuria y astenia importante. En la analítica de ingreso destaca un patrón de insuficiencia renal aguda prerrenal, con valores de creatinina 5,5 mg/dl, urea 80, hemoglobina 20 mg/dl y hematocrito 50%. En la radiografía de tórax se aprecia ocupación del hemitórax derecho donde se encuentra la sonda nasogástrica, junto a un patrón aéreo de intestino grueso. Tras reposición hidroelectrolítica y normalización de los valores analíticos se realiza TAC abdominal urgente a las 24 horas del ingreso. Se aprecia la existencia de un orificio herniario diafragmático anterior, retroesternal y paracardial derecho, así como una gran dilatación del fundus y cuerpo gástrico, el cual se introduce a través del orificio diafragmático, volvulándose en su interior. También existe un deslizamiento del colon transversal que no presenta signos de obstrucción. El débito de la SNG es de 3.000 cc/24h de aspecto gastrobiliar. Tras ser consultado, nuestro Servicio asume al paciente, y decidimos realizar nuevo TAC de control a las 24 horas del primero donde se sigue apreciando la dilatación gástrica en el interior de la hernia. Al no objetivarse una resolución definitiva del cuadro 48 horas después de su ingreso, indicamos una revisión quirúrgica urgente, ante las dudas sobre una posible isquemia del cuerpo gástrico provocada por el vólvulo no resuelto definitivamente. Realizamos un abordaje laparoscópico que permite la exploración completa de la cavidad abdominal. Tras insuflación del neumoperitoneo se aprecia la salida de 500 cc de material biliar por sonda nasogástrica con resolución de la distensión gástrica residual. Tras identificación del orificio herniario y de las vísceras deslizadas, procedemos a la reducción de las mismas sin dificultad. No apreciamos lesiones isquémicas en pared gastroduodenal ni en colon. A continuación procedemos a la exéresis del saco herniario. Comprobamos la imposibilidad de cerrar el defecto herniario por vía laparoscópica, pese a trabajar con presiones intraabdominales mínimas, por lo que decidimos realizar una mini-laparotomía supraumbilical. El cierre del orificio herniario, una vez eliminada totalmente la presión del neumoperitoneo, es llevada a cabo sin dificultad mediante una sutura continua de monofilamento loop nº 1 reabsorbible de larga duración. El paciente inició tolerancia oral a las 24 horas de la intervención y fue dado de alta a

las 48 horas. No se objetivaron complicaciones respiratorias ni de otra índole en el postoperatorio inmediato. A los 3 meses el paciente se encuentra asintomático, sin signos radiológicos de recidiva.

Discusión: La hernia de Morgagni en el adulto es una patología poco frecuente. El abordaje laparoscópico es una opción válida para la resolución del proceso. En nuestro caso, debimos realizar una mini-laparotomía para cerrar el defecto herniario una vez reseca el saco.

PARED ABDOMINAL Y SUTURAS

V-035. TÉCNICA DE FIJACIÓN COMBINADA EN LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA

J.A. García Marín y A. Moreno Egea

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La técnica de fijación de las mallas en la reparación laparoscópica de las eventraciones sigue siendo uno de los puntos más controvertidos de este abordaje. A la posibilidad de una fijación mecánica o manual se suma ahora el uso de pegamentos como nueva forma de conseguir la fijación de la malla a la pared abdominal posterior, aunque todavía no disponemos de documentación científica sobre esta posibilidad.

Material y métodos: Presentamos, derivada de nuestra amplia experiencia en la cirugía laparoscópica de las eventraciones, la descripción detallada de una "técnica combinada" para fijar la malla basada en el uso de dos elementos, la sutura mecánica (Securestrap) como medio de apoyo y el pegamento (cianocrilato) como complemento de fijación, respetando todos los principios de la reparación laparoscópica de las hernias de pared abdominal. La eficacia de la técnica es valorada de tres formas: intraoperatoria de forma manual (tracción), ecografía dinámica al mes y a los 6 meses exploración física para descartar recurrencia (junto con tomografía en caso de duda).

Resultados: La experiencia preliminar ha sido realizada en 10 casos. Todos los pacientes han sido grabados para control y verificación postoperatoria. La satisfacción durante el postoperatorio ha sido adecuada y el seguimiento a 1, 3 y 6 meses demuestra que no hay recidivas precoces dependientes de la nueva técnica.

Conclusiones: La nueva técnica de fijación combinada es segura en eventraciones pequeñas-moderadas de línea media a menor coste, disminuyendo la necesidad de material de sutura. Quedamos pendientes de resultados aleatorizados futuros para verificar si mejora la calidad de vida y las recidivas a largo plazo.

V-036. EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA DOBLE EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA HERNIA PARAESTOMAL

J.A. García Marín, A. Moreno Egea, L. Reina Alcaina, G. Hidalgo Agullo y B. Miñana López

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El tratamiento de las hernias paraestomales es todavía un verdadero problema médico-quirúrgico no resuelto por su gran morbilidad y alta tasa de recurrencias.

Material y métodos: Presentamos, derivada de nuestra experiencia en la cirugía laparoscópica de las eventraciones, la descripción detallada del tratamiento integral de la hernia paraestomal y ventral, tras un diagnóstico preciso en una Unidad de Pared Abdominal, mediante la técnica de Keyhole y plastia parietal asociada a la cicatriz de la línea media. Se propone un protocolo de diagnóstico y actuación ante toda hernia estomal. La eficacia de la técnica es valorada de forma clínica y confirmada mediante estudio de imagen (exploración física para descartar recurrencia y tomografía).

Conclusiones: La técnica integral de tratamiento de una hernia paraestomal y ventral mediante laparoscopia es segura, realizada dentro de una Unidad de Pared Abdominal con una estrecha relación entre los servicios

de Cirugía y Urología. Quedamos pendientes de validar resultados futuros a largo plazo y con un número adecuado de pacientes.

V-037. EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA PARA LA HERNIA PERINEAL

M. Elías Aldama, A. Zorraquino González, A.I. Gutiérrez Ferreras, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, I. Bengoetxea Peña, J. Gómez Martínez, M. Taibo Asencor, J.J. Méndez Martín y A. Gómez Palacios

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

Introducción: La hernia perineal puede definirse como la protrusión del contenido intra-abdominal a través de un defecto en el suelo pélvico que provoca un abultamiento en la región perineal. Las hernias perineales como consecuencia de la resección abdominoperineal del recto constituye una complicación rara con una prevalencia estimada del 0,34%. Presentamos un paciente con una hernia perineal tras una amputación como consecuencia de un cáncer de recto.

Caso clínico: Varón de 79 años que acude a la Consulta Externa de Pared Abdominal por presentar tumoración perineal de 6 meses de evolución que le provoca molestias al sentarse. Se le realiza eventroplastia laparoscópica con malla bilaminar y tackers irreabsorbibles. La indicación de reparación quirúrgica de las hernias perineales viene dada por el dolor, las molestias y los cuadros de obstrucción intestinal así como las erosiones de la piel. En cuanto al abordaje se puede realizar de diversas maneras: laparoscópico, transabdominal, perineal y combinado. La técnica transabdominal aporta las ventajas de poder tener una mejor exposición del saco herniario y un control sobre el paquete intestinal que evitaría una posible lesión del mismo. La técnica laparoscópica mejora el tiempo de recuperación del enfermo y del peristaltismo intestinal.

Discusión: La hernia perineal es una complicación infrecuente de la resección abdominoperineal. Las indicaciones quirúrgicas son: el dolor y molestia, la obstrucción intestinal y la erosión en la piel del saco herniario. El abordaje laparoscópico presenta la ventaja de la correcta visualización del saco herniario, del defecto y del intestino delgado así como una más rápida recuperación.

V-038. EVENTROPLASTIA RETROMUSCULAR PREPERITONEAL ABIERTA EN EL TRATAMIENTO DE LA EVENTRACIÓN SUBCOSTAL RECURRENTE

M.A. García Ureña, E. González González, N. Palencia García, C. Castellón Pavón, C. Jiménez Ceinos, A. Robín Valle de Lersundi, L. Blázquez Hernando, D. Melero Montes, J. López Monclús, P. López Quindós y A. Aguilera Velardo

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: Mientras que la reparación quirúrgica abierta de la hernia ventral de línea media es un procedimiento bien estandarizado, el tratamiento quirúrgico de las eventraciones laterales requiere una adaptación individualizada a cada paciente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 32 años de edad, operado de hidatidosis hepática hace 6 años. Posteriormente fue intervenido de hernia ventral subcostal. Acude a nuestras consultas por presentar tumoración en región costal derecha. Bajo anestesia general el paciente fue colocado en decúbito lateral modificado 15°. Se consiguió liberar el saco del defecto producido en la triple musculatura lateral del abdomen. Se consiguió una disección del espacio preperitoneal retromuscular puro consiguiendo un espacio suficiente para que la malla se solape en al menos 7-8 cm en todas las direcciones. La malla se fijó detrás del espacio retrocostal por detrás de las últimas costillas. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. Tras 14 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva.

Discusión: Aunque también se podría haber ofrecido un abordaje laparoscópico como tratamiento alternativo, pensamos que, con la cirugía abierta, se puede reconstruir completamente la pared abdominal. Estamos de acuerdo con el grupo de Aachen, que se puede conseguir una disección, extensión y solapamiento extensos de la malla entre los planos musculares laterales del abdomen.

V-039. EVENTROPLASTIA TRAS EXÉRESIS DE MALLA INFECTADA

A. Biel, M. López-Cano, A. Calero, M.A. Boleko y M. Armengol

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Caso clínico: Paciente de 70 años con antecedentes médicos de hipertensión, hipotiroidismo y síndrome ansioso. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía mediante laparotomía media por litiasis sintomática presentando una eventración posterior. Ésta eventración fue reparada por vía laparoscópica, colocándose una prótesis composite de PTFE + polipropileno. Años después realiza cuadro de coledocolitiasis que requirió múltiples esfinterotomías endoscópicas (CPRE) por episodios de colangitis de repetición que finalmente evolucionaron a una colangitis crónica de la vía intrahepática izquierda que requirió una hepatectomía izquierda previo abordaje mediante incisión subcostal bilateral, durante esta cirugía se realizó exéresis parcial de la malla intraabdominal. En el postoperatorio se diagnosticó de una infección de la malla intraabdominal restante que es tratada con antibioterapia endovenosa. Posteriormente evoluciona durante 6 meses con episodios febriles intermitentes que responden a antibioterapia oral compatibles con infección crónica de la malla. Además, se constata eventración de laparotomía subcostal bilateral. Previo contacto, la paciente es enviada a nuestro centro para valoración de la patología de la pared abdominal. Se realizó una tomografía computarizada (TC) que informaba de: eventración subcostal derecha compleja con extensa eventración de asas de intestino delgado, colon transverso y antro gástrico en su interior, sin signos de complicación. Malla intraabdominal, rodeada a nivel hipogástrico por una colección bien delimitada de 4 x 10 cm. Tumoración adrenal izquierda de 7 cm. Resto de cavidad sin hallazgos. Tras la valoración conjunta con la Unidad de Cirugía Endocrina, se decide intervención en un solo tiempo. Se realizó nefroadrenalectomía izquierda por afectación macroscópica del pedículo renal. Posteriormente se procedió, tras adhesiolisis intensa, a exéresis de la malla intraabdominal infectada y encapsulada previo drenaje de la colección en región hipogástrica. Se reparó la eventración realizando una abdominoplastia con el saco eventral mediante técnica de Judd y refuerzo con malla de polipropileno de baja densidad en posición prefascial. En el curso postoperatorio, la paciente presentó una evolución favorable. La anatomía patológica de la tumoración fue de tumor adrenal benigno. El germen responsable de la infección de la malla fue una *Pseudomonas aeruginosa*. En la actualidad, no presenta reinfección o recidiva de su eventración.

V-040. TÉCNICA DE SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES MODIFICADA PARA LA REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN COMPLEJA DE PARED ABDOMINAL

J. López Monclús, L.A. Blázquez Hernando, M.A. García Ureña, C. Jiménez Ceinos, D.A. Melero Montes, N. Palencia García, P. López Quindós, A. Robín Valle de Lersundi, A. Galván Pérez, A.M. González Buenadicha y E. González González

Hospital del Henares, Coslada.

Introducción: La reparación quirúrgica de las eventraciones complejas de pared abdominal es un reto técnico. A pesar de la amplia oferta de mallas disponibles en el mercado, sigue siendo fundamental para el cirujano tener un conocimiento adecuado de la anatomía de la pared abdominal para ofrecer la solución más adecuada a cada paciente. Presentamos el vídeo de una variación de la técnica de separación posterior de componentes para la reconstrucción de una eventración compleja de pared abdominal.

Caso clínico: Mujer de 64 años de edad con enfermedad de Crohn colónica. Intervención de Hartmann por perforación espontánea de rectosigma, con evisceración y eventroplastia de urgencia como complicación precoz. Posteriormente, presentó dehiscencia cutánea, dehiscencia de la malla, hundimiento de la colostomía terminal con absceso crónico asociado y fistula enterocutánea. Durante los 6 meses siguientes, la paciente se manejó en consulta con un dispositivo portátil de vacío. La paciente reingresa para completar la proctocolectomía, reseca la fistula enterocutánea, hacer la ileostomía terminal definitiva y reparar la pared abdominal. La pared abdominal se reconstruye con una variación de la separación posterior de componentes descrita por Carbonell en el año 2008, empleando una malla de muy baja densidad de polipropileno de poro ancho, actuando así mismo como malla profiláctica de la ileostomía terminal. La pa-

ciente no presentó ninguna complicación de la herida quirúrgica durante el postoperatorio. Como complicación sistémica presentó una trombosis de la cava inferior que requirió anticoagulación terapéutica y colocación de un filtro de cava. Fue dada de alta 35 días después de la intervención. Tras un año de seguimiento, la paciente está asintomática sin evidencia clínica de recidiva herniaria.

Discusión: La separación posterior de componentes es una técnica útil para la reparación de eventraciones complejas de pared abdominal. Variantes de esta técnica nos permiten adaptarla a las necesidades específicas de cada caso.

V-081. MALLA PARA LA PREVENCIÓN DE HERNIAS PERICOLOSTÓMICAS EN AAP LAPAROSCÓPICA. EVOLUCIÓN PERSONAL

J.I. Blanco Álvarez, E. Asensio, F. Labarga, R. Martínez, M. Gonzalo, M. Rodríguez y J.L. Marcos

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: El vídeo muestra la colocación de varias mallas tras la amputación abdominoperineal laparoscópica en los casos que se crea necesario para prevenir hernias pericostómicas y, las mejoras posteriores personales para perfeccionar la técnica.

Caso clínico: Varón de 59 años diagnosticado de neoplasia de recto que afecta esfínteres, con un BMI de 30 y que tras RT y QT, se interviene para AAP. El paciente adelgazó aproximadamente 15 kg durante el proceso proponiendo la utilización de una novedosa malla para evitar futuras hernias peri- y paracolostómicas, ya que, cuando recupere su peso habitual, la presión intraabdominal se dirigirá a la zona más débil de la pared, o sea, a la colostomía, que se comporta como una hernia entre las fibras del musculo recto anterior izquierdo. El porcentaje de hernias pericostómicas es muy alto, > 40%. El vídeo muestra como se coloca correctamente la malla siempre después de realizar la colostomía y con una serie de detalles técnicos que facilitan su anclaje. Las variantes introducidas posteriormente se basan en disminuir el tamaño exagerado de la malla para facilitar su colocación y de tapizar las grasas helicoidales con cola biológica.

Discusión: La malla para prevenir hernias pericostómicas en pacientes con colostomías terminales se coloca más fácilmente en cirugía abierta que en cerrada precisando en esta vía una curva de aprendizaje en eventroplastias laparoscópicas previas, y aunque alarga el tiempo operatorio, puede evitar futuras cirugías en la zona con un beneficio económico importante.

V-082. REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN (6°) Y HERNIA INGUINAL (5°) MULTIRRECIDIVADAS

A. Zorraquino González, A.I. Gutiérrez Ferreras, M.M. Chancy, M. Elías Aldama, I. Bengoetxea Peña, S. Ruiz Carvallo, J.M. Gómez Martínez, M.A. Taibo Asencor, A. Gómez Palacios y J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: La técnica separación anatómica de componentes (SAC), técnica de transposición de los rectos a modo de colgajo de avance medial, fue introducida (Ramírez, 1990) para reconstruir la línea alba en las grandes eventraciones, disminuir la tensión de cierre de la pared abdominal manteniendo, además, el soporte estructural y su propia dinámica. El refuerzo de la pared abdominal así reconstruida, con los diferentes materiales protésicos, encuentra sentido al unir las aponeurosis seccionadas tras el desplazamiento muscular (oblicuo mayor) y crear contención visceral en aquellos pacientes con atrofia o ausencia del plano musculoso-aponeurótico y/o con múltiples recidivas. En estos casos las prótesis de refuerzo no deben sujetarse al plano debilitado que se pretende reforzar, sino al marco osteo-tendinoso donde tienen su anclaje natural las estructuras músculo-aponeuróticas (Carbonell-Bonafé, 2005).

Caso clínico: Paciente de 56 años que presenta una eventración de línea media y una hernia inguinal derecha recidivadas. Intervenido en 1998 por presentar una hernia umbilical y otra inguinal derecha, realizándose reparación con malla de la primera y hernioplastia Bassini en la inguinal. En 2002 reoperan ambas lesiones por sendas recidivas: eventroplastia con malla suprafascial de polipropileno (PPL) y hernioplastia Rutkow-Robbins. En 2008 ambas recidivas son intervenidas realizándose eventroplastia Mayo con refuerzo (malla autoadhesiva, fijada con PPL) y hernio-

plastia Lichtenstein retirando el plug previo (migrado). En 2010 operan de nuevo ambas lesiones recidivadas extrayéndose el material de eventroplastia, cierre directo y malla de refuerzo de PPL suprafascial 15 × 20 cm. En la hernioplastia, que precisa de reparación de la pared posterior, se lesiona accidentalmente la vejiga urinaria deslizada, reparándose con sutura en dos planos y drenaje transuretral de la misma; se realiza hernioplastia con plug. Recidiva, reparándose en 2011 mediante eventroplastia con incisiones de descarga, cierre directo y refuerzo con PPL 20 × 20 entre las aponeurosis de ambos oblicuos mayores. El paciente presenta, como antecedentes clínicos, poliposis nasal, atopía con urticarias y derrame pleural crónico de origen desconocido, tratado por el Servicio de Respiratorio. Paciente normosómico con eventración de línea media supra-infraumbilical contenida (prótesis) entre ambos rectos dehiscentes. Presenta una hernia inguinal derecha parcialmente reductible, que provoca dolor durante la exploración y con la deambulación. Tras el estudio funcional respiratorio y el estudio preoperatorio se decide intervención quirúrgica para reparar ambas lesiones. Se procede bajo anestesia general realizándose extracción del material protésico utilizado para reparar la eventración (malla de PPL) y se realiza SAC según la técnica de Carbonell-Bonafé. La lesión inguinal derecha se repara con abordaje preperitoneal, resecaando un plug y respetando otro que ocupa el orificio inguinal interno. Se coloca una prótesis laminar fijándola con puntos (PPL 2/0) a pubis, Cooper y ligamento inguinal. El postoperatorio transcurre sin complicaciones.

Discusión: La técnica de eventroplastia SAC modificada (Carbonell-Bonafé) es eficaz en aquellos casos en los que es necesaria la contención visceral además del refuerzo en la reparación de la pared abdominal. La hernioplastia preperitoneal con malla debe ser de elección en la reparación de recidiva tras hernioplastia como tratamiento, no sólo de la hernia, sino de la zona inguino-crural lesionada.

V-083. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEFINITIVO DEL DOLOR CRÓNICO POSTHERNIOPLASTIA DE ORIGEN NEURÓPÁTICO PRODUCIDO POR UN NEUROMA DEL NERVILO INGUINAL

M.A. García Ureña¹, J. López Monclús¹, P. López Quindós¹, C. Jiménez Ceinos¹, C. Castellón Pavón², D. Melero Montes¹, L.A. Blázquez Hernando¹, A. Cruz Cidoncha¹, M. Elices Apellaniz¹, A. Robín Valle de Lersundi¹ y S. Nieto Llanos¹

¹Hospital del Henares, Coslada. ²Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Objetivos: El dolor crónico tras hernioplastia inguinal presenta una incidencia muy variable entre el 0,1-26%. Los pacientes con dolor crónico persistente deben ser evaluados y, tras ser estudiados, ofrecer una alternativa quirúrgica. Presentamos un paciente demostrativo sobre el dolor crónico de origen neuropático causado por un neuroma.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 49 años de edad operado en nuestro Servicio en el año 2008 mediante hernioplastia inguinal bilateral según técnica de Lichtenstein. Tras dos años de seguimiento y tratamiento conservador durante un año se realizó un estudio diagnóstico con TC, que no reveló ningún hallazgo relevante. Se ofreció una exploración quirúrgica. Bajo anestesia raquídea se realizó incisión sobre cicatriz previa. Tras realizar una incisión de forma inadecuada sobre la malla previa, se corrigió y se consiguió levantar la malla casi en su totalidad. Se realizó

una neurectomía selectiva del nervio iliohipogástrico y de la rama genital del nervio genitocrural. Posteriormente se localizó bajo la malla una tumoración de aproximadamente 8 mm que se correspondía con el final del nervio ilioinguinal. Se realizó resección de la misma. La malla fue resuturada. El paciente mejoró de forma inmediata tras la cirugía y tras 10 meses de seguimiento el paciente está asintomático. La anatomía patológica reveló la presencia de un neuroma sobre el nervio ilioinguinal.

Discusión: La exploración quirúrgica por dolor crónico posthernioplastia y una eventual triple neurectomía deben ofrecerse a los pacientes con dolor crónico incapacitante.

V-084. HERNIA PREPERITONEAL CON OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL BILATERAL TAPP LAPAROSCÓPICA

M. Toledano Trincado, J. Sánchez González, M.L. Martín Esteban, F. Blanco Antona, L. Colao García, B. Rodríguez Sanz y J.C. Martín del Olmo

Hospital Comarcal, Medina del Campo.

Introducción: El desarrollo de las técnicas laparoscópicas y el descenso del dolor postoperatorio hacen que estemos incorporando a nuestro arsenal terapéutico la hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP y TEP. Las complicaciones más frecuentes son sangrado por trócar, herniación a través de puertos y neuralgias por agrafes, pero la obstrucción intestinal es muy infrecuente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 56 años, sano, sometido a hernioplastia inguinal bilateral por doble hernia Nyhus III, mediante TAPP bilateral con abordaje laparoscópico con trócares de 2 × 10 mm y 1 × 5 mm. Se colocaron sendas mallas de polipropileno preformadas Derecha e Izquierda con agrafes de helicoidales en ligamento de Cooper y ligamento inguinal y cierre del defecto peritoneal mediante sutura continua doble con sutura reabsorbible. El paciente fue dado de alta en 24 horas y reingresó a las 48 horas por clínica compatible de obstrucción de intestino delgado, con analítica normal y radiología (Rx y TAC) que demostraba asas de intestino delgado dilatadas. En la reintervención se observa hernia interna preperitoneal, a través de orificio preperitoneal por cierre defectuoso, con contenido de unos 50 cm de íleon con signos de sufrimiento intestinal y líquido libre peritoneal. Se reduce la hernia y se vuelve a reperitonizar con sutura continua reabsorbible. El postoperatorio transcurre sin incidencias y es dado de alta a las 48 horas. Tras 2 años de seguimiento no se aprecian recidivas. En nuestro servicio realizamos la hernioplastia TAPP laparoscópica, en hernias bilaterales y recidivadas. La experiencia en 200 casos, con un seguimiento medio de 15 meses, nos muestra complicaciones posquirúrgicas como hematomas posquirúrgicos (6%), seromas (5%), hernia transtrócar (0,5%) y neuralgia (0,5%). La obstrucción intestinal inmediata por herniación transperitoneal apareció en una ocasión (0,5%). Aunque preferimos el cierre del defecto peritoneal con sutura continua (70%) frente al cierre con ágrafes helicoidales (30%), en la literatura no se encuentran diferencias significativas, comparando las complicaciones con estos dos sistemas de cierre peritoneal.

Discusión: La obstrucción intestinal por herniación transparietal es una complicación excepcional que debemos sospechar ante un cuadro de íleo intestinal postoperatorio tras hernioplastia inguinal laparoscópica TAPP.