PROGRAMA

XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

15-16 OCTUBRE 2026

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRÍN
SALÓN DE ACTOS
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

AEC ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA

Servicio Canario de la Salud

Gobierno de Canarias
islas iguales

PROGRAMA

XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

Evento libre de humo de tabaco
Declarado de Interés Sanitario por el Servicio Canario de la Salud (Expediente RIS-1194)

Actividad no reglada sin carácter oficial. Acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05-1215-46A con 1 crédito.

Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.

XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

CONTENIDO

ORGANIZACIÓN ____ **6**

JUNTA DIRECTIVA 6

COMITÉ ORGANIZADOR Y CIENTÍFICO 7

PROGRAMA CIENTÍFICO ____ **8**

JUEVES 15 8

VIERNES 16 11

COMUNICACIONES ____ **13**

JUEVES 15 - MAÑANA 14

JUEVES 15 - TARDE 19

VIERNES 16 - MAÑANA 24

RESÚMENES DE COMUNICACIONES ____ **27**

- JUEVES 15 - MAÑANA

SALA 3 - PÓSTERS (CP-01 - CP-11) 28

AUDITORIO - ORALES (CO-12 - CO-19) 46

SALA 4 - ORALES Y VÍDEO (CO-20 - CV-25) 60

- JUEVES 15 - TARDE

SALA 3 - PÓSTERS (CP-26 - CP-36) 66

AUDITORIO - ORALES (CO-37 - CO-45) 85

SALA 4 - ORALES Y VÍDEO (CO-46 - CO-51) 97

- VIERNES 16 - MAÑANA

SALA 3 - PÓSTERS (CP-52 - CP-62) 106

AUDITORIO - ORALES (CO-63 - CO-68) 125

NOTAS ____ **132**

INFORMACIÓN ÚTIL ____ **134**

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Joaquín Marchena Gómez (HUGC Dr. Negrín – Gran Canaria)
Vicepresidente 1º: Luciano Delgado Plasencia (HUC – Tenerife)
Vicepresidente 2º: Gabriel García Plaza (CHUIMI – Gran Canaria)
Secretario: Francisco José Cruz Benavides (HUGC Dr. Negrín – Gran Canaria)
Tesorero: Carlos Fernández Quesada (HUGC Dr. Negrín – Gran Canaria)
Vocales: María Isabel Gutiérrez Giner (CHUIMI – Gran Canaria)
Vanessa Concepción Martín (HUNSC – Tenerife)
Octavio Frieyro Fernández (Fuerteventura)
Juan Manuel De Diego Gamarra (Lanzarote)
Francisco Javier Marrero Álvarez (La Gomera)
José Antonio Ramírez Felipe (Gran Canaria)
Beatriz Guil Ortiz (HUC – Tenerife)
María Asunción Acosta Mérida (HUGC Dr. Negrín – Gran Canaria)
Alejandro Morales Hernández (HUC – Tenerife)

COMITÉ ORGANIZADOR

Francisco José Cruz Benavides
Carlos Fernández Quesada
Pau Plá Sánchez
Natalia Afonso Luis
Andrés Felipe Yepes Cano
Asunción Acosta Mérida
Luis Piñero González
Mar Callejón Cara
Aurora Suárez Cabrera
Laura Alonso Lamberti
Jezabel Fernández Carrión
Desirée Armas Ojeda
Gonzalo Navarro Barlés
Julie Celina Medina Gontier
Eva Nogués Ramia
Cristina Roque Castellano
Beatriz Arencibia Pérez
Yurena Sosa Quesada
Manuel Artiles Armas
Julia Gil García
David Ortiz López
Mar Sánchez-Lauro Martínez
José Antonio Casimiro Pérez
María José Luque García
Raúl Medina Velázquez
Isabel Sánchez Guedez
Juan Antonio Hernández Navarro
Clara Rosas Bermúdez
María Pelloni
Raquel Bañolas Suárez
Ángel López Veloso
Zaida Brito Pérez
Anabel Álvarez García
María Isabel Hormiga Rodríguez
Inmaculada Callejas Vallejo
Gloria Benetti
Ariadna Márquez Gutiérrez
Náyade Márquez Gutiérrez
Juan Ismael Almeida Santiago
Marta Garralda Del Villar

COMITÉ CIENTÍFICO

Joaquín Marchena Gómez
María Asunción Acosta Mérida
Carlos Fernández Quesada
Francisco José Cruz Benavides
Esteban Pérez Alonso
Gabriel García Plaza
Vanessa Concepción Martín
Luciano Delgado Plasencia

JUEVES 15 OCTUBRE

08:00–09:00

Entrega de documentación

09:00–10:00

COMUNICACIONES LIBRES I Y II

- **SALA 3**
  Moderadores: Dra. Natalia Afonso Luis · Dr. Pau Plá Sánchez
- **AUDITORIO**
  Moderadores: Dr. Manuel Artiles Armas · Dra. Beatriz Arencibia Pérez
- **SALA 4**
  Moderadoras: Dra. Eva Nogués Ramia · Dra. Cristina Roque Castellano

10:00–10:30

Descanso – café

10:30–12:30

MESA REDONDA 1

Sarcoma retroperitoneal

Moderadores:
Dr. Gabriel García Plaza. *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.*
Dr. Alejandro Morales Hernández. *Hospital Universitario de Canarias.*

- Historia y desarrollo del concepto de la cirugía compartimental en el tratamiento del sarcoma retroperitoneal

Dra. Natalia Afonso Luis. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

- Cordoma sacro: abordaje quirúrgico contemporáneo en un CSUR en tumores mesenquimales y sarcomas

Dr. José Manuel Asencio Pascual. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CSUR en Tumores Mesenquimales y Sarcomas.*

- ¿Resección compartimental mínimamente invasiva en el sarcoma retroperitoneal: es posible?

Dr. Daniel Díaz Gómez. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. CSUR en Tumores Mesenquimales y Sarcomas.*

- Tratamiento complementario en el sarcoma retroperitoneal: evidencia y perspectiva
Dra. María Savoie Hontoria. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

12:30–13:30

CONFERENCIA 1

Aproximación multimodal a la recidiva pélvica del cáncer de recto y utilidad de las nuevas tecnologías

Ponente: Dr. José Manuel Asencio Pascual. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CSUR en Tumores Mesenquimales y Sarcomas.*

Presenta: Dr. Luciano Delgado Plasencia. *Hospital Universitario de Canarias.*

13:30–14:00

INAUGURACIÓN DEL CONGRESO REGIONAL DE CIRUGÍA 2026

- Excma. Sra. Dña. Esther María Monzón Monzón.
  Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias
- D. Miguel Ángel Ponce González
  Director Gerente del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
- D. Joaquín Marchena Gómez.
  Presidente de la Sociedad Canaria de Cirugía
- D. Francisco José Cruz Benavides.
  Presidente del Comité Organizador del XXV Congreso de la Sociedad Canaria de Cirugía

14:00–15:00

Almuerzo – Cóctel

15:00–16:00

COMUNICACIONES LIBRES III Y IV

SALA 3
Moderadores: Dra. Julia Gil García · Dr. Sergio González Hernández

AUDITORIO
Moderadoras: Dra. Mar Callejón Cara · Dra. Julie Medina Gontier

SALA 4
Moderadoras: Dra. Mª Desirée Rodríguez Castellano · Dra. Mª Desirée Armas Ojeda

16:00–18:00

MESA REDONDA 2

Inteligencia artificial

Moderadores:

Dr. Esteban Pérez Alonso. *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.*

Dr. Gabriel García Plaza. *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.*

- Aplicación actual de IA en imagen médica para cirugía

D. Miguel Rodríguez Velázquez. *Ingeniero en Informática. CTO de Cella Medical Solutions.*

- Implementación de modelos RAG de inteligencia artificial: la experiencia GuidexIA en la consulta inteligente de bibliografía quirúrgica

Dr. Rubén García Martínez. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

- Aspectos regulatorios en Europa aplicables a los productos de uso hospitalario que incorporan IA. Salud digital vs. producto sanitario

Dª. Carmen Martín González. *Experta regulatoria MD/IVD/MDSW/MDAI.*

18:00–18:30

Descanso – café

18:30–19:30

HABLAN LOS RESIDENTES

Moderadores:

Dra. María Isabel Hormiga Rodríguez. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

Dr. Germán Delgado Rodríguez. *Hospital Universitario de Canarias.*

- ¿Qué espero como residente?

Dra. Náyade Márquez Gutiérrez. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

- ¿Qué esperaba y qué he obtenido como residente?

Dra. Marta Rojas Estévez. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

Debate.

Moderadores:

30 minutos

VIERNES 16 OCTUBRE

08:00–09:00

COMUNICACIONES LIBRES V

SALA 3
Moderadores: Dr. José Antonio Casimiro Pérez · Dra. Clara Rosas Bermúdez

AUDITORIO
Moderadores: Dra. Yurena Sosa Quesada · Dr. Luis Piñero González

09:00–11:00

MESA REDONDA 3

Situación actual del cáncer de mama y manejo multidisciplinar

Presidenta:
Dra. Isabel Gutiérrez Giner. *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.*
Moderadora:
Dra. María Jezabel Fernández Carrión. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

- Programa de cribado y protocolo de actuación en el cáncer de mama en Canarias
Dra. Teresa Barata Gómez. *Coordinación de Programas de Cribado. Las Palmas.*

- Oncología médica: presente y futuro del tratamiento sistémico y medicina de precisión
Dr. Salvador Saura Grau. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

- Diálogo técnico: actualidad y futuro de la cirugía mamaria en las Islas
Dra. Laura Millán Paredes. *Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa. Lanzarote.*
Dra. María Jezabel Fernández Carrión. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

- Cirugía de vanguardia: uso del verde de indocianina en cirugía mamaria
Dra. Sandra López Gordo. *Presidenta de la Societat Catalana de Sinologia. Hospital Universitario de Mataró.*

11:00–11:30
Descanso – café

11:30–12:00

CONFERENCIA DE MAMA

Cirugía mínimamente invasiva en el cáncer de mama

Ponentes:

Dra. Sandra López Gordo.

Presidenta de la Societat Catalana de Sinologia. Hospital Universitario de Mataró.

Dra. Lidia Blay Aulina.

Vicepresidenta de la Societat Catalana de Sinologia. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.

Presenta: Dra. María Jezabel Fernández Carrión

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

12:00–14:00

MESA REDONDA 4 - Patrocina Ángel Conde

Indicaciones del abordaje actual en patología de pared abierta o laparoscópica

Moderadores:

Dr. Juan Manuel Sánchez González. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

Dra. Vanessa Concepción Martín. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

- ¿Cuándo no operarías por vía laparoscópica la hernia inguinal?

Dr. Raúl Medina Velázquez. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

- ¿Cuándo no operarías por vía abierta la hernia inguinal?

Dr. Rajesh Gianchandani Moorjani. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

- ¿Cuándo no operarías por vía laparoscópica una eventración?

Dra. Diana Rodríguez González. *Hospital Universitario de Canarias.*

- ¿Cuándo no operarías por vía abierta una eventración?

Dra. Laura González Sánchez. *Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil.*

14:00–14:30

CLAUSURA DEL XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

Entrega de premios:

- Mejor comunicación oral
- Mejor póster

XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

COMUNICACIONES

- SALA 3
- AUDITORIO
- SALA 4

09:00–10:00 COMUNICACIONES LIBRES I Y II

SALA 3 - PÓSTERS
Moderadoras: Dra. Natalia Afonso Luis · Dr. Pau Plá Sánchez

CP-01 LESIÓN DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE EN LA CIRUGÍA TIROIDEA: PAPEL DE LA NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA

Ángel Luis Sánchez Álvarez, Mª Isabel Gutiérrez Giner, Ana Tejera Hernández, Jorge Loro Pérez, Magel Fernández Afonso, Ainhoa Cordero Rojas

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CP-02 FACTORES PRONÓSTICOS PARA RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA EN 324 PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO: PAPEL DE LA INVASIÓN PERINEURAL Y LA RECUPERACIÓN INMUNOLÓGICA AL AÑO DE LA CIRUGÍA

Callejas Vallejo, María Inmaculada; Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Arencibia Pérez, Beatriz; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-03 DILATACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A BANDA GÁSTRICA

Callejas Vallejo, María Inmaculada; Fernández Quesada, Carlos; Plá Sánchez, Pau; Afonso Luis, Natalia; Yepes Cano, Andrés; Benetti, Gloria.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-04 CARCINOMA MEDULAR DE COLON EN ÁNGULO ESPLÉNICO: UNA LOCALIZACIÓN ATÍPICA CON PERFIL MOLECULAR CARACTERÍSTICO

S. Rodríguez Díaz, J. Abellán Fernández, S. Tinghino, LE. Pérez Sánchez, MJ. Hernández Barroso, JG. Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-05 LIPOMA COLÓNICO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

M. Hernández Inoue, J. Ramón Rodríguez, I. Lobo Machín, I. Ferrer Vilela, S. Rodríguez Díaz, JG. Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-06 INVAGINACIÓN ILEOCECOCÓLICA GIGANTE CON EXTENSIÓN HASTA SIGMA SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE CIEGO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Náyade Márquez Gutiérrez, Ortiz López, Medina Velázquez, Sosa Quesada, Artiles Armas, Nogués Ramia

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-07 IMPACTO DE LA DINÁMICA DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN LA RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE COLON

Hormiga Rodríguez, María Isabel; Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Artiles Armas, Manuel; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-08 GIST ESOFAGOGÁSTRICO DE ALTO RIESGO: DESAFÍO QUIRÚRGICO EN UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL

S. Rodríguez Díaz, M. Hernández Inoue, A. Camarasa Pérez, JM. Sánchez González, V. Concepción Martín, JG. Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-09 EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA URGENTE EN PACIENTE CON LINFOMA HEPATOESPLÉNICO DE CÉLULAS T

García Afonso, María; Glez Morín, Jorge; Rodríguez Castellano, Mª Desirée; Tuñón Fequant, Carlota Isabel; Glez García, Sara

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-10 TUMOR FIBROSO SOLITARIO PÉLVICO GIGANTE EN PACIENTE VIH+: DIAGNÓSTICO, EMBOLIZACIÓN PREQUIRÚRGICA Y RESECCIÓN R0. A PROPÓSITO DE UN CASO

Garralda del Villar, Marta; Roque Castellano, Cristina; Artiles Armas, Manuel; Nogués Ramia, Eva; Sosa Quesada, Yurena; Gil García, Julia

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-11 DE UN PRONÓSTICO INICIAL SOMBRÍO A UN RESULTADO EXCEPCIONAL: RESPUESTA PATOLÓGICA CASI COMPLETA Y RECUPERACIÓN SIN INCIDENCIAS TRAS ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS ROBÓTICA

Garralda del Villar, Marta; Acosta Mérida, María Asunción; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Callejón Cara, María del Mar; Hormiga Rodríguez, María Isabel; Piñero González, Luis

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

AUDITORIO - ORALES

Moderadores: Dr. Manuel Artiles Armas · Dra. Beatriz Arencibia Pérez

CO-12 UTILIDAD PREDICTIVA DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN EL PERIOPERATORIO DE LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL

Márquez Gutiérrez, Ariadna; Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina, Gil García, Júlia Mª; Nogués Ramia, Eva Mª.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-13 PAPEL DE LA PCR Y DEL DELTA DEL Δ-ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN LA PREDICCIÓN DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL MINIMAMENTE INVASIVA: UN MODELO CON VALIDACIÓN EXTERNA

Benetti, Gloria; Sosa Quesada, Yurena; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Gil García, Júlia María; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-14 CALCULADORA DIGITAL DE APOYO AL ALTA PRECOZ EN CIRUGÍA COLORRECTAL MÍNIMAMENTE INVASIVA: MODELOS PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES Y DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA

Benetti, Gloria; Sosa Quesada, Yurena; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Artiles Armas, Manuel; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-15 PAPEL DE LA NORMALIZACIÓN DEL ESTADO INFLAMATORIO SISTÉMICO AL AÑO DE LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL EN EL PRONÓSTICO ONCOLÓGICO: ANÁLISIS DEL VALOR DEL Δ-INDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO Y DEL Δ-ÍNDICE PLAQUETA-LINFOCITO

Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Sosa Quesada, Yurena; Roque Castellano, Cristina; Arencibia Pérez, Beatriz; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-16 RELACIÓN ENTRE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y EL ESTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO TRATADOS CON STENTS METÁLICOS AUTOEXPANDIBLES

Villarroel Añorbe, M.; González Morín, J.; Ros Egea, I.; Delgado Rodríguez, G.; Morales Hernández, A.; Delgado Plasencia, L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CO-17 PROTEÍNA C REACTIVA E ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICTORES DE FÍSTULA PANCREÁTICA CLÍNICAMENTE RELEVANTE TRAS PANCREATODUODENECTOMÍA

Benetti, Gloria; Plá Sánchez, Pau; Marchena Gómez, Joaquín; Afonso Luis, Natalia; Yepes Cano, Andrés Felipe; Fernández Quesada, Carlos.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-18 EL ÍNDICE NEUTOFILO-LINFOCITO COMO MARCADOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR NO TRATADO: COMPARACIÓN CON LOS FACTORES CONVENCIONALES

Benetti, Gloria; Afonso Luis, Natalia; Plá Sánchez, Pau; Yepes Cano, Andrés Felipe; Fernández Quesada, Carlos; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-19 RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL CÁNCER DE MAMA, ¿PODEMOS OBVIAR LA RADIOTERAPIA EXTERNA?

Lilián Loro Pérez, Nerea Hernández Castañeda, María Isabel Gutiérrez Giner, Ángel Sánchez Álvarez, Jorge Loro Pérez, Esteban Pérez Alonso.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

SALA 4 - ORALES Y VÍDEO

Moderadoras: Dra. Eva Nogués Ramia · Dra. Cristina Roque Castellano

CO-20 TRATAMIENTO MULTIMODAL Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN LA RECIDIVA PÉLVICA DEL CÁNCER DE RECTO: VALOR DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR

Torres Joya, María de Gádor; Navarro-Sánchez, Antonio; Barroso Deyne, Eduardo; Garrido Arévalo, María; Soto-Darias, Iván; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CO-21 FÍSTULA ESOFAGO-BRONQUIAL MANEJADA CON DIPOSITIVO AMPLATZER: ABORDAJE COMBINADO ENDOSCÓPIA DIGESTIVA Y BRONCOSCOPIA

Loro Pérez, Lilián; Caballero Díaz, Yurena; Álvaro Roules, María; Peña Ferrera, Luis; López Tomassetty, Eudaldo Miguel; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CO-22 DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA A LA URGENCIA: RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA TIPO SASY EN ISQUEMIA GÁSTRICA AGUDA

Jorge Abellán Fernández; Rajesh Gianchandanni Moorjani; Vanessa Concepción Martín; Simone Tinghino; Jamil Jesús Nassereddine Mesa; Jose Gregorio Díaz Mejía
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CO-23 OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE COLOCACIÓN DE BANDA GÁSTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

González Morín, Jorge; González Hernández, Sergio; Faccini Cabrera, Florencia; Guil Ortiz, Beatriz; Rodríguez González, Diana; Arteaga González, Ivan
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CO-24 PERFORACIÓN DE UN ASA CIEGA POR ESPINA DE PESCADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jamil Nassereddine Mesa, Irene Lobo Machín, Julen Ramón Rodríguez, Sheila Rodríguez Díaz, Laura del Pino García, Irene Ferrer Vilela
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CV-25 TUMORECTOMÍA ESOFÁGICA CÉRVICO-TORÁCICA ROBÓTICA POR UNA MASA MEDIASTÍNICA COMPRESIVA

Callejas Vallejo, María Inmaculada; Acosta Mérida, María Asunción; Callejón Cara, María del Mar, Piñero González, Luis; Alonso-Lamberti Rizo, Laura.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

15:00–16:00 COMUNICACIONES LIBRES III Y IV

SALA 3 - PÓSTERS
Moderadores: Dra. Julia Gil García · Dr. Sergio González Hernández

CP-26 HERNIA DE MORGAGNI COMPLICADA CON INCARCERACIÓN DE COLON TRANSVERSO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE URGENCIA

Almeida Santiago, Juan Ismael; Acosta Mérida, María Asunción; Medina Gontier, Julie Celine; Piñero González, Luis; Callejón Cara, María del Mar; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Álvarez García, Anabel

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-27 FASCITIS NECROTIZANTE COMO PRESENTACIÓN DE UNA HERNIA INGUINAL COMPLICADA

Valenzuela García. MA, Ros Egea. I, Rojo Revert. P, Rubiera Álvarez. A , Delgado Plasencia. L , Morales Díaz. S.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-28 VALIDACIÓN DE LAS ESCALES DE RIESGO DE FÍSTULA ORIGINAL, ALTERNATIVA Y ALTERNATIVA ACTUALIZADA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA ESPAÑOLA

Náyade Márquez Gutiérrez, Pau Plá Sánchez, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Andrés Yepes Cano

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-29 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A EVENTRACIÓN PRECOZ SOBRE HERIDA DE ASISTENCIA EN NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Añorbe, M.; Rubiera Álvarez, A.; Rodríguez Castellano, M. D.; Ramírez Caballero, E.; Tuñón Fequant, C. I.; González García, S.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-30 RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE PEDICULADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Añorbe, M.; Morales Díaz, S.; Fernández López, L.; Pezzetta Hernández, L.; Martín Malagón, A.; Delgado Plasencia, L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-31 RESOLUCIÓN EN UN SOLO TIEMPO DE ÍLEO BILIAR TRAS MIGRACIÓN DE SÍNDROME DE BOUVERET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Añorbe, M.; Morales Díaz, S.; García Afonso, M.; Tuñón Fequant, C.; Martín Malagón, A.; Delgado Plasencia, L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-32 EL RADIÓLOGO TENÍA RAZÓN: DIVERTICULITIS APENDICULAR PERFORADA

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Hernández Inoue, Mar; Tinghino, Simone; Rodríguez Díaz, Sheila; Fernández Noel, Silvia; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-33 TRAUMATISMO HEPÁTICO CON FUGA BILIAR PERSISTENTE: MANEJO MULTIDISCIPLINAR MÍNIMAMENTE INVASIVO

Rojo Revert, P., Valenzuela García, M.A., Ramírez Caballero, E., Tuñón Fequant, C.I., González García, S. y Delgado Plasencia, L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-34 REPARACIÓN TRANSVAGINAL DEL RECTOCELE SIN MALLA: RESULTADOS A MÁS DE DOS AÑOS

Garralda del Villar, Marta; Almeida Santiago, Juan Ismael; Ortiz López, David; Gil García, Júlia María; Roque Castellano, Cristina; Nogués Ramia, Eva María

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-35 CARCINOMA PAPILAR ENCAPSULADO INVASOR GIGANTE DE MAMA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Náyade Márquez Gutiérrez, Navarro Barles, Lopez Meca, Fernández Carrión, Armas Ojeda, Medina Gontier

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-36 ABORDAJE E-MILOS EN HERNIA VENTRAL PRIMARIA: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y CALIDAD DE VIDA A MEDIO PLAZO

Náyade Márquez Gutiérrez, Medina Velázquez, Sánchez Guédez, Casimiro Pérez, Sánchez Lauro, Márquez Gutiérrez

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

AUDITORIO - ORALES

Moderadoras: Dra. Mar Callejón Cara · Dra. Julie Medina Gontier

CO-37 RESULTADOS A LARGO PLAZO DE MALLA PHASIX EN LA REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL EN CAMPOS CONTAMINADOS

S. Rodríguez Díaz, J. Nassereddine Mesa, J. Ramón Rodríguez, R. Gianchandani Moorjani, V. Concepción Martin, JG. Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CO-38 UTILIDAD DEL TUTOR PANCREÁTICO EXTERNO COMO ESTRATEGIA DE MITIGACIÓN EN PACIENTES DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS DPC

Ros Egea, Irene; Delgado Rodriguez, Germán; Pezzeta Hernández, Liliana; Morales Díaz, Samuel; Fdez-López, Lázaro; Martín Malagón, Antonio.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CO-39 PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Salado de la Torre. J, Valenzuela García. A, Martín Malagón. A, Morales Díaz. S, Fernández López. L, Pezzetta Hernández. L, Delgado Plasencia. L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CO-40 PARÁMETROS ANATÓMICOS COMO PREDICTORES DE COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN RESECCIÓN DE CÁNCER DE RECTO

Salado de la Torre. J, Rojo Revert. P, Rivera Castellano. J, Delgado Plasencia. L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CO-41 MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL ABDOMEN ABIERTO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO CRITICO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Pérez Alemán, Sarah; Bañolas Suárez, Raquel; Hernández Navarro, Juan Antonio; Pelloni, María; Rosas Bermudez, Clara del Pilar

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-42 ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO EN ENFERMEDAD DE CROHN. ¿ES ADECUADO EL SEGUIMIENTO QUE ESTAMOS REALIZANDO? ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Cristina López Fernández, Gádor Torres Joya, Ivan Soto Darias, Laura Garcia Garcia, Antonio Navarro Sánchez, Esteban Perez Alonso

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CO-43 MANEJO DE HEPATOLITIASIS: EXPLORACIÓN TRANSPARIETOHEPÁTICA DE VIA BILIAR

Loro Pérez, Lilián; Martel Lozano, Saida; Chas Garibaldi, María Pía; García Plaza, Gabriel; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CO-44 LEIOMIOSARCOMA PLEOMORFO DESDIFERENCIADO DE INTESTINO DELGADO (GRADO 3, FNCLCC): RETO DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Montejo Griñón, Alba; García Plaza, Gabriel; Alcalá Serrano, Francisco Javier, Fernández San Millán, David, Cabrera García, Mercedes Elisa; Pérez Alonso, Esteban.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CO-45 USO DE MALLA PHASIX EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Marta Rojas Estévez, Carmen Díaz López, Vanesa Concepción Martín, Ángel Camarasa Pérez, José Miguel del Pino Montón, José Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

SALA 4 - ORALES Y VÍDEOS

Moderadoras: Dra. Mª Desirée Rodríguez Castellano · Dra. Mª Desirée Armas Ojeda

CO-46 ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL SINDROME DE SUTTON-KADIR: ESTENOSIS SIGNIFICATIVA DEL TRONCO CELIACO CON ANEURISMAS DE LAS ARCADAS PANCREATODUODENALES

Loro Pérez, Lilian; García Plaza, Gabriel; El Assar de la Fuente, Samy; Martel Lozano, Saida; Chas Garibaldi, María Pía; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

CO-47 RESECCIÓN RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON VERDE DE INDOCIANINA TRAS DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Benetti, Gloria; Plá Sánchez, Pau; Afonso Luis, Natalia; Yepes Cano, Andrés Felipe; Fernández Quesada, Carlos; Cruz Benavides, Francisco José.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-48 HERNIA DE HIATO GIGANTE PERFORADA: GASTRECTOMÍA VERTICAL E HIATOPLASTIA DE URGENCIA MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO

Jorge Abellán Fernández; Carmen Díaz López; Rajesh Gianchandani Moorjani; Vanessa Concepción Martín; Marta Rojas Estévez; Jose Gregorio Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CO-49 RECONSTRUCCIÓN VASCULAR TRAS ESPLENODUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL Y RESECCIÓN VENOSA POR COLANGIOCARCINOMA PANCREÁTICO LOCALMENTE AVANZADO

Zaida Brito Pérez, Pau Plá Sánchez, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Andrés Felipe Yepes Cano, Francisco José Cruz Benavides.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-50 LIBERACIÓN ROBÓTICA DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE DUNBAR

Hormiga Rodríguez, María Isabel; Acosta Mérida, Mª Asunción; Piñero González, Luis; Callejón Cara, Mª del Mar; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Álvarez García, Anabel.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-51 RECTOPEXIA VENTRAL CON MALLA ROBÓTICA EN EL TRATAMIENTO DEL RECTOCELE SINTOMÁTICO

María Isabel Hormiga Rodríguez, Cristina Roque Castellano, Yurena Sosa Quesada, Manuel Artiles Armas, Zaida Brito Pérez, Eva Nogués Ramia

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

08:00–09:00 COMUNICACIONES LIBRES V

SALA 3 - PÓSTERS

Moderadores: Dr. José Antonio Casimiro Pérez · Dra. Clara Rosas Bermúdez

CP-52 VAC-STENT COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LA FUGA DE ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA

Marta Rojas Estévez, Vanesa Concepción Martín, Rajesh Gianchandani Moorjani, Carmen Díaz López, Jorge Abellán Fernández, Jose Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-53 FEOCROMOCITOMA SUPRARRENAL Y TUMOR NEUROENDOCRINO ILEAL METASTÁSICO: ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL Y RETO DIAGNÓSTICO

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Del Pino García, Laura; García Martín, Rubén; Caballero Rodríguez, Eugenia; Jordán Balanzá, Julio César; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-54 MÁS ALLÁ DE LA PRIMERA PERFORACIÓN: COMPLICACIONES RECURRENTES TRAS BYPASS GÁSTRICO EN PACIENTE FUMADORA

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Del Pino García, Laura; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Díaz López, Carmen; Concepción Martín, Vanessa; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-55 CONTROL DE DAÑOS Y SECOND LOOK LAPAROSCÓPICO EN GIST GÁSTRICO PERFORADO

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Tinghino, Simone; Díaz López, Carmen; Del Pino Monzon, Jose Miguel; Concepción Martín, Vanessa; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-56 METÁSTASIS COLÓNICA DE CARCINOMA ESCAMOSO PULMONAR ASINTOMÁTICA: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPRESCINDIBLE

Simone Tinghino, Luis Eduardo Pérez Sánchez, Moisés Hernández Barroso, Ana Soto Sánchez, Jorge Abellán Fernández, José Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CP-57 ADENOCARCINOMA DE COLON CON FISTULIZACION GÁSTRICA. CAUSA ATÍPICA DE OCLUSIÓN DIGESTIVA ALTA

Almeida Santiago, Juan Ismael; Fernández Quesada, Carlos; Medina Gontier, Julie Celine; Álvarez García, Anabel; Plá Sánchez, Pau; Afonso Luis, Natalia.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-58 LEIOMIOSARCOMA EN RAÍZ DE MESENTERIO: PRESENTACIÓN DE CASO

Almeida Santiago, Juan Ismael; Afonso Luis, Natalia; Fernández Quesada, Carlos; Cruz Benavides, Francisco José; Plá Sánchez, Pau; Yepes Cano, Andrés Felipe.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CP-59 QUISTE MÜLLERIANO RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salado de la Torre. J, Rojo Revert. P, González García. S, Rodríguez Castellano. D, Tuñón. C, Delgado Plasencia. L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-60 PERFORACIÓN ESOFÁGICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

González Morín, Jorge; García Afonso, María; Rodríguez González, Diana; González Hernández, Sergio; Guil Ortiz, Beatriz; Arteaga González, Iván.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-61 PERFORACIÓN VESICAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO ABDOMINAL PENETRANTE

González Morín, Jorge; Chirivella Fernández, Andrea; Rodríguez Castellano, María Desirée; Fernández López, Lázaro; Rubiera Álvarez, Alba; González García, Sara.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

CP-62 APENDICITIS AGUDA SOBRE DIVERTÍCULO APENDICULAR

Jorge Abellán Fernández; Ángel Camarasa Pérez; María Savoie Hontoria; Mar Hernández Inoue; Simone Tinghuino; Jose Gregorio Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

AUDITORIO - ORALES

Moderadores: Dra. Yurena Sosa Quesada · Dr. Luis Piñero González

CO-63 CIRUGÍA ROBÓTICA COMO ESTRATEGIA EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Marta Rojas Estévez, Rajesh Gianchandani Moorjanni, Carmen Díaz López, Vanesa Concepción Martín, Alejandra Delgado de la Cruz, Jose Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CO-64 GASTRECTOMÍA VERTICAL ROBÓTICA TRAS ENDOSLEEVE-APOLLO PREVIO: TÉCNICA QUIRÚRGICA EN PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD

Pérez Alemán, Sarah; Acosta Mérida, Mª Asunción; Piñero González, Luis; Callejón Cara, Maria del Mar; Álvarez García, Anabel; Alonso-Lamberti Rizo, Laura

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-65 TÉCNICA DE GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 ROBÓTICA EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DISTAL POBREMENTE COHESIVO

Gabriela S. Martín Medina, Mª Asunción Acosta Mérida, Luis Piñero González, Mª del Mar Callejón Cara, Laura Alonso-Lamberti Rizo, Aurora Suárez Cabrera, Anabel Álvarez García

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-66 CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: LA SISTEMÁTICA COMO CLAVE PARA EVITAR ERRORES

Gabriela S. Martín Medina, Anabel Álvarez García, Mª Asunción Acosta Mérida, Luis Piñero González, Mª del Mar Callejón Cara, Laura Alonso-Lamberti Rizo

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CO-67 GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 GUIADA CON VERDE DE INDOCIANINA

Jamil Nassereddine Mesa, Rafael Orti Rodríguez, Vanessa Concepción Martín, Juan Manuel Sánchez González, Jorge Abellán Fernández, Alejandra Delgado de la Cruz

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

CO-68 FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA TRAS BYPASS: UN RETO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Rojas Estévez, Marta; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Díaz López, Carmen; Concepción Martín, Vanessa; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

- SALA 3
- AUDITORIO
- SALA 4

CP-01 LESIÓN DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE EN LA CIRUGÍA TIROIDEA: PAPEL DE LA NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA

Ángel Luis Sánchez Álvarez, Mª Isabel Gutiérrez Giner, Ana Tejera Hernández, Jorge Loro Pérez, Magel Fernández Afonso, Ainhoa Cordero Rojas

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de lesión del Nervio Laríngeo Recurrente (NLR) en pacientes sometidos a tiroidectomía total en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), evaluando la utilidad de la neuromonitorización intraoperatoria y proponiendo estrategias preventivas basadas en factores de riesgo identificados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes intervenidos entre febrero de 2022 y febrero de 2024. Se incluyeron casos de bocio multinodular, cáncer de tiroides y enfermedad de Graves, todos neuromonitorizados mediante el sistema Avalanche. Se analizaron variables clínicas, demográficas, quirúrgicas y funcionales, con análisis estadístico mediante el software R.

RESULTADOS

Se incluyeron a 137 pacientes (edad media: 53 años; 73% mujeres) sometidos a tiroidectomía total. La indicación principal fue cáncer de tiroides (60,6%). La disfonía postoperatoria ocurrió en el 28,5%. La incidencia de lesión del NLR fue del 5,5%, siendo

definitiva en el 2,56% de los casos. Las cirugías con vaciamiento ganglionar y en un solo tiempo mostraron mayor riesgo de lesión. La pérdida de señal intraoperatoria se asoció significativamente a disfonía y lesión nerviosa, obteniendo un alto valor predictivo negativo y

un valor predictivo positivo moderado.

CONCLUSIONES

Fomentar el uso sistemático y protocolizado de la neuromonitorización ayudaría a consolidar estrategias preventivas, aunque no sustituye la experiencia del cirujano ni garantiza la disminución de lesiones. La laringoscopia pre y postoperatoria debe realizarse sistemáticamente para detectar lesiones silentes. El correcto conocimiento de la anatomía y la centralización de la cirugía en centros de alto volumen, junto con el abordaje multidisciplinar, son claves para mejorar los resultados funcionales.

CP-02 FACTORES PRONÓSTICOS PARA RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA EN 324 PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO: PAPEL DE LA INVASIÓN PERINEURAL Y LA RECUPERACIÓN INMUNOLÓGICA AL AÑO DE LA CIRUGÍA

Callejas Vallejo, María Inmaculada; Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Arencibia Pérez, Beatriz; Nogués Ramia, Eva María.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

El cáncer de recto presenta particularidades biológicas, quirúrgicas y oncológicas que lo diferencian del cáncer de colon. Factores como la neoadyuvancia, el estado del margen circunferencial, la invasió n perineural (IPN) y la localización tumoral condicionan un perfil pronóstico específico. El objetivo es analizar los factores pronósticos asociados a recidiva y mortalidad cáncer-específica en una cohorte de 324 pacientes intervenidos de cáncer de recto, incorporando variables analíticas perioperatorias y la variación del índice neutrófilo-linfocito (Δ-INL) como biomarcador de respuesta inmunológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluye 324 pacientes intervenidos por cáncer de recto entre 2015 y 2024. Se definieron tres variables resultado: recidiva, mortalidad cáncer-específica y mortalidad global. Se recogieron variables demográficas, estadio TNM, factores anatomopatológicos y variables relacionadas con el tratamiento. Se incluyeron parámetros analíticos perioperatorios y el Δ-INL como diferencia entre el valor al año del tratamiento y al diagnóstico. Para cada variable resultado se realizó análisis univariante, estimación de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier con comparación por log-rank y análisis multivariante mediante regresión logística

RESULTADOS

La mediana de seguimiento fue de 57,9 meses y en ese periodo se detectaron 73 recidivas (22,5%), 53 muertes por cáncer (16,4%) y una mortalidad global de 87 pacientes (26,9%). La mayoría de los pacientes (80,6%) fueron intervenidos mediante abordaje mínimamente invasivo (44,1% laparoscópico y 35,5% robótico). La morbilidad global fue del 40,1%, con un 21,3% de complicaciones mayores (Clavien ≥III). El Δ-INL estuvo disponible en 288 casos(88,9%), con una mediana de −0,66[RIQ −1,49 a +0,21]; el 74,0% presentó recuperación al año (Δ<0). En relación con la recidiva el análisis univariante identificó como factores más relevantes el margen R1 (OR=8,70; p=0,001), la IPN (OR=4,60; p<0,001), los depósitos tumorales (OR=3,88; p<0,001) y el Δ-INL (AUC=0,688; p<0,001). El modelo multivariante (n=285) mostró una adecuada capacidad discriminativa (AUC=0,818), manteniéndose como factores independientes el Δ-INL (OR=2,64; IC95% 1,79–5,71; p<0,001), la IPN (OR=2,05; IC95% 1,45–3,37; p=0,001), el índice de Charlson (OR=1,51; p=0,021) y el margen R1 (OR=1,62; IC95% 1,26–2,66; p=0,011).

Para la mortalidad cáncer-específica, se obtuvo el modelo con mayor rendimiento predictivo (AUC=0,851; n=282), identificando como factores independientes el Δ-INL (OR=2,66;IC95% 1,64–5,83;p=0,002), la IPN(OR=1,99; p=0,001) y el índice de Charlson (OR=1,50; p=0,029), siendo la IPN y el Δ-INL predictores compartidos con el modelo de recidiva.

De forma destacada, el Δ-INL se mantuvo como factor pronóstico independiente en los dos desenlaces analizados en cáncer de recto. Asimismo, las curvas de Kaplan-Meier evidenciaron diferencias significativas según la IPN, los depósitos tumorales y el margen R1 en todos los eventos (log-rank p<0,001).

CONCLUSIONES

Según nuestros resultados, el Δ-INL y la IPN son los principales determinantes pronósticos en cáncer de recto, manteniéndose como factores independientes en los desenlaces analizados. El Δ-INL emerge como un biomarcador robusto y consistente, asociado tanto a recidiva como a mortalidad cáncer-específica y global, lo que respalda su valor como indicador dinámico de la respuesta inmunológica tras el tratamiento.

CP-03 DILATACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A BANDA GÁSTRICA

Callejas Vallejo, María Inmaculada; Fernández Quesada, Carlos; Plá Sánchez, Pau; Afonso Luis, Natalia; Yepes Cano, Andrés; Benetti, Gloria.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

La banda gástrica ajustable constituye una técnica bariátrica restrictiva diseñada para inducir pérdida ponderal mediante la creación de un pequeño reservorio gástrico proximal. Actualmente está en desuso debido al desarrollo de técnicas con mejores resultados metabólicos y menor tasa de complicaciones, pero durante las últimas décadas fue implantada en millones de pacientes en todo el mundo. Entre sus complicaciones se encuentran el deslizamiento de la banda, la erosión, la disfagia y la dilatación esofágica secundaria a obstrucción funcional crónica. Esta última puede asociar alteraciones motoras esofágicas severas y deterioro importante de la calidad de vida, siendo en ocasiones necesaria la retirada quirúrgica del dispositivo.

OBJETIVOS

Describir los hallazgos radiológicos, la técnica quirúrgica y la evolución final de una paciente con dilatación esofágica secundaria a banda gástrica ajustable.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 40 años, con antecedente de cirugía laparoscópica para colocación de banda gástrica hace 11 años en Italia. Peso 65kg (previo 105kg), talla 160cm, IMC 25.39. Acude a consulta por vómitos de repetición. Se realiza EGD con se objetiva una importante dilatación del esófago. Se interviene de forma programada y se realiza retirada laparoscópica de banda gástrica. La paciente fue dada de alta el 3º día postoperatorio, tras buen control del dolor y adecuada tolerancia oral.

CONCLUSIÓN

La dilatación esofágica constituye una complicación tardía de la banda gástrica ajustable que debe considerarse ante síntomas como vómitos, disfagia o intolerancia oral. El esofagograma es clave para el diagnóstico, y la retirada laparoscópica de la banda representa un tratamiento seguro y eficaz.

CP-04 CARCINOMA MEDULAR DE COLON EN ÁNGULO ESPLÉNICO: UNA LOCALIZACIÓN ATÍPICA CON PERFIL MOLECULAR CARACTERÍSTICO

S. Rodríguez Díaz, J. Abellán Fernández, S. Tinghino, LE. Pérez Sánchez, MJ. Hernández Barroso, JG. Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

El carcinoma medular colorrectal (CMC) es un subtipo infrecuente de cáncer de colon, con una incidencia de 0,03% -3,6% de los carcinomas colorrectales. Aunque posee morfología de tumor de alto grado, se relaciona con un comportamiento biológico potencialmente más favorable que el de otros carcinomas colorrectales pobremente diferenciados. Predomina en colon derecho y en pacientes de edad avanzada, y se asocia frecuentemente a mutación BRAF V600E y a la vía serrada de carcinogénesis.

Nuestro objetivo es presentar un caso de CMC localizado en el ángulo esplénico, localización atípica para este subtipo, con fenotipo dMMR y mutación BRAF V600E, tratado mediante resección robótica con intención curativa.

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años, con antecedentes de DM, HTA, trombocitopenia crónica, deterioro cognitivo, y arritmia auricular. Estudiado por anemia ferropénica, rectorragia y síndrome constitucional, es diagnosticado de lesión estenosante de 6,5 cm en colon transverso distal, con estudio de extensión negativo. La biopsia mostró un carcinoma de patrón sólido-cordonal con estroma linfoide, pérdida de expresión de MLH1/PMS2 (dMMR) y mutación BRAF V600E, hallazgos sugestivos de carcinoma medular.

Se interviene quirúrgicamente realizándose resección segmentaria robótica del ángulo esplénico. La anatomía patológica confirmó un carcinoma medular pobremente diferenciado (G3) de 7 cm, pT3N0 (0/18 ganglios), márgenes libres, sin invasión linfovascular ni perineural. Estadio IIA, dMMR/BRAF V600E. Evolución postoperatoria favorable, siendo alta al 4.º día postquirúrgico.

DISCUSIÓN

El CMC exige un alto índice de sospecha: su morfología de alto grado puede simular adenocarcinomas pobremente diferenciados o carcinomas indiferenciados, por lo que el estudio inmunohistoquímico y molecular resulta determinante para el diagnóstico.

Nuestro caso ilustra bien la discordancia entre agresividad histológica y comportamiento biológico característica del CMC: pese al grado 3 y el tamaño tumoral, la pieza confirmó ausencia de afectación ganglionar e invasión linfovascular/perineural, con estadificación final pT3N0 (IIA). Además, la localización en ángulo esplénico es infrecuente en el CMC, predominando este en colon derecho.

El fenotipo dMMR y la mutación BRAF V600E refuerzan el perfil molecular típico del CMC y tienen relevancia clínica más allá del diagnóstico: en enfermedad localizada no modifican el tratamiento quirúrgico estándar, pero condicionan el seguimiento y, ante una eventual recidiva o enfermedad avanzada, abren la puerta a la inmunoterapia, dado el microambiente rico en linfocitos T que caracteriza a estos tumores.

En conclusión, el carcinoma medular es un tumor colorrectal sólido, pobremente diferenciado pero de buen pronóstico, y con intenso infiltrado linfocitario, que puede aparecer en localizaciones atípicas. La caracterización MMR/BRAF no solo confirma el diagnóstico, sino que orienta el pronóstico y el manejo futuro del paciente.

CP-05 LIPOMA COLÓNICO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INVAGINACIÓN INTESTINAL

M. Hernández Inoue, J. Ramón Rodríguez, I. Lobo Machín, I. Ferrer Vilela, S. Rodríguez Díaz, JG. Díaz Mejías

Unidad de Urgencia, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

Los lipomas colónicos son tumores mesenquimales benignos poco frecuentes, con una incidencia entre 0,2% - 4,4%. Aproximadamente el 90% son submucosos y predominan en el colon derecho. Aunque la mayoría constituyen hallazgos incidentales, la probabilidad de manifestaciones clínicas aumenta con el tamaño. Aquellos mayores de 4 cm suelen presentar síntomas en alrededor del 75% de los pacientes. Estos consisten en dolor abdominal, alteración del hábito intestinal, hemorragia, obstrucción o invaginación.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 10 días. Se realiza TC abdomen-pelvis que describe una lesión lipomatosa de 38 x 35 x 61 mm en el colon transverso que condiciona una invaginación colocolónica a dicho nivel.

Dada la ausencia de datos de alarma se completa estudio con colonoscopia, que describe una lesión submucosa estenosante a 55 cm del margen anal que se tatúa, y con TC-colono que no objetiva otras lesiones.

Se realiza hemicolectomía derecha laparoscópica y anastomosis, con buena evolución postoperatoria, correcta tolerancia y resolución del cuadro oclusivo.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de lipoma colónico.

DISCUSIÓN

Aunque los lipomas colónicos son una entidad poco frecuente debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de las oclusiones intestinales bajas. El tratamiento debe ser individualizado en función de la clínica y el tamaño de la lesión. Aunque la resección endoscópica puede constituir una alternativa en casos seleccionados, sus límites técnicos y criterios de seguridad suelen contraindicarla ante masas de gran tamaño. La resección segmentaria, preferiblemente por abordaje laparoscópico, se consolida como tratamiento de elección, especialmente ante complicaciones agudas. Además, permite el análisis anatomopatológico.

CP-06 INVAGINACIÓN ILEOCECOCÓLICA GIGANTE CON EXTENSIÓN HASTA SIGMA SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE CIEGO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Náyade Márquez Gutiérrez, Ortiz López, Medina Velázquez, Sosa Quesada, Artiles Armas, Nogués Ramia

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el adulto (1-5% de los casos) y, a diferencia de la edad pediátrica, suele obedecer a una causa orgánica identificable, con mayor frecuencia neoplásica cuando se localiza en el colon. Se presenta un caso excepcional de invaginación ileocecocólica gigante, con invaginación completa del colon derecho y transverso y progresión hasta el colon sigmoide, secundaria a un adenocarcinoma de ciego.

CASO CLÍNICO

Varón de 54 años, con diabetes mellitus tipo 2 insulinizada de mal control metabólico, enfermedad renal crónica G4A3 de origen diabético en prediálisis y patología psiquiátrica crónica, que ingresa de forma urgente por síndrome constitucional de siete meses de evolución (astenia, anorexia y pérdida de peso), asociado a diarrea explosiva con empeoramiento en las últimas semanas (4-6 deposiciones/día). En la exploración destaca caquexia y una masa palpable, no dolorosa, de 6-8 cm en fosa ilíaca izquierda. La PET-TC evidencia una invaginación de gran extensión, con el ciego, el colon derecho y el colon transverso íntegramente invaginados y progresión del proceso hasta el colon sigmoide, junto con un engrosamiento hipermetabólico de 5 cm (SUVmáx 15,8) en la cabeza de la invaginación, compatible con proceso neoproliferativo. Se realiza laparotomía exploradora urgente, que confirma la invaginación de íleon terminal, colon derecho y mesenterio hasta el colon sigmoide, con una masa cecal de 5 cm como cabeza de la invaginación. Se procede a desinvaginación manual completa, seguida de hemicolectomía derecha con intención oncológica y anastomosis ileotransversa. En el postoperatorio se inicia tratamiento antifúngico al evidenciarse crecimiento de Candida spp en el líquido peritoneal analizado durante la cirugía. Presenta además colitis postoperatoria, que se autolimita con tratamiento antibiótico. Finalmente, es dado de alta a un centro externo para rehabilitación motora, tras una evolución favorable desde el punto de vista abdominal. El estudio anatomopatológico confirma un adenocarcinoma de ciego bien diferenciado (G1) sobre adenoma tubulovelloso, de 6 cm, que infiltra la muscular propia (pT2), sin invasión linfovascular ni perineural, con márgenes libres y ausencia de afectación ganglionar (0/31, pN0). El estudio inmunohistoquímico muestra, baja probabilidad de inestabilidad de microsatélites.

DISCUSIÓN

A diferencia de la infancia, la invaginación intestinal en el adulto rara vez es idiopática y obliga a descartar una lesión orgánica subyacente, con mayor incidencia de malignidad cuando el segmento afectado es el colon. El diagnóstico de sospecha se apoya en la clínica de suboclusión y la palpación de una masa abdominal, confirmándose mediante PET-TC. La extensión de la invaginación, con afectación completa del colon derecho y transverso hasta el sigma, resulta infrecuente en el adulto. El tratamiento de elección es quirúrgico, priorizando la resección oncológica con linfadenectomía reglada; en este caso, se preservan los principios oncológicos,

con márgenes libres y una linfadenectomía adecuada (31 ganglios aislados). Este caso ilustra la importancia de mantener un diagnóstico diferencial amplio ante un síndrome constitucional con alteración del tránsito intestinal en el adulto, así como el manejo multidisciplinar que exige la comorbilidad del paciente.

CP-07 IMPACTO DE LA DINÁMICA DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN LA RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE COLON

Hormiga Rodríguez, María Isabel; Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Artiles Armas, Manuel; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una de las neoplasias más frecuentes y, pese a los avances diagnósticos y terapéuticos, una proporción significativa de pacientes presenta recidiva o fallece por la enfermedad. Identificar los factores pronósticos tras la resección quirúrgica es clave para estratificar el riesgo, optimizar el seguimiento e individualizar el tratamiento adyuvante. Los factores anatomopatológicos clásicos no explican por completo la variabilidad evolutiva, y la comorbilidad, el abordaje quirúrgico y la morbilidad postoperatoria también influyen en el pronóstico. En este contexto, el índice neutrófilo-linfocito (INL) y su variación al primer año postoperatorio (Δ-INL) emergen como biomarcadores accesibles de la respuesta inmunitaria antitumoral.

OBJETIVO

Analizar los factores clínicos, anatomopatológicos, quirúrgicos e inmunológicos implicados en la recidiva y la supervivencia del cáncer de colon.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de 876 pacientes intervenidos de cáncer de colon entre 2015 y 2024, con seguimiento hasta marzo de 2026. Se definieron tres variables resultado: recidiva, mortalidad cáncer-específica y mortalidad global. Se recogieron variables demográficas, estadio TNM, factores anatomopatológicos, abordaje quirúrgico, complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo) e INL al diagnóstico y al año de la cirugía. Se realizó análisis univariante, curvas de Kaplan-Meier con log-rank y regresión logística multivariante.

RESULTADOS

La mediana de seguimiento fue de 50,9 meses, detectándose 141 recidivas (16,1%), 108 muertes por la neoplasia (12,3%) y 231 muertes por cualquier causa (26,4%). El 75,5% de los procedimientos fueron mínimamente invasivos. La morbilidad global fue del 29,0% (Clavien ≥III: 10,3%). El Δ-INL estuvo disponible en 748 pacientes (85,4%), con mediana −0,63 [IQR −1,53–+0,12]; el 72,1% mostró recuperación al año (Δ<0).

En el modelo multivariante de recidiva (AUC=0,811), los factores independientes fueron Charlson(OR=1,39; p=0,004), Δ-INL(OR=1,71; IC95% 1,26–2,65; p=0,005), estadio III-IV (OR=1,55; p=0,023) y la presencia de depósitos tumorales (OR=1,33; p=0,006).

El modelo de mortalidad cáncer-específica fue el más preciso (AUC=0,845), con cuatro factores independientes: Charlson (OR=1,69; p<0,001), N+ (OR=1,81; p=0,015), invasión linfovascular (OR=1,46; p=0,012) y Δ-INL (OR=1,77; IC95% 1,22–3,24; p=0,020). El ratio ganglionar fue el predictor continuo con mayor AUC (0,731).

El modelo de mortalidad global (AUC=0,771) estuvo dominado por edad (OR=1,67; p<0,001) y Charlson (OR=1,51; p<0,001).

El Δ-INL fue significativo en Kaplan-Meier para los tres eventos (log-rank p<0,001), pero no

alcanzó independencia en el modelo de mortalidad global, donde la comorbilidad y la edad enmascaran su efecto.

CONCLUSIONES

En nuestra serie, la recidiva en el cáncer de colon está determinada de forma independiente por los depósitos tumorales, el estadio, el Charlson y el Δ-INL. La mortalidad cáncer-específica comparte el Δ-INL como predictor independiente junto a N+ e invasión linfovascular, y es el modelo con mayor capacidad discriminativa (AUC=0,845). La mortalidad global está dominada por la edad y la comorbilidad. El Δ-INL es un predictor oncológico específico, independiente y de coste cero que debería incorporarse a la analítica de seguimiento del primer año en el cáncer de colon.

CP-08 GIST ESOFAGOGÁSTRICO DE ALTO RIESGO: DESAFÍO QUIRÚRGICO EN UNA LOCALIZACIÓN EXCEPCIONAL

S. Rodríguez Díaz, M. Hernández Inoue, A. Camarasa Pérez, JM. Sánchez González, V. Concepción Martín, JG. Díaz Mejías.

Unidad de Esofagogástrica, Cirugía General y Digestiva Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimatosas más frecuentes del tubo digestivo y se originan en las células intersticiales de Cajal. El GIST esofágico es una entidad excepcional, representando aproximadamente el 0,7–1% de los GIST, con predominio en el tercio distal del esófago y tendencia a presentarse como tumores de gran tamaño. El diagnóstico requiere correlación radiológica, endoscópica e histológica, siendo característica la positividad para KIT (CD117) y DOG1. El tratamiento debe individualizarse según el tamaño, la localización y el riesgo biológico, siendo la resección quirúrgica R0 el objetivo en la enfermedad localizada y los inhibidores de tirosina quinasa una herramienta fundamental en casos seleccionados. Presentamos un caso de GIST esofágico de gran tamaño que ilustra la complejidad diagnóstica y terapéutica de esta entidad infrecuente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial y ligadura tubárica, remitida por GIST esofágico de 7 × 8 cm, con crecimiento significativo durante los 12 meses previos y clínica de disfagia a sólidos, tolerando únicamente dieta triturada. La TC evidenció una masa heterogénea en el tercio distal esofágico, adyacente a la unión gastroesofágica, sin adenopatías ni afectación pulmonar.

La ecoendoscopia mostró una masa >7 cm con compresión de la luz esofágica y úlcera profunda. La PAAF confirmó un GIST fusocelular KIT+/DOG1+. Dada la localización, el tamaño, el crecimiento progresivo y la sintomatología obstructiva, se realizó esofagectomía Ivor Lewis asistida por cirugía robótica.

El estudio anatomopatológico confirmó un GIST de tercio distal esofágico y unión gastroesofágica, de 10,5 × 8 × 5 cm, con inmunofenotipo KIT+/DOG1+ y 11 mitosis/5 mm², correspondiente a alto grado histológico y alto riesgo de progresión según Miettinen-Lasota. Los márgenes quirúrgicos estaban libres de neoplasia y no se identificó afectación ganglionar (pT4, AJCC 8.ª edición).

DISCUSIÓN

Los GIST esofágicos representan menos del 1% de los GIST y constituyen una localización excepcional. Su potencial maligno es variable y depende principalmente del tamaño, índice mitótico y localización.

En la enfermedad localizada, el objetivo es conseguir una resección R0 evitando la ruptura tumoral. En ausencia de afectación ganglionar, no está indicada una linfadenectomía rutinaria. Sin embargo, la localización esofágica y el frecuente gran tamaño tumoral pueden dificultar la resección y condicionar la necesidad de una esofagectomía.

En tumores voluminosos o de resección técnicamente compleja, el imatinib neoadyuvante, tras confirmar una mutación sensible en KIT o PDGFRA, puede reducir el volumen tumoral y facilitar la cirugía. Tras una resección R0, los pacientes con alto riesgo de progresión y mutaciones

sensibles a imatinib son candidatos a tratamiento adyuvante, generalmente durante 3 años.

En nuestro caso, el tamaño tumoral de 10,5 cm y la elevada actividad mitótica (11/5 mm²) determinaron un alto riesgo de progresión según Miettinen-Lasota. La identificación de una mutación activadora de KIT en el exón 11, asociada a sensibilidad a imatinib, permitió establecer tratamiento adyuvante tras la resección R0.

Este caso pone de manifiesto la complejidad del manejo del GIST esofágico, una localización excepcional en la que la cirugía y la caracterización molecular son fundamentales para individualizar el tratamiento y optimizar el control oncológico.

CP-09 EMBOLIZACIÓN ESPLÉNICA URGENTE EN PACIENTE CON LINFOMA HEPATOESPLÉNICO DE CÉLULAS T

García Afonso, María; Glez Morín, Jorge; Rodríguez Castellano, Mª Desirée; Tuñón Fequant, Carlota Isabel; Glez García, Sara

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El linfoma de células T hepatoesplénico es un LNH de células T poco frecuente y altamente agresivo. Se trata de una enfermedad extraganglionar primaria con infiltración por células linfoides neoplásicas de hígado, bazo y médula ósea. Puede ocurrir en cualquier edad y género, pero con mayor frecuencia se presenta en varones jóvenes. Presenta una evolución clínica rápidamente progresiva y un pronóstico desfavorable debido a su resistencia a los tratamientos de quimioterapia convencionales. Es frecuente que en su debut presente síntomas como ictericia, pancitopenia, (especialmente tromocitopenia) y principalmente hepatoesplenomegalia; rara vez linfadenopatía.

El diagnóstico usualmente ocurre después de la esplenectomía o biopsia hepática; solo en pocos casos se llega al diagnóstico con la biopsia de medula ósea.

La rareza de esta enfermedad, junto con la ausencia de afectación ganglionar y la presentación de síntomas que imitan diversas entidades, incluidas las de etiología infecciosa, hacen de este linfoma un importante desafío diagnóstico.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Nuestro paciente es un varón de 49 años diagnosticado de linfoma T hepatoesplénico tras ingreso por cuadro clínico de fiebre asociado a astenia y sudoración nocturna. Por sospecha de cuadro infeccioso se encuentra a cargo del servicio de Infecciones, los cuales solicitan TC en el que se objetiva una hepatoesplenomegalia asociando una pancitopenia en la analítica, razón por lo que se realiza aspirado y BMO siendo diagnosticado de linfoma T hepatoesplénico. Inicia 1ª línea de tratamiento QT presentando buena evolución inicial, sin embargo, a las 2 semanas del comienzo presenta infección por Pneumocistys jirovecii con necesidad de ingreso en UVI dado empeoramiento respiratorio precisando IOT y aminas vasoactivas. Tras ausencia de mejoría y progresión de enfermedad, inicia 2ª línea de tratamiento. Avisan a Cir.

General para valoración de esplenectomía urgente ante empeoramiento de enfermedad de base, la cual se desestima dado trombocitopenia severa (<10.000 plaquetas) e inestabilidad hemodinámica del paciente, valorando la embolización esplénica como terapia puente con el objetivo de mejorar la pancitopenia y permitir así el tratamiento sistémico.

Finalmente se decide embolización objetivando mejoría de las cifras plaquetarias, pero tras empeoramiento respiratorio secundario a neumonía asociada a ventilación mecánica y ante ausencia de opciones terapéuticas para el linfoma, se decide adecuar el esfuerzo terapéutico.

DISCUSIÓN

La esplenomegalia masiva (definida como tamaño > 20 cm y/o peso > 1 Kg) es una manifestación rara de neoplasias hematológicas asociada a importantes repercusiones clínicas. En estos casos, la cirugía presenta mayores dificultades técnicas y mayor riesgo de complicaciones perioperatorias. La embolización arterial esplénica previa permite disminuir el sangrado intraoperatorio y facilita la movilización esplénica.

La esplenectomía en el linfoma hepatoesplénico está indicada en pacientes con síntomas gastrointestinales, HT portal y citopenias refractarias a tratamiento. La cirugía laparoscópica representa el gold estándar, aunque en casos de esplenomegalia masiva, la disección del polo superior resulta más laboriosa y se asocia a un aumento del riesgo de sangrado describiéndose altas tasas de conversión, por lo que muchos autores aconsejan un abordaje abierto. Por tanto, la embolización esplénica preoperatoria reduce la morbimortalidad perioperatoria siendo la principal complicación el dolor abdominal.

CP-10 TUMOR FIBROSO SOLITARIO PÉLVICO GIGANTE EN PACIENTE VIH+: DIAGNÓSTICO, EMBOLIZACIÓN PREQUIRÚRGICA Y RESECCIÓN R0. A PROPÓSITO DE UN CASO

Garralda del Villar, Marta; Roque Castellano, Cristina; Artiles Armas, Manuel; Nogués Ramia, Eva; Sosa Quesada, Yurena; Gil García, Julia

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Describir el manejo diagnóstico-terapéutico multidisciplinar de un tumor fibroso solitario (TFS) pélvico gigante e hipervascularizado en un paciente con infección por VIH, con especial énfasis en la utilidad de la embolización prequirúrgica y en la estratificación pronóstica mediante los modelos de riesgo metastásico actuales.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 42 años, con infección por VIH de 3 años de evolución en buen control inmunovirológico (CD4 300-350 cél/µL, carga viral indetectable), remitido a Medicina Interna por lumbalgia y hematuria. La TC toracoabdominal evidenció una lesión expansiva pélvica extraperitoneal de 16×15×13cm, sin hidronefrosis, planteando diagnóstico diferencial entre GIST y sarcoma. Se completó el estudio con ECO-biopsia con trucut, RM pélvica y colonoscopia, confirmándose diagnóstico de TFS celular (STAT6+, Ki67 10-25%, riesgo intermedio) sin metástasis a distancia. Se decide en comité multidisciplinar resección quirúrgica. El paciente comenzó con clínica de hipoglucemia (Síndrome de Doege-Potter) resultante de la producción tumoral autónoma de factor de crecimiento insulínico de tipo 2 (IGF-2), que motivó ingreso hospitalario durante 72 horas hasta control glucémico con medidas dietéticas. Dado el gran tamaño y la marcada hipervascularización tumoral, se realizó embolización arterial selectiva prequirúrgica (ramas de arterias hipogástrica y epigástrica inferior izquierdas) 24 horas antes de la cirugía, seguida de exéresis radical abierta con previa colocación intraoperatoria de catéter doble J izquierdo. El postoperatorio fue favorable siendo dado de alta hospitalaria en el 5º día postoperatorio.

RESULTADOS

La embolización logró desvascularizar aproximadamente el 80% del parénquima tumoral, facilitando una resección R0 con liberación completa del tumor respecto a vejiga, uréter izquierdo, sigma y plano presacro, sin infiltración de órganos vecinos. La pieza definitiva midió 17,5×14×11cm, con estadio pT4, márgenes libres, 6 mitosis/10 campos de gran aumento y necrosis del 25-35%, clasificándose como de riesgo metastásico ALTO según el modelo de Demicco et al. La inmunohistoquímica confirmó positividad difusa para STAT6 en la pieza definitiva, marcador actualmente considerado de referencia diagnóstica para el TFS por su elevada sensibilidad y especificidad.

CONCLUSIONES

El TFS pélvico gigante es una entidad infrecuente que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas pélvicas hipervascularizadas de gran tamaño. La embolización prequirúrgica selectiva es una herramienta eficaz para reducir el sangrado intraoperatorio, y el abordaje multidisciplinar (Cirugía General, Urología y Radiología Intervencionista) resulta clave para lograr una resección R0 minimizando la morbilidad.

La estratificación del riesgo metastásico mediante modelos validados, más que la histología aislada, debe guiar la intensidad y duración del seguimiento a largo plazo.

Dado que la localización pélvica se asocia a mayores tasas de recidiva, se recomienda seguimiento estrecho con TC o RM abdominopélvica cada 3-4 meses durante los dos primeros años y cada 6 meses hasta el quinto año, pudiendo prolongarse de forma indefinida por el riesgo de recidiva tardía.

CP-11 DE UN PRONÓSTICO INICIAL SOMBRÍO A UN RESULTADO EXCEPCIONAL: RESPUESTA PATOLÓGICA CASI COMPLETA Y RECUPERACIÓN SIN INCIDENCIAS TRAS ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS ROBÓTICA

Garralda del Villar, Marta; Acosta Mérida, María Asunción; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Callejón Cara, María del Mar; Hormiga Rodríguez, María Isabel; Piñero González, Luis

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Describir el abordaje multimodal y la evolución anatomopatológica y postoperatoria de un adenocarcinoma extenso de esófago distal-unión esofagogástrica, con especial interés en la respuesta al tratamiento perioperatorio y en la discordancia entre la extensión radiológica inicial y los hallazgos anatomopatológicos definitivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentación de un caso clínico de adenocarcinoma de esófago distal-unión esofagogástrica en un varón de 46 años, fumador, con disfagia progresiva a sólidos de un mes de evolución. Se revisan los hallazgos endoscópicos, radiológicos, el tratamiento oncológico perioperatorio, la técnica quirúrgica y los resultados anatomopatológicos y postoperatorios.

RESULTADOS

La endoscopia evidenció una neoplasia infiltrante a 31 cm de la arcada dentaria. El estudio de extensión mostró un adenocarcinoma de 12-13 cm de longitud, con adenopatías múltiples mediastínicas y abdominales locorregionales prominentes, con captación intensa en PET-TC, estadificado como cT3-4a N2-3 M0. Tras laparoscopia de estadiaje con citología peritoneal negativa, recibió cuatro ciclos de quimioterapia perioperatoria según esquema FLOT, con respuesta parcial radiológica.

Se realizó esofagogastrectomía Ivor-Lewis totalmente robótica con linfadenectomía extendida. El estudio anatomopatológico evidenció respuesta tumoral marcada, con lecho tumoral residual de 3,4 cm, invasión limitada a la muscularis mucosae (ypT1a), regresión tumoral grado 2 de Becker y márgenes quirúrgicos negativos (R0). De los 44 ganglios aislados, 3 presentaron afectación metastásica (ypN2), incluyendo un ganglio del nivel VII con extensa necrosis atribuible al tratamiento. El conglomerado adenopático de mayor tamaño identificado radiológicamente resultó negativo para malignidad en el estudio anatomopatológico diferido.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones relevantes. El esofagograma de control no evidenció fuga anastomótica y el paciente fue dado de alta al 13er día postoperatorio.
Completó la quimioterapia adyuvante. En la revisión de julio de 2026, presentaba TC de control y marcadores tumorales normales, sin evidencia de recidiva, con reincorporación a su actividad laboral.

CONCLUSIONES

Una presentación inicial radiológicamente desfavorable no predice necesariamente el resultado final en el cáncer de esófago localmente avanzado. La respuesta a la neoadyuvancia, la calidad de la resección quirúrgica y una recuperación postoperatoria optimizada pueden traducirse en un resultado oncológico y funcional excelente incluso en los escenarios de partida más complejos.

CO-12 UTILIDAD PREDICTIVA DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN EL PERIOPERATORIO DE LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL

Márquez Gutiérrez, Ariadna; Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina, Gil García, Júlia Mª; Nogués Ramia, Eva Mª.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Determinar en qué momento de la evolución postoperatoria el índice neutrófilo-linfocito (INL) —basal, primer día postoperatorio (1º-DPO) o cuarto día postoperatorio (4º-DPO)— ofrece mayor capacidad discriminativa para complicaciones tras cirugía de cáncer colorrectal, y establecer si su variación entre determinaciones (Δ-INL) añade valor predictivo frente al uso del valor aislado.

MATERIAL Y MÉTODO

Cohorte retrospectiva de 1.200 pacientes sometidos a cirugía electiva por cáncer colorrectal (2015-2024), excluyendo los intervenidos de urgencia dada la alteración inflamatoria de base que esta condición implica. Además de las variables clínico-quirúrgicas y de las complicaciones postoperatorias, se registró el INL en tres tiempos (basal, 1º-DPO, 4º-DPO). Se calculó además la variable Δ-INL, es decir, la diferencia entre el valor del 4º-DPO y el basal, y entre el 4º-DPO y el 1º-DPO. La capacidad predictiva de cada variable frente a cada complicación se evaluó mediante curvas ROC (con su IC95%) y el punto de corte se seleccionó por el índice de Youden; adicionalmente se compararon las tasas de complicación entre delta positivo y negativo mediante odds ratio (OR) con IC95%.

RESULTADOS

La muestra (n=1.200; edad media 68,7 años; 60,9% varones; 73% colon/27% recto) presentó una morbilidad global del 32,0%. El INL se elevó de forma generalizada en el 1º-DPO (mediana 6,36 vs. 2,59 basal; p<0,001) y volvió a descender en el 4º-DPO (mediana global 3,73), aunque de manera desigual según la evolución clínica: los pacientes sin complicaciones alcanzaron una mediana de 3,30 en el 4º-DPO, frente a 5,27 en los complicados (p<0,001), y quienes presentaron dehiscencia o fallecieron se mantuvieron por encima de 10. De las tres determinaciones, el INL del 4º-DPO fue el predictor individual más potente para todas las complicaciones evaluadas: mortalidad postoperatoria (AUC 0,873; IC95% 0,773-0,956), dehiscencia de anastomosis (AUC 0,813; IC95% 0,751-0,877), Clavien ≥III (AUC 0,791) y reintervención (AUC 0,785), todos con p<0,001. El Δ-INL 4º-DPO−basal superó al valor absoluto en la predicción de dehiscencia (AUC 0,834 vs. 0,813), pero el hallazgo con mayor rendimiento clínico fue el Δ-INL 4º-DPO−1º-DPO: los pacientes cuyo INL no descendió entre ambos puntos (Δ≥0) presentaron un riesgo 10,6 veces mayor de dehiscencia (OR 10,6; IC95% 5,80-19,4; p<0,001) y 6,15 veces mayor de complicación global (OR 6,15; IC95% 4,37-8,66; p<0,001).

CO-13 PAPEL DE LA PCR Y DEL DELTA DEL Δ-ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN LA PREDICCIÓN DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL MINIMAMENTE INVASIVA: UN MODELO CON VALIDACIÓN EXTERNA

Benetti, Gloria; Sosa Quesada, Yurena; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Gil García, Júlia María; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

La dehiscencia anastomótica (DA) es la complicación más grave de la cirugía colorrectal y su diagnóstico precoz sigue siendo un reto clínico. El objetivo es desarrollar y validar externamente un modelo predictivo de DA en cirugía colorrectal mínimamente invasiva que integre marcadores inflamatorios estáticos (proteína C reactiva; PCR) y dinámicos (variación postoperatoria del índice neutrófilo-linfocito; ΔINL), y comparar la capacidad discriminativa del ΔINL, la PCR y su combinación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico (2015–2024) de pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva con anastomosis primaria por vía laparoscópica o robótica. Se analizaron 922 pacientes, divididos mediante muestreo estratificado por edad, sexo e intervención en un set de entrenamiento y otro de validación externa. Se registraron variables clínicas, quirúrgicas y analíticas (PCR e INL en el 1er y 3er/4º día postoperatorio); el ΔINL se calculó como INL del 3er/4º día menos INL del 1er día. El modelo se construyó mediante regresión logística y los puntos de corte se obtuvieron con el índice de Youden en el set de entrenamiento. El rendimiento se evaluó mediante AUC, sensibilidad, especificidad, VPP y VPN.

RESULTADOS

Se registraron 50 DA (5,4%). Los pacientes con DA presentaron más resecciones bajas o ultrabajas (40,0% vs. 15,7%; p<0,001) y valores postoperatorios más elevados de PCR (3er/4.º día: 161,6 vs. 37,0 mg/L; p<0,001) e INL (10,4 vs. 3,4; p<0,001). El ΔINL difirió significativamente entre pacientes con y sin DA (mediana +2,1 vs. −2,4;p<0,001), con un AUC de 0,776 (IC95%: 0,693–0,861).

En el set de entrenamiento, el índice de Youden fue de 0,528 para la PCR, 0,550 para el ΔINL y 0,618 para su combinación, con puntos de corte de 55,5 mg/L, 1,76 y 0,522, respectivamente. En el modelo combinado, la PCR aportó el 58% del peso y el ΔINL el 42%.

En la validación externa, el AUC fue de 0,780 (IC95%: 0,679–0,870) para la PCR, 0,744 (0,619–0,850) para el ΔINL y 0,802 (0,700–0,888) para el modelo combinado de PCR+ ΔINL. La combinación mostró mayor especificidad (85,4% vs. 79,7% de la PCR) y un VPN del 96,7%. El modelo multivariante, que añade factores clínicos, cuales el sexo y el tipo de resección, alcanzó un AUC de 0,831 en la validación externa (IC95%: 0,745–0,903) y un VPN del 96,8%, siendo la PCR (OR=5,25) y el ΔINL (OR=2,41) los predictores independientes de mayor peso.

CONCLUSIONES

La combinación de la PCR postoperatoria y el ΔINL mejora la capacidad predictiva de dehiscencia anastomótica respecto al uso de cada marcador de forma aislada, mostrando una mayor discriminación y especificidad en validación externa.

El ΔINL aporta valor pronóstico adicional al reflejar la trayectoria dinámica de la respuesta inflamatoria. Su integración en modelos multivariantes permite una estratificación del riesgo más precisa, con un elevado valor predictivo negativo.

Estos hallazgos apoyan el uso combinado de biomarcadores inflamatorios en la monitorización postoperatoria, si bien se requieren estudios prospectivos para confirmar su aplicabilidad clínica.

CO-14 CALCULADORA DIGITAL DE APOYO AL ALTA PRECOZ EN CIRUGÍA COLORRECTAL MÍNIMAMENTE INVASIVA: MODELOS PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES Y DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA

Benetti, Gloria; Sosa Quesada, Yurena; Ortiz López, David; Roque Castellano, Cristina; Artiles Armas, Manuel; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

El alta precoz es un pilar de los programas ERAS Enhanced Recovery After Surgery), pero su implementación segura requiere identificar qué pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones. Por este motivo, desarrollamos y validamos internamente modelos predictivos de complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo [CD] ≥II y ≥III) y de dehiscencia anastomótica en cirugía colorrectal mínimamente invasiva. Finalmente, aplicamos los modelos en una herramienta digital interactiva de soporte a la decisión de alta precoz.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo, con cohorte de validación interna, de 881 pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva por vía laparoscópica o robótica (2015–2024) en un hospital universitario de tercer nivel. La muestra se dividió mediante partición aleatoria estratificada en cohortes de entrenamiento (n=616; 70%) y validación (n=265; 30%). Se construyeron tres modelos de regresión logística binaria (CD≥II, CD≥III y dehiscencia anastomótica) con las variables sexo, tipo de intervención (colectomía, resección anterior alta y resección anterior baja o ultrabaja), PCR del 1er día postoperatorio (DPO), PCR del 3er/4º DPO y variación del índice neutrófilo-linfocito entre el 3er/4º y el 1er DPO (ΔINL). La discriminación se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC) con IC95% y la calibración mediante el test de Hosmer-Lemeshow. Se definieron umbrales operativos con sensibilidad ≥90% y ≥95% para optimizar el valor predictivo negativo (VPN).

RESULTADOS

En la cohorte de validación, los modelos mostraron buena capacidad discriminativa: AUC de 0,743 (IC95%: 0,661–0,822) para CD≥II, 0,798 (0,683–0,899) para CD≥III y 0,918 (0,842–0,982) para dehiscencia anastomótica. La calibración fue adecuada (Hosmer-Lemeshow p=0,166; 0,182 y 0,784, respectivamente). La PCR del 3er/4º DPO y el ΔINL fueron los predictores más significativos en los tres modelos (p<0,001). La resección anterior baja o ultrabaja se asoció de forma independiente con mayor riesgo de complicación mayor (OR 2,21; p=0,030) y de dehiscencia (OR 4,49; p<0,001). Con un umbral de sensibilidad ≥95%, el modelo de dehiscencia alcanzó un VPN del 100%, y el modelo CD≥III, con un umbral de sensibilidad ≥90%, un VPN del 97,9%. Los modelos se implementaron en una calculadora web interactiva de código abierto.

CONCLUSIONES

Los modelos ofrecen buena capacidad discriminativa y un VPN elevado para las complicaciones postoperatorias, utilizando únicamente variables analíticas de recogida rutinaria. Su implementación en una herramienta digital permite una aplicación clínica inmediata y objetiva, con potencial para sistematizar el alta precoz en el contexto ERAS. Se requiere validación prospectiva multicéntrica antes de su adopción generalizada.

CO-15 PAPEL DE LA NORMALIZACIÓN DEL ESTADO INFLAMATORIO SISTÉMICO AL AÑO DE LA CIRUGÍA POR CÁNCER COLORRECTAL EN EL PRONÓSTICO ONCOLÓGICO: ANÁLISIS DEL VALOR DEL Δ-INDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO Y DEL Δ-ÍNDICE PLAQUETA-LINFOCITO

Benetti, Gloria; Ortiz López, David; Sosa Quesada, Yurena; Roque Castellano, Cristina; Arencibia Pérez, Beatriz; Nogués Ramia, Eva María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

Analizar el valor pronóstico del Δ-INL y del Δ-IPL (índice neutrófilo-linfocito e índice plaqueta-linfocito) para la predicción de recidiva tumoral y de mortalidad, global y por cáncer, en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de 1.200 pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva entre 2015 y 2024, con seguimiento hasta marzo de 2026. Se recogieron variables del paciente, diagnósticas, de tratamiento, recaída, supervivencia y la determinación de INL e IPL al diagnóstico de la enfermedad y al año. Se calcularon las variables Δ-INL y Δ-IPL mediante la diferencia entre las determinaciones al año y basales. Se realizaron curvas ROC con IC95%, análisis por subgrupos (Δ<0 vs Δ≥0) con OR e IC95%, análisis por cuartiles, curvas de Kaplan-Meier con test log-rank y análisis multivariante.

RESULTADOS

1.035 pacientes contaban con ambas determinaciones. La mediana de seguimiento fue de 55,4 meses. La tasa de recidiva fue del 18,2%, la mortalidad global fue del 22,3% y la mortalidad por cáncer fue del 11,3%. El Δ-INL mediano fue de −0,65[IQR −1,50 a +0,12], con un 72,1% de pacientes que normalizaron el INL al año(Δ<0); el Δ-IPL mediano fue de −30,3[IQR −68,9 a +7,3], con patrón de recuperación similar (71,7% Δ<0). Ambos deltas mostraron una correlación significativa entre sí (rho=0,739;p<0,001).

Los pacientes sin recidiva presentaron un Δ-INL más negativo que los que recidivaron (−0,72 vs−0,23;p<0,001), reflejando mayor recuperación inmunológica; el mismo patrón, de menor magnitud, se observó para el Δ-IPL (−30,67 vs −29,47;p=0,037). El Δ-INL superó al Δ-IPL en capacidad discriminativa para recidiva (AUC 0,629 vs0,549), mortalidad global (AUC 0,586 vs0,544) y mortalidad por cáncer (AUC 0,660 vs0,600).
Los pacientes con Δ-INL≥0 tuvieron mayor riesgo de recidiva (29,9% vs13,7%; OR 2,69; IC95% 1,94–3,73), de muerte global (32,3% vs 18,5%; OR 2,10; IC95% 1,54–2,86) y de muerte por cáncer (21,4% vs7,6%; OR 3,33; IC95% 2,25–4,93;p<0,001 en los tres casos); el Δ-IPL≥0 mostró riesgos significativos pero de menor magnitud (OR 1,91 para recidiva y 1,58 para mortalidad).

El Δ-INL mediano fue significativamente mayor en los fallecidos por cáncer que en el resto de población (+0,14 vs −0,71;p<0,001).

El análisis por cuartiles del Δ-INL mostró un efecto umbral en la mortalidad por cáncer: las tasas de Q1, Q2 y Q3 fueron similares (7,8%–7,4%–7,4%) y solo el Q4 se separó (23,0%; OR 3,53 [IC95% 2,06–6,07] frente a Q1; Kruskal-Wallis H=45,28;p<0,001).

En el análisis multivariante, el Δ-INL fue el predictor con mayor OR ajustado para mortalidad por cáncer (OR 2,14; IC95% 1,54–3,43;p<0,001), por delante de la afectación N+, el Charlson, los depósitos tumorales, la localización rectal y el margen R1, con mejor discriminación en recto (AUC 0,700) que en colon (AUC 0,621).

CONCLUSIONES

El Δ-INL es un predictor independiente de recidiva y supervivencia en el cáncer colorrectal. El Δ-IPL también puede ser de utilidad. Proponemos su determinación sistemática al año de la cirugía como herramienta de estratificación pronóstica complementaria a los marcadores tumorales establecidos.

CO-16 RELACIÓN ENTRE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA Y EL ESTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUCTIVO TRATADOS CON STENTS METÁLICOS AUTOEXPANDIBLES

Villarroel Añorbe, M.; González Morín, J.; Ros Egea, I.; Delgado Rodríguez, G.; Morales Hernández, A.; Delgado Plasencia, L.

Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno más frecuente en España, y una proporción significativa de pacientes presenta obstrucción intestinal maligna. El uso de stents metálicos autoexpandibles (SEMS - Self-Expanding Metallic Stents) se ha impuesto como una alternativa a la cirugía de urgencia, lo que podría reducir la morbilidad.

La inflamación sistémica y el estado nutricional pueden influir en los resultados clínicos y en el estado funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron 89 pacientes con CCR obstructivo tratados con SEMS entre enero de 2014 y diciembre de 2025. Se recopilaron variables clínicas, analíticas y relacionadas con el tumor. Se analizaron biomarcadores inflamatorios, entre ellos la relación neutrófilos-linfocitos (NLR), la relación plaquetas-linfocitos (PLR), la relación monocitos-linfocitos (MLR), la proteína C reactiva (PCR) y el volumen corpuscular medio (VCM). El estado funcional se evaluó mediante la escala de estado funcional del ECOG.

RESULTADOS

El empeoramiento del estado funcional según la escala ECOG se asoció con un aumento progresivo de los marcadores inflamatorios sistémicos. Concretamente, unos niveles más elevados de NLR y PCR se asociaron de forma significativa con un peor estado funcional ($p = 0,01$ y $p = 0,04$, respectivamente). El MLR mostró una tendencia hacia la significación ($p = 0,05$). No se observó ninguna asociación significativa con el VCM. No se encontraron diferencias relevantes en las variables demográficas o relacionadas con el tumor entre los distintos grupos del ECOG.

CONCLUSIÓN

El estado funcional de los pacientes con CCR obstructivo está estrechamente asociado a la inflamación sistémica. Los biomarcadores como la NLR y la PCR pueden servir como indicadores pronósticos útiles y ayudar a orientar la toma de decisiones clínicas en esta población.

CO-17 PROTEÍNA C REACTIVA E ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICTORES DE FÍSTULA PANCREÁTICA CLÍNICAMENTE RELEVANTE TRAS PANCREATODUODENECTOMÍA

Benetti, Gloria; Plá Sánchez, Pau; Marchena Gómez, Joaquín; Afonso Luis, Natalia; Yepes Cano, Andrés Felipe; Fernández Quesada, Carlos.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

La fístula pancreática postoperatoria clínicamente relevante (CR-POPF) sigue siendo una fuente importante de morbilidad tras la pancreatoduodenectomía. Este estudio evaluó si las mediciones seriadas de proteína C reactiva (PCR) y del índice neutrófilolinfocito (INL) permiten una estratificación dinámica del riesgo postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos sometidos a pancreatoduodenectomía por neoplasias de cabeza pancreática o periampulares en un centro de referencia terciario entre 2020 y 2024. Se midieron la PCR y el INL en los días postoperatorios (DPO) 1, 3 y 5. La variable principal fue la CR-POPF, definida como grado B/C según el consenso de 2016 del International Study Group on Pancreatic Surgery. Se evaluaron las trayectorias longitudinales, los análisis de curvas ROC y los perfiles inflamatorios combinados en el 5ºDPO.

RESULTADO

De los 149 pacientes, se produjo CR-POPF en 32 (21,5%) y morbilidad mayor en 62 (41,6%). La capacidad discriminativa de los biomarcadores fue baja en el 1er DPO, mejoró en el 3er DPO y fue máxima en el 5º DPO. En el 5º DPO, las áreas bajo la curva (AUC) fueron de 0,808 para la PCR, 0,759 para el INL y 0,832 para el modelo combinado, sin diferencias significativas entre ellas. Entre los 130 pacientes con datos completos en el 5º DPO, la CR-POPF se produjo en el 3,2% de los casos cuando ambos biomarcadores estaban por debajo de sus umbrales, y en el 57,7% cuando ambos estaban elevados. Las tasas correspondientes de morbilidad mayor fueron del 22,2% y del 84,6%, con estancias hospitalarias medianas de 10 y 44 días, respectivamente.

CONCLUSIONES

El perfil combinado de PCR y INL en el 5º DPO permite identificar grupos de riesgo postoperatorio clínicamente diferenciados tras la pancreatoduodenectomía. Este enfoque pragmático podría apoyar una monitorización adaptada al riesgo, aunque requiere validación externa.

CO-18 EL ÍNDICE NEUTOFILO-LINFOCITO COMO MARCADOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR NO TRATADO: COMPARACIÓN CON LOS FACTORES CONVENCIONALES

Benetti, Gloria; Afonso Luis, Natalia; Plá Sánchez, Pau; Yepes Cano, Andrés Felipe; Fernández Quesada, Carlos; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

Evaluar y comparar el valor pronóstico para la supervivencia global de los marcadores inflamatorios más accesibles (Índice Neutrófilo-Linfocito [INL], Índice Plaqueta-Linfocito [IPL], Índice Monocito-Linfocito [IML], Índice de Respuesta Inflamatoria Sistémica [IRIS] y Índice de Inmuno-Inflamación Sistémica [IIS]) frente a los factores pronósticos convencionales, mediante el índice de concordancia de Harrell (índice C), en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) no tratado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo de 250 pacientes consecutivos con CHC diagnosticados entre 2011 y 2020 en un hospital terciario. Se recogieron edad, sexo, índice de Charlson, etiología de la hepatopatía, Child-Pugh, MELD, estadio BCLC, criterios de Milán, albúmina, alfafetoproteína (AFP) y recuentos de neutrófilos, linfocitos, monocitos y plaquetas, con los que se calcularon los índices inflamatorios. Se categorizaron los marcadores inflamatorios con puntos de corte obtenidos mediante el índice de Youden (INL 2,3; IPL 100; IML 0,30) o la literatura previa (IRIS 1,0; IIS 400). La supervivencia se estimó con Kaplan-Meier y log-rank, y se realizó regresión de Cox univariante con cálculo del índice C de cada variable.

Finalmente, se construyó un modelo multivariante de Cox con el mejor marcador inflamatorio ajustado por los factores clásicos Por último se compararon los modelos con y sin INL mediante índice C, criterio de información de Akaike (AIC) y razón de verosimilitud

RESULTADOS

El 78% eran varones, con edad media de 68,0 ±10,4 años. La etiología más frecuente fue la cirrosis alcohólica (32,0%). Al final del seguimiento habían fallecido 207 pacientes (82,8%); la supervivencia a 1, 3 y 5 años fue del 49,8%, 27,6% y 12,7%, con una mediana de 11,9 meses. Todos los marcadores inflamatorios y la mayoría de los factores clásicos se asociaron con la supervivencia en el análisis univariante. Los pacientes con INL ≥ 2,3 presentaron una supervivencia a 5 años del 4,8%, frente al 21,0% con INL inferior ($p < 0,001$). Los mejores predictores según el índice C fueron BCLC (0,717), albúmina (0,713) y Child-Pugh (0,677). El INL fue el mejor marcador inflamatorio (0,640) y ocupó el quinto lugar global, por encima de los criterios de Milán (0,639) y el MELD (0,626); el resto de los índices inflamatorios no alcanzó 0,60. En el análisis multivariante, el INL≥ 2,3 se mantuvo como predictor independiente de supervivencia global (HR: 1,787; IC del 95%:1,264–2,527;$p < 0,001$).

Su inclusión mejoró de forma modesta y no significativa el índice C (0,781 a 0,792; $p = 0,658$), pero sí el ajuste del modelo (Δ–2LL = 10,75; $p = 0,001$; AIC 1297,8 a 1289,0).

CONCLUSIONES

El INL es un marcador pronóstico sencillo, accesible, económico e independiente de la supervivencia global en el CHC no tratado. Su capacidad discriminativa es comparable o superior a la de varios predictores clásicos y mejora el ajuste de los modelos, aunque su aportación a la discriminación individual es limitada.

Puede complementar las herramientas convencionales de estratificación. El diseño retrospectivo y unicéntrico, el posible sesgo de selección y la ausencia de análisis de riesgos competitivos hacen necesaria su validación en cohortes prospectivas y multicéntricas.

CO-19 RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL CÁNCER DE MAMA, ¿PODEMOS OBVIAR LA RADIOTERAPIA EXTERNA?

Lilián Loro Pérez, Nerea Hernández Castañeda, María Isabel Gutiérrez Giner, Ángel Sánchez Álvarez, Jorge Loro Pérez, Esteban Pérez Alonso.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres y requiere de terapias adaptadas al envejecimiento poblacional. El nuevo abordaje terapéutico aboga por la conservación de la mama haciendo imprescindible la radioterapia. Dentro de la irradiación parcial de la mama, la radioterapia intraoperatoria (RIO o IORT) emerge como una alternativa no inferior a la radioterapia externa (RTE), demostrando igual control local y con ventajas claves: administración en una única sesión, reducción del 40% de las complicaciones sistémicas y mejor calidad de vida de las pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar la necesidad de radioterapia externa posterior en nuestras pacientes tratadas con radioterapia intraoperatoria y valorar la existencia de factores predictores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio observacional longitudinal retrospectivo en 106 pacientes intervenidas y tratadas con RIO por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil entre 2021-2024. Para identificar factores predictores de la necesidad de radioterapia externa complementaria, se aplicó un modelo de regresión logística, incorporando variables significativas del análisis univariable ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Los resultados muestran que el 39.6% requirió radioterapia externa, asociada significativamente a afectación del ganglio centinela ($p < 0.001$) y márgenes quirúrgicos ≤1 mm ($p = 0.003$), presencia de carcinoma ductal in situ ($p = 0.002$) y tiempo prolongado de RIO ($p = 0.055$).

CONCLUSIÓN

El 60.4% de las pacientes tratadas con RIO no requirieron RTE posterior, lo que demuestra su capacidad para reducir la carga terapéutica, mejorar la calidad de vida de las pacientes y reducir los costos sanitarios. Se identificaron como factores predictores de la necesidad de RTE complementaria como son; la ampliación de márgenes quirúrgicos y la proximidad del margen externo. A partir de ellos se ha desarrollado un score predictivo (AUC = 0.717) que podría optimizar la toma de decisiones terapéuticas en estas pacientes.

CO-20 TRATAMIENTO MULTIMODAL Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN LA RECIDIVA PÉLVICA DEL CÁNCER DE RECTO: VALOR DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINAR

Torres Joya, María de Gádor; Navarro-Sánchez, Antonio; Barroso Deyne, Eduardo; Garrido Arévalo, María; Soto-Darias, Iván; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

OBJETIVOS

Exponer la complejidad de la toma de decisiones ante una recidiva pélvica de cáncer de recto con sospecha radiológica de invasión urogenital, inicialmente tributaria de cirugía altamente mutilante, y destacar el valor de la reevaluación seriada, el comité multidisciplinar y la adaptación de la radicalidad quirúrgica a los hallazgos intraoperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 52 años con enfermedad de Crohn ileocolónica fistulizante, diagnosticado en 2023 de adenocarcinoma de recto bajo cT2N0, MSS. En un intento de realizar órgano-preservación se valoró TNT pero se desestimó radioterapia neoadyuvante por su EII, realizándose amputación abdominoperineal. La anatomía patológica definitiva fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT3N2b (9/35), con invasión linfovascular y margen circunferencial afecto. Tras discusión multidisciplinar se valoró la adyuvancia con radioterapia convencional y capecitabina seguido de FOLFOX 4 meses. Por un brote de enfermedad de Crohn complicado con absceso se descartó nuevamente radioterapia adyuvante, recibiendo XELOX.

RESULTADOS

Tras dos años de seguimiento se identifica una masa de 6×6×5,3 cm en el lecho quirúrgico, sin enfermedad a distancia, en contacto con próstata, musculatura obturadora bilateral y raíz del pene. Recibió quimiorradioterapia con capecitabina, seguida de tratamiento sistémico. Las TC y RM tras el tratamiento evidenciaron reducción lesional, aunque se mantuvo la sospecha de infiltración prostática y peneana. Ante estos hallazgos se planteó inicialmente una exenteración pélvica con importante sacrificio urogenital. Tras discusión multidisciplinar se decidió prolongar el tratamiento y reevaluar antes de asumir una cirugía mutilante. Con KRAS/NRAS/BRAF wild-type se añadió cetuximab.

La RM final confirmó mejoría alcanzando 3,3×1,8×3,3 cm, sin progresión. Tras nueva valoración en comité se optó por una cirugía más conservadora, condicionando su extensión a los hallazgos intraoperatorios.

Se realizó rescate por vía perineal mediante resección en bloque de la masa presacra y pared prostática posterior, evitando la exenteración inicialmente considerada. El estudio anatomopatológico íntegro de la pieza mostró cambios fibrocicatriciales y fibroinflamatorios, sin celularidad tumoral residual.

CONCLUSIONES

La evaluación de la respuesta tras tratamiento multimodal de una recidiva pélvica de cáncer de recto constituye un reto, ya que la fibrosis e inflamación pueden simular persistencia tumoral e invasión de órganos adyacentes. La reevaluación radiológica seriada y la discusión multidisciplinar permitieron evitar una cirugía inicialmente planteada como altamente mutilante y adaptar la resección a los hallazgos reales. Preservar la anatomía y función en la medida de lo posible y calidad de vida sin comprometer los principios oncológicos debe formar parte de la estrategia quirúrgica cuando existe incertidumbre sobre la viabilidad tumoral residual.

CO-21 FÍSTULA ESOFAGO-BRONQUIAL MANEJADA CON DIPOSITIVO AMPLATZER: ABORDAJE COMBINADO ENDOSCÓPIA DIGESTIVA Y BRONCOSCOPIA

Loro Pérez, Lilián; Caballero Díaz, Yurena; Álvaro Roules, María; Peña Ferrera, Luis; López Tomassetty, Eudaldo Miguel; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

OBJETIVOS

La fístula esófago-bronquial posquirúrgica es una complicación poco frecuente tras una esofagectomía tipo Ivor Lewis, pero con importantes implicaciones clínicas por su elevada morbimortalidad. Se presenta un vídeo que muestra el abordaje multidisciplinar de una fístula esófago-bronquial en un paciente intervenido de cáncer de esófago, tratada mediante la colocación de un dispositivo Amplatzer como alternativa mínimamente invasiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente varón de 62 años, intervenido mediante esofagectomía tipo Ivor Lewis con tratamiento neoadyuvante por adenocarcinoma de esófago. En el postoperatorio presentó una dehiscencia anastomótica, que fue tratada con éxito mediante terapia VAC-stent. Durante el seguimiento, desarrolló una estenosis anastomótica, manejada de forma conservadora mediante dilataciones endoscópicas. Posteriormente, comenzó a presentar neumonías de repetición, lo que motivó nuevos estudios. La TC torácica y la broncoscopia confirmaron la presencia de una fístula esófago-bronquial de <0.5mm a nivel distal del bronquio principal derecho a nivel del a anastomosis. Ante la situación clínica del paciente y el riesgo elevado de una reintervención quirúrgica, se intentó inicialmente un tratamiento endoscópico mediante colocación de un clip tipo Ovesco, que resultó fallido. Finalmente, se optó por un abordaje endoscópico combinado (digestivo y respiratorio), con el implante de un dispositivo Amplatzer septal tipo “plug” en el trayecto fistuloso, logrando el cierre exitoso de la fístula.

RESULTADOS

Se realizó un abordaje endoscópico combinado, con acceso simultáneo desde el tracto digestivo superior y el árbol traqueobronquial, lo que permitió la visualización directa de ambos extremos de la fístula. Bajo control endoscópico, se logró el paso de una guía a través del trayecto fistuloso, lo que facilitó la colocación de un dispositivo Amplatzer. En el seguimiento, se realizó un TAC con contraste oral, en la que no se evidenció extravasación de contraste.

CONCLUSIONES

La fístula esófago-bronquial posquirúrgica es una complicación infrecuente, pero de elevada morbimortalidad. En pacientes seleccionados, el abordaje endoscópico combinado digestivo y respiratorio permite un tratamiento mínimamente invasivo y eficaz. La colocación de un dispositivo Amplatzer representa una alternativa segura y resolutiva, que debe considerarse como terapia de rescate en casos complejos, contribuyendo a evitar una reintervención quirúrgica de alta morbimortalidad.

CO-22 DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA A LA URGENCIA: RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA TIPO SASY EN ISQUEMIA GÁSTRICA AGUDA

Jorge Abellán Fernández; Rajesh Gianchandanni Moorjani; Vanessa Concepción Martín; Simone Tinghino; Jamil Jesús Nassereddine Mesa; Jose Gregorio Díaz Mejía

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La isquemia gástrica es una entidad infrecuente y potencialmente mortal, cuya baja incidencia se relaciona con la extensa circulación colateral gástrica. Entre sus factores etiológicos se encuentran la hipoperfusión sistémica, trombosis o embolia, obstrucción mecánica, vólvulo y distensión gástrica aguda. La presentación clínica es inespecífica, predominando dolor abdominal, vómitos y, en casos evolucionados, hemorragia, necrosis o perforación. La TC con contraste constituye una herramienta diagnóstica fundamental, pudiendo objetivar alteraciones del realce parietal, neumatosis gástrica y gas portal. La endoscopia permite confirmar la afectación mucosa y delimitar su extensión. El tratamiento depende de la etiología y extensión de la lesión, desde medidas conservadoras en pacientes seleccionados hasta resección quirúrgica urgente ante necrosis o perforación. En pacientes estables, las recomendaciones actuales de cirugía de urgencias respaldan un abordaje laparoscópico si es posible.

CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años que acudió a urgencias por dolor abdominal y vómitos de cuatro días de evolución. A la exploración física presentaba importante distensión abdominal y salida de 4L de contenido gástrico por la SNG. En la AS destacaban 23.000L y un lactato de 2.2. Se realizó una TC con contraste oral, objetivándose neumomediastino e importante dilatación gástrica, sospechándose inicialmente perforación esofágica y oclusión gástrica, pero sin salida del contraste oral. Se indicó cirugía urgente laparoscópica, objetivando isquemia en la cara anterior y posterior de la curvatura mayor gástrica, que se confirmó con endoscopia y verde indocianina. Ante estos hallazgos se realizó una gastrectomía vertical con reconstrucción mediante una anastomosis gastroyeyunal, configurando una técnica Single Anastomosis Sleeve Yejunal (SASY), con dar otra vía de drenaje al contenido gástrico. La paciente fue alta al 6º día sin incidencias.

DISCUSIÓN

La isquemia gástrica constituye un reto diagnóstico debido a su baja frecuencia y presentación clínica inespecífica. La TC permite valorar la extensión y gravedad de la afectación, mientras que la endoscopia puede confirmar la lesión mucosa. El tratamiento debe individualizarse, siendo necesaria la resección del tejido no viable ante necrosis avanzada, perforación o deterioro clínico. La cirugía laparoscópica puede ser considerada en pacientes estables y adecuadamente seleccionados. La SASY es una técnica metabólico-bariátrica que combina gastrectomía vertical y una única anastomosis gastro-yeyunal. Los estudios publicados muestran resultados favorables en pérdida ponderal y control metabólico, con tasas de complicaciones globales próximas al 10% y
menor riesgo nutricional que las técnicas con derivaciones intestinales más distales, con una aceptable seguridad a medio-largo plazo. Sin embargo, su utilización en cirugía de urgencias y, específicamente, como reconstrucción tras isquemia gástrica, no está establecida en la literatura y debe considerarse una aplicación excepcional.

CONCLUSIONES

La isquemia gástrica es una entidad rara que requiere alta sospecha y diagnóstico precoz. La endoscopia intraoperatoria puede resultar determinante para establecer la extensión. En pacientes seleccionados, y en manos de cirujanos bariátricos con experiencia, la cirugía laparoscópica permite realizar una resección limitada y una reconstrucción mínimamente invasiva. La reconstrucción tipo SASY puede constituir una alternativa técnicamente factible en situaciones excepcionales en manos de cirujanos bariátricos, en las que se conserva un segmento gástrico distal viable, aunque su papel en cirugía de urgencias permanece por definir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tang SJ, Daram SR, Wu R, Bhaijee F. Pathogenesis, diagnosis, and management of gastric ischemia. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12(2):246-252.e1.
2. Sharma A, Mukewar S, Chari ST, Wong Kee Song LM. Clinical features and outcomes of gastric ischemia. Dig Dis Sci. 2017;62(12):3550-3556. doi:10.1007/s10620-017-4807-4.
3. Herrán de la Gala D, Sánchez Bernal S, Crespo Del Pozo J, Pellón Dabén R. Gastric ischemia: cross-sectional imaging findings via a case series. Rev Esp Enferm Dig. 2022;114(1):44-46. doi:10.17235/reed.2021.8142/2021.
4. Sermonesi G, Tian BWC, Vallicelli C, et al. Cesena guidelines: WSES consensus statement on laparoscopic-first approach to general surgery emergencies and abdominal trauma. World J Emerg Surg. 2023;18:57. doi:10.1186/s13017-023-00520-9.
5. Mui WLM, Lee DWH, Lam KKY. Laparoscopic sleeve gastrectomy with loop bipartition: a novel metabolic operation in treating obese type II diabetes mellitus. Int J Surg Case Rep. 2014;5(2):56-58.
6. Pazouki A, Kermansaravi M. Single anastomosis sleeve-jejunal bypass: a new method of bariatric/metabolic surgery. Obes Surg. 2019;29(11):3769-3770.
7. Sayadi Shahraki M, Rezaei MT, Mahmoudieh M, et al. Single-anastomosis sleeve jejunal bypass, a novel bariatric surgery, versus other familiar methods: results of a 6-month follow-up—a comparative study. Obes Surg. 2020;30(2):769-776.
8. Sewefy AM, Saleh A. The outcomes of single anastomosis sleeve jejunal bypass as a treatment for morbid obesity: two-year follow-up. Surg Endosc. 2021;35(10):5698-5704.
9. Sewefy AM, Atyia AM, Kayed TH, et al. Single-anastomosis sleeve jejunal (SAS-J) bypass as revisional surgery after primary restrictive bariatric procedures. Obes Surg. 2022;32(8):2807-2813. doi:10.1007/s11695-022-06123-8.
10. Sewefy AM, Atyia AM, Mohammed MM, et al. Single anastomosis sleeve jejunal (SAS-J) bypass as a treatment for morbid obesity, technique and review of 1986 cases and 6 years follow-up. Int J Surg. 2022;102:106662.
11. Rezaei MT, Sheikhbahaei E, Zefreh H, et al. Single-anastomosis sleeve jejunal: a mid-term follow-up report of a new surgical technique. Obes Surg. 2023;33(4):1245-1252.
12. Alenezi MAM, Alkhaldi SIH, Alrumaih YKI, et al. Single-anastomosis sleeve jejunal bypass as a treatment for morbid obesity: a systematic review and meta-analysis. Cureus. 2023;15(12):e51296. doi:10.7759/cureus.51296.

CO-23 OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE COLOCACIÓN DE BANDA GÁSTRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

González Morín, Jorge; González Hernández, Sergio; Faccini Cabrera, Florencia; Guil Ortiz, Beatriz; Rodríguez González, Diana; Arteaga González, Ivan

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

La banda gástrica ajustable es una técnica de cirugía bariátrica que consiste en la colocación de un anillo a nivel subcardial, compartimentalizando el estómago en dos porciones. El dispositivo se une a un reservorio colocado a nivel subcutáneo que puede ser rellenado con suero fisiológico provocando que la banda disminuya el tamaño, aumentando así el grado de restricción gástrica. A pesar de tratarse de un procedimiento sencillo y con una curva de aprendizaje menor a la de otras intervenciones de cirugía bariátrica, actualmente representa una opción marginal entre las cirugías de obesidad realizadas en nuestro país. Los motivos para su abandono progresivo incluyen ser una técnica puramente restrictiva con una tasa de fracaso en la pérdida de peso considerablemente superior a la de otras intervenciones (mayor al 50% en algunas series) o el desarrollo de complicaciones a largo plazo como la migración de la banda, la erosión de la pared gástrica e inclusión en la cavidad o la aparición de trastornos motores esofágicos. En este trabajo presentamos el caso de una obstrucción gástrica como complicación tardía de la colocación de una banda gástrica así como una pequeña revisión bibliográfica sobre la evolución de la intervención y su situación actual.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años que ingresa en clínica concertada para extracción de material de osteosíntesis de cadera. Durante el postoperatorio comienza con vómitos en pozo de café e intolerancia oral, sufriendo un episodio de broncoaspiración que precisó de ingreso en UVI. En TC realizado se objetivó cuadro oclusivo secundario a banda gástrica colocada en 2001. Tras evolución favorable de cuadro respiratorio, se decide su traslado al HUC para retirada de banda gástrica.

A la valoración, consciente y orientada. Estable hemodinámicamente. Afebril.

Eupneica en reposo. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal difusa.

En el TC se aprecia esófago levemente dilatado con contenido en su interior a nivel del tercio medio, y cambios secundarios a colocación de banda gástrica en cuerpo gástrico, con una luz de 5 mm.

Ante los hallazgos descritos se decide intervención quirúrgica, donde se objetivó la banda gástrica completamente epitelizada en la cara anterior del estómago, intrínsecamente adherida al reborde hepático izquierdo y adherencias de epiplon a catéter de conexión en cara anterior. Ante la dificultad para identificar la banda en un plano anterior, se accede a la transcavidad de los epiplones, donde se consigue diferenciar correctamente, seccionando y extrayendo la misma. Se secciona y retira cánula de llenado así como válvula a nivel subcutáneo en hipocondrio izquierdo. Se realiza prueba de estanqueidad con azul de metileno sin evidenciar fuga.

Durante el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente, iniciando tolerancia al día siguiente de la intervención. Tras 72 horas de ingreso la paciente es dada de alta con seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

Si bien se trata de un procedimiento anecdótico en nuestro país a día de hoy, resulta fundamental conocer el procedimiento y las posibles complicaciones asociadas, especialmente aquellas a largo plazo, pues a pesar de constituir menos del 1% de las cirugías de obesidad realizadas anualmente, suponen hasta el 11% de las cirugías de revisión, tal y como se desglosa de los datos de la SECO. No en vano, el abordaje de estos pacientes no debería limitarse a cirujanos especializados en cirugía bariátrica, puesto que en un porcentaje no despreciable las complicaciones asociadas pueden presentarse como un cuadro agudo que implique una cirugía urgente donde la demora de la misma podría suponer un aumento de la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008. Obes Surg [Internet]. 2009;19(12):1605–11.

2. Hany M, Torensma B, Zidan MH, Altabbaa H, Amgad A, Cohen RV. Trends and evolution of metabolic bariatric surgery over a decade:

analysis of IFSO global registry reports' data collection, clinical trends, and a FAIR-informed appraisal of report-level transparency.

EClinicalMedicine [Internet].

3. ACTIVIDAD BARIÁTRICA EN ESPAÑA ENCUESTA ACTIVIDAD SECO-2017

4. ACTIVIDAD BARIÁTRICA EN ESPAÑA ENCUESTA ACTIVIDAD SECO-2020

5. ACTIVIDAD BARIÁTRICA EN ESPAÑA ENCUESTA ACTIVIDAD SECO-2020

6. Falk V, Sheppard C, Kanji A, Birch D, Karmali S, de Gara C. The fate of laparoscopic adjustable gastric band removal. Can J Surg

[Internet]. 2019;62(5):328–33.

CO-24 PERFORACIÓN DE UN ASA CIEGA POR ESPINA DE PESCADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jamil Nassereddine Mesa, Irene Lobo Machín, Julen Ramón Rodríguez, Sheila Rodríguez Díaz, Laura del Pino García, Irene Ferrer Vilela

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

OBJETIVOS

Presentar un caso infrecuente de perforación de un asa ciega de intestino delgado secundaria a la ingesta de una espina de pescado en un paciente con una anastomosis latero-lateral previa, y revisar las particularidades diagnósticas y terapéuticas de esta entidad.

Material y métodos

Se realizó una revisión de la literatura sobre perforación gastrointestinal secundaria a la ingesta de cuerpos extraños, con especial atención a las localizaciones más frecuentes, los factores anatómicos predisponentes, los hallazgos en tomografía computarizada y los casos descritos en pacientes con cirugía intestinal previa. Se presenta el caso clínico de un paciente tratado quirúrgicamente, describiendo los hallazgos clínicos, radiológicos e intraoperatorios, la técnica quirúrgica empleada y la evolución postoperatoria.

RESULTADOS

Varón de 74 años con antecedente de carcinoma renal de tipo sarcomatoide estadio IV, con carcinomatosis peritoneal e infiltración focal de intestino delgado, que precisó nefrectomía izquierda asociada a resección segmentaria de intestino delgado y reconstrucción mediante anastomosis latero-lateral. Tras 10 años de tratamiento con sunitinib se encontraba en remisión completa. Consultó por dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en fosa ilíaca derecha, estreñimiento de tres días y disminución de la emisión de gases, refiriendo ingesta de pescado dos días antes. La tomografía computarizada mostró cambios postquirúrgicos en intestino delgado y una estructura lineal hiperdensa de aproximadamente 3 cm localizada en el extremo ciego de un asa intestinal, con un extremo extraluminal y cambios inflamatorios adyacentes, sin colecciones ni neumoperitoneo. Se realizó exploración quirúrgica, objetivándose un plastrón inflamatorio de asas de intestino delgado y epiplón. Tras su liberación se identificó una espina de pescado parcialmente exteriorizada a través de una perforación del asa ciega correspondiente a la anastomosis latero-lateral previa. Se realizó extracción de la espina y resección segmentaria del asa ciega afectada mediante GIA de 60 mm, sin necesidad de desmontar la anastomosis previa. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta al tercer día, con buena tolerancia oral y ausencia de dolor.

CONCLUSIONES

La perforación intestinal por espina de pescado es una entidad infrecuente y de presentación clínica inespecífica, siendo el intestino delgado una de las localizaciones más habituales. La tomografía computarizada permite identificar el cuerpo extraño y orientar su localización, incluso en ausencia de neumoperitoneo. Las modificaciones anatómicas secundarias a cirugía intestinal previa, como la formación de un asa ciega tras una anastomosis latero-lateral, pueden constituir un punto de impactación para cuerpos extraños afilados y favorecer una perforación localizada. En estos casos, la resección limitada del segmento afectado puede permitir resolver la complicación preservando una anastomosis previa íntegra.

CV-25 TUMORECTOMÍA ESOFÁGICA CÉRVICO-TORÁCICA ROBÓTICA POR UNA MASA MEDIASTÍNICA COMPRESIVA

Callejas Vallejo, María Inmaculada; Acosta Mérida, María Asunción; Callejón Cara, María del Mar, Piñero González, Luis; Alonso-Lamberti Rizo, Laura.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

Los tumores mesenquimales esofágicos son entidades poco frecuentes, representando una minoría de las neoplasias esofágicas. Suelen ser de crecimiento lento y cursar de forma silente hasta alcanzar un tamaño considerable, momento en el que pueden producir síntomas compresivos. La cirugía constituye el tratamiento de elección, y en los últimos años el abordaje mínimamente invasivo, incluyendo la cirugía robótica, ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz, ofreciendo una mayor precisión técnica y potenciales beneficios postoperatorios.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 62 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por tos de larga evolución, disnea de esfuerzos y disfagia. Ante la sospecha de patología esofágica, se realiza estudio mediante pruebas de imagen y endoscopia digestiva alta, evidenciándose una gran masa esofágica que comprime estructuras vecinas. Se confirma el diagnóstico histológico de tumor mesenquimal esofágico.

Dado el tamañ o tumoral y la sintomatología del paciente, se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza tumorectomía esofágica mediante abordaje robótico, con adecuada exposición del campo quirúrgico y preservación de las estructuras adyacentes. La intervención transcurre sin incidencias, logrando la exéresis completa de la lesión.

En el postoperatorio, el paciente presenta una pequeña fuga esofágica con colección asociada, que se maneja de forma conservadora mediante tratamiento endoscópico, con evolución favorable. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de tumor mesenquimal esofágico con márgenes libres.

DISCUSIÓN

La tumorectomía robótica en tumores mesenquimales esofágicos representa una opción terapéutica segura y factible, especialmente en centros con experiencia en cirugía mínimamente invasiva. A pesar de la posible aparición de complicaciones como la fuga esofágica, estas pueden ser manejadas de forma efectiva mediante técnicas endoscópicas. Este abordaje permite una resección precisa, con adecuada preservación de la función esofágica y una recuperación postoperatoria global favorable.

CP-26 HERNIA DE MORGAGNI COMPLICADA CON INCARCERACIÓN DE COLON TRANSVERSO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE URGENCIA

Almeida Santiago, Juan Ismael; Acosta Mérida, María Asunción; Medina Gontier, Julie Celine; Piñero González, Luis; Callejón Cara, María del Mar; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Álvarez García, Anabel

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni es un defecto diafragmático congénito retroesternal, infrecuente en adultos. Su incidencia estimada oscila entre 1/20.000 y 1/50.000 nacimientos, siendo en este momento sintomática en menos de 1/3 de los casos. Aunque suele ser un hallazgo incidental, puede manifestarse de forma aguda debido a la incarceración de órganos abdominales en la cavidad torácica, comprometiendo habitualmente al epiplón y, con menor frecuencia, a otras estructuras como el colon transverso.

CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y osteoporosis. Acudió al Servicio de Urgencias por epigastralgia de tres días de evolución, vómitos postprandiales y estreñimiento, con episodios similares previos autolimitados. A la exploración, presentaba estabilidad hemodinámica, abdomen distendido y doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho y epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. La analítica resultó inespecífica. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen, identificando una hernia diafragmática anterior derecha que contenía el tercio proximal del colon transverso, condicionando una oclusión intestinal aguda con dilatación retrógrada, sin signos inequívocos de sufrimiento parietal.

Ante estos hallazgos, se procedió a la colocación de una sonda nasogástrica e intervención quirúrgica urgente. Mediante acceso laparoscópico, se revisó la cavidad abdominal y se redujo el colon transverso herniado, el cual no presentaba signos de isquemia. Tras el lavado, reducción y resección parcial del saco herniario y la comprobación de la hemostasia, se realizó el cierre del defecto diafragmático mediante sutura continua barbada irreabsorbible y plastia de refuerzo utilizando el propio saco herniario.

El postoperatorio cursó sin incidencias, con buen control del dolor, reintroducción progresiva de la dieta oral y alta hospitalaria al quinto día tras la intervención. En el control ambulatorio postquirúrgico, la paciente ha permanecido asintomática.

DISCUSIÓN

La presentación de la hernia de Morgagni como un cuadro de abdomen agudo obstructivo en el adulto mayor es una entidad clínica excepcional. La TC de abdomen se consolida como el gold standard para definir de forma precisa el contenido y descartar complicaciones como la oclusión intestinal, el compromiso vascular o la perforación. El abordaje laparoscópico destaca como la vía de elección incluso en el escenario de urgencia, ya que ofrece una excelente visualización anatómica, facilita la reducción de las vísceras incarceradas de forma segura y permite una reparación anatómica eficaz del defecto diafragmático.

CONCLUSIÓN

La hernia de Morgagni complicada requiere un alto índice de sospecha clínica y un diagnóstico por imagen precoz. La reparación laparoscópica de urgencia es una estrategia segura, factible y reproducible, que minimiza el trauma quirúrgico y favorece una rápida recuperación postoperatoria, reduciendo significativamente la estancia hospitalaria y las posibles complicaciones asociadas.

CP-27 FASCITIS NECROTIZANTE COMO PRESENTACIÓN DE UNA HERNIA INGUINAL COMPLICADA

Valenzuela García. MA, Ros Egea. I, Rojo Revert. P, Rubiera Álvarez. A , Delgado Plasencia. L , Morales Díaz. S.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

Las hernias de pared abdominal constituyen una patología quirúrgica frecuente, cuya complicación puede conducir a isquemia, necrosis y perforación intestinal. La extensión de una infección secundaria a la perforación intestinal hacia tejidos blandos, constituye una complicación excepcional con pocos casos descritos en la literatura.

La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva y potencialmente mortal que requiere un alto índice de sospecha, diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico urgente mediante control del foco y desbridamiento quirúrgico completo precoz.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 67 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al Servicio de Urgencias por una lesión ulcerada en la raíz del muslo derecho de 72 horas de evolución. Refería aparición de herida de pequeño tamaño, con aumento progresivo de tamaño. Sin dolor abdominal, náuseas, vómitos, ni otra sintomatología acompañante.

A la exploración física, consciente y orientada, hemodinámicamente estable y afebril. Abdomen no doloroso a la palpación, sin defensa, contractura ni signos de irritación peritoneal. En la raíz del muslo derecho se objetiva una extensa placa necrótica de 20 cm extendiéndose hacia la región inguinal, el monte de venus y hacia espina iliaca posterosuperior.

Analítica: leucocitosis (16,26) , PCR (324,59) y procalcitonina (2,69).

TAC de pelvis: hernia crural derecha con asa de intestino delgado y signos de perforación, con absceso gaseoso en la raíz del muslo derecho y afectación del tejido celular subcutáneo y sin evidencia de afectación muscular.

Con el diagnóstico de hernia crural complicada con perforación de intestinal y fascitis necrotizante, se indicó intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparotomía media infraumbilical, objetivándose un hernia crural derecha incarcerada con asa de intestino delgado perforada. Se realizó resección del segmento intestinal afectado y anastomosis latero-lateral isoperistáltica, herniorrafia y desbridamiento de tejido necrótico hasta tejido viable.

La evolución postoperatoria fue favorable. La herida de la raíz del muslo derecho, precisó curas seriadas y terapia de presión negativa (TPN), con evolución clínica favorable y progresiva mejoría de la lesión.

DISCUSIÓN

La fascitis necrotizante secundaria a una hernia de pared abdominal complicada constituye una entidad excepcional. La perforación intestinal puede permitir la extensión extraperitoneal del contenido entérico a través del saco herniario hacia la región inguinal, produciendo una infección necrotizante rápidamente progresiva.

La ausencia de dolor abdominal o signos de irritación peritoneal puede dificultar el diagnóstico y retrasar el tratamiento. Por ello, la presencia de una lesión cutánea necrótica de rápida progresión en la región inguinoescrotal debe hacer considerar un origen intraabdominal, siendo el

TC fundamental para identificar el foco y valorar su extensión.

El tratamiento requiere una actuación quirúrgica urgente y multidisciplinar, basada en el control del foco mediante resección intestinal y reparación herniaria, asociado a un desbridamiento precoz y adecuado de los tejidos afectados hasta alcanzar tejido viable. La evolución favorable de este caso tras el control del foco, el desbridamiento y la terapia de presión negativa destaca la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento agresivo y coordinado.

CP-28 VALIDACIÓN DE LAS ESCALES DE RIESGO DE FÍSTULA ORIGINAL, ALTERNATIVA Y ALTERNATIVA ACTUALIZADA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA ESPAÑOLA

Náyade Márquez Gutiérrez, Pau Plá Sánchez, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Andrés Yepes Cano

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

Varias escalas predicen el riesgo de fístula pancreática postoperatoria clínicamente relevante (FPPO-CR) tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC): la escala de riesgo de fístula original (o-FRS), la alternativa (a-FRS) y la alternativa actualizada (ua-FRS). Cada una fue desarrollada y validada en poblaciones específicas, y su rendimiento puede variar al aplicarse en otras cohortes. Dado que estas escalas influyen cada vez más en el consejo perioperatorio, el manejo de drenajes y los protocolos adaptados al riesgo, resulta necesario conocer su comportamiento en una nueva población antes de emplearlas en la práctica clínica.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue validar y comparar el rendimiento de las escalas de riesgo de fístula original (o-FRS), alternativa (a-FRS) y alternativa actualizada (ua-FRS) tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC) en una cohorte unicéntrica española.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 149 pacientes consecutivos sometidos a DPC en un centro terciario entre 2020 y 2024. Las escalas se aplicaron sin reajuste. Para permitir una comparación directa y pareada, las tres escalas se evaluaron en los pacientes en los que eran calculables simultáneamente (n=89). La discriminación se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC), comparándose las AUC por pares mediante el test de DeLong. Se calcularon además los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) en los puntos de corte empleados.

RESULTADOS

La FPPO-CR ocurrió en 32/149 pacientes (21,5%). En la muestra común, las AUC fueron 0,84 para o-FRS, 0,82 para a-FRS y 0,84 para ua-FRS, sin diferencias significativas entre ellas (DeLong, p=0,19–0,99). En la o-FRS, la incidencia observada de FPPO-CR fue del 0%, 4,8%, 23,3% y 63,6% en las categorías de riesgo insignificante, bajo, intermedio y alto, respectivamente, superando las tasas publicadas en los grupos intermedio (23,3% vs. 12,9%) y alto (63,6% vs. 28,1%). Los VPN fueron elevados (94,6–97,1%), mientras que los VPP fueron más modestos (31,5–48,4%).

CONCLUSIONES

Las tres escalas mostraron buena capacidad discriminativa para predecir FPPO-CR, sin diferencias significativas entre ellas. Los elevados VPN y los VPP más modestos sugieren, en esta cohorte, una mayor capacidad para identificar pacientes de bajo riesgo que para seleccionar aquellos que desarrollarán FPPO-CR. En la o-FRS, las categorías intermedia y alta infraestimaron el riesgo observado.

CP-29 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A EVENTRACIÓN PRECOZ SOBRE HERIDA DE ASISTENCIA EN NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Añorbe, M.; Rubiera Álvarez, A.; Rodríguez Castellano, M. D.; Ramírez Caballero, E.; Tuñón Fequant, C. I.; González García, S.

Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

La eventración precoz es una complicación infrecuente pero grave de la cirugía laparoscópica. Aunque este tipo de abordaje reduce significativamente la tasa global de eventración en comparación con la laparotomía media, la creación de defectos en la pared abdominal para la inserción de trócares ≥ 10 mm o la extracción de piezas quirúrgicas genera puntos de debilidad estructural.

Su progresión hacia la incarceración puede desencadenar una obstrucción del intestino delgado (ID), requiriendo intervención quirúrgica de urgencia con un aumento significativo de la morbimortalidad.

CASO CLÍNICO

Varón de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata, intervenido recientemente de nefrectomía derecha por vía laparoscópica debido a una masa renal sólida; emplearon 3 puertos laparoscópicos y una incisión pararrectal derecha de asistencia para la extracción de la pieza.

Al 8º día postoperatorio, acude a Urgencias por dolor abdominal, distensión y vómitos biliosos de 48 horas de evolución. A la exploración, el paciente presenta un abdomen distendido, doloroso de forma difusa con predominio en mesogastrio y sin signos de irritación peritoneal difusa. Las heridas quirúrgicas no muestran signos de infección ni defectos herniarios evidentes a la palpación superficial.

En la analítica sanguínea se objetiva una elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se solicita un TC de abdomen en el que se objetiva una obstrucción mecánica del ID con dilatación proximal de asas hasta 4,6 cm y presencia de neumoperitoneo; se identifica un asa de ID introducida parcialmente en un defecto de la fascia pararrectal derecha, a nivel de la incisión de asistencia, con enfisema asociado en los tejidos blandos adyacentes.

Ante el diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a eventración, se indica intervención quirúrgica urgente. Se inicia abordaje laparoscópico (trócar umbilical y dos puertos de 5 mm), objetivando el asa de ID incarcerada y firmemente adherida al orificio de la incisión previa. Ante la imposibilidad de reducción atraumática, se decide la conversión a laparotomía a través de la herida pararrectal.

Tras la apertura y retirada de la sutura previa, se identifica el asa de ID incarcerada en la zona proximal del defecto fascial. Se realiza una liberación cuidadosa y reducción del asa, observándose una muesca por presión mecánica, pero con signos de adecuada perfusión y viabilidad intestinal, descartando la necesidad de resección. El procedimiento finaliza con el cierre de la pared abdominal por planos: peritoneo con Polisorb 0 y fascia con PDS 1.

El paciente presenta una evolución postoperatoria favorable, siendo dado de alta hospitalaria al 6º día de la intervención.

DISCUSIÓN

La eventración sobre la incisión de asistencia en cirugía laparoscópica es una causa infrecuente pero relevante de obstrucción intestinal en el postoperatorio inmediato. El diagnóstico precoz y la liberación urgente del asa incarcerada pueden evitar la progresión hacia la isquemia y la necesidad de resección intestinal.

La hernia incisional es una complicación iatrogénica cuyo riesgo de presentación se puede minimizar asegurando un adecuado cierre de la pared abdominal. Las guías actuales recomiendan utilizar el tamaño de trócar más pequeño posible y asegurar el cierre de la fascia en todos los defectos ≥ 10 mm. En incisiones de asistencia o extracción, emplear técnicas de sutura continua con material de absorción lenta y una relación longitud de sutura/herida de al menos 4:1.

BIBLIOGRAFÍA

- Sanders DL, Pawlak MM, Simons MP, Aufenacker T, Balla A, Berger C, et al. Updated guideline for closure of abdominal wall incisions from the European and American Hernia Societies. Br J Surg. 2022;109(12):1239-1250. doi:10.1093/bjs/znac302.

- Mizell, J.S. Complications of abdominal surgical incisions. UpToDate. 2026. Consultado el 18 de septiembre de 2026.

- Brooks, D. C. Clinical features, diagnosis, and prevention of incisional hernias. UpToDate. 2026. Consultado el 18 de septiembre de 2026.

CP-30 RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE PEDICULADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Añorbe, M.; Morales Díaz, S.; Fernández López, L.; Pezzetta Hernández, L.; Martín Malagón, A.; Delgado Plasencia, L.

Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El hemangioma hepático (HH) es la neoplasia benigna más frecuente del hígado y habitualmente presenta un curso asintomático, por lo que no requiere tratamiento. No obstante, la variante pediculada es extremadamente infrecuente y, a diferencia de las lesiones intraparenquimatosas, los hemangiomas pediculados presentan alta movilidad, lo que incrementa el riesgo complicaciones mecánicas, como torsión vascular, estasis e infarto agudo. En pacientes sintomáticos, especialmente ante lesiones de gran tamaño o con morfología pediculada, la resección quirúrgica constituye la opción terapéutica de elección.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 47 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias de nuestro centro derivada por su MAP por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho (HCD) de una semana de evolución, asociado a sensación de masa abdominal. No ha presentado fiebre, náuseas, vómitos ni alteraciones del hábito deposicional. No pérdida de apetito, aunque asocia mayor dolor postprandial, niega pérdida de peso ni antecedentes epidemiológicos.

A la exploración física, se palpa efecto masa doloroso que abarca HCD y flanco derecho, sin signos de defensa ni irritación peritoneal difusa.

En el TC abdominal, se evidenció una lesión de 13,6 × 8,6 cm compatible con hemangioma hepático pediculado aparentemente dependiente del segmento II, asociando otros hemangiomas hepáticos de pequeño tamaño.

Se realizó resección electiva por laparotomía mediante incisión de Makuuchi. La exploración y ecografía intraoperatoria identificaron un hemangioma gigante de aproximadamente 15 cm dependiente de los segmentos II-III, con un pedículo portal independiente procedente del pedículo portal izquierdo. Se realizó control vascular mediante maniobra de Pringle, con un tiempo total de 40 minutos distribuido en dos periodos, y posterior resección selectiva de la lesión. Se efectuó ligadura de ramas portales, arteriales y biliares y sección del pedículo independiente con endograpadora vascular, completándose hemostasia y biliostasia.

El tiempo quirúrgico fue de 3 horas, con pérdidas hemáticas estimadas de 500 ml y sin necesidad de transfusión. Evolución favorable desde el punto de vista quirúrgico, con alta al 5º día postoperatorio.

El estudio histopatológico confirmó hemangioma cavernoso circunscrito con márgenes libres de resección, constituido por espacios vasculares dilatados revestidos por células endoteliales sin atipias, áreas de esclerosis y microtrombos intravasculares, hallazgos concordantes con eventos de isquemia/subtorsión intermitente.

CONCLUSIÓN

Los hemangiomas hepáticos gigantes pediculados constituyen una presentación infrecuente con un riesgo incrementado de complicaciones mecánicas. En el caso presentado, el hallazgo histológico de microtrombosis intravasculares confirma la estasis y el sufrimiento vascular previo.

En pacientes sintomáticos, la resección quirúrgica proporciona el único tratamiento definitivo. La identificación intraoperatoria de la anatomía vascular mediante ecografía y el uso de maniobras de oclusión vascular intermitente son fundamentales para garantizar una transección segura, minimizar el sangrado y prevenir lesiones biliares o vasculares mayores.

BIBLIOGRAFÍA

- Curry, MP; Chopra, S. Hepatic hemangioma. UpToDate. 2026. Consultado el 15 de septiembre de 2026.

- European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol. Elsevier. 2016;65(2):386-98.

- Hoekstra, LT; Bieze, M; Erdogan, D; Roelofs, JJTH; Beuers, UHW; van Gulik, TM. Management of giant liver hemangiomas: an update. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2013;7(3):263-8.

CP-31 RESOLUCIÓN EN UN SOLO TIEMPO DE ÍLEO BILIAR TRAS MIGRACIÓN DE SÍNDROME DE BOUVERET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Villarroel Añorbe, M.; Morales Díaz, S.; García Afonso, M.; Tuñón Fequant, C.; Martín Malagón, A.; Delgado Plasencia, L.

Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Bouveret constituye una complicación infrecuente de la colelitiasis secundaria a la formación de una fístula bilioentérica, habitualmente colecistoduodenal, que permite la migración de un cálculo de gran tamaño al tracto digestivo. El íleo biliar es una causa poco común de obstrucción mecánica intestinal (1−4% de los casos), originada por el paso de una litiasis biliar a la luz intestinal.

Aunque el manejo inicial puede ser endoscópico, la tasa de éxito es baja, especialmente en cálculos de gran tamaño o impactación distal, requiriendo frecuentemente un abordaje quirúrgico, que puede ser en un solo tiempo, mediante litotomía y reparación de la fístula simultánea, o en dos cirugías separadas.

CASO CLÍNICO

Varón de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna e intervenido en 2014 de una resección anterior de recto, que acude a Urgencias por vómitos e intolerancia alimentaria de 48 horas de evolución, asociado a ausencia de deposiciones. No presentaba dolor abdominal y la exploración abdominal era anodina.

El TC inicial mostró una vesícula litiásica con engrosamiento parietal y pérdida de planos con el duodeno, identificándose un cálculo de 37 mm en la primera porción duodenal, hallazgos compatibles con fístula colecistoduodenal y síndrome de Bouveret.

Inicialmente se consultó con el servicio de Digestivo para realizar litotricia endoscópica, sin embargo, debido a la indisponibilidad de sondas de litotricia específicas para el tamaño del cálculo, se descartó el procedimiento por baja probabilidad de éxito, optando por el tratamiento quirúrgico.

Se realizó un abordaje mediante incisión de Makuuchi, objetivándose la presencia de una fístula colecistoduodenal en la segunda porción y migración distal del cálculo de 4 cm, impactado en yeyuno distal a 140 cm de la válvula ileocecal. Tras una laboriosa adhesiolisis por colecistitis crónica, se procedió a la resolución en un solo tiempo mediante enterolitotomía yeyunal, reparación de la fístula colecistoduodenal y colecistectomía parcial.

En primer lugar, se extrajo el cálculo y se realizó el cierre primario de enterotomía. A continuación, se llevó a cabo la sección de la fístula y cierre de la duodenotomía en dos planos. Debido a la intensa inflamación y el riesgo hemorrágico, se optó por una colecistectomía parcial tras realizar una colangiografía intraoperatoria que confirmó la anatomía de la vía biliar. Finalmente, se verificó la integridad de la reparación mediante una prueba de estanqueidad con azul de metileno.

En el postoperatorio presentó una colección hidroaérea en el lecho quirúrgico, manejada de forma conservadora mediante drenaje y antibioterapia, con evolución favorable. El control radiológico posterior mediante TC con contraste oral descartó fuga duodenal y el paciente fue dado de alta con buena tolerancia oral.

CONCLUSIÓN

La tomografía computarizada desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y en la caracterización de la fístula, el cálculo ectópico y la obstrucción intestinal.

A pesar de que la cirugía en una sola etapa presenta mayor complejidad técnica y prolonga el tiempo quirúrgico, resuelve definitivamente la patología y previene complicaciones a largo plazo como la recurrencia del íleo biliar, colecistitis y colangitis por reflujo entérico.

En contextos de inflamación severa y distorsión anatómica, la colecistectomía parcial y la colangiografía intraoperatoria constituyen alternativas seguras para completar el procedimiento en un solo tiempo minimizando el riesgo de lesiones iatrogénicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Keaveny, AP; Afdhal, NH; Bowers, SP. Gallstones ileus. UpToDate. 2024. Consultado el 17 de septiembre de 2026.

- Inukai K. Gallstone ileus: a review. BMJ Open Gastroenterol. PubMed. 2019; 6(1):e000344.

- Ong J, Swift C, Stokell BG, Ong S, Lucarelli P, Shankar A, et al. Bouveret syndrome: a systematic review of endoscopic therapy and a novel predictive tool to aid in management. J Clin Gastroenterol. PubMed. 2020; 54(9):758-768.

CP-32 EL RADIÓLOGO TENÍA RAZÓN: DIVERTICULITIS APENDICULAR PERFORADA

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Hernández Inoue, Mar; Tinghino, Simone; Rodríguez Díaz, Sheila; Fernández Noel, Silvia; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis apendicular es una entidad excepcional, cuya incidencia oscila entre el 0,004 y el 2,1% de las piezas de apendicectomía. La mayoría corresponde a divertículos adquiridos o pseudodivertículos, secundarios a la herniación de mucosa y submucosa a través de la muscular propia. La diverticulitis apendicular resulta de la inflamación de dichos divertículos, fue descrita en primera instancia por Kelynak en 1893 y su relevancia radica en que constituye una enfermedad clinicopatológica distinta de la apendicitis aguda, presentando mayor riesgo de perforación, peritonitis y neoplasias.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 87 años, hipertenso, con insuficiencia aórtica ligera, enfermedad de Parkinson y antecedente de colecistectomía, que acude a Urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución. Presenta dolor en fosa ilíaca derecha con Blumberg positivo, leucocitosis con neutrofilia y PCR de 6 mg/dL.

Un TC urgente muestra un apéndice engrosado de 9 mm, con imágenes diverticulares de hasta 8 mm y líquido libre pélvico, además de diverticulosis pancolónica y un divertículo duodenal aislado. Ante el diagnóstico de apendicitis aguda se indica cirugía urgente, en la que se objetiva peritonitis purulenta pélvica, apéndice gangrenoso con dos divertículos, uno de ellos perforado, con base apendicular respetada. Se realiza apendicectomía laparoscópica mediante control del mesoapéndice y cierre de la base con Hem-o-loks. La evolución clínica es favorable, con alta al tercer día con antibioterapia via oral. El estudio anatomopatológico confirma apéndice gangrenoso con divertículos. En la revisión al mes permanecía asintomático.

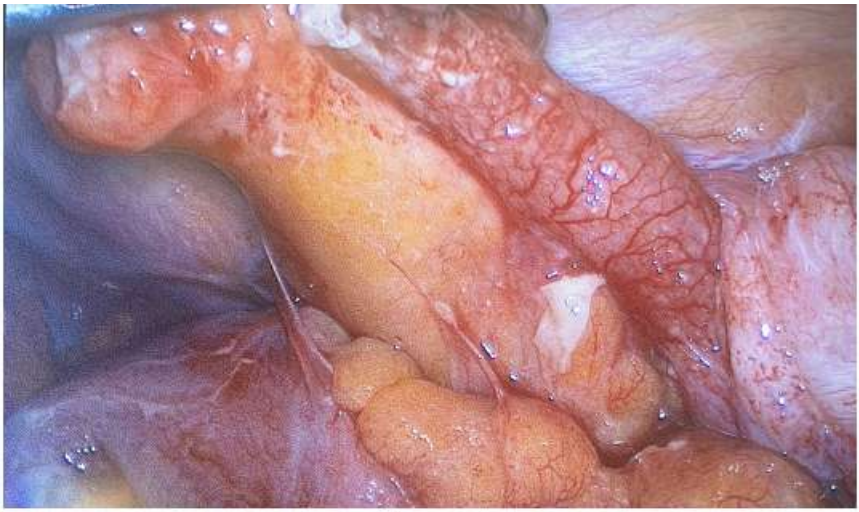
DISCUSIÓN

En nuestro caso, la indicación de apendicectomía era clara, dada la presencia de perforación apendicular. Sin embargo, el hallazgo incidental de diverticulosis apendicular plantea una cuestión clínicamente relevante: ¿en estos pacientes sería beneficiosa una apendicectomía profiláctica?

La evidencia disponible, aunque limitada, aporta argumentos a favor. En una serie retrospectiva de 6.836 apendicectomías, la diverticulosis apendicular se identificó en el 0,27% de los casos, asociándose a perforación en el 26,3% y a neoplasia en el 10,5%.

Asimismo, un metaanálisis describió neoplasia en el 26,9% de los apéndices con divertículos frente al 1,3% sin ellos (RR 25,46; IC95% 12,77-50,75). Sin embargo, la heterogeneidad y el carácter retrospectivo de los estudios limitan la solidez de estas conclusiones. Por tanto, ante un hallazgo incidental, la apendicectomía profiláctica puede considerarse, pero su indicación debe individualizarse según edad, comorbilidades y riesgo quirúrgico, al no existir actualmente un consenso establecido.

Imágenes >>>



CP-33 TRAUMATISMO HEPÁTICO CON FUGA BILIAR PERSISTENTE: MANEJO MULTIDISCIPLINAR MÍNIMAMENTE INVASIVO

Rojo Revert, P., Valenzuela García, M.A., Ramírez Caballero, E., Tuñón Fequant, C.I., González García, S. y Delgado Plasencia, L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El traumatismo hepático es una de las principales causas de lesión visceral abdominal y su manejo depende fundamentalmente de la situación hemodinámica del paciente. En pacientes estables, el tratamiento no operatorio constituye el abordaje de elección, aunque pueden aparecer complicaciones como hemorragia diferida, colecciones intraabdominales o fuga biliar. Esta última es infrecuente y suele originarse en lesiones de la vía biliar intrahepática, pudiendo ocasionar la persistencia o sobreinfección de colecciones perihepáticas.

Presentamos el caso de un traumatismo hepático AAST grado III complicado con hematoma subcapsular de gran volumen y fuga biliar persistente, tratado mediante un abordaje multidisciplinar mínimamente invasivo.

CASO CLÍNICO

Varón de 61 años que acude por cuadro de hipotensión y dolor en hipocondrio y flanco derechos en contexto de caída desde 3 metros de altura hace 5 días, con traumatismo en dorso y flanco derecho, siendo inicialmente valorado y dado de alta en su centro de salud.

Inicialmente se realiza TC abdominal que evidencia laceración hepática de unos 10 cm en segmento VI con hematoma intraparenquimatoso asociado y hematoma subcapsular del lóbulo hepático derecho (22,5x19,2x12,8cm), sin evidenciarse extravasación activa de contraste, y con escaso hemoperitoneo, compatible con lesión hepática traumática AAST grado III. Además, asociaba fracturas de arcos costales derechos 11º y 12º y apófisis transversas derechas L1-L3.

Dada la estabilidad hemodinámica se decidió manejo conservador con vigilancia clínica y radiológica donde se objetiva aumento progresivo de la colección subcapsular y líquido libre abdominal, requiriendo drenaje percutáneo.

En la colangio-RMN de control, se observó dicha laceración hepática con continuidad del hematoma subcapsular y hallazgos sugestivos de fuga biliar hacia la colección, indicándose así CPRE que confirmó una fuga en rama periférica de la vía biliar derecha y realización de esfinterotomía biliar y colocación de prótesis plástica 7Fr y 7cm.

Tras evolucionar favorablemente al inicio, en un nuevo TC de control se evidencia aumento de la colección y del líquido libre abdominal requiriendo nuevo drenaje percutáneo, así como, una nueva CPRE que mostró la persistencia mínima de la fuga biliar, decidiéndose reemplazar la prótesis por una de 12cm, consiguiendo puentear el segmento implicado.

En posteriores controles se observa una disminución significativa de la colección y corrección de la fuga.

Como complicaciones asociadas, presentó infección de la colección, tratada según antibiograma, y derrame pleural derecho que requirió colocación de tubo torácico.

Ante la evolución satisfactoria, con buen control del dolor y tolerancia oral, fue dado de alta con hospitalización a domicilio para completar tratamiento antibiótico y seguimiento.

CONCLUSIÓN

La fuga biliar postraumática es una complicación infrecuente de las lesiones hepáticas que puede favorecer la persistencia y sobreinfección de colecciones subcapsulares. En pacientes hemodinámicamente estables, el manejo conservador mediante drenaje percutáneo asociado a descompresión de la vía biliar mediante CPRE permite un abordaje eficaz y mínimamente invasivo, pudiendo ser necesario el recambio o reposicionamiento de la prótesis ante fugas persistentes.

En nuestro caso, este abordaje permitió controlar una fuga biliar persistente y una colección subcapsular sobreinfectada, evitando la necesidad de tratamiento quirúrgico y favoreciendo una evolución clínica satisfactoria.

CP-34 REPARACIÓN TRANSVAGINAL DEL RECTOCELE SIN MALLA: RESULTADOS A MÁS DE DOS AÑOS

Garralda del Villar, Marta; Almeida Santiago, Juan Ismael; Ortiz López, David; Gil García, Júlia María; Roque Castellano, Cristina; Nogués Ramia, Eva María

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El rectocele sintomático, habitualmente asociado a síndrome de defecación obstructiva, es una indicación frecuente de cirugía del compartimento posterior. La reparación transvaginal sin malla es una técnica ampliamente utilizada, pero existen pocos datos sobre sus resultados más allá del corto plazo.

OBJETIVO

Analizar la seguridad, la durabilidad anatómica y el resultado funcional de la reparación transvaginal del rectocele en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidas mediante reparación transvaginal del rectocele sin malla entre febrero de 2023 y junio de 2025. La técnica consistió en la plicatura del tabique rectovaginal por vía transvaginal, sin colocación de malla, mediante incisión en U o en T invertida en la cara posterior vaginal. Se analizaron variables clínicas y quirúrgicas, complicaciones (Clavien-Dindo), recidiva, reintervención, síntomas residuales y satisfacción (escala 1-5). Todas las pacientes fueron revisadas en consulta de forma presencial o telefónica en el último mes.

RESULTADOS

Se incluyeron 16 pacientes, con una edad mediana de 61 años (RIC 56-67) y un IMC de 27,9 kg/m² (RIC 27,1-31,8). El 75% eran posmenopáusicas y el 25% tenía cirugía previa del suelo pélvico. Los síntomas principales fueron estreñimiento obstructivo (88%), sensación de masa vaginal (75%) y digitación (63%). El 38% presentaba un rectocele grado IV. Aunque en la mayoría de pacientes la exploración física junto con una clínica compatible fue suficiente para indicar la cirugía, en 7 pacientes (44%) se realizó RMN defecatoria. Con el objetivo de descartar disinergia defecatoria se realizó manometría anorrectal en 9 pacientes (56%).

La duración mediana de la intervención fue de 64,5 minutos y el 75% de las pacientes fue dada de alta en 24 horas. No se registraron complicaciones postoperatorias. Con un seguimiento mediano de 28,8 meses (RIC 25,4-37,7) no se registraron recidivas ni reintervenciones.

El estreñimiento obstructivo se redujo del 88% al 31%. La satisfacción mediana fue de 4/5. Siete pacientes presentaron síntomas en el seguimiento, cinco de ellas por estreñimiento mal controlado. Ninguna paciente con estreñimiento persistente refirió satisfacción alta (4-5), frente al 82% de las que lo tenían controlado (p=0,005).

CONCLUSIONES

La reparación transvaginal del rectocele sin malla es segura y ofrece un resultado anatómico duradero, sin recidivas a más de dos años. El estreñimiento obstructivo mejora de forma notable, y su control es el principal determinante de la satisfacción. La persistencia de estreñimiento en un tercio de las pacientes podría atribuirse a alteraciones funcionales preexistentes no conocidas.

CP-35 CARCINOMA PAPILAR ENCAPSULADO INVASOR GIGANTE DE MAMA: ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Náyade Márquez Gutiérrez, Navarro Barles, Lopez Meca, Fernández Carrión, Armas Ojeda, Medina Gontier

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El carcinoma papilar encapsulado de mama es un tumor infrecuente que representa menos del 1-2% de los cánceres mamarios. Se caracteriza por presentar una estructura papilar contenida en una cavidad dilatada de pared gruesa, habitualmente con degeneración quística. La presentación como masa gigante es excepcionalmente rara y plantea un reto diagnóstico y terapéutico importante.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Consulta por aumento progresivo del volumen de la mama derecha tras un traumatismo accidental meses atrás. A la exploración, presenta una masa gigante que ocupa la totalidad de la mama derecha (más del doble respecto a la contralateral).

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) mostraron una tumoración sólido-quística circunscrita de 25 x 20 x 13 cm, con componente sólido marginal y severa vascularización, en contacto con el músculo pectoral mayor e invadiendo la dermis. Se realizó una biopsia con aguja gruesa (BAG) que confirmó un carcinoma papilar. En el estudio de extensión no se objetivaron metástasis a distancia.

El caso se evaluó en comité multidisciplinar, decidiendo tratamiento quirúrgico primario. Se realizó mastectomía simple derecha, exéresis de la piel afecta con reconstrucción mediante plastia por Cirugía Plástica, y biopsia de ganglio centinela (BSGC). La pieza quirúrgica pesó 4.800 g y midió 26 x 17 x 15 cm.

El análisis anatomopatológico confirmó un carcinoma papilar encapsulado invasor, multifocal alrededor de la cápsula, de grado histológico 2 de Nottingham, con degeneración quística. Los márgenes quirúrgicos resultaron libres (profundo e interno a 3 y 4 mm) y los 5 ganglios centinelas aislados fueron negativos para malignidad (0/5). El estudio inmunohistoquímico mostró receptores de estrógenos positivos (100%), receptores de progesterona positivos (15%), Her2 negativo y Ki-67 del 10-20% (subtipo Luminal B). El estadio patológico final fue pT3(m) pN0(sn).

La paciente tuvo un postoperatorio favorable, siendo dada de alta precozmente con buen aspecto de la plastia cutánea y movilidad conservada. Posterior a la cirugía, completó radioterapia y continuó tratamiento hormonal adyuvante con anastrozol, presentando excelente tolerancia y permaneciendo libre de enfermedad a los controles evolutivos.

CONCLUSIONES

El carcinoma papilar encapsulado gigante presenta una conducta biológica habitualmente indolente a pesar de su gran tamaño macroscópico. El manejo quirúrgico mediante mastectomía simple con márgenes libres asociado a BSGC, junto con el apoyo de

reconstrucción plástica de la cubierta cutánea, constituye una estrategia terapéutica segura y eficaz que permite un adecuado control local y sistémico de la enfermedad.

CP-36 ABORDAJE E-MILOS EN HERNIA VENTRAL PRIMARIA: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y CALIDAD DE VIDA A MEDIO PLAZO

Náyade Márquez Gutiérrez, Medina Velázquez, Sánchez Guédez, Casimiro Pérez, Sánchez Lauro, Márquez Gutiérrez

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

La reparación de hernias de la pared abdominal es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial. Reinpold et al. desarrollaron el concepto MILOS (Mini/Less Open Sublay) y su variante endoscópica E-MILOS (Endoscopic Mini/Less Open Sublay), que permite la reparación extraperitoneal retromuscular con malla mediante una incisión mínima y disección endoscópica, con tasas reducidas de complicaciones perioperatorias, recidiva y dolor crónico frente a las técnicas convencionales. La evidencia procedente de series independientes fuera de los centros que desarrollaron la técnica sigue siendo escasa.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados quirúrgicos y de calidad de vida obtenidos en nuestra serie de pacientes sometidos a técnica E-MILOS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico de pacientes intervenidos mediante técnica E-MILOS entre marzo de 2020 y junio de 2026. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, características del defecto herniario (clasificación EHS) y variables quirúrgicas. Las variables de resultado principales fueron: recidiva herniaria, recidiva de diástasis de rectos, detección intraoperatoria de hernia epigástrica no diagnosticada previamente, y calidad de vida postoperatoria evaluada mediante el cuestionario EuraHS-QoL.

RESULTADOS

Se incluyeron 45 pacientes, de los cuales 44 (97,8%) completaron el seguimiento clínico (mediana 22 meses; rango 4–79 meses); el paciente restante se consideró pérdida de seguimiento. La cohorte estaba constituida mayoritariamente por varones (81,8%), con una edad media de 58,0 ± 9,1 años e IMC medio de 29,6 ± 3,0 kg/m². La duración mediana de la intervención fue de 135 minutos [IQR 115–140] con un área mediana de malla de 478 cm² [IQR 412–540].

Se detectó una hernia epigástrica concomitante no diagnosticada previamente de forma incidental en 4 pacientes (9,1%). La tasa de complicaciones intraoperatorias fue del 6,8% (n=3), con una única complicación postoperatoria (2,3%) que requirió reintervención (oclusión intestinal). La incidencia de dolor crónico postoperatorio fue del 2,3%.

La recidiva de diástasis de rectos se registró en 21 de 44 pacientes (47,7%). La calidad de vida, medida con el cuestionario EuraHS-QoL en 44 pacientes, mejoró de forma estadísticamente significativa tras la intervención (puntuación total: mediana preoperatoria 4,89 [IQR 3,28–7,00] vs. postoperatoria 0,83 [IQR 0,22–1,50]; p<0,001). En el análisis de subgrupos, ni la puntuación postoperatoria (mediana 0,78 vs. 1,22; p=0,40) ni la mejoría respecto al valor preoperatorio (mediana 3,89 vs. 2,67; p=0,20)

difirieron significativamente entre pacientes con y sin recidiva de diástasis (U de Mann-Whitney).

CONCLUSIONES

La implementación de la técnica E-MILOS en nuestro centro se asocia a una baja tasa de complicaciones perioperatorias y a una mejoría significativa de la calidad de vida. A pesar de la elevada frecuencia de recidiva de la diástasis, ésta no se asoció a diferencias significativas en la calidad de vida. Estos resultados, procedentes de un centro independiente al de origen, refuerzan la viabilidad y seguridad de la técnica E-MILOS.

CO-37 RESULTADOS A LARGO PLAZO DE MALLA PHASIX EN LA REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL EN CAMPOS CONTAMINADOS

S. Rodríguez Díaz, J. Nassereddine Mesa, J. Ramón Rodríguez, R. Gianchandani Moorjani, V. Concepción Martin, JG. Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La colocación de una malla en la reparación de la hernia incisional es clave para la reducción de la recidiva, siendo las mallas de polipropileno las más empleadas actualmente. Sin embargo, en campos contaminados o con infección de malla previa, la utilización de mallas sintéticas permanentes puede conllevar un mayor riesgo de infección. Las mallas biosintéticas reabsorbibles, como la de poli-4-hidroxibutirato (Phasix), ofrecen una alternativa al combinar resistencia mecánica inicial con reabsorción progresiva en 12-18 meses, lo que podría reducir el riesgo de infección manteniendo una baja tasa de recidivas.

OBJETIVOS

Evaluar los resultados a largo plazo de la reparación electiva de hernia incisional con malla biosintética Phasix en campos contaminados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico de los intervenidos de hernia incisional de línea media entre 2019 y 2024 con implante de malla de Phasix.

RESULTADOS

Un total de 26 pacientes, con una edad media de 62 años, siendo 15 (58%) de ellos hombres. La mediana del IMC fue de 29.37. Presentan las siguientes comorbilidades: tabaquismo 9 (35%), diabetes 11 (42%) y EPOC 6 (23%). En base al grado de contaminación del VHWG 18 pacientes (69%) son grado 4, 2 pacientes (8%) grado 3 y 6 pacientes (23%) grado 2. Se logró el cierre fascial en 21 pacientes (81%). El plano de colocación de la malla fue intraabdominal en 19 casos (73%) y retromuscular-preperitoneal en 7 (27%). La mediana de seguimiento fue de 23 meses. La recidiva herniaria se comprobó con TAC.

La tasa de infección del sitio quirúrgico (SSI) fue del 58% siendo mayor de forma estadísticamente significativa en aquellos pacientes sin cierre fascial (p=0.03). Los pacientes con malla intraabdominal presentaron SSI 12 (63%), frente a los 3 (43%) pacientes en el grupo de malla retromuscular-preperitoneal (p=0.353). Las infecciones se manejaron de forma conservadora con lavado y/o VAC de pared, sin necesidad de explante de malla.

La tasa de recidiva global fue del 23%. Objetivamos una tendencia a mayor tasa de recidiva en aquellos pacientes sin cierre fascial (40%vs19%) y con malla intrabdominal (26%vs14%), pero sin significación estadística (p=0.318 y p=0.518, respectivamente)

CONCLUSIONES

El uso de mallas biosintéticas como phasix ofrece buenos resultados a largo plazo tras cirugía electiva de la hernia incisional en campos contaminados, con tasas de recivida y de

SII del 23% y 58%, respectivamente. La tasa de recidiva de nuestro estudio es similar a la literatura actual, pero nuestra tasa de SII es superior a la reportada (24%). Para reducir estas complicaciones parece recomendable el cierre fascial y la colocación de la malla en el plano retromuscular-preperitoneal.

CO-38 UTILIDAD DEL TUTOR PANCREÁTICO EXTERNO COMO ESTRATEGIA DE MITIGACIÓN EN PACIENTES DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS DPC

Ros Egea, Irene; Delgado Rodriguez, Germán; Pezzeta Hernández, Liliana; Morales Díaz, Samuel; Fdez-López, Lázaro; Martín Malagón, Antonio.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fístula pancreática postoperatoria clínicamente relevante (CR-POPF) constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tras la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). El tutor externo transanastomótico ha sido propuesto por algunos autores como una estrategia de mitigación para disminuir la morbimortalidad; sin embargo, existe poca evidencia al respecto. El objetivo de este estudio es analizar nuestros resultados con el uso del tutor externo como estrategia de mitigación y contextualizarlos mediante una comparación histórica básica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica de mayo de 2024 a mayo de 2026 en el HUC. Se incluyeron los pacientes de riesgo intermedio y alto para CR-POPF. La estratificación se realizó a partir de la clasificación de riesgo pancreático de la International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS), basada en la textura pancreática yRIES el diámetro del conducto pancreático principal, utilizando la simplificación en tres niveles propuesta tras su validación nacional por el Dutch Pancreatic Cancer Group (Suurmeijer et al., 2023). Se consideró riesgo intermedio la presencia de un único factor anatómico desfavorable —páncreas blando o conducto ≤3 mm— y riesgo alto la coexistencia de ambos. Se analizaron la CR-POPF, los grados B y C, la morbilidad Clavien-Dindo ≥III, la reintervención por POPF y la mortalidad. Los resultados se compararon descriptivamente con series históricas seleccionadas de riesgo anatómico equivalente.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes: 11 de riesgo intermedio y 16 de alto riesgo. La incidencia global de CR-POPF fue del 48,1% (13/27): del 36,4% en el grupo de riesgo intermedio y del 56,3% en el de alto riesgo. Presentaron POPF B 4/11 pacientes (36,4%) y 7/16 (43,8%), respectivamente. No se observaron POPF C en el grupo intermedio, mientras que 2/16 pacientes de alto riesgo (12,5%) desarrollaron POPF C. La morbilidad Clavien-Dindo ≥III fue del 9,1% en el grupo de riesgo intermedio y del 43,8% en el de alto riesgo. Dos pacientes de alto riesgo (12,5%) requirieron reintervención por POPF. No hubo mortalidad.

COMPARACIÓN HISTÓRICA

RIESGO	SERIE	N	CR-POPF	POPF B	POPF C	CLAVIEN ≥III	REOPERACIÓN	MORTALIDAD
Intermedio	nuestra	11	36,40 %	36,40 %	0,00 %	9,10 %	0,00 %	0,00 %
Intermedio	Karki 2025	69	8,70 %	-	-	17,40 %	2,90 %	1,40 %
Alto	nuestra	16	56,30 %	43,80 %	12,50 %	43,80 %	12,50 %	0,00 %
Alto	Perri 2026	251	49,80 %	42,60 %	7,20 %	34,30 %	15,10 %	5,20 %
Alto	PAN- IT 2023	31	61,30 %	41,90 %	19,40 %	45,20 %	12,90 %	9,70 %

En el grupo de riesgo intermedio, la incidencia de CR-POPF fue superior a la de la serie histórica; sin embargo, la morbilidad según Clavien-Dindo, las reintervenciones y la mortalidad fueron inferiores. En el grupo de alto riesgo, las tasas de CR-POPF, POPF B, morbilidad mayor y reintervención se situaron dentro del rango de las series seleccionadas, mientras que la mortalidad fue del 0%, la más baja de las series analizadas.

CONCLUSIONES

La utilización de un tutor pancreático externo no disminuye la incidencia de CR-POPF en pacientes de riesgo intermedio y alto, pero podría disminuir su gravedad, con un número de reintervenciones y una mortalidad atribuible a la POPF inferiores a los publicados en pacientes de riesgo similar. Los resultados deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral de la serie; no obstante, sugieren que el tutor externo transanastomótico podría constituir una estrategia de mitigación de la gravedad de la CR-POPF tras la duodenopancreatectomía cefálica.

CO-39 PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL ROBÓTICA: EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Salado de la Torre. J, Valenzuela García. A, Martín Malagón. A, Morales Díaz. S, Fernández López. L, Pezzetta Hernández. L, Delgado Plasencia. L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

La pancreatectomía corporocaudal constituye el tratamiento quirúrgico de diversas lesiones pancreáticas benignas, premalignas y malignas. El abordaje robótico permite una disección precisa y una adecuada visualización anatómica, pudiendo facilitar la preservación esplénica y de estructuras vasculares. Sin embargo, su implementación requiere una curva de aprendizaje específica.

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia inicial con la pancreatectomía corporocaudal robótica y evaluar sus resultados perioperatorios, con especial atención en la seguridad y la morbimortalidad asociada a este procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes sometidos a pancreatectomía corporocaudal mediante abordaje robótico en el Hospital Universitario de Canarias (Tenerife), entre junio de 2021 y agosto de 2026. Se analizaron variables demográficas, indicación quirúrgica, preservación esplénica, reconversión a cirugía abierta, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, fístula pancreática según criterios de la International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS), clasificación de Clavien-Dindo y reingreso durante los primeros 30 días.

RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes, con una edad media de 62,4 años (24-85), siendo el 51,6% mujeres. Las principales indicaciones fueron los tumores neuroendocrinos y los tumores papilares mucinosos intraductales (32,3% cada uno), seguidos del adenocarcinoma de páncreas (19,4%). Se realizó preservación esplénica en 12 pacientes (38,7%). La tasa de reconversión a cirugía abierta fue del 6,5% (2 pacientes). Se registraron complicaciones significativas Clavien-Dindo grado 3 en 5 pacientes (23,8%), no hubo complicaciones Clavien Dindo grado 4-5 ni mortalidad. La complicación más frecuente fue la fístula pancreática presente en 19 pacientes (61.3%), incluyendo 12 fístulas clínicamente relevantes (9 grado B y 3 grado C). La estancia hospitalaria mediana fue de 8 días (rango 6-93). Se produjeron 5 reingresos durante los primeros 30 días (16,1%).

CONCLUSIÓN

La pancreatectomía corporocaudal robótica es una técnica factible en nuestro centro, con una elevada tasa de finalización por vía robótica y una baja necesidad de reconversión. Aunque la tasa global de complicaciones fue elevada, la mayoría fueron de gravedad leve-moderada y no se registró mortalidad. La experiencia acumulada permite la consolidación progresiva del abordaje robótico en la cirugía pancreática distal. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prospectivo para evaluar la evolución de los resultados durante la curva de aprendizaje.

CO-40 PARÁMETROS ANATÓMICOS COMO PREDICTORES DE COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN RESECCIÓN DE CÁNCER DE RECTO

Salado de la Torre. J, Rojo Revert. P, Rivera Castellano. J, Delgado Plasencia. L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

La anatomía pélvica desempeña un papel clave en la resección del cáncer de recto. La configuración ósea de la pelvis limita el espacio quirúrgico y dificulta especialmente la cirugía de tumores localizados en recto medio y bajo. Una pelvis más estrecha reduce el campo operatorio, prolonga el tiempo quirúrgico y aumenta el riesgo de lesiones intraoperatorias y complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre la anatomía pélvica y la calidad de la escisión total del mesorrecto (TME), el tiempo quirúrgico, la tasa de complicaciones y la afectación de márgenes quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio preliminar observacional, retrospectivo y analítico de 81 pacientes intervenidos de forma programada por cáncer rectal entre noviembre de 2023 y junio de 2025 en el Hospital Universitario de Canarias. Se revisaron tomografías computarizadas para realizar mediciones anatómicas y cálculos de volúmenes pélvicos.

RESULTADOS

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el ángulo formado entre el borde inferior de la sínfisis púbica y el promontorio y la calidad del mesorrecto anterior o posterior, a diferencia de estudios previos. Sin embargo, se identificaron asociaciones relevantes entre variables anatómicas y resultados clínicos.

La presencia de complicaciones postoperatorias se relacionó con la distancia promontorio-coxis ($p = 0,034$), con valores mayores en los pacientes con complicaciones (rango promedio 49.52), y con la distancia entre espinas ilíacas ($p = 0,029$), con valores menores en este grupo (rango promedio 32.21). Estos datos sugieren que ciertas características morfológicas pélvicas podrían incrementar el riesgo de eventos adversos.

El tiempo quirúrgico mostró correlación positiva con cuatro variables morfológicas: diámetro (A) y profundidad (B) de la pelvis menor, y diámetro transversal (E) y longitudinal (F) del recto inferior (A: $rho = 0,362$, $p = 0,001$; B: $rho = 0,363$, $p = 0,001$; E: $rho = 0,336$, $p = 0,002$; F: $rho = 0,468$, $p < 0,001$).

De forma destacable, se observó que el ángulo 3 (entre borde superior de la sínfisis púbica y coxis) mostró relación significativa con un mesorrecto posterior incompleto ($p = 0,017$), con un rango promedio mayor en este grupo (60,85).

Asimismo, dos ángulos se correlacionaron significativamente con la afectación del margen de resección circunferencial (CRM): el ángulo entre el promontorio y el borde inferior de la sínfisis púbica (ángulo 2) y el ángulo 3, con valores de $p = 0,014$ y $p = 0,011$, respectivamente. El rango promedio fue mayor en el grupo con CRM afectado para el ángulo 2 (56,38) y menor para el

ángulo 3 (25,08), lo que sugiere una posible utilidad predictiva de estas medidas.

Tras aplicar corrección de Bonferroni para contrastes múltiples, solo valores de $p < 0,0033$ serían estadísticamente significativos; ninguno cumplió este criterio, por lo que no se confirmaron diferencias significativas, aunque sí tendencias relevantes.

CONCLUSIÓN

Estos resultados preliminares sugieren que determinadas características anatómicas de la pelvis pueden influir en los resultados oncológicos y en la complejidad técnica de la cirugía del cáncer rectal. Es necesario ampliar la muestra para validar estas asociaciones y reforzar su aplicabilidad clínica.

CO-41 MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL ABDOMEN ABIERTO EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO CRITICO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Pérez Alemán, Sarah; Bañolas Suárez, Raquel; Hernández Navarro, Juan Antonio; Pelloni, María; Rosas Bermudez, Clara del Pilar

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, indicaciones, manejo quirúrgico y resultados postoperatorios de los pacientes sometidos a abdomen abierto por patología abdominal aguda, así como identificar factores asociados a mortalidad de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 39 pacientes intervenidos mediante abdomen abierto en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín entre 2019 y 2025. Se recogieron variables demográficas, clasificación ASA, indicación quirúrgica, clasificación de Clavien-Dindo, reintervención, infección de herida quirúrgica, mortalidad postoperatoria, tiempo hasta el cierre definitivo de la pared abdominal y aparición de eventración a largo plazo. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante el test exacto de Fisher.

RESULTADOS

Se incluyeron 39 pacientes, con una edad mediana de 67 años (RIC 58-74); el 56.4% fueron varones y el 53.8% presentó isquemia intestinal. El 92.3% requirió reintervención y se documentaron complicaciones postquirúrgicas en el 64.1%. Se consiguió cierre definitivo en 71.8% de los casos, con un tiempo mediano de 2 días (RIC 2-2). La mortalidad postoperatoria fue del 56.4%, con 51.3% de la cohorte falleciendo dentro de los primeros 30 días postoperatorios.
La mortalidad fue del 28.6% en ASA I-II frente al 70.8% en ASA III-V (Fisher p=0,018; OR 6.07, IC95% 1.42-26.03). No se observaron asociaciones significativas con edad, sexo, isquemia o reintervención.

CONCLUSIONES

El abdomen abierto se emplea en nuestro medio en una población extremadamente grave, con una mortalidad global superior al 50%, determinada principalmente por la reserva fisiológica del paciente (ASA) más que por la etiología subyacente. Pese a ello, la técnica permite un cierre fascial precoz en la mayoría de los casos, con una tasa de infección de herida baja.

CO-42 ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO EN ENFERMEDAD DE CROHN. ¿ES ADECUADO EL SEGUIMIENTO QUE ESTAMOS REALIZANDO? ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Cristina López Fernández, Gádor Torres Joya, Ivan Soto Darias, Laura Garcia Garcia, Antonio Navarro Sánchez, Esteban Perez Alonso

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

OBJETIVOS

El adenocarcinoma de intestino delgado representa el 2% de las neoplasias del tracto gastrointestinal. Los pacientes con enfermedad de Crohn presentan un riesgo relativo hasta 30 veces superior de desarrollar esta neoplasia.
Presentamos nuestra experiencia en el abordaje del adenocarcinoma de intestino delgado desarrollado en pacientes con enfermedad de Crohn, así como estrategias diagnosticas y terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos cinco casos de pacientes con adenocarcinoma de intestino delgado diagnosticados en los últimos dos años. La edad media de presentación fue de 65.2 años. Tres de ellos fueron varones. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 19.4 años. Todos presentaban patrón estenosante y cuatro de ellos afectación en ileon terminal. En todos los casos, la forma de presentación clínica fue la obstrucción intestinal. Las pruebas de seguimiento objetivaron estenosis.

RESULTADOS

A tres pacientes se les realizó resección intestinal. En otro paciente, se efectuó resección intestinal con sigmoidectomía por fístula ileo-sigmoidea y en la última, se realizó hemicolectomía derecha. Un caso fue diagnosticado intraoperatoriamente y cuatro de ellos tras analizar la pieza quirúrgica. Todos los pacientes fueron presentados en comité de Tumores y de EEII tras conocer el diagnóstico. Tres pacientes recibieron adyuvancia con Folfox. Actualmente, cuatro se encuentran en seguimiento oncológico.

CONCLUSIONES

El diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma de intestino delgado en enfermedad de Crohn resulta excepcional. Actualmente, debido a su baja incidencia, no existe una herramienta de cribado estandarizada para predecir el riesgo de adenocarcinoma en pacientes con Enfermedad de Crohn. Existen una serie de factores de riesgo como: inflamación crónica, enfermedad de larga evolución, localización ileal, estenosis, uso de esteroides e inmunomoduladores.
Los cinco casos presentados y su manejo multidisciplinar, nos impulsan a la búsqueda y desarrollo de un algoritmo que permita realizar un diagnóstico precoz, así como estandarizar el abordaje terapéutico.

CO-43 MANEJO DE HEPATOLITIASIS: EXPLORACIÓN TRANSPARIETOHEPÁTICA DE VIA BILIAR

Loro Pérez, Lilián; Martel Lozano, Saida; Chas Garibaldi, María Pía; García Plaza, Gabriel; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

La hepatolitiasis consiste en la formación de cálculos en los conductos biliares intrahepáticos. Esto suele causar dilatación de los mismos, con episodios recurrentes de colangitis con aparición de abscesos hepáticos, cirrosis e incluso puede predisponer al colangiocarcinoma. Históricamente, el tratamiento era la hepatectomía, aunque hoy en día se prefiere realizar tratamientos más conservadores, como la litotricia mediante colangioscopia transcística intraoperatoria. En caso de pacientes con derivaciones biliodigestivas en los que esta última no sea posible, existe la opción de realizar exploración transparietohepática de la vía biliar.

OBJETIVOS

Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de hepatolotiasis en la que se realiza colangiografía transparietohepática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 62 años, con antecedentes de colelitiasis y coledocolitiasis. Se realizó CPRE y como consecuencia se produjo una fístula colecisto-coledociana, por lo que fue intervenida en Venezuela de colecistectomía con hepático-yeyunostomía. La paciente ingresa en Unidad de Enfermedades Infecciosas por abscesos hepáticos. En colangio RM realizada durante el ingreso, se objetiva dilatación de vía biliar intrahepática izquierda, objetivándose anastomosis hepato-yeyunal sin alteraciones.

Se revisan pruebas de imagen de años previos, donde se objetivó además, tres hepatolitiasis en conducto hepático izquierdo. Se realiza drenaje percutáneo de los abscesos hepáticos y se coloca drenaje biliar interno-externo percutáneo.

RESULTADOS

Se realiza exploración transparietohepática de la vía biliar utilizando de guía el catéter de drenaje biliar interno-externo izquierdo, conjuntamente con el Servicio de Radiología Vascular Intervencionista. Tras colocación del introductor por parte de los radiólogos, se introduce el coledocoscopio accediendo al conducto hepático izquierdo.

Se visualizan tres hepatolitiasis, dos de ellas en el conducto hepático izquierdo y una tercera a nivel de ramificación biliar izquierda, fragmentándose todas ellas mediante litotricia. Se accede hasta el yeyuno comprobando el paso de los restos de litiasis fragmentadas.

En un segundo tiempo, se retiró el drenaje biliar interno-externo por parte de Radiología Vascular Intervencionista y se colocó una prótesis biliar reabsorbible.

CO-44 LEIOMIOSARCOMA PLEOMORFO DESDIFERENCIADO DE INTESTINO DELGADO (GRADO 3, FNCLCC): RETO DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Montejo Griñón, Alba; García Plaza, Gabriel; Alcalá Serrano, Francisco Javier, Fernández San Millán, David, Cabrera García, Mercedes Elisa; Pérez Alonso, Esteban.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

OBJETIVOS

Describir el abordaje diagnóstico y terapeútico de una patología extremadamente infrecuente: leiomiosarcoma (LMS) de intestino delgado

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 73 años, con antecedentes de alergia a AINE, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, dislipemia y trombocitosis secundaria (con estudio molecular de JAK2, BCR-ABL, CALR y MPL negativo). Acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal difuso en mesogastrio, astenia, pérdida de 6 kg de peso en los últimos meses, acompañado de hematemesis y melenas. A la exploración, el abdomen no presentaba signos de irritación peritoneal, palpándose una dudosa masa en mesogastrio. La analítica destacó una Hb de 10,3 g/dL, sin otras alteraciones reseñables.

Se realizó TC abdominal, informada como una gran masa a la izquierda de los vasos mesentéricos que contactaba con el páncreas y el riñón, dependiente de la cuarta porción duodenal, primeras asas yeyunales y ángulo hepático del colon. Se intentó endoscopia con colonoscopio pediátrico para acceder a la 3.ª-4.ª porción duodenal, objetivándose compresión extrínseca.

Valorada en el Comité de Tumores, se decidió realizar una biopsia percutánea ante la sospecha de lesión mesenquimal (siendo menos probable un linfoma). Durante el ingreso, la paciente sufrió un deterioro clínico por oclusión intestinal alta y anemización, decidiéndose intervención quirúrgica preferente en el momento en que la biopsia preliminar informaba de sarcoma pleomórfico indiferenciado.

RESULTADOS

La intervención quirúrgica se realizó mediante laparotomía media. Se objetivó una gran masa retroperitoneal en la raíz del mesenterio que afectaba a la cuarta porción duodenal, primeras asas yeyunales, ángulo hepático del colon, cuerpo y cola del páncreas y riñón izquierdo. Se practicó una cirugía compartimental izquierda mediante pancreatectomía corporocaudal, colectomía izquierda, resección de la cuarta porción duodenal y primeras asas yeyunales, nefrectomía y suprarrenalectomía izquierdas, y exéresis de la fascia

anterior del psoas. La reconstrucción se llevó a cabo con una duodenoyeyunostomía laterolateral mecánica y una anastomosis colosigmoidea laterolateral mecánica.

En el postoperatorio, la paciente presentó una fístula pancreática (bien dirigida por el drenaje) y un derrame pleural izquierdo que precisó drenaje. Al duodécimo día sufrió una hemorragia cerebral intraparenquimatosa, no candidata a tratamiento neuroquirúrgico, falleciendo posteriormente.

El estudio anatomopatológico definitivo informó de un leiomiosarcoma pleomorfo/desdiferenciado de intestino delgado de 13 x 9 x 8 cm, grado 3 según el sistema de gradación francés (FNCLCC). El margen del mesenterio yeyunal se encontraba afecto.

CONCLUSIONES

Los sarcomas primarios del tracto gastrointestinal son neoplasias infrecuentes. De ellos, el leiomiosarcoma (LMS) de intestino delgado es una entidad extremadamente rara, habiendo sido históricamente confundido con los tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Su variante pleomorfa/desdiferenciada representa un subtipo histológico de alta agresividad y pronóstico sombrío. En casos localmente muy avanzados, la quimioterapia neoadyuvante (basada en antraciclinas) constituye una herramienta terapéutica a considerar dentro de un comité multidisciplinar con el fin de facilitar una resección R0 y controlar la micrometástasis precoz, dada la alta tendencia a la diseminación de este subtipo histológico. Sin embargo, tal y como ilustra este caso, es la situación clínica del paciente (complicaciones como hemorragia u oclusión) la que frecuentemente debe dictar y precipitar la secuencia terapéutica.

CO-45 USO DE MALLA PHASIX EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Marta Rojas Estévez, Carmen Díaz López, Vanesa Concepción Martín, Ángel Camarasa Pérez, José Miguel del Pino Montón, José Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La recidiva tras la reparación laparoscópica de la hernia de hiato continúa siendo un reto, especialmente en las hernias gigantes. El refuerzo con mallas permanentes puede reducir la recurrencia aunque se ha asociado a complicaciones. Las mallas biosintéticas reabsorbibles pueden ser una alternativa, proporcionando un soporte temporal durante la cicatrización sin dejar material permanente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis observacional retrospectivo en pacientes intervenidos por hernia de hiato y uso malla Phasix® en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria entres junio de 2023 y diciembre de 2025.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes, con una edad media de 60,2 años. El 69,2% fueron mujeres y el 30,8% varones. El IMC presentó una mediana de 29,0 kg/m². Cinco pacientes (19,2%) fueron intervenidos de forma urgente. La hernia de hiato más frecuente fue la tipo III (46,2%), seguida de los tipos II (19,2%), I (19,2%), IV (11,5%) y una hernia diafragmática. Nueve pacientes presentaban una hernia recidivada. La técnica de reparación más empleada fue la undiplicatura Toupet (53,8%), seguida de otras técnicas (34,6%), Nissen (7,7%) y bypass (3,8%).
El tamaño herniario presentó una mediana de 5,8 cm, llegando a un tamaño de 10 cm.
Se registraron complicaciones Clavien-Dindo IIIa en 3 pacientes, sin relación con la malla. La estancia hospitalaria presentó una mediana de 3 días. En el seguimiento disponible, el 30,8% de los pacientes se encuentran en tratamiento con omeprazol.

CONCLUSIONES

El uso de mallas reabsorbibles de larga duración en la reparación de hernias de hiato es una alternativa para reforzar el cierre de los pilares
En nuestra serie, el empleo de malla Phasix® se realizó principalmente en pacientes con hernias de hiato tipo III, y con una proporción relevante de casos recidivados y urgentes y con una tasa de uso de omeprazol postoperatorio similar a lo descrito en otras series publicadas.
Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para valorar adecuadamente su impacto sobre la recurrencia y los resultados funcionales.

CO-46 ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL SINDROME DE SUTTON-KADIR: ESTENOSIS SIGNIFICATIVA DEL TRONCO CELIACO CON ANEURISMAS DE LAS ARCADAS PANCREATODUODENALES

Loro Pérez, Lilian; García Plaza, Gabriel; El Assar de la Fuente, Samy; Martel Lozano, Saida; Chas Garibaldi, María Pía; Pérez Alonso, Esteban

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sutton-Kadir es una entidad caracterizada por la presencia de verdaderos aneurismas de la arteria pancreaticoduodenal inferior, en contexto de estenosis u oclusión del tronco celiaco, frecuentemente secundaria a compresión extrínseca por el ligamento arcuato. Estos aneurismas pueden romperse y causar morbimortalidad. Dado a que se trata de una patología infrecuente y la falta de bibliografía, actualmente no hay consenso en el tratamiento más adecuado.

OBJETIVOS

Presentar el manejo terapéutico multidisciplinar de una patología vascular esplácnica infrecuente con alto riesgo de rotura. Se busca demostrar la eficacia de una estrategia secuencial combinada para resolver tanto la etiología del síndrome (estenosis del tronco celíaco) como su consecuencia hemodinámica (aneurismas por hiperaflujo en la arcada pancreatoduodenal).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo del manejo clínico, radiológico y quirúrgico de esta entidad. Paciente mujer de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial, intervenida de hernia de hiato y polipectomia endometrial. Con diagnóstico reciente del Sindrome de Sutton-Kadir durante un ingreso en la Unidad de Enfermedades Infecciosas por un absceso intraabdominal con cultivo donde se aíslan E. corrodens y Actinomyces. Tras el diagnóstico mediante angio-TC, donde se objetivó una estenosis crítica suboclusiva del tronco celíaco, con la presencia de varios aneurismas en la arcada pancreatoduodenal inferior, se decidió un manejo conjunto con el Servicio de radiología vascular intervencionista.

RESULTADOS

En la primera fase (quirúrgica), se realizó la disección y sección del ligamento arcuato medio para liberar la compresión extrínseca sobre el tronco celíaco. En la segunda fase (endovascular), se realiza embolización supraselectiva de los aneurismas para su exclusión funcional, eliminando el riesgo hemorrágico. Además, se realizó colocación de stent en el tronco celíaco para tratar la estenosis intrínseca residual, logrando restaurar el flujo anterógrado y revertir el fenómeno de robo desde la arteria mesentérica superior.

CONCLUSIONES

El tratamiento del síndrome de Sutton-Kadir debe individualizarse según la anatomía vascular, la presencia de rotura del aneurisma y la etiología de la estenosis celiaca. La embolización endovascular del aneurisma constituye actualmente una alternativa eficaz y mínimamente invasiva. En pacientes seleccionados, puede ser necesario asociar revascularización del tronco celíaco, mediante técnicas endovasculares o cirugía cuando existe compromiso significativo del flujo.

CO-47 RESECCIÓN RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON VERDE DE INDOCIANINA TRAS DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

Benetti, Gloria; Plá Sánchez, Pau; Afonso Luis, Natalia; Yepes Cano, Andrés Felipe; Fernández Quesada, Carlos; Cruz Benavides, Francisco José.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

El cáncer de vesícula biliar es una neoplasia infrecuente con elevada agresividad, en la que el diagnóstico incidental tras colecistectomía representa hasta el 50% de los casos. En estadios ≥T1b, la cirugía radical con resección hepática y linfadenectomía es el tratamiento de elección. El objetivo es presentar un vídeo de cirugía radical laparoscópica asistida con fluorescencia con verde de indocianina (ICG), que permite una mejor identificación de la vía biliar y optimiza la seguridad quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y tabaquismo activo, así como cirugías previas (hemicolectomía derecha y sigmoidectomía abierta por diverticulitis aguda complicada). Se realizó colecistectomía laparoscópica por engrosamiento fúndico vesicular, con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma de vesícula biliar pT2 pNx G1, sin invasión linfovascular ni perineural y márgenes libres. El estudio de extensión (TC y PET) no evidenció enfermedad a distancia (CA 19.9 <2; CEA 11.24). Tras valoración en comité multidisciplinar, se indicó completar la cirugía oncológica mediante abordaje laparoscópico con administración de ICG para facilitar la identificación de la vía biliar, realizándose linfadenectomía del hilio hepático asociada a resección del lecho vesicular (segmentos IVb-V).

RESULTADOS

El vídeo muestra los pasos técnicos clave del procedimiento. La intervención se completó sin incidencias, con adecuada identificación de la anatomía biliar mediante fluorescencia y correcta disección del pedículo hepático. El postoperatorio cursó favorablemente. El estudio anatomopatológico definitivo no evidenció enfermedad residual, con 4 ganglios linfáticos negativos.

CONCLUSIONES

La cirugía radical es fundamental en el manejo del cáncer de vesícula pT2, incluso tras resección inicial R0. El abordaje laparoscópico en centros con experiencia es seguro y permite una adecuada radicalidad oncológica. El uso de verde de indocianina constituye una herramienta útil para la identificación de la vía biliar, especialmente en pacientes con cirugías previas, mejorando la seguridad del procedimiento.

CO-48 HERNIA DE HIATO GIGANTE PERFORADA: GASTRECTOMÍA VERTICAL E HIATOPLASTIA DE URGENCIA MEDIANTE ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO

Jorge Abellán Fernández; Carmen Díaz López; Rajesh Gianchandani Moorjani; Vanessa Concepción Martín; Marta Rojas Estévez; Jose Gregorio Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La hernia de hiato, específicamente la tipo III, constituye una entidad clínica compleja con riesgo de compromiso vascular tisular. Representa el 5-10% de las HH. Su patogenia asocia debilidad del ligamento frenoesofágico y aumento de la presión intraabdominal crónico [1-3]. Las HH paraesofágicas grandes tienen riesgo de vólvulo, estrangulación o hemorragia [2,6]. La complicación más crítica es la perforación intratorácica, secundaria a vólvulo o isquemia, una emergencia quirúrgica con elevada morbimortalidad que exige diagnóstico precoz y cirugía inmediata [6,11]. El diagnóstico se fundamenta en una tomografía computarizada, que objetiva tanto la herniación visceral como signos de solución de continuidad gástrica (neumomediastino, derrame pleural) [5].

CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años que consulta por epigastralgia y hematemesis de 5 días. Se realiza una gastroscopia urgente y una TC que objetivan una HH gigante con úlceras y datos de sufrimiento isquémico, además, sospecha de vólvulo gástrico y fístula esofagogástrica. Se decidió cirugía urgente mediante abordaje laparoscópico, donde se observó una isquemia y solución de continuidad en la curvatura mayor del fundus gástrico herniado. Se redujo la HH, y dada la viabilidad del resto del estómago se realizó una gastrectomía vertical y posterior hiatoplastia con malla biosintética reabsorbible. La paciente presentó una evolución favorable con alta al séptimo día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La perforación gástrica intratorácica secundaria a una HH tipo III es una entidad clínica infrecuente pero crítica, caracterizada por una elevada tasa de morbimortalidad si no se interviene de forma precoz [6,11]. El manejo quirúrgico mediante abordaje laparoscópico en centros con experiencia en cirugía esofagogástrica es factible y seguro, asociándose a mejores resultados perioperatorios en comparación con la cirugía abierta, incluso en escenarios de urgencia [4,11,12]. Ante una perforación fúndica gástrica intratorácica con necrosis visceral asociada, las guías contemplan diversas estrategias, incluyendo la realización de una gastrectomía vertical cuando la necrosis afecta predominantemente a la curvatura mayor, permitiendo una resección controlada con márgenes sanos y un cierre seguro mediante sutura mecánica [6-7]. La reconstrucción hiatal posterior es casi obligatoria para restaurar la anatomía. El uso de mallas en HH gigantes para reducir la tasa de recidiva está establecido en la literatura [8-9]. Sin embargo, en escenarios de perforación y contaminación existe controversia sobre el tipo de malla. El consenso actual favorece el empleo de mallas biosintéticas o biológicas para minimizar el riesgo de erosión esofágica en

un campo contaminado, priorizando la seguridad perioperatoria y mitigando el riesgo de infección de cuerpo extraño sobre la prevención de la recidiva hiatal a largo plazo [1,10].

CONCLUSIONES

La HH tipo III perforada es una complicación rara pero crítica que exige un manejo multidisciplinario rápido. La laparoscopia urgente es una vía de abordaje segura y factible para cirujanos esofagogástricos experimentados, ofreciendo las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva incluso en urgencias. La gastrectomía vertical laparoscópica representa una alternativa técnica válida para el control de la perforación intratorácica del fundus gástrico, asociada a una hiatoplastia con malla biosintética, que debe individualizarse según las características del defecto y el escenario clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watson DI, et al. A consensus on the definition and management of hiatal hernias. Tech Coloproctol. 2023;27(1):261-71.

2. Siegal SR, et al. Update on the Management of Hiatal Hernia. Curr Gastroenterol Rep. 2023;25(5):101-10.

3. Kahrilas PJ, et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of hiatal hernia. Gastroenterology. 2008;135(4):1383-91.

4. Pons J, et al. Emergency laparoscopic repair of paraesophageal hernias: a multicenter study. Surg Endosc. 2022;36(11):6112-21. (Español Prestigio).

5. D'Hipólito G, et al. Imaging of Hernias and Their Complications. Radiol Clin North Am. 2021;59(4):615-32.

6. Sánchez-Pernaute A, et al. Urgencias en cirugía esofagogástrica. En: Tratado de Cirugía General. 3ª Ed. Madrid: Arán; 2023. p. [Página]. (Español Prestigio).

7. Vilarino-García M, et al. Sleeve gastrectomy as a treatment for acute gastric volvulus in a giant hiatal hernia. Cir Esp. 2024 (In Press). (Español Prestigio).

8. Oor JE, et al. Mesh or no mesh in laparoscopic repair of giant paraesophageal hiatus hernia: a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2018;42(10):3239-49.

9. Targarona EM, et al. Long-term outcome of laparoscopic repair of giant hiatal hernias: a single-center experience. Surg Endosc. 2021;35(5):2013-21. (Español Prestigio).

10. Morales-Conde S, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía (AEC) para el Manejo de la Hernia de Hiato. Cir Esp. 2024 (In Press). (Español Prestigio).

11. Low DE, et al. International Consensus on Emergency and Trauma Surgery (ICETS): Laparoscopic management of gastrointestinal emergencies. World J Emerg Surg. 2022;17(1):15.

12. Hutter MM, et al. Laparoscopic repair of giant paraesophageal hernias: 2,332 cases from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. Ann Surg. 2010;251(6):1115-20.

CO-49 RECONSTRUCCIÓN VASCULAR TRAS ESPLENODUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL Y RESECCIÓN VENOSA POR COLANGIOCARCINOMA PANCREÁTICO LOCALMENTE AVANZADO

Zaida Brito Pérez, Pau Plá Sánchez, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Andrés Felipe Yepes Cano, Francisco José Cruz Benavides.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Presentamos un vídeo de técnica quirúrgica de una reconstrucción vascular del confluente venoso espleno-porto-mesentérico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de una paciente de 71 años diagnosticada de adenocarcinoma tipo biliar de proceso uncinado del páncreas con contacto con la unión porto-mesentérica, además de adenopatías locorregionales sospechosas. Se decide en comité multidisciplinar quimioterapia neoadyuvante (Gem-Abraxane), tras la que sigue persistiendo la masa pancreática y los contactos vasculares, con estenosis asociada (Ishikawa III-IV) y con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y Ca19.9 de 434. Se decide en este momento realizar una cirugía programada.

Durante la cirugía se objetiva el tumor de la cabeza pancreática/proceso uncinado con afectación inflamatoria de toda la glándula pancreática, adenopatías regionales, vía biliar dilatada y una arteria hepática derecha con origen en la VMS. Además, la VMS presenta una rama tributaria de gran calibre que recoge las ramas venosas cólicas y la VMI.

Se observa también la afectación tumoral completa del confluente venoso espleno-porto-mesentérico, por lo que se reside esplenoduodenopancreatectomía total y resección del mismo y reconstrucción portal termino-terminal, reimplantándose también la rama venosa tributaria de la VMS mediante anastomosis termino-lateral sobre la VMS. Posteriormente se realiza reconstrucción biliodigestiva en Y-Roux.

RESULTADOS

En los primeros días postoperatorios la paciente presenta un hematoma postquirúrgico por sangrado autolimitado de vasos cortos, que responde al tratamiento conservador. Se va de alta tras 5 semanas de ingreso hospitalario. Posteriormente necesita evacuación de persistencia de hematoma ya conocido en una ocasión. En la anatomía patológica definitiva resultó un adenocarcinoma tipo biliar con diferenciación escamosa ypT3ypN2.

Actualmente la paciente está siendo estudiada por sospecha de recidiva local en la anastomosis biliodigestiva y metástasis hepáticas.

La paciente no tuvo complicaciones postquirúrgicas derivadas de la reconstrucción vascular, con permeabilidad tanto de la VMS como del reimplante del tronco venoso tributario.

CONCLUSIONES

Las indicaciones de reconstrucción vascular venosa en la cirugía pancreática se centran en lograr una resección con márgenes libres en pacientes con tumores localmente avanzados que involucran el eje venoso mesentérico-portal.

Se ha demostrado que la resección venosa del eje porto-mesentérico y posterior reconstrucción es segura y se indica cuando la afectación venosa tumoral supera los 180 grados pero a nivel distal esas venas permanecen permeables. Además queremos recalcar

la peculiaridad de una resección de VMS baja, implicando un tronco de drenaje que necesita una reconstrucción para evitar la isquemia venosa del colon.

Clásicamente, las afectaciones bajas implican la no resecabilidad por imposibilidad de reconstrucción de las ramas tributarias (debido a su pequeño calibre y flujo lento). La tendencia actual con las neoadyuvancias y la ultraespecialización, es la individualización y realización de técnicas de reconstrucción vascular complejas, llegando incluso a ser necesario, en algunos casos, la utilización de shunts temporales.

CO-50 LIBERACIÓN ROBÓTICA DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE DUNBAR

Hormiga Rodríguez, María Isabel; Acosta Mérida, Mª Asunción; Piñero González, Luis; Callejón Cara, Mª del Mar; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Álvarez García, Anabel.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO

El síndrome del ligamento arcuato medio o síndrome de Dunbar es una entidad poco frecuente producida por la compresión extrínseca del tronco celíaco por el ligamento arcuato medio. Su diagnóstico supone un reto por la inespecificidad de la clínica y la frecuente presencia de compresión anatómica del tronco celíaco sin repercusión clínica. El tratamiento quirúrgico consiste en la liberación del tronco celíaco mediante sección del ligamento arcuato y del tejido fibroso pericelíaco. Presentamos un caso de liberación robótica, destacando los principales aspectos técnicos y anatómicos de la intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 61 años con clínica de dolor abdominal postprandial, náuseas y pérdida ponderal acumulada de 20 kg en cuatro años. La persistencia de la clínica y los hallazgos radiológicos, con aparición de una estenosis focal severa del origen del tronco celíaco sugestiva de compresión por el ligamento arcuato medio, en el angioTC, llevaron a plantear el tratamiento quirúrgico. El estudio endoscópico no mostró alteraciones.

Con la paciente en decúbito supino, se colocaron cuatro trócares robóticos de 8 mm, un trócar subxifoideo de 5 mm para el separador hepático y un trócar laparoscópico accesorio de 12 mm pararrectal derecho

Tras la revisión de la cavidad y la colocación del separador hepático, se realizó apertura de la pars flaccida a nivel del epiplón menor, identificando y disecando la arteria y vena gástricas izquierdas. Mediante su referencia con vessel loop se consiguió una adecuada exposición del tronco celíaco y de la porción proximal de sus tres ramas.

El principal hallazgo intraoperatorio fue una compresión extensa, producida por un ligamento arcuato medio amplio y descendido, apoyado sobre la raíz del tronco celíaco y extendido a lo largo de la aorta supracelíaca, incluyendo la salida de ambas arterias frénicas.

Se procedió a la liberación del plexo fibroso pericelíaco y a la sección completa del ligamento arcuato mediante tijera y vessel sealer robóticos, siguiendo toda la extensión de la zona de compresión. La disección se amplió más allá del segmento estenosado, realizando apertura del hiato aórtico y progresando hasta visualizar el componente supradiafragmático de la arteria, proximal a la salida de las arterias frénicas. Se comprobó hemostasia rigurosa y la extracción de los trócares bajo visión directa.

Tiempo quirúrgico: 115 min

Alta al primer día postoperatorio asintomática.

Tras mejoría inicial, la paciente presenta recidiva de epigastralgia inespecífica durante el seguimiento ambulatorio, pendiente de pruebas de imagen de reevaluación.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La indicación quirúrgica en el síndrome de Dunbar constituye un desafío, ya que, tanto la compresión del tronco celíaco como su liberación quirúrgica no implica, necesariamente una correlación con la evolución clínica, persistiendo secuelas de la estenosis crónica. La selección de pacientes debe considerar el diagnóstico diferencial, e integrar clínica y hallazgos anatómicos.

El objetivo es conseguir una liberación del tronco celíaco seccionado el ligamento y el tejido fibroso pericelíaco. La cirugía robótica permitió una disección precisa y una liberación extensa, con adecuada visualización de todas las estructuras anatómicas implicadas.

En esta paciente, la extensión de la compresión hizo necesaria una liberación hasta el componente supradiafragmático de la arteria. Pese a la liberación completa, y la corrección técnica, la evolución postquirúrgica puede ser incierta.

CO-51 RECTOPEXIA VENTRAL CON MALLA ROBÓTICA EN EL TRATAMIENTO DEL RECTOCELE SINTOMÁTICO

María Isabel Hormiga Rodríguez, Cristina Roque Castellano, Yurena Sosa Quesada, Manuel Artiles Armas, Zaida Brito Pérez, Eva Nogués Ramia

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

El rectocele es una alteración del suelo pélvico caracterizada por la protrusión de la pared anterior del recto hacia la vagina, secundaria a una debilidad del tabique rectovaginal. En pacientes sintomáticas con fracaso del tratamiento conservador, puede estar indicado el tratamiento quirúrgico.

Presentar un caso de rectocele sintomático asociado a síndrome de defecación obstructiva tratado mediante rectopexia ventral con malla por abordaje robótico, describiendo los principales pasos técnicos del procedimiento y su evolución postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 67 años, con antecedentes de dislipemia y síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP nocturna. Como antecedente obstétrico presentaba una gestación y un parto con episiotomía. Refería rectocele de larga evolución, inicialmente asintomático, con progresión posterior a clínica de defecación obstructiva y necesidad de digitación para completar la evacuación.

El estudio mediante resonancia magnética dinámica objetivó un rectocele de gran tamaño durante el esfuerzo defecatorio, con manometría anorrectal sin alteraciones relevantes. Se indicó rectopexia ventral con malla mediante abordaje robótico.

Se inicia la técnica con la colocación de los cuatro trocares robóticos alineados a nivel supraumbilical y un trocar de asistencia de 12mm en hipocondrio derecho. Es necesario aplicar 20º-25º de trendelenburg. Tras la exposición de la pelvis se identifica el promontorio sacro y se realiza apertura peritoneal, seguida de disección en “J” del plano ventral del recto hasta alcanzar el tabique rectovaginal, preservando las estructuras laterales. Posteriormente se colocó una malla sobre la cara anterior del recto, fijándola distalmente a este y proximalmente al promontorio sacro. El procedimiento finalizó con la reperitonealización completa de la prótesis.

RESULTADOS

El procedimiento se completó sin incidencias intraoperatorias relevantes. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta hospitalaria al segundo día postoperatorio. Durante el seguimiento disponible presentó evolución clínica favorable, sin evidencia de recidiva del rectocele.

CONCLUSIONES

La rectopexia ventral con malla mediante abordaje robótico constituye una opción quirúrgica para el tratamiento del rectocele sintomático asociado a defecación obstructiva. La plataforma robótica facilita la disección pélvica profunda y la sutura en espacios anatómicos reducidos. En el caso presentado permitió una adecuada corrección anatómica, con postoperatorio favorable y ausencia de recidiva durante el seguimiento disponible.

CP-52 VAC-STENT COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LA FUGA DE ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA

Marta Rojas Estévez, Vanesa Concepción Martín, Rajesh Gianchandani Moorjani, Carmen Díaz López, Jorge Abellán Fernández, Jose Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

Las fugas anastomóticas tras la esofagectomía constituyen una complicación grave, asociada a elevada morbimortalidad y a la necesidad de un tratamiento precoz y eficaz asociado a un manejo multidisciplinar. El VAC-Stent, que combina el drenaje endoluminal con presión negativa con el sellado y mantenimiento de la luz esofágica, es una alternativa endoscópica prometedora en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan dos casos de tratamiento de fuga tras esofaguectomía con dispositivo Vac Stent. El primer paciente es un varón de 66 años, fumador activo e hipertenso que se realizó una Esofaguectomía McKeown robótica por carcinoma microcítico de esófago medio (previa neoadyuvancia con CDDP-etopósido y RT). Presentó fuga de anastomosis gastro-esofágica, que precisó toracoscopia al 7º día postoperatorio por mediastinitis.

Tras ello, se trató la fuga con dispositivo de vacío EsoSponge sin clara mejoría a pesar de 7 recambios. Finalmente, se colocó el dispositivo VacStent. Se realizaron un recambios del dispositivo, con una gran mejoría del orificio desde el primer recambio y finalizando la terapia con resolución de la dehiscencia a las 2 semanas de la colocación. El segundo paciente es un varón de 65 años, exfumador e hipertenso, con antecedente de linfoma de Hodgkin en remisión, que se realizó una esofaguectomía Ivor Lewis robótica por adenocarcinoma de esófago distal. Al 4º día postoperatorio, presentó fuga de anastomosis gastro-esofágica, por lo que se coloca inicialmente EsoSponge y, en la segunda gastroscopia se coloca dispositivo Vac Stent, con muy buena evolución del orificio y precisando solo un recambio para la resolución de la fuga. al 35ºDPO precisó toracotomía por persistencia de colección pleural pero sin nuevos datos de dehiscencia.

Ambos pacientes presentaron estenosis esofágica que se trató con dilatación endoscópica.

CONCLUSIÓN

Los resultados del uso de dispositivo VAC-Stent es alentador aunque su uso aún no se ha extendido.

La evidencia disponible continúa basándose principalmente en series de casos y estudios observacionales; por lo que sería necesario más estudios para definir las indicaciones.

CP-53 FEOCROMOCITOMA SUPRARRENAL Y TUMOR NEUROENDOCRINO ILEAL METASTÁSICO: ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL Y RETO DIAGNÓSTICO

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Del Pino García, Laura; García Martín, Rubén; Caballero Rodríguez, Eugenia; Jordán Balanzá, Julio César; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos (TNE) suprarrenales infrecuentes, productores de catecolaminas, cuya asociación con otros TNE puede formar parte de síndromes hereditarios como MEN2, relacionado con mutaciones germinales en RET.

Presentamos un caso de coexistencia de feocromocitoma suprarrenal y TNE ileal metastásico, asociación excepcional que plantea importantes retos diagnósticos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 50 años, diabético y con antecedente de infarto agudo de miocardio, remitido a la Unidad de Cirugía Endocrina tras objetivarse incidentalmente una lesión sólida pararrenal izquierda durante el estudio ecográfico de microhematuria. Refería además sudoración nocturna y cefaleas de varios meses. El estudio bioquímico mostró elevación de metanefrinas plasmáticas libres y urinarias de 24 horas, con cromogranina A normal.

La TC evidenció un nódulo suprarrenal izquierdo de 3 × 3 cm, de bordes irregulares y realce heterogéneo tras contraste, sugestivo de feocromocitoma. Asimismo, se identificó un nódulo tiroideo, posteriormente caracterizado como TIRADS 2 en contexto de bocio multinodular. La RM apoyó el diagnóstico de feocromocitoma de lento crecimiento. El SPECT-TC con MIBG mostró además afectación mesentérico-retroperitoneal.

Se realizó cirugía laparoscópica, objetivándose la lesión suprarrenal izquierda, adenopatías hipervascularizadas en el mesenterio del intestino delgado y una lesión intraluminal en íleon terminal, a 40 cm de la válvula ileocecal. Se practicó suprarrenalectomía izquierda, biopsia de una adenopatía adyacente a la vena mesentérica superior y resección segmentaria de íleon con anastomosis latero-lateral mecánica.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con alta al quinto día y normalización de las metanefrinas urinarias. La anatomía patológica confirmó un feocromocitoma suprarrenal con márgenes libres y PASS de 7. La lesión ileal correspondió a un TNE G1 pT4N1, con márgenes libres, y la adenopatía periduodenal presentó metástasis linfática de TNE.

Actualmente, permanece asintomático en seguimiento oncológico. El PET-Galio y el rastreo MIBG no evidenciaron enfermedad residual; la calcitonina fue normal y el estudio del gen RET está pendiente.

DISCUSIÓN

La coexistencia de feocromocitoma (FEO) y tumor neuroendocrino (TNE) ileal constituye una asociación excepcional. Eltawil et al. (1) describieron en 2022 un FEO adrenal sincrónico con un TNE ileocecal G2 metastásico, con estudio negativo para MEN. Posteriormente, Drouet et al. (2) comunicaron dos TNE ileales sincrónicos en un paciente con FEO bilateral y estimaron en aproximadamente 20 los casos publicados de FEO asociado a TNE gastrointestinal.

En nuestro caso, la hipercaptación ganglionar en SPECT-TC con ^{123}I-MIBG condicionó inicial-

mente la sospecha de FEO metastásico. Sin embargo, la MIBG presenta una especificidad limitada, dado que múltiples neoplasias neuroendocrinas pueden expresar el transportador de noradrenalina (NET), incluyendo paragangliomas, neuroblastomas, TNE gastroenteropancreáticos y carcinoma medular de tiroides. La confirmación anatomopatológica demostró finalmente un TNE ileal G1 con afectación ganglionar.

La excepcionalidad de esta asociación obliga a considerar una predisposición genética. Aproximadamente el 30 % de los FEO se asocian a síndromes hereditarios, porcentaje que alcanza el 80 % en los casos bilaterales. En los TNE, las asociaciones hereditarias más relevantes incluyen MEN1, MEN2, VHL y NF1, con asociaciones fenotípicas específicas: VHL con FEO y TNE pancreáticos; NF1 con FEO y TNE duodenales productores de somatostatina; y MEN1 con tumores neuroendocrinos pancreatoduodenales. Aunque no existe una asociación molecular específica establecida para el TNE ileal, la coexistencia de ambos tumores debe motivar un estudio genético germinal dirigido y un abordaje multidisciplinar.

CP-54 MÁS ALLÁ DE LA PRIMERA PERFORACIÓN: COMPLICACIONES RECURRENTES TRAS BYPASS GÁSTRICO EN PACIENTE FUMADORA

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Del Pino García, Laura; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Díaz López, Carmen; Concepción Martín, Vanessa; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica modifica de forma permanente la anatomía y fisiología gastrointestinal, condicionando un abordaje especialmente complejo ante complicaciones posteriores.

El caso que presentamos ilustra la complejidad que puede alcanzar el manejo de estas pacientes, con complicaciones digestivas graves y recurrentes en el contexto de una anatomía modificada y tabaquismo activo.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años, fumadora IPA 20, con antecedentes de epilepsia e ictus isquémico en 2022 con afasia motora residual. Antecedentes quirúrgicos de colecistectomía y bypass gastroyeyunal (BPGY) por obesidad en 2000, complicado posteriormente con úlcera y estenosis crítica de anastomosis gastro-yeyunal. En seguimiento en consultas por estenosis cicatricial de anastomosis GY por úlceras de repetición, desnutrición con IMC de 16. En enero de 2026 precisó colocación de endoprótesis por intolerancia oral, descartándose reparación quirúrgica por su situación basal y dificultades para cumplir las pautas médicas.

Acude a Urgencias por dolor abdominal súbito y vómitos. Presenta leucocitosis y en la TC urgente se objetiva neumoperitoneo difuso, líquido libre y endoprótesis desplazada hasta el colon, compatible con perforación de víscera hueca. Se realiza laparotomía urgente, evidenciándose peritonitis difusa y perforación de 1 cm en la cara anterior de la anastomosis gastroentérica. La endoprótesis se encontraba en la luz del sigma, condicionando invaginación de sus extremos. Ante la inestabilidad hemodinámica se opta por cirugía de control de daños, con resección de la anastomosis GY y colotomía para extracción de la prótesis, seguida de colorrafia y cierre abdominal temporal mediante sistema VAC.

A las 24 horas se realiza una segunda exploración quirúrgica, completándo la reconstrucción mediante anastomosis gastro gástrica laterolateral semimecánica, revirtiendo el BPGY. La evolución inicial es favorable, con alta hospitalaria al octavo día postoperatorio con SNO. Durante el seguimiento ganancia de 10 kg de peso pero no se logra deshabituación tabáquica.

Seis meses después, la paciente requiere nueva cirugía urgente por perforación de una úlcera en la curvatura menor gástrica, realizándose resección de la zona afectada. En el quinto día postoperatorio presenta una nueva perforación en la curvatura mayor,

con sutura previa íntegra, precisando nueva gastrectomía parcial. Las piezas quirúrgicas no muestran malignidad ni infección por H. pylori.

En TC posterior se identifica una solución de continuidad de 12 mm en la curvatura menor, adyacente a las suturas mecánicas que endoscópicamente parece corresponderse con una úlcera fibrinada, se realiza TC previa al alta sin evidencia de fuga de contraste oral. Se decide seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra la complejidad de las complicaciones tardías tras cirugía bariátrica, especialmente en pacientes fumadores. El tabaquismo constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de úlcera marginal tras bypass gástrico, con un riesgo aproximadamente 2,5 - 3,5 veces superior al de los no fumadores. La posterior aparición de perforaciones ulcerosas recurrentes en nuestra paciente, en ausencia de H. pylori, refuerza el papel potencial de este factor.

Este curso clínico pone de manifiesto que, en pacientes con anatomía bariátrica alterada, la cirugía puede resolver la complicación aguda, pero no el factor etiológico subyacente. La persistencia del tabaquismo puede perpetuar el daño mucoso y favorecer nuevas complicaciones, subrayando la importancia de la abstinencia tabáquica como parte fundamental del tratamiento y prevención de recurrencias.

Extracción de endoprótesis migrada a colon sigmoide

CP-55 CONTROL DE DAÑOS Y SECOND LOOK LAPAROSCÓPICO EN GIST GÁSTRICO PERFORADO

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Tinghino, Simone; Díaz López, Carmen; Del Pino Monzon, Jose Miguel; Concepción Martín, Vanessa; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, siendo el estómago su localización más habitual. Su presentación clínica es variable, desde hallazgos incidentales hasta cuadros de hemorragia digestiva o perforación.

Los tumores de gran tamaño y localización próxima a la unión esofagogástrica pueden plantear un importante desafío quirúrgico, especialmente cuando se presentan de forma aguda. La embolización arterial constituye una alternativa terapéutica en pacientes con hemorragia digestiva activa o de difícil control endoscópico, aunque la isquemia gástrica secundaria a la embolización es una complicación infrecuente debido a la extensa vascularización colateral del estómago.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años fumador, diabético y con antecedente de cáncer de próstata tratado, al que se le inicia estudio por anemia ferropénica. En gastroscopia se objetiva masa gástrica ulcerada que se biopsia con resultado de GIST G1 (c-Kit, DOG1, CD34 +). Estando pendiente de intervención quirúrgica programada, acude a Urgencias por rectorragia y síncope, con hipotensión y anemización importante que precisa de transfusión de 4 concentrados de hematíes hasta alcanzar Hb de 7.

Se realiza TAC urgente que describe masa gástrica conocida dependiente de curvatura menor, muy próxima a unión esófago-gástrica de 10 x 8 x 7 cm, ulcerada en polo superior. Se decide embolización arterial profiláctica urgente de la arteria gástrica izquierda (AGI), ya que la aortografía muestra ramas patológicas de ésta que nutren el tumor. En las horas siguientes, el paciente presenta dolor abdominal en aumento, con elevación de RFA e hiperlactacidemia. En TAC se evidencia isquemia transmural gástrica y datos de perforación del tumor.

Se decide cirugía urgente. Se accede por vía laparoscópica hallando isquemia de caras anterior y posterior del fundus gástrico a nivel de curvatura menor alta y GIST de 8 cm de diámetro perforado en cara posterior del fundus gástrico. Dado que el paciente presenta inestabilidad hemodinámica con requerimiento de aminas vasoactivas, se decide cirugía de control de daños con gastrectomía total laparoscópica, previa comprobación de viabilidad de cabo esofágico con ICG. Se deja SNG y drenaje intraabdominal. Se realiza second look laparoscópico a las 48 horas con reconstrucción del tránsito mediante Y de Roux con asa alimentaria de 60 cm, anastomosis esofago-yeyunal termino-lateral con Orvil y pie de asa a 70 cm (asa

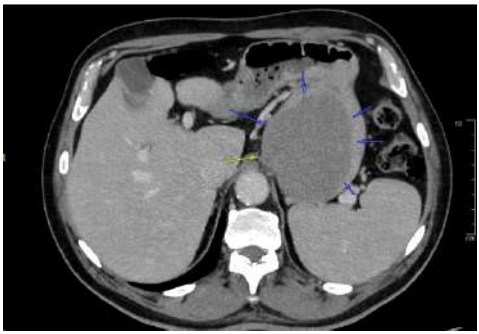
antecólica) y anastomosis L-L isoperistáltica. Presenta evolución clínica favorable, con reintroducción de dieta oral y alta a domicilio en 8º día postoperatorio.

El resultado anatomopatológico de la pieza resulta de GIST perforado (pT4) con márgenes libres de enfermedad. Se ha remitido al paciente a Oncología para tratamiento adyuvante quimioterápico.

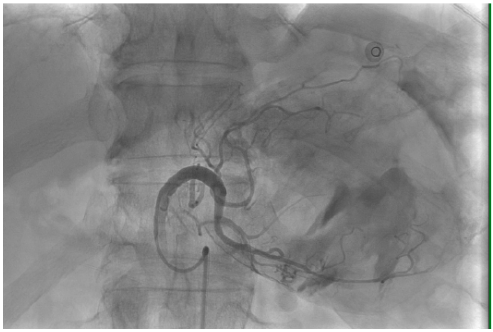
DISCUSIÓN

La isquemia gástrica tras embolización arterial es una complicación infrecuente que puede evolucionar hacia necrosis y perforación. Ante la inestabilidad hemodinámica, el control de daños permitió resolver la perforación evitando una anastomosis esófago yeyunal en condiciones fisiológicas desfavorables.

La realización de un second look a las 48 horas permitió reevaluar la viabilidad tisular tras la estabilización y completar la reconstrucción en condiciones óptimas. El second look está establecido en la isquemia intestinal, especialmente cuando existe incertidumbre sobre la viabilidad, y puede realizarse mediante laparoscopia como alternativa a la relaparotomía.



TAC al ingreso: Masa gástrica submucosa exofítica dependiente de la pared de la curvatura menor alta-fundus, muy próxima a unión esófago-gástrica, sin infiltración aparente de la misma. Diámetros de 9,5 x 7,8 x 7,4 cm (diámetros AP x transverso x craneocaudal).



Arteriografía visceral: ramas patológicas de AGI que nutren al tumor.

TAC post-embolización: abundante contenido aéreo intralesional y disminución de realce en curvatura menor gástrica, en relación con isquemia mural. Adyacente a ésta se observan burbujas aéreas extraluminales, que sugiere microperforación contenida.

CP-56 METÁSTASIS COLÓNICA DE CARCINOMA ESCAMOSO PULMONAR ASINTOMÁTICA: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPRESCINDIBLE

Simone Tinghino, Luis Eduardo Pérez Sánchez, Moisés Hernández Barroso, Ana Soto Sánchez, Jorge Abellán Fernández, José Gregorio Díaz Mejías

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

Las metástasis gastrointestinales del carcinoma pulmonar son infrecuentes y la afectación olónica constituye una localización excepcional. Se han descrito presentaciones clínicas heterogéneas, incluyendo hemorragia digestiva, anemia, dolor, obstrucción o perforación, pero también lesiones identificadas incidentalmente durante la reevaluación oncológica. Ante una nueva lesión colónica en un paciente con carcinoma pulmonar, la diferenciación entre un segundo primario colorrectal y una lesión metastásica puede resultar compleja y tiene implicaciones terapéuticas relevantes, ya que determina la indicación de un abordaje quirúrgico o la continuidad del tratamiento sistémico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 68 años, ex-fumador, con antecedentes de EPOC, diagnosticado de carcinoma escamoso de pulmón estadio IV (cT4N3M1a-b). Tras seis ciclos de carboplatino, paclitaxel y pembrolizumab, el TC de re-evaluación mostró progresión pulmonar y ganglionar, y un engrosamiento mural irregular a nivel cecal, ausente en el estudio inicial y sugestivo de neoplasia primaria colorrectal. El paciente permanecía asintomático desde el punto de vista digestivo.

La colonoscopia evidenció una lesión excrecente y friable a nivel de la válvula ileocecal, que afectaba al 40-50% de la circunferencia. Las biopsias demostraron infiltración de la mucosa por carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado, con presencia de émbolos tumorales linfáticos.

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad para p40 y negatividad para CK7 y CK20, confirmando la afectación metastásica colónica de origen pulmonar.

Dada la ausencia de síntomas digestivos, junto con la progresión pulmonar y ganglionar y la confirmación de afectación metastásica, se decidió mantener un abordaje sistémico y realizar seguimiento radiológico, sin indicación quirúrgica inicial.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La correlación entre los antecedentes oncológicos, los hallazgos radiológicos, la morfología histológica y el perfil inmunohistoquímico resulta fundamental para establecer el origen de la lesión.

En nuestro caso, la ausencia de la lesión en la TC inicial, su aparición durante la progresión de la enfermedad pulmonar y ganglionar y, especialmente, la concordancia histológica e inmunohistoquímica con el tumor pulmonar permitieron establecer el diagnóstico de metástasis colónica. Nuestro servicio comunicó previamente otra localización metastásica pulmonar inusual, a nivel perianal, destacando la importancia de la confirmación histológica en estos escenarios.

Este caso pone de manifiesto que una nueva lesión colorrectal en un paciente con carcinoma

pulmonar no debe asumirse necesariamente como un segundo primario. Incluso en ausencia de síntomas digestivos, debe considerarse la posibilidad de afectación metastásica y confirmarse su origen mediante una adecuada correlación clínico-radiológica, endoscópica, histológica e inmunohistoquímica para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias y guiar el tratamiento adecuado.

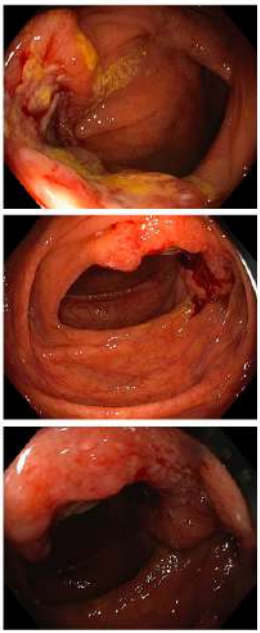
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández R, Pérez-Sánchez L, Burneo M, Pérez A, Barrera M. Metástasis perianal de cáncer de pulmón: a propósito de un caso. Rev Colomb Cancerol. 2022;26(4):453-455. doi:10.35509/01239015.832.

2. Sakai H, Egi H, Hinoi T, Tokunaga M, Kawaguchi Y, Shinomura M, et al. Primary lung cancer presenting with metastasis to the colon: a case report. World J Surg Oncol. 2012;10:127. doi:10.1186/1477-7819-10-127.

3. Gonzalez-Tallon AI, Vasquez-Guerrero MA, Garcia-Mayor MA. Colonic metastases from lung carcinoma: a case report and review of the literature. Gastroenterol Res. 2013;6(1):29-33. doi:10.4021/gr518e.

4. Xin Y, Liu D, Zang D, Sun Y, Chen J. Colorectal Metastasis From Lung Adenocarcinoma With Initial Gastrointestinal Symptoms: A Case Report and Literature Review. Thorac Cancer. 2025;16(2):e15531. doi:10.1111/1759-7714.15531.



CP-57 ADENOCARCINOMA DE COLON CON FISTULIZACION GÁSTRICA. CAUSA ATÍPICA DE OCLUSIÓN DIGESTIVA ALTA

Almeida Santiago, Juan Ismael; Fernández Quesada, Carlos; Medina Gontier, Julie Celine; Álvarez García, Anabel; Plá Sánchez, Pau; Afonso Luis, Natalia.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

CASO CLÍNICO

Varón de 65 años, ex-fumador, sin otros antecedentes de interés, valorado en Urgencias por vómitos fecaloideos y estreñimiento de dos días de evolución, asociados a síndrome constitucional de dos meses con pérdida ponderal de 8 kg. El paciente se encontraba pendiente de colonoscopia tras test de sangre oculta en heces positivo.

A la exploración, abdomen distendido, escasamente depresible y sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, discreta elevación de reactantes de fase aguda y descenso de dos puntos de hemoglobina con respecto a previa. El escáner pone de manifiesto un engrosamiento mural circunferencial, irregular, estenosante e hipercaptante de aproximadamente 9 cm en el ángulo esplénico, con extensión a la grasa adyacente, adenopatías locorregionales e infiltración de la pared gástrica con fistulización a nivel de la curvatura mayor, con dilatación gástrica, de intestino delgado y del marco colónico, compatible con cuadro oclusivo. Considerando los hallazgos, se decide cirugía urgente.

Mediante laparotomía se realizó gastrostomía descompresiva, con salida de 3500 cc de contenido fecaloideo, seguida de resección segmentaria del ángulo esplénico y gastrectomía vertical. Debido a la proximidad tumoral al hilio esplénico y a la cola pancreática, sin poder descartar infiltración, se amplió la resección mediante esplenectomía y pancreatectomía distal. Se completó el procedimiento con anastomosis colo-cólica laterolateral parcialmente mecánica.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable, con alta hospitalaria al decimotercer día. El resultado anatomopatológico de la pieza informa de adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT4pN1a que invade directamente todo el grosor de la pared gástrica con todos los márgenes libras a más de un centímetro. Tras completar el estudio de extensión, el caso fue presentado en comité multidisciplinar, indicándose quimioterapia adyuvante y valoración de lesiones pulmonares por Cirugía Torácica.

CONCLUSIONES

Aunque el debut estenosante del cáncer colorrectal no es infrecuente (10-20%) la invasión directa de órganos vecinos, como en este caso, en forma de fístula gastro-cólica supone un desafío en el manejo, mayor en una situación de urgencia en donde la una planificación preoperatoria es limitada.

En este contexto, la cirugía puede requerir resecciones multiviscerales que permitan una adecuada recuperación funcional para completar la estadificación y establecer el tratamiento oncológico de forma multidisciplinar.

CP-58 LEIOMIOSARCOMA EN RAÍZ DE MESENTERIO: PRESENTACIÓN DE CASO

Almeida Santiago, Juan Ismael; Afonso Luis, Natalia; Fernández Quesada, Carlos; Cruz Benavides, Francisco José; Plá Sánchez, Pau; Yepes Cano, Andrés Felipe.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El leiomiosarcoma mesentérico es un tumor maligno de evolución muy agresiva y una incidencia estimada de 1/350000. Se origina del músculo liso de los vasos mesentéricos. Su presentación clínica es inespecífica y tardía, en forma de masa abdominal palpable, dolor abdominal y pérdida de peso, siendo frecuente el diagnóstico incidental. El diagnóstico se realiza por técnicas de imagen (TC, resonancia magnética) para caracterizar la lesión primaria y la extensión a distancia y confirmación histológica a través de biopsia percutánea guiada por imagen. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica con márgenes negativos, añadiendo radioterapia o quimioterapia sistémica si hay alto riesgo de recidiva local o para reducción de tamaño tumoral.

CASO CLÍNICO

Se presenta paciente varón de 73 años con antecedentes de cáncer urológico tratado con RTU y nefroureterectomía izquierda, en remisión. Consulta por dolor epigástrico que dificulta el descanso nocturno, alivia con la ingesta y que no se acompaña de pérdida de peso. Se solicita angio-TC en el que se observa masa polilobulada parcialmente hipercaptante y con focos hipodensos localizada en mesenterio, englobando una rama de la arteria mesentérica superior y una rama de la vena mesentérica superior, ambas permeables distalmente. Se realiza USE-PAFF con hallazgos sugestivos de tumor mesenquimal que orientan a leiomiosarcoma. Se presenta caso en comité oncológico y se decide tratamiento quirúrgico, con resección en bloque de la lesión.

Se realiza un abordaje transmesentérico de la arteria mesentérica superior (AMS), se referencia y se confirma que la lesión no contacta con el tronco principal. Disección e individualización de las primeras ramas de la arteria cólica derecha y la primera rama yeyunal. Se clampa AMS distal a estas ramas y se comprueba vascularización de asas de intestino delgado y colon derecho tributarias, sin observar cambios de coloración ni otros datos de isquemia. Disección y referencia de las venas mesentéricas superior e inferior, además de sus primeras ramas. Se procede a la exéresis en bloque de la lesión.

El postoperatorio cursó sin incidencias, dando el alta al tercer día postoperatorio con buen control del dolor y sin datos de complicación. En análisis anatomopatológico de la lesión se confirma diagnóstico de leiomiosarcoma. En comité de tumores se decidió tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia. Tras valoración por Oncología y desestimación de quimioterapia, se inicia radioterapia.

DISCUSIÓN

El leiomiosarcoma mesentérico es un tumor poco frecuente en nuestro medio. Las pruebas de imagen (TC de abdomen) son esenciales en su diagnóstico, al caracterizar la masa y permitir planificar la intervención. El objetivo de la cirugía es la resección en bloque de la lesión con el fin de garantizar un margen de al menos 1-2cm.

CONCLUSIÓN

El manejo adecuado de un leiomiosarcoma mesentérico requiere exéresis completa de la lesión. Para ello, la realización de pruebas de imagen permite planificar la cirugía y conseguir mejores resultados oncológicos.

CP-59 QUISTE MÜLLERIANO RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salado de la Torre. J, Rojo Revert. P, González García. S, Rodríguez Castellano. D, Tuñón. C, Delgado Plasencia. L.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

Los quistes de origen Mülleriano son lesiones benignas infrecuentes derivadas de estructuras de la cresta urogenital. Son más prevalentes en mujeres peri o posmenopáusicas y suelen ser asintomáticos, diagnosticándose de forma incidental.

Los quistes de localización retroperitoneal son excepcionales y pueden simular lesiones quísticas de origen renal, suprarrenal u ovárico, dificultando el diagnóstico preoperatorio. El diagnóstico definitivo es histopatológico tras su resección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de la literatura en PubMed utilizando los términos: “Müllerian type”, “Müllerian cyst”, “retroperitoneal space” y “renal fascia”.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años que acudió a Urgencias en abril de 2024 por dolor de una semana de evolución en flanco e hipocondrio derecho, de características mecánicas. La ecografía y la tomografía computarizada (TC) evidenciaron una lesión quística retroperitoneal, lateral al riñón derecho y en contacto con el borde hepático, sin septos ni componentes sólidos, de 12,1 × 7,5 × 4,2 cm. Durante el seguimiento se objetivó persistencia de la lesión sin cambios significativos. Ante la persistencia de la sintomatología se decidió tratamiento quirúrgico, tanto para aliviar las molestias como para obtener un diagnóstico definitivo y descartar malignidad. El TC preoperatorio mostró una lesión estable de 10,8 × 7,5 × 4,2 cm, asociada a desplazamiento medial de la fascia lateroconal.

En mayo de 2026 se realizó intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico inicial. Tras la liberación del parietocólico derecho y la identificación de la segunda rodilla duodenal y el riñón derecho, no fue posible localizar la lesión debido a la presión ejercida por el neumoperitoneo, por lo que se decidió reconvertir a cirugía abierta. Tras la apertura del peritoneo parietal derecho se identificó la lesión, adherida a la musculatura abdominal, realizándose su exéresis completa.

CONCLUSIÓN

El quiste Mülleriano retroperitoneal es una entidad excepcional y de difícil diagnóstico preoperatorio. La resección completa permite establecer el diagnóstico histopatológico, aliviar la sintomatología y descartar malignidad. Ante lesiones quísticas retroperitoneales persistentes y sintomáticas, debe considerarse esta entidad dentro del diagnóstico diferencial.

CP-60 PERFORACIÓN ESOFÁGICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

González Morín, Jorge; García Afonso, María; Rodríguez González, Diana; González Hernández, Sergio; Guil Ortiz, Beatriz; Arteaga González, Iván.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

La perforación esofágica constituye una urgencia quirúrgica con elevada morbimortalidad asociada, incluso en aquellos casos con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, alcanzando hasta un 20% de mortalidad en algunas series. La causa más frecuente en la actualidad es la iatrogénica, secundaria a procedimientos endoscópicos, que representan hasta el 80% de los casos. El 20% restante se deben en su mayoría al aumento brusco de la presión intraluminal secundario a vómitos, conocido como Síndrome Boerhaave. Mucho menos común son aquellas secundarias a traumatismos, cuerpos extraños, neoplasias o ingesta de cáusticos. Por otro lado, se tratan mayoritariamente de perforaciones intratorácicas (80%), seguido menos frecuentemente a nivel cervical, y por último de aquellas de la porción intraabdominal.

En este trabajo presentamos el caso de un Síndrome de Boerhaave con una evolución clínica favorable.

CASO CLÍNICO

Varón de 72 años, institucionalizado y parcialmente dependiente para las ABVD, que acude por dolor tóracico de 2 días de evolución, de carácter punzante en hemitórax izquierdo. Se diagnosticó inicialmente de SCACEST por lo que se trasladó a hemodinámica para cateterismo urgente, donde no aprecian signos de cardiopatía isquémica aguda, realizándose entonces TC de tórax donde se evidencia perforación de esófago distal con importante neumomediastino.

A la anamnesis, el paciente refiere haber comenzado hace 2 días con ataques de tos y algunos vómitos, tras lo cual refiere dolor torácico izquierdo. No dolor abdominal o fiebre. Refiere dificultad para el paso de los alimentos en los últimos días, con ingestas disminuidas.

A su llegada a Urgencias, TA 80/60; FC 100 lpm; SatO2 93%. Tras reanimación inicial en urgencias, consciente y orientado. TA 120/60 con Noradrenalina 4 ml/h; FC 79 lpm; SatO2 96% con gafas nasales. Afebril. Diuresis conservada en talla vesical.

A la exploración, abdomen no distendido, blando, depresible, con algunas molestias y mínima defensa a nivel de epigastrio pero sin signos de irritación peritoneal difusa.

Dolor torácico a punta de dedo en hemitórax izquierdo.

En la analítica destaca leucocitosis de 24000; neutrofilia 87%; PCR 213.

En TC de tórax se informa de perforación de tercio distal esofágico, a nivel de cara anterior, que condiciona importante neumomediastino.

Ante estos hallazgos se indica intervención quirúrgica urgente, donde se observa perforación en cara anterior lateral derecha a nivel de esófago distal de 3 cm de longitud. Abundante fibrina y tejido fungoide a nivel de hiato esófagico. Tras disección laboriosa de pilares diafragmáticos se consigue descender esófago distal con salida de líquido purulento. Se realiza cierre primario en bloque de la perforación con refuerzo de línea de sutura ante imposibilidad de cierre por planos. Se deja Blake a nivel de mediastino desde acceso abdominal. Se descarta segundo abordaje intraoperatorio por vía torácica por inestabilidad clínica del paciente para someterse a ventilación unipulmonar.

Durante el postoperatorio inmediato el paciente desarrolla una fibriliación auricular con necesidad de cardioversión, así como una sepsis secundaria a mediastinitis, un síndrome de distrés respiratorio agudo que requiere de toracocentesis evacuadora y un fallo renal que precisó de hemofiltro. Hemodinámicamente se consigue reducir progresivamente la dosis de aminas vasoactivas tras precisar noradrenalina a dosis máxima 0,3 mcg/kg/min y vasopresina. Finalmente, se consigue extubarlo tras 16 días en recuperación de quirófano, y al día 20 es dado de alta a planta, donde termina de evolucionar favorablemente.

CONCLUSIÓN

A pesar de un diagnóstico y tratamiento precoz, la perforación esofágica representa una urgencia quirúrgica con una elevada morbimortalidad y supone un desafío para el manejo del paciente, tanto desde el punto de vista de la complejidad quirúrgica como del tratamiento médico asociado.

CP-61 PERFORACIÓN VESICAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO ABDOMINAL PENETRANTE

González Morín, Jorge; Chirivella Fernández, Andrea; Rodríguez Castellano, María Desirée; Fernández López, Lázaro; Rubiera Álvarez, Alba; González García, Sara.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

La perforación de víscera hueca supone una de las complicaciones más frecuentes de los traumatismos abdominales por traumatismo penetrante, representando el intestino delgado el órgano más afectado, hasta en el 30-50% de los casos. Otros órganos afectados incluyen el intestino grueso, vísceras sólidas o grandes vasos, siendo la vena cava la más frecuentemente afectada en estos casos.

La perforación vesical representa una lesión poco frecuente, en torno al 5-10% de los casos, más comúnmente asociada a fracturas pélvicas y traumatismos de alta energía, aunque no por ello se debe obviarla en el diagnóstico diferencial del traumatismo abdominal penetrante. Se clasifican en intra y extraperitoneales (estas últimas más frecuentes), y su diagnóstico se basa fundamentalmente en pruebas de imagen como el TC con contraste o la cistografía-TC, pues la presentación clínica suele ser inespecífica, constituyendo la hematuria el signo clínico más frecuente.

El abordaje de estos pacientes es complejo y la morbimortalidad asociada varía enormemente en función de la afectación visceral y vascular. En el caso de lesiones vesicales aisladas, aquellas con extensión extraperitoneal pueden manejarse de forma conservadora con sondaje vesical, mientras que aquellas con componente intraperitoneal constituyen una indicación de cirugía urgente para cierre primario del defecto.

En este trabajo presentamos un caso de perforación vesical secundaria a una herida penetrante.

CASO CLÍNICO

Varón de 92 años que es derivado al servicio de Urgencias tras ser hallado en su domicilio con una herida penetrante a nivel abdominal.

A su llegada a Urgencias, paciente poco reactivo. TA 140/80. FC 100lpm. SatO2 96%.

A la exploración se objetiva arma blanca a nivel supraumbilical con trayecto penetrante con orientación craneocaudal, así como un segundo orificio de entrada en el abdomen inmediatamente inferior al anterior.

En la analítica destaca leucocitosis de 26000; láctico 3,6; sin elevación de PCR.

En TC de abdomen se aprecia arma blanca de grandes dimensiones, cuyo extremo distal alcanza el espacio retroperitoneal, situándose adyacente a los vasos ilíacos izquierdos, sin demostrarse punto de sangrado activo. Se realizó fase de excreción renal sin objetivar lesión ureteral. A nivel de cúpula vesical imagen sugestiva de laceración, sin demostrar fuga urinaria.

Se indicó intervención quirúrgica donde se visualizó sangrado procedente de la pared abdominal de escasa cuantía, sin apreciar lesiones vasculares a nivel intraabdominal.

Lesión penetrante de 2 cm de diámetro a nivel de cúpula vesical, que se cierra con sutura continua por planos. Se deja colocada sonda vesical.

Durante el postoperatorio, el paciente queda a cargo de Urología, donde termina de evolucionar favorablemente, manteniendo sondaje vesical durante 7 días, que finalmente se retira sin incidencias, por lo que tras ser valorado por el equipo de Psiquiatría, se decide su alta hospitalaria y continuar seguimiento de forma ambulatoria.

CONCLUSIÓN

A pesar de tratarse de una complicación del traumatismo abdominal penetrante con menor morbimortalidad asociada que otras lesiones, la perforación vesical constituye una complicación potencialmente grave que puede acarrear una evolución tórpida, y por ello es fundamental que sea considerada en el diagnóstico diferencial, especialmente en aquellos casos en los que esta no sea visible en pruebas de imagen, pues no por ello queda descartada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mucunguzi D, Lema DD, Mbwambo OJ, Bright F, Mbwambo JS, Ngowi BN. Delayed presentation of intraperitoneal bladder perforation after blunt

abdominal injury mimicking an acute abdomen: A case report and literature review. Int J Surg Case Rep [Internet].

2. 2025;134(111720):111720.

3. Zaafouri EB, Hadrich Z, Atallah A, Hajri M, Essid N, Omrani S. Intraperitoneal bladder rupture following mild blunt trauma: A rare case report. Int J

Surg Case Rep [Internet]. 2025;128(C):111050.

4. Ma M, Wei G, Liu C, Xu Y. An uncommon and easily overlooked case: Delayed intraperitoneal bladder rupture following blunt trauma: A case report

and review of the literature. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2024;103(5):e37147.

CP-62 APENDICITIS AGUDA SOBRE DIVERTÍCULO APENDICULAR

Jorge Abellán Fernández; Ángel Camarasa Pérez; María Savoie Hontoria; Mar Hernández Inoue; Simone Tinghuino; Jose Gregorio Díaz Mejías.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La patología diverticular del apéndice cecal es una entidad infrecuente, con una incidencia entre el 0,004% y el 2,1% en piezas de apendicectomía. La mayoría corresponde a pseudodivertículos o divertículos adquiridos. Según las clasificaciones clinicopatológicas de Lipton y Phillips, esta condición abarca desde la diverticulitis apendicular primaria (Tipo 1: divertículo inflamado con luz apendicular sana) hasta la apendicitis aguda sobre un divertículo apendicular (Tipos 2 y 3: inflamación luminal apendicular concomitante con diverticulitis o con un divertículo incidental). Se diferencia de la apendicitis aguda clásica en que el proceso inflamatorio se origina primariamente en un divertículo de la pared apendicular y no en la luz del apéndice. Ambas entidades presentan clínica similar, por lo que el diagnóstico preoperatorio de diverticulitis apendicular continúa siendo difícil y con frecuencia se establece mediante el estudio anatomopatológico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución y distermia. Analítica con parámetros dentro de la normalidad y una ecografía que informa de apéndice cecal inflamado, de 8.7mm de calibre, con mínimo líquido. A la EF presentaba dolor en FID con Blumberg+. Se realizó una apendicectomía laparoscópica urgente con endograpadora, objetivando un apéndice flemonoso. La paciente fue dada de alta el primer día postoperatorio con seguimiento en consulta, sin incidencias, donde la AP reveló un divertículo apendicular con apendicitis aguda.

DISCUSIÓN

Distinguir la apendicitis aguda convencional, la diverticulitis apendicular y la apendicitis aguda sobre un divertículo resulta crucial por sus implicaciones pronósticas. La diverticulitis apendicular primaria (Tipo 1) se presenta habitualmente en pacientes mayores de 30 a 40 años, con un dolor abdominal insidioso o intermitente (2 a 14 días de evolución) y escasa sintomatología gastrointestinal como náuseas o vómitos. En contraste, la apendicitis aguda convencional predomina en menores de 30 años y manifiesta un inicio súbito progresivo de 24 a 48 horas. Por su parte, la apendicitis aguda sobre un divertículo apendicular (Tipos 2 y 3) combina el proceso inflamatorio luminal agudizado con la debilidad anatómica focal del pseudodivertículo. En las patologías diverticulares apendiculares, la ausencia de muscularis propia en el divertículo eleva la tasa de perforación al

30%–70% (4 veces más que el 10%–20% de la apendicitis simple). Asimismo, la diverticulosis apendicular se asocia de forma significativa con neoplasias apendiculares subyacentes, como tumores neuroendocrinos y adenomas mucinosos. Debido a que las pruebas de imagen son inespecíficas y suelen simular una apendicitis simple, la apendicectomía quirúrgica (preferentemente laparoscópica) constituye el tratamiento definitivo de elección; y un estudio anatomopatológico completo será clave.

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda sobre un divertículo y la diverticulitis apendicular constituyen entidades clínicamente diferenciadas de la apendicitis convencional. Debe considerarse un diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, especialmente ante una evolución clínica prolongada o hallazgos radiológicos/intraoperatorios atípicos. Dada su elevada tasa de perforación y su asociación con procesos neoplásicos, está indicada la apendicectomía quirúrgica con un examen anatomopatológico minucioso que dará el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alouani H, Lâamiri G, Ltifi N, Beji H, Bouassida M, Touinsi H. Appendiceal diverticulitis mimicking acute appendicitis: a case report. Int J Surg Case Rep. 2026; 138: 2849–2852.

2. Ben Ismail I, Zenaidi H, Sghaier M, Rebii S. Appendiceal diverticulitis mimicking uncomplicated acute appendicitis on CT: A case report and review of the literature. Radiol Case Rep. 2026; 21: 3070–3075.

3. Chen JL, Kalidindi V, Mayor-Jerez J, Sadler TJ, Bell DJ. Appendiceal diverticulitis: a rare pathology disguised as acute appendicitis. BJR Case Rep. 2025; 11(2): uaae047.

4. Karamitas Y, Chiang J, Vu AH, Kumar S. Diverticular Disease of the Appendix: A Rarely Identified Pathology Prior to Surgery. Cureus. 2025; 17(9): e93547.

5. Lobo-Machín I, Delgado-Plasencia L, Hernández-González I, Brito-García A, Burillo-Putze G, Bravo-Gutiérrez A, et al. Diverticulitis apendicular y apendicitis aguda: diferencias y semejanzas. Rev Esp Enferm Dig. 2014; 106(7): 452–458.

6. Manzanares Campillo MC, Martín Fernández J. Pseudodivertículos apendiculares y apendicitis aguda. Nuestra experiencia en 12 años. Rev Esp Enferm Dig. 2011; 103(11): 582–585.

7. Sandoval S G, Rojas D M, Segovia R J, Toro-Pérez J, Pohl V E, Sanguineti M A. Manejo de la Diverticulitis Apendicular: una patología poco común. Rev Cir. 2023; 75(2): 120–125.

8. Vidović S, Čekić N, Šuvak I, Ugljarević M, Pogorelić Z. Acute Appendicitis or Appendiceal Diverticulitis? A Case Report and Systematic Literature Review. Clin Pract. 2025; 15(3): 60

CO-63 CIRUGÍA ROBÓTICA COMO ESTRATEGIA EN EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Marta Rojas Estévez, Rajesh Gianchandani Moorjanni, Carmen Díaz López, Vanesa Concepción Martín, Alejandra Delgado de la Cruz, Jose Gregorio Díaz Mejías

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La fuga de la anastomosis gastroyeyunal es una de las complicaciones más graves en la cirugía bariátrica, con una elevada morbi-mortalidad. La forma de presentación puede ser insidiosa, especialmente en fugas tardías, manifestándose mediante dolor abdominal, fiebre, respuesta inflamatoria sistémica o deterioro nutricional y su tratamiento debe ser individualizado.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 52 años, con antecedente de gastrectomía vertical hace 15 años y conversión a bypass gastroyeyunal hace dos meses en Centro Externo. En dicha intervención, la paciente presentó un postoperatorio complicado, con colocación de drenajes percutáneos. La paciente acudió en varias ocasiones a dicho centro con clínica de intolerancia oral y vómitos y es remitida a nuestro centro tras un intento de dilatación endoscópica con sospecha de perforación de la anastomosis. En analítica sanguínea presenta elevación de PCR, asociado a hipoalbuminemia y en TC se objetivan varias colecciones abdominales (las mayores de de 54x54mm, 48x34mm y 44x12mm) y se objetiva salida de contraste administrado de forma oral desde el remanente gástrico. Se realiza gastroscopia, objetivando un pequeño orificio, infranqueable con el endoscopio.

Se decide realizar drenaje de las colecciones por parte de radiología intervencionista y optimización nutricional de la paciente con NPT a través de vía central.

Durante el ingreso, se consigue la colocación de sonda nasoyeyunal para permitir la administración de nutrición vía enteral. Mejoría progresiva de las colecciones, con disminución de los RFA y mejoría clínica de la paciente.

A los tres meses, se decide intervención quirúrgica con acceso robótico. Se objetiva importante síndrome adherencial entre epiplon, asas de intestino delgado, anastomosis previa y pared abdominal. Se realiza una adhesiolisis laboriosa hasta identificar la anastomosis gastroyeyunal. Se secciona a nivel proximal y distal con EndoGia 45mm. Se realiza anastomosis mecánica con EndoGia 45mm y cierre de enterotomía con stratafix 2/0.

Buena evolución postoperatoria, con correcta tolerancia oral, siendo dada de alta al 5ºdía postoperatorio, sin incidencias.

CONCLUSIONES

La fuga de la anastomosis gastroyeyunal es un desafío terapéutico. En pacientes hemodinámicamente estables, el tratamiento conservador o mínimamente invasivo, incluyendo drenaje percutáneo, soporte antibiótico y optimización nutricional, ha demostrado buenos resultados, reservando la cirugía para casos refractarios o para la reparación diferida una vez controlado el proceso inflamatorio.

CO-64 GASTRECTOMÍA VERTICAL ROBÓTICA TRAS ENDOSLEEVE-APOLLO PREVIO: TÉCNICA QUIRÚRGICA EN PACIENTE DE ALTA COMPLEJIDAD

Pérez Alemán, Sarah; Acosta Mérida, Mª Asunción; Piñero González, Luis; Callejón Cara, Maria del Mar; Álvarez García, Anabel; Alonso-Lamberti Rizo, Laura

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Presentar la técnica quirúrgica, estrategia de manejo y las principales dificultades asociadas a la realización de una gastrectomía vertical mediante abordaje robótico en una paciente con antecedente de procedimiento endoscópico bariátrico EndoSleeve-APOLLO, y significativa comorbilidad asociada.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 52 años con obesidad grado III, importante limitación funcional y antecedentes médicos complejos, entre los que destacan dos trasplantes renales de cadáver en tratamiento inmunosupresor, enfermedad renal crónica sobre injerto renal, enfermedad tromboembólica con anticoagulación y múltiples patologías osteoarticulares, que condicionan su movilización en silla de ruedas. Había sido sometida a un procedimiento EndoSleeve-APOLLO un año antes, sin obtener una respuesta ponderal satisfactoria. Tras valoración multidisciplinar, se indicó cirugía bariátrica mediante gastrectomía vertical, por abordaje robótico. Se describen los principales pasos de la intervención, y particularidades asociadas a el procedimiento endoscópico previo.

RESULTADOS

El vídeo muestra de forma secuencial la estrategia quirúrgica empleada para la realización de una gastrectomía vertical robótica prestando especial atención a las modificaciones anatómicas condicionadas por el EndoSleeve-APOLLO.

CONCLUSIONES

La realización de una gastrectomía vertical sobre un EndoSleeve-APOLLO constituye un escenario quirúrgico poco habitual que requiere una planificación individualizada, procurando minimizar el riesgo de colisión con la nueva línea de sutura y complicaciones. La cirugía robótica permite una adecuada visualización y precisión durante la disección y resección gástrica. El conocimiento de las modificaciones anatómicas producidas por el procedimiento endoscópico previo y una correcta identificación de las estructuras son aspectos fundamentales para una ejecución segura de la técnica.

CO-65 TÉCNICA DE GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 ROBÓTICA EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO DISTAL POBREMENTE COHESIVO

Gabriela S. Martín Medina, Mª Asunción Acosta Mérida, Luis Piñero González, Mª del Mar Callejón Cara, Laura Alonso-Lamberti Rizo, Aurora Suárez Cabrera, Anabel Álvarez García

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Describir la técnica y evaluar la seguridad y viabilidad de la gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 robótica en un caso de adenocarcinoma infiltrante de antro gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 67 años, adenocarcinoma pobremente cohesivo (CAM5.2+, CDX2+) de 2,6 cm en antro gástrico, sin adenopatías en el estudio de extensión (ecoendoscopia y TC; cT2-3cN0); el comité multidisciplinar decide cirugía directa, sin quimioterapia neoadyuvante.

RESULTADOS

Se realiza gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 por abordaje robótico (Da Vinci Xi), en antitrendelemburg 15º con piernas en abducción, mediante 4 trócares robóticos de 8 mm supraumbilicales, un trocar de 12 mm pararectal derecho de asistencia y un trocar de 5 mm subxifoideo para separador hepático de Nathanson. Tras liberar las adherencias de una hernioplastia umbilical previa, se abre la transcavidad de los epiplones con disección linfática de los niveles 4d, 4sb y 4sa, progresando hasta el duodeno postpilórico con linfadenectomía del nivel 6, prolongada hasta la raíz de la cólica media (nivel 15). Se identifica y preserva la arteria gastroduodenal y se diseccionan los vasos gastroepiploicos derechos. Se abre la ventana suprapilórica, seccionando la arteria gástrica derecha, completando la linfadenectomía de los niveles 12, 8, 5, 7, 9, 3, 11p, 11d y 1, con sección de la vena y arteria gástrica izquierda. Se realiza sección duodenal y gástrica proximal con endograpadora, y reconstrucción en Y de Roux (anastomosis gastroyeyunal y yeyuno-yeyunal látero-laterales mecánicasmixtas), cerrando los ojales de grapadora y mesentérico con sutura barbada 2/0 continua. Se comprueba la estanqueidad con prueba hidroneumática, se extrae la pieza por el orificio de trocar ampliado y se deja un drenaje Blake. Tiempo quirúrgico: 270 minutos.

Tolerancia oral y movilización progresiva desde el primer día postoperatorio; alta al cuarto día sin complicaciones. Anatomía patológica: adenocarcinoma mixto (90% pobremente cohesivo, 10% tubular) de 3 cm, G3, con invasión linfovascular y perineural, pT2pN3b (17/22 ganglios aislados con infiltración tumoral). Adyuvancia con FOLFOX (11 ciclos); sin evidencia de recidiva tras 16 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES

El abordaje robótico permite reproducir de forma segura y sistemática una linfadenectomía D2 completa, con recuperación postoperatoria excelente. La discordancia entre la estadificación clínica (cN0) y la patológica (pN3b) subraya la importancia de una disección ganglionar exhaustiva para una estadificación oncológica fiable.

CO-66 CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN: LA SISTEMÁTICA COMO CLAVE PARA EVITAR ERRORES

Gabriela S. Martín Medina, Anabel Álvarez García, Mª Asunción Acosta Mérida, Luis Piñero González, Mª del Mar Callejón Cara, Laura Alonso-Lamberti Rizo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

Describir la indicación y la técnica de la reconversión robótica de gastrectomía vertical a bypass gástrico en Y de Roux, resaltando la importancia de la sistemática quirúrgica a partir de un caso con un error intraoperatorio de orientación del asa alimentaria, detectado y corregido durante la propia cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 45 años con antecedente de HTA, que en 2023 se interviene de gastrectomía vertical laparoscópica por obesidad mórbida. En el seguimiento en consultas se pone de manifiesto intolerancia oral con estudio endoscópico y radiológico que evidencia una estenosis en reloj de arena del cuerpo gástrico. Tras valoración del caso se decide cirugía bariátrica de revisión y conversión a bypass gástrico en Y de Roux por abordaje robótico.

RESULTADOS

Tras liberar adherencias y confeccionar el neorreservorio gástrico proximal a la estenosis, se realiza anastomosis gastroyeyunal con 70 cm de asa biliopancreática. En el seguimiento para la medición del asa alimentaria se detecta orientación errónea de la misma, debido a ascenso del asa biliopancreática por el lado derecho de la anastomosis.

Corrección mediante sección de yeyuno proximal y redirección del mismo a la izquierda de anastomosis gastroyeyunal. Anastomosis de pie de asa a 150 cm, y sección y reconfección de la anastomosis gastroyeyunal ya construida —previa liberación de sonda orogástrica que había quedado atrapada por la endograpadora— quedando una nueva anastomosis correctamente orientada, con prueba de estanqueidad negativa.

Evolución postoperatoria con tolerancia oral progresiva sin incidencias y alta al cuarto día. En el seguimiento en consultas externas, mantiene favorabilidad clínica sin datos sugestivos de complicación.

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica de revisión conlleva mayor complejidad técnica y mayor tasa de complicaciones que la cirugía primaria. Este caso ilustra que la seguridad frente a errores de orientación de las asas depende de una sistemática protocolizada —verificación activa de la orientación de cada asa antes de finalizar la anastomosis, e identificación de estructuras adyacentes antes de seccionar con la endograpadora—, capaz de detectar y corregir este tipo de errores antes de que deriven en complicaciones mayores.

CO-67 GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 GUIADA CON VERDE DE INDOCIANINA

Jamil Nassereddine Mesa, Rafael Orti Rodríguez, Vanessa Concepción Martín, Juan Manuel Sánchez González, Jorge Abellán Fernández, Alejandra Delgado de la Cruz

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

OBJETIVOS

Mostrar la utilidad de la fluorescencia con verde de indocianina (ICG) como herramienta de apoyo en tiempo real durante la linfadenectomía D2 en la gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico tras tratamiento neoadyuvante.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 52 años con adenocarcinoma gástrico tubular, moderadamente diferenciado, inicialmente cT3N1-2M0, sin evidencia de enfermedad metastásica. Tras completar 4 ciclos de tratamiento neoadyuvante con FLOT-durvalumab, se indicó gastrectomía subtotal laparoscópica con linfadenectomía D2.

El mismo día de la intervención se realizó la inyección endoscópica submucosa perilesional de ICG en cuatro cuadrantes. Tras comprobar la correcta localización mediante la formación de un habón submucoso, se administraron 0,5 mL de ICG a una concentración de 1,25 mg/mL en cada punto, con una dosis total de 2,5 mg. Durante la cirugía se utilizó una cámara de infrarrojos para identificar el drenaje linfático, diferenciar el tejido ganglionar de la fibrosis perivascular y orientar la disección ganglionar D2 reglada.

RESULTADOS

Se completó la gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 por vía laparoscópica, utilizando la fluorescencia como guía durante la disección de los territorios ganglionares. Se realizó reconstrucción del tránsito mediante gastro-yeyunostomía en Y de Roux. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones, con alta hospitalaria al quinto día. El estudio anatomopatológico mostró adenocarcinoma gástrico ypT4N2M0, con metástasis en 5 de los 18 ganglios aislados.

CONCLUSIONES

La utilización de ICG mediante inyección submucosa perilesional permite visualizar intraoperatoriamente los territorios de drenaje linfático y puede facilitar la identificación de los campos ganglionares durante la linfadenectomía D2. Su utilidad parece especialmente relevante tras tratamiento neoadyuvante, donde la fibrosis y la alteración de los planos anatómicos pueden dificultar la disección. En nuestro caso, la fluorescencia permitió orientar la linfadenectomía D2 durante una gastrectomía subtotal laparoscópica, y minimizar la omisión involuntaria de estaciones ganglionares, constituyendo una herramienta complementaria a la disección ganglionar reglada.

CO-68 FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA TRAS BYPASS: UN RETO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

Pellicer Barreda, Mª Amparo; Rojas Estévez, Marta; Gianchandani Moorjani, Rajesh; Díaz López, Carmen; Concepción Martín, Vanessa; Díaz Mejías, José Gregorio

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico en vídeo de fístula gastro-gástrica tras bypass gástrico en Y de Roux, describiendo el manejo quirúrgico mediante gastrectomía subtotal laparoscópica, destacando los resultados postoperatorios y la evolución clínica a largo plazo.

La fístula gastrogástrica constituye una complicación poco frecuente tras la reconstrucción del tránsito intestinal en Y de Roux, caracterizada por una comunicación anómala entre reservorio y remanente gástricos. Los pacientes pueden presentar dolor abdominal, reganancia ponderal, úlceras marginales o síntomas de reflujo. El diagnóstico se confirma mediante endoscopia digestiva alta y estudios de imagen con contraste.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 43 años con antecedente de bypass gástrico laparoscópico por obesidad mórbida con índice de masa corporal de 48 (se confeccionan: asa biliopancreática de 100 cm y asa alimentaria de 350 cm) con postoperatorio sin incidencias y alta al tercer día postoperatorio. En septiembre de 2022 sufrió perforación de la gastroyeyunostomía, la cual fue reparada quirúrgicamente mediante sutura primaria, refuerzo con parche utilizando el estómago excluido sobre la línea de sutura y epiploplastia.

Posteriormente la paciente consultó por disfagia leve, pirosis y vómitos ocasionales. La evaluación diagnóstica evidenció estenosis de la gastroyeyunostomía y una fístula gastrogástrica de 12 mm de diámetro, confirmada por endoscopia y tomografía computarizada con contraste oral.

Se realizó cirugía programada con gastrectomía subtotal laparoscópica, resección del remanente gástrico y de la anastomosis previa y confección de una nueva gastroyeyunostomía.

RESULTADOS

La paciente presentó una evolución postoperatoria sin incidencias, con alta hospitalaria al tercer día. Al mes de seguimiento, toleraba dieta triturada. A los cinco meses mantenía adecuada tolerancia a sólidos sin disfagia y resolución de los síntomas de reflujo.

CONCLUSIONES

La gastrectomía subtotal con resección del remanente gástrico y de la fístula representa una opción quirúrgica definitiva eficaz en el tratamiento de esta entidad. Este abordaje permite eliminar la comunicación patológica, prevenir la recurrencia y mejorar los resultados clínicos. Aunque técnicamente demandante, la vía laparoscópica se asocia a baja tasa de recurrencia y morbilidad aceptable en centros experimentados. Asimismo, son fundamentales una adecuada selección de pacientes y planificación preoperatoria que debe basarse en estudios de imagen detallados y evaluación endoscópica completa.

En conclusión, la resección laparoscópica de la fístula gastrogástrica asociada a gastrectomía subtotal constituye una estrategia segura y reproducible cuando se realiza en centros con experiencia, ofreciendo mejoría sintomática sostenida y adecuada calidad de vida a largo plazo.

XXV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

INFORMACIÓN ÚTIL

SEDE

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Gran Canaria
Barranco de la Ballena, s/nº
35019 - Las Palmas de Gran Canaria

SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

XXV CONGRESO SCC 2026
www.sociedadcanariacirugia.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Magna Congresos S.L.
922 65 62 62
congresoSCC@magnacongresos.es
www.magnacongresos.com

COLABORAN

MAGNA CONGRESOS

SECRETARÍA TÉCNICA:
Magna Congresos S.L.
congresoSCC@magnacongresos.es
922 65 62 62