

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

COMUNICACIONES VÍDEOS

V1	QUISTE HEMORRÁGICO PANCREÁTICO: PANCREATECTOMÍACORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA	10
V2	EXTIRPACIÓN TOTAL DEL MESOPÁNCREAS EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA	11
V3	PERFORACIÓN ESOFÁGICA. SÍNDROME DE BOERHAAVE	11
V4	COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO	12
V5	GASTRECTOMÍA ATÍPICA TRANSLUMINAL LAPAROSCÓPICA	13
V6	HERNIA DE SPIEGEL, REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA	14
V7	MANEJO LAPAROSCÓPICO DE COMPLICACIÓN POSTCOLECISTECTOMÍA	14
V8	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL NERVI LARÍNGEO RECURRENTE EN LAS TIROIDECTOMÍAS	16
V9	PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DE ESÓFAGO	16
V10	SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LESIÓN YATROGÉNICA URETERAL	17
V11	HERNIA PARADUODENAL DERECHA TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	18
V12	ORIGEN POCO COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO	18
V13	HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO: HERNIORRAFIA Y COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX POR VÍA LAPAROSCÓPICA	19
V14	COLEDOCOLITIASIS: DONDE LA CPRE NO LLEGA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO	20

COMUNICACIONES PÓSTERS

P1	HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ROTURA ATRAUMÁTICA DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	21
P2	ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RECONSTRUCCIÓN CON PANCREATICOGASTROSTOMÍA EN 200 CASOS CONSECUTIVOS	22
P3	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISTULA QUILOSA DE ALTO DEBITO EN TIROIDECTOMIA TOTAL CON LINFOADENOPATIA CENTRAL BILATERAL Y LINFOADENOPATIA LATERAL IZQUIERDA	23
P4	NEUMOTÓRAX DURANTE LA REALIZACIÓN DE SIGMOIDOSCOPIA DIAGNÓSTICA	23
P5	FACTORES PREDICTIVOS DE LAS COMPLICACIONES POSTPANCREATECTOMÍA EN 200 DUODENOPANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS	24
P6	INVAGINACIÓN ILEOCECAL SECUNDARIA A ABSCESO PARIETAL DE CIEGO. UN CASO ATÍPICO DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ADULTO	25
P7	ABORDAJE QUIRÚRGICO ABIERTO TRAS NECROSIS PANCREÁTICA DEL 100%	26
P8	COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA	27
P9	HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST CPRE: NECESIDAD DE CIRUGÍA URGENTE A PESAR DE TRATAMIENTO PRIMARIO ANGIO-INTERVENCIONISTA	27
P10	IMPLANTE TUMORAL DE ORIGEN COLORRECTAL EN PUERTO LAPAROSCÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO	28
P11	PSEUDOANEURISMAS INTRAESPLÉNICOS POSTRAUMÁTICOS: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	29
P12	EMBOIZACIÓN ARTERIAL TRAS RETIRADA DE DRENAJE EN EL POSTOPERATORIO DE ENUCLEACIÓN PANCREÁTICA, POR TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS	30

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P13	CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VS CIRUGÍA ABIERTA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN NUESTRO CENTRO	31
P14	NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL	31
P15	RECIDIVA PÉLVICA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTE TRASPLANTADO	32
P16	MUCOCELE APENDICULAR: ¿EMPEORA EL PRONÓSTICO SI SURGEN CONTRATIEMPOS DURANTE LA CIRUGÍA?	33
P17	EMBOLIZACIÓN MEDIANTE COILS DE ANEURISMA GRANDE DE LA ARTERIA HEPÁTICA COMÚN	34
P18	HERNIA DE GARENGEOT, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO	35
P19	GANGRENA DE FOURNIER EN EL PUERPERIO	35
P20	APENDICITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO APENDICULAR	36
P21	FÍSTULA Y PERFORACIÓN TARDIA DEL RESERVORIO GÁSTRICO TRAS BY-PASS GASTRICO	37
P22	ANEURISMAS DE ARTERIA ESPLÉNICA IDIOPÁTICOS	38
P23	ACTINOMICOSIS INTRAABDOMINAL DISEMINADA COMO COMPLICACIÓN TRAS TRASPLANTE PÁNCREAS-RIÑÓN	39
P24	MELANOMA METASTÁSICO INTESTINAL CON PRIMARIO REGRESADO	40
P25	"NUTRITÓRAX" SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL YUGULAR	40
P26	PANCREATITIS ENFISEMATOSA. EVOLUCIÓN FULMINANTE	41
P27	GASTRECTOMÍA TUBULAR COMO ARMA TERAPEÚTICA EN ISQUEMIA DE CURVATURA MAYOR GÁSTRICA SECUNDARIA A VÓLVULO ORGANOAXIAL TRAS ROTURA DIAFRAMÁTICA TRAUMÁTICA	42
P28	FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA; EL RETO TRAS EL ABDOMEN ABIERTO	43

Libro de Comunicaciones

P29	DISFONÍA TRAS DIVERTICULECTOMÍA MÁS MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA POR DIVERTÍCULO DE ZENKER GIGANTE. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO	43
P30	INVAGINACIÓN INTESTINAL TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO POR OBESIDAD MÓRBIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO	44
P31	DRENAJE LAPAROSCOPICO DE ABSCESO DIVERITICULAR, NUESTROS RESULTADOS	45
P32	ABSCESES HEPÁTICOS SECUNDARIOS A CUERPO EXTRAÑO EN COLÉDOCO	46
P33	MASA RETROPERITONEAL GIGANTE	47
P34	TUMOR DE VANEK GÁSTRICO ¿RESECCIÓN ENDOSCÓPICA O QUIRÚRGICA?	47
P35	FUGA EN ESTÓMAGO DESFUNCIONALIZADO POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS HEMOBEZOAR EN ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO	48
P36	NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EN EVENTRACIÓN GIGANTE	49
P37	COSTES DEL PROCESO QUIRÚRGICO DE LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA	50
P38	APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR, UNA RAREZA CLÍNICA	50
P39	GENOTIPOS DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA DE NUESTRO ÁREA	51
P40	NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL EN HEMORROIDECTOMÍAS MACROSCÓPICAMENTE NORMALES: AUMENTO DE SU INCIDENCIA EN NUESTRO ÁREA	52
P41	HERNIA INTERNA TRAS BYPASS BILIOPANCREÁTICO LAPAROSCÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO	53
P42	RECTORRAGIAS COMO PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA NO HODGKIN ILEO-CECAL	54
P43	FÍSTULA PANCREÁTICA Y DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS SECUNDARIA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DESMOIDE ABDOMINAL	55

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P44	OPCIONES TERAPÉUTICAS EN LA PARED ABDOMINAL ABIERTA DE ORIGEN NO INTENCIONADO EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ	56
P45	FÍSTULA YEYUNAL A ARTERIA ESPLÉNICA EN PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS EXPANSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO	57
P46	DESAFIO QUIRURGICO: MANEJO DE PERFORACION ESOFAGICA	58
P47	VOLVULACIÓN EPISODICA DE HERNIA DE HIATO EN PACIENTE ANCIANO	59
P48	MIGRACION DE ENDOPROTESIS: UNA COMPLICACIÓN FRECUENTE	60
P49	ROTURA ESPLÉNICA DIFERIDA TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	61
P50	EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL TRAS HISTERECTOMÍA REALIZADA HACE 31 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO	61
P51	ABDOMEN AGUDO POR NEOPLASIA MUCINOSA DE PÁNCREAS COMPLICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO	62
P52	INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO:PRESENTACIÓN DE UN CASO SIN CLÍNICA OBSTRUCTIVA Y REVISIÓN DE ESTA ENTIDAD EN LA LITERATURA MÉDICA	63
P53	HERNIA INGUINAL: UNA EXTRAÑA FORMA DE PRESENTACIÓN DE METÁSTASIS PANCREÁTICA	64
P54	ROTURA ESPONTÁNEA ESPLÉNICA POR SOBREDOSIFICACIÓN DE ACENOCUMAROL	64
P55	GASTROSTOMÍA QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON METÁSTASIS CEREBELOSA POR ADENOCARCINOMA DE COLON, A PROPÓSITO DE UN CASO	65
P56	CARCINOMA EPIDERMÓIDE SOBRE FISURA ANAL. EL LOBO CON PIEL DE CORDERO	66
P57	DIAGNÓSTICO TARDÍO TRAS HERIDA POR ARMA BLANCA. COMPLICACIONES	67

Libro de Comunicaciones

P58	SHOCK HEMORRÁGICO POR ROTURA DE PSEUDOANEURISMA TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL	68
P59	DE LA MANO: HERNIOPLASTIA Y GANGRENA DE FOURNIER	68
P60	ANTIBIOTERAPIA PROFILÁCTICA EN HERNIOPLASTIA EN RÉGIMEN DE CMA. ¿ES REALMENTE NECESARIA?	69

Sesión de pósters 0 (No presentados en sede por limitaciones de espacio)

P01	FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS	70
P02	DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA CIRUGÍA DE LAS VARICES EN HOSPITAL DE DÍA EN EL ÁREA III-IV DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA	71
P03	HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK EN EL ADULTO	72
P04	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PANCREATOGASTROSTOMÍA	73
P05	ILEOSTOMÍA DE ALTO DÉBITO MANEJADA CON RACECADOTRILO	74
P06	HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO	74
P07	CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE SINUS PILONIDAL. DOS CASOS RECIENTES	75
P08	FISTULA ENTEROCUTANEA TRAS EVENTROPLASTIA LAPAROSCOPICA	76
P09	CISTOADENOMA BILIAR: A PROPOSITO DE UN CASO	77
P010	MIASIS FORUNCULOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO IMPORTADO	77
P011	ESTUDIO BIANUAL EN PROCEDIMIENTOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CIRUGÍA DE DÍA EN LA HERNIA INGUINAL DE LA COMUNIDAD OCCIDENTAL DE CANTABRIA	78
P012	ANÁLISIS DEL COSTE DE LA SAFENECTOMÍA EN LA CIRUGÍA DE LAS VARICES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	79

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P013	COSTES EN ANESTESIA DE LA CMA DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA	80
P014	FÍSTULA URINARIA TRAS ADRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCOPICA: UNA COMPLICACIÓN INESPERADA	81
P015	CUERPO EXTRAÑO INTRAABDOMINAL TRAS RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO	82
P016	IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO. PARA MEJORAR HAY QUE TENER ACTITUD	82
P017	MANEJO DEL ABSCESO PROFUNDO TRAS EVENTROPLASTIA TIPO SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES	83
P018	MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO DEL SÍNDROME DEL CASCANUECES. A PROPÓSITO DE UN CASO	84
P019	COMPLICACIÓN INUSUAL Y FATAL TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: ABSCESO HEPÁTICO POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS CON HEMÓLISIS MASIVA ASOCIADA	85
P020	GEOGRAFÍA DE LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA ZONA OCCIDENTAL DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA	86
P021	¿VIH? ¿DESPREOCUPACIÓN HACIA EL TEMA? COMPLICACIONES ABDOMINALES DEL SIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO	86
P022	PERFORACIÓN ESOFÁGICA SUBAGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO	87
P023	HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA TRAS ESOFAGECTOMÍA IVOR-LEWIS	88
P024	COLITIS ISQUÉMICA TRAS ANEURISMA DE AORTA ROTO. A PROPÓSITO DE UN CASO	89
P025	EFFECTIVIDAD DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN REINTERVENCIONES SOBRE EL HIATO DIAFRAGMÁTICO	90
P026	EMPIEMA NECESSITATIS DE ETIOLOGÍA TUBERCULOSA	90
P027	HERNIAS INGUINALES COMPLEJAS, NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO	91

Libro de Comunicaciones

P028	COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA FULMINANTE TRAS CIERRE DE ILEOSTOMÍA	92
P029	CUERPO EXTRAÑO POSTOPERATORIO. INCLUSIÓN INADVERTIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO	92

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

COMUNICACIONES VÍDEOS

Viernes, 2 de junio de 2017, 9:15 h. Sala A

Moderador/es: Dra. García Tejero y Dr. Pinillos Martí

V1 QUISTE HEMORRÁGICO PANCREÁTICO: PANCREATECTOMÍACORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA

Etxebarria Beitia, Eider; González Serrano, Carmen; Cruz González, Inmaculada; Ruiz Carballo, Sandra; González de Miguel, Melania; Ochoa Villalabeitia, Begoña
Hospital Universitario Basurto

Los tumores quísticos mucinosos pancreáticos son potencialmente malignos y representan un espectro de lesiones que se extienden desde forma benignas al carcinoma invasivo. De ahí su importancia de realizar un diagnóstico correcto para su manejo óptimo. Se presenta el caso clínico de una mujer de 53 años sin antecedentes de interés que acude urgencias por dolor epigástrico, sin irradiación, sin fiebre ni otra clínica acompañante. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y sin alteraciones analíticas. El dolor es refractario a AINES y derivados mórficos por lo que se realiza TC abdomino pélvico que informan de tumoración en cuerpo-cola pancreática de 3,6 cm con componente sólido-quístico y lesiones hepáticas inespecíficas. La paciente es ingresada en Digestivo donde completan el estudio, realizándose ecoendoscopia y RMN hepática. La RMN caracteriza la lesión pancreática como una lesión quística, probablemente un pseudoquiste con hematoma agudo y hemangiomas hepáticos. Se realiza ecoendoscopia para toma de biopsias, siendo negativas para células malignas. En el comité multidisciplinar se decide seguimiento con controles radiológicos. A los 6 meses y siendo los controles normales la paciente acude a urgencias por dolor abdominal agudo. El abdomen es doloroso en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. El TC muestra la lesión conocida aumentada de tamaño y densidad, compatible con resangrado agudo con pequeña cantidad líquido peripancreático en saco menor. Ante los hallazgos de tumor quístico hemorrágico la paciente es ingresada en Cirugía; se completa estudio preoperatorio y es intervenida con carácter preferente, realizándose pancreatectomía corpo-caudal laparoscópica con esplenectomía. La cirugía y evolución postoperatoria transcurren sin incidencias. La anatomía patológica concluye de neoplasia quística mucinosa con displasia de bajo grado, de 3 cm, con márgenes libres y 21 ganglios libres de infiltración tumoral. El vídeo presentado muestra la técnica quirúrgica laparoscópica reglada.

V2 EXTIRPACIÓN TOTAL DEL MESOPÁNCREAS EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Janire Mateo Retuerta

Mateo Retuerta, Janire; Hernando Sanz, Ana; Eguaras Córdoba, Inés; Camarero Triana, Bruno; Sánchez Acedo, Pablo; Tarifa Castilla, Antonio; Zazpe Ripa, Cruz; Herrera Cabezón, Javier

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

La resección quirúrgica completa con márgenes microscópicos libres de tumor (R0) es uno de los principales factores independientes de supervivencia en pacientes con cáncer de cabeza de páncreas localizado. Los márgenes de resección medial y posterior son los más comprometidos y es donde las recurrencias locales son más frecuentes.

Se denomina mesopáncreas al tejido retroperitoneal posterior al páncreas y a la vena porta, ventral a la cara anterior de la aorta entre el origen de la arteria mesentérica superior (AMS) y el tronco celíaco. Constituido por tejido adiposo, nervios periféricos, el plexo nervioso de la cabeza pancreática, conductos linfáticos y capilares, carece de vaina fibrosa ni fascia.

Presentamos un video en el que se muestra la técnica quirúrgica del abordaje precoz de la AMS, así como la disección y linfadenectomía del tronco celíaco y extirpación total del mesopáncreas durante la duodenopancreatectomía cefálica. Esta técnica ofrece una exposición confortable y segura, permitiendo la extirpación en bloque del mesopáncreas y del tejido adyacente a la AMS.

La técnica se caracteriza por el control arterial inicial de la AMS desde su nacimiento en la aorta (abordaje posterior) hasta su salida del páncreas (abordaje uncinado). Esta maniobra inicial proporciona información sobre la resecabilidad del tumor antes de realizar ninguna maniobra irreversible. Tras el denominado "hanging arterial" comienza la disección del mesopáncreas, desde la zona ventral de la porta hasta la salida de la AMS y el tronco celíaco, previa sección del mesenterio duodenal. Tras la sección duodenal y pancreática, la pieza pende de las estructuras venosas, con una exposición ideal de las venas porta, mesentérica superior y esplénica, permitiendo su resección y reconstrucción en caso de infiltración venosa. Esta técnica de extirpación total del mesopáncreas garantiza por tanto una linfadenectomía mayor, optimizando el margen posterior de la pieza y ayudando así al control de recurrencia local.

V3 PERFORACIÓN ESOFÁGICA. SÍNDROME DE BOERHAAVE

Laura Carballo Rodríguez

Carballo Rodríguez, Laura; Lopes Moreira, Claudia; Larburu Echaniz, Santiago; Asensio Gallego, Jose Ignacio; Eizaguirre Letamendia, Emma; Enríquez Navascués, Jose Maria

Hospital Universitario Donostia

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Paciente de 87 años con buen estado general previo, que tras un episodio de vómito alimenticio refiere un dolor intenso y brusco en la región epigástrica.

MÉTODOS:

En la TC realizada se observa neumomediastino e hidroneumotórax izquierdos sugestivos de perforación esofágica que se confirma con la realización de TC con contraste oral. Se objetiva extravasado de contraste a nivel del tercio inferior del esófago próximo a la unión esofagogástrica.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

Se inicia antibioterapia con tazocel y fluconazol y se decide intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico. Una vez identificada la perforación anterolateral izquierda de 3 cm de longitud se decide colocar una SNG sobre la cual se repara el desgarro mediante puntos sueltos de vycril en dos planos. Posteriormente, se seccionan los vasos cortos y se cubre la reparación esofágica con un parche de fundus gástrico. Finalmente, se colocan dos drenajes Jackson Pratt en mediastino a través del hiato y un tubo de tórax en base pulmonar izquierda.

RESULTADOS:

El paciente inicia tolerancia oral el décimo día postoperatorio tras realizar un estudio esofagogastroduodenal donde no se objetiva fuga. Como complicación postoperatoria presenta una gastroparesia que se soluciona con la colocación de SNG a aspiración, tras lo cual se reinicia la dieta túrmix con buena tolerancia.

CONCLUSIONES:

Una vez localizada la perforación esofágica a nivel de esófago distal el abordaje laparoscópico abdominal para la reparación del defecto con posterior drenaje tanto pleural como mediastínico en nuestro caso es una alternativa eficaz.

V4 COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Maite Camuera González

Camuera González, Maite; Martínez de Aragón, Gabriel Jesús; Martínez Blázquez, Cándido; Maqueda Merino, Aintzane; Larrañaga Zabaleta, Maitane; Siebel Hermida, Paula; Etxart Lopetegui, Ane ; Bustamante Mosquera, Ruth
OSI- Araba

OBJETIVOS:

Presentación de tres complicaciones relacionadas con sondas orogástricas y nasogástricas durante la realización de by-pass gástrico laparoscópico y proposición de soluciones intraoperatorias de las diferentes situaciones.

MÉTODOS:

Presentamos un vídeo de tres casos de cirugía de la obesidad en los que se realizaron by-pass gástrico laparoscópico con complicaciones intraoperatorias relacionadas con sondas.

RESULTADOS:

Durante la primera cirugía, tras la sección proximal del reservorio gástrico se observa el atrapamiento de la sonda Fouché con la endograpadora debido a su desvío hacia el estómago excluido. Se retira la sonda y se rehace el grapado proximal del reservorio gástrico y del remanente gástrico, comprobando previamente la correcta posición de la sonda. Posteriormente, para asegurar una correcta estanqueidad, se colocan hemoclips proximales en ambos extremos de la línea de grapas y se secciona entre ambos.

En la segunda intervención, en el momento de realizar la anastomosis gastroyeyunal, la endograpadora circular falla, no se realiza el grapado y el yunque es expulsado del reservorio gástrico. En este caso, se llevó a cabo una resección del asa yeyunal incluyendo el orificio realizado mediante la endograpadora. Finalmente, se realiza una nueva anastomosis gastroyeyunal manual laparoscópica.

Libro de Comunicaciones

En el tercer caso de cirugía robótica, se observa la salida de la sonda nasogástrica a través de la cara anterior de la anastomosis gastroyeyunal. Se procedió a la retirada de la sonda y sutura manual del orificio a nivel de la anastomosis.

CONCLUSIONES:

El uso de sondas nasogástricas u orogástricas es habitual durante la cirugía esofagogástrica y no debemos olvidarnos de su presencia ni menospreciar el uso de las mismas. Debemos tener presente su posición en cada paso quirúrgico y disponer de recursos técnicos intraoperatoriamente en caso de complicaciones con las mismas.

V5 GASTRECTOMÍA ATÍPICA TRANSLUMINAL LAPAROSCÓPICA

Luis Eloy Gutiérrez Cantero

Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Bolado Oria, María; Gutiérrez Cabezas, José Manuel; Sosa Medina, Rocío; Mozo Segurado, Maialen; Ruiz Gómez, José Luis; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital Universitario Sierrallana; Hospital Tresmares

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Presentamos un paciente con una tumoración intra-mural en pared posterior del cuerpo gástrico. Se decide un abordaje transluminal con la intención realizar una resección más conservadora.

MÉTODOS:

Se visualiza en TC de control, en paciente con antecedente de neo de recto, nódulo submucoso en pared gástrica, a nivel de la curvatura menor, de 2,9 cm de diámetro, sugestivo de GIST. La biopsia eco- endoscópica no obtuvo muestra suficiente. Se plantea cirugía laparoscópica programada, realizándose resección de la tumoración gástrica de forma atípica, mediante abordaje transluminal, extrayéndose la pieza a través de la boca.

RESULTADOS:

Se realiza neumoperitoneo con Veress y abordaje de la cavidad abdominal mediante 5 trócares, de los cuales, 3 se introducen en el estómago para llevar a cabo la resección transluminal. Se introduce endo- grapadora con la que se reseca la tumoración gástrica, que impronta sobre la mucosa de la pared posterior gástrica. Se extrae con bolsa fijándose la misma con un punto a una sonda nasogástrica que tira de la pieza a través de la boca. Tras comprobar la hemostasia se extraen los trócares intra-gástricos y se suturan los puertos con monofilamento de 3/0". Se coloca drenaje aspirativo en curvatura mayor. Tras la cirugía el paciente evoluciona de forma favorable, sin registrarse incidencias. El resultado anatomopatológico fue tumor del estroma gastrointestinal, fusocelular, gástrico, de bajo grado histológico (G1), 4 cm de diámetro, con bordes de resección libres.

CONCLUSIONES:

El abordaje transluminal es una técnica ya empleada en adenocarcinomas gástricos confinados a la mucosa y en pacientes con alta comorbilidad. Es también útil en el caso de tumoraciones intramurales de la pared posterior del estómago, que obligarían a resecciones más amplias que aumentarían el riesgo post- operatorio.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

V6 HERNIA DE SPIEGEL, REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

Julio Cesar Zevallos Quiroz

Zevallos Quiroz, Julio César; Aranda Lozano, Francisca; Busto Vicente, María Jesús; Aramendia Garcia, Irene; Uranga Goicoechea, Antonio; Arruabarrena Oyarbide, Arantxa; Martin Lopez, Asier; Erro Azcarate, José M.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Las hernias de Spiegel son poco habituales, representan el 0.1-2% de todas las hernias. Existen varias publicaciones de reparación por laparoscopia de estas hernias. La mayoría de las reparaciones laparoscópicas usan la técnica de colocar una malla de onlay intraperitoneal (IPOM), además actualmente hay una tendencia a cerrar el defecto herniario.

Presentamos el caso de un hombre de 83 años que acude a la consulta por tumoración en flanco izquierdo que aumenta con la tos y algunas posturas.

Como antecedente de interés el paciente presenta obesidad grado I.

Se realiza un estudio ecodirigido donde se identifica una imagen compatible con hernia de Spiegel izquierda con una solución de continuidad de 2,5 cm y presentando el saco herniario una medida aproximada de 1,1 x 4,9 cm (anteroposterior x trasverso). Se objetiva un discreto aumento de su tamaño con protrusión de asa intestinal tras la realización de maniobra de Valsalva.

MÉTODOS:

Se decide cirugía programada por vía laparoscópica mediante la colocación de tres trócares: 10 mm en flanco derecho, y 2 de 5 mm en FID y flanco derecho.

Se realiza reducción del saco herniario y escisión del mismo. Desinserción de ligamento redondo y grasa peritoneal de área circundante a la hernia. Cierre del defecto fascial con puntos de Vicryl nº1, anudados suprafasciales utilizando pasahilos. Colocación de malla Ventralight de 15cm, fijada con 30 dispositivos reabsorbibles sorbafix. Revisión de hemostasia.

RESULTADO:

El resultado post operatorio es adecuado, con buen control del dolor y sin recidivas.

CONCLUSIONES:

La reparación mínimamente invasiva de este tipo de hernias es segura y aporta todos los beneficios de la laparoscopia.

V7 MANEJO LAPAROSCÓPICO DE COMPLICACIÓN POSTCOLECISTECTOMÍA

Unai de Andres Olabarria

de Andres Olabarria, Unai; Ugarte Sierra, Bakarne; Portugal Porras, Vicente; Larena Iturbe, Jose Alejandro; Calvo Fernández, Marta; Maniega Alba, Roberto; Jiménez Jiménez, Eduardo; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Galdakao-Usansolo; Oatek, Unidad de Galdakao, Hospital Galdakao-Usansolo

ANTECEDENTES:

Desde inicios de la década de 1990 la vía laparoscópica es el gold estándar en el tratamiento de la colecistectomía. Este abordaje asocia un 0.3-0.6% de lesión yatrógena de la vía biliar.

Libro de Comunicaciones

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación tipo vídeo de un caso de lesión yatrogénica de hepático derecho resuelto por vía laparoscópica.

RESULTADO:

Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años que acudió a la urgencia por dolor abdominal brusco 3 semanas después de una colecistectomía laparoscópica programada estándar. Analíticamente mostraba una colestasis. La RMN urgente identificaba una fístula biliar a nivel de cístico con abundante líquido libre intraperitoneal y una obstrucción en colédoco proximal. Por ello, se realiza una laparoscopia exploradora urgente, objetivándose una peritonitis biliar difusa y una lesión lateral de unos 3 mm en hepático derecho (tipo de D de Strasberg o B de Amsterdam). La colangiografía intraoperatoria no observó defectos de repleción en el colédoco. Se realiza lavado de toda la cavidad peritoneal junto con drenaje de la vía biliar mediante tubo de Kehr. En la RMN postoperatoria se identificó una disfunción leve del esfínter de Oddi. El paciente evoluciona satisfactoriamente siendo dado de alta tras retirada del tubo de Kehr el día 23 del postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El abordaje laparoscópico en las lesiones de vía biliar es una posibilidad a tener en cuenta en casos seleccionados.

RESULTADOS:

En el periodo estudiado 12 pacientes se les realizó algún tipo de intervención quirúrgica urgente: 7 pacientes mediante lavado peritoneal y drenaje, 3 pacientes mediante intervención de Hartmann y 2 pacientes mediante resección y anastomosis sigmoidea.

Tras por un seguimiento medio de 22 meses observamos que de los siete pacientes a los que se les practicó drenaje laparoscópico: Dos fueron reintervenidos en el mismo ingreso por mala evolución post operatoria, otros dos reingresaron unos meses después con diverticulitis aguda complicada y requirieron intervención quirúrgica urgente, otro ha tenido recurrencias no complicadas, y solo dos pacientes todavía no han presentado recidivas.

De los tres pacientes con Hartmann dos se reconstruyeron sin incidencias y uno falleció por causas no relacionadas con episodio de diverticulitis. Los dos pacientes que se les practicó resección y anastomosis no han tenido problemas post operatorios.

CONCLUSIONES:

A pesar que el grupo de pacientes estudiados es pequeño, la alta tasa de recidivas nos permite afirmar que el drenaje laparoscópico de absceso diverticular no puede considerarse un tratamiento que nos permita mantener una actitud expectante, por lo que, tras una evolución inicial adecuada, habría que valorar el ofrecer una sigmodiectomía programada.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

V8 MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL NERVI LARÍNGEO RECURRENTE EN LAS TIROIDECTOMÍAS

M. Antonia De Andrés Fuertes

de Andrés Fuertes, M. Antonia; Conty Serrano, Jose Luis; Menéndez Ba, M. Rosario; Regañó Diez, Sara; Diaz Pérez, Ainhoa; Cobo Martín, Marta; Tapia Concha, Sergio; Fernandez-Abascal Puente, Ángel
Hospital de Laredo

INTRODUCCIÓN:

La visualización rutinaria del nervio laríngeo recurrente (NLR), es el "Gold Standard" de la prevención y reducción de la parálisis del NLR en cirugía tiroidea. La incidencia de parálisis del NLR oscila entre el 0,4 y el 6%. La monitorización intraoperatoria del NLR (MIO-NLR) puede ser una herramienta prometedora para la identificación del NLR y su protección. Las lesiones del NLR reducen la calidad de vida de los pacientes, y es una fuente de litigios por mala praxis.

OBJETIVO:

Mostrar el uso protocolizado del método de MIO-NLR intermitente en las tiroidectomías.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La MIO-NLR se fundamenta en dos componentes: la estimulación del NLR y la respuesta de las cuerdas vocales. El NLR se estimula con una corriente de bajo voltaje aplicada de forma intermitente. Se efectúa en dos fases: pre y postablación tiroidea. Registro electromiográfico individualizado de cada paciente. La respuesta de las cuerdas vocales se mide por un sistema de electrodos de superficie laríngea, adaptados al tubo endotraqueal. La respuesta de las cuerdas vocales a la estimulación del NLR se traduce en señales electromiográficas acústicas y visuales. Durante la retracción de la glándula tiroidea, la disección de tejidos circundantes, o la propia disección del NLR, se producen cambios en el patrón electromiográfico que alertan al cirujano de la presencia del NLR.

CONCLUSIONES:

El uso rutinario de la MIONLR en cirugía tiroidea es controvertida, ya que no existe consenso respecto a su papel en la prevención de la lesión del NLR. Este procedimiento puede ser útil en técnicas de alto riesgo para el NLR. También se ha demostrado una reducción de la parálisis permanente del NLR en tiroidectomías realizadas por cirujanos de un hospital comarcal. La MIONLR debe aumentar, no soslayar, la meticulosidad de la tiroidectomía, es decir, la visualización intraoperatoria rutinaria del NLR, para evitar lesionarlo.

V9 PERFORACIÓN ESPONTANEA DE ESOFAGO

Claudia Cristina Lopes Moreira

Lopes Moreria, Claudia; Carballo Rodriguez, Laura; Asensio Gallego, Jose Ignacio; Eizaguirre Letamendia, Emma; Larburu Echaniz, Santiago; Velaz Pardo, Leyre
Hospital Universitario Donostia, sección cirugía esofagológica

ANTECEDENTES:

La perforación esofágica es una urgencia grave, de difícil manejo, con una mortalidad de hasta el 15-30%. Afortunadamente es poco frecuente (3.1-5 casos/ 1.000.000 habitantes-año). Entre sus causas esta la perforación espontanea o Síndrome Boerhaave, que ocurre por aumento brusco de la presión intraesofágica. Es la causante del 15-25% de todas las perforaciones.

MÉTODOS:

Varón de 66 años que acudió a urgencias por dolor abdominal epigástrico intenso y sensación de "atasco" durante la ingesta. A la exploración destacaba una taquicardia con tensiones mantenidas y dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. La analítica inicial no era llamativa, así como las placas simples (Fig. 1). Pero en la TC urgente se objetivó un defecto mural en la cara anterior del tercio medio esofágico y cambios inflamatorios en mediastino y curvatura menor gástrica (Fig. 2). Estos hallazgos se confirmaron mediante gastroscopia urgente, objetivándose una perforación esofágica 1cm proximal al cardias.

RESULTADO:

Se decidió tratamiento quirúrgico urgente, mediante abordaje abdominal laparoscópico, hallándose una perforación esofágica longitudinal de 1 cm, en la cara lateral derecha del esófago, a 1 cm del cardias (Fig.3) y realizándose cierre primario de la misma con puntos sueltos y parche seroso de fundus gástrico (Thal). Se dejaron 2 drenajes JP en mediastino y peri-perforación y un drenaje torácico derecho. Resultados: La evolución postoperatoria fue excelente, realizándose TC control el 8º día postoperatorio (Fig.4) y estudio esofagogastroduodenal (Fig.5) a las 3 semanas del alta sin evidencia de fuga.

V10 SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LESIÓN YATROGÉNICA URETERAL

Natalia Pérez Serrano

Pérez Serrano, Natalia; Peña Sainz de Aja, Juan Ignacio; Gil Albarellos Marcos, Rafael
Hospital San Pedro Logroño

Las lesiones de vías urinarias en cirugía colorrectal suponen una de las complicaciones con mayor morbilidad. Su incidencia se estima entre 0.28-7.6% y suelen producirse al levantar el colon del plano posterior o retroperitoneo, por lo que lo más frecuente es su lesión en el trayecto anterior al músculo psoas. La sección ureteral total o parcial puede no ser detectada en el acto quirúrgico, manifestándose como una hidronefrosis marcada del lado afectado o por el contrario la salida de orina a la cavidad abdominal dependiendo de si la sección se asocia a o no a la ligadura del ureter. La reparación ureteral dependerá del grado de lesión del mismo, pero en general consiste en la anastomosis o reparación del mismo sobre catéter doble J. Presentamos el caso de un paciente de 84 años diagnosticado de neoplasia sigmoidea en el que se realizó sigmoidectomía laparoscópica con lesión iatrogénica del uréter izquierdo. La lesión ureteral se detectó durante la cirugía por lo que se canalizó dicho uréter con catéter y se realizó reparación del mismo con puntos simples de poliglicólico. En el curso de la intervención quirúrgica, tras la sección rectal se comprueba hermeticidad de la misma detectándose fuga que se repara con puntos, comprobando su estanqueidad posterior.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

V11 HERNIA PARADUODENAL DERECHA TRATADA MEDIANTE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Bruno Camarero Triana

Camarero Triana, Bruno; Miranda Murúa, Coro; Artajona Rosino, Alicia; Goikoetxea Urdiain, Andrea; Yáñez Irazábal, Concepción; Hernando Sanz, Ana; Fernandez Velilla, Beatriz

Área de Cirugía General, Unidad de Cirugía Esofagogástrica. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN:

Las hernias internas consisten en la salida del intestino a través de un orificio intraabdominal congénito o adquirido, causando menos del 1% de las obstrucciones intestinales agudas. Las hernias paraduodenales representan en torno al 50% de las hernias internas. Se presenta el caso de la reparación laparoscópica de una hernia paraduodenal derecha.

CASO CLÍNICO:

Se trata de un paciente de 38 años sin antecedentes de interés, estudiada por dolor abdominal cólico en cuadrante superior derecho de en torno a un año de evolución. No se acompaña de náuseas, sí de cierta distensión abdominal y tiene relación con esfuerzos o cambios posturales. Los episodios fueron aumentando en frecuencia y también en intensidad. Se completó estudio mediante TC abdominal siendo diagnosticada de hernia paraduodenal derecha. La paciente fue intervenida de forma programada mediante acceso laparoscópico. Se objetivó gran parte el intestino delgado herniado a través de orificio entre duodeno y mesocolon, realizándose reducción del intestino delgado a cavidad abdominal, disección del saco herniario desde el lado derecho y cierre del orificio. La paciente presentó un postoperatorio favorable, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

CONCLUSIÓN:

- El diagnóstico preoperatorio precisa una alta sospecha clínica ya que la clínica puede ser anodina e inespecífica.
- El diagnóstico radiológico se realiza mediante TC multicorte con estudio sistemático en varias proyecciones.
- El acceso laparoscópico es factible, seguro y reproducible.

V12 ORIGEN POCO COMÚN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Hernando Sanz

Hernando Sanz, Ana; Fernandez-Velilla San Jose, Beatriz; Recreo Baquedano, Ana; Mateo Retuerta, Janire; Esquiroz Lizaur, Irene; Muruzabal Torquemada, Juan Carlos; Sara Ongay, Maria Jose; Ciga Lozano, Miguel Angel

Complejo Hospitalario de Navarra

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal (OI) es la detención del tránsito en algún punto del intestino delgado o grueso, esto puede ocurrir en pacientes con o sin cirugía abdominal previa, y la causa será diferente en función del contexto del paciente. La causa más frecuente de OI en pacientes con

Libro de Comunicaciones

cirugía abdominal son las adherencias postoperatorias (35-40%). Presentamos una paciente con cuadro de OI de etiología muy infrecuente como complicación postoperatoria.

CASO:

Mujer de 35 años que en estudio por metrorragia fue diagnosticada de Adenosarcoma de alto grado endocervical sin evidencia en TAC de diseminación de la enfermedad. La paciente fue intervenida realizándose una histerectomía radical tipo III con doble anexectomía y muestreo linfático pélvico vía laparoscópica con buena evolución postoperatoria.

Al mes de la intervención la paciente reingresó por dolor y distensión abdominal con ausencia de ventoseo y deposición. La evolución del cuadro obstructivo no era favorable por lo que se solicitó TAC abdominal. Se objetivaron unas asas intestinales proximales dilatadas y distales colapsadas, con un área de transición entre ambas ocupado por un conglomerado de asas sin poder identificar claramente el origen de la obstrucción. Se intervino de urgencia mediante acceso laparoscópico hallando un orificio de perforación a nivel vesical por donde se introducía un ovillo de asas intestinales adheridas entre sí. Mediante disección roma se liberó el conglomerado de asas, se revisó la integridad de la pared intestinal y se reparó el defecto vesical a puntos sueltos de poliglaquina 2-0. La paciente evolucionó favorablemente.

CONCLUSIONES:

La laparoscopia puede considerarse como una opción factible para el tratamiento de ciertas complicaciones posquirúrgicas cuando el paciente está estable.

En la literatura revisada no hemos encontrado ningún caso de obstrucción intestinal secundaria a herniación de asas intestinales a través de orificio iatrogénico en pared vesical.

V13 HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO: HERNIORRAFIA Y COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Patricia Ahechu Garayoa

Ahechu Garayoa, Patricia; Granero Peiró, Lucía; Tuero Ojanguren, Carlota; Esteban Gordillo, Sara; Ocaña García, Sira; Zozaya Larequi, Gabriel; Herrero Santos, José Ignacio; Rotellar Sastre, Fernando

Clínica Universidad de Navarra

ANTECEDENTES:

Varón de 49 años con cirrosis hepática (Child-Pugh B9 y MELD 15) por etanol + virus C. En enero de 2013 se realizó TH de donante cadáver. Presentó ascitis y toraco-ascitis post-trasplante que se resolvió con tratamiento diurético. En octubre de 2016 el paciente presentó ascitis y alteración de pruebas de función hepática. El TAC abdominal mostró herniación parcial del lóbulo derecho hepático en su parte pOstero- superior, hacia cavidad torácica. La hernia dificultaba el drenaje venoso condicionando la aparición de ascitis (gradiente de 9 mmHg en manometría). Se indicó cirugía laparoscópica.

MÉTODO:

Paciente en decúbito supino con balón tras hemitorax derecho. Se utilizaron 4 trócares de 5 mm a lo largo de región subcostal derecha. La cúpula hepática presenta adherencias laxas al diafragma que se liberan con disección roma. Se expone la anastomosis suprahepática. Girando la mesa al lado izquierdo e hinchando el balón se procede a movilizar el hígado derecho, de modo que se puede visualizar la región posteroinferior de la hernia lo que ayuda a

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

reducirla casi en su totalidad. Pasando una cinta bajo la porción herniada del hígado, se realiza una maniobra de hanging que permite completar la reducción de la misma. Colocación catéter torácico bajo visión directa y cierre del defecto diafragmático con puntos sueltos de Ethibond 2/0. Una vez completada la rafia se hiperinsufla el tórax y se conecta a aspiración el catéter.

RESULTADOS:

El paciente fue dado de alta a las 72 horas sin presentar complicaciones. A los 6 meses se realizó TAC toracoabdominal donde no se evidencia recurrencia de la hernia y muestra completa resolución de la ascitis.

CONCLUSIÓN:

El abordaje laparoscópico abdominal puede considerarse una opción válida para su reparación, siempre que previamente haya una selección individualizada del caso.

V14 COLEDOCOLITIASIS: DONDE LA CPRE NO LLEGA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Maite Domínguez Ayala

Domínguez Ayala, Maite; González Serrano, Carmen; Cruz González, Inmaculada; Ruiz Carballo, Sandra; Etxebarria Beitia, Eider; Losada Docampo, Iria; Vazquez Melero, Alba; González de Miguel, Melania
Hospital Universitario Basurto

La opción terapéutica más extendida en el tratamiento de la coledocolitiasis con vesícula "in situ", es la CPRE seguida de colecistectomía laparoscópica posterior. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico laparoscópico en un tiempo sigue siendo la terapia definitiva y en ocasiones, cuando no es posible la realización de CPRE, se considera de primera elección.

MATERIAL Y METODOS:

Se presenta el caso de una paciente de 83 años con antecedentes de adenocarcinoma gástrico por el que se intervino con realización de Billroth III y cólicos biliares de repetición por colelitiasis y coledocolitiasis. Se le realizó CPRE con enteroscopia que resultó fallida.

RESULTADOS:

Los estudios preoperatorios incluyeron una analítica hepática completa y una CRMN. Tras el intento fallido de esfinterotomía endoscópica se decidió abordaje laparoscópico. Se muestra la técnica empleada consistente en colecistectomía, coledocotomía y extracción de cálculos con la posterior sutura del colédoco, mediante abordaje laparoscópico. Además, mostramos las imágenes de colangiografía intraoperatoria donde se comprueba tanto la estanqueidad de la sutura, como el buen paso del contraste hacia duodeno.

CONCLUSIONES:

La opción terapéutica más extendida para el tratamiento de la colelitiasis con coledocolitiasis es la realización de CPRE con posterior colecistectomía en un segundo tiempo. Sin embargo, en casos seleccionados, como el presentado, se puede optar por el abordaje totalmente laparoscópico como primera elección, evitando así procedimientos preoperatorios anteriores y reduciendo hospitalizaciones. En centros donde se dispone de instrumentación específica y experiencia, es la disponibilidad limitada de quirófanos lo que más dificulta la generalización de este abordaje.

COMUNICACIONES PÓSTERS

Sesión de pósters 8

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dra. Carmen González Serrano

P1 HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ROTURA ATRAUMÁTICA DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aitor Redondo Expósito

Redondo Expósito, Aitor; Pérez Serrano, Natalia; García Tejero, Aitana

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del hospital San Pedro de Logroño

Exponemos el caso de una paciente que ingresa con un cuadro de hematemesis con repercusión hemodinámica. Como antecedentes, la paciente sufría de DM-2, pancreatitis crónica y colecistectomía. TAC de ingreso anterior con imagen de pseudoquiste pancreático y sospecha de neoplasia gástrica. Durante el ingreso la paciente se sometió a una endoscopia en la que se objetivó una úlcera sangrante en la región en la que el pseudoquiste improntaba la cara posterior gástrica que arrojó un resultado negativo para malignidad en la biopsia. Ante la sospecha de que la úlcera estuviera causada por la erosión de la pared gástrica posterior por el pseudoquiste, se sometió a la paciente a cirugía en la que se objetivó una comunicación entre la luz gástrica y el pseudoquiste con el pseudoquiste. Se resecó la úlcera y se realizó una quistogastrostomía.

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones de secreción pancreática que aparecen tras episodios de pancreatitis o tras traumatismos abdominales. Por lo general tienden a desaparecer pero en ocasiones se complican dando lugar a patología secundaria que requiere tratamiento como ocurrió en este caso. En el póster se introduce el papel que juegan la endoscopia y la cirugía en el tratamiento de los pseudoquistes así como las situaciones en que está indicado el tratamiento y algunos de los factores que hay que tener en cuenta para decantarse por un tratamiento u otro.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P2 ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA MORBIMORTALIDAD DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RECONSTRUCCIÓN CON PANCREATICOGASTROSTOMÍA EN 200 CASOS CONSECUTIVOS

Ana Hernando Sanz

Hernando Sanz, Ana; Tarifa Castilla, Antonio; Sánchez Acedo, Pablo; Egvaras Córdoba, Ines; Mateo Retuerta, Janire; Camarero Triana, Bruno; Zazpe Ripa, Cruz; Herrera Cabezón, Francisco Javier
Complejo Hospitalario de Navarra

OBJETIVOS:

Describir la morbilidad asociada a la duodenopancreatectomía (DPC) con pancreaticogastrostomía (PG).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo observacional. Incluye 200 pacientes intervenidos de DPC con PG entre abril de 2008 y 2016.

Analizamos la morbilidad (MM) operatoria a los 30 días o al alta según la clasificación de Clavien-Dindo y del ISGPS del retraso del vaciamiento gástrico (RVG), fístula pancreática (FP), hemorragia postpancreatectomía (HPP) y el tiempo de estancia hospitalaria y reingreso.

RESULTADOS:

realizamos 221 DPC, en 200 se realizó una PG (90,5%). La edad media fue de 65,7 años, (43% >70 años y 7% >80 años). 53,5% ASA II y 37,8% ≥ASA III. El 75,5% por tumor maligno.

Presentaron alguna complicación 106 pacientes (53%), 70 de ellos (35%) presentaron complicaciones menores (Clavien I-II), principalmente RVG, HPP y FP resueltas con manejo conservador. Un 18% presentaron complicaciones que se consideraron graves (Clavien ≥ III).

El RVG fue la complicación más frecuente, un 22,5% de los pacientes lo presentaron, de ellos en un 77,8% se resolvió con tratamiento conservador, en 9 pacientes se asociaba además a otras complicaciones (Clavien ≥ III).

30 pacientes (15%) desarrollaron FP clínicas, 18 de ellas (60 %) Clavien I-II y 12 casos se consideraron FP graves, Clavien ≥III La estancia media fue de 12,9 días (mediana 9,5días), y de 8 días para los pacientes no complicados. 33 pacientes (16,5%) reingresaron. Fueron reintervenidos 16 (8%) pacientes. Fallecieron 7 (3,5%) pacientes durante los primeros 30 días postoperatorios y 8 (4%) pacientes a los 90 días del postoperatorio.

CONCLUSIONES:

La PG ofrece unas tasas de morbi-mortalidad inferiores a las publicadas en los metanálisis para la pancreaticoyunostomía.

En nuestra serie conseguimos una baja incidencia de fístulas pancreáticas graves (6%) y de complicaciones.

P3 TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FISTULA QUILOSA DE ALTO DEBITO EN TIROIDECTOMIA TOTAL CON LINFOADENOPATIA CENTRAL BILATERAL Y LINFOADENOPATIA LATERAL IZQUIERDA

Unai de Andrés Olabarria

Cassiano,Alberto Damiano; Basañez Amuchasteg, Adolfo; Martinez Rolan, Amaia; Tobalina Aguirrezab; De Andres Olanbarria, Unai; Del Pozo Andres, Eneko; Calvo Fernadez,Marta; Ibañez Aguirre, Francisco Javier

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo - OSI Barrualde Galdakao - Hospital Galdakao - Usansolo - Barrio Labeaga S/N, 48960, Usansolo (Vizcaya) España

Mujer de 40 años, con antecedente de hemitiroidectomía izquierda más istmectomía en 2014 por bocio simple coloide.

En seguimiento en CCEE aparición de adenopatías cervicales derechas en el compartimento lateral, se realiza PAAF que no es capaz de distinguir entre resto tiroideo con cambio de tiroiditis o carcinoma folicular metastático.

En sesión clínica se decide realizar tiroidectomía total con linfadenectomía central bilateral y linfadenectomía lateral izquierda. La paciente es intervenida según la forma programada. Durante la cirugía se produce lesión del tronco linfático yugular izquierdo, por lo que se colocan dos clips sin evidencia de linfa en el campo quirúrgico. La evolución postoperatoria fue satisfactoria sin evidencia de complicaciones, salvo la presencia de una hipocalcemia leve sintomática resuelta con tratamiento médico. Se retira drenaje con 40cc de líquido serohemático al 4º día post-operatorio, sin evidencia de líquido linfático.

Una semana después de la cirugía, la paciente acude a CCEE con evidencia de colección en el lado izquierdo, que se punciona saliendo 5cc de linfa.

Dos días después la paciente va a Urgencias donde se drenan 200cc de linfa y posteriormente se pone sonda femenina a través de la herida quirúrgica. Finalmente la paciente ingresa en el servicio de cirugía por fistula quilosa que drena 150-200cc por día. La paciente es tratada con tratamiento médico conservador, con dieta restringida sin grasas y octeotrido, presentando buena evolución con una disminución de más del 50% en 24 horas del débito de la fistula. Tras 8 días de ingreso, se resuelve definitivamente sin evidencia alguna de la misma al alta.

Valorada en CCEE a la semana sin evidencia alguna de fistula quilosa.

P4 NEUMOTÓRAX DURANTE LA REALIZACIÓN DE SIGMOIDOSCOPIA DIAGNÓSTICA

Ana Cristina Recreo Baquedano

Recreo Baquedano, Ana Cristina; Fernández-Velilla San José, Beatriz; Camarero Triana, Bruno; Eguaras Córdoba, Ines; Hernando Sanz, Ana; Mateo Retuerta, Janire; Goikoetxea Urdian, Andrea; Esquiroz Lizaur, Irene

Complejo Hospitalario de Navarra

El desarrollo de neumotórax secundario a una perforación del colon, durante la realización de endoscopia digestiva baja, es una entidad muy poco frecuente. Es relativamente común cuando la lesión se produce a nivel de la porción retroperitoneal del colon, en los que el paciente desarrollará retroneumoperitoneo y secundariamente, por difusión, neumomediastino y neumotórax. Más raro son los casos, aunque también se han reportado, en los que la

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

perforación se encuentra en la porción peritoneal, en estos casos se desarrollará neumoperitoneo y el aire hacia el tórax difundirá a través de algún defecto diafragmático.

La coexistencia de neumoperitoneo, retroneumoperitoneo y neumotórax, encontrando solo una lesión intestinal, es algo excepcional.

Presentamos un caso en el que durante la realización de una colonoscopia se objetiva una perforación, a 20cm de margen anal externo, a nivel de la unión recto-sigma, con grasa y contenido hemático en su interior. Se colocaron clips para intentar cerrar el defecto, pero fue necesario finalizar el procedimiento e intubar al paciente dado que se desestabilizó, desarrollando insuficiencia respiratoria y enfisema subcutáneo llamativo a nivel facial, cuello y tórax.

Se realizó un TAC urgente en el que se evidenció neumotórax bilateral, neumoperitoneo y retroneumoperitoneo. El paciente requirió la colocación de un tubo de tórax y suturar el defecto del sigma con abordaje laparoscópico.

En este caso el retroneumoperitoneo y el neumotórax que desarrolló el paciente probablemente fueron secundarios a la difusión del aire desde la cavidad peritoneal debido a la gran presión de insuflación de aire utilizada durante la prueba.

P5 FACTORES PREDICTIVOS DE LAS COMPLICACIONES POSTPANCREATECTOMÍA EN 200 DUODENOPANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS

ANA HERNANDO SANZ

Hernando Sanz, Ana; Sánchez Acedo, Pablo; Tarifa Castilla, Antonio; Mateo Retuerta, Janire; Eguaras Córdoba, Ines; Goikoetxea Urdiain, Andrea; Zazpe Ripa, Cruz; Herrera Cabezón, Francisco Javier
Complejo Hospitalario de Navarra

OBJETIVOS:

Analizar las variables preoperatorias así como los factores de riesgo (FR) relacionados con el desarrollo de complicaciones postpancreatectomía (DPC).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo observacional de 200 pacientes intervenidos de DPC con pancreatitogastrostomía (PG) (2008 – 2016).

Analizamos la morbilidad según la clasificación de Clavien-Dindo y la ISGPS y su asociación con la edad, sexo, IMC, ASA, prótesis biliar, y FR operatorios: duración de la intervención, consistencia del páncreas, diámetro del Wirsung y transfusión intraoperatoria.

RESULTADOS:

Se intervinieron 221 pacientes. En 200 se realizó una PG (90,5%). Las principales complicaciones analizadas fueron el retraso del vaciamiento gástrico (RVG) y la fístula pancreática (FP) según la escala ISGPS y Clavien-Dindo.

El análisis multivariante de los datos identifica la edad ≥ 70 años (OR 1,9), el ASA \geq III (OR 2,64) y el diámetro del Wirsung ≤ 3 mm (OR 1,41) como factores de riesgo para complicaciones. Se identifica como factor protector de FP la manipulación biliar preoperatoria (OR 0,33); y la consistencia blanda frente a la dura (OR 7,22) como factor de riesgo en el modelo multivariante. En el ajuste univariante el drenaje biliar preoperatorio (OR 0.31) y el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas (OR 0.47) son factores protectores, mientras que la consistencia blanda del páncreas y el Wirsung ≤ 3 mm se continúan asociando a mayor riesgo de FP.

Libro de Comunicaciones

En relación al RVG los factores más significativos fueron la edad > 70 años (OR 4) y la presencia de complicaciones abdominales (OR 6), esta relación se mantiene tanto en el modelo multivariante como en el univariante.

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia es que la edad avanzada, el ASA asocian a mayor número de complicaciones y mayor gravedad de las mismas.

Sesión de pósters 9

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dra. Emma Eizaguirre Letamendia

P6 INVAGINACIÓN ILEOCECAL SECUNDARIA A ABSCESO PARIETAL DE CIEGO. UN CASO ATÍPICO DE ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN EL ADULTO

Arkaitz Perfecto Valero

Perfecto Valero¹, Arkaitz; Roldán Villavicencio¹, Javier Ismael; Serrano Hermosilla¹, Clara; Cervera Aldama¹, Jorge; Ramos Prada¹, Juan; Prieto Calvo ^{1, 2}, Mikel; García González¹, José María; Colina Alonso¹, Alberto

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Bizkaia).; Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La invaginación intestinal es causa típica de obstrucción intestinal infantil. En adultos es una entidad infrecuente y asociada mayoritariamente a patología orgánica, sobre todo si involucra colon.

En estos casos la gran posibilidad de neoplasia subyacente implica tener que decidir entre resección segmentaria previa desinvaginación o resección oncológica: considerar ambas posibilidades puede determinar la morbilidad y el pronóstico del paciente.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 38 años que acude a urgencias por dolor abdominal. Presenta abdomen agudo y en TC se evidencia invaginación ileo-cecal con datos de lesión quística en base de ciego- colon ascendente y prominencia apendicular.

RESULTADOS:

Es intervenido de forma urgente, hallándose desinvaginación espontánea del segmento ileocecal invaginado y tumoración en base apendicular-ciego de unos 4 cm, con numerosas adenopatías en el trayecto de la arteria ileocólica. Se decidió hemicolectomía derecha oncológica.

Postoperatorio sin incidencias, siendo alta al quinto día. La anatomía patológica fue de absceso parietal en ciego con focos de apendicitis aguda.

CONCLUSIONES:

La invaginación como forma de obstrucción intestinal es rara en adultos. De ellas, sólo un 10-

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

20% son ileo-cecales. Las causas más frecuentes son linfomas, pólipos y adenocarcinomas de colon, siendo excepcional que un absceso de base apendicular o una apendicitis actúen como cabeza de invaginación. La tasa de malignidad aumenta con la edad, por ello en adultos está recomendada la resección intestinal. Además, se ha de tener en cuenta que la sola presencia de adenopatías no debe condicionar resecciones amplias. Asimismo, desinvaginar está justificado si facilita la cirugía, no existiendo suficiente evidencia para aceptarlo como único tratamiento.

Los hallazgos intraoperatorios en nuestro paciente (invaginación en adulto, tumoración cecal y adenopatías ileocólicas) justifican la realización de hemicolectomía derecha oncológica.

P7 ABORDAJE QUIRÚRGICO ABIERTO TRAS NECROSIS PANCREÁTICA DEL 100%

ANA MORO DELGADO

MORO DELGADO, ANA; GONZÁLEZ SERRANO, CARMEN; CRUZ GONZÁLEZ,
MARÍA INMACULADA CONCEPCIÓN; RUIZ CARBALLO, SANDRA; LOSADA
DOCAMPO, IRIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

La pancreatitis aguda tiene una incidencia creciente y es una de las enfermedades gastrointestinales que más frecuentemente requiere hospitalización. Tiene una mortalidad del 5-10% en casos graves con fallo orgánico persistente, necrosis pancreática y sepsis. Actualmente están cobrando relevancia las técnicas de abordaje miniinvasivo para el tratamiento de los casos graves y sin respuesta a medidas conservadoras. Sin embargo, el abordaje convencional aún está indicado cuando no es factible emplear estas técnicas, como en el caso expuesto.

Presentamos el caso de un varón de 69 años, hipertenso, dislipémico, bebedor ocasional, que consultó por dolor abdominal generalizado de horas de evolución objetivándose en la analítica de sangre amilasa >2900 U/L y en la TC necrosis >90% del páncreas. Ingresó en Reanimación, donde evolucionó favorablemente con tratamiento médico trasladándose a Aparato digestivo. Al comenzar con fiebre se realizó PAAF guiada por ecografía, aislándose cocos gram +, por lo que se colocaron drenajes guiados por ecografía, que posteriormente se recolocaron por aparición de nuevas colecciones y necrosis pancreática. Ante la evolución desfavorable tras 23 días de tratamiento conservador se decide intervención quirúrgica, donde se evidencia la existencia de una necrosis completa del páncreas, por lo que se realiza necrosectomía de toda la glándula, así como colecistectomía. Tras la intervención el paciente presenta una evolución lenta pero favorable siendo dado de alta.

En casos de necrosis pancreática infectada se debe intentar un tratamiento miniinvasivo escalonado, "step-up approach", realizando necrosectomía como último recurso. El objetivo debe ser preservar el máximo tejido pancreático viable, ya que la necrosectomía afecta a las funciones exocrina y endocrina del páncreas. En nuestro paciente se optó por abordaje abierto debido a la extensión de la necrosis, que obligó a la exéresis completa de todo el tejido pancreático, con una buena evolución posterior.

P8 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

ANA MORO DELGADO

MORO DELGADO, ANA; GONZÁLEZ SERRANO, CARMEN; RUIZ CARBALLO, SANDRA; CRUZ GONZÁLEZ, MARÍA INMACULADA CONCEPCIÓN; ETXEBARRIA BEITIA, EIDER

HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO

Las complicaciones más severas de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) son la fístula pancreática, biliar, la hemorragia postoperatoria, abscesos y retraso del vaciamiento gástrico, que pueden conllevar reintervenciones, prolongación de la hospitalización y, en algunos casos, la muerte del paciente.

Presentamos el caso de un varón de 72 años intervenido quirúrgicamente por adenocarcinoma de colédoco distal mediante DPC con anastomosis pancreatogástrica. El 3er día postoperatorio comenzó con dolor abdominal, por lo que se solicitó TC urgente que objetivó hemorragia activa a nivel de músculo recto abdominal derecho que precisó embolización de la arteria epigástrica inferior derecha. El 5º día postoperatorio el paciente presentó hematemesis intermitente y dolor abdominal por lo que se realizó nuevo angioTAC que informó de hemorragia activa a nivel de la anastomosis pancreatogástrica, decidiéndose cirugía urgente, logrando detener la hemorragia mediante puntos hemostáticos. El 7º día postoperatorio realizó nuevo episodio de hematemesis y anemia manteniendo estabilidad hemodinámica, repitiéndose angioTAC que evidenció resangrado de la anastomosis por lo que se reintervino logrando la hemostasia. Posteriormente el paciente evoluciona de forma favorable siendo dado de alta 18 días después de la última intervención.

Las complicaciones hemorrágicas de la DPC se dan en torno a un 10% de los casos, con una mortalidad de hasta el 30-50%. De cara a su prevención es importante restablecer una coagulación normal preoperatoriamente y realizar una hemostasia adecuada durante la cirugía, evitando el exceso de electrocoagulación que produzcan escaras que puedan dar lugar a hemorragias. El diagnóstico y abordaje precoz aseguran la buena evolución de los pacientes.

P9 HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST CPRE: NECESIDAD DE CIRUGÍA URGENTE A PESAR DE TRATAMIENTO PRIMARIO ANGIO-INTERVENCIONISTA

Arkaitz Perfecto Valero

Perfecto Valero¹, Arkaitz; Roldán Villavivencio¹, Javier Ismael; Serrano Hermosilla¹, Clara; Servide Staffolani¹, María José; Prieto Calvo^{1,2}, Mikel; Gastaca Mateo^{1,2}, Mikel; Valdivieso López^{1,2}, Andrés; Colina Alonso¹, Alberto

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).; Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia)

INTRODUCCIÓN:

El éxito en el tratamiento de la coledocolitiasis mediante CPRE es del 93%. Esta técnica aporta beneficios netos en morbilidad para el diagnóstico y tratamiento de procesos bilio-pancreáticos. No exenta de complicaciones, estas se estiman entre 2,5-8%, con mortalidad global <1%. Las más frecuentes son pancreatitis, perforación, hemorragia intraluminal y colangitis; siendo los hematomas subcapsulares excepcionales pero graves.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

OBJETIVO:

Presentamos un caso de hematoma subcapsular hepático post CPRE que requirió cirugía a pesar del tratamiento primario angio-intervencionista.

CASO CLÍNICO:

Varón, 51 años, sin antecedentes. Ingresado por ictericia secundaria a coledocolitiasis. 48 horas tras CPRE presentaba hipotensión, taquicardia y anemia progresivas. En TC se observa hematoma subcapsular de 18x5,5x18 cm con focos de sangrado activo, siendo remitido a nuestro centro. Inicialmente se practicaron dos embolizaciones de arterias segmentarias VII y IVb en días sucesivos. A las 72 horas anemia persistente y aumento del hematoma en TC. Se decidió laparotomía urgente, con evacuación de hemoperitoneo y hematoma, hemostasia, colecistectomía y colocación de tubo de Kehr por fractura del parénquima hepático con salida de material biliar en segmentos V-VI y VII. Fue dado de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los hematomas subcapsulares son complicaciones infrecuentes, consecuencia de lesión vascular inadvertida por punción con la guía de precanalización biliar. Suelen debutar en las primeras 48 horas con dolor en hipocondrio derecho y descenso del hematocrito. En la mayoría de los casos es posible tratamiento conservador con soporte hemodinámico y profilaxis antibiótica. Se recomienda seguimiento radiológico para descartar complicaciones como sobreinfección o resangrado. Ante datos de sangrado activo la estabilidad hemodinámica determina la actitud: en pacientes estables se considerará embolización, recurriéndose a laparotomía urgente para hemostasia en caso de inestabilidad refractaria.

En casos como el presente, una actitud escalonada parece la más adecuada.

P10 IMPLANTE TUMORAL DE ORIGEN COLORRECTAL EN PUERTO LAPAROSCÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Arkaitz Perfecto Valero

Perfecto Valero¹, Arkaitz; Cervera Aldama¹, Jorge; Santamaría Olabarrieta¹, Marta; Roldan Villavivencio¹, Javier Ismael; Serrano Hermosilla¹, Clara; Prieto Calvo^{1,2}, Mikel; García González¹, José María; Colina Alonso¹, Alberto

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).; Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

El abordaje laparoscópico ha revolucionado el tratamiento de procesos quirúrgicos, mostrando seguridad e igual supervivencia, además de ventajas en reducción de la morbilidad.

En los años 90 el impacto de publicaciones sobre port site metastases llevó a la suspensión cautelar de la laparoscopia en algunos países. Posteriormente pudo demostrarse que son complicaciones raras y de muy baja incidencia.

MÉTODOS:

Presentamos un caso de metástasis en puerto de trócar.

RESULTADOS:

Varón de 69 años con diabetes e insuficiencia renal avanzadas. Presenta adenocarcinoma sincrónico de colon en ciego y ángulo esplénico, siendo intervenido de colectomía subtotal laparoscópica. La estadificación resultó pT4 (mucinoso en ciego), pT3 (moderadamente

diferenciado en ángulo esplénico), N2b. Se desestimó quimioterapia adyuvante por comorbilidades.

Durante el seguimiento no se objetivaron datos de diseminación tumoral hasta el noveno mes, que presentó lesión granular indurada en fosa iliaca derecha sobre sitio de puerto laparoscópico, y elevación de CA 19.9 a 688U/ml.

La biopsia de la lesión confirmó su origen: patrón intestinal con focos de diferenciación mucinosa e inmunohistoquímica de primario colorrectal. En estudio bodyTAC progresión ganglionar retroperitoneal y mediastínica, dos nódulos pulmonares de aspecto metastásico, un único implante en el ligamento gastroesplénico y la metástasis subcutánea en fosa iliaca derecha, sin carcinomatosis subyacente. El paciente fue remitido a radioterapia paliativa tras desestimarse cirugía y quimioterapia.

CONCLUSIONES:

La etiopatogenia de estas metástasis es multifactorial: manipulación quirúrgica, efecto del neumoperitoneo y tipo/estadio tumoral.

La incidencia respecto a cirugía abierta es similar (<1%), por lo que no deben suponer un argumento en contra de la laparoscopia.

No existe suficiente evidencia para considerar las actitudes preventivas claramente efectivas. No obstante, las recomendaciones son sencillas, inocuas, fácilmente reproducibles y podrían aportar potenciales beneficios.

Sesión de pósters 11

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dra. María Teresa Gutiérrez Rodríguez

P11 PSEUDOANEURISMAS INTRAESPLÉNICOS POSTRAUMÁTICOS: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

Beatriz Fernández-Velilla San José

Fernández-Velilla San José, Beatriz; Recreo Baquedano, Ana Cristina; Eguaras Córdoba, Inés; Camarero Triana, Bruno; Hernando Sanz, Ana; Mateo Retuerta, Janire; Goikoetxea Urdiain, Andrea; Esquíroz Lizaur

Complejo Hospitalario de Navarra

Los pseudoaneurismas intraesplénicos postraumáticos son una entidad infrecuente y escasamente reportada. Se trata de una complicación potencialmente letal tras un traumatismo abdominal, y la ruptura esplénica secundaria a los mismos es excepcional. Entre las opciones terapéuticas, la embolización de la arteria tributaria al pseudoaneurisma debe considerarse como primera elección, siempre y cuando el diagnóstico se haya realizado previamente a la rotura del bazo. No obstante, la esplenectomía es una alternativa terapéutica posible en situaciones de urgencia y en pacientes de elevado riesgo.

Presentamos el caso de un varón de 54 años ingresado por dolor abdominal de etiología no filiada. Durante la anamnesis se averigua la existencia de traumatismos accidentales repetidos a nivel de hemiabdomen izquierdo. Ante la ausencia de mejoría clínica del paciente, se decide realizar TC abdominal, el cual se amplía a angio-TC evidenciando la existencia de numerosos focos de sangrado activo y laceraciones a nivel esplénico. Con el paciente estable

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

hemodinámicamente y ante los hallazgos, se decide realizar una arteriografía selectiva mostrando la existencia de múltiples pseudoaneurismas intraesplénicos y una fístula A-V a nivel del polo inferior esplénico. Dada la situación de estabilidad hemodinámica y la afectación única del polo inferior esplénico se pudo llevar a cabo la embolización selectiva con etilen vinil alcohol del tercio inferior del bazo. Posteriormente se realiza control angiográfico en el que se observa la oclusión completa de las lesiones, manteniendo una correcta permeabilidad y drenaje venoso a nivel de polo medio y superior esplénicos.

Conclusión: la importancia de estas lesiones radica en el incremento de rotura esplénica tardía, lo que justifica su adecuado diagnóstico y tratamiento, así como su seguimiento. La decisión terapéutica debe ser siempre individualizada, siendo posible tanto la embolización como la esplenectomía.

P12 EMBOLIZACIÓN ARTERIAL TRAS RETIRADA DE DRENAJE EN EL POSTOPERATORIO DE ENUCLEACIÓN PANCREÁTICA, POR TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS

Carmen García Gutiérrez

García Gutiérrez, Carmen; Contreras Saiz, Elisa; Sanz Navarro, Sandra; Suárez Sánchez, Aida; Díaz Vico, Tamara; García Bernardo, Carmen; Vazquez Velasco, Lino; Miyar de León, Alberto

Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN:

Las pruebas de imagen en el estudio de lesiones pancreáticas no siempre son concluyentes para diagnóstico. En TC/RMN, pancreática se objetiva lesión tumoral de características benignas, aunque de comportamiento incierto por lo que se indica cirugía.

MATERIAL Y RESULTADOS:

Se trata de una paciente de 14 años en estudio por hipoglucemia, dolor abdominal inespecífico y pérdida de peso de 2 meses de evolución que es remitida a nuestra Unidad, para completar estudios. Se descarta insulinoma pancreático, aunque no se puede descartar otro tipo de lesiones, indicándose por este motivo cirugía.

Se realiza enucleación de tumoración descrita, con colocación de tubo de Kehr (lesión iatrogénica en vía biliar principal). Tras un postoperatorio inicialmente favorable, coincidiendo con la retirada del drenaje ambiente, presentó cuadro de anemia, asociada a hemobilia importante (constatado a través del tubo de Kher). Por ello y ante la confirmación mediante angio-TC de sangrado activo de arteria de la arcada pancreático- duodenal inferior, se procede a la embolización selectiva de la misma, mediante arteriografía visceral abdominal.

Posteriormente tras este procedimiento, la paciente evolucionó de manera favorable, sin signos de sangrado a ningún nivel. La anatomía patológica definitiva fue de tumor pseudopapilar de páncreas.

CONCLUSIONES:

La cirugía pancreática en sí misma, presenta una elevada tasa de complicaciones postoperatorias. Alguna de ellas, puede estar en relación con maniobras postoperatorias, como puede ser retirada de drenajes, sondas etc.

Las técnicas menos invasivas como la arteriografía visceral selectiva, evita reintervenciones en este tipo de complicaciones.

P13 CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VS CIRUGÍA ABIERTA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN NUESTRO CENTRO

Bruno Camarero Triana

Camarero Triana, Bruno; Esquiroz Lizaur, Irene; Miranda Murúa, Coro; Yáñez Irazábal, Concepción; Artajona Rosino, Alicia; Mateo Retuerta, Janire; Recreo Baquedano, Ana
Área de Cirugía General, Unidad de Cirugía Esofagogástrica. Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INTRODUCCIÓN:

El cáncer gástrico representa la tercera causa de muerte a nivel mundial, a pesar de que la incidencia y la mortalidad se encuentran en disminución. La gastrectomía abierta se ha considerado la vía de acceso habitual. La vía laparoscópica se ha implementando desde hace dos décadas ofreciendo una disminución del sangrado perioperatorio, morbilidad, estancia hospitalaria y una recuperación postquirúrgica más rápida.

OBJETIVO:

Analizar los resultados obtenidos en nuestro centro con el desarrollo de la gastrectomía laparoscópica por adenocarcinoma gástrico dentro de la Unidad de Cirugía Esofagogástrica y comparar dichos resultados con los de cirugía abierta.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo sobre una base de datos recogida de manera prospectiva, comparativo, entre los pacientes intervenidos por cáncer gástrico de manera laparoscópica frente a una cohorte similar sometidos a cirugía abierta de manera consecutiva.

Variables de estudio: ASA, edad, estadio, tipo de intervención, anatomía patológica y días de estancia hospitalaria.

El análisis de los datos recogidos se ha llevado a cabo mediante Chi cuadrado, T de Student y U de Mann Whitney.

RESULTADOS:

No se han encontrado diferencias significativas en características clínico patológicas, mortalidad, complicaciones graves, dehiscencias de sutura, número de ganglios resecados en linfadenectomía D1 y D2 ni en la tasa de margen afecto. Sí se observó una menor estancia hospitalaria en la vía laparoscópica.

CONCLUSIONES:

La cirugía laparoscópica reproduce la técnica abierta: mismo número de ganglios resecados y misma tasa de R1. Se asocia a una menor estancia hospitalaria. Pese a la curva de aprendizaje, las complicaciones graves son similares en ambos grupos sin impacto en la mortalidad.

P14 NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL

Natalia Pérez Serrano

Gabaldo Peidro, Carmen; Pérez Serrano, Natalia; Romero Fernández, Beatriz
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo; Hospital San Pedro, Logroño

La neumatosis quística intestinal es una enfermedad rara, de etiología desconocida, que se define como la presencia de quistes subserosos o submucosos llenos de gas más frecuentemente en el intestino delgado y el colon. Es más frecuente en el varón, entre los 25 y

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

60 años. La mayoría son asintomáticos aunque pueden aparecer síntomas inespecíficos. El diagnóstico es difícil, ya que no hay ningún signo ni síntoma patognomónico, pero ante sospecha, puede confirmarse mediante radiografía simple de abdomen y/o TAC.

En el 30% de los casos se asocia neumoperitoneo. El tratamiento debe ser individualizado y sobretodo dirigido al tratamiento de la enfermedad de base. Paciente de 77 años, en tratamiento con Cetuximab y Dexametasona por recidiva de Carcinoma Epidermoide sobre quiste cervical branquial y enfermedad metastásica, derivado por hallazgo en radiografía de tórax de control imagen compatible con neumoperitoneo. Exploración: abdomen con dolor a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho. TAC: Neumoperitoneo con aire ectópico en hipocondrio izquierdo y epigastrio acompañadas de abundante gas ectópico en hipocondrio derecho formando una colección de gas que va disecando la grasa. Protocolo quirúrgico: Laparotomía exploradora. Neumatosis quística intestinal en los últimos 50 cms de íleon y en colon ascendente sin objetivarse perforaciones ni líquido libre. Evolución Postoperatoria: Favorable, siendo dado de alta al 10º día. En el 15% de los casos, la causa es desconocida (primaria), pero en el 85% aparece acompañada de enfermedades sistémicas (secundaria) o con la toma de fármacos inmunodepresores y con los traumatismos. La etiología es desconocida, pero se han planteado diferentes teorías que intentan explicarla. El diagnóstico diferencial incluye tumores intramurales, pseudopólipos, poliposis, linfoma, lipoma-intramural y enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento generalmente es médico (dieta, descompresión nasogástrica, antibioterapia), siendo necesario el tratamiento quirúrgico cuando la clínica no se resuelva o aparezcan complicaciones.

P15 RECIDIVA PÉLVICA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTE TRASPLANTADO

CARMEN GARCIA GUTIERREZ

García Gutiérrez, Carmen; Contreras Saiz, Elisa; Suárez Sánchez, Aida; Díaz Vico, Tamara; Gonzales Stuva, Jessica Patricia; Cifrián Canales, Isabel; Gonzalez-Pinto Arrillaga, Ignacio; Vázquez Velasco, Lino
Hospital Universitario Central de Asturias

INTRODUCCIÓN:

El pronóstico de las recidivas de HCC es desfavorable en pacientes trasplantados aunque la resección quirúrgica en algunos casos es curativa. Se presenta una recidiva pélvica de HCC cuyo tratamiento fue quirúrgico, con buena evolución a corto plazo. Nuestro objetivo consiste en valorar el tratamiento quirúrgico de la recidiva, sus complicaciones y su evolución.

CASO CLÍNICO:

Varón 66 años, fumador y bebedor, pluripatológico, con trasplante hepático por HCC sobre cirrosis VHC-OH 4 años antes (precisó angioplastia de anastomosis arterial) con explante pT3, diabetes mellitus II, HTA, dislipemia, ERC, hipotiroidismo, recidiva de VHC (respuesta virológica sostenida actualmente), carcinoma epidermoide pulmonar, tratado con sorafenib y radioterapia. En junio 2016 se detecta recidiva pélvica de HCC (masa sólida lobulada de 11 x 8 x 8,5 cm, fija a vesícula seminal derecha, con biopsia de adenocarcinoma) decidiéndose tratamiento quirúrgico.

En un primer tiempo, tras apertura de la cápsula se produjo sangrado difuso, por lo que se decide realizar resección parcial de la tumoración con empacamiento con compresas dentro de la cápsula tumoral precisando transfusión intraoperatoria de dos concentrados hemáticos. Reintervención a las 72 horas para resección completa. Se realiza colostomía de descarga por isquemia relativa de la pared del recto adherida a la cápsula del tumor. Postoperatorio en UVI

Libro de Comunicaciones

por insuficiencia respiratoria y aislamiento de contacto por A.Baumanii. Alta a domicilio sin otras incidencias al 37º día postoperatorio. Seis meses tras la cirugía no hay recidiva.

CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico de las recidivas de HCC es una opción en pacientes con lesiones reseables y esperanza de vida aceptable.

El empacamiento del tumor es una opción de tratamiento puente en caso de hemorragia incontrolable, por la alta vascularización de estos tumores.

Sesión de pósters 2

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dr. José Antonio Romeo Ramírez

P16 MUCOCELE APENDICULAR: ¿EMPEORA EL PRONÓSTICO SI SURGEN CONTRATIEMPOS DURANTE LA CIRUGÍA?

Begoña Ochoa Villalabeitia

Ochoa Villalabeitia, Begoña; Bengoetxea Peña, Iker; Elias Aldama, Monica; Zorraquino Gonzalez, Angel; Castro, Joseba; Moro Delgado, Ana; Garcia Herrero, Silvia; Gonzalez de Miguel, Melania

Hospital Universitario Basurto

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Entre las causas neoplásicas del mucoccele apendicular destacamos la neoplasia mucinosa de bajo grado por su apariencia inocua pero elevado riesgo de recurrencia local con riesgo de pseudomixoma peritoneal. Como en nuestro caso, puede ser un hallazgo incidental, por lo que es fundamental su sospecha intraoperatoria para prevenir la progresión de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 44 años, con cólicos biliares de repetición que acude por dolor mesogástrico de 12 horas de evolución. Se encuentra estable, afebril, con dolor y defensa en fosa iliaca derecha. La analítica muestra leucocitosis y en la TC se visualiza una apendicitis aguda con aumento de calibre en la base. Se realiza laparoscopia urgente, hallando un apéndice normotópico flemonoso. Se coloca una Endogia en la base que falla precisando otra carga y un refuerzo con 2 puntos en el muñón, objetivando salida de escaso material mucoso a su través. Se extrae la pieza con bolsa y se produce la rotura de la misma, sin contaminación de la cavidad. La anatomía patológica revela una neoplasia mucinosa de bajo grado G1, pTis, pNx, sin afectación de la base, con margen proximal libre. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

RESULTADOS:

Ante los hallazgos anatomopatológicos y la presencia de eventos intraoperatorios desfavorables se decide un seguimiento estrecho en consultas externas con TC en 6 meses para despistaje del pseudomixoma peritoneal.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

CONCLUSIONES:

En caso del hallazgo de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado es preciso un diagnóstico de certeza y un adecuado seguimiento, que incluya realización de colonoscopia para de una segunda neoplasia en colon. En la literatura se recogen distintas formas de abordaje según diferentes autores y según la clasificación histológica.

P17 EMBOLIZACIÓN MEDIANTE COILS DE ANEURISMA GRANDE DE LA ARTERIA HEPÁTICA COMÚN

Christian Pérez González

Pérez González, Christian; Carballo Rodriguez, Laura; Prieto Calvo, Mikel; Ruiz Ordorica, Patricia; Fernández Cepedal, Lara; Alonso Calderón, Eva; Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Colina Alonso, Alberto

Hospital Universitario de Cruces, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

CASO CLÍNICO:

Hombre de 72 años, antecedente de herniorrafia umbilical, recidivada, con hallazgo casual un aneurisma en la arteria hepática común en TC. Se evidencia un aneurisma fusiforme parcialmente trombosado afectando a la arteria hepática común de 5 cm de longitud, con estenosis significativa.

Se realiza tratamiento mediante radiología intervencionista, evidenciando flujo compensatorio a través de la arteria gastroduodenal, por lo que se procede a la embolización con coils de la totalidad del saco aneurismático. Se comprueba nuevamente la redistribución del flujo hepático a través de la arteria gastroduodenal. El paciente es dado de alta a las 24 horas de la realización del procedimiento sin incidencias.

DISCUSIÓN:

Los aneurismas de la arteria hepática son los segundos más comunes de los aneurismas de las arterias viscerales. Son más frecuentes en hombres, únicos y normalmente afectan a segmentos extrahepáticos. A nivel intrahepático son secundarios traumatismos hepáticos y yatrogenicos. A nivel extrahepático son aneurismas degenerativos o displasicos.

Los aneurismas son asintomáticos entre un 60 y 80%, y su diagnóstico es accidental durante el estudio de otras causas. La rotura suele ser la manifestación más frecuente, y se pueden romper al árbol biliar, al tracto gastrointestinal o a la cavidad peritoneal. Así mismo, puede haber clínica de compresión de estructuras adyacentes.

Esta indicado el tratamiento de todos los aneurismas sintomáticos y rotos o los que aumentan de tamaño. Los aneurismas intrahepáticos se pueden tratar mediante cirugía o embolización. Los aneurismas de la arteria hepática común pueden ser ligados o embolizados. Los aneurismas de la arteria hepática propia requieren de ligadura y bypass arterial para garantizar el flujo arterial hepático o colocación de stents.

P18 HERNIA DE GARENGEOT, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Christian Pérez González

Pérez González, Christian; Prieto Calvo, Mikel; Sarriguarte Lasarte, Aingeru; Mifsut Porcel, Patricia; Alonso Calderón, Eva; Fernández Cepedal, Lara; Serrano Hermosilla, Clara; Colina Alonso, Alberto

Hospital universitario de Cruces, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

INTRODUCCIÓN:

Las hernias de la región inguinocrural son una patología muy frecuente. Las hernias femorales ocurren en un 3-4% de todas las hernias, siendo solo el 0.5-5% de las hernias femorales las que contienen el apéndice. Mucho más raro es que esté presente una apendicitis.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Mujer de 88 años, con tumoración inguinocrural derecha de 24 horas de evolución, que le causaba dolor, dura, no reductible, sin clínica de obstrucción intestinal. Se decidió intervención quirúrgica, encontrando una hernia crural con apendicitis aguda flegmonosa, realizando una apendicectomía y una hernioplastia. En el postoperatorio presentó infección crónica de la herida quirúrgica.

Caso 2: Mujer de 62 años, con tumoración inguinal derecha dolorosa de 24 horas de evolución, sin obstrucción intestinal. Se realizó TC abdominal que evidenciaba una hernia de Garengot. Se decidió intervención quirúrgica, encontrando una hernia crural con apendicitis aguda flegmonosa en la punta. Se realizó apendicectomía y hernioplastia. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

DISCUSIÓN:

La hernia de De Garengot es más común en mujeres de edad avanzada. Predispone la disposición anatómica de un ciego pélvico y la apendicitis por compresión extrínseca en el estrecho anillo herniario. La presentación más frecuente es la de hernia crural encarcerada, en la que los signos de apendicitis pueden quedar enmascarados. Es raro el diagnóstico mediante pruebas de imagen, siendo el diagnóstico intraoperatorio el más frecuente. El tratamiento de elección es la cirugía de urgencia, realizando o no una apendicectomía y la reparación herniaria. No existe consenso sobre la extirpación apendicular en caso de no presentar inflamación; ni en el uso o no de técnicas protésicas para la reparación herniaria, pero parece adecuado evitarlas en caso de infección o apendicitis muy evolucionadas.

P19 GANGRENA DE FOURNIER EN EL PUERPERIO

ALBA VÁZQUEZ MELERO

VÁZQUEZ MELERO, ALBA; DEL HOYO ARETXABALA, IZASKUN; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, JAVIER; DOMÍNGUEZ AYALA, MAITE; LOSADA DOCAMPO, IRIA; GONZÁLEZ DE MIGUEL, MELANIA; GARCÍA HERRERO, SILVIA; MORO DELGADO, ANA

HOSPITAL DE BASURTO

INTRODUCCIÓN:

La gangrena de Fournier es la fascitis necrotizante polimicrobiana que afecta al área genital, perianal y periné. Se presenta generalmente en pacientes diabéticos o inmunosuprimidos. Su etiología es genitourinaria, colorrectal, traumática o idiopática. Su tratamiento consiste en un amplio desbridamiento quirúrgico, antibioterapia de amplio espectro y soporte en una Unidad de Cuidados Intensivos.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

CASO CLÍNICO:

Mujer de 33 años con antecedentes de cesárea 44 días antes, así como de absceso perianal sobre incisión de episiotomía previa hacía 5 días. Acudió al Servicio de Urgencias 24 horas después de ser dada de alta por presentar dolor perineal intenso y fiebre de 38°C. A la exploración se encontraba taquicárdica (FC 133 lpm), febril (Tª 39°C) y exhibía una región fluctuante dolorosa y eritematosa en labio mayor. Se realizó una analítica de sangre: Procalcitonina 6.45, PCR 38.01, Leucocitos 17500 (N 90.4%) e IP 62%. También un TC que mostraba una marcada afectación inflamatoria del labio mayor derecho sugestiva de infección por germen productor de gas, compatible con Gangrena de Fournier. Fue intervenida de urgencia, realizándose, incisión, drenaje y desbridamiento amplio, desde la zona perianal, así como un destechamiento del absceso en el labio mayor hasta la incisión de Pfannensitel. Requirió un segundo desbridamiento en quirófano 24 horas después. Posteriormente tras curas con Intrasite y antibióticos (Meropenem y Linezolid) fue dada de alta con Hospidom tras un ingreso de 13 días, 3 de ellos en la UCPI. Los cultivos fueron positivos para E.coli, Streptococcus anginosus, Bacteroides thetataomicron y Clostridium spp.

DISCUSIÓN:

La Gangrena de Fournier se presenta con una proporción 10:1 de varones frente a mujeres. Se han descrito casos secundarios a Bartolinitis, abscesos vulvares, perianales, episiotomías, hysterectomías, bloqueos pudendos y cesáreas. En nuestro caso a pesar de no presentarse diabetes ni inmunosupresión, sí existían antecedentes de episiotomía, cesárea y drenaje de absceso perianal.

P20 APENDICITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO APENDICULAR

Clara Serrano Hermosilla

Serrano Hermosilla, Clara; Pérez González, Christian; Rodeño Esteban, Iratxe; Mifsut Porcel, Patricia; Guerra Lerma, Mikel; Errazti Olartekoetxea, Gaizka; Perfecto Valero, Arkaitz; Colina Alonso, Alberto

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital de Cruces. Barakaldo

INTRODUCCIÓN:

Los tumores apendiculares son raros, suponen solo el 0,4-1% de los tumores malignos gastrointestinales. Su forma de presentación es variable: apendicitis aguda, dolor inespecífico en FID o asintomáticos. Presentamos un caso en el que la clínica fue de apendicitis aguda y con sospecha de neoplastia durante la intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 65 años sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por dolor abdominal de 3 días, inicialmente en mesogastrio y luego focalizado en FID, sin otra clínica acompañante. A la exploración física abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en FID con defensa localizada y Blumberg positivo, pero sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó un TAC abdominal evidenciándose colección en FID, adyacente a ciego, sin identificarse apéndice y líquido libre en FID, sugestivo de apendicitis aguda evolucionada. Se decidió intervención quirúrgica urgente, inicio laparoscópico con conversión a cirugía abierta ante sospecha de patología tumoral (plastrón con material mucoide a su alrededor), realizándose hemicolectomía derecha. La paciente fue dada de alta al quinto día postoperatorio sin ninguna complicación. La AP evidenció adenocarcinoma mucinoso apendicular de bajo grado pT3 N0.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En el apéndice se pueden encontrar tumores primarios o secundarios, y con gran variedad histológica, por frecuencia destacan el carcinoide (alrededor del 50%), y el cistoadenocarcinoma mucinoso (38%). El caso presentado es un adenocarcinoma (26%) y el tratamiento de elección para este tipo es la hemicolectomía derecha complementada con QT en caso de adenopatías positivas y con un pronóstico de vida entre un 20 y un 68% a los 5 años. Dado que el tipo histológico es frecuentemente desconocido durante la intervención y la gran variedad histológica es necesario el estudio anatomopatológico para completar el tratamiento.

Sesión de pósters 6

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dra. Ana Isabel Gutiérrez Ferreras

P21 FÍSTULA Y PERFORACIÓN TARDIA DEL RESERVORIO GÁSTRICO TRAS BY-PASS GÁSTRICO

Claudia Cristina Lopes Moreira

Lopes Moreria, Claudia; Carballo Rodriguez, Laura; Gomez Usabiaga, Virginia; Gonzalez Jimenez-Ortiz, Eduardo Jose; Enriquez Navascues, Jose Maria

Hospital Universitario Donostia, sección cirugía esofagogástrica; Hospital Universitario Donostia, servicio de radiodiagnóstico

ANTECEDENTES:

Mujer de 64 años, con antecedente de by-pass gástrico en 2004 (hace 11 años) que acude a urgencias por dolor abdominal brusco en epigastrio, irradiado a espalda e hipocondrio derecho. A la exploración la paciente estaba estable, pero afectada por el dolor, con signos de irritación peritoneal localizados en hemiabdomen superior. En la analítica inicial destacaba una ligera elevación de la PCR con leucocitosis. En el TC urgente se objetivó discreto neumoperitoneo con mínima fuga de contraste oral y líquido libre adyacente al estómago sugestivo de perforación en anastomosis gastro-yeyunal (Fig.1) y cambios postquirúrgicos de by-pass gástrico objetivándose contraste oral en duodeno sugestivo de repermabilización del remanente gástrico (Fig.2).

MÉTODOS:

Se decide cirugía urgente. Mediante laparotomía media, con hallazgo de gran perforación de anastomosis gastroyeyunal y fistulización a varios niveles del remanente gástrico al reservorio, se realizó gastrectomía total y anastomosis esofagoyeyunal termino-lateral mecánica, reforzada con puntos sueltos.

RESULTADOS:

Postoperatorio sin incidencias siendo dada de alta al 8º día.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P22 ANEURISMAS DE ARTERIA ESPLÉNICA IDIOPÁTICOS

Marta Cañón Lara

MAGADAN ALVAREZ, CRISTINA; TOLEDO MARTINEZ, ENRIQUE; DEL CASTILLO CRIADO, ALVARO; CAÑÓN LARA, MARTA; CAÑÓN LARA, MARTA; GARCIA CARDO, JUAN; GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; GOMEZ FLEITAS, MANUEL; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ANTECEDENTES:

Los aneurismas viscerales son relativamente infrecuentes, dentro de ellos, los de la arteria esplénica representan el 60%. Mayor prevalencia en mujeres adultas. Hasta el 10% pueden presentarse como rotura espontánea, aunque la mayoría son asintomáticos o presentan dolor abdominal inespecífico. Entre los factores etiológicos destacan: fibrodisplasia, hipertensión portal con esplenomegalia, embarazo y arterioesclerosis.

MÉTODOS:

Mujer de 57 años diabética tipo 2, hipertensa, que desarrolla colitis ulcerosa, presentando como hallazgo incidental aneurismas de arteria esplénica. En la TAC abdominal se objetivan tres dilataciones aneurismáticas saculares hacia el hilio esplénico de 26, 13 y 17 mm de diámetro mayor.

RESULTADOS:

Mediante un abordaje abierto se realiza disección de arteria esplénica hasta hallar 3 aneurismas saculares dependientes de arteria esplénica distal. Se realiza esplenectomía, con sección y ligadura de arteria esplénica proximal al primer aneurisma. El postoperatorio transcurre sin incidencias.

CONCLUSIONES:

Se considera aneurismas verdaderos aquellas dilataciones mayores de 1 cm dependientes de la arteria esplénica. Para su diagnóstico se emplean TAC, aortografía y angioresonancia magnética abdominal, que aportan información fundamental para su manejo. El tratamiento quirúrgico está indicado en aneurismas sintomáticos, factores de riesgo de rotura, mayores de 2 centímetros, hipertensión portal o embarazo. La embolización constituye la primera opción de tratamiento. Se emplea en asintomáticos y pacientes de alto riesgo estando contraindicada en aneurismas de hilio esplénico o tortuosidad de la arteria. El stent endovascular está indicado en pseudoaneurismas aunque presenta mayor riesgo de infarto esplénico que la embolización. En el resto se plantea la cirugía, cuya técnica varía en función de la localización. En el tercio proximal se emplea la aneurismectomía, mientras que en el tercio medio se puede realizar una exclusión aneurismática. En el tercio distal la esplenoneurismectomía es mandatoria.

P23 ACTINOMICOSIS INTRAABDOMINAL DISEMINADA COMO COMPLICACIÓN TRAS TRASPLANTE PÁNCREAS-RIÑÓN

CRISTINA MAGADAN ALVAREZ

MAGADAN ALVAREZ, CRISTINA; TOLEDO MARTINEZ, ENRIQUE; DEL CASTILLO CRIADO, ALVARO; CAÑÓN LARA, MARTA; GARCIA CARDO, JUAN; GUTIERREZ FERNANDEZ, GONZALO; CASANOVA RITUERTO, DANIEL; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ANTECEDENTES:

La actinomicosis intraabdominal es una entidad infrecuente causada por microorganismos del género *Actinomyces*. Su desarrollo se relaciona con traumatismos, perforaciones o cirugía reciente, pudiendo invadir estructuras adyacentes y convertirse en patógeno tras producirse una solución de continuidad. La presentación abdominal es la más frecuente tras la cervical, principalmente la afectación pélvica seguida por la cólica y apendicular concretamente tras apendicitis aguda.

MÉTODOS:

Mujer de 36 años, hipertensa y dislipémica. DM tipo 1 desde los 12 años, desarrollando nefropatía diabética que condiciona ERC avanzada, por lo que se realiza trasplante combinado de páncreas-riñón.

RESULTADOS:

En el postoperatorio presenta obstrucción intestinal que no se resuelve con manejo conservador por lo que se reinterviene. Durante la cirugía se constata la existencia de múltiples lesiones nodulares, de contenido purulento, diseminadas por la cavidad abdominal en cuyo cultivo crece *Actinomyces viscosus*. La paciente evoluciona favorablemente tras tratamiento prolongado con penicilina endovenosa.

CONCLUSIONES:

La actinomicosis produce una infección crónica, supurativa y granulomatosa que puede fistulizar con los tejidos adyacentes. La clínica es variable en función de la afectación orgánica y el tiempo de evolución, sin embargo, lo más frecuente es la fiebre, pudiendo asociarse pérdida de peso o dolor abdominal. Su diagnóstico es un reto, tanto por su baja incidencia como por lo inespecífico de su presentación. Los hallazgos radiológicos no son patognomónicos, simulando los encontrados en tuberculosis, Crohn o tumores intraabdominales. El diagnóstico definitivo se realiza mediante cultivo e identificación del microorganismo. Su tratamiento se basa en el uso de penicilinas durante períodos de tiempo prolongados. El tratamiento quirúrgico se fundamenta en la reducción de la población bacteriana, cuando no es posible descartar malignidad o para control sintomático, como en el caso descrito.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P24 MELANOMA METASTÁSICO INTESTINAL CON PRIMARIO REGRESADO

Marta Calvo Fernández

Del Pozo Andres, Eneko; Portugal Porras, Vicente; Jiménez Escobar, Fernando; Badiola Bergara, Izaskun; Alberdi San Román, Igor; De Andres Olabarria, Unai; Calvo Fernández, Marta; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier
Hospital de Galdakao-Usansolo

Varón de 60 años sin antecedentes de interés. Acude al Sº de Urgencias por dolor abdominal hipogástrico de 4 meses de evolución. El dolor es continuo y se alivia tras la micción. No había presentado fiebre previamente. A la exploración, en hipogastrio se palpa masa blanda indolora de 15x15cm, sin defensa ni signos de irritación. Analíticamente destacaban PCR de 60 mg/L, LDH 486 U/L, leucocitosis de 15000/mm³ y Hb de 8.1 g/dL. Se solicita TC abdominal, que demuestra masa abscesificada dependiente de intestino delgado asociado a nódulos en mesenterio, que condicionan obstrucción intestinal proximal, hallazgos sugestivos de tumor primario intestinal con adenopatías patológicas versus lesión primaria mesentérica que infiltra intestino delgado. Ante el buen estado general, se decide ingreso para estudio y prehabilitación previa a intervención quirúrgica. Se solicita RM que evidencia dilatación aneurismática de 10 cm de longitud del segmento de yeyuno distal con conglomerados adenopáticos mesentéricos adyacentes que sugieren linfoma intestinal como primera posibilidad (versus adenocarcinoma). Se realiza una punción BAG de la masa, que demuestra células compatibles con melanoma maligno.

Tras corrección de anemia, se le realiza una laparotomía media, realizándose doble resección de ID y sendas anastomosis. El postoperatorio transcurre sin alteraciones. La anatomía patológica identifica la masa como melanoma maligno. Sin embargo, en estudios posteriores no se demuestra melanoma primario en piel, ojos ni región perianal.

Las localizaciones más habituales de metástasis de melanoma son el tejido celular subcutáneo (satelitis), ganglios linfáticos a distancia, pulmón, hígado, cerebro y hueso. La metástasis de melanoma a intestino delgado es una entidad muy poco frecuente. Este caso llama la atención porque no se encontró ningún melanoma primario que metastatizara a ID. Esto se puede explicar por una posible regresión del mismo

P25 "NUTRITÓRAX" SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL YUGULAR

Marta Calvo Fernández

Del Pozo Andres, Eneko; Alberdi San Román, Igor; De Andres Olabarria, Unai; Calvo Fernández, Marta; Maniega Alba, Roberto; Ugarte Sierra, Bakarne; Cassiano, Alberto Damiano; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier
Hospital de Galdakao-Usansolo

Mujer de 52 años a la que se interviene de cuadro oclusivo adherencial y se le realiza adhesiolisis extensa. Durante la intervención, se considera necesaria la colocación de un catéter de acceso central para alimentación parenteral (NPT), dado que la paciente partía de un estado de desnutrición previo y se esperaba un íleo postoperatorio prolongado.

Se coloca una vía central yugular derecha interna (VCYDI), por la que se inicia la NPT. En el 2º día postoperatorio, la paciente comienza con dolor en ambos hipocondrios de características pleuríticas y disnea, por lo que se solicita Rx de tórax, que evidencia un velamiento completo del parénquima pulmonar derecho, por lo que se solicita un TC, que demuestra un hidrotórax derecho masivo, desplazamiento mediastínico y migración de catéter de la vía central a

Libro de Comunicaciones

cavidad pleural derecha. El S° de Rx intervencionista coloca un pigtail en pulmón derecho, obteniéndose en total 4L de NPT. Posteriormente, la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta con tolerancia y tránsito adecuados en el 11° día postoperatorio.

Las complicaciones del acceso venoso de una VC se dan hasta en un 15% de las ocasiones, aunque hoy en día estas se encuentran en descenso gracias al uso de la ecografía. Las complicaciones más frecuentes son la infección, trombosis, arritmia, lesión vascular, complicaciones pulmonares, embolismo venoso aéreo y hemorragia. La comprobación radiológica tras la colocación de una VC es esencial para detectar complicaciones inmediatas.

Sesión de pósters 5

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dr. Roberto Martínez Pardavila

P26 PANCREATITIS ENFISEMATOSA. EVOLUCIÓN FULMINANTE

EVA ALONSO CALDERÓN

ALONSO CALDERÓN, EVA; PÉREZ GONZÁLEZ, CHRISTIAN; PRIETO CALVO, MIKEL; MARQUINA TOBALINA, TERESA; ALONSO CARNICERO, PATRICIA; FERNÁNDEZ GÓMEZ-CRUZADO, LAURA; ARANA DE LA TORRE, MARÍA NAGORE; COLINA ALONSO, ALBERTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

INTRODUCCIÓN:

La pancreatitis enfisematosa (PE) es una complicación grave y poco frecuente de la pancreatitis aguda, diagnosticada mediante TC por la presencia de gas en la celda pancreática y cuya tasa de mortalidad supera el 30%. Su manejo se encuentra en constante discusión, siendo el estado clínico del paciente el factor más importante para la toma de decisiones y reservándose el tratamiento quirúrgico para aquellos con deterioro importante del estado general.

CASO CLÍNICO:

Varón de 75 años, acude a urgencias por epigastralgia de 12 horas de evolución y vómitos, asociado a elevación de amilasa y lipasa sin datos clínico-analíticos de gravedad. En TC se observa edema del páncreas sin necrosis. Ingresa en planta con tratamiento conservador. Tras 24 horas presenta cuadro de sepsis y fracaso multiorgánico grave, asociado a peritonismo generalizado por lo que ingresa en UCI. Se repite TC triple contraste, 30 horas, mostrando pancreatitis enfisematosa difusa sin datos de perforación de víscera hueca. Se decide intervención urgente, que confirma los hallazgos y se realiza colecistectomía, drenaje pancreático, colangiografía transcística sin objetivar imágenes líticas en vía biliar y laparostomía. El paciente presenta evolución tórpida, sin respuesta a medidas de reanimación y falleciendo a las 48 horas del ingreso.

DISCUSIÓN:

El manejo de la pancreatitis aguda grave debe ser individualizado y multidisciplinario. Debe adaptarse a los datos clínicos, radiológicos y bacteriológicos obtenidos. El diagnóstico precoz

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

es un factor pronóstico de gran importancia siendo la TC la prueba de imagen de elección. Ante el hallazgo de PE podemos optar por: tratamiento conservador, PAAF que permita antibioterapia dirigida y colocación de drenaje percutáneo, o desbridamiento quirúrgico en pacientes con deterioro importante de la situación clínica o fallo multiorgánico. A pesar de un manejo adecuado, la tasa de mortalidad supera el 30%.

P27 GASTRECTOMÍA TUBULAR COMO ARMA TERAPEÚTICA EN ISQUEMIA DE CURVATURA MAYOR GÁSTRICA SECUNDARIA A VÓLVULO ORGANOAXIAL TRAS ROTURA DIAFRAMÁTICA TRAUMÁTICA

EVA ALONSO CALDERÓN

ALONSO CALDERÓN, EVA; AGIRRE ETXABE, LEIRE; PRIETO CALVO, MIKEL;
PÉREZ GONZÁLEZ, CHRISTIAN; ALONSO CARNICERO, PATRICIA; FERNÁNDEZ
GÓMEZ-CRUZADO, LAURA; MARQUINA TOBALINA, TERESA; COLINA ALONSO,
ALBERTOHOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES. SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y APARATO
DIGESTIVO

INTRODUCCIÓN:

La rotura diafragmática tras un traumatismo toracoabdominal es una entidad poco frecuente (5%). En este contexto, debido a las lesiones coexistentes y a la clínica silente o inespecífica asociada, el diagnóstico preoperatorio de la misma requiere alto nivel de sospecha junto con adecuadas exploraciones radiológicas. El retraso diagnóstico se asocia con elevada morbimortalidad, siendo determinante la indicación de intervención quirúrgica inmediata para su tratamiento.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 79 años, remitida a nuestro centro hospitalario por traumatismo de alta energía (Glasgow 6). Llega intubada y hemodinámicamente estable. Se realiza TC: TCE con hemorragia subaracnoidea, fracturas costales y fractura pélvica izquierdas. Tras manejo conservador inicial y ante inadecuada evolución clínica, se realiza prueba de imagen que muestra rotura diafragmática izquierda asociando vólvulo organoaxial e isquemia gástrica secundaria. Se decide intervención quirúrgica urgente que circunscribe la isquemia a la curvatura mayor. Se procede a rafia diafragmática, gastrectomía tubular (Faucher 32Fr) y sonda nasoyeyunal. Se realiza estudio de tránsito esófago-gástrico donde no se visualizan dehiscencias de sutura. La paciente fallece tras 15 días por complicaciones neurológicas.

DISCUSIÓN:

La rotura diafragmática tras traumatismo toracoabdominal es una entidad poco frecuente que ocurre aproximadamente en un 5% de los casos de los cuales un 45-60% presentarán herniación de vísceras abdominales. Habitualmente se asocian a traumatismos abdominales cerrados y en un 90% en el lado izquierdo. Esta patología constituye un reto diagnóstico-terapéutico para los cirujanos y radiólogos ya que un 40% pueden pasar desapercibidos con un periodo de latencia al diagnóstico de horas, incluso años, por lo que es muy importante la sospecha clínica. Tras el diagnóstico el tratamiento es siempre quirúrgico, requiriendo reducción herniaria, resección del tejido isquémico y la reparación del defecto herniario.

P28 FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA; EL RETO TRAS EL ABDOMEN ABIERTO

Janire Mateo Retuerta

Mateo Retuerta, Janire; Poveda Lasheras, Ignacio; Arín Palacios, Beñat; Rico Arrastia, Aida; Moya Andía, Jose Luis; Sánchez Justicia, Carlos; Cires Bezanilla, Manuel; Montón Córdón, Soledad

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; Hospital García Orcoyen, Estella

La fístula enteroatmosférica (FEA) se define como la comunicación entre el tracto gastrointestinal y la atmósfera. Es una complicación devastadora de la cirugía de control de daños, asociada a una importante morbilidad y mortalidad. De etiología compleja y multifactorial, puede ser debido a la infección intraabdominal persistente, la fuga anastomótica, las adherencias y la manipulación intestinal. Presentamos el caso de un paciente de 71 años con antecedentes de hemicolecotomía izquierda por diverticulitis de repetición que precisó nueva anastomosis colorrectal e ileostomía por dehiscencia de sutura. Tras una mala evolución en el postoperatorio del cierre de ileostomía, el paciente precisó dos reintervenciones por signos de peritonitis en contexto de fuga intestinal, con hallazgo de un abdomen inabordable por bloque pétreo adherencial e imposibilidad de cierre primario, manejado en forma de abdomen abierto. Durante el postoperatorio inmediato se identificó una fístula enteroatmosférica por salida de líquido biliar a través del tejido de granulación, que requirió ingreso prolongado en la unidad de cuidados intensivos, manejo de la sepsis, reposición hidroelectrolítica y nutrición parenteral total. Se realizó un tránsito intestinal con contraste oral, que demostró una fístula yeyunal alta. Tras curas diarias con medidas de presión negativa y confección de sistemas de recolección del débito, ha presentado una mejoría lenta y progresiva con cierre casi total del abdomen y yeyunostomía de mediano débito en tratamiento con análogos de somatostatina.

El mejor tratamiento de la FEA es la prevención de su aparición. Precisa un manejo complejo y multidisciplinar, con una línea de tratamiento conjunta y paciencia ante el largo periodo postoperatorio, ya que en muy raras ocasiones cierra de manera espontánea. La reparación abdominal definitiva requiere una cirugía mayor para la reconstrucción de pared abdominal, que puede y debe demorarse entre 6 y 12 meses tras la agresión inicial.

P29 DISFONÍA TRAS DIVERTICULECTOMÍA MÁS MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA POR DIVERTÍCULO DE ZENKER GIGANTE. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lara Fernández Cepedal

Sarriugarte Lasarte, Aingeru; Servide Staffolani, María José; Fernández Cepedal, Lara; Alvarez Abad, Irene; Gutierrez Grijalba, Oihane; Calle Baraja, Miguel; Oleagoitia Cilaurre, Jesus María; Colina Alonso, Alberto

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia (Unidad Esófago-Gástrica)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

A partir de un caso operado por divertículo de Zenker gigante, que presentó disfonía en el postoperatorio, decidimos realizar un estudio descriptivo de los divertículos de Zenker grado IV operados en nuestro hospital, durante el período 2005-2015. El objetivo es describir las variables perioperatorias y el resultado a largo plazo de nuestros pacientes.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente al que se diagnosticó de divertículo de Zenker gigante por TAC (Fig. 1) de 9,5x6.7x6,5cm de dimensiones, se realizó diverticulectomía mecánica y miotomía del músculo cricofaríngeo (Fig. 2), presentó disfonía secundaria a una parálisis hemilaríngea izquierda, la cual se trata de forma conservadora, rehabilitación motora y logopedia. Decidimos realizar un estudio retrospectivo tipo serie de casos, descriptivo, de los Divertículos de Zenker grado IV intervenidos los últimos 10 años.

RESULTADOS:

Analizamos un total de 30 pacientes, 67% hombres, edad media 60a y riesgo ASA II en 96,7% (Tabla 1 y 2).

Disfagia es el síntoma principal 96.7%, seguido de regurgitación 50%, el diagnóstico mediante esófagograma en 100% y TAC cervical en 23%. La técnica quirúrgica más realizada fue diverticulectomía y miotomía cricofaríngea con sutura mecánica en 76% (mecánica con TA en 66% y endoGIA 10%) y sutura manual en 23% (Tabla 3). El tamaño medio fue 3.9cm (1-9.5cm). Un 13% presentó fistula (radiológica), 13.3% disfonía y 6% de estenosis (Tabla 4). El resultado clínico fue satisfactorio en 96,7%, existiendo persistencia radiológica y subclínica en el 13%.

CONCLUSIONES:

Dado el éxito clínico (96,7%) con una frecuencia de fistula radiológica (subclínica) del 13,3% y casi nula recidiva; consideramos que el tratamiento quirúrgico representa un tratamiento adecuado para los grandes divertículos; pese al riesgo de lesión recurrencial o disfonía (13%).

P30 INVAGINACIÓN INTESTINAL TRAS BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO POR OBESIDAD MÓRBIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Joseba Castro Vázquez

Castro Vázquez, Joseba; García Herrero, Silvia; Del Hoyo Aretxabala, Izaskun; Zorraquino González, Ángel; Expósito Rodríguez, Amaya; Moro Delgado, Ana; Ochoa Villalabeitia, Begoña; González de Miguel, Melania

Hospital Universitario Basurto

La invaginación de intestino delgado es una complicación infrecuente tras bypass gástrico por obesidad mórbida. La etiología permanece sin aclarar. Esta entidad puede causar obstrucción intestinal, necrosis isquémica y perforación si no se diagnostica y trata adecuadamente. La TAC es la prueba de elección. El tratamiento requiere la exploración quirúrgica.

Presento el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, dislipemia y tabaquismo, y antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, colecistectomía e intervenida hace 10 años de bypass gástrico en Y de Roux, donde fue además necesario realizar esplenectomía por desgarro de la cápsula esplénica. Acude a la urgencia por dolor abdominal, vómitos y ausencia de ventoseo de 48 horas de evolución. Se realiza un TAC, donde se describe un patrón obstructivo secundario a una invaginación yeyuno-ileal con dilatación del asa alimentaria y la biliopancreática. Se decide intervención quirúrgica urgente, encontrándose una invaginación de unos 20 cm del asa común sobre el pie de asa, condicionando una dilatación tanto del asa alimentaria como de la biliopancreática. Se libera la invaginación y se realiza una pexia del asa común a la pared, no siendo necesaria una resección intestinal. La paciente evoluciona de manera favorable y es dada de alta al 6º día post-operatorio.

La mayoría de los casos de intususcepción intestinal primaria se producen en población pediátrica. En adultos es menos frecuente y generalmente se identifica alguna causa que lo

Libro de Comunicaciones

favorece, como un tumor intestinal, enfermedad inflamatoria o un divertículo de Meckel. En los pacientes sometidos a bypass gástrico se han planteado varias teorías: alteraciones de la motilidad intestinal, la tracción de los mesos debido a la pérdida de peso e incluso se ha planteado que el propio pie de asa pueda actuar como punto de tracción.

El tratamiento es quirúrgico. Sin embargo, en los cuadros en que se reduce el asa y el intestino es viable, existe controversia sobre la mejor alternativa: simple reducción, fijación del intestino o resección intestinal.

Sesión de pósters 1

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dr. Alberto Loizate Totoricagüena

P31 DRENAJE LAPAROSCOPICO DE ABSCESO DIVERITICULAR, NUESTROS RESULTADOS

Julio Cesar Zevallos Quiroz

Zevallos Quiroz,Julio César; Aramendia Garcia,Irene; Busto Vicente,María Jesús; Aranda Lozano,Francisca; Uranga Goicoechea,Antonio; Clemares de Lama, Marta; Martin Lopez,Asier; Erro Azcarate, José M.

HOSPITAL DE ZUMARRAGA

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Evaluar nuestros resultados a medio plazo tras la realización de lavado peritoneal y drenaje urgente por diverticulitis aguda complicada.

MÉTODOS:

Realizamos una revisión retrospectiva de los casos de diverticulitis aguda tratadas en nuestro hospital desde enero del 2014 hasta abril del 2016, en particular las que requirieron tratamiento quirúrgico. Posteriormente hemos realizado un seguimiento de los casos hasta la actualidad.

RESULTADOS:

En el periodo estudiado 12 pacientes se les realizó algún tipo de intervención quirúrgica urgente: 7 pacientes mediante lavado peritoneal y drenaje, 3 pacientes mediante intervención de Hartmann y 2 pacientes mediante resección y anastomosis sigmoidea.

Tras por un seguimiento medio de 22 meses observamos que de los siete pacientes a los que se les practicó drenaje laparoscopico: Dos fueron reintervenidos en el mismo ingreso por mala evolución post operatoria, otros dos reingresaron unos meses después con diverticulitis aguda complicada y requirieron intervención quirúrgica urgente, otro ha tenido recurrencias no complicadas, y solo dos pacientes todavía no han presentado recidivas.

De los tres pacientes con Hartmann dos se reconstruyeron sin incidencias y uno falleció por causas no relacionadas con episodio de diverticulitis. Los dos pacientes que se les practicó resección y anastomosis no han tenido problemas post operatorios.

CONCLUSIONES:

A pesar que el grupo de pacientes estudiados es pequeño, la alta tasa de recidivas nos permite

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

afirmar que el drenaje laparoscópico de absceso diverticular no puede considerarse un tratamiento que nos permita mantener una actitud expectante, por lo que, tras una evolución inicial adecuada, habría que valorar el ofrecer una sigmoyectomía programada.

P32 ABSCESOS HEPÁTICOS SECUNDARIOS A CUERPO EXTRAÑO EN COLÉDOCO

Laura Carballo Rodríguez

Carballo Rodríguez, Laura; Ruiz Montesinos, Inmaculada; Jiménez Agüero, Raúl;
Beguiristain Gómez, Adolfo

Hospital Universitario Donostia

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Los abscesos hepáticos secundarios a una perforación gastrointestinal por cuerpo extraño ingerido son raros, más aún si la perforación accede a través del antro gástrico a colédoco.

MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 75 años que acude por fiebre, malestar y debilidad de una semana de evolución. A la exploración presenta dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin defensa ni signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca una procalcitonina elevada y leucocitosis sin elevación de enzimas de colestasis. La TC abdominal revela múltiples abscesos hepáticos y una imagen lineal hiperdensa entre antro gástrico y cabeza pancreática que se introduce en colédoco y que sugiere un cuerpo extraño compatible con una espina (Fig. 2).

En nuestro caso teniendo en cuenta tanto el buen estado del paciente manteniéndose asintomático como su comorbilidad se opta por tratamiento conservador y seguimiento ambulatorio.

RESULTADOS:

El paciente evoluciona favorablemente sin necesidad de extracción endoscópica ni intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Los cuerpos extraños más frecuentemente encontrados en la vía biliar son aquellos utilizados durante la cirugía, procesos endoscópicos e intervencionismo, aunque también podemos encontrar restos ingeridos. Todo ello puede ocasionar la formación de cálculos o moldes en colédoco y producir ictericia o procesos infecciosos.

La mayoría de pacientes con cuerpo extraño a ese nivel se beneficia de la extracción endoscópica mediante cesta de Dormia y balón de Fogarty. Si no es posible, el procedimiento de elección es la coledocotomía quirúrgica con exploración de la vía biliar y colocación de tubo de Kher.

P33 MASA RETROPERITONEAL GIGANTE

Laura Carballo Rodríguez
Carballo Rodríguez, Laura; Ruiz Montesinos, Inmaculada; Jiménez Agüero, Raúl;
Beguiristain Gómez, Adolfo
Hospital Universitario Donostia

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Mujer de 37 años diagnosticada de tumoración retroperitoneal gigante mediante TAC (Fig.1) por presentar disconfort abdominal sin alteraciones analíticas ni a la exploración.

MÉTODOS:

Se interviene mediante laparotomía media extensa con hallazgo de una masa solido-quística de 50x30x12 cm (Fig.2). Se completa la exéresis junto con el riñón y glándula suprarrenal derecha en bloque.

RESULTADOS:

La evolución es satisfactoria siendo dada de alta a la semana.

El diagnóstico definitivo de leiomioma de tejidos profundos (leiomioma retroperitoneal) se realiza mediante el análisis anatómo-patológico sin atipias e inmunohistoquímica con expresión de marcadores musculares y receptores de estrógenos y progesterona con índice de proliferación KI67 menor del 2%.

CONCLUSIONES:

El leiomioma retroperitoneal de tejidos profundos es una patología muy poco frecuente con pocos casos descritos en la literatura que ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes o de edad media. Se trata de lesiones asintomáticas en general, lo que permite mayor tiempo de evolución y crecimiento.

El diagnóstico del leiomioma retroperitoneal es controvertido debido al tamaño de la lesión, la sintomatología compresiva y los datos sugestivos de malignidad en base a la TAC. El diagnóstico diferencial principal se realiza con el leiomiosarcoma.

P34 TUMOR DE VANEK GÁSTRICO ¿RESECCIÓN ENDOSCÓPICA O QUIRÚRGICA?

Maialen Mozo Segurado
Cotruta, Luiza; Ovejero Gómez, Victor Jacinto; Mozo Segurado, Maialen; Baldeón Cuenca, Kelly Patricia; Gutierrez Cantero, Luis Eloy; Sosa Medina, Rocio Daniela; Bermúdez García, María Victoria; Gutierrez Rúa, Amado
Hospital Sierrallana Torrelavega

INTRODUCCIÓN:

El hallazgo incidental de un pólipo gástrico durante la realización de una gastroscopia presenta una incidencia del 2%, encontrándose la mayoría de los pacientes asintomáticos. Un tamaño superior a los diez milímetros puede asociarse a dispepsia o producir sangrado. Su crecimiento podría ser causa de obstrucción pilórica, especialmente si presenta una localización antral.

Su clasificación histopatológica resulta variable aunque los más frecuentes suelen ser hiperplásicos, de glándulas fúndicas y adenomatosos.

Se presenta el caso de una paciente con un pólipo gástrico gigante cuyas condiciones locales impidieron una resolución endoscópica en favor de una intervención quirúrgica mínimamente agresiva.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

CASO CLÍNICO:

Mujer de 65 años intervenida para colectomía subtotal seguida de adyuvancia por proceso neoproliferativo que presentó clínica de reflujo gastroesofágico y estudio de anemia crónica durante el cual presentó epigastralgia y vómitos esporádicos.

En una gastroscopia se visualizó un gran pólipo en la cara anterior de la transición antro-cuerpo gástrica y extensa implantación que se introducía hasta la primera rodilla duodenal. La eco-endoscopia informó de homogeneidad de la lesión sin hipervascularización y su biopsia fue informada de pólipo fibroide inflamatorio. El resto de estudios complementarios descartaron otros hallazgos de naturaleza neoplásica.

Sus características locales impidieron su extirpación endoscópica a pesar de conseguir una adecuada movilización resultando necesaria su resección quirúrgica a partir de una gastrostomía, que confirmó la naturaleza de la lesión.

DISCUSIÓN:

El tumor de Vanek ó pólipo fibroide inflamatorio es un tumor mesenquimatoso benigno no encapsulado de origen submucoso con localización habitual en el estómago aunque también ha sido descrito en la unión esófago-gástrica, duodeno e intestino delgado.

P35 FUGA EN ESTÓMAGO DESFUNCIONALIZADO POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL TRAS HEMOBEZOAR EN ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL DE BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Lucía Granero Peiró

Granero Peiró, Lucía; Ocaña García, Sira; Tuero Ojanguren, Carlota; Ahechu Garayoa, Patricia; Esteban Gordillo, Sara; Valentí Azcarate, Víctor; Zozaya Larequi, Gabriel; Hernández Lizoáin, Jose Luis

Departamento de Cirugía General. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España

Una causa muy poco frecuente de obstrucción de la luz intestinal en el postoperatorio inmediato tras BGYRL es la formación de coágulos por sangrado; hecho que se conoce como hemo bezoar.

Presentamos el caso de una mujer de 44 años con IMC de 43 kg/m² y con síndrome metabólico asociado, intervenida en nuestro centro realizándose un BGYRL. La paciente debuta a las 12 h postoperatorias con un cuadro de taquicardia, mareo y náuseas. En analítica destaca el drenaje abdominal. Se realiza angio-TAC abdominal apreciándose sangrado activo a nivel del pie de asa que condiciona una dilatación retrógrada de asa bilio-pancrática (figura). Mediante cateterización selectiva y embolización de la rama yeyunal sangrante cede el sangrado activo, pero a las 24 horas del procedimiento la paciente presenta dolor súbito en hipocondrio izquierdo, contenido sucio en drenaje perianastomosis gástrica y taquicardia. En nuevo TAC abdominal se aprecia fuga de contenido gástrico en línea de grapado de estómago desfuncionalizado por lo que se realiza laparoscopia de urgencia procediendo al cierre de la fuga.

La estrategia en estos pacientes consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz mediante TAC abdominal y laparoscopia de urgencia para gastrostomía descompresiva y aspiración de los coágulos en la anastomosis yeyuno-yeyunal.

Sesión de pósters 10

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dra. Mónica Elías Aldama

P36 NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO EN EVENTRACIÓN GIGANTE

Luis Eloy Gutiérrez Cantero

Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Sosa Medina, Rocío Daniela; Cotruta, Luiza; Mozo Segurado, Maialen; Ruiz Gómez, José Luis; Bolado Oria, María; Gonzalo Gonzalez, Rubén; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital Universitario Sierrallana; Hospital Tresmares

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Eventroplastia practicada en un paciente con una eventración subcostal gigante. Ante grandes defectos de pared o en pacientes con alto riesgo quirúrgico, el neumoperitoneo preoperatorio permite la adaptación de la cavidad abdominal de forma progresiva, disminuyendo las complicaciones cardiorrespiratorias en el postoperatorio inmediato.

MÉTODOS:

Paciente con gran defecto de pared subcostal derecho, de 18 cm, como resultado de laparotomía subcostal previa. Se practicó neumoperitoneo preoperatorio en régimen hospitalario durante 2 semanas, para posteriormente realizar la eventroplastia mediante doble reparación protésica.

RESULTADOS:

En régimen hospitalario, se introdujo sonda de Foley en la cavidad peritoneal, bajo anestesia general y sedación, mediante la cual se insuflaron 15 L de aire ambiental de forma progresiva, a razón de 1 L al día durante 2 semanas, donde los requerimientos de analgesia sólo fueron necesarios en los primeros días. Posteriormente se realizó un estudio minucioso del volumen visceral contenido en la eventración, de 6 L, y del volumen generado por el neumoperitoneo en la cavidad abdominal, de aproximadamente 8,5 L. A continuación se llevó a cabo la eventroplastia, empleando la técnica de la doble reparación protésica según Moreno-Egea, empleando una malla intra-abdominal de titanio y otra malla supra-aponeurótica. Tras la cirugía el paciente evoluciona de forma favorable, sin registrarse incidencias, dándose de alta a los 7 días.

CONCLUSIONES:

La aplicación de neumoperitoneo preoperatorio demanda un seguimiento estrecho del paciente durante los primeros días, y un control analgésico adecuado. Sin embargo, tras la introducción de 3 L, los requerimientos de analgesia son mínimos, lo que permitiría continuar el proceso de adaptación de forma ambulatoria. La combinación de esta técnica con una eventroplastia con doble reparación protésica permite una mayor escisión de piel y un menor empleo de material protésico, con lo que se consigue un efecto estético superior.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P37 COSTES DEL PROCESO QUIRÚRGICO DE LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

Luis Eloy Gutiérrez Cantero

Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Cagigas Lanza, Juan Carlos; Ruiz Gómez, José Luis; Bolado Oria, María; Gonzalo González, Rubén; Cagigas Roecker, Pablo; Mozo Segurado, Maialen; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital Universitario Sierrallana; Hospital Tresmares; Hospital de Cruces

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Se realiza un estudio comparativo en los años 2012 al 2014, auditando el coste obtenido por contabilidad analítica en los tres hospitales del Servicio Cántabro de Salud; los precios pactados con los hospitales concertados y los precios publicados en la orden de precios del BOC.

MÉTODOS:

Se analiza la estimación del coste por proceso en el Hospital Valdecilla, de nivel III, Hospital Sierrallana, de nivel II y Hospital de Laredo, nivel I. Se obtiene el coste medio de todos los pacientes dados de alta en un determinado grupo relacionado con el diagnóstico, código 162 de la hernia inguinal.

RESULTADOS:

Se observa menor coste en cirugía mayor ambulatoria que con ingreso. El coste desde el año 2012 al 2014 es progresivo, tanto en la hospitalización como de la CMA. Durante el año 2014 el Hospital Valdecilla sigue teniendo más coste en cirugía de la hernia inguinal (1286,90) que la prevista en la orden de precios (932,65€). El GRD 162 presenta un coste en el 2012-2014 desde 1158,62/1207,82/1286,90 (III), 728,78/472,91/680,90 (II) y 1120,36/1007,29/1018,09 (I) euros en CMA, respectivamente. El GRD 162 presenta un coste en el 2012-2013 en el ingreso, desde 2336,96/2734 (III), 1574,17/1881,78 (II) y 2251,35/1835,76 (I) euros respectivamente.

CONCLUSIONES:

Los hospitales de nivel I y II son más baratos que el hospital nivel III para realizar CMA de la hernia inguinal. Sólo el hospital comarcal de nivel II es más barato que los concertados y la orden de precios (680,90€), por lo que es el más idóneo para la Comunidad de Cantabria en coste-efectividad.

P38 APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR, UNA RAREZA CLÍNICA

M. Antonia de Andrés Fuertes

de Andrés Fuertes, M. Antonia; Regaño Diez, Sara; Conty Serrano, Jose Luis; Tapia Concha, Sergio; Echevarria San Sebastian, Roberto; Cayón Hoyo, Diaz Pérez; Diaz Pérez, Ainhoa; Cobo Martin, Marta

Hospital de Laredo

INTRODUCCIÓN:

La Apendicitis Aguda del Muñón (AAM) es una inflamación del apéndice residual, y una de las complicaciones raras postapendicectomía. Su incidencia está infradocumentada en la literatura y, puede suceder tanto en apendicectomías abiertas, como en laparoscópicas.

CASO CLÍNICO:

Varón de 27 años operado en la infancia de Apendicitis por vía abierta. Debuta con un cuadro de dolor en FID con fiebre y dolor con defensa y peritonismo local a la exploración. Analítica: leucocitosis leve y PCR: 5.6. ECO/TAC abdominal: cambios inflamatorios pericecales, engrosamiento de la grasa y líquido libre local, asociado a una imagen hipercaptante compatible con Apendicitis de muñón apendicular residual. Se interviene de urgencia, vía McBurney derecho sobre cicatriz previa y se comprueba la existencia del muñón apendicular de 2 cm englobado en el plastrón cecal; se realiza Apendicectomía del muñón apendicular residual. Alta al 5º día sin complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN:

La etiopatogenia de la AAM se asocia a la insuficiente invaginación del muñón apendicular, el frecuente abordaje laparoscópico, apendicectomías complicadas inicialmente o remanente apendicular excesivamente largo. Típicamente, los pacientes tienen una presentación clínica similar a la AA, no obstante, debido a la cirugía previa, su diagnóstico es difícil y se retrasa, aumentando el índice de comorbilidades. Para este cometido, tanto la ECO como el TAC abdominales, ayudan en el diagnóstico precoz. La incidencia de la AAM se puede minimizar localizando efectivamente la base apendicular y abandonando un muñón menor de 3 mm. No existe una correlación entre ligadura simple o invaginación del muñón con la AAM. Se debe considerar la AAM en el diagnóstico diferencial de la FID aguda, incluso en pacientes apendicectomizados. Imágenes de cirugía y TAC se aportarán en la presentación del poster por falta de espacio.

P39 GENOTIPOS DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO EN CIRUGÍA PROCTOLÓGICA DE NUESTRO ÁREA

M. ANTONIA DE ANDRÉS FUERTES

de Andrés Fuertes, M. Antonia; Regaño Diez, Sara; Conty Serrano, Jose Luis; Diaz Pérez, Ainhoa; Cobo Martin, Marta; Fernandez-Abascal Puente, Angel; Gil Piedra, Francisco

Hospital de Laredo (Cantabria)

INTRODUCCIÓN:

La infección por VPH es considerada la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. Existen 200 subtipos, 45 infectarían el epitelio anogenital. El papel oncogénico del VPH en el origen de lesiones premalignas y malignas anales está bien demostrado, existiendo una elevada prevalencia del DNA de VPH en el 95% de Neoplasias Intraepiteliales Anales (NIA) y 88% de carcinoma de células escamosas (SCC) anales. Debemos considerar para su desarrollo otros factores de riesgo como sexo anorreceptivo, promiscuidad, VIH, antecedente de CIN/VIN en mujeres. Estos factores de riesgo facilitarían la infección por ciertos HR-VPH (High Risk).

OBJETIVO:

Análisis de los diferentes tipos de VPH hallados en piezas quirúrgicas de cirugía proctológica (lesiones sospechosas y piezas macroscópicamente normales) y correlacionarlos con los grupos de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se reconocen dos grupos de VPH implicados en el desarrollo de NIA y carcinoma escamoso anal (SCC): HR-VPH: 16 (85%), 18 (2º más frecuente), 31, 31, 35, 39 (asociado a VIH, drogas iv), 45, 51, 52, 56, 58 (asociado a inmunosupresión) y LR-VPH: 6, 11, 42, 43, 44. Realizamos

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

un análisis retrospectivo del último año de las piezas quirúrgicas de proctología (patológicas y normales) y analizamos el genotipo del VPH, encuadrándolo en el grupo de riesgo, correlacionándolo con el resto de factores de riesgo,

RESULTADOS:

Del total de piezas estudiadas, 5,3% (10/53) fueron patológicas; de ellas, el 82% eran positivas, para el grupo de HR-VPH (genotipos 16 y 18 los más frecuentes), 9% para LR-VPH. Ningún caso asociado a VIH y uno con antecedente de VPH cérvix. El 9,4% (5/53) eran NIA en piezas macroscópicamente normales.

CONCLUSIONES:

Los programas de cribado y de vacunación de HR-VPH podrían ser un objetivo clave para disminuir la población de riesgo a desarrollar carcinomas anales. Gráfico se aportará en poster.

P40 NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL EN HEMORROIDECTOMÍAS MACROSCÓPICAMENTE NORMALES: AUMENTO DE SU INCIDENCIA EN NUESTRO ÁREA

M. Antonia de Andrés Fuertes

de Andrés Fuertes, M. Antonia; Regaño Diez, Sara; Conty Serrano, Jose Luis; Tapia Concha, Sergio; Cobo Martin, Marta; Diaz Pérez, Ainhoa; Fernandez-Abascal Puente, Angel; Gil Piedra, Francisco
Hospital de Laredo

ANTECEDENTES:

El estudio anatomopatológico rutinario de piezas de hemorroidectomía es un tema controvertido. El cáncer anal ha aumentado su incidencia en las últimas décadas. La Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA) es la lesión premaligna que puede progresar a carcinoma anal de células escamosas, similar a las lesiones precursoras de carcinoma de cérvix, vulva y vagina. La prevalencia de NIA en piezas de hemorroidectomía macroscópicamente normales recogida en diferentes estudios no es desdeñable (3,2% de NIA con High Risk-NIA: 2,5%).

OBJETIVO:

Determinar la incidencia de NIA en nuestro centro con el fin de valorar la justificación del análisis rutinario de todas las piezas de hemorroidectomía y plantear la asociación con determinados factores que parecen influir en el incremento de su incidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Habiendo constatado un aumento de casos de NIA en piezas de hemorroidectomía macroscópicamente normales hemos revisado retrospectivamente todas hemorroidectomías realizadas el último año.

RESULTADOS:

En nuestro centro, la cifra de incidencia NIA inadvertidas del último año alcanza el 9,4%, triplicando los valores de referencia.

CONCLUSIÓN:

Creemos necesario el estudio rutinario de todas las piezas de hemorroidectomía a estudio anatomopatológico. Probablemente sean también necesarios estudios complementarios de

Libro de Comunicaciones

VPH e Inmunohistoquímica (p53 y p16). Señalamos los factores que podrían explicar el aumento de las lesiones incidentales de NIA detectadas:

- Mayor edad media
- Aumento de supervivencia de pacientes VIH
- Aumento de la población infectada por VPH
- Aumento relaciones sexuales (HSH, sexo anorreceptivo, > 10 parejas)
- Mayor conocimiento e interés de la comunidad científica.
- "Mimickers" o fasos positivos por metaplasia inmadura o cambios reactivos.

Por falta de espacio, se aportarán imágenes en la presentación del poster.

Sesión de pósters 7

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dra. Begoña Oronoz Martínez

P41 HERNIA INTERNA TRAS BYPASS BILIOPANCREÁTICO LAPAROSCÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Cañón Lara

Cañón Lara, Marta; Castillo Criado, Álvaro; Magadán Álvarez, Cristina; Toledo Martínez, Enrique; García Cardo, Juan; Castaneda Bezanilla, Sonia; Perea Muñoz, Rodrigo; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HUMV

INTRODUCCIÓN:

Los cuadros obstructivos tras cirugía bariátrica tienen diferente comportamiento según se trate de una técnica restrictiva o derivativa. Las obstrucciones tras cirugía derivativa exigen una sospecha precoz a pesar de la ausencia de sintomatología. Pueden ser secundarios a bridas, pero más frecuentemente a hernias internas. Suelen presentarse de forma diferida, tras pérdida de peso y con o sin vómitos, si se hernia el asa biliopancreática. Su diagnóstico se realiza mediante TC, siendo el signo del remolino el de mayor valor predictivo y su tratamiento es quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos a una mujer de 34 años, con bypass biliopancreático y posteriormente colecistectomía, ambos laparoscópicos. Presenta cuadro de unas 24 horas de evolución de vómitos y ausencia de tránsito junto a dolor abdominal. A la exploración no signos de peritonismo, ni hernias de pared evidentes. Dados los antecedentes, a pesar de normalidad analítica, se solicita TC abdominal. En TC se observa dilatación de ileon con imagen de miga de pan, compatible con obstrucción intestinal secundaria a hernia interna/brida. Dados los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente donde se observa hernia interna en asa cerrada con segmento de ileon del asa alimenticia que se introduce bajo el pie de asa de la Y

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

de Roux, en el defecto mesentérico creado; además divertículo de Meckel no complicado. Se reduce la misma y se realiza cierre del meso.

RESULTADOS:

La paciente presenta buena evolución postoperatoria tolerando a las 24h y siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico y tratamiento precoz de la hernia interna evitan consecuencias irreversibles como la resección intestinal extensa o incluso la muerte por shock séptico. La clínica inespecífica no debe alejarnos de la sospecha diagnóstica. No es recomendable el tratamiento conservador dada la baja incidencia de bridas y el rápido deterioro de estos pacientes.

P42 RECTORRAGIAS COMO PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA NO HODGKIN ILEO-CECAL

MAIALEN MOZO SEGURADO

Mozo Segurado, Maialen; Gonzalo González, Rubén; Sosa Medina, Rocio Daniela; Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Cotruta, Luiza; Bolado Oria, María; Ruiz Gómez, ose Luis; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

El colon es el lugar de aparición menos frecuente de los linfomas gastrointestinales primarios (0,16-1,2%). El objetivo es dar a conocer un caso de presentación inusual de linfoma no Hodgkin ileocecal.

Mujer de 89 años con antecedentes de estenosis aórtica severa e insuficiencia mitral moderada, acude a urgencias por rectorragias sin otra clínica asociada. A la exploración se apreciaba palidez mucocutánea y el abdomen era anodino. La analítica presentaba anemia únicamente. La TC abdominopélvica evidenció ganglios mesentéricos inespecíficos sin otros hallazgos. La colonoscopia mostró una neoformación vegetante a nivel cecal (biopsia: carcinoma pobremente diferenciado) por lo que, se realizó una hemicolectomía derecha. La anatomía patológica e inmunohistoquímica definitiva fue diagnóstica de linfoma difuso de células grandes (fenotipo B) sin afectación linfática. El postoperatorio cursó sin complicaciones recibiendo posteriormente quimioterapia adyuvante.

Los linfomas gastrointestinales primarios son raros (1-4%). El ciego es la parte del colon más afectada y los tipos más comunes son el linfoma difuso de células grandes de tipo B y el linfoma de Burkitt. El debut es inespecífico, con sangrado gastrointestinal oculto en heces (57%), dolor abdominal, pérdida de peso y cambios del ritmo intestinal. La obstrucción, perforación e intususcepción intestinal son infrecuentes, pero deben tenerse en cuenta. El diagnóstico definitivo es histológico, siendo la TC y la endoscopia, técnicas complementarias. La cirugía es el tratamiento de elección y la quimioterapia adyuvante suele ser necesaria. El pronóstico de los linfomas colorrectales primarios es peor que el de los gástricos y los adenocarcinomas de colon.

Los linfomas intestinales primarios son infrecuentes. La sintomatología es inespecífica, por lo que es necesaria una alta sospecha inicial. Las técnicas de imagen son clave en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico es el pilar principal, requiriendo generalmente quimioterapia adyuvante posterior. La supervivencia a los cinco años es del 27-55%.

P43 FÍSTULA PANCREÁTICA Y DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS SECUNDARIA TRAS RESECCIÓN DE TUMOR DESMOIDE ABDOMINAL

Maite Domínguez Ayala

Domínguez Ayala, Maite; Losada Docampo, Iria; Díez Del Val, Isamel; Leturio Fernandez, Saioa; Vázquez Melero, Alba; Loureiro González, Carlos; García Fernandez, Marta; Barrenetexea Asúa, Julen
Hospital Universitario Basurto

INTRODUCCIÓN:

Los tumores desmoides esporádicos de localización abdominal son infrecuentes y con alta capacidad de invasión local. Si son tumores resecables y sintomáticos, se recomienda cirugía radical. Las complicaciones posoperatorias dependerán de la extensión de la misma.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un varón de 35 años que acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal. En TAC, se identifica masa abdominal de 6 cm. en contacto con cola de páncreas, curvatura mayor de estómago, bazo y ángulo esplénico de colon. Con el diagnóstico de tumor desmoide, se propone extirpación quirúrgica electiva. Mediante abordaje subcostal izquierdo, se realiza extirpación del tumor, incluyendo curvatura mayor de estómago, resección segmentaria del ángulo esplénico del colon con anastomosis termino-terminal manual, pancreatocetomía caudal y resección segmentaria esplénica. Al tercer día posoperatorio, presenta fístula pancreática que no se consigue dirigir completamente tras colocación de drenaje guiado por ecografía. Ocho días después, coincidiendo con la retirada del drenaje, comienza con salida de material fecaloideo, por lo que se decide reintervención. Se identifica dehiscencia de anastomosis realizándose resección de ángulo esplénico y colostomía de colon transversa. A los 9 días de la reintervención, se confirma el cierre de la fístula pancreática. Es dado de alta al mes de la primera cirugía, programándose para reconstrucción del tránsito.

DISCUSIÓN:

La probabilidad de complicaciones posoperatorias en cirugías radicales será mayor si la extirpación incluye resección de varios órganos, pudiendo desencadenar una complicación secundaria a otra insuficientemente tratada.

Uno de los pilares del tratamiento de la fístula pancreática consiste en dirigirla de forma óptima para evitar complicaciones mayores y la consecuente reintervención.

En nuestro caso, consideramos que la fístula pancreática pudo ser la responsable de la dehiscencia cólica.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P44 OPCIONES TERAPÉUTICAS EN LA PARED ABDOMINAL ABIERTA DE ORIGEN NO INTENCIONADO EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ

Marta Calvo Fernández

Calvo Fernández, Marta; Landaluce Olavarria, Aitor; Ugarte Sierra, Bakarne; Alberdi San Román, Igor; De Andrés Olabarria, Unai; Del Pozo Andrés, Eneko; Portugal Porras, Vicente; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier
Hospital de Galdakao-Usansolo

INTRODUCCIÓN:

El término "pared abdominal abierta en el postoperatorio precoz" hace alusión a la separación de las capas de la pared abdominal que ocurren durante las horas o días posteriores a una laparotomía. Puede ser intencionada o no intencionada.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente de 51 años que es sometido a una operación de Hartmann urgente por una diverticulitis aguda perforada. Como antecedentes: IMC 43, HTA y EPOC.

En el postoperatorio el paciente se encuentra estable, con mejoría de los parámetros sépticos y colostomía funcionante. Sin embargo, padece febrícula persistente y drenaje serohemático a través de la herida quirúrgica. El 11º día p.o. se objetiva una apertura de la pared abdominal no intencionada con exposición del epiplón a través de la herida y es llevado a quirófano. Allí se observa una separación de bordes de 12 cm. Se decide colocar un sistema de terapia negativa (Renasys Smith & Nephew) asociado a una malla de retracción. El paciente se somete a cambios periódicos del sistema de terapia negativa con plicatura progresiva de la malla para disminuir la distancia entre bordes y facilitar el cierre definitivo de la pared abdominal.

RESULTADOS:

Finalmente se consigue una separación máxima de 5 cm. Se decide colocar una malla de Vycril intraperitoneal fijada a peritoneo y mantener la malla de retracción. El gran espacio suprafascial resultante es tratado con un sistema de presión negativa para disminuir el riesgo de seromas e infecciones de pared. El paciente es dado de alta el 43º día de ingreso, pendiente de una futura cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal.

DISCUSIÓN:

El tratamiento ideal de esta entidad es el cierre primario precoz. En los casos en los que no es posible, se opta por el tratamiento con sistema de presión negativa asociando o no una malla de retracción. La duda surge sobre cuándo optar por una u otra opción. Nuestro grupo utiliza terapia de presión negativa con malla de retracción cuando la separación de bordes es >10 cm, ya que en estos casos la terapia negativa sola no va a posibilitar el cierre definitivo de pared. Con esta técnica conseguimos una reducción del 50% del defecto.

P45 FÍSTULA YEYUNAL A ARTERIA ESPLÉNICA EN PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS EXPANSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Cañón Lara

Cañón Lara, Marta 1; del Castillo Criado, Álvaro 1; Toledo Martínez, Enrique 1; Magadán Álvarez, Cristina 1; Crespo del Pozo, Juan 2; González Noriega, Mónica 1; Fernández Santiago, Roberto 1; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos 1

1 Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HUMV

2 Servicio de Radiodiagnóstico. HUMV

INTRODUCCIÓN:

Las prótesis esofágicas de colocación endoscópica son una de las opciones terapéuticas más utilizadas en estenosis benignas, cuando otras opciones como la dilatación no son suficiente. Existen prótesis metálicas y no metálicas, dentro de las metálicas cubiertas, parcialmente cubiertas o no cubiertas, con menor o mayor grado de integración en el tejido respectivamente. Las prótesis metálicas no recubiertas se reservan para procesos malignos por su dificultad para su extracción. En los procesos benignos suelen colocarse prótesis cubiertas, retiradas posteriormente.

CASO CLÍNICO:

Varón de 70 años con antecedentes de disfagia por estenosis de anastomosis esofagoyeyunal tras gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico en 2008. Se han colocado y retirado varias prótesis endoscópicas y realizado dilataciones en distintos centros. Una de las prótesis (metálica no recubierta) permanece desde hace años. Ingresa en Cuidados Intensivos por shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta, se realiza endoscopia con control hemostático. Como antecedentes varios episodios de hematemesis. Revisando pruebas de imagen y se constata fístula entre la arteria esplénica y la zona distal de la prótesis que no se evidenciaba en TC previo. Se decide revisión quirúrgica con ligadura de la arteria esplénica en el origen y distal a yeyuno, y esplenectomía. En el postoperatorio fístula pancreática que maneja conservadoramente y neumonía con buena respuesta a tratamiento antibiótico. Alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN:

Las principales complicaciones de las prótesis expansibles son entre otras, la migración, la hematemesis, la integración de la misma, y en ocasiones fístulas vasculares secundarias. No deben dejarse prótesis no recubiertas durante tiempo prolongado por el riesgo que conlleva. Las fístulas aortoentéricas, o sus variantes como en este caso, son patologías poco frecuentes pero con importante morbimortalidad. Es importante la sospecha clínica ante un sangrado "centinela" y la actuación precoz puede ser la clave para evitar una hemorragia masiva y disminuir la mortalidad.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

Sesión de pósters 4

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dr. Luis Alberto Magrachs Barcenilla

P46 DESAFIO QUIRURGICO: MANEJO DE PERFORACION ESOFAGICA

MARTA GONZALEZ ANDALUZ

GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; TRUGEDA CARRERA, MARIA SOLEDAD;
FERNANDEZ DIAZ, MARIA JOSE; TERAN LANTARON, ALVARO; PEREA MUÑOZ,
RODRIGO; LOPEZ USEROS, ANTONIO; GUTIERREZ FERNANDEZ, GONZALO;
RODRIGUEZ SANJUAN

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA; UNIVERSIDAD DE
CANTABRIA

INTRODUCCIÓN:

La perforación esofágica, a día de hoy, continúa siendo un gran desafío clínico, ya que exige una alta sospecha diagnóstica, un juicio clínico excelente y un manejo adecuado.

OBJETIVO:

Presentar caso clínico, así como diagnóstico, manejo y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, que consulta a Urgencias por dolor epigástrico y retroesternal siendo diagnosticada de hernia de hiato por clínica e imagen radiológica compatible. Vuelve 5 días más tarde por empeoramiento del dolor retroesternal que ahora se irradia a hemitórax derecho, de características pleuríticas. Ante la sospecha de TEP se realiza angioTAC que descarta el mismo pero detecta imagen compatible con absceso paraesofágico, disrupción esofágica distal y derrame pleural bilateral. Se decide traslado a hospital de referencia.

RESULTADOS:

A su llegada la paciente permanece estable por lo que se decide tratamiento conservador de inicio y drenaje del absceso mediastínico transesofágico a través de la propia perforación mediante gastroscopia. Evolución tórpida que precisa de drenaje torácico, sin conseguir mejoría. Se realiza drenaje quirúrgico y desbridamiento, precisando ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Dado que no se evidencia mejoría franca, se decide realizar, una semana después, esofagectomía total con anastomosis cervical. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo alta a los 13 días tras completar pauta antibiótica.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de las perforaciones esofágicas aún es controversial. Independiente de la modalidad del tratamiento, los objetivos son: prevenir y detener la filtración, eliminar y controlar la infección, mantener el estado nutricional del paciente y restaurar la integridad y continuidad del tracto digestivo.

P47 VOLVULACIÓN EPISODICA DE HERNIA DE HIATO EN PACIENTE ANCIANO

MARTA GONZALEZ ANDALUZ

GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; TRUGEDA CARRERA, MARIA SOLEDAD; FERNANDEZ DIAZ, MARIA JOSE; PEREA MUÑOZ, RODRIGO; LOPEZ USEROS, ANTONIO; GUTIERREZ FERNANDEZ, GONZALO; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA; UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

INTRODUCCIÓN:

La hernia hiatal gigante con estómago intratorácico es una enfermedad poco frecuente. Suele ocurrir con mas frecuencia en pacientes añosos y obesos. Habitualmente estas hernias se asocian a rotación gástrica órgano-axial, y pueden presentar complicaciones como vólvulo, perforación u obstrucción gástrica. Objetivo: Presentar manejo en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 85 años con antecedentes de esquizofrenia, esofagitis péptica, hernia de hiato intervenida en 1995 (funduplicatura tipo Nissen + malla hiatal), que acude a urgencias por vómitos.

RESULTADOS:

Se realiza TAC toraco-abdominal que evidencia hernia de hiato gigante, volvulada, sin datos de sufrimiento. Se coloca SNG, consiguiendo la desvolvulación. Posteriormente el paciente inicia tolerancia y es dado de alta. Reingresa a los pocos días por cuadro similar, por lo que se decide programar cirugía, realizándose reducción de la hernia, cierre de pilares y gastropexia. El paciente cursa un postoperatorio sin incidencias, siendo alta con buena tolerancia a dieta blanda.

CONCLUSIONES:

Habitualmente las hernias hiatales contienen sólo la porción proximal del estómago, pero en ocasiones el estómago completo puede herniarse hacia el tórax. El tratamiento de los pacientes sintomáticos con hernia hiatal gigante con estómago intratorácico es quirúrgico. En caso de complicaciones, como vólvulo, obstrucción o perforación, la cirugía debe ser de urgencia.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P48 MIGRACION DE ENDOPROTESIS: UNA COMPLICACIÓN FRECUENTE

MARTA GONZALEZ ANDALUZ

GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; LOPEZ USEROS, ANTONIO; TRUGEDA CARRERA,
MARIA SOLEDAD; FERNANDEZ DIAZ, MARIA JOSE; GUTIERREZ FERNANDEZ,
GONZALO; PEREA MUÑOZ, RODRIGO; MORALES GARCIA, DIETER; RODRIGUEZ
SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA; UNIVERSIDAD DE
CANTABRIA

INTRODUCCIÓN:

La utilización de prótesis en territorio esófago-gastro-yeyunal tiene un papel fundamental cuando surgen complicaciones, tanto en estenosis como en fugas anastomóticas, evidenciando una reintervención, aunque no están exentas de complicaciones.

OBJETIVO:

Presentar dos casos clínicos con endoprótesis migrada.

CASOS CLÍNICOS:

Mujer de 77 años intervenida de neoformación gástrica con anastomosis esofagoyeyunal que como complicación presentó estenosis de la misma. Se coloca endoprótesis esofagoyeyunal, sin complicaciones iniciales. Reingresa un mes más tarde por dolor abdominal y vómitos, evidenciándose prótesis migrada. Tras retirada endoscópica de la misma la evolución es tórpida, evidenciándose en TAC de control microperforación que se trató de forma conservadora con buena respuesta.

Mujer de 35 años a la que se le realizó gastrectomía tubular por obesidad mórbida con buena pérdida de peso. Por reflujo gastroesofágico intenso se decide convertir a by-pass gástrico. En el postoperatorio inmediato presenta fistula gastroyeyunal bien tolerada, por lo que se decide colocar endoprótesis. Reingresa 10 días más tarde por dolor abdominal y clínica obstructiva, evidenciándose migración de prótesis. Se procede a la retirada endoscópica de la misma, siendo imposible, por lo que se decide retirar de forma quirúrgica. El postoperatorio cursó sin incidencias.

CONCLUSIONES:

Las endoprótesis digestivas son una herramienta útil para el cirujano, pero su uso no está exento de complicaciones, produciéndose la migración hasta en el 30% de los casos.

P49 ROTURA ESPLÉNICA DIFERIDA TRAS COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

MELANIA GONZALEZ DE MIGUEL

GONZALEZ DE MIGUEL, MELANIA; ROCA DOMINGUEZ, MARIA BEGOÑA; GALAN RIVERA, MARIA DOLORES; DOMINGUEZ AYALA, MAITE; OCHOA VILLALABEITIA, BEGOÑA TERESA; VAZQUEZ MELERO, ALBA; GARCIA HERRERO, SILVIA; MORO DELGADO, ANA

Hospital Universitario Basurto

INTRODUCCIÓN:

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento complejo e invasivo, asociado a las tasas más altas de complicaciones de todos los procesos endoscópicos. Las más habituales son pancreatitis, hemorragia postesfinterotomía y perforación duodenal.

La rotura esplénica constituye una complicación rara, con tan solo 12 casos publicados en la literatura. El mecanismo de lesión parece estar en relación con la rotación excesiva de la curvatura mayor gástrica, lo que produce tracción del ligamento gastroesplénico y avulsión de vasos o cápsula esplénicos.

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, sobre todo cuando los síntomas aparecen días después del procedimiento. La TC constituye la prueba diagnóstica de elección, y el tratamiento dependerá del grado de lesión y estado hemodinámico del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 72 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada y fibrilación auricular en tratamiento con rivaroxaban. Acude al servicio de urgencias por cuadro de colecistitis aguda, motivo por el que es intervenida de urgencia, realizando colecistectomía laparoscópica. En el postoperatorio, presenta fístula biliar de alto débito, por lo que se decide realizar CPRE, en la que se objetiva un conducto cístico de implantación baja, sin objetivar clara fuga de contraste, pese a lo cual, se coloca prótesis cubierta autoexpandible. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a domicilio. Nueve días después, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y defensa generalizada. Se realiza TC abdominopélvico que pone de manifiesto un hematoma subcapsular esplénico de 13 x 11 x 12cm, distorsión de arquitectura del bazo compatible con rotura y sangrado activo, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente, realizando esplenectomía.

P50 EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL TRAS HISTERECTOMÍA REALIZADA HACE 31 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mikel Osorio Capitán

Osorio Capitán, Mikel; Rose, Steffen; Saralegui, Yolanda

Hospital Universitario Donostia

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La dehiscencia de la cúpula vaginal tras histerectomía es un evento poco frecuente. Existe escasa literatura al respecto, sin poder estimarse su verdadera incidencia, síntomas ni reparación quirúrgica idónea. Presentamos un caso clínico con evisceración transvaginal a través de dehiscencia de la cúpula vaginal, tras 31 años de histerectomía abdominal.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

CASO CLÍNICO:

Mujer de 81 años por evisceración transvaginal. La exploración revela un orificio de evisceración que se comporta como anillo estenótico. El ápex vaginal se encontraba en su sitio manteniendo integro el nivel 1 de Lancey. No se hallan otras alteraciones anatómicas del suelo pélvico, ni signos de traumatismo. Se realiza ampliación del orificio herniario hacia ambos laterales para poder reducir las asas de intestino delgado, reduciéndolas hacia el abdomen tras comprobación de su viabilidad. Posteriormente se realizó incisión trasversal en el introito vaginal, tunelización de la pared vaginal, colpotomía posterior, disección roma del espacio rectovaginal, disección cortante lateral de la mucosa vaginal, plicatura de la fascia perirrectal y cierre de pared vaginal con sutura continua. La evolución es favorable, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN:

Elegir un abordaje quirúrgico para la reparación de la dehiscencia de la cúpula vaginal depende de la condición del paciente y la experiencia del cirujano. Según lo referido en la bibliografía, para las mujeres estables con una pequeña evisceración aparentemente sana, se puede optar por reducción vaginal del intestino eviscerado; siempre y cuando no haya signos de peritonitis o lesión intestinal. En nuestro caso se realizó una reparación por vía vaginal. Al alta y tras ser citada a las 5 semanas de la cirugía, la paciente mostró una evolución clínica favorable, con tránsito intestinal restituido y con buena cicatrización de la pared vaginal y sin descenso del ápex vaginal en la exploración ginecológica.

Sesión de pósters 12

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dr. Jose Luís Conty Serrano

P51 ABDOMEN AGUDO POR NEOPLASIA MUCINOSA DE PÁNCREAS COMPLICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia Pérez Serrano

Pérez Serrano, Natalia; Redondo Expósito, Aitor; Rodríguez Pérez, Ana; Fernández Marzo, Ivan

Hospital San Pedro Logroño

Exponemos el caso de una paciente de 50 años en estudio por tumoración retroperitoneal izquierda que ingresa por dolor abdominal y fiebre de varios días de evolución, a raíz de la realización de ecoendoscopia. Se realiza analítica que demuestra elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se instaura antibioterapia de amplio espectro y se realiza TAC abdominal que demuestra aumento de tamaño de masa retroperitoneal izquierda sin signos de complicación. A las 24 horas del ingreso, la paciente comienza con empeoramiento brusco del dolor abdominal, distensión y defensa por lo que se decide intervención quirúrgica de urgencia. En la intervención se objetivó peritonitis purulenta asociada a tumoración quística de páncreas adherida y perforada que drena contenido intraquístico. Se realizó exéresis de tumoración, drenaje y lavados de la cavidad.

Las neoplasias quísticas mucinosas son más frecuentes en mujeres, alrededor de la quinta década de la vida y situadas en cuerpo y cola de páncreas. Las pruebas de imagen pueden no ser capaces de distinguir entre neoplasias quísticas mucinosas benignas y malignas por lo que la ecoendoscopia y análisis del líquido del quiste desempeñan un papel importante, aunque en

muchas ocasiones es el análisis de la pieza quirúrgica la única manera de distinguirlas. En nuestro caso, la anatomía patológica describió un cistoadenoma mucinoso con intensa inflamación sobreañadida, sin signos de malignidad. La resección pancreática es el tratamiento estándar, siendo ésta curativa en caso de no detectarse malignidad.

P52 INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO SIN CLÍNICA OBSTRUCTIVA Y REVISIÓN DE ESTA ENTIDAD EN LA LITERATURA MÉDICA

NURIA PILAR JUAN DOMINGUEZ

Juan Domínguez, Nuria Pilar; García López de Goicoechea, David; Etxart Lopetegi, Ane; Siebel Hermida, Paula; Camuera González, Maite; Bustamante Mosquera, Ruth; Herrero López, Imanol; Echenagusia Serrats, Víctor
HOSPITAL UNIVERSITARIO ÁLAVA

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer 22 años con antecedentes personales: endometriosis ovario derecho, en tratamiento con EVRA.

Acude a urgencias por dolor abdominal infraumbilical cólico y abundante meteorismo de 4 días de evolución.

Exploración física: Estabilidad hemodinámica, afebril.

Masa en cuadrante umbilical doloroso, sin defensa ni peritonismo.

Analítica y Rx abdomen normales.

TAC: imagen de invaginación intestinal a partir de FID de aproximadamente 15 cm de intestino delgado a colon y posible endometrioma como cabeza de invaginación. No signos de obstrucción. Tras mejoría de la clínica y permanecer asintomática en observación, se decide estudio ambulatorio y cirugía diferida. La paciente acude de nuevo a urgencias a las 48 horas por persistencia del dolor siendo intervenida de urgencia realizándose una hemicolectomía derecha, y hallándose masa en ciego y colon ascendente cuya anatomía patológica plantea diversos diagnósticos diferenciales. Postoperatorio sin complicaciones.

Revisión de la invaginación intestinal en el adulto:

Entidad infrecuente, representan el 1-5% de causas de obstrucción intestinal en adultos. El 90% de las invaginaciones son secundarias a causas patológicas, aunque estudios más recientes demostraron que la mayoría de las mismas son transitorias y en el intestino delgado.

- Fisiopatología y manifestaciones clínicas:

Suelen hallarse en la unión de los segmentos libres con segmentos fijos del tracto digestivo. Frecuente manifestación con síntomas inespecíficos crónicos o subagudos. La presencia o no de puntos guías, pueden condicionar la clínica.

- Clasificación y etiologías más frecuentes.

- Descripción de hallazgos imagenológicos.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P53 HERNIA INGUINAL: UNA EXTRAÑA FORMA DE PRESENTACIÓN DE METÁSTASIS PANCREÁTICA

Patricia Alonso Carnicero

Alonso Carnicero, Patricia; Rebollo García, Antonio; Múgica Marquiegui, Fernando; Basterra Bergareche, Gabriel; Alonso Calderon, Eva; Fernández Cepedal, Lara; Fernandez Gómez-Cruzadol, Laura; Colina Alonso, Alberto
Hospital Universitario de Cruces

INTRODUCCIÓN:

La aparición de carcinomas en hernias inguinales es una entidad rara, con una incidencia variable, entre un 0,07% y 0,5%. El diagnóstico de una enfermedad neoplásica tras el hallazgo de células malignas en un saco herniario es algo muy poco habitual. En un estudio que revisa un total de 3117 herniorrafias, solo en 3 pacientes sin antecedente neoplásico se objetivaron células tumorales en el estudio histológico. La detección de un carcinoma de forma primaria en una hernia representa un signo de mal pronóstico, ya que indica una enfermedad diseminada.

OBJETIVO:

Valorar la importancia del análisis anatomopatológico de los sacos herniarios, incluso en pacientes sin enfermedad neoplásica de base.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón que debuta con dolor en mesogastrio y tumoración inguinal derecha, siendo diagnosticado de hernia inguinal derecha. Analíticamente solo destaca una lipasa de 71. El paciente es intervenido de hernioplastia inguinal derecha según técnica Lichtenstein, hallándose intraoperatoriamente un saco herniario con un nódulo blanquecino en su interior, por lo que fue resecado y remitido para estudio anatomopatológico. El estudio histológico reveló una infiltración por adenocarcinoma de probable origen pancreático. Posteriormente se realizó un TAC donde se visualizó una lesión hipodensa mal definida en cola de páncreas hacia hilio vascular con afectación de vasos y lesiones intrahepáticas compatibles con metástasis.

CONCLUSIÓN:

Aunque es raro, los hallazgos de malignidad en sacos herniarios existen. Es por esto que en nuestra opinión debería plantearse el estudio histológico de todos los sacos herniarios resecados en hernioplastias, especialmente cuando en el transcurso de la intervención se objetiva macroscópicamente nodularidad, engrosamiento u otra alteración.

P54 ROTURA ESPONTÁNEA ESPLÉNICA POR SOBREDOSIFICACIÓN DE ACENOCUMAROL

Patricia Alonso Carnicero

Alonso Carnicero, Patricia; Prieto Calvo, Mikel; Fernández Gómez-Cruzadol, Laura; Marquina Tobalina, Teresa; Arana de la Torre, María Nagore; Alonso Calderon, Eva; Fernandez Cepedal, Lara; Colina Alonso, Alberto
Hospital Universitario de Cruces

INTRODUCCIÓN:

La rotura esplénica es una entidad grave que debe considerarse ante todo paciente con un abdomen agudo. Aunque lo más frecuente es asociarlo a un antecedente traumático, podemos encontrar roturas espontáneas o atraumáticas. En la actualidad el tratamiento anticoagulante y

Libro de Comunicaciones

antiagregante se está postulando como una etiología de rotura esplénica más frecuente de lo que se creía inicialmente, llegando en algunas series a suponer hasta un 33%.

OBJETIVO:

Remarcar la importancia del diagnóstico temprano de la rotura de bazo incluso en pacientes sin antecedente traumático, en concreto en aquellos que están en tratamiento con anticoagulantes orales.

CASO CLÍNICO:

Varón de 68 años en tratamiento con acenocumarol por fibrilación auricular. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de tos, asociado a dolor abdominal progresivo durante los 3 últimos días, presentando ese mismo día un síncope con pérdida de conocimiento y recuperación espontánea sin traumatismo asociado. Analíticamente destacaba un Índice de protrombina de 18%. Se realizó un TAC donde se visualizó un gran hematoma periesplénico con sangrado activo arterial y práctica desestructuración de todo el parénquima esplénico asociado a hemoperitoneo importante. Ante los hallazgos se decidió esplenectomía urgente.

CONCLUSIÓN:

La rotura esplénica espontánea es una entidad poco frecuente, pero de consecuencias muy graves, requiriendo una identificación temprana y un manejo adecuado sin demora. Ante el envejecimiento poblacional que implica un aumento de la prevalencia de pacientes anticoagulados, la sobredosificación de éstos está volviéndose una causa cada vez mas frecuente y que nos obliga a descartarla ante todo paciente anticoagulado con abdomen agudo.

P55 GASTROSTOMÍA QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON METÁSTASIS CEREBELOSA POR ADENOCARCINOMA DE COLON, A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Martínez Pérez

Martinez Pérez, Paula; Toledo Martinez, Enrique; Martin Parra, J. Ignacio; Lainez Escribano, Mario; Rodriguez Sanjuan, J. Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Paciente de 58 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon metastásico que precisa realización de gastrostomía para alimentación enteral debido a disfagia tras procedimiento neuroquirúrgico.

MÉTODOS:

Varón de 58 años sin AP de interés que ingresó inicialmente en planta de MI por cuadro de 1 mes y medio de evolución consistente en cefalea holocraneal y síndrome general en contexto de LOE cerebelosa metastásica diagnosticado en centro privado mediante RNM. Durante el ingreso se realizó estudio de extensión mediante TC toracoabdominal y PET observándose neoformación en sigma, completamente asintomática en ese momento. Se realiza exéresis de la lesión cerebelosa y, en el postoperatorio se complica con HTIC que precisó derivación ventrículo peritoneal e ingreso en la UCI. Como consecuencia de afectación de pares craneales bajos presenta cuadro de disfagia y dada la imposibilidad de PEG por la interposición del catéter ventrículo peritoneal, se decide gastrostomía quirúrgica para alimentación.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

RESULTADOS:

Tras el procedimiento, el paciente ha evolucionado de manera favorable y es dado de alta por nuestra parte, no siendo subsidiario en estos momentos de cirugía del tumor primario dado el avanzado estado de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

La presentación del cáncer colorrectal como metástasis cerebral es excepcional (1%). El uso de la gastrostomía quirúrgica está prácticamente en desuso debido a los avances en procedimientos endoscópicos. Sin embargo, en pacientes con catéteres de derivación ventrículo peritoneal, los dispositivos endoscópicos están contraindicados, siendo en estos casos, la cirugía la única posibilidad terapéutica.

Sesión de pósters 3

Viernes, 2 de junio de 2017, 11:15 h. Sala B

Moderador/es: Dr. Juan Ignacio Peña Sainz de Aja

P56 CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE FISURA ANAL. EL LOBO CON PIEL DE CORDERO

Sara Regaño Díez

Regaño Díez, Sara; De Andrés Fuertes, María Antonia; Conty Serrano, Jose Luis; Tapia Concha, Sergio; Cobo Martín, Marta; Díaz Perez, Ainhoa; Gil Piedra, Francisco Javier

Hospital Comarcal de Laredo

INTRODUCCIÓN:

El cáncer anal es una entidad infrecuente; gran proporción de casos se detectan incidentalmente en estudios de piezas quirúrgicas de lesiones aparentemente benignas. Los síntomas precoces del cáncer anal pueden confundirse fácilmente con los de patologías anales benignas (hemorroides, fisura, etc). Algunos estudios sugieren que los procesos inflamatorios anales crónicos o recurrentes se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar cáncer anal, principalmente durante el primer año de evolución, así como con mayor incidencia de infección por virus del papiloma humano (VPH), reconocido como responsable del 95% de los CA y de otras neoplasias ginecológicas.

El caso valorado ambulatoriamente por sintomatología y exploración compatibles con fisura anal: dolor anal a punta de dedo sobre rafe posterior, manchado hemático con la higiene e hipertonía esfinteriana. Recibió tratamiento tópico con gel de nifedipino al 0,2% asociado a antiinflamatorios sistémicos y medidas higiénico-dietéticas, con mejoría leve tras cuatro semanas. Se le ofreció exploración bajo anestesia (EBA) e infiltración de Botox. Se realizó, adicionalmente, extirpación-biopsia de pólipo centinela, con resultado anatomopatológico de carcinoma epidermoide, positivo para VPH tipo 16. Las pruebas complementarias (tomografía computerizada, resonancia magnética nuclear, colonoscopia) determinaron infiltración de pared vaginal (Figuras). Actualmente colostomizada por fístula recto-vaginal en contexto de tratamiento quimiorradioterápico.

DISCUSIÓN:

A pesar de la baja incidencia del CA, parece recomendable plantear EBA con/sin toma de biopsia en caso de mala evolución o ausencia de respuesta a tratamiento estándar de procesos inflamatorios anales comunes como la fisura, incluyendo el CA en el diagnóstico diferencial. Creemos indicado el estudio anatomopatológico sistemático de las piezas quirúrgicas de lesiones aparentemente benignas.

Imágenes incluidas en el poster.

P57 DIAGNÓSTICO TARDÍO TRAS HERIDA POR ARMA BLANCA. COMPLICACIONES

Silvia García Herrero

García Herrero, Silvia; Gómez García, Pilar; Cruz González, M^a Inmaculada; Bengoetxea Peña, Iker; Leturio Fernández, Saioa; Losada Docampo, Iria; Vázquez Melero, Alba; Etxebarria Beitia, Eider

Hospitar Universitario Basurto

Varón de 24 años trasladado a Urgencias por herida de arma blanca. A su llegada, TA 80/42, FC 94, SatO2 96, inconsciente por sedación; abdomen peritonítico con herida inciso-contusa en hipocondrio izquierdo.

TC urgente describe pequeña cantidad de neumoperitoneo periesplénico, sin objetivarse lesiones en vísceras abdominales ni líquido libre; derrame pleural izquierdo.

Se decide laparotomía exploradora, apreciando herida penetrante 2 cm por debajo del reborde costal izquierdo con pequeña laceración esplénica sin sangrado activo y sin objetivar otras lesiones intraabdominales. Al 4º día postoperatorio, abdomen agudo tras ingesta no autorizada. En TC urgente aumento de neumoperitoneo con escaso líquido libre. Se decide reintervención, hallando peritonitis fecaloidea local secundaria a doble lesión en ángulo esplénico de colon. Se realiza resección segmentaria con anastomosis termino-terminal manual e ileostomía de protección.

Postoperatorio tórpido, complicado con infección respiratoria. Al 5º día de la 2ª laparotomía, cuadro de dolor abdominal súbito. En nuevo TC, gran hematoma en raíz de mesenterio con sangrado activo, y derrame pleural bilateral. Re-laparotomía, apreciándose hemoperitoneo y gran hematoma en mesenterio sin visualizar punto de sangrado. Se realiza lavado de cavidad y drenajes.

Durante el postoperatorio inmediato se objetiva evisceración completa de laparotomía media que obliga a reparación de pared abdominal (SAC) y colocación de malla de forma urgente. A las 2 horas de la cirugía, cuadro de inestabilidad hemodinámica secundaria a sangrado activo de rama perforante de arteria epigástrica inferior derecha (Angio TC). Sufre cuadro de parada cardiorrespiratoria en la sala de Angiografía, siendo remontado. Una vez estabilizado, se realiza embolización de la zona sangrante.

Evolución lenta pero favorable, con infección de la herida quirúrgica que se trata con curas tópicas de forma ambulatoria. Actualmente en seguimiento en consultas, con correcta cicatrización de herida quirúrgica y realizando rehabilitación intestinal pendiente de cierre definitivo de ileostomía.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P58 SHOCK HEMORRÁGICO POR ROTURA DE PSEUDOANEURISMA TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL

Sofía Rey González

Rey González, Sofía; Domínguez Ayala, Maite; Cruz González, Inmaculada; Gómez Zabala, Jesus María; Losada Docampo, Iria; García Fernández, Marta; Loureiro González, Carlos; Casado Vázquez, Joseba
Hospital Universitario de Basurto

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento quirúrgico de los adenocarcinomas del fundus gástrico sin diseminación a distancia es la gastrectomía total con linfadenectomía y resección de órganos vecinos según la extensión tumoral. Entre las complicaciones postoperatorias, aunque infrecuentes, se encuentran los pseudoaneurismas. Su diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para evitar un fatal desenlace.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de una mujer de 81 años que tras realizar los estudios correspondientes por un cuadro de anemia, se diagnostica de adenocarcinoma de fundus gástrico. Dada la edad de la paciente se desestima tratamiento neoadyuvante, pero ante su buen estado general y ausencia de enfermedad diseminada se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza gastrectomía total, linfadenectomía D2 y esplenectomía. El postoperatorio transcurre con normalidad hasta que el tercer día de forma brusca comienza con disminución de la conciencia, taquicardia, hipotensión y palidez. Tras maniobras iniciales de reanimación se realiza TC objetivando sangrado activo secundario a pseudoaneurisma en porción distal de arteria gastroduodenal. Se decide laparotomía urgente hallando hemoperitoneo masivo. Se localiza punto de sangrado y se logra controlar con puntos de transfixión y material hemostático. El 5º día tras la reintervención y tras evolución adecuada, se realiza TC de control para confirmación de pseudoaneurisma y eventual tratamiento del mismo. Sin embargo, no se identifica por lo que se desestima tratamiento, siendo dada de alta el 9º día tras la reintervención.

DISCUSIÓN:

La incidencia de los pseudoaneurismas viscerales es 0.1%. Entre sus etiologías han aumentado los de causa iatrogénica. El tratamiento definitivo es la embolización, pero en pacientes inestables por rotura del mismo, la cirugía de urgencia es de elección. En nuestro caso, el resultado de la 2ª TC plantea la duda entre pseudoaneurisma colapsado mediante la sutura hemostática o interpretación como tal de la imagen de fuga profusa de contraste durante la 1ª TC.

P59 DE LA MANO: HERNIOPLASTIA Y GANGRENA DE FOURNIER

Tania Pastor Bonel

Pastor Bonel, Tania; Velaz Pardo, Leyre; Mar, Blanca; Martí Gelonch, Laura; Lizarazu Perez, Aintzane; Arana Iñiguez, Iñigo; Goena, Ignacio; Lopes, Claudia Cristina
Hospital Universitario Donostia

OBJETIVOS:

Presentar una complicación grave derivada de una hernioplastia electiva.

Libro de Comunicaciones

MÉTODOS:

Revisión de la gangrena de Fournier secundaria a hernioplastia, mediante la exposición de un caso clínico.

RESULTADOS:

Varón de 62 años, sin antecedentes de interés, intervenido en régimen ambulatorio, realizándose hernioplastia inguinal derecha según técnica de Lichtenstein.

En el postoperatorio inmediato es atendido en urgencias por dolor y tumoración escrotal. A la exploración presenta empastamiento y eritema circundante a la herida quirúrgica y placas necróticas en la superficie escrotal.

Ecografía testicular: llamativo engrosamiento subcutáneo del escroto.

Con sospecha de fascitis necrotizante, se reinterviene de forma urgente. Hallazgos: hematoma abscesificado en escroto y necrosis de la piel del rafe escrotal que se reseca apareciendo, sucesivamente, nuevas zonas de necrosis, reseca casi la totalidad de la bolsa escrotal (gangrena de Fournier). Retirada de malla previa herniorrafia según técnica de Bassini.

El paciente presenta buena evolución con tratamiento antibiótico de amplio espectro, curas e injerto cutáneo. La gangrena de Fournier es una infección aguda de tejidos profundos y fascia muscular. Difícil de diagnosticar pero sospechada por la presencia de una zona eritematosa, caliente, a tensión y un dolor desproporcionado. Evoluciona rápidamente hacia zonas de necrosis visibles. Para su tratamiento es imprescindible el desbridamiento quirúrgico.

En nuestro caso, el único factor a destacar y que pudiera justificar la gangrena de Fournier es la intervención previa.

CONCLUSIONES:

La hernioplastia electiva es una intervención que presenta pocas complicaciones graves, sin embargo, durante su diagnóstico diferencial, deberemos tener en cuenta la gangrena de Fournier.

P60 ANTIBIOTERAPIA PROFILÁCTICA EN HERNIOPLASTIA EN RÉGIMEN DE CMA. ¿ES REALMENTE NECESARIA?

Tania Pastor Bonel

Pastor Bonel, Tania; Velaz Pardo, Leyre; Mar, Blanca; Martí Gelonch, Laura; Lizarazu Perez, Aintzane; Arana, Iñigo; Goena, Ignacio

Hospital Universitario Donostia

OBJETIVOS:

Comparar la incidencia de infección en el postoperatorio inmediato de pacientes intervenidos de hernioplastia, con y sin antibioterapia profiláctica. Analizar factores que predispongan a padecer otras complicaciones.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional, descriptivo y analítico, con una muestra de 103 pacientes intervenidos de hernioplastia en régimen de CMA desde enero de 2015 hasta marzo de 2015.

RESULTADOS:

- En nuestro grupo de 103 pacientes sólo uno desarrolló infección en los 30 primeros días postoperatorio (1%), lo cual concuerda con el porcentaje de infección aceptado para las intervenciones limpias.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

- En nuestro estudio no se han hallado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la infección durante el postoperatorio inmediato en aquellos pacientes que recibieron profilaxis antibiótica respecto a los que no la recibieron.
- Estos resultados son similares a los publicados en la última guía d EHS del 2017, donde no hay evidencias suficientes para recomendar de forma generalizada la profilaxis antibiótica en los pacientes de riesgo medio y con bajo riesgo externo de infección intervenidos de hernioplastia; si bien es cierto que recomiendan antibioterapia profiláctica en aquellos pacientes con alto riesgo de infección por factores externos.
- Con respecto a los demás eventos estudiados durante el postoperatorio inmediato (seroma, edema escrotal, dolor postoperatorio y hematoma), hemos obtenido diferencias estadísticamente significativas respecto al edema escrotal en aquellos pacientes fumadores y/o inmunodeprimidos, aumentando su incidencia.

CONCLUSIONES:

Sería necesario realizar estudios prospectivos aleatorizados para confirmar que no es necesaria la profilaxis antibiótica en todos los pacientes que van a someterse a una hernioplastia en régimen de CMA.

Sesión de pósters 0 (No presentados en sede por limitaciones de espacio)

P01 FÍSTULA COLOVESICAL SECUNDARIA A DIVERTICULITIS

ALBA VÁZQUEZ MELERO

VÁZQUEZ MELERO, ALBA; DEL HOYO ARETXABALA, IZASKUN; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, JAVIER; GONZÁLEZ TAMPAN, JORGE; GONZÁLEZ DE MIGUEL, MELANIA; GARCÍA HIERRO, SILVIA; CASTRO VÁZQUEZ, JOSEBA; LEÓN VALAREZO, MANOLO ALBERTO
HOSPITAL DE BASURTO

INTRODUCCIÓN:

Las diverticulitis pueden complicarse al presentar abscesos, fístulas o producir obstrucción. La fístula colovesical es el tipo de fístula más frecuente.

CASO CLÍNICO:

Varón de 52 años que refiere infección urinaria recidivante, así como hematuria, fecaluria y neumaturia. Se le realiza TC en la que se visualiza diverticulosis, así como cistoscopia en la que se aprecian múltiples detritus en orina. En una Ecografía se observa imagen hipoeoica que contacta con el lado izquierdo del techo de la vejiga y el sigma compatible con fistulización entre ambas estructuras. Sin embargo, en el enema opaco no se demuestra la existencia de dicha fístula.

Se decide intervención laparoscópica en la que se observa fístula sigmoidea-vesical. Mediante la colaboración del Servicio de Urología, se realiza cistoscopia intraoperatoria para tutorización de la fístula y resección parcial de la vejiga así como sigmoidectomía laparoscópica.

El postoperatorio cursa con normalidad, siendo dado de alta 12 días después tras realización de cistografía en la que no se observan fugas.

DISCUSIÓN:

La diverticulitis aguda es una patología común que en el 75% de los casos no presenta complicación sin embargo en ocasiones puede producir fístulas. El tipo más frecuente es la colovesical (70%), seguida de la ileovesical (16%) y la rectovesical (11%).

Los síntomas más frecuentes son infección urinaria, neumaturia y fecaluria, todos ellos presentes en el paciente.

El diagnóstico se realiza mediante TC, aunque se puede ampliar mediante la utilización de cistoscopia o enema opaco.

La sigmoidectomía laparoscópica y rafia de la fístula vesical es la cirugía de elección. En este caso se realizó resección parcial de la vejiga para asegurar la exéresis completa del trayecto fistuloso.

P02 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA CIRUGÍA DE LAS VARICES EN HOSPITAL DE DÍA EN EL ÁREA III-IV DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

MAIALEN MOZO SEGURADO

Mozo Segurado, Maialen; Gutiérrez Cantero, Eloy; Cagigas Lanza, Juan Carlos; Ruiz Gómez, Jose Luis; Bolado Oria, María; Gonzalo González, Rubén; Cagigas-Roecker, Pablo; Gutiérrez Ruiz, Amado José Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

INTRODUCCIÓN:

Aplicando la geografía de la atención sanitaria se realiza el estudio de la distribución y relación de la patología de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y sus centros de salud afectados.

MÉTODOS:

Se analizan 382 pacientes intervenidos por CMA, (210/3290 en 2013; 172/3.006 en 2014) dentro del área III y IV de la Comunidad de Cantabria-España Se aplicó la codificación en GRD de 119 y CIE-9 de 38.59.

RESULTADOS:

Se han intervenido con safenectomía en el circuito de CMA pacientes procedentes de 64 de 307 y 49 de 306 poblaciones en 2013 y 2014, respectivamente. Se aprecian 15 poblaciones menos en 2014. En zonas tan distintas como la alta montaña (Potes) y la zona costera (Polanco), no hay esta cirugía. En zonas de alta montaña con buen acceso son >50% de la CMA. En 2013 no hay pacientes de San Vicente de la Barquera, y en 2014 ocurre lo mismo en Santander. En las poblaciones grandes con ASA I disminuyen en 2014, con respecto a 2013. La población de Torrelavega, que es la principal del área III-IV, tiene el mayor número de ASA I y II. Se observa que en 2014, en las poblaciones cercanas, se hicieron menos ASAs moderados I y II que en 2013. En poblaciones grandes, los pacientes con ASA II y III aumentan y pueden ser atendidos como CMA. En la geografía de las varices, la población con más habitantes del área III-IV, (Torrelavega), presenta mayor cantidad de esta cirugía (66 más 53) en CMA, en el estudio bianual respectivamente.

CONCLUSIONES:

La CMA por población nos permite ver el comportamiento de los pacientes hacia su área sanitaria y centro de salud para estimar el cálculo de coste y dotación.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P03 HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK EN EL ADULTO

MAGADAN ALVAREZ, CRISTINA; TOLEDO MARTINEZ, ENRIQUE; DEL CASTILLO CRIADO, ALVARO; CAÑÓN LARA, MARTA; GARCIA CARDO, JUAN; FERNANDEZ DIAZ, MARIA JOSE; TRUGEDA CARRERA, MARIA SOLEDAD; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ANTECEDENTES:

La hernia de Bochdalek es una patología infrecuente que se produce por un defecto del desarrollo embrionario del diafragma con fusión incompleta de elementos posterolaterales (predominantemente izquierdos).

MÉTODOS:

Mujer de 56 años que, tras una comida copiosa, presenta dolor retroesternal por lo que acude a urgencias. Refiere clínica de RGE de dos años de evolución. En la TAC abdominal se objetiva hernia diafragmática posterolateral de más de 5 cm que contiene estómago, páncreas, bazo, intestino delgado y colon, condicionando desplazamiento mediastínico. El tránsito gastrointestinal y la gastroscopia confirman los hallazgos.

RESULTADOS:

Se realiza laparoscopia exploradora reduciéndose las vísceras a la cavidad abdominal. Se identifica hiato íntegro confirmándose defecto posterolateral de unos 8 cm. Durante la reducción del bazo se produce lesión que, asociada a dificultad para liberación del borde posterior del anillo herniario obliga a la conversión. Se realiza laparotomía subcostal bilateral y esplenectomía con cierre del defecto mediante malla.

CONCLUSIONES:

La hernia diafragmática posterolateral es un hallazgo excepcional en el adulto. Aunque recibe la misma denominación que en el niño frecuentemente es asintomática, por lo que suele considerarse una forma "adquirida o incidental". Los factores relacionados con la aparición tardía son el embarazo, traumatismos, esfuerzos físicos, tos, estornudos y comidas copiosas. Generalmente no presenta saco herniario y suelen contener epiplon, más infrecuente es la presencia de órganos como el riñón o el páncreas. Se plantea tratamiento quirúrgico en hernias sintomáticas para evitar complicaciones como estrangulación, necrosis, perforación u oclusión de las vísceras contenidas. El abordaje abdominal es el más empleado, reduciéndose el contenido herniario y realizándose cierre primario del defecto con o sin material protésico. El abordaje laparoscópico presenta una alternativa segura, aunque no siempre factible por su complejidad.

P04 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PANCREATOGASTROSTOMÍA

CRISTINA MAGADAN ALVAREZ

MAGADAN ALVAREZ, CRISTINA; TOLEDO MARTINEZ, ENRIQUE; DEL CASTILLO CRIADO, ALVARO; CAÑÓN LARA, MARTA; GARCIA CARDO, JUAN; CASTILLO SUESCUN, FEDERICO JOSE; FERNANDEZ SANTIAGO, ROBERTO; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ANTECEDENTES:

La prevalencia del cáncer de páncreas ha aumentado en los últimos años. Su abordaje presenta dos inconvenientes fundamentales: la baja supervivencia a pesar de un tratamiento quirúrgico adecuado y la elevada tasa de complicaciones asociadas a esta cirugía. La fístula pancreática supone una de las principales causas de morbilidad, por lo que se han planteado diferentes técnicas de reconstrucción pancreáticoentérica como la anastomosis pancreaticogástrica (APG). Ante esta innovación técnica el análisis de sus complicaciones adquiere mayor relevancia.

MÉTODOS:

Se presenta el caso de un varón de 87 años, hipertenso y diabético con antecedentes de dos AIT en tratamiento antiagregante, que ingresa para estudio de síndrome general diagnosticándose de neoformación en cabeza de páncreas. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica y APG. Dos semanas tras el alta acude a urgencias por vómitos hemáticos indicándose gastroscopia urgente. En ella, se objetiva sangrado activo a nivel de APG que se controla mediante clips hemostáticos y adrenalina. Permanece en vigilancia 72 horas, repitiéndose endoscopia sin nuevos datos de sangrado.

RESULTADOS:

En nuestro centro, clásicamente la anastomosis de elección era la yeyunopancreática sin embargo, se ha planteado la APG como una alternativa en casos seleccionados. Consiste en la realización de una anastomosis pancreática a través de una gastrotomía en cara anterior gástrica. Mediante doble sutura continua se fija cuerpo pancreático a pared gástrica a partir de gastrotomía en cara posterior tutorizando el conducto pancreático principal durante el procedimiento.

CONCLUSIONES:

Este abordaje ha dado lugar a complicaciones postquirúrgicas no conocidas, con nuevos planteamientos de abordaje terapéutico. El avance de la técnica endoscópica puede ser una herramienta útil y mínimamente invasiva en el control de las complicaciones postquirúrgicas asociadas a la APG.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P05 ILEOSTOMÍA DE ALTO DÉBITO MANEJADA CON RACECADOTRILLO

CRISTINA MAGADAN ALVAREZ

MAGADAN ALVAREZ, CRISTINA; TOLEDO MARTINEZ, ENRIQUE; DEL CASTILLO CRIADO, ALVARO; CAÑÓN LARA, MARTA; GARCIA CARDO, JUAN; MARTIN VEGA, MIGUEL ANGEL; MARTIN PARRA, JOSE IGNACIO; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ANTECEDENTES:

La dehiscencia de anastomosis es uno de los principales factores de morbimortalidad asociados al cáncer de recto. La creación de una ileostomía de protección una medida eficaz en la prevención de sus complicaciones. Sin embargo, la ileostomía derivativa conlleva numerosos inconvenientes e implica la necesidad de reintervención para reconstrucción del tránsito. Se ha descrito una incidencia del 5-15% de deshidratación y alteración hidroelectrolítica, constituyendo una de las principales complicaciones asociadas. Métodos: Varón de 61 años que presenta neoformación de recto por lo que se realiza resección anterior baja, en postoperatorio se objetiva dehiscencia de anastomosis precisando ileostomía derivativa. En el postoperatorio aumento del débito por estoma que se controla parcialmente con loperamida y codeína a dosis plenas. Reingresa posteriormente por deshidratación e insuficiencia renal con importante alteración hidroelectrolítica.

Se instaura tratamiento empírico racecadotril (100 mg cada 8 horas), con adecuada evolución del débito y normalización de los parámetros analíticos, lo cual permitió el cierre diferido del estoma.

RESULTADOS:

Rocecadotril es un inhibidor de encefalinas intestinales que disminuye los niveles de AMPc, la secreción de agua y electrolitos. No altera la duración del tránsito, motilidad intestinal ni promueven el sobrecrecimiento bacteriano. Además, no afecta la absorción basal de agua y electrolitos. Su eficacia se ha probado en ensayos clínicos para el tratamiento de la gastroenteritis aguda, aunque no hay evidencia de empleabilidad en estomas.

CONCLUSIONES:

La deshidratación y alteración hidroelectrolítica es uno de los principales inconvenientes asociados a la creación de ileostomías derivativas. Rocecadotril podría ser empleado en aquellos casos refractarios a tratamientos habituales permitiendo el control del débito hasta la reconstrucción del tránsito, sin embargo, es necesario la realización de ensayos clínicos que demuestren su seguridad y eficacia.

P06 HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara Regaño Díez

Regaño Díez, Sara; De Andrés Fuertes, María Antonia; Conty Serrano, Jose Luis; Tapia Concha, Sergio; Cobo Martín, Marta; Díaz Perez, Ainhoa; Gil Piedra, Francisco Javier

Hospital Comarcal de Laredo

INTRODUCCIÓN:

el hemoperitoneo espontáneo (HE) de causa no traumática es una entidad rara, predominante en varones, con pico de incidencia en la 5ª y 6ª décadas. Su presentación clínica es variable,

Libro de Comunicaciones

pero habitualmente constituye una emergencia quirúrgica. Inicialmente puede presentarse dolor abdominal leve a severo indicando sangrado centinela, seguido de silencio sintomático durante horas o días y, finalmente, intensificación del dolor y colapso hemodinámico. La tomografía computerizada con contraste endovenoso (TAC) es la prueba de imagen de elección. Permite identificar hemoperitoneo, extravasación de contraste, aneurismas y establecer diagnóstico diferencial. La angiografía y embolización permiten confirmar los hallazgos y tratar el origen del sangrado. La laparotomía es el tratamiento electivo cuando existe inestabilidad hemodinámica. Una exploración no terapéutica se asocia a elevada mortalidad (40%)

CASO CLÍNICO:

Mujer de 33 años sin antecedentes personales de interés que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso de 6 horas de evolución asociado a náuseas y vómitos. A la exploración presentaba hipotensión con frecuencia cardíaca mantenida y peritonismo abdominal difuso. En la TAC urgente se identificó hemoperitoneo masivo y colección hemática en flanco izquierdo a nivel mesentérico (Figuras). Se realizó laparotomía urgente que resultó no terapéutica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Estudios hematológicos descartaron coagulopatía. Permanece asintomática hasta la fecha.

DISCUSIÓN:

El HE es una entidad poco frecuente pero potencialmente mortal, por lo que debemos incluirla en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. La estrategia de manejo puede ser:

P07 CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE SINUS PILONIDAL. DOS CASOS RECIENTES

Sara Regaño Díez

Regaño Díez, Sara; De Andrés Fuertes, María Antonia; Conty Serrano, Jose Luis; Tapia Concha, Sergio; Cobo Martín, Marta; Díaz Perez, Ainhoa; Gil Piedra, Francisco Javier

Hospital Comarcal de Laredo

INTRODUCCIÓN:

la malignización del sinus pilonidal se da en aproximadamente el 0'1% de los pacientes con enfermedad crónica no tratada o recurrente, mayoritariamente en varones (90%) con edad media de 50 años. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide bien diferenciado. La tasa de recurrencia local tras cirugía alcanza el 45-50% y aparece a los 9-16 meses. La radioterapia con márgenes quirúrgicos amplios puede disminuir esta tasa al 30%. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 55-61%.

CASO CLÍNICO 1:

Varón de 67 años con antecedente de carcinoma epidermoide (CE) de pene que presenta lesión escamosa en alas de mariposa en región perianal. Biopsia: CE in situ, positivo para virus del papiloma humano tipo 33. La colonoscopia descartó afectación de canal anal y la resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía computerizada (TC) descartaron infiltración loco-regional, a distancia y ganglionar (Figuras). Se resecaron las lesiones con resultado anatomopatológico definitivo de CE infiltrante e in situ con bordes quirúrgicos libres T2N0M0. Actualmente en tratamiento quimiorradioterápico.

CASO CLÍNICO 2:

Varón de 58 años que presenta sinus pilonidal multifistulizado con supuración crónica, extirpado en bloque con resultado anatomopatológico definitivo de CE infiltrante. La rectoscopia,

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

RMN, TC y la tomografía de emisión de positrones (PET) descartaron infiltración locorregional y a distancia (Figuras). Actualmente en tratamiento quimiorradioterápico.

DISCUSIÓN:

En caso de sospecha clínica o enfermedad pilonidal de varios años de evolución, puede considerarse la toma de biopsias para descartar malignización. Son útiles la colonoscopia, TC, RMN y PET para determinar invasión local, a distancia, afectación ganglionar, y osteomielitis. Ocasionalmente, el diagnóstico es un hallazgo incidental en el estudio de la pieza quirúrgica. Consideramos que las cifras de recurrencia local y supervivencia justifican un estudio anatomopatológico sistemático. Imágenes incluidas en el póster.

P08 FISTULA ENTEROCUTANEA TRAS EVENTROPLASTIA LAPAROSCOPICA

MARTA GONZALEZ ANDALUZ

GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; TRUGEDA CARRERA, MARIA SOLEDAD;
FERNANDEZ DIAZ, MARIA JOSE; LOPEZ USEROS, ANTONIO; PEREA
MUÑON, RODRIGO; GUTIERREZ FERNANDEZ, GONZALO; RODRIGUEZ SANJUAN,
JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA; UNIVERSIDAD DE
CANTABRIA

INTRODUCCIÓN:

Las fistulas enterocutáneas son un problema mayor en la práctica quirúrgica. En general son secundarias a complicaciones postoperatorias. Hasta el 90% de los casos se desarrollan después de una cirugía. El riesgo de lesión intestinal inadvertida en una eventroplastia laparoscópica es entre un 2-4%. Objetivo: Presentar cuadro clínico y manejo del mismo.

MATERIAL Y METODOS:

Mujer de 48 años intervenida en 2012 de by-pass biliopancreatico con eventracion umbilical secundaria. Se realiza de forma programada eventroplastia laparoscopica.

RESULTADOS:

En el postoperatorio inmediato la paciente presenta peritonitis generalizada secundaria a perforación en cubierta que obliga a nueva intervención quirúrgica para lavar cavidad y retirar malla. Posteriormente, dada la mala evolución requiere de varias reintervenciones. Desarrolla fistula enterocutánea que se maneja de forma conservadora durante 3 meses. Finalmente se realiza resección de fistula enterocutánea y eventroplastia.

CONCLUSIÓN:

El abordaje laparoscópico ofrece grandes ventajas pero el cirujano debería conocer todas sus posibles complicaciones y estar en condiciones de poder tratarlas de forma adecuada.

P09 CISTOADENOMA BILIAR: A PROPOSITO DE UN CASO

MARTA GONZALEZ ANDALUZ

GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; FERNANDEZ SANTIAGO, ROBERTO; CASTILLO SUESCUN, FEDERICO; MORALES GARCIA, DIETER; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA; SANTANDER

INTRODUCCIÓN:

El cistoadenoma biliar es un tumor quístico, benigno y no parasitario que puede comprometer el parénquima hepático o las vías biliares extrahepáticas. Su presentación es infrecuente, constituyendo menos del 5% de los tumores quísticos del hígado. Su localización más habitual es a nivel hepático (80-85%).

OBJETIVO:

Presentar caso y su manejo por la rareza del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 58 años sin antecedentes de interés salvo neoplasia de mama izquierda.

Durante el seguimiento se detecta en ecografía de control quiste de coledoco. Se realiza de forma programada colecistectomía, resección de quiste y hepaticoyeyunostomía.

RESULTADOS:

La anatomía patológica informa la pieza como cistoadenoma biliar. Se comenta caso en sesión multidisciplinar, barajando la opción de trasplante hepático. Sin embargo, se decide seguimiento estrecho dado la morbimortalidad del trasplante y el bajo riesgo de malignizar del cistoadenoma.

CONCLUSIONES:

El tratamiento del cistoadenoma biliar es la resección quirúrgica completa, sin embargo, en nuestro caso, al tratarse de vía biliar principal, requeriría de una hepatectomía completa y trasplante hepático sustitutivo.

P010 MIASIS FORUNCULOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO IMPORTADO

CRISTINA MAGADAN ALVAREZ

MAGADAN ALVAREZ, CRISTINA; ARMIÑANZAS CASTILLO, CARLOS; TOLEDO MARTINEZ, ENRIQUE; DEL CASTILLO CRIADO, ALVARO; LOPEZ TENS, PATRICIA; BLANCO GARCIA, ALEJANDRA; RUBIO SANCHEZ, SERGIO; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

ANTECEDENTES:

La miasis consiste en la invasión de tejidos y cavidades por larvas de insectos del género díptero, fundamentalmente moscas. Puede clasificarse en cutánea, cavitaria o visceral. Dentro de las miasis cutáneas la miasis forunculoide es la más frecuente en países en vías de desarrollo, con una baja incidencia en nuestro país donde los casos generalmente son importados por lo que su análisis adquiere relevancia.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

MÉTODOS:

Presentamos el caso de una mujer de 71 años que acudió a urgencias presentando cuatro lesiones en brazo izquierdo, de tres semanas de evolución, sin otra clínica asociada. Hipertensa y dislipémica, viajó a Méjico hace 4 semanas donde apreció picaduras de insectos en extremidades.

A la exploración se aprecia pápula indurada, eritematosa y no dolorosa de unos 3-4 cm de diámetro. En su región central presenta un orificio de unos 2-3 mm por donde supura material serohemático y por el que se aprecia la presencia de larva.

RESULTADOS:

Ante la sospecha de miasis se realiza cura oclusiva. En las primeras 48 horas emergieron espontáneamente dos larvas de *Dermatobia hominis*, requiriendo posteriormente la extracción de otras 2 larvas. aflorar.

CONCLUSIONES:

En la miasis forunculoide por esta larva los huevos de algunas moscas se pueden introducir en la piel a través de vectores formando un saco que se comunica con el exterior a través del cuál permite la respiración. Tras varias semanas de maduración la larva emerge para formar la crisálida que se convertirá en mosca adulta.

Se manifiestan como pápulas eritematosas que pueden ser pruriginosas y dolorosas. El diagnóstico es clínico (antecedentes de viaje a zona endémica y forma de presentación) no precisándose biopsia.

La cura oclusiva favorece la sofocación de la larva provocando su salida espontánea a la superficie lo que facilita su extracción pese a lo cual puede ser necesaria la cirugía.

P011 ESTUDIO BIANUAL EN PROCEDIMIENTOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CIRUGÍA DE DÍA EN LA HERNIA INGUINAL DE LA COMUNIDAD OCCIDENTAL DE CANTABRIA

MAIALEN MOZO SEGURADO

Mozo Segurado, Maialen; Gutiérrez Cantero, Eloy; Cagigas Lanza, Juan Carlos; Gonzalo González, Ruben; Bolado

Oria, María; Cagigas-Roecker, Pablo; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

INTRODUCCIÓN:

Se analizaron varios procedimientos de programación quirúrgica para asegurar la optimización de recursos en Cirugía de Día (CMA). Período de estudio bianual 2013 (a) -2014 (b).

MÉTODOS:

Procedimientos de mejora auditados para el tipo de anestesia, el coste de oportunidad, el índice de sustitución de CMA y los tiempos de referencia para la programación quirúrgica de la hernia inguinal.

RESULTADOS:

En el año (a) de las 3.290 intervenciones de CMA, 183 fueron hernia inguinal. En el año (b), alrededor de 3.006, fueron 231 de CMA, es decir, un 2,1% más. Las mujeres fueron 12,71 / 11,73% en (a) / (b), respectivamente. Hay 57,22 / 46,52% (a) / (b) de anestesia con máscara laríngea (ML) como la más frecuente. Según la evaluación anestésica de ASA, el tipo I fue de

Libro de Comunicaciones

23,69% en (a) y del 33,04% (b), con diferencia > 9,4%. La raquianestesia fue 17,91% en (a) y del 20,43% (b), con diferencia > 2,5%, y se realizó a partir de ASAII en 10,40 % (a) y > 12,60% (b). El índice de sustitución fue de 79,2 (a) y 84 (b), mejorando en 4,8%. El tiempo quirúrgico (TQ) con rango (8'-1h 36), el rango en (b) fue 8'-1h20'. El promedio de TQ fue 0.25' en ASAI a 0.33'ASAIII en (a) y de 0.21'ASAI a 0.30ASAIII (b). Hasta 0.30' no hay raquianestesias y en (a) todos son varones a partir de ASAIII. No hay mujeres a partir de 0.50' de TQ. en (a), y de 0.45'en (b) donde son todos varones.

CONCLUSIONES:

Para la programación quirúrgica, se valora el coste-oportunidad. Se precisa un control del tiempo de cirugía, el tiempo de anestesia y el tipo de valoración de riesgo preanestésico.

P012 ANÁLISIS DEL COSTE DE LA SAFENECTOMÍA EN LA CIRUGÍA DE LAS VARICES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Luis Eloy Gutiérrez Cantero

Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Cagigas Lanza, Juan Carlos; Ruiz Gómez, José Luis; Bolado Oria, María; Gonzalo González, Rubén; Mozo Segurado, Maialen; Cagigas Roecker, Pablo; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital Universitario Sierrallana; Hospital Tresmares; Hospital de Cruces

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La necesidad de conocer los costes de la actividad realizada para conseguir una mayor eficiencia en el rendimiento de los recursos públicos, y la asignación de recursos a cada centro proveedor ha propiciado la necesidad de conocer los costes de la actividad realizada en CMA.

MÉTODOS:

En el coste por estimación por proceso se analizan el Hospital Valdecilla (nivel III), Hospital Sierrallana (nivel II), y Hospital de Laredo (nivel I). Se obtiene el coste medio de todos los pacientes dados de alta en el determinado grupo relacionado con el diagnóstico (GRD) código 119 y CIE-9 con 38,59 de safenectomía.

RESULTADOS:

se observa menor coste en CMA que con ingreso. Durante el año 2014 el Hospital Valdecilla (III) tiene menor coste en cirugía de varices mediante safenectomía (954,55€) que la prevista en la orden de precios (1082,15€). El GRD 119 presenta en CMA un coste en el 2012-2014 desde 1345,10/1191,05/954,55 (III), 625,54/540,20/673,28 (II) y 1396,34/1211,55/1268,88 (I) €, respectivamente. El GRD 119 presenta un coste en el 2012-2013 en el ingreso, desde 2820,77/2696,53 (III), 1816,90/1709,99 (II) y -/2287,97 (I) € respectivamente. En el año 2014 hay reducción del coste respecto al 2013 en el Hospital Valdecilla, un leve aumento en el Hospital Sierrallana y Laredo. El mayor coste por proceso de CMA es en el Hospital de Laredo, respecto a la orden de precios en 2014.

CONCLUSIONES:

Los hospitales de nivel I y II son más baratos que el hospital de nivel III para realizar CMA de la safenectomía. Sólo el Hospital Sierrallana de nivel II es más barato que los conciertos y la orden de precios (673,28€), por lo que es el más idóneo para la Comunidad de Cantabria en coste-efectividad.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P013 COSTES EN ANESTESIA DE LA CMA DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

Luis Eloy Gutiérrez Cantero

Gutiérrez Cantero, Luis Eloy; Ochoa López, Marián; Cagigas Lanza, Juan Carlos; Bolado Oriá, María; Gonzalo González, Rubén; Mozo Segurado, Maialen; Cagigas Roecker, Pablo; Gutiérrez Ruiz, Amado José

Hospital Universitario Sierrallana; Hospital Tresmares; Hospital de Cruces

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La petición de pruebas preoperatorias en pacientes asintomáticos parece que no contribuye de manera significativa al hallazgo de patología no sospechada, cambios en el manejo pre-perioperatorio ni en la prevención de complicaciones perioperatorias.

MÉTODOS:

Hemos realizado una estimación del coste que supondría haber suprimido las pruebas preoperatorias en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Un total de 1429 pacientes (90,3%) en 2013 y 1312 (91,5%) que estaban catalogados como ASA I y II pudieron ser subsidiarios de esta propuesta. Además se tendrían que valorar los costes indirectos, sobretudo el tiempo ahorrado por el personal sanitario y el de los pacientes. Excluyendo a los pacientes codificados como ASA 0 y a los pacientes del servicio de oftalmología donde en el 95% de los mismos el pre-operatorio convencional se sustituye por una entrevista con la enfermera. En nuestro hospital, en las distintas especialidades, se realizaron durante el 2013 y 2014 un total de 1582 y 1434 preoperatorios respectivamente. El coste total de la CMA en el Hospital Sierrallana, le hace muy competitivo respecto al precio que supondría la orden de precios con reducciones entre 13,22% - 37,62% y lo que es más llamativo, en algunos procesos es aún más económico que las tarifas de los concertados con una reducción entre 2,64% - 14,05% entre los años 2012 y 2013.

CONCLUSIONES:

En general en cirugía sin ingreso, recientes evidencias sugieren que los pacientes de cualquier edad y sin comorbilidad importante, estado físico ASA I y II, no necesitan pruebas preoperatorias complementarias de forma rutinaria. La alteración de una prueba analítica conlleva la realización de nuevas pruebas o interconsultas a otros profesionales pero no suele variarse finalmente en la indicación para CMA.

P014 FÍSTULA URINARIA TRAS ADRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCOPICA: UNA COMPLICACIÓN INESPERADA

Maite Domínguez Ayala

Domínguez Ayala, Maite; Gutierrez Rodríguez, Teresa; Expósito Rodríguez, Amaia; García Carrillo, Maitane; Moro Delgado, Ana; González de Miguel, Melania; Castro Vázquez, Joseba; Barrios Treviño, Borja

Hospital Universitario Basurto

INTRODUCCION:

El abordaje retroperitoneoscópico para la extirpación de los tumores benignos de la glándula suprarrenal es una alternativa excelente a la vía laparoscópica transabdominal en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales previas. Sin embargo, aunque poco frecuentes, no está exenta de complicaciones.

METODOLOGIA:

Se presenta el caso de un paciente de 44 años con antecedentes de obesidad, pancreatitis necrohemorrágica hace 8 años, cirrosis, hipertensión portal y circulación colateral periesplénica. Diagnosticado de adenoma suprarrenal productor de glucocorticoides, se programa para suprarrenalectomía con abordaje retroperitoneoscópico dados sus antecedentes.

RESULTADOS:

Tras el alta al 2º día postoperatorio, acude 10 días más tarde al Servicio de Urgencias por drenaje espontáneo de débito seroso en la cicatriz correspondiente trocar de 5 mm. En el TAC solicitado en urgencias, se identifica una colección en lecho quirúrgico hasta pared abdominal. Se solicita analítica del líquido y tras el resultado, uroTAC con contraste diagnosticándose de fístula nefrocútea como complicación secundaria a la suprarrenalectomía retroperitoneoscópica. Tras colocación de catéter de doble J, cesa la salida del débito urinario con cierre de la fístula a las 24 hrs de la colocación del mismo. Es dado de alta con un TAC de control a las 6 semanas en el que no se visualiza recidiva.

DISCUSIÓN:

En la literatura, hay descritos muy pocos casos similares de fístula nefrocútea secundaria al abordaje retroperitoneoscópico siendo prácticamente inédita en suprarrenalectomía. Las pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico y el tratamiento correcto mediante un drenaje urinario externo adecuado son esenciales para manejar de forma correcta esta complicación tan infrecuente. El mecanismo de lesión no se identificó durante la.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P015 CUERPO EXTRAÑO INTRAABDOMINAL TRAS RESECCION DE QUISTE DE COLEDOCO

MARTA GONZALEZ ANDALUZ

GONZALEZ ANDALUZ, MARTA; CAÑON LARA, MARTA; FERNANDEZ SANTIAGO,
ROBERTO; CASTILLO SUESCUN, FEDERICO; RODRIGUEZ SANJUAN, JUAN
CARLOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA; UNIVERSIDAD DE
CANTABRIA

INTRODUCCIÓN:

Los cuerpos extraños en abdomen constituyen una complicación de un procedimiento quirúrgico que obedece a un suceso iatrogénico de gran morbimortalidad y causan dificultades diagnósticas, sobre costos y posibles problemas médico-legales.

OBJETIVO:

Presentar cuadro clínico y manejo del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 57 años con antecedente de neoplasia de mama que durante el seguimiento es diagnosticada de quiste de colédoco. Se interviene de forma programada realizándose colecistectomía, resección de quiste de colédoco y hepático-yeyunostomía. Dada de alta al 6º día postoperatorio sin incidencias. Acude a Urgencias 15 días después por cuadro de dolor abdominal y fiebre.

RESULTADOS:

En radiografía de abdomen se evidencia cuerpo extraño. Se decide intervención quirúrgica urgente, extrayéndose por vía laparoscopia el cuerpo extraño, que resultó ser el anclaje metálico del drenaje.

CONCLUSIONES:

El potencial olvido de un cuerpo extraño es un evento adverso que puede causar muchas complicaciones, prevenibles si se utilizan medidas razonables y listas de seguridad.

P016 IMPLANTACIÓN DEL CHECKLIST QUIRÚRGICO. PARA MEJORAR HAY QUE TENER ACTITUD

M. Antonia de Andrés Fuertes

de Andrés Fuertes, M. Antonia; Regaño Diez, Sara; Conty Serrano, Jose Luis; López Doueill, Marta; Fernández-Abascal Puente, Angel; Cobo Martin, Marta; Tapia Concha, Sergio; Diaz Pérez, Ainhoa

Hospital de Laredo

INTRODUCCIÓN:

El Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) es una herramienta para los profesionales interesados en mejorar la seguridad para reducir el número de complicaciones innecesarias. En nuestro hospital, se intentó con anterioridad su consolidación, sin gran éxito. Se creó un grupo de trabajo incluyendo a representantes de los participantes en el proceso de verificación y se diseñó un nuevo LVQ. Analizaremos los resultados iniciales.

Libro de Comunicaciones

OBJETIVOS:

Concienciación de la importancia de realizar la verificación de todo el personal presente (aumenta la seguridad del paciente quirúrgico y fomenta la cultura de la Cirugía Segura Salva Vidas). Implicación de todo el personal (consolida la implantación del LVQ en el área quirúrgica).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de datos, en dos períodos tras presentar un nuevo LQV: 1º periodo-último trimestre de 2016 y 2º periodo-primer trimestre de 2017. Entre ambos periodos, como medida de mejora, se realizó feedback con charla informativa sobre resultados con hoja descriptiva y evaluación de puntos susceptibles de mejora.

RESULTADOS:

Del total de intervenciones realizadas en los dos periodos, se realizó correctamente en el 70%. Individualizando por servicios, Cirugía General fue el que obtuvo el mayor incremento en la correcta cumplimentación, mejorando incluso en el segundo periodo. Hay que destacar las múltiples complicaciones informáticas que hubo que superar; además, valorar el impulso del personal de enfermería, siempre mayor al del personal facultativo.

CONCLUSIONES:

En nuestra comunidad se apuesta desde 2010 por la mejora de la seguridad de los pacientes quirúrgicos, basándose en el programa de la OMS "La Cirugía Segura Salva Vidas". En nuestro Hospital, la evaluación de datos nos informa sobre una ligera mejoría en la correcta cumplimentación y cierre de los LVQ. También se identifican aspectos susceptibles de mejorar como la consolidación de la cultura de seguridad. Para conseguir mejorar, las personas han de tener actitud.

Aportación de los datos con tablas en poster, no caben.

P017 MANEJO DEL ABSCESO PROFUNDO TRAS EVENTROPLASTIA TIPO SEPARACIÓN ANTERIOR DE COMPONENTES

M. Antonia de Andrés Fuertes

de Andrés Fuertes, Maria Antonia; Regaño Diez, Sara; Conty Serrano, Jose Luis; Tapia Concha, Sergio; Diaz Pérez, Ainhoa; Cobo Martin, Marta; Fernandez-Abascal Puente, Angel; Gil Piedra, Francisco
Hospital de Laredo

INTRODUCCIÓN:

La técnica de separación de componentes (S.A.C.), descrita en 1990, es una plastia muscular, que permite reconstruir eventraciones de la línea media grandes y complejas. Alto índice de ocurrencias del sitio quirúrgico (SSO), cerca del 40%. El objetivo consiste en el manejo de una eventración multirrecidivada mediante el S.A.C. y su principal complicación, la infección profunda del sitio quirúrgico.

CASO CLÍNICO:

Eventración medial multirrecidivada con fallo de malla previa. Reparación quirúrgica S.A.C. en hospital Comarcal. ILQ profundo. reintervención colocando nueva malla y VAC.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Ventajas del SAC: restaurar integridad funcional y estructural de la pared abdominal sin tensión, cobertura estable de tejidos blandos y apariencia estética óptima. En nuestro servicio, se han realizado 135 eventroplastias desde 2013 hasta la actualidad, 40 SAC. Morbilidad asociada, fundamentalmente infecciosa (18-20%), dependiendo de flaps cutáneoadiposos, localización de la malla, y eventos intraoperatorios. La infección profunda de la malla debuta tardíamente. En nuestro caso, debutó a los 60 días del postoperatorio, con la formación de un absceso y un tracto sinusal. En la mayoría de los estudios, si la malla está afectada por la infección profunda, se retira en su totalidad. Si la malla está bien incorporada al tejido circundante, retirarla parcial o totalmente, es una cuestión de decisión quirúrgica. Tomamos la decisión de tratar este absceso profundo de la malla mediante un amplio desbridamiento quirúrgico, excisión parcial de la malla afectada, recolocación de otra malla de PLP y colocación de VAC.

Creemos, que el manejo de este tipo de problemas quirúrgicos complejos, se puede acometer en nuestro centro con la preparación adecuada, y se pueden manejar correctamente las complicaciones profundas con excisiones parciales del material protésico.

Se aportarán las imágenes en la presentación del poster, por falta de espacio.

P018 MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO DEL SÍNDROME DEL CASCANUECES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Joseba Castro Vázquez

Castro Vázquez, Joseba; Expósito Rodriguez, Amaya; Moro Delgado, Ana; Ochoa Villalabeitia, Begoña; Garcia Herrero, Silvia; González De Miguel, Melania; Domínguez Ayala, Maite; Vázquez Melero, Alba

Hospital Universitario de Basurto

Como fenómeno cascanueces se describe a la compresión de la vena renal izquierda, más frecuentemente entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Como consecuencia, se produce una disminución del flujo sanguíneo y una hipertensión en la vena renal con ruptura de su fina pared en el cáliz renal, pudiendo provocar una hematuria macro o microscópica que puede ir acompañado de dolor abdominal. En ocasiones, también se acompaña de dilatación de la porción distal de la vena con desarrollo de circulación venosa colateral. En cuanto al diagnóstico, en la mayoría de ocasiones es tardío por la historia natural de la enfermedad. La actitud está condicionada por la gravedad y la forma de presentación del cuadro clínico. Las opciones varían desde un tratamiento conservador hasta intervencionista o incluso quirúrgico.

Presento el caso de un varón de 23 años, alérgico al contraste yodado, en estudio desde hace varios años por molestias urinarias inespecíficas y dolor pélvico. Se realiza un TAC abdomino-pélvico donde se describe una tumoración paraaórtica izquierda de 2,3 cm, a descartar feocromocitoma-paraganglioma. El paciente es derivado a cirugía endocrino. Se realiza un estudio hormonal que es normal, y posteriormente una RMN, donde se describe una estenosis focal de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior, y una dilatación de la vena gonadal. Con estos resultados y teniendo en cuenta la clínica del paciente, pensamos en un síndrome del cascanueces como primera opción.

Decidimos hablar con el servicio de radiología intervencionista y deciden realizar una venografía renal izquierda con colocación de un stent autoexpandible. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

Posteriormente se realiza un TAC de control donde se comprueba la correcta colocación del stent.

P019 COMPLICACIÓN INUSUAL Y FATAL TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA: ABSCESO HEPÁTICO POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS CON HEMÓLISIS MASIVA ASOCIADA

Laura Martí Gelonch

Martí Gelonch, Laura; Jiménez Agüero, Raul; Alkorta Zuloaga, Maialen; Arteaga Martín, Xabier; Medrano Gómez, Miguel Ángel; Rodríguez Canas, Nerea; Beguiristain Gómez, Adolfo; Enríquez-Navascués, Jose Maria

Hospital Universitario Donostia (Servicio de Cirugía General y Digestiva)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La sepsis por Clostridium Perfringens es una entidad infrecuente, de rápida evolución y elevada mortalidad cuando asocia hemólisis masiva. El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta fatal complicación.

MÉTODOS:

Se presentan dos casos tratados en nuestro centro y se realiza una revisión de la literatura publicada.

RESULTADOS/CASOS:

Los dos casos eran varones de 66 y 63 años, sometidos a duodenopancreatectomía cefálica por neoplasia que acuden al servicio de Urgencias por fiebre, tiritona e ictericia. En analítica destacan datos de sepsis, anemización y hemólisis (imagen) y en la TC la presencia de un absceso hepático (imagen). Ambos requirieron ingreso en CMI y tratamiento con drogas vasoactivas y hemoderivados, pero pese al tratamiento establecido, presentan evolución a fallo multiorgánico, falleciendo a las 6 horas de ingreso.

CONCLUSIONES:

La bacteriemia por Clostridium perfringens es una entidad poco frecuente que se asocia a hemólisis masiva en un 7-15% de los casos, elevando la tasa de mortalidad al 70-100%. Para el diagnóstico se requiere la identificación de C. perfringens en hemocultivos. Por tanto, ante una hemólisis masiva hay que sospechar el diagnóstico e iniciar tratamiento con Penicilina G a altas dosis y desbridamiento quirúrgico. En ambos casos y debido a la rápida y tórpida evolución, el grado avanzado de hemólisis y la inestabilidad de los pacientes, no fue posible asociar un desbridamiento quirúrgico al tratamiento antibiótico y de soporte, con el consiguiente fatal desenlace.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P020 GEOGRAFÍA DE LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA ZONA OCCIDENTAL DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA

MAIALEN MOZO SEGURADO

Mozo Segurado, Maialen; Cagigas Lanza, Juan Carlos; Gutiérrez Cantero, Eloy; Ruiz Gomez, Jose Luis; Bolado Oria, María; Gonzalo González, Rubén; Cagigas-Roecker, Pablo; Gutiérrez Ruiz, Amado José
Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria

INTRODUCCIÓN:

Se evalúa la distribución y relación de la patología de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y los centros de salud aplicando la geografía de la atención sanitaria.

MÉTODOS:

Se analizan 414 pacientes intervenidos por CMA, (183/3290 en 2013; 231/3.006 en 2014) dentro del área III y IV de la Comunidad de Cantabria. Se aplicó la codificación en grupos relacionados por proceso (GRDs y CIE-9).

RESULTADOS:

Hay 69 de 307 y 69 de 306 poblaciones donde se han intervenido hernia inguinal de las CMA totales en 2013 y 2014, respectivamente. Solo Polanco presenta más mujeres operadas en el 2014. En zonas de alta montaña con acceso difícil es nulo (Potes). En zonas de alta montaña con buen acceso como Reinosa son >50% de la CMA y 3 de ellos, fueron pacientes ASA III de valoración preanestésica. En las poblaciones con mayores ASA I – II- III aumentan en 2014, con respecto a 2013. La población de Torrelavega, que es la principal del área III-IV, tiene el mayor número de ASA III. Se observa que en 2013 en las poblaciones cercanas se hicieron menos ASAs moderados II y III que en 2014. En población grandes, los pacientes con ASA II y III aumentan y pueden ser atendidos como CMA. La población con más habitantes del área III-IV, (Torrelavega), en la geografía de la hernia inguinal, presenta mayor cantidad de procedimientos (101) en CMA.

CONCLUSIONES:

Se mantiene la relación entre número de habitantes y CMA por población, lo que ayuda a estimar cálculo de coste y dotación.

P021 ¿VIH? ¿DESPREOCUPACIÓN HACIA EL TEMA? COMPLICACIONES ABDOMINALES DEL SIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mikel Osorio Capitán

Osorio Capitán, Mikel; Riverola, Paula
Hospital Universitario Donostia

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

A pesar de los inmensos avances médicos, epidemiológicos y sociales experimentados durante las últimas dos décadas, la epidemia de VIH aún sigue constituyendo un problema de salud pública en España. ¿Podríamos volver a presenciar complicaciones que se creían inexistentes a día de hoy? En esta revisión se expone nuestra experiencia a propósito un caso en relación a sus complicaciones abdominales.

CASO CLÍNICO:

Varón de 33 años VHI + en estadio avanzado, afecto de micobacteriosis ganglionar con conglomerados adenopáticos abdominales que condicionaron un compromiso vascular. Fallece por isquemia intestinal.

CONCLUSIÓN:

Existe una despreocupación entre los jóvenes acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Esta revisión quiere ser un grito de alarma para poder concienciar tanto a la población como al mundo sanitario de lo peligroso que pudieran ser las complicaciones y la progresión de la enfermedad, a propósito de un caso interesante.

P022 PERFORACIÓN ESOFÁGICA SUBAGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Cañón Lara

Cañón Lara, Marta; Castillo Criado, Álvaro; Magadán Álvarez, Cristina; Toledo Martínez, Enrique; González Andaluz, Marta; Trugeda Carrera, M. Soledad; Fernández Díaz, María José; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HUMV

OBJETIVO:

Revisión de un caso de perforación esofágica subaguda y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de años que consulta en otro centro por dolor retroesternal de varias semanas de evolución. Se solicita Rx de tórax y es dada de alta con diagnóstico de hernia de hiato. Acude de nuevo a urgencias por persistencia de la clínica donde se solicita TC, que descarta TEP y se diagnostica de absceso paraesofágico, con probable perforación esofágica y derrame pleural. Es trasladada a nuestro centro y se comienza con antibioterapia de amplio espectro y veinticuatro horas después se realiza drenaje endoscópico hacia la luz del esófago. La paciente presenta aumento del derrame pleural que precisa drenaje torácico, a través del cual se observa salida de material compatible con saliva (amilasa elevada). Se repite endoscopia que confirma fístula. Aumento de la clínica respiratoria junto a empeoramiento radiológico pulmonar que precisa ingreso en UCI y revisión quirúrgica, se realiza toracoscopia para drenaje. Una semana después, ante ausencia de mejoría se decide realizar esofagectomía total urgente con anastomosis cervical y esplenectomía asociada.

RESULTADOS:

La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta el octavo día postoperatorio, tras comprobar ausencia de fístula y retirada de drenajes torácicos sin complicaciones.

CONCLUSIÓN:

La perforación esofágica es una patología poco frecuente pero grave. Su etiología más frecuente es iatrogénica, seguido de rotura espontánea y traumatismos. Su diagnóstico exige una alta sospecha diagnóstica y métodos de imagen complementarios. Su tratamiento es variado y complejo, debiendo individualizarse según el paciente, ya que va desde una actitud conservadora con antibioterapia, con o sin colocación de endoprótesis para protección de la perforación, a la cirugía radical. La esofagectomía urgente es un procedimiento infrecuente pero que puede ser necesario en casos seleccionados como el que se presenta, cuando las medidas más conservadoras no son suficientes.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P023 HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA TRAS ESOFAGECTOMÍA IVOR-LEWIS

MELANIA GONZALEZ DE MIGUEL

GONZALEZ DE MIGUEL MELANIA; LETURIO FERNÁNDEZ, SAIOA; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, JAVIER; MORO DELGADO, ANA; OCHOA VILLALABEITIA, BEGOÑA TERESA; VAZQUEZ MELERO, ALBA; GARCIA HERRERO, SILVIA; DIEZ DEL VAL, ISMAEL

Hospital Universitario Basurto

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafragmática es una complicación poco frecuente tras la esofagectomía, sin embargo, es importante el diagnóstico y tratamiento temprano debido a las posibles complicaciones como estrangulación o incarceration. La incidencia parece ser mayor tras la esofagectomía transhiatal en comparación con la transtorácica y se estima en torno al 1%. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la reducción herniaria y reparación del defecto diafragmático con sutura irreabsorbible, siendo en ocasiones necesaria la colocación o el refuerzo con malla.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Varón de 65 años con antecedente de esofagectomía Ivor-Lewis por carcinoma epidermoide de tercio inferior de esófago cuatro años antes. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y disnea de reposo de cuatro días de evolución. La analítica muestra elevación de LDH y leucocitosis. Se realiza TC toraco-abdomino-pélvico en el que se objetiva hernia diafragmática con contenido de asas de intestino delgado, colon ascendente y colon transversal hasta ángulo esplénico, con líquido libre intratorácico y signos de sufrimiento intestinal. Ante los hallazgos y clínica del paciente, se decide intervención quirúrgica urgente para reducción y reparación de la hernia. Se realiza abordaje laparoscópico, confirmando los hallazgos mostrados en la TC y procediendo a la reducción del contenido intratorácico. Durante la disección hiatal se objetivan adherencias firmes de plastia gástrica a lóbulo caudado hepático; ante el riesgo de lesión y dificultad para liberación de pilar derecho, se convierte a laparotomía media. Tras liberación de plastia y disección de pilares, se procede al cierre del hiato con puntos sueltos de sutura irreabsorbible.

DISCUSIÓN:

A pesar de ser una complicación poco frecuente y asintomática en la mayoría de los casos, la hernia diafragmática tras esofagectomía puede tener consecuencias potencialmente mortales. La reparación quirúrgica con malla o sutura directa es el tratamiento de elección.

P024 COLITIS ISQUÉMICA TRAS ANEURISMA DE AORTA ROTO. A PROPOSITO DE UN CASO

Marta Cañón Lara

Cañón Lara 1, Marta; Castillo Criado 1, Álvaro; Toledo Martínez 1, Enrique; Magadán Álvarez 1, Cristina; Juárez Crespo 2, Carlos; Tascón Quevedo 2, Valentín; García Somacarrera 1, Elena; Rodríguez Sanjuan 1, Juan Carlos

1 Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HUMV

2 Servicio de Cirugía Cardiovascular. HUMV

INTRODUCCIÓN:

La mortalidad asociada a la cirugía del aneurisma de aorta roto se sitúa en torno al 50%, así mismo la incidencia de colitis isquémica sintomática tras esta cirugía oscila entre el 5 y el 30%, debido a la hipotensión y más dudosamente a la pérdida de la arteria mesentérica inferior en pacientes frecuentemente vasculópatas. Los casos de colitis grave presentan una mortalidad mayor. El diagnóstico es frecuentemente endoscópico, y en algunos casos intraoperatorio, en la cirugía inicial o en una revisión. El tratamiento varía según la gravedad del cuadro entre actitud expectante y cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos a un paciente de 69 años que ingresa de manera urgente por rotura contenida de aneurisma de aorta infrarrenal, realizándose Bypass aorto-bifemoral por parte de cirugía cardiovascular, objetivando al final de la cirugía, mala vascularización de colon descendente, mal delimitada, por lo que se decide dejar abdomen abierto con VAC para reevaluación. 24 horas después se constata isquemia del colon descendente realizándose Hartmann, con salida de heces y contaminación de la cavidad abdominal, dejando de nuevo el abdomen abierto para cierre diferido del mismo, mediante malla Ventralight, una vez estabilizado el paciente.

RESULTADOS:

Postoperatorio de 27 días en UCI, con necesidad de drogas vasoactivas y parada que precisó RCP avanzada. No presenta colecciones abdominales ni infección de pared, con buena evolución del injerto vascular. Es dado de alta para tratamiento rehabilitador en su domicilio.

CONCLUSIÓN:

La alta incidencia de colitis isquémica en el postoperatorio de la cirugía del aneurisma aórtico obliga a una sospecha, diagnóstico y tratamiento precoz. EL second look permitió, en nuestro caso, la delimitación de la zona mal vascularizada y una resección más limitada. A pesar de la contaminación, la antibioterapia de amplio espectro y el sistema VAC evitaron colecciones e infección del injerto vascular, con buena evolución.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017

Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P025 EFECTIVIDAD DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN REINTERVENCIONES SOBRE EL HIATO DIAFRAGMÁTICO

Luiza Cotruta

Cotruta, Luiza; Ovejero Gómez, Victor Jacinto; Mozo Segurado, Maialen; Gutierrez Cantero, Luis Eloy; Sosa Medina, Rocio Daniela; Bermúdez Garcia, María Victoria; Berrio Obregon, Ignacio; Gutierrez Rúiz, Amado
Hospital Sierrallana Torrelavega

INTRODUCCIÓN:

El hallazgo incidental de un pólipo gástrico durante la realización de una gastroscopia presenta una incidencia del 2%, encontrándose la mayoría de los pacientes asintomáticos. Un tamaño superior a los diez milímetros puede asociarse a dispepsia o producir sangrado. Su crecimiento podría ser causa de obstrucción pilórica, especialmente si presenta una localización antral. Su clasificación histopatológica resulta variable aunque los más frecuentes suelen ser hiperplásicos, de glándulas fúndicas y adenomatosos. Se presenta el caso de una paciente con un pólipo gástrico gigante cuyas condiciones locales impidieron una resolución endoscópica en favor de una intervención quirúrgica mínimamente agresiva.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 65 años intervenida para colectomía subtotal seguida de adyuvancia por proceso neoproliferativo que presentó clínica de reflujo gastroesofágico y estudio de anemia crónica durante el cual presentó epigastralgia y vómitos esporádicos. En una gastroscopia se visualizó un gran pólipo en la cara anterior de la transición antro-cuerpo gástrica y extensa implantación que se introducía hasta la primera rodilla duodenal. La eco-endoscopia informó de homogeneidad de la lesión sin hipervascularización y su biopsia fue informada de pólipo fibroide inflamatorio. El resto de estudios complementarios descartaron otros hallazgos de naturaleza neoplásica. Sus características locales impidieron su extirpación endoscópica a pesar de conseguir una adecuada movilización resultando necesaria su resección quirúrgica a partir de una gastrostomía, que confirmó la naturaleza de la lesión.

DISCUSIÓN:

El tumor de Vanek ó pólipo fibroide inflamatorio es un tumor mesenquimatoso benigno noencapsulado de origen submucoso con localización habitual en el estómago aunque también ha sido descrito en la unión esófago-gástrica, duodeno e intestino delgado.

P026 EMPIEMA NECESSITATIS DE ETIOLOGÍA TUBERCULOSA

Eneko Del Pozo Andrés

Del Pozo Andres, Eneko; Alberdi San Román, Igor; De Andres Olabarria, Unai; Calvo Fernández, Marta; Sanz Larrainzar, Amaia; Badiola Bergara, Izaskun; Gomez Domínguez, David; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier
Hospital de Galdakao-Usansolo

Mujer de 59 años que en estudio por Sº de hematología por anemia y gammapatía monoclonal. Es derivada desde CCEE de dicho servicio al Sº de Urgencias por aparición de tumoración fluctuante de 10x5cm en región escapular derecha de 20 días de evolución. La paciente refiere dolor escapular irradiado a zona anterior de tórax (zona submamaria derecha) que aumenta con la tos, inspiración y estornudos desde 6 meses antes, habiendo recibido tratamiento

antiinflamatorio y rehabilitación con mejoría del mismo. En el momento de la exploración en urgencias, la tumoración es fluctuante, no indurada, no eritematosa, no dolorosa al tacto, por lo que se decide punción para valoración de contenido, siendo este material purulento que se envía a cultivo. Al ser todo el cuadro compatible con absceso de partes blandas, se realiza bajo anestesia local, incisión, desbridamiento y drenaje de absceso. Llama la atención durante la intervención que, tras un acceso tusígeno, el pus de la cavidad sale con fuerza hacia el exterior. No refiere disnea ni dolor en ningún momento. Ante la sospecha de patología asociada, se decide realización de Rx de tórax, visualizando un absceso pleural y fractura patológica de dos costillas. Se decide ingreso en el Sº de hematología para estudio por sospecha de mieloma múltiple, realizándose TC torácico que revela empiema drenado a través de pared torácica posterior.

Finalmente, los cultivos del material purulento demuestran bacilos gram positivos ácido-alcohol resistentes, compatibles con etiología tuberculosa.

El empiema necessitatis es una entidad muy poco frecuente. Se define como la extensión de un empiema o derrame pleural purulento drenado a tejidos blandos adyacentes. Su localización más frecuente es en línea medio clavicular o axilar anterior, aunque en este caso el drenaje fue a pared torácica posterior.

P027 HERNIAS INGUINALES COMPLEJAS, NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mikel Osorio Capitán

Osorio, Capitán, Mikel; Cormenzana, Lizarribar, Enrique; Olaizola, Arantza; Alcón, Africa; Inchaurredo, Maria Isabel

Hospital Comarcal del Bidasoa

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

El tratamiento de grandes defectos herniarios de la pared abdominal produce durante la reducción visceral un gran aumento de la presión intraabdominal, que conlleva a su vez, una alteración en la biomecánica cardiorrespiratoria al elevar el diafragma y reducir el retorno venoso. En 1940 Goñi Moreno describió el neumoperitoneo preoperatorio cuyo objetivo es permitir la reintroducción visceral y su adaptación a la cavidad abdominal de forma progresiva.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 63 años diagnosticado de hernia inguinal bilateral de gran tamaño con pérdida de derecho a domicilio. Se inició técnica de neumoperitoneo 3-4 semanas previo a cirugía. Se repararon los defectos herniarios con éxito según técnica de Lichtenstein.

CONCLUSIÓN:

Mediante este póster presentamos un caso tratado con éxito por medio de la técnica de neumoperitoneo de Goñi Moreno, ligeramente en desuso actualmente.

XXIV REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DEL NORTE



BIZKAIA-ARETOA

BILBAO, 2 DE JUNIO DE 2017



Servicio de Cirugía General y A.D.
H. U. Basurto - Bilbao

Dpto. de Cirugía y Radiología y M.F. - UPV/EHU

P028 COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA FULMINANTE TRAS CIERRE DE ILEOSTOMÍA

Paula Martínez Pérez

Martínez Pérez, Paula; García Cardo, Juan; Fidalgo García, María; Gómez Ruiz, Marcos; Cagigas Fernández, Carmen; Bezanilla Castanedo, Sonia; DelCastillo Diego, Julio José; Rodríguez Sanjuan, J. Carlos
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander)

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

Paciente de 82 años con importante cardiopatía de base es diagnosticado en un ingreso en Medicina Interna de adenocarcinoma rectal bajo. Intervenido en junio de 2016, realizándose resección anterior baja más ileostomía. Ingresa en abril de 2017 de forma programada para reconstrucción de tránsito intestinal con tórpida evolución y fallecimiento del paciente.

MÉTODOS:

Ingresa de forma programada en abril de 2017 para reconstrucción de tránsito intestinal sin incidencias en el postoperatorio inmediato. En las primeras 24 horas evolución tórpida con distensión abdominal, abundantes deposiciones diarreicas y cuadro sincopal con mala respuesta a volúmenes. Análíticamente destaca una leucocitosis de 31000 con PCR mayor de 25 y acidosis metabólica con pH de 7,12 y lactato de 57. Ante estos hallazgos se realiza TC abdominal urgente, se toman cultivos y se decide traslado a UCI.

RESULTADOS:

En el TC no se evidencian complicaciones postquirúrgicas. En coprocultivos se aísla *Clostridium difficile* y se inicia tratamiento con metronidazol. A pesar del rápido inicio del tratamiento, el paciente evoluciona de forma desfavorable falleciendo en las pocas horas.

CONCLUSIONES:

La colitis pseudomembranosa es una complicación importante derivada del uso de antibióticos de amplio espectro y se asocia a una importante morbimortalidad, especialmente en pacientes ancianos y debilitados. Si no se trata de forma precoz, la mortalidad puede llegar al 20 %.

P029 CUERPO EXTRAÑO POSTOPERATORIO. INCLUSIÓN INADVERTIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Cañón Lara

Cañón Lara, Marta; del Castillo Criado, Álvaro; Toledo Martínez, Enrique; Magadán Álvarez, Cristina; Lainez Escribano, Mario; García Cardo, Juan; Fernández Santiago, Roberto Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HUMV

OBJETIVO:

Revisión de un caso de patología abdominal urgente por cuerpo extraño postquirúrgico no advertido. Caso clínico: Mujer de 57 años, intervenida de quiste de colédoco, realizándose colecistectomía resección del quiste y derivación mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, a través de una incisión subcostal derecha ampliada, que es dada de alta el sexto día postoperatorio sin complicaciones.

Libro de Comunicaciones

Tres semanas después acude a urgencias por dolor abdominal difuso y picos febriles. A la exploración abdomen ligeramente doloroso, sin reacción peritoneal. Analítica con elevación de PCR (8,9 mg/Dl) como único hallazgo. Se solicita directamente TC desde urgencias donde se observa una estructura metálica de 47mm en pelvis menor en relación con cuerpo extraño. Se decide realizar laparoscopia exploradora con colocación de un trócar de trabajo (5mm) en fosa ilíaca izquierda. Se observa el objeto descrito, compatible con sistema de sujeción metálica de un penrose, que se extrae mediante puerta umbilical (Hasson). El dispositivo se encontraba todavía con su cubierta protectora.

RESULTADO:

La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta el primer día postoperatorio sin complicaciones posteriores.

Creemos que el dispositivo pudo introducirse en el abdomen envuelto en alguna compresa durante la propia cirugía, sin haber sido advertido por el equipo quirúrgico, y sin ser echado en falta ya que no se refleja en ningún contaje ni registro.

CONCLUSIONES:

El control intraoperatorio del instrumental y compresas ha mejorado notablemente, y las herramientas, como las listas de verificación, permiten disminuir la morbilidad asociada a errores o confusiones en la práctica médica. Debemos vigilar también otros dispositivos como los drenajes y sus complementos, ya que aunque parezca improbable, pueden introducirse en la cavidad abdominal inadvertidamente y dar problemas posteriormente. La radiografía abdominal puede ser suficiente para el diagnóstico de estas complicaciones, aunque en este caso no se solicitó.