

XVII Reunión de la ASAC

# Comunicaciones orales

## 240005. DIEZ AÑOS DE DIVERTÍCULO DE MECKEL, ¿CUÁL ES NUESTRA EXPERIENCIA?

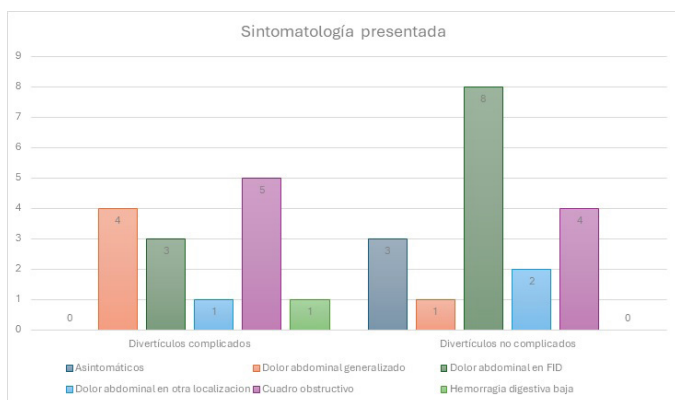
IM Pérez Dionisio, MM Gómez Cisneros, I Muñoz Bayo, D Bejarano González-Serna, JP Roldán Aviña, P Parra Membrives

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

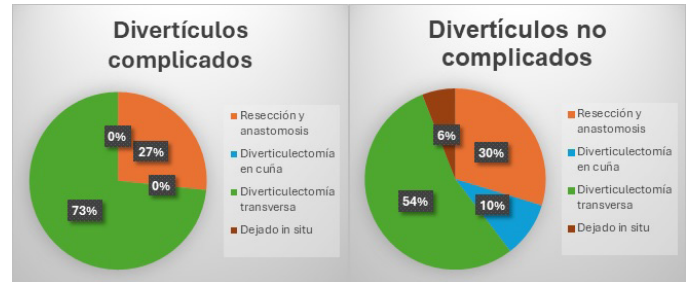
**Introducción:** Análisis de casos de divertículos de Meckel, comparando el tratamiento (y la técnica quirúrgica) que recibieron en función de factores de riesgo (alteraciones macroscópicas intraoperatorias o no), complicaciones y resultados anatomopatológicos.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 32 pacientes de entre 14 y 86 años intervenidos de forma programada o urgente entre 2013-2023 donde intraoperatoriamente se identificó un divertículo de Meckel. Para el análisis descriptivo se utilizó Microsoft Excell.

**Resultados:** Se incluyeron 32 pacientes con edad mediana 45,625 años, 3 mujeres y 29 varones, con sintomatología variada (Figura 1). Del total de intervenciones y sus diversas técnicas quirúrgicas (Figura 2) 26 fueron urgentes y los 15 divertículos complicados pertenecieron este grupo. En 26 pacientes fueron descubiertos divertículos de Meckel donde no se sospechaba: 11 laparotomías exploratorias, 9 apendicectomías, 3 hernias encarceradas, 3 cirugías oncológicas de colon, 1 perforación duodenal y 1 reconstrucción del tránsito.



**Figura 1** Sintomatología presentada en función de la complicación macroscópica o no del divertículo.



**Figura 2** Técnica quirúrgica utilizada en función de la complicación macroscópica del divertículo.

Solo en 2 pacientes de los 19 donde se realizó TC (10,52%) se identificó divertículo. En 11 de los casos estudiados por TC con imagen negativa se identificó intraoperatoriamente un divertículo complicado. En un paciente se realizó gammagrafía, que lo identificó correctamente. Otras pruebas fueron 2 ecografías y 1 EnteroRMN, donde no se identificó divertículo.

En cuanto a la evolución (Tabla 1), contamos 6 pacientes C-D I por íleo paralítico, 3 C-D II por SCASEST y/o transfusión, y 1 C-D IIIA por hematoma con drenaje a pie de cama. Dos pacientes presentaron C-D IIIB por hemoperitoneo con revisión quirúrgica y evisceración con bridas precoces, que precisó adhesiolisis. Solo un paciente se clasificó C-D 4B por sepsis, ingreso en UCI y parada cardiorrespiratoria recuperada. En este caso el divertículo presentaba masa palpable. Los resultados AP en función de la alteración macroscópica quedan reflejados en la Tabla 2.

	Total urgentes	Cirugía urgente		Cirugía programada		
		Divertículos complicados	Divertículos no complicados	Total programados	Divertículos complicados	Divertículos no complicados
Clavien-Dindo 0	17	7	10	2	0	2
Clavien-Dindo I	4	3	1	2	0	2
Clavien-Dindo II	3	3	0	0	0	0
Clavien-Dindo IIIA	2	1	1	0	0	0
Clavien-Dindo IIIB	0	0	0	1	0	1
Clavien-Dindo IVB	1	1	0	0	0	0

**Tabla 1** Complicaciones según la clasificación Clavien-Dindo en las intervenciones urgentes o programadas en función de la complicación o alteración macroscópica del divertículo hallado.

**Conclusiones:** Todos los divertículos identificados fueron intervenidos, incluso en intervenciones programadas por otro motivo y asintomáticos, siendo la diverticulectomía transversal la técnica más usada. La diverticulectomía en cuña solo se utilizó en divertículos no complicados.

		AP sin alteraciones	AP divertículo de Meckel	Mucosa gástrica ectópica	Tumor neuroendocrino	Parches de Crohn
Divertículo no complicado	Total	17	4	13	3	2
Divertículo complicado	Total	15	2	13	3	0
	Vólvulo	5	0	5	1	0
	Perforación	4	1	3	1	0
	Bridas	2	1	1	0	0
	Masa palpable	2	0	2	1	0
	Ulceración	1	0	1	0	0
	Necrosis macroscópica	1	0	1	0	0

**Tabla 2**

Resultados anatomopatológicos de los divertículos resecaos en función de su aspecto o alteración macroscópica.

La prueba más sensible para identificar correctamente el 100% de los casos complicados fue la gammagrafía.

Las complicaciones superiores a C-D II no aumentaron en el grupo de divertículos con alteraciones macroscópicas, pero la complicación más grave (CD-4b) se produjo en ese grupo.

La alteración macroscópica no siempre se correlacionó con confirmación en la AP. El número de divertículos alterados con mucosa gástrica ectópica en AP fue el mismo que de divertículos normales.

Los dos tumores neuroendocrinos y el parche con características de Crohn fueron identificados en divertículos macroscópicamente normales.

## 240006. EXPERIENCIA CON PERISTEEN PARA PACIENTES CON LARS

**B Alejandro Ovejero, J Ramos Sanfiel, A Ubiña Martínez, C Garde Lecumberri, C González Puga, B Mirón Pozo**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La incontinencia fecal es un problema complejo que afecta al 2% de la población general. Entre los factores etiológicos destacan causas traumáticas, neurológicas, congénitas e iatrogénicas (trauma obstétrico, cirugía resectiva rectal). En ocasiones, la IF incluye síntomas que se han agrupado bajo el nombre de síndrome de resección anterior baja (SRAB) e incluyen: función intestinal variable e impredecible, consistencia alterada de las heces, aumento de la frecuencia de las deposiciones, dificultades para evacuar, urgencia... Resulta fundamental un enfoque multidisciplinario, ya que puede resultar una patología devastadora por sus consecuencias tanto sociales, psicológicas, de calidad de vida y económicas. Existen múltiples opciones de tratamiento médico, como rehabilitación pelviperineal, biofeedback, neuroestimulación y quirúrgicas; reparación esfintérica, post-anal... pero ninguna de ellas se considera altamente efectiva. Recientemente la terapia de irrigación transanal (ITA) está demostrando resultados prometedores en el tratamiento del SRAB.

**Material y métodos:** Nuestro centro ha implementado la ITA cuando los pacientes no presentan mejoría con los tratamientos convencionales. Se recogieron de manera retrospectiva patología previa del paciente, intervenciones quirúrgicas realizadas, grado de sintomatología según varias escalas (Wexner, LARS score) y las especificaciones de la terapia, así como los resultados obtenidos tras la misma (disminución del número de escapes, Wexner post-irrigaciones).

**Resultados:** En nuestra consulta de suelo pélvico, se incluyeron 62 pacientes en el programa de irrigaciones transanales desde 2017. 52 tenían como principal síntoma IF secundaria a cirugía rectal previa y 10 presentaban estreñimiento / urgencia defecatoria. Del total de pacientes, 23 habían recibido biofeedback como terapia puente y 38 estimulación del tibial posterior, sin mejoría clara de la sintomatología ni de la calidad de vida.

Los pacientes con incontinencia tenían una mediana de escapes de 4 diarios y un resultado en la escala de Wexner entre 10-20. La terapia consiste en la irrigación de agua corriente tibia vía transanal, en una cantidad que varía entre los 600-800 ml y las 24-48 horas. Del total de pacientes, 12 abandonaron el tratamiento por motivos personales o no realizaron suficientes irrigaciones para comprobar la eficacia. De los otros 50, 3 tienen una reducción del número de escapes inferior al 30%. El resto de pacientes, 47 tienen una mejoría de la sintomatología cercana al 100%.

**Conclusiones:** La terapia con ITA es un método sencillo, poco invasivo, barato en comparación con otros tratamientos y eficaz en el tratamiento de la incontinencia anal y otros síntomas del SRAB.

## 240007. ¿MEJORAN LOS PROTOCOLOS ERAS LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN CIRUGÍA HEPÁTICA?: RESULTADOS PRELIMINARES

**D Franco Berraondo<sup>1</sup>, B Sanchez Pérez<sup>1</sup>, M Perez Reyes<sup>2</sup>, SV Julio<sup>1</sup>, JA Pérez Daga<sup>1</sup>, C Sanchez Gonzalez<sup>1</sup>, J Santoyo Santoyo<sup>1</sup>**

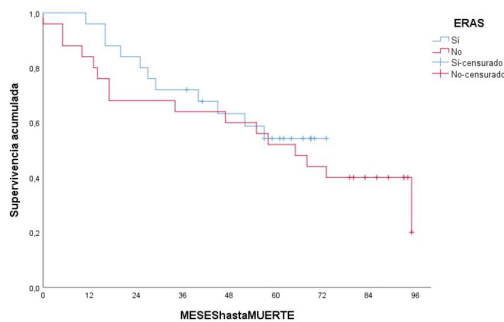
<sup>1</sup>Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. <sup>2</sup>Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** Determinar si el cumplimiento de un protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía hepática por patología maligna acorta el tiempo de acceso a la quimioterapia adyuvante, reduce la tasa de recidiva y mejora la supervivencia a largo plazo.

**Material y métodos:** Analizamos 50 pacientes. El grupo estudio (GP-ERAS): pacientes con P-ERAS (Enero 2018-Diciembre 2019) (n: 25) con un seguimiento medio 48±20,25 meses comparándolo con un control histórico (GnoP-ERAS) (Enero 2016-Diciembre 2017): pacientes SIN P-ERAS (n:25) con un seguimiento medio 54±34,88 meses.

Estudiamos variables demográficas, etiología y estado cirrótico. Intraoperatorias: vía de abordaje, tipo de resección, tiempo quirúrgico, transfusión y drenaje. Postoperatorias: complicaciones globales y ≥III Clavien, mortalidad a 90 días y reingreso. Grado de cumplimiento del P-ERAS. Tiempo hasta quimioterapia, recidiva, supervivencia global(SG) y libre de enfermedad(SLE).

**Resultados:** En la serie global predominó el sexo masculino (68%), una edad media de 64 años (r: 53- 73), el ASA III alcanzó el 45% y la etiología predominante fue las metástasis de cáncer colorectal. Los grupos fueron homogéneos en las variables demográficas. Solo hallamos diferencias en la presencia de cirrosis (p0,514) ni en SLE 1º, 3º y 5º (GP-ERAS 56%, 44% y 44% vs GnoP-ERAS 54%, 27% y 23%; p>0,238) (Figura nº1). Analizamos el subgrupo de metástasis colorrectales,



**Figura 1**

Supervivencia global GP-ERAS vs GnP-ERAS.

siendo grupos homogéneos en las variables demográficas, intra y postoperatorias. Obtuvimos resultados superponibles respecto a la recidiva, SLE y SG.

**Conclusiones:** Este estudio preliminar nos orienta hacia que el cumplimiento de los P-ERAS no mejoran los índices de recidiva, ni la SLE ni SG de la patología hepática maligna. Esperaremos al análisis de la serie completa para confirmar los resultados preliminares

### 240008. APLICABILIDAD DE BECHMARKING EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSION ABDOMINAL NORMOTERMICA

A Sánchez Díaz, B Sánchez Pérez, M Pérez Reyes, J Santoyo Villalba, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** Confirmar si cumplimos Bechmarking (BchM) en los receptores de trasplante hepático que han recibido un injerto procedente de donación en asistolia Maastricht tipo III usando perfusión regional normotérmica(PRN).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo que incluye los 75 receptores de TH, que han recibido un injerto en asistolia Maastricht III con PRN desde Enero 2017 hasta Diciembre 2023. Se utilizaron como control, de los resultados post operatorios obtenidos en nuestra serie, los BchM publicados por Schlegel para los receptores con donación en asistolia controlada: Tiempo Quirúrgico(TQ)≤6.8 h, Transfusión Intraoperatoria (Tio) ≤ 3 U, uso de terapia renal sustitutiva (TRS) ≤ 9.6%, Estancia UCI ≤3días, Estancia hospitalaria≤16 día, Fallo Primario de injerto≤2.5, Sangrado postoperatorio≤10.3%, Complicaciones globales≤ 76%, ClavienIII≤43%, Estenosis Biliar≤28.4%, Fistula biliar≤8.3%, Colangiopatía Isquémicas≤16.8%, Trombosis arterial≤4.5%, Perdida de Injerto≤10.1%, Trombosis arterial≤4.1%, Perdida de Injerto ≤4% y Mortalidad ≤2%, Retrasplante≤5% y Mortalidad≤6.5%. Debido

a que nuestro grupo usa PRN decidimos usar como control también los BchM usados para TH con donante cadavérico publicados por Muller: TQ ≤6h, Tio ≤3 U, TRS ≤8%, Estancia UCI ≤4 días, Estancia hospitalaria ≤18 días, Complicaciones globales ≥80% Clavien ≥III 42%, Complicaciones Biliares ≤ 12%, Trombosis arterial ≤4.1%, Perdida de Injerto ≤4% y Mortalidad ≤2%

**Resultados:** Observamos un cumplimiento de los BchM para los receptores con donantes cadavéricos de un 75%, no alcanzando: Perdida del injerto (BchM ≤4% vs Estudio 6.8%), trombosis arterial (BchM ≤4.1% vs Estudio 5.4%) y mortalidad (BchM ≤2% vs Estudio 5.4%). Así mismo, presentamos un cumplimiento del 82.3% en el cumplimiento de los BchM para los receptores con donante en asistolia controlada, no alcanzando: estancia en UCI (BchM ≤3 vs Estudio 4 días), sangrado postoperatorio: (BchM ≤10.3% vs Estudio 12.2%), trombosis arterial (BchM ≤4.5% vs Estudio 5.4%, Tabla nº1). En los ítem no alcanzados estamos muy próximos al objetivo.

	BchM	BchM Asistolia	Estudio
T. Quirúrgico	6 h	6,8 h	6 h
Transfusión IO	3 Unidades	3 Unidades	2 Unidades
TRS	8%	9,6%	8%
Est. UCI	4 días	3 días	4 días
Est. Global	18 días	16 días	10 días
FPI		2,5%	1,3%
Sang Postop.		10,3%	12,2%
Est biliar PO		28,4%	1,4%
Fistula PO		8,3%	8,2%
Colang Isque		16,8%	2,7%
Compl Biliares	12%		9,6%
Trombosis Arterial	4,1%	4,5%	5,4%
Perdida Injerto	4%	10,1%	6,8%
Retrasplante		5%	1,4%
Mortalidad	2%	6,5%	5,4%
Compl Globales	80%	76%	75,7%
Clavien ≥III	42%	43%	31,1%
Clavien I-II	69%	83%	45,8%
<b>CUMPLIMIENTO</b>	<b>75%</b>	<b>82.3%</b>	

**Tabla 1**

Cumplimiento del Estudio de los Bechmarking : con donante cadavérico y en asistolia controlada.

**Conclusiones:** Tras los resultados obtenidos podemos decir que alcanzamos una asistencia de calidad en los trasplantes con donación en asistolia controlada con PRN. Además, nos han permitido poner el foco en pequeñas zonas de mejora. Los BchM nos permiten alcanzar la excelencia y hablar a todos en un mismo idioma a la hora de valorar la calidad asistencial.

### 240010. ¿ES ÚTIL LA PROTEÍNA C REACTIVA COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y REINGRESO EN CIRUGÍA HEPÁTICA?

C Sanchez Gonzalez, B Sanchez Pérez, M Pérez Reyes, J Santoyo Villalba, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** Valorar la aplicabilidad de la PCR como predictor de complicaciones postoperatorias (CPO) y reingreso (RIG) en cirugía hepática.

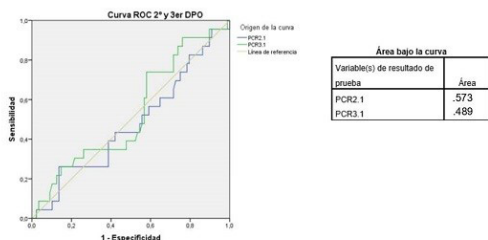
**Material y métodos:** Analizamos 188 pacientes intervenidos de forma electiva de cirugía hepática en un hospital de tercer nivel, en el periodo 2018-2019 y 2022-2023, desestimamos 2020-2021 por las incidencias de la pandemia COVID. Estudiamos variables demográficas y etiología Intraoperatorias: vía de abordaje, tipo de resección, tiempo quirúrgico, transfusión y drenaje. Postoperatorias: complicaciones globales y  $\geq$ III Clavien, estancia PO, mortalidad a 90 días y reingreso. Se realizaron determinaciones de PCR todos los días durante su estancia hospitalaria.

Para poder determinar el poder discriminativo de la PCR en las CPO mayores y RIG calculamos las curvas ROC, si estas alcanzaban una curva  $> 75\%$ , se aplicaría el índice de Youden para encontrar el mejor punto de corte.

**Resultados:** Predomino el sexo masculino(64%), la edad media:  $62.68 \pm 10.40$  años y fue mayoritario el ASA III (52.1%). Las metástasis de cáncer colorectal fue la etiología mas frecuente (50.2%), seguido del CHC (29.3%), la patología benigna solo constituyo un 4.2%. El 85.1% de las resecciones se realizaron mediante vía laparoscópica. Hubo un 3.7% de conversión. Predominaron las resecciones limitadas (46.3%), pero se realizaron un 26.2% de hepatectomías mayores. Usamos Pringle en el 87.2% de las resecciones. Solo un 9% preciso transfusión intraoperatoria. El 26.4% fue colocado un drenaje. La serie presento un 42.6% de complicaciones globales, pero Clavien  $\geq$  III solo aparecieron en el 13.3%. La mortalidad fue un 1.1%. La mediana de estancia hospitalaria fue 3 días (r: 1 – 45) y los reingresos un 13.3%

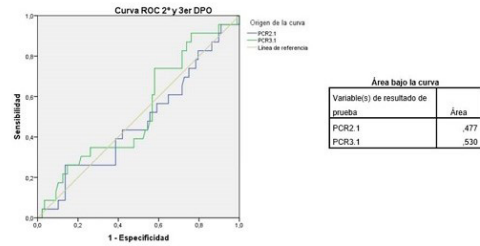
No encontramos diferencias significativas entre las PCR de los pacientes con CPO mayores, ni en el 2º día (Clavien<III 103.93 vs Clavien $\geq$ III 112.54;  $p=0.477$ ) ni 3º día (Clavien<III 133.95 vs Clavien $\geq$ III 112.10;  $p=0.616$ ) tampoco encontramos diferencias en las PCR respecto al reingreso ni el 2º días (Clavien<III 102.81 vs Clavien $\geq$ III 112.94;  $p=0.155$ ) ni el 3º día (Clavien<III 120.56 vs Clavien $\geq$ III 129.58;  $p=0.351$ ). Calculamos el área bajo la curva ROC para la PCR del segundo y tercer día tanto para las CPO Mayores y el RIG obteniendo en todos los casos valores alrededor del 50% (Figuras 1 y 2) lo que nos impidió usar el índice de Youden para calcular un punto de corte adecuado para poder predecir CPO o RIG.

**CLAVIEN $\geq$ III**



**Figura 1**

**REINGRESO**



**Figura 2**

**Conclusiones:** Este estudio pone de manifiesto la escasa utilidad de la PCR para predecir la aparición de complicaciones postoperatorias ni la posibilidad del reingreso.

**240020. EFICACIA DE LA FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFICAZ ASOCIADA**

**L Candil Valero , J Ruiz Pardo , E Vidaña Márquez , PA Sánchez Fuentes , R Belda Lozano , J Martín Cano , AM Zaplana Fuentes , A Reina Duarte**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y motilidad esofágica ineficaz (MEI) que tienen indicación quirúrgica, existe controversia en cuanto a la funduplicatura a realizar, ya que la funduplicatura de Nissen (FN) podría incrementar el riesgo postoperatorio de disfagia reduciendo la eliminación del contenido ácido.

Siendo nuestro objetivo, analizar los resultados de la FN en los pacientes con ERGE y MEI.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes con ERGE y MEI a los que se les ha realizado una FN. Se excluyen los pacientes menores de 15 años, con hernias paraesofágicas (II-IV) y reintervenciones. Se analizan variables sociopersonales, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. Se define recidiva de la ERGE como aquella documentada por endoscopia digestiva alta (EDA) y/o pHmetría ambulatoria de 24 horas a partir de los 6 meses después de la cirugía, que además precisa tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBPs). Se realiza estadística descriptiva.

**Resultados:** El 59,3% (n=16) fueron varones y el 40,7% (n=11) mujeres, siendo la edad media de  $49,6 \pm 4,4$  años. El IMC medio fue de  $28,7 \pm 4$  kg/m<sup>2</sup>.

La indicación quirúrgica fue la ERGE refractaria al tratamiento con IBPs en 26 pacientes y el no cumplimiento del tratamiento médico en un paciente.

El tiempo quirúrgico medio fue de 95±26,3 minutos y la estancia hospitalaria media fue de 2,1±1 día. No hubo complicaciones, reintervenciones ni reingresos en los primeros 30 días postoperatorios.

El 22,2% (n=6) presentaron disfagia autolimitada postoperatoria que se resolvió en menos de 3 meses y el 14,8% (n=4) síndrome de gas bloat que se resolvió en los primeros 6 meses. Sin embargo, a partir de los 6 meses, el 18,5% (n=5) de los pacientes presentaron cierto grado de disfagia, cuyas causas fueron: hernia de hiato en 3 casos, estenosis de la FN en un caso y funcional en otro caso. La estenosis de la FN se resolvió con dilataciones endoscópicas.

Tras un seguimiento medio de 43,1±22,8 meses, en el 22,2% (n=6) pacientes existió recidiva de la ERGE, en 3 pacientes por hernia de hiato, en uno por disrupción de la funduplicatura y en los dos restantes sin causa morfológica.

De los 5 pacientes que presentaron hernia de hiato durante el seguimiento, 3 de ellos precisaron reintervención quirúrgica, principalmente por disfagia.

**Conclusiones:** La FN es segura y factible para el tratamiento de la ERGE en pacientes con MEI.

### 240033. ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CIRUGIA PARATIROIDEA EN NUESTRO CENTRO. ¿AUMENTO DE INCIDENCIA O DE DIAGNÓSTICO?

G Plata Pérez, L Díaz Sánchez, R Soler Humanes, JL Fernández Serrano, LT Ocaña Wilhelmi

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** Presentar los resultados de cirugía paratiroidea en nuestro centro destacando un incremento de la patología en los últimos años.

**Material y métodos:** Se revisan las paratiroides intervenidas en nuestro centro desde enero de 2019, visualizándose un incremento significativo de intervenciones desde enero de 2022. Así mismo aumentan notablemente, en especial desde la pandemia COVID-2019, los pacientes intervenidos en régimen de CMA, con el fin de evitar al máximo los ingresos hospitalarios durante dicho período y que sirve como impulso para continuar en esa línea con esta patología.

Los criterios de selección de pacientes para cirugía en régimen de CMA incluyen aquellos con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPT1º) por adenoma de paratiroides, con dos pruebas de localización positivas, edades entre 18 y 80 años, valoración preanestésica ASA I, II o III, que vivan acompañados a menos de una hora del centro hospitalario y dispongan de teléfono de contacto.

**Resultados:** Desde enero de 2019 hasta diciembre de 2023, se intervienen 191 pacientes con diagnóstico de HPT1º. De ellos 92 (48.16%) se realizan en régimen de CMA.

Durante los años 2019, 2020 y 2021 la patología se mantiene estable con un número total de pacientes intervenidos de 20, 30 y 20 respectivamente. Durante 2022 comienza un incremento significativo interviniéndose un total de 49 pacientes. Esta tendencia se mantiene creciente en 2023, siendo intervenidos un total de 72 pacientes.

Por otra parte, el porcentaje de pacientes intervenidos en régimen de CMA se mantiene estable (un 45% en 2019 vs un 46% en 2023).

En cuanto a la cirugía, el tiempo medio es de 40 minutos (+/- 15 minutos, en función sobre todo de resultados de anatomía patológica intraoperatoria y PTH intraoperatoria para criterios de Miami). El tiempo de permanencia en la unidad hasta el alta es de 9 +/-2 horas, sin mortalidad ni reingresos, con alto grado de satisfacción por parte de los pacientes, reflejado en la llamada telefónica y revisión en consulta postoperatorias.

Total cirugía de paratiroides por año

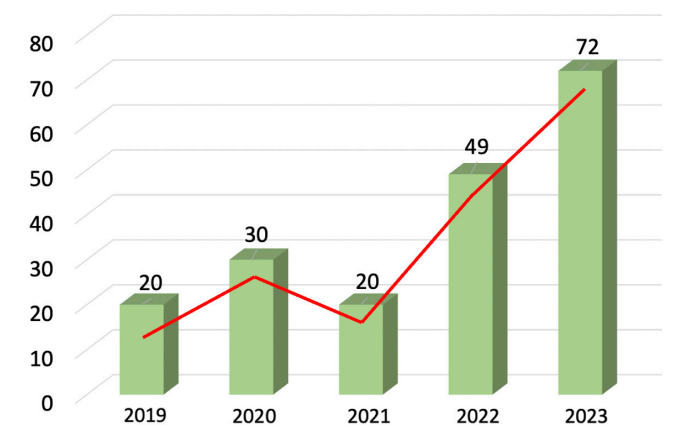


Figura 1

Total de intervenciones de paratiroides por año.

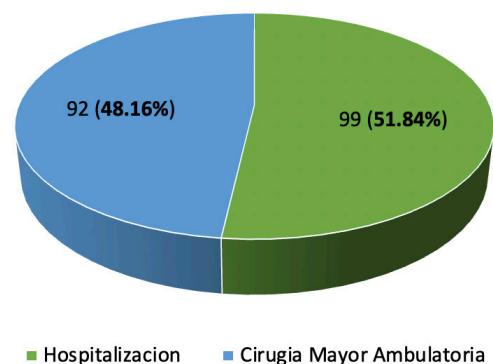


Figura 2

Datos en Cirugía Mayor Ambulatoria.

En cuanto a las complicaciones, un caso de hipocalcemia sintomática a las 48 horas que precisa perfusión de calcio intravenoso, un seroma de herida quirúrgica, y un hematoma sofocante a las 36 horas de la intervención debido a una crisis hipertensiva.

**Conclusiones:** La cirugía paratiroidea se está viendo incrementada en los últimos años de manera significativa en nuestro centro, probablemente a que cada vez se realiza mayor número de determinaciones de calcemia rutinarias que llevan finalmente a completar estudio y diagnóstico.

### 240034. PAPEL DE LA CIRUGIA R0 EN EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

G Plata Pérez<sup>1</sup>, M Peix Raya<sup>1</sup>, EM Garcia Pastor<sup>2</sup>, R Soler Humanes<sup>1</sup>, LT Ocaña Wilhelmi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** El carcinoma anaplásico tiroideo es un tumor de rápido crecimiento y mal pronóstico, con escasos meses de supervivencia, dada su capacidad invasiva local y gran capacidad metastásica.

Se presenta un caso clínico de carcinoma anaplásico tiroideo localmente avanzado tratado con cirugía R0 en nuestro centro.

**Caso clínico:** Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial. Acude por molestias a nivel cervical anterior asociado a disfagia a sólidos y líquidos, disnea y disfonía. A la exploración, masa indurada y adherida de 4-5cm a nivel laterocervical derecho.

En pruebas de imagen, masa hipodensa de gran tamaño en lóbulo tiroideo derecho, que comprime y desvía esófago, y bordea la tráquea sin estenosisarla. No se observan adenopatías sospechosas. Se realiza biopsia de la lesión sugestiva de carcinoma anaplásico.

Se decide intervención quirúrgica: tiroidectomía total con linfadenectomía central y nivel VI derecho. Se realiza exéresis de musculatura pretiroidea infiltrada. El tumor infiltra la tráquea en la entrada del nervio laríngeo recurrente derecho (sin señal a la neuromonitorización), y la pared esofágica próxima a hipofaringe. Se realiza resección en bloque de la pared esofágica y reparación de ésta.

Se coloca sonda naso-yeyunal y se decide no realizar traqueostomía preventiva ante indemnidad de nervio laríngeo recurrente izquierdo.

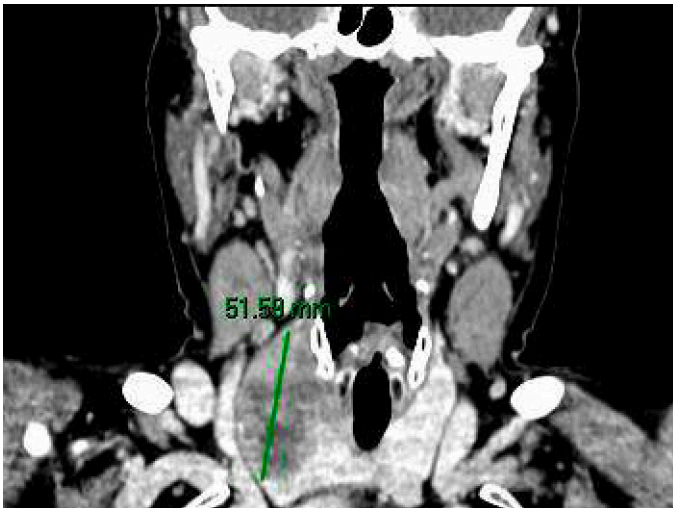
La anatomía patológica confirma carcinoma anaplásico de tiroides con invasión de tejido muscular y metástasis en 1 de 3 ganglios aislados. La evolución es favorable con alta domiciliaria a los 8 días. Recibe tratamiento de quimioterapia y radioterapia adyuvante, permaneciendo libre de enfermedad en controles posteriores.



**Figura 1** Esofagogastroduodenoscopia (EGD): se observa cómo el tumor



**Figura 2** Tomografía computarizada cuello y tórax: Masa hipodensa de gran tamaño en lóbulo tiroideo derecho que bordea la tráquea sin estenosisarla.



**Figura 3**

Tomografía computarizada cuello y tórax: Masa hipodensa de gran tamaño en lóbulo tiroideo derecho que bordea la tráquea sin estenosis.



**Figura 4**

Fotografía de pieza quirúrgica: tiroidectomía total + istmectomía + linfadenectomía central sobre dibujo que representa posición anatómica sobre grandes vasos braquiocefálicos.

**Discusión:** El carcinoma anaplásico tiroideo es un tumor indiferenciado del epitelio folicular tiroideo. Su prevalencia es del 1-2% de los cánceres tiroideos, y aparece mayormente en mujeres entre los 65-75 años.

Al diagnóstico aparece normalmente como una tumoración cervical pétérea, de rápido crecimiento, con síntomas compresivos o infiltrativos del tracto digestivo y/o respiratorio superior, y diseminación regional o a distancia. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen con un diagnóstico de certeza histológico.

Supone el cáncer tiroideo de peor pronóstico, con una supervivencia del 30% a los seis meses y del 20% a los doce meses.

La cirugía debe realizarse en tumores localizados en la glándula o localmente avanzados pero técnicamente reseables. También debe permitir una exéresis del tumor R0/R1 con una morbilidad asumible. La monitorización nerviosa durante esta cirugía puede ayudar a predecir la necesidad de traqueostomía.

La resección completa del tumor seguida de radioterapia y quimioterapia se asocia a mejor supervivencia.

### 240035. ¿AUMENTA LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DEL PANCREAS BORDERLINE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE?

**M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, J Santoyo Villalba, JA Pérez Daga, AM Sánchez Díaz, J Santoyo Santoyo**

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** El cáncer de páncreas (CP) presenta una tasa elevada de morbimortalidad postoperatoria (PO), con una supervivencia a 5 años alrededor del 10-20%, a pesar de las mejoras en las técnicas quirúrgicas y terapias sistémicas. La quimioterapia neoadyuvante (QT) se ha propuesto como pilar fundamental para el tratamiento de cáncer de páncreas borderline.

**Objetivos:** Confirmar si la QT neoadyuvante en el CP borderline mejora la supervivencia.

**Material y métodos:** Analizamos forma prospectiva pacientes intervenidos de CP en un hospital de tercer nivel. La muestra se dividió en dos periodos: 1º enero 2017- diciembre 2019 pacientes sin neoadyuvancia (GQTNo), n=30 y 2º enero 2020 -diciembre 2023 con neoadyuvancia (GQTSí), n=26.

Se recogieron variables demográficas; estudio preoperatorio (localización del tumor, afectación arterial o venosa, Ca 19.9); tratamiento neoadyuvante; variables intraoperatorias (abordaje, técnica quirúrgica tiempo quirúrgico, resección vascular, transfusión...); variables postoperatorias (PO) (complicaciones, estancia PO, mortalidad); tratamiento adyuvante; recidiva tumoral y supervivencia.

**Resultados:** Las variables demográficas fueron homogéneas. Sin embargo, aunque en ambos grupos el mayor porcentaje eran ASA III, hubo diferencias significativas (GQTSí69% vs GQTNo53%; p<0,021).

Los datos preoperatorios se muestran en la **tabla 1**. Destacar que el 15% del GQTSí también recibieron RT neoadyuvante.

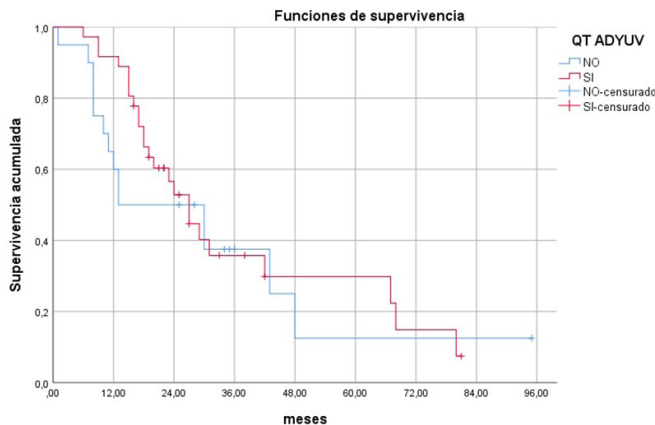
	GQTSí	GQTNo
Afectación venosa	47%	58%
Adenopatías patológicas	7%	0
Afectación venosa y adenopatías patológicas	13%	4%
Ca 19.9>500U/mL	20%	8%
Ca 19.9>500U/MI+/-afectación venosa +/- adenopatías patológicas	13%	30%
Afectación arterial	50%	7%

**Tabla 1**

Estudio preoperatorio. (p:0,055).

El abordaje fue abierto. La técnica quirúrgica más realizada fue la DPC (p:0,069). Fue irreseccable 1 paciente del GQTSí. La resección vascular fue diferente (GQTSí: 62% vs GQTNo; 70%; p:0,03). No hubo diferencias en complicaciones CLAVIEN y estancia. Si bien, la estancia PO media fue menor en el GQTSí (GQTSí: 9,5 días vs GQTNo: 12,7 días; p:0,055). La mortalidad tampoco diferencias (GQTSí: 8% vs GQTNo: 3%; p:0,24).

Encontramos diferencias porcentuales en la tasa de recidiva (GQTSí 54% vs GQTNo: 73%; p:0,07). No hubo diferencias significativas en la supervivencia global al 1º, 2º y 3º año (GQTSí 92%, 56% y 36% vs GQTNo: 60%, 50% y 38%; p:0,558) (**figura 1**).



**Figura 1**

Supervivencia pacientes GQTSí y GQTNo.

**Conclusiones:** En este estudio vemos como el tratamiento QT neoadyuvante en pacientes con CP borderline reduce el porcentaje de recidivas y probablemente aumente la supervivencia, si bien tenemos una “n” pequeña.

**240045. CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL PÁNCREAS: ANÁLISIS DE UNA DÉCADA**

Á de Laguno de Luna, S Masilla Díaz, J Roldán de la Rúa, MÁ Suárez Muñoz, R de Luna Díaz

Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** Durante los últimos diez años en nuestra unidad, un total de 202 paciente han sido sometidos a cirugía del páncreas, de ellos el 26,7%(54) mediante cirugía mínimamente invasiva (CMI). Este porcentaje ha ido aumentando de forma progresiva, sobretodo en los últimos cuatro años gracias a la experiencia del equipo, a los recursos disponibles y a la minuciosa selección de los pacientes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos de CMI de páncreas entre los años 2014-2024 en nuestro centro.

Se recogieron las variables: edad, sexo, ASA, tipo de cirugía, tipo histológico, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, reingreso y mortalidad.

Clasificamos los pacientes según la localización del tumor (páncreas central, derecho e izquierdo) y el tipo de cirugía realizada (datos recogidos junto con el tipo histológico en la **figura 1**)

Localización	Técnica quirúrgica	N	Tipo histológico
Páncreas Central	Enucleación	2	Lusulinoma
	Pancreatectomía central	2	Quiste mucinoso no neoplásico
Páncreas izquierdo	Uncinectomía laparoscópica	1	TNE
	Esiopancratectomía coropocaudal	9	Adenocarcinoma de páncreas (3)
			Pancreatitis crónica (3)
			Metástasis de neoplasia pulmonar
		Cistoadenoma seroso	
		NMIP	
		Cistoadenoma seroso	
		NPIM	
	Pancreatectomía coropocaudal con preservación esplénica Kimura	3	
			Neoplasia quística mucinosa
			NPIM (3)
			Cistoadenoma seroso (2)
			NPIM (3)
			Neoplasia papilar sólida
			Adenocarcinoma páncreas (3)
			Adenocarcinoma páncreas sobre NPIM
			Ampuloma (4)
			Adenoma papila duodenal menos
			GIST
			Colangiocarcinoma
			TNE
			Cistoadenoma mucinoso
			Adenocarcinoma páncreas (6)
			Adenocarcinoma páncreas sobre NPIM
			Ampuloma (4)
			Colangiocarcinoma (3)
			Cistoadenoma mucinoso
			Metástasis de neoplasia renal
			Neoplasia quística mucinosa
Páncreas derecho	Duodenopancreatectomía cefálica con anastomosis pancreato-gástrica	13	
			Adenocarcinoma páncreas (6)
			Adenocarcinoma páncreas sobre NPIM
			Ampuloma (4)
			Colangiocarcinoma (3)
			Cistoadenoma mucinoso
			Metástasis de neoplasia renal
			Neoplasia quística mucinosa
	Duodenopancreatectomía cefálica con anastomosis pancreato-yeyunal	17	
			Adenocarcinoma páncreas (6)
			Adenocarcinoma páncreas sobre NPIM
			Ampuloma (4)
			Colangiocarcinoma (3)
			Cistoadenoma mucinoso
			Metástasis de neoplasia renal
			Neoplasia quística mucinosa

**Figura 1**

Localización y año de intervención.

**Resultados:** De los 54 pacientes intervenidos, el 44,4% eran hombres y el 55,6% mujeres, con una mediana de edad de 65 años (38-83). (**Figura 2**) Un 88,9% eran ASA II y III. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 6 días (RIQ 5-7). La tasa de complicaciones fue del 26%(14), más de la mitad Clavien IIIB (57%) con un CCI medio de 9,87. La tasa de reintervención fue del 9,26%(5) y la mortalidad del 1,85%(1).



**Figura 2**

Localización y año de intervención.



Si desgranamos los datos por la localización (Figura 3):

Localización	Técnica quirúrgica	N	Clavien	CCI	Reingreso	
Páncreas Central	Enucleación	2		0	No	
	Pancreatometomía central	2	IIIB	33,7	SI	
				IIIB	33,7	SI
Páncreas izquierdo	Unicinetomía laparoscópica Esplenopancreatometomía coropocaudal	1		0	No	
		9		0	No	
	Pancreatometomía coropocaudal con preservación esplénica Kiyura		3	IIIA	26,2	SI
					0	No
	Pancreatometomía coropocaudal con preservación esplénica Warsaw		7	IIIB	33,7	SI
				IIIA	26,2	SI
				IIIB	33,7	SI
				0	No	
Páncreas derecho	Duodenopancreatometomía cefálica con anastomosis pancreato-gástrica	13	IVA	42,4	No	
			IIIA	26,2	SI	
			V	100	SI	
				0	SI	
				0	SI	
				0	No	
	Duodenopancreatometomía cefálica con anastomosis pancreato-yeyunal	17	IIIB	33,7	SI	
			IIIB	33,7	SI	
			IIIB	33,7	No	
			IIIB	33,7	SI	
			IVA	42,4	SI	
				0	SI	
			0	No		

Figura 3

Datos de morbimortalidad por grupos (Clasificación Clavien y CCI)

Páncreas central: la mediana de edad fue 55, el 80% ASA II. La mediana de la estancia 5, la tasa de complicaciones 40%, todas Clavien IIIB con un CCI de 13,5. La tasa de reingreso del 40%.

Páncreas izquierdo: la mediana de edad fue 62, el 63,15% ASA II. La mediana de la estancia 5, la tasa de complicaciones del 21%, todas ellas Clavien IIIA o IIIB con un CCI de 6,3. La tasa de reingreso fue del 21%.

Páncreas derecho: la mediana de edad fue 66,5, el 60% ASA III. La mediana de la estancia 7, la tasa de complicaciones del 26,7%, el 62,5% Clavien IIIA y IIIB con un CCI de 11,5. La tasa de reingreso fue del 30% y la mortalidad del 3,3%.

**Conclusiones:** En CMI del páncreas, la capacitación, experiencia y recursos disponibles deben guiarnos hacia qué abordaje emplear en nuestros pacientes. El exhaustivo estudio de los casos y la cuidadosa selección de los paciente para abordaje laparoscópico, ha llevado a nuestra unidad a tener resultados similares a los publicados por centros de gran experiencia en CMI del páncreas. Aún tenemos que seguir avanzando, con la vista puesta en el futuro y la implementación de la cirugía robótica.

### 240059. SÍNDROME DE OGILVIE: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PATOLOGÍA DE CADERA Y RODILLA

L González Garrido, A Fuentes Zaplana, L Candil Valero, PA Sánchez Fuentes, CE Cobo Cervantes, J Ruiz Pardo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** Realizar una revisión sistemática del SO en el postoperatorio de los pacientes a los que se les ha realizado una cirugía de cadera o rodilla.

**Material y métodos:** Revisión sistemática de los estudios publicados en revistas científicas acerca de los pacientes con SO intervenidos de patología de cadera y rodilla, de acuerdo a la Colaboración Cochrane y a la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). La búsqueda se realizó en Cochrane Library, Medline/Pubmed, EMBASE, Web of Science, Scopus y ScienceDirect. Se seleccionaron los artículos completos en inglés. Se excluyeron las ponencias y comunicaciones a congresos.

**Resultados:** La búsqueda encontró 730 registros. Únicamente 19 estudios cumplieron con los criterios de inclusión definidos, con un total de 3318 pacientes de los cuales se pudieron extraer datos para el análisis estadístico. Diez artículos fueron casos clínicos y 9 estudios retrospectivos, de los cuales dos fueron multicéntricos.

La edad media de presentación del SO fue de 73±6,7 años y fue más frecuente en el sexo masculino (71,4%). La patología quirúrgica de cadera y rodilla más frecuente fue la osteoartritis (83,3%). La cirugía de miembro inferior tuvo lugar en la cadera en el 75,7%. La cirugía fue primaria en el 82,1% y de revisión en el 17,9%. La artroplastia total se realizó en el 99,49%.

El tiempo medio desde la cirugía hasta la aparición de sintomatología del SO fue de 3,4±1,5 días. El diámetro medio del ciego fue de 12,2±2 cm, existiendo perforación en el 3,4% de los casos.

En el 84,2% el SO se resolvió con tratamiento conservador, el 14,7% precisó colonoscopia descompresiva y el 1,4% precisó cirugía.

La estancia hospitalaria media fue de 17±17,8 días. Durante un seguimiento medio de 121,2±396,8 días, el 9,4% de los pacientes fallecieron.

**Conclusiones:** El SO tiene lugar en el 0,02-5,6% de los pacientes intervenidos de patología de cadera o rodilla, una cifra muy variable dependiendo de la localización de la patología (cadera o rodilla) y el tipo de cirugía (primaria o de revisión), precisando tratamiento quirúrgico el 1,4%.

### 240065. TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO PARAESOFÁGICA GIGANTE: CIRUGÍA PROGRAMADA VERSUS CIRUGÍA DE URGENCIAS.

AM Fuentes Zaplana, J Ruiz Pardo, L González Garrido, L Candil Valero, D González Sánchez, E Vidaña Márquez, Á Reina Duarte

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** Analizar y comparar la cirugía programada y la cirugía de urgencias en el tratamiento de las HH paraesofágicas gigantes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes intervenidos de HH paraesofágica (II-IV) gigante (>30% del estómago herniado en tórax). Se excluyen los pacientes menores de 15 años, con HH tipo I y cirugía de HH

recidivada. Se comparan dos grupos: cirugía programada (grupo 1) y cirugía de urgencia (grupo 2).

**Resultados:** Se comparan el grupo 1 (n=27) y el grupo 2 (n=9). En el grupo 2, la cirugía fue emergente en 6 casos y diferida en 3 casos. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, comorbilidad, tipo de hernia, colocación de prótesis, tiempo quirúrgico, seguimiento, complicaciones a partir de los 30 días postquirúrgicos y recidiva. Sin embargo, en el grupo 2, la cirugía fue realizada significativamente en menor medida por cirujanos esofagogástricos, el abordaje laparoscópico fue significativamente menor, las complicaciones postquirúrgicas en los primeros 30 días fueron significativamente mayores y la estancia hospitalaria también fue significativamente mayor (**tabla 1**).

	Cirugía programada (n=27)	Cirugía de urgencia (n=9)	p
Edad (años)	67.3±10.9	69.7±10	0.927
Sexo:			
Femenino	85.2% (n=23)	66.6% (n=6)	0.333
Masculino	14.8% (n=4)	33.3% (n=3)	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	29.8 ± 5.1	30.4 ± 3.7	0.546
Clasificación ASA:			
I	7.4% (n=2)	0	
II	59.3% (n=16)	66.7% (n=6)	1.000
III	33.3% (n=9)	33.3% (n=3)	
Tipo de hernia:			
II	11.1% (n=3)	22.2% (n=2)	
III	85.2% (n=23)	55.6% (n=5)	0.168
IV	3.7% (n=1)	22.2% (n=2)	
Cirujanos:			
Esofagogástricos	100% (n=27)	66.6% (n=6)	0.012
Otros	0	33.3% (n=3)	
Abordaje:			
Laparoscópico	100% (n=27)	33.3% (n=3)	<0,001
Abierto	0	66.6% (n=6)	
Prótesis bioabsorbible:			
No	59.3% (n=16)	66.6% (n=6)	1.000
Sí	40.7% (n=11)	33.3% (n=3)	
Tiempo quirúrgico (minutos)	140.1±46.1	136.7±37.5	0.884
Complicaciones en los primeros 30 días:			
No	92.6% (n=25)	55.6% (n=5)	0.024
Sí	7.4% (n=2)	44.4% (n=4)	
Estancia hospitalaria (días)	4.8±8.3	14.4 ±12.4	0.001
Seguimiento (meses)	33.7±22.9	31±22.8	0.648
Complicaciones a partir de los 30 días:			
No	96.3% (n=26)	77.8% (n=7)	0.148
Sí	3.7% (n=1)	22.2% (n=2)	
Recidiva:			
No	96.3% (n=26)	88.9% (n=8)	1.000
Sí	3.7% (n=1)	11.1% (n=1)	

**Figura 1**

Supervivencia pacientes GQTSí y GQTNó.

En una paciente intervenida de urgencia se realizó una gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux debido a una gran perforación gástrica secundaria a isquemia.

En los pacientes del grupo 1, las complicaciones en los primeros 30 días fueron: neumotórax autolimitado (n=1) y migración del estómago al tórax con perforación isquémica que precisó reintervención (n=1).

En los pacientes del grupo 2, las complicaciones en los primeros 30 días fueron: fibrilación auricular que precisó cardioversión (n=1), neumotórax y derrame pleural izquierdo (n=1), colección intraabdominal (n=1) y dehiscencia de la anastomosis esofagoyeyunal (n=1).

**Conclusiones:** Los pacientes con HH gigante intervenidos de manera urgente presentan un significativo mayor número de complicaciones y una mayor estancia hospitalaria. Sin embargo, estos pacientes no presentan mayor porcentaje de recidivas.

## 240067. DRENARLOS SALE CARO. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DEL DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

R Gómez Pérez, LC Hinojosa Arco, NM Rodríguez Loring, S Mansilla Díaz, JF Roldán de la Rúa, Á de Laguno de Luna, R de Luna Díaz, MÁ Suarez Muñoz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) continúa siendo una de las intervenciones con mayor morbimortalidad. La ictericia es común en estos pacientes. Desde hace años se ha demostrado que la no sistematización del Drenaje Biliar Preoperatorio (DBP) disminuye las complicaciones infecciosas. Comparar los resultados clínicos y económicos, atendiendo a los días de ingreso y complicaciones de los pacientes sometidos a DBP y los no manipulados.

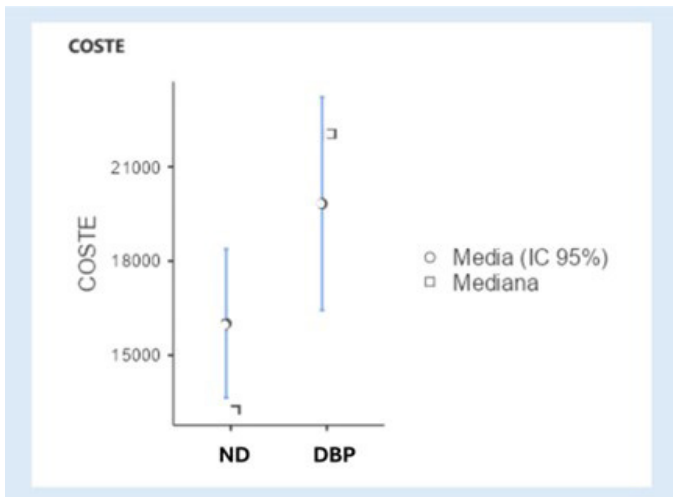
**Material y métodos:** Estudio de los pacientes intervenidos de DPC en nuestro centro desde enero de 2019 a abril de 2023. Dos grupos:

- Pacientes sin drenaje biliar preoperatorio-No Drenados (ND): a los que se les interviene directamente, 40 pacientes.
- Pacientes con drenaje biliar preoperatorio (DBP): CPRE o CPTH, 30 pacientes.

**Resultados:** El análisis estadístico obtuvo una distribución demográfica similar, mediana de edad es de 64 años en ND y 62 años en DBP. La mediana de bilirrubina al diagnóstico en los ND fue de 1.89, siendo la cifra previa a la cirugía de 2.05; en DBP la mediana de bilirrubina al diagnóstico fue de 9.25, previo a la cirugía de 3.95. Estancia previa a la cirugía en ND mediana 8 días vs 14 días en DBP. Estancia postoperatoria en ND fue de 7 días frente a 9 días de mediana DBP. En la estancia total en el grupo de ND mediana 23 días (media 24) versus 32 días(media 38) en DBP. Obteniendo además una diferencia significativa (p 0.04) en el gasto del ingreso de la cirugía con una media de 16.011 € (mediana 13.264) ND en contrapartida del grupo de DBP con una media de 19.862 € (mediana 22.051) (**Figura1**).

En el grupo de drenados tenemos un 33.3% con un Clavien-Dindo ≥3, en contrapartida del 12.8% en ND. Mortalidad muy baja en ambos grupos, 1 paciente (2,6%) en los no manipulados y 2 pacientes (6.7%) en DBP. Solo 5 pacientes fueron reintervenidos (30%) del grupo de DBP (p 0.008).

**Conclusiones:** Existen diferencias en cuanto a la morbilidad en el postoperatorio de los pacientes sometidos a DBP. Además, queda demostrado que el coste económico de este grupo se ve claramente incrementado, dado a que su estancia es más prolongada y tienen más complicaciones. Entendemos que en ciertos casos el DBP es inevitable, pero pensamos que estos pacientes deben estudiarse e intervenir de forma prioritaria para evitar en la medida de lo posible el uso del DBP.



**Figura 1** Costes de los pacientes con DBP y sin drenaje.

### 240069. COLECISTITIS AGUDA: CUANDO UNA MALA INDICACIÓN SUPONE UN SOBRECOSTE ECONÓMICO

**D Franco Berraondo, I Lázaro Marmol, I Mirón Fernandez, P Fernandez Galeano, JM Aranda Narvaez, J Santoyo Santoyo**

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** La colecistitis es una patología frecuente cuyo tratamiento de elección, en pacientes operables, es la colecistectomía laparoscópica precoz.

Sin embargo, dada la falta de estandarización a la hora de implementar la colecistectomía precoz y la ausencia de estudios económicos que la respalden en España, el objetivo de este trabajo es evaluar la repercusión económica que supone en nuestro medio el tratamiento de la colecistitis con colecistectomía precoz frente a alternativas de tratamiento conservadoras.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo observacional monocéntrico que evalúa, en pacientes ingresados por colecistitis en nuestro centro del 2019 al 2023, el incremento de coste que ha supuesto el tratamiento conservador en aquellos pacientes que tenían indicación quirúrgica. Se han analizado un total de 419 pacientes. Para el análisis de datos se utilizó el sistema SPSS 26.0 (IBM statistics). Los costes se han calculado según los precios públicos de los servicios sanitarios en centros dependientes del Sistema Andaluz de Salud (SAS).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio 130 casos recibieron tratamiento conservador, 34 de ellos a pesar de tener indicación quirúrgica.

La estancia media de los pacientes tratados con colecistectomía precoz fue de 2 días (+-3), mientras que la de aquellos que se trataron de forma conservadora pese a tener indicación quirúrgica fue de 9 días (+- 4). De estos, el 26,5% requirió reingreso por recurrencia, con

una estancia media de 8 días (+-7,01). Fue necesaria la colecistectomía urgente en el 66,7%.

De aquellos pacientes que recibieron tratamiento conservador pese a ser candidatos a cirugía acabaron interviniéndose el 58,8%: un 17,6% en un reingreso de urgencia, 2,9% durante el ingreso por mala evolución y un 38,2% de forma diferida. Un 26,5% requirió drenaje mediante colecistostomía. En caso de cirugía diferida programada la estancia media fue de 3,08 días (+-4,29).

Con estos datos y teniendo en cuenta los precios públicos de los servicios sanitarios en el SAS, un paciente que se trata con colecistectomía precoz tiene un coste medio de 3647€.

En cambio, el coste de un paciente manejado de forma conservadora en un primer ingreso asciende a 5479€, que si requiere reingreso con cirugía urgente aumenta a 13516€. En caso de que sea necesaria la realización de colecistostomía el coste es de 9471€ y si se programa para colecistectomía diferida es de 10457€.

De esta forma, el tratamiento de un paciente de forma conservadora pese a ser candidato a intervención quirúrgica supone un incremento en el coste medio de 5648€.

**Conclusiones:** En nuestro medio, el tratamiento quirúrgico precoz de la colecistitis aguda reduce los costes frente al manejo conservador.

### 240080. IMPACTO DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS CIERRE DE ILEOSTOMÍA.

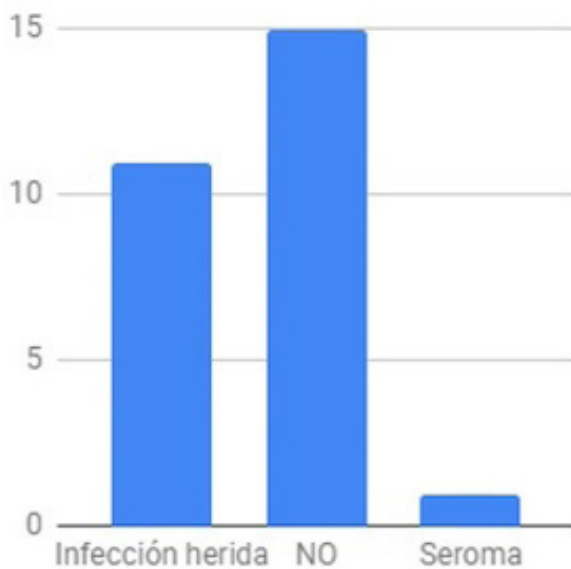
**C Pérez Muñoz, M López- Cantarero García-Cervantes, B Cano Pina, MÁ García Martínez, J Ramos Sanfiel, B Mirón Pozo**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** En la cirugía colorrectal, las complicaciones derivadas de intervenciones en el recto inferior son motivo constante de preocupación. A pesar de la recomendación de realizar anastomosis primaria, persiste un riesgo sustancial de fuga anastomótica, lo que ha llevado al uso generalizado de la ileostomía derivativa. El cierre posterior de la ileostomía plantea desafíos significativos, siendo las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) una complicación común. Este estudio evalúa el impacto de la terapia de presión negativa (TPN) en la reducción de ISQ tras el cierre de ileostomía mediante la técnica de escarapela.

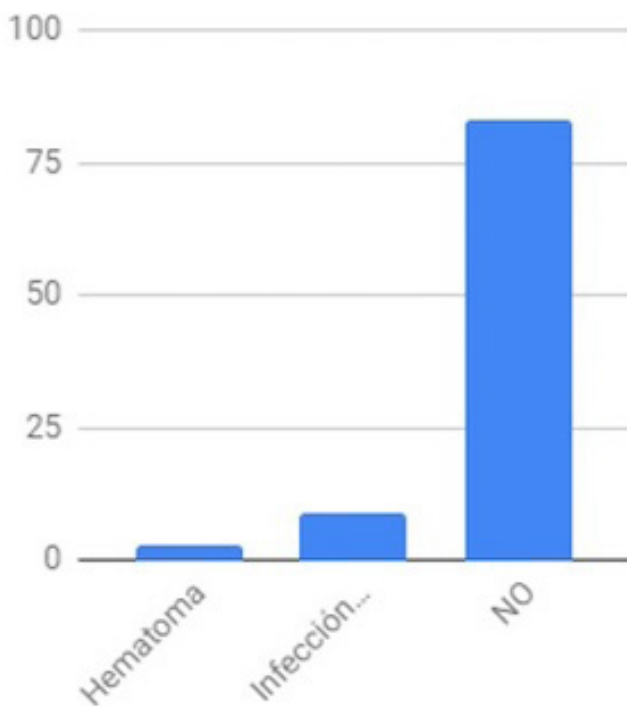
**Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo entre 2003 y 2023, con un total de 134 pacientes, de los cuales se excluyeron 11 por no cumplir con los criterios de inclusión. El método de cierre fue mediante la técnica en escarapela y el sistema de TPN utilizado fue el PICO 7.

**Conclusiones:** Los hallazgos respaldan la hipótesis de que la TPN puede reducir de manera efectiva las complicaciones infecciosas después del cierre de la ileostomía, especialmente en pacientes con factores de riesgo conocidos. La incorporación de la TPN en el manejo postoperatorio podría representar un avance significativo en



**Figura 1**

Complicaciones sin TPN.



**Figura 2**

Complicaciones con TPN.

### 240088. NEOADYUVANVIA CON ESQUEMA FLOT EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA.

**C Sánchez González, Al Fernández Sánchez, C Montiel Casado, A Rodríguez Cañete, FJ Moreno Ruiz, J Santoyo Santoyo**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** La quimioterapia FLOT (docetaxel, oxaliplatino, leucovorina y 5-fluorouracilo) es un régimen utilizado con éxito en el tratamiento del cáncer esofágico y gástrico. Varios estudios han demostrado que este esquema terapéutico puede mejorar significativamente las tasas de respuesta tumoral y la supervivencia en comparación con otros regímenes de quimioterapia, y reduce el tamaño tumoral previo a la cirugía permitiendo una cirugía R0.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional recogiendo los datos de 63 pacientes intervenidos en nuestro centro entre Diciembre 2017 y Enero 2024, sometidos a quimioterapia con esquema FLOT. Se analizaron variables preoperatorias, anatomopatológicas de la pieza quirúrgica y posoperatorias, así como la supervivencia global y libre de enfermedad.

**Resultados:** e intervinieron 49 hombres (77.8%) y 14 mujeres (22.2%) con una edad media de 63 años (rango 36-77 años), presentados en comité oncológico. El 50.9% de los pacientes presentaban un tumor mayor o igual a cT3 (8a edición TNM), y un 40.3% presentaban ganglios positivos. Un 88.7% de los pacientes recibieron los 4 ciclos de quimioterapia preoperatoria, presentando toxicidad grave con imposibilidad de completar el esquema un 11.3%. La técnica quirúrgica fue variable según la localización del tumor (UEG: 23.7%; estómago 68.3%), siendo la esofaguetomía McKeown (64.7%) y la gastrectomía total (65.2%) los procedimientos más realizados. Se evidenció una tasa de cirugía R0 en el 83.6% de los pacientes. El 45.2% de los pacientes no presentó ningún tipo de complicación. Complicaciones mayores (clavien mayor o igual de IIIb) se recogieron en el 19,4% de los casos.

El seguimiento medio fue de 20 meses (rango 5-64 meses), con una tasa de exitus del 9.8%. La supervivencia global a los 1, 3 y 5 años fue respectivamente del 98%, 89.3%, 56.7%.

**Conclusiones:** Los datos analizados en nuestro centro ponen de manifiesto la eficacia del tratamiento con quimioterapia FLOT en cáncer esofagogástrico, siendo un esquema seguro y con una alta tasa de cumplimiento tanto en el preoperatorio como tras la cirugía. Se han recogido, además, tasas de supervivencia global y libre de enfermedad superiores a lo publicado con otras líneas de quimioterapia.

### 240094. RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE LAS TRANSAMINASAS EN SANGRE Y LA TASA DE FÍSTULA PANCREÁTICA Y COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN EL POSTOPERATORIO DE UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA.

**MJ Pérez Benítez, P Beltrán Miranda, T Moreno Asencio, M Alba Valmorisco, J Candón Vázquez, N Aguilera López, R García Andrés, R Balongo García**

la reducción de complicaciones, requiriendo estudios prospectivos y ensayos clínicos randomizados para validación y desarrollo de pautas.

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción:** La fístula pancreática constituye una de las complicaciones más relevantes de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC). Estas pueden ser un hallazgo sin repercusión clínica (tipo A) o tratarse de fístulas de largo tiempo de evolución, que requieren tratamiento invasivo (tipos B y C). Actualmente, no existen estudios que relacionen su incidencia y complicaciones postquirúrgicas con los parámetros analíticos de elevación de transaminasas que pueden verse comúnmente alterados tras una DPC.

**Material y métodos:** Se analizaron un total de 60 pacientes intervenidos de DPC por causas oncológicas y no oncológicas en el Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva) entre noviembre de 2019 y marzo de 2024. En todos ellos fueron evaluados el valor pico de las transaminasas de los 7 días posteriores a la intervención incluyendo LDH, AST, ALT, FA, GGT, lipasa y amilasa. Se relacionó estos valores con la tasa de fístula pancreática (A, B y C), las complicaciones postquirúrgicas Clavien Dindo mayor a II, tasa de reintervención e ingreso en cirugía, mortalidad y estancia hospitalaria.

**Resultados:** La edad media de los pacientes incluidos es de 67,13 años de los cuales 33 fueron hombres (55%) y 27 mujeres (45%). Se objetiva que los valores pico de AST, ALT, lipasa y amilasa en los primeros 7 días postquirúrgicos fueron de 142, 143, 327 y 269 respectivamente. En la muestra, la tasa global de fístula fue del 45%. La tasa de fístula clínicamente relevante, excluyendo las tipo A, fue del 23,3%. En nuestra serie, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la tasa de fístula pancreática, complicación Clavien Dindo mayor a II, reingreso o mortalidad en aquellos pacientes que triplicaban el valor normal de transaminasas (AST y ALT) respecto a los que no. La edad media de aquellos pacientes que elevaban transaminasas era menor con respecto a los que no. Se encontraron diferencias significativas entre la elevación en sangre de lipasa tras los primeros 7 días de la cirugía y la tasa de fístula pancreática. No existieron diferencias con la elevación de la amilasa en sangre.

**Conclusiones:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre aquellos pacientes que triplican el valor normal de transaminasas (AST y ALT) en los primeros 7 días postoperatorios de una DPC y la tasa de fístula pancreática, complicación Clavien Dindo mayor a II, reingreso o mortalidad. Sí existen diferencias entre la elevación en sangre de lipasa en los primeros 7 días tras cirugía y la tasa de fístula pancreática.

## 240095. QUIMIOTERAPIA Y CIRUGÍA LOCAL EN EL CÁNCER DE RECTO T2N0M0. ¿QUE IMPACTO CLÍNICO TENDRÍA?

MJ Pérez Benítez<sup>1</sup>, R Martín García de Arbolea<sup>1</sup>, N Aguilera López<sup>1</sup>, R García Andrés<sup>2</sup>, R Martínez Mojarro<sup>1</sup>, MJ Perea Sánchez<sup>1</sup>, M Reyes Moreno<sup>1</sup>, MI Manzano Martín<sup>1</sup>, R Balongo García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Consulta Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.

**Introducción:** La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) permite la exéresis de lesiones rectales evitando realizar cirugías mayores. Esta cirugía está indicada para tumores T1N0M0, con distancia menor o igual a 10 cm del MAE y un tamaño inferior o igual a 5 cm. Esta indicación es debida a que el 12,2% de los tumores T1N0M0 tienen ganglios linfáticos positivos en mesorrecto, considerándose la cirugía TAMIS R0 para esta indicación.

Estudios recientes manifiestan que, las neoplasias T2N0M0 también podrían ser beneficiarias de cirugía TAMIS si se administra neoadyuvancia previa, aunque se necesitan más estudios. Por tanto, se pretende evaluar la incidencia real y práctica de pacientes con lesiones rectales T2N0M0 en el supuesto en que fueran sometidos a neoadyuvancia más cirugía TAMIS y no a cirugías mayores.

**Material y métodos:** Se realiza una revisión de la base de datos del servicio de coloproctología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva entre los meses de enero de 2022 a marzo de 2024. Se filtran aquellos pacientes con diagnóstico de lesiones en estadios T1N0M0-T2N0M0 o lesiones precancerosas en los estudios prequirúrgicos o postquirúrgicos con resultado de 109 pacientes. Se escogen únicamente aquellos pacientes con lesiones rectales siendo un total de 31. Por último, son excluidos los pacientes no beneficiarios de TAMIS según tamaño (mayor o igual a 5 cm) y distancia al MAE (mayor o igual a 10 cm).

**Resultados:** De los 31 pacientes con lesiones rectales, 10 de ellos (32,25%) hubieran tenido una indicación real de neoadyuvancia + TAMIS debido a tamaño tumoral, distancia al MAE y diagnóstico postquirúrgico de T2N0M0, independientemente de su diagnóstico previo. No obstante, este dato no se corresponde con el porcentaje práctico de pacientes que serían beneficiarios de la nueva indicación ya que se basa en resultados anatomopatológicos postquirúrgicos. 5 de estos 10 pacientes tuvieron diagnósticos fallidos previos a la intervención por lo que tampoco hubieran sido sometidos a neoadyuvancia + TAMIS. Por ello, únicamente los 5 pacientes restantes (16,12% del total) tendrían tumores T2N0M0 en el diagnóstico pre y postquirúrgicos, y habrían sido los beneficiarios prácticos de la nueva indicación.

La incidencia teórica de pacientes con cáncer de recto T2N0M0 que podrían beneficiarse de la nueva indicación sería de 4,4 pacientes al año, mientras que la incidencia real rondaría los 2,2 pacientes/año.

**Conclusiones:** La neoadyuvancia + TAMIS en pacientes con lesiones rectales T2N0M0 supondría una mejora importante en el impacto clínico de los pacientes operados en nuestro servicio.

## 240104. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS PANCREÁTICOS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

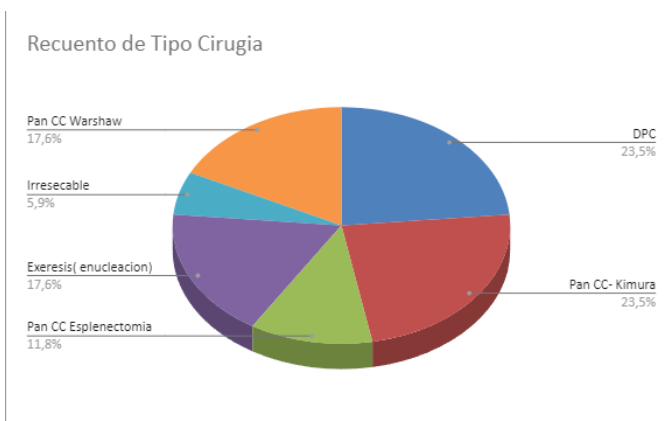
D González Sánchez, M Vargas Fernández, M García Redondo, J Ruiz Pardo, J Torres Melero, L González Garrido, A Reina Duarte

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** Analizar la morbilidad del tratamiento quirúrgico de los tumores neuroendocrinos pancreáticos y el pronóstico de los mismos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo cuya población a estudio la componen los pacientes intervenidos de tumores neuroendocrinos pancreáticos con intención curativa en los últimos 7 años. Se incluyen los pacientes con una historia clínica completa y un seguimiento mínimo de un año. Se analizan variables sociopersonales, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. Se realiza estadística descriptiva.

**Resultados:** Se han intervenido un total de 17 pacientes, 58,8% (n=10) mujeres y 41,2% (n=7) hombres. El 17,6% (n=3) fueron tumores funcionantes, siendo todos ellos insulinomas. La edad media fue de 60 años (rango: 36-87 años). En cuanto a la localización, el 58,8% (n=10) se situaron en cuerpo y cola, el 29,4% (n=5) se situaron en cabeza y el 11,8% (n=2) en proceso uncinado. El abordaje fue laparoscópico en el 29,4% (n=5) de los casos. Respecto a la técnica quirúrgica, se realizó una duodenopancreatectomía cefálica en el 23,5% de casos (n=4), pancreatectomía corporocaudal - Kimura en el 23,5% (n=4), pancreatectomía corporocaudal Warshaw en el 17,6% (n=3), pancreatectomía corporocaudal asociada a esplenectomía en el 11,8% (n=2), exéresis/enucleación en el 17,6% (n=3) y un paciente se consideró irreseccable 5,9% (n=1). La tasa de pancreatectomías corporocaudales con preservación esplénica fue 77,7% (n=7). Dos de las intervenciones fueron R2. Durante un seguimiento medio de 35 meses, no se han evidenciado recidivas en los pacientes con resección R0 (n=14). Se ha presentado como comorbilidades dos fístulas pancreáticas limitadas y diarreas en pacientes que han precisado tratamiento con análogos de la somatostatina. No ha habido mortalidad asociada a la enfermedad.



**Figura 1**  
Cirugía TNEp.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos pancreáticos intervenidos con resección R0 presentan buen pronóstico a corto-medio plazo presentando baja morbilidad, esto se puede relacionar en parte con el uso cada vez más frecuente de técnicas mínimamente invasivas y por la experiencia adquirida en el tratamiento de dichas lesiones.

## 240117. CORRELACIÓN ENTRE ESTADIFICACIÓN POR ECOENDOSCOPIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DEFINITIVA EN EL CÁNCER GÁSTRICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**AM Sánchez Díaz, JL Fernández Aguilar, FJ Moreno Ruiz, MC Montiel Casado, A Rodríguez Cañete, P Fernández Galeano**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** Evaluar la capacidad de la ecoendoscopia para determinar el estadio preoperatorio del cáncer gástrico en un Hospital de Tercer Nivel (Hospital Regional Universitario Málaga)

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyen pacientes que han sido tratados mediante cirugía directa por neoplasia gástrica, desde 2016 a la actualidad en el Hospital Regional Universitario de Málaga.

Se han excluido los pacientes que han recibido neoadyuvancia, aquellos a los que se le ha realizado cirugía no oncológica (fines paliativos) y pacientes a los que no se les ha realizado ecoendoscopia.

**Resultados:** En nuestro hospital han sido intervenidos 51 pacientes por neoplasia gástrica. La mediana de edad fue de 71 años (rango 49-87). Fueron intervenidos 32 hombres (62,7%) con un ASA predominante de III(51%).

El 41,2% no recibió quimioterapia por estadio tumoral (tumor precoz), el 27,4% por complicación relacionada con el tumor (sangrado/anemización u obstrucción) y el 23,5% debido a comorbilidades.

La localización más frecuente es distal (43,1%). En el 56,9% de los pacientes se realizó gastrectomía subtotal, en el 39,2% gastrectomía total.

Para la evaluación de la profundidad (T), hemos clasificado a los pacientes en dos grupos: afectación superficial (T1-T2) y afectación profunda (T3-T4). Veintisiete pacientes fueron diagnosticados mediante ecoendoscopia de tumor superficial, sin embargo, el 48,1% presentó afectación profunda en el estudio anatomopatológico. De los pacientes que fueron diagnosticados de afectación profunda mediante ecoendoscopia, en el 87,5% de los casos se confirmó este hallazgo. La ecoendoscopia presentó una alta especificidad (82%) y VPP (87,5%), sin embargo la sensibilidad (61%) y el VPN (51,8%) fueron más bajos.

Para la evaluación de la afectación ganglionar (N), se han dividido a los pacientes en dos grupos: sin afectación ganglionar (N0) y afectación ganglionar (N1/N2/N3). De los 51 pacientes, en 33 de ellos no se visualizaron ganglios afectados por ecoendoscopia, sin embargo, el 51,5% presentaron afectación ganglionar en el estudio definitivo. De los 18 pacientes con ganglios patológicos mediante ecoendoscopia, en el 88,8% se confirmó el hallazgo. La ecoendoscopia presentó alta especificidad y VPP (88,8%), con baja sensibilidad y VPP (48%).

De los 25 tumores que por ecoendoscopia fueron diagnosticados como precoces (T1-T2/N0), el 56% resultaron ser localmente avanzados (T3/T4 y/o N+).

**Conclusiones:** Según nuestros resultados, la ecoendoscopia presenta alta especificidad y elevado VPP en la estadificación locorregional para el cáncer gástrico, sin embargo, la sensibilidad y el VPN es bajo con tendencia a la infraestadificación de las lesiones. Esto supone importantes consecuencias para los pacientes ya que un 56% de los pacientes fueron infradiagnosticados mediante ecoendoscopia y por lo tanto no se beneficiaron de quimioterapia perioperatoria.

### 240122. TOMA INTRAOPERATORIA SISTEMÁTICA DE MUESTRAS DE BILIS EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. ¿ACEPTAMOS SU UTILIDAD CLÍNICA?

A Gallego Vela<sup>1</sup>, D Martínez Baena<sup>2</sup>, L Burgos Ríos<sup>1</sup>, JM Lorente Herce<sup>2</sup>, P Parra Membrives<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción:** La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es una cirugía compleja con una tasa de mortalidad del 2-3% y que asocia una morbilidad significativa. La bacterobilia, resultado de la obstrucción biliar por tumores, puede conllevar la colonización ascendente del conducto biliar y aumentar el riesgo de infecciones postoperatorias, entre ellas las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ).

Analizamos si el cultivo de bilis intraoperatorio durante una DPC podría ayudar a identificar microorganismos causales y guiar la elección de antibioterapia inicial para el tratamiento de las ISQ asociadas, lo cual podría traducirse en una reducción de la morbimortalidad de estos pacientes, estancia hospitalaria y tasa de reingresos.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo, prospectivo y unicéntrico, de todos los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica en nuestro centro, por la unidad de Cirugía Hepatobiliar, desde febrero de 2014 hasta junio de 2023, que presentaron posteriormente infección del sitio quirúrgico (ISQ). Todos los pacientes contaban con información microbiológica procedente de una muestra intraoperatoria de bilis, así como del foco de ISQ postoperatorio.

**Resultados:** Se analizaron un total de 24 pacientes. El 91.7% requirió drenaje biliar preoperatorio. El 41.7% tuvieron complicaciones leves, mientras que el 58.3% tuvieron complicaciones moderadas-graves. Durante el periodo de estudio, la pauta de profilaxis fue Cefazolina, si bien, a criterio del cirujano, se cambió ocasionalmente por Piperacilina-Tazobactan en pacientes drenados. La profilaxis fue efectiva de forma completa sólo en un 13.6% de los pacientes, cubriendo el foco de ISQ.

Un 87.5% de los pacientes obtuvo un cultivo biliar positivo. La coincidencia entre los aislamientos microbiológicos en bilis y en foco de ISQ fue total en un 50.6% y parcial en un 31.2%. Los microorganismos más frecuentemente hallados fueron: E. Coli, Klebsiella Pneumoniae, Enterobacter Cloacae y Enterococcus Faecium.

Se observó que los pacientes tratados de forma dirigida según cultivo biliar tuvieron una menor tasa de reingresos (20% vs 33%;  $p=0.537$ ) y una mayor tasa de cobertura antibiótica completa (70.8% vs.

50%;  $p=0,10$ ) que aquellos pacientes tratados según la guía empírica.

**Conclusiones:** La toma sistemática de bilis durante la duodenopancreatectomía cefálica es un procedimiento inocuo, que ofrece información valiosa, objetivándose una evidente correlación entre los gérmenes biliares y los de la infección del sitio quirúrgico. Nuestro estudio pone de manifiesto la limitación de ciertas políticas antibióticas en pacientes con bilis colonizada. Aquellos tratados según cultivo biliar, mediante antibioterapia dirigida, mostraron mejor cobertura antibiótica, menor tasa de complicaciones asociadas y menor tasa de reingresos.

### 240124. CORRELACIÓN RADIOLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA EN PATOLOGÍA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

AM Sánchez Díaz, FJ Moreno Ruiz, A Rodríguez Cañete, MC Montiel Casado, P Fernández Galeano, JL Fernandez Aguilar

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** Evaluar la correlación entre las pruebas de imagen (TC y RNM) con diagnóstico anatomopatológico definitivo en la patología suprarrenal, en un Hospital de Tercer Nivel.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen 61 pacientes sometidos a cirugía de glándula suprarrenal en el H. Regional Universitario de Málaga, desde 2017 hasta 2021.

**Resultados:** Fueron intervenidos 61 pacientes de suprarrenalectomía laparoscópica. Se intervinieron 37 mujeres (60,6%) con una media de edad de 56 años (19-69).

En cuanto al diagnóstico preoperatorio, a todos los pacientes se realizó TC. En 24 pacientes se llevó a cabo RNM.

Mediante la utilización TC, el diagnóstico predominante fue de adenoma (21), seguido de lesión indeterminada (17), feocromocitoma y mielolipoma (7), metástasis y lesiones quísticas (4) y carcinoma (1).

De aquellos pacientes a los que se le realizó RNM, el diagnóstico predominante fue adenoma, feocromocitoma y diagnóstico indeterminado con 5 casos cada uno, seguido de 3 mielolipomas, 3 metástasis suprarrenales, 2 quistes y 1 carcinoma. En cuanto a ambas pruebas complementarias, no hay discordancia.

El tipo histológico más frecuente fue el adenoma (51%), feocromocitoma (19%) y mielolipoma (11%). Menos frecuente lesiones quísticas y metastásicas (5%) y los carcinomas (3%).

En cuanto a la eficacia diagnóstica de las pruebas complementarias preoperatorias, en el 79% de los casos existe concordancia entre el diagnóstico preoperatorio y la AP.

Para el adenoma, tanto el TC como la RNM presentaron una alta especificidad (100%), con una sensibilidad menor (65,6% y 60%). En cuanto al feocromocitoma, el TC presentó una especificidad del 98%

pero su sensibilidad es del 54,5%, sin embargo, la RNM presentó mayor sensibilidad(83,3%) y especificidad(100%).

Para otras lesiones como el mielolipoma tanto en el TC como en RNM obtenemos alta sensibilidad y especificidad (100%).

En el caso de las lesiones quísticas, en el TC tenemos una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98,3%, mientras que, en la RNM, una sensibilidad del 50% y una especificidad del 95,7%.

**Conclusiones:** Según nuestros resultados existe una buena correlación diagnóstica con las pruebas de imagen (sensibilidad 80%).

El tamaño de los nódulos suprarrenales mayor a 4 cm no puede considerarse factor indicativo de malignidad.

Valores de atenuación por debajo de 10UH en TC sin contraste tiene un indicador de benignidad. Sensibilidad cercana al 100 %.

### 240126. EXPERIENCIA INICIAL EN LA EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA URGENTE DE LA VÍA BILIAR (ELUVB)

A Gallego Vela<sup>1</sup>, D Martínez Baena<sup>1</sup>, JM Lorente Herce<sup>2</sup>, G Jiménez Riera<sup>2</sup>, P Parra Membrives<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

**Introducción:** Analizamos los resultados obtenidos por parte de nuestro equipo quirúrgico en la exploración laparoscópica de la vía biliar con colecistectomía asociada (ELVB + CL) en situaciones de emergencia.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo, prospectivo y unicéntrico, de todos los pacientes sometidos a una exploración laparoscópica de la vía biliar durante los primeros años de implementación de la técnica en situaciones de urgencias. Los datos recopilados incluyen información demográfica preoperatoria, datos y hallazgos intraoperatorios, así como resultados postoperatorios. Supone la serie de casos española más grande hasta la fecha de exploraciones laparoscópicas de la vía biliar asociadas a colecistectomía en situaciones de emergencia.

**Resultados:** Se analizaron un total de 31 pacientes. La vía de abordaje utilizada en el 100% de los casos fue la transcoledociana (TCo). La mediana de edad de los pacientes intervenidos fue de 78 años (24-90). El índice de Charlson medio fue de 4 (0-10). Se realizó colangiografía intraoperatoria en 6 pacientes (19,4%) En hasta 11 pacientes (35,48%) se extrajeron más de 4 litiasis. En cuanto al cierre de la coledocotomía, 29 (93,5%) se realizaron mediante cierre primario, y los 2 restantes (6,5%) sobre stent transpapilar. En 23 pacientes (74,2%) se utilizó monofilamento como material de sutura. 27 de estos procedimientos (87,1%) fueron realizados por cirujanos miembros del staff de la unidad de HBP. Sin embargo, los 4 restantes (12,89%) fueron acometidos por residentes. Tan sólo 2 pacientes (6,5%) sufrieron complicaciones Clavien-Dindo  $\geq 3$ . Sólo 4 pacientes (12,9%) sufrieron fistulas biliares en el postoperatorio, 2 de ellas tipo A (6,5%) y otras 2 tipo B. La estancia media fue de 4 días (1-20). No se produjeron reintervenciones (0%). Sólo 1 paciente (3,2%) presentó

una litiasis residual, en cambio ningún paciente (0%) presentó litiasis recurrente. El seguimiento ha sido de 33 meses (0-77). Presentar un índice de Charlson elevado o una edad elevada, no se han asociado significativamente a presentar una complicación grave ( $p>0.05$ ). Las cirugías realizadas por residentes no asociaron una complicación grave ( $p>0.05$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados avalan el uso de la ELVB+CL en situaciones de urgencias. La ELVB transcoledociana supone un procedimiento seguro y eficaz, capaz de resolver casos complejos, con una baja tasa de morbimortalidad y complicaciones asociadas. Los resultados obtenidos son similares a nuestra propia serie electiva publicada con anterioridad, y con respecto a lo recogido en la literatura por grupos con mayor experiencia. Por tanto, se debe considerar este enfoque como una opción de primera línea en el paciente emergente con coledocolitiasis.

### 240132. LRINEC (LABORATORY RISK INDICATOR FOR NECROTIZING FASCIITIS) COMO HERRAMIENTA PRONÓSTICA EN LA GANGRENA DE FOURNIER

MÁ García Matas, C Muñoz Pérez, MI López Jiménez, M López-Cantarero García-Cervantes, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** Determinar la utilidad del score LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) como herramienta para evaluar la gravedad de los pacientes con sospecha de fascitis necrotizante, y en nuestro servicio en concreto, de los pacientes con sospecha clínica de gangrena de Fournier y que posteriormente requirieron intervención quirúrgica urgente. Asimismo, uno de los objetivos de este estudio fue determinar si existe relación entre la puntuación del score y otras variables como son el número de desbridamientos, días de estancia hospitalaria y tasa de mortalidad.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Clínico San Cecilio, analizando datos de laboratorio de 15 pacientes diagnosticados con FN entre el 26/11/22 y el 20/04/2024. Se recogieron parámetros como PCR, leucocitos, hemoglobina, sodio, creatinina, glucosa y la puntuación total del LRINEC al ingreso y después de intervenciones quirúrgicas. Se analizaron estadísticas descriptivas para determinar tendencias y correlaciones entre el score LRINEC inicial y los resultados de supervivencia.

**Resultados:** El análisis estadístico descriptivo reveló que el valor medio del score LRINEC al ingreso fue de 7.07, con una desviación estándar de 2.31. Los pacientes con un score LRINEC inicial mayor o igual a 7 mostraron una correlación con una mayor tasa de mortalidad. Además, se observó una disminución significativa del score LRINEC después de desbridamientos seriados, particularmente notable tras el primer desbridamiento.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que un score LRINEC inicial igual o superior a 7 es un marcador pronóstico independiente de letalidad y puede ser útil para identificar pacientes de alto riesgo en el contexto de FN. La disminución significativa del LRINEC tras el desbridamiento subraya la importancia de la intervención quirúrgica temprana y adecuada. Destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la FN, incluyendo reevaluaciones



Puntuación LRINEC	Días De Ingreso
9	18
10	78
8	17
9	8
6	16
9	15
6	10
10	19
10	11
6	12

**Figura 1**

LRINEC vs días de ingreso.

frecuentes y ajustes en el tratamiento basados en la evolución del score LRINEC para mejorar los resultados del paciente.

### 240134. LA ENSEÑANZA UNIVERSITARIA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS BÁSICOS A TRAVÉS DE CASOS CLÍNICOS INTERACTIVOS EN MODELOS DIGITALES SIMULADOS.

I Pizarro Lucena<sup>1</sup>, P Moreno Casado<sup>2</sup>, I Gómez Luque<sup>1</sup>, A Luque Molina<sup>1</sup>, P López Cillero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>UGC Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** Los datos arrojados tras las últimas adjudicaciones de las plazas MIR han corroborado una tendencia que llevaba años fraguándose: la cirugía ya no se encuentra entre las especialidades más demandadas. Si bien es cierto que hay múltiples causas que pueden explicar esta situación, como los extenuantes horarios o el sacrificio que exige esta profesión, no cabe duda de que la enseñanza universitaria también juega aquí un papel esencial.

Una docencia desfasada y extremadamente teórica y unas prácticas clínicas frecuentemente mermadas por el excesivo número de clausos y las limitaciones de los hospitales universitarios han relegado a la cirugía al desconocimiento de los miles de médicos que, cada año, se gradúan sin haber llegado a aprender los fundamentos y a descubrir la esencia de esta ancestral profesión.

Este proyecto persigue el objetivo de difundir y transmitir al alumnado del grado de Medicina, desde los primeros cursos, las claves de los procedimientos quirúrgicos a través de la resolución de casos clínicos simulados en modelos digitales diseñados a través de inteligencia artificial.

**Material y métodos:** Este proyecto se desarrollará en tres seminarios, de dos horas de duración, para grupos de 30 alumnos. A lo largo de estas jornadas, los alumnos resolverán un caso clínico, asumiendo el rol de un cirujano, abordando en cada sesión las distintas etapas del acto quirúrgico: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.

En cada seminario, se proyectará en una pantalla el modelo del caso clínico simulado y una serie de preguntas sobre este, a las que los alumnos deberán acceder desde sus dispositivos. Para dar respuesta a cada pregunta se abrirá un debate entre el alumnado, moderado por el profesor, quien finalmente comentará cada respuesta y los aciertos y fallos de las ideas aportadas por los alumnos.

**Resultados:** Para evaluar los resultados del proyecto, los alumnos cumplimentarán al inicio y al término de los seminarios dos encuestas. La primera de ellas recogerá preguntas sobre los procedimientos quirúrgicos básicos y servirá para valorar el conocimiento adquirido. La segunda ahondará en el interés y las inquietudes del alumnado con relación a la cirugía, para así estudiar cómo este proyecto habrá podido influir en su perspectiva en torno a esta disciplina.

**Conclusiones:** A partir de los resultados recabados, esperamos demostrar cómo un abordaje más interactivo y actualizado de la docencia universitaria puede reportar beneficios en el aprendizaje y en el interés suscitado por la cirugía entre los estudiantes de Medicina y, en definitiva, entre las futuras generaciones de médicos.

### 240138. PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE ESTADIFICACIÓN LAPAROSCOPICA PARA CARCINOMATOSIS PERITONEAL ELECTIVA E INCIDENTAL

Jl Rodríguez Mogollo, M Álvarez Aguilera, C González de Pedro, D Aparicio Sánchez, FJ Espada Fuentes, D Díaz Gómez, FJ Padillo Ruíz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** Evaluar la extensión de las metástasis peritoneales es crucial para la planificación de la intervención oncológica y así lograr una citorreducción completa. La estadificación laparoscópica complementa la información proporcionada por las pruebas de imagen y ayuda a evitar laparotomías no terapéuticas. Sin embargo, no existe un protocolo para este procedimiento que podría ayudar con la reproducibilidad y la objetividad, así como la capacidad para comparar datos entre diferentes equipos. En este sentido, se plantean los siguientes objetivos:

- Desarrollar un protocolo de estadificación para la carcinomatosis peritoneal tanto en cirugía oncológica electiva como en procedimientos incidentales.
- Mejorar la atención al paciente limitando las laparotomías no terapéuticas mediante una evaluación mínimamente invasiva del Índice de Carcinomatosis Peritoneal (PCI) y áreas de irreseccabilidad.
- Generar nuevas biopsias, muestras de citología e imágenes clínicas para la evaluación multidisciplinaria y la toma de decisiones.

**Material y métodos:** Se utilizó una lista de verificación perioperatoria para comprobar la preparación del paciente y el equipo, así como los pasos de estadificación. Se utiliza una configuración laparoscópica básica, con el paciente en supino y se insertan tres trócares en la línea media. La estadificación consta de 4 fases, detallando las 13 zonas del PCI y capturando imágenes intraoperatorias para el informe quirúrgico y la reunión multidisciplinaria posterior. La fase 1 evalúa las zonas 5-6-7 y los órganos pélvicos. La fase 2 evalúa la zona 8 y

todo el intestino delgado hasta el ángulo de Treitz (zonas 9-12). La fase 3 evalúa las zonas 0 u omental y supramesocólica, 1-3, con especial atención al hilio hepático. La fase 4 evalúa la zona 4 y obtiene muestras de biopsia y citología.

**Resultados:** Entre julio de 2023 y abril de 2024, se realizaron 14 exploraciones protocolizadas en pacientes con sospecha de alta carga de enfermedad peritoneal, evitando 8 laparotomías no terapéuticas y reduciendo la tasa de pacientes con carcinomatosis sometidos a cirugía con intención curativa hasta a 0.03% (1/27) (muy inferior a la reportada en la literatura). Las únicas causas absolutas de irreseccabilidad consideradas fueron la participación masiva de la serosa intestinal y/o el hilio hepático. La estancia postoperatoria promedio fue de un día, sin objetivarse complicaciones postoperatorias.

**Conclusiones:** Establecer un protocolo de estadificación laparoscópica para la carcinomatosis peritoneal mejora la calidad de la atención al paciente al evitar laparotomías no terapéuticas y la morbilidad asociada, así como ayudar en la toma de decisiones oncológicas multidisciplinarias. Además, permite la reproducibilidad de la exploración, minimizando la variabilidad entre cirujanos.

#### 240154. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

**P Bravo Ratón, C Fernández Holgado, FJ Almoguera González, M Socas Macías, A Senent Boza, I Alarcón del Agua**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** Analizar nuestros resultados, tanto de gastrectomía vertical como de bypass gástrico.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un análisis descriptivo de una base de datos retrospectiva de los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en Hospital Virgen del Rocío entre enero de 2019 y noviembre de 2022. Se han analizado múltiples variables entre las que destacamos las demográficas para la tipificación de la muestra, así como los resultados tanto pre como posquirúrgicos así como las complicaciones.

**Resultados:** La base de datos consta de una n=413 pacientes siendo el 71% de los intervenidos mujeres. La mediana de edad es de 48 años (21-69) siendo la mediana del peso antes de la intervención 130 kg con una media de IMC de 48 kg/m<sup>2</sup>. En el análisis de factores de riesgo cardiovascular el 53% presentaban HTA, el 37% DM y el 36% DL. Entre los resultados de las pruebas prequirúrgicas el 92.7% se ha realizado EGD previo a intervención quirúrgica identificando en un 73% hernia de hiato y un 48,4% reflujo gastroesofágico. Hemos analizado la presencia de Helicobacter Pylori presentando 97/287 (33%) resultado positivo. En términos quirúrgicos se ha realizado un 41.4% ByPass y un 51% Sleeve con un índice de conversión del 0,002% y con una mortalidad del 0%. También hemos analizado la colocación de drenaje tras intervención quirúrgica presentando en un 47,5% de los pacientes. La tasa de complicación posquirúrgica fue de 0,08% (35) siendo en su mayoría sangrado posoperatorio. A los 12 meses de seguimiento en la misma muestra el peso medio ha disminuido hasta 87,59 (48-188) y a los 24 meses de 86 kg (48-195). En el caso de

los factores de riesgo cardiovascular tras intervención quirúrgica los porcentajes han disminuido presentando 14% DM, 26.4% HTA y 20% DL.

**Conclusiones:** Presentamos una base de datos con un N elevada en un solo centro con un extenso análisis de las variables tanto demográficas como quirúrgicas y seguimiento los pacientes incluidos demostrando como la cirugía bariátrica presenta una tasa de seguridad elevada con una probabilidad pequeña de complicación. Además, vemos como los factores de riesgo disminuyen en el seguimiento a largo plazo haciendo especial hincapié en la DM de un 37% a un 14%. Además de este descriptivo estamos pendientes de completar la base de datos hasta completar 2023 para realizar un análisis comparativo entre los mayores y menores de 50 años para ver si la pérdida de peso y la tasa de complicaciones continúa la misma tendencia.

#### 240164. IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA

**R Gonzalez<sup>1</sup>, VJ Ovejero<sup>2</sup>, D Prieto<sup>3</sup>, L Diaz<sup>4</sup>, M Peix<sup>4</sup>, C Roman<sup>4</sup>, L Cañon<sup>4</sup>, D Morales<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana, Torrelavega. <sup>2</sup>Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>3</sup>Departamento Epidemiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>4</sup>Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. Los objetivos de este estudio han sido: Descripción y comparación de ambos grupos en cuanto a sexo, edad y comorbilidades. Analizar si la pandemia supuso un cambio en el tratamiento de elección de las apendicitis agudas, si hubo mayor frecuencia de apendicitis agudas complicadas en pandemia, las complicaciones postquirúrgicas durante el año de pandemia y compararlas con la del año previo.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes que acudieron entre el 1 de marzo de 2019 y el 28 de febrero de 2021 a los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) de los Hospitales Públicos de la Comunidad Autónoma de Cantabria y que fueron dados de alta con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda o plastrón apendicular. Fueron divididos en 2 grupos: pre-pandemia (del 1 de marzo de 2019 al 28 de febrero de 2020) y pandemia (del 1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021).

**Resultados:** Se incluyeron 867 pacientes (477 en pre-pandemia y 390 en pandemia). La distribución por edad fue similar (p=0,776) en ambos periodos. No se observan diferencias en la distribución de las comorbilidades entre los dos periodos (p=0,971).

En el año pre pandemia se realizó tratamiento quirúrgico al 96,4% de los pacientes. En el año de la pandemia fueron intervenidos quirúrgicamente el 96,7% y el 3,3% recibió tratamiento no quirúrgico (p=0,844). Del total de pacientes con apendicitis intervenidos, en pre-pandemia eran apendicitis complicadas el 37,6%, y en pandemia el 21,7%, diferencias estadísticamente significativas (p=0,000).

Por cada año de edad, la posibilidad de tener apendicitis aguda complicada aumenta 1,027 veces ( $p < 0,001$ ). Por cada hora que pasa, la posibilidad de tener apendicitis aguda complicada aumenta 1,007 veces ( $OR = 1,007$ ;  $IC\ 95\% 1,002-1,011$ ) ( $p = 0,005$ ). El hecho de estar en pandemia supone que la posibilidad de tener apendicitis aguda complicada aumente 2,366 veces ( $OR = 2,336$ ;  $IC\ 95\% 1,701-3,292$ ) ( $p < 0,001$ ).

Se demuestra que la duración de la cirugía influye en las complicaciones postquirúrgicas ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En el presente estudio se observa que el hecho de estar en pandemia supone que la posibilidad de tener apendicitis aguda complicada aumente 2,366 veces ( $OR = 2,336$ ;  $IC\ 95\% 1,701-3,292$ ) ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, estar en pandemia no influye en el tratamiento realizado ni en las complicaciones postquirúrgicas. En el momento actual, el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 sobre los sistemas sanitarios y los aspectos clínicos está todavía en estudio por lo que es importante conocer y analizar los acontecimientos sucedidos para mejorar la asistencia a los pacientes en caso de aparición de nuevos brotes u otras epidemias.

### 240174. CANCER DE PÁNCREAS IRRESECCABLE NO SIEMPRE ES IRRESECCABLE EN LA ERA DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO: ABCD CRITERIOS

I Pizarro Lucena<sup>1</sup>, A Luque Molina<sup>2</sup>, I Gómez Luque<sup>3</sup>, L Alcalá<sup>4</sup>, P López Cillero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Juan de Dios de Córdoba, Córdoba. <sup>3</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

<sup>4</sup>Servicio Radiodiagnóstico. Hospital San Juan de Dios de Córdoba, Córdoba.

**Introducción:** El cáncer de páncreas es una de las neoplasias más letales. Una de las razones de este fatídico pronóstico se debe a que su diagnóstico es realizado cuando la enfermedad es localmente avanzada o metastásica. Los recientes avances en quimioterapia (QT) y radioquimioterapia permiten realizar una “conversión a cirugía” de pacientes a priori no candidatos a resección. Para la selección de dichos pacientes se ha propuesto un nuevo Score denominado “ABCD” basado en cuatro ítems que de ser cumplidos nos indicarían la posibilidad de reseccionar el tumor con unas expectativas aceptables en términos de supervivencia y recurrencia. Presentamos el caso de un paciente considerado de entrada irreseccable, que tras reevaluación en comité multidisciplinar se planteó posibilidad de resección quirúrgica.

**Caso clínico:** Paciente de 58 años diagnosticado de adenocarcinoma de cabeza de páncreas localmente avanzado con afectación de vena mesentérica superior (VMS) envolviéndola en su circunferencia sin infiltración de la arteria mesentérica superior (Figura 1). En el estudio 3D se apreció una importante dilatación de la vena esplénica y la vena mesentérica inferior, con múltiples colaterales que aseguraban el flujo portal (Figura 2). Presentado en Comité de tumores multidisciplinario, tras tratamiento neoadyuvante QT y manteniéndose estable desde el punto de vista molecular, es decir

cumpliendo los criterios ABCD, se decidió resección quirúrgica. Fue sometido a duodenopancreatectomía casitotal con linfadenectomía y resección de VMS gracias a su distribución y drenaje venoso, realizando una cirugía oncológica (Figura 3). Presentó un postoperatorio sin incidencias. Siendo dado de alta en el octavo día post-operatorio. Actualmente se encuentra en tratamiento adyuvante con estabilidad de enfermedad y en período libre de enfermedad.

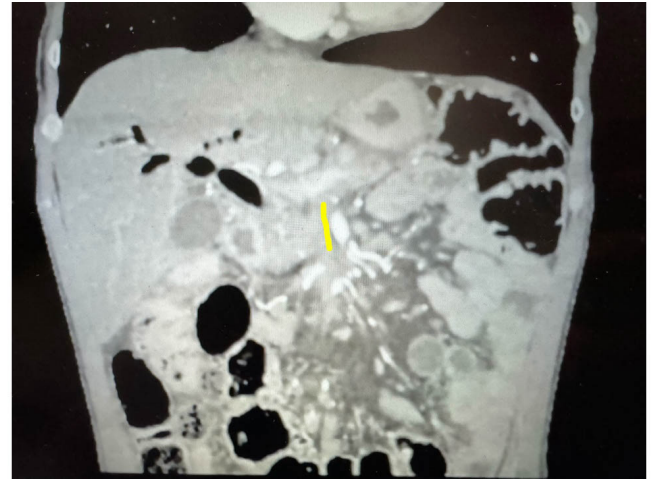


Figura 1

En la figura se aprecia la no infiltración AMS.

HT | Unidad 3D Médica

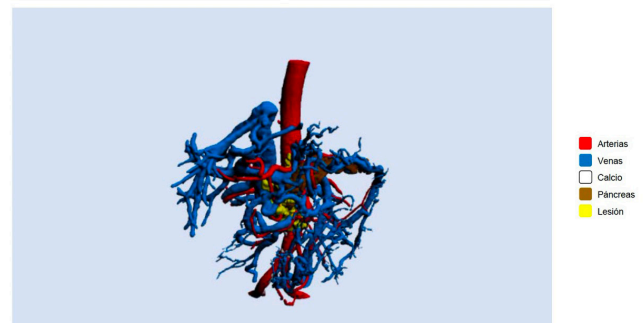
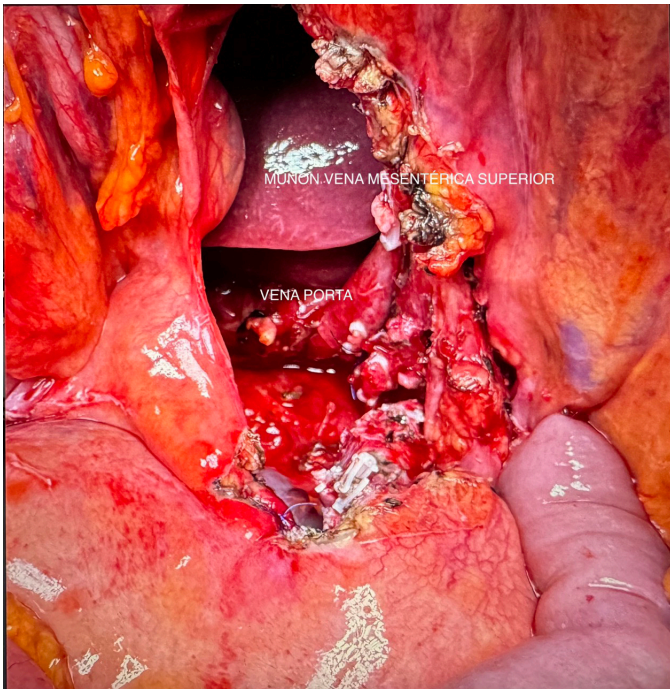


Figura 2

Estudio ·D donde se aprecia el drenaje venoso a través de la VMI.

**Discusión:** En la era actual de tratamientos multidisciplinarios los cánceres de páncreas irreseccables no deben ser considerados siempre irreseccables. Debe existir una continua comunicación en el equipo multidisciplinar y una reevaluación continua para rescatar aquellos pacientes que se puedan beneficiar del tratamiento quirúrgico. El reciente Score “ABCD” se plantea como una herramienta útil para seleccionar aquellos pacientes candidatos a conversión quirúrgica, esperando una mejora en términos de supervivencia y recurrencia; siempre combinados con tratamientos adyuvantes. Futuros estudios más amplios en este campo son requeridos para establecer la seguridad y efectividad del tratamiento quirúrgico en pacientes que inicialmente son considerados irreseccables.



**Figura 3**

En la Foto se aprecia la resección de la VMI, preservando flujo porto-esplénico.

### 240176. DESAFIANDO LA TRADICIÓN: ¿PODEMOS PRESCINDIR DEL DRENAJE EN LAS APENDICITIS AGUDAS COMPLICADAS?

**CM Águila Gordo, M López- Cantarero García- Cervantes, MB Cano Pina, MM García Bretones, J Moreno Teniente, B Mirón Pozo**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La apendicitis aguda (AA) representa una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes, afectando a todas las edades. La intervención puede realizarse mediante cirugía abierta o laparoscópica.

Se distinguen cuatro tipos: catarral, flemonosa, gangrenosa y perforada. Las dos últimas formas se agrupan dentro de las apendicitis complicadas (AC), por presentar un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

El uso de drenajes es una práctica común en el manejo de las AC. Su empleo puede incrementar el riesgo de infección del sitio quirúrgico y prolongar la estancia hospitalaria, lo que provoca un debate sobre su efectividad y seguridad.

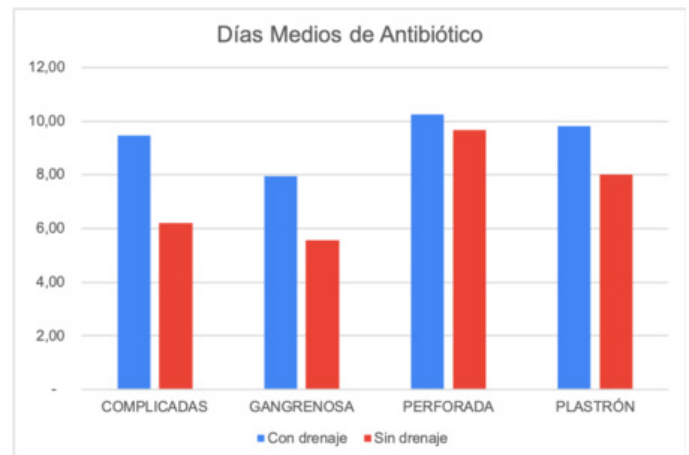
**Objetivo del estudio:** evaluar frecuencia y duración de los drenajes, duración media de antibioterapia y tasa de reingreso los 30 días posteriores al alta, para determinar si la colocación de drenajes en pacientes con AC se relaciona con mayor índice de reingresos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes intervenidos por AA mediante laparoscopia en Hospital Clínico San Cecilio de Granada, entre el 09/11/2022 a 29/11/2023. Excluyéndose

aquellos con contraindicaciones para cirugía laparoscópica o con diagnóstico incierto.

**Resultados:** Total de pacientes intervenidos: 266. De los cuales, 113 (42,48%) presentaron AC: 50 (44,24%) gangrenosas, 41 (36,28%) perforadas y 22 (19,46%) asociaban plastrón inflamatorio.

72 pacientes con drenaje; media de días hasta retirada 4 días (Gangrenosa 3, Perforada 6, Plastrón 4); duración media de antibioterapia: 9,45 días en AC con drenaje y 6,2 días en complicadas sin drenaje (Figura 1).



**Figura 1**

En cuanto al sexo en AC predominan los hombres (72) frente a 41 mujeres. La edad presenta una desviación estándar de 46 ± 19.

Se registraron 6 casos de reingreso en el grupo con drenaje por fiebre y colecciones abdominales, se manejaron conservadoramente, excepto uno que requirió drenaje quirúrgico (Figura 2).

#### REINGRESO

	Con drenaje	Sin drenaje
GANGRENOSA	3	1
PERFORADA	3	0
PLASTRÓN	0	0

**Figura 2**

**Conclusiones:** El uso rutinario de drenajes en AC puede no ser imprescindible para todos los pacientes, ya que no se observó un aumento significativo en la tasa de reingresos por colecciones intraabdominales en aquellos sin drenaje.

Esto abre la posibilidad de considerar estrategias de manejo más selectivas y personalizadas, enfocadas en reducir la morbilidad asociada al uso de drenajes sin comprometer la seguridad del paciente.

La decisión sobre la colocación de drenajes debe basarse en una evaluación individualizada.

Serían necesarios estudios prospectivos para proporcionar mayor claridad sobre las mejores prácticas en el manejo de AC, optimizando así los resultados postoperatorios y reduciendo las complicaciones asociadas.

### 240184. EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA TIROIDEA EN PACIENTES MENORES DE 20 AÑOS, ANALIZAMOS LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

**MJ Alonso Sebastián, M Fernández Baeza, I Roldán Ortíz, N Muñoz Pérez, A Becerra Massare, JM Villar del Moral**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

**Introducción:** La patología tiroidea (PT) en jóvenes, aunque infrecuente, puede impactar significativamente en su desarrollo y calidad de vida, con una prevalencia estimada del 1%-2%. Los diagnósticos más comunes incluyen tiroiditis autoinmune, bocio multinodular y neoplasias tiroideas. El objetivo de este estudio es evaluar las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la PT en menores de 20 años, así como los resultados a largo plazo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en pacientes menores de 20 años intervenidos por PT entre 2004 y 2023 en nuestro centro. Se analizaron datos demográficos, clínicos, métodos diagnósticos, tratamiento y resultados postoperatorios a corto y largo plazo. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Participaron 29 pacientes, 20 mujeres (69%) y 9 varones (31%), con una media de edad de 13,07 años (DE 3,67 años).

Las principales indicaciones quirúrgicas fueron tirotoxicosis (37,9%), malignidad (31%) y síntomas compresivos (20,7%). La citología preoperatoria se realizó en el 58,6%, diagnosticando malignidad en el 13,8% y sospecha en el 20,7%.

La mayoría de los pacientes (86,2%) se sometió a una tiroidectomía total, mientras que el 13,8% restante tuvo una hemitiroidectomía. La linfadenectomía fue necesaria en el 24,1% de los casos, principalmente por razones terapéuticas (85,7%). Solo 1 paciente (3,4%) requirió reimplantación de la glándula paratiroidea, y otro paciente sufrió daño del nervio laríngeo recurrente (3,4%).

En el postoperatorio, el 20,7% presentó hipocalcemia que requirió tratamiento con calcio oral y el 10,3% con calcio intravenoso. Al alta, el 17,2% continuaron con terapia de calcio oral y el 6,9% con vitamina D. En el 93,1% de los casos, fue necesario el tratamiento con tiroxina, mientras que el 6,9% permanecieron eutiroideos.

Histológicamente, los diagnósticos más frecuentes fueron bocio nodular (41,4%), cáncer papilar (31%) y enfermedad de Graves (20,7%). Tras 20 años de seguimiento, solo 1 paciente (0,03%) continúa en tratamiento por carcinoma medular de tiroides. El resto de los pacientes están en remisión y el paciente con parálisis recurrente se recuperó por completo.

**Conclusiones:** La mayoría de los casos presentaron patología benigna (bocio multinodular), seguido de carcinoma papilar. Se logró un alto porcentaje de remisión a largo plazo con mínimas complicaciones, comparado con otras series similares. Estos hallazgos destacan la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo integral para mejorar los resultados clínicos en este grupo de pacientes. Futuros estudios deberían enfocarse en evaluar intervenciones quirúrgicas específicas y su impacto.

### 240187. MANEJO URGENTE DE HERIDA DE ARMA DE FUEGO EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO CON MÚLTIPLES LESIONES INTRAABDOMINALES

**T Vergara Morante, MP Chas Garibaldi, MÁ García Matas, MS Zurita Saavedra, B Mirón Pozo**

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** Las heridas por arma de fuego son lesiones poco habituales en nuestro medio. Su uso en agresiones ha ido descendiendo excepto en los casos de violencia de género. Presentamos el caso de una agresión de estas características.

**Caso clínico:** Mujer de 36 años que acude a Urgencias un 24 de diciembre tras recibir un disparo con arma de fuego efectuado por su pareja, con orificio de entrada a nivel de noveno espacio intercostal izquierdo, trayectoria cráneo-caudal intrabdominal, y sin orificio de salida. Se realiza estabilización inicial y un TC abdominal que informa de laceración esplénica anteroinferior grado III de la AAST y laceración renal izquierda con hematoma perirrenal posterior, ambos con dudosos signos de sangrado activo, hemo-neumotórax izquierdo, hemoperitoneo moderado, fractura costal izquierda, y persistencia del proyectil en tejido celular subcutáneo dorsal a nivel de L1-L2.

Se realizó laparotomía exploradora urgente en la que se realizó esplenectomía parcial inferior y control hemostático, respetando el hilio esplénico. La exploración de cara posterior gástrica evidenció perforación transmural por quemadura, no diagnosticada mediante prueba de imagen, que se reparó mediante sutura primaria. Urología decidió un manejo conservador de la lesión renal. No se afectó parénquima pulmonar, y la hemorragia ese encontraba en relación con la fractura costal y el trayecto transdiafragmático. Se colocó tubo de tórax y se reparó el defecto diafragmático. Extracción del proyectil por contraindicación en región dorsal derecha a nivel de L1-L2.

**Discusión:** Las lesiones por proyectiles se deben tanto al mecanismo directo en su trayectoria como al mecanismo indirecto de quemadura, siendo estas últimas complejas de diagnosticar. En caso de no realizarse intervención quirúrgica, es necesaria la vigilancia estrecha durante las primeras 48-72h.

La violencia de género ha ocasionado una media de 59,2 (SD=9,4) víctimas mortales al año los últimos 20 años. Ante una víctima de violencia de género, se deberá realizar no solo tratamiento de las lesiones, sino también cumplimentarse partes de lesiones judiciales, trasladar el caso a las autoridades, ofrecer recursos psicológicos y de gestión de caso sociales, y facilitar el acceso a las opciones judiciales disponibles.



Figura 3

TC.

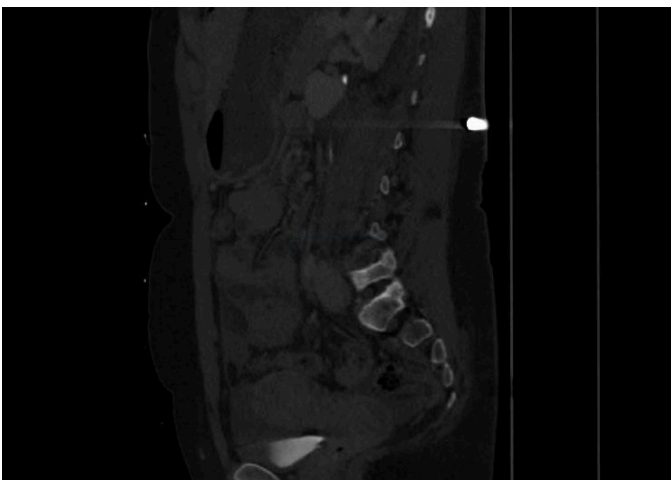


Figura 3

Proyectil.

- En politraumatismos estables con lesiones torácicas y abdominales concomitantes, el cirujano debe apoyarse en las pruebas complementarias para decidir el orden de abordaje y la necesidad de toracotomía.
- Las lesiones descritas en el TAC hacían razonable pensar que se podían resolver ambas por un único abordaje abdominal
- El cirujano debe estar actualizado en el manejo integral y recursos disponibles ante casos de Violencia de Género

### 240188. SHOCK HEMORRÁGICO POR COLECISTITIS AGUDA HEMORRÁGICA PERFORADA: UN CASO DE MANEJO EMERGENTE POR VÍA LAPAROSCÓPICA

T Vergara Morante, A Nania, MÁ García Matas, B Mirón Pozo

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La colecistitis aguda hemorrágica se entiende como una complicación grave, aunque infrecuente de la colecistitis aguda con una tasa de mortalidad elevada. Se han descrito casos en los que la hemorragia puede provocar cambios necróticos en la vesícula biliar, con perforación de la misma y hemoperitoneo, pudiendo causar cuadros de shock hemorrágico si no se realiza control adecuado urgente.

**Caso clínico:** Mujer de 86 años que es llevada a Urgencias por debilidad y rápido empeoramiento del estado general. A la primera valoración, la paciente se encontraba hemodinámicamente inestable con TA:80/40mmHg y FC:120lpm, fiebre de 38,2°C, y clínicamente presentaba somnolencia, náuseas y dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho con irritación peritoneal generalizada.

Nivel de hemoglobina de 6mg/dL y elevación de RFA; junto con hallazgo en angio-TC de colecistitis hemorrágica perforada con severo hemoperitoneo asociado y signos de sangrado activo peri e intravesicular (Figura 1). Valorada la paciente por la UCI y tras una nueva inestabilización hemodinámica, se decidió intervención quirúrgica de carácter emergente.

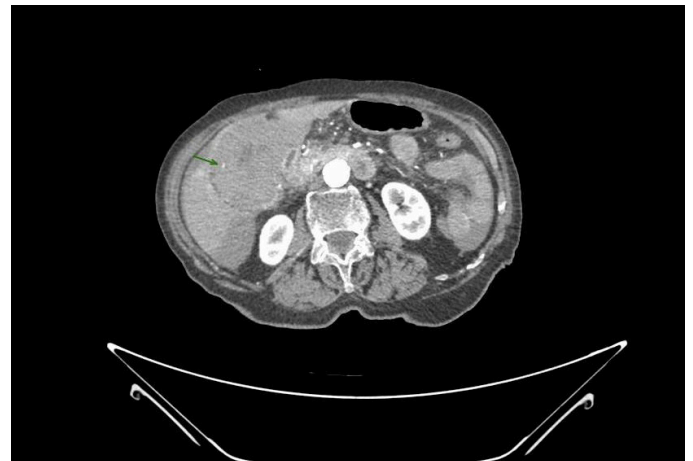


Figura 1

TC.

Se realizó un abordaje laparoscópico evidenciando gran hemoperitoneo, con aspiración inicial de unos 600mL de líquido hemático. Se evidenció una colecistitis gangrenosa y perforada, con varios puntos de sangrado intraluminal y perivesiculares, realizando colecistectomía laparoscópica cuidadosa y electrocauterización del lecho quirúrgico que consigue el control del sangrado activo.

La paciente estuvo 48h en la Unidad de Reanimación sin nuevos signos de sangrado activo y con mejoría paulatina del estado general tras precisar intraoperatoriamente le uso de vasoactivos y la transfusión de dos concentrados de hematíes, plaquetas y factores de coagulación. Tras una semana de hospitalización, la paciente fue dada de alta a domicilio.

**Discusión:** La colecistitis aguda hemorrágica es un cuadro agudo, provocado por hemorragia en las paredes internas de la vesícula biliar causada por inflamación y erosión de la mucosa provocadas por el cuadro agudo. Aunque existen pocos casos en la literatura, está

descrita una alta mortalidad. La realización de angio-TC con contraste intravenoso es de gran importancia a la hora de evaluar el sangrado activo mediante extravasación de contraste. El tratamiento indicado para su manejo consiste en realizar colecistectomía urgente junto con medidas de soporte vital avanzado y la administración precoz de antibioterapia empírica.

-La colecistitis aguda hemorrágica es un cuadro de emergencia en el cual la colecistectomía urgente es el tratamiento curativo

-Deberá sospecharse en pacientes con colecistitis aguda que presentan rápida inestabilización hemodinámica y marcado descenso de los valores de hemoglobina.

### 240189. USO DEL COLGAJO DE ROTACIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN TRAS EXÉRESIS DE METÁSTASIS DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CAVIDAD ORAL

**T Vergara Morante, M Alcaide Lucena, S de Reyes Lartategui, B Mirón Pozo**

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** El colgajo de rotación es una herramienta para la exéresis de lesiones de mayor tamaño o por la localización no permitan un cierre primario. Se presenta un caso de un paciente con una lesión de partes blandas de 6 cm de diámetro que por la localización no permite el cierre directo.

**Caso clínico:** Varón de 74 años con antecedente de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas en el triángulo retromolar izquierdo cT4N2b irresecable tratado con radioterapia y un ciclo de quimioterapia concomitante con cisplatino etopósido que finalizó tras toxicidad grado 3 (hematológica y digestiva). Actualmente con progresión ósea, hepática y ganglionar con indicación de tratamiento con quimioterapia paliativa.

Derivado a nuestra consulta por aparición de lesión excrecente torácica de rápido crecimiento en región preesternal con captación en PET sospechosa de lesión metastásica. Por el aumento de tamaño y ulceración se indica resección de la lesión, que por el crecimiento rápido a la valoración previa a la cirugía precisa de reconstrucción con colgajo de rotación.

Se realiza exéresis completa de la lesión con márgenes adecuados y reconstrucción con colgajo de rotación izquierdo. AP: metástasis de carcinoma neuroendocrino con un tamaño de 5,6x5,6 cm siendo todos los márgenes libres, estando el más próximo a 0,1 cm siendo el posterior. Muestra positividad para sinaptofisina, cromogranina, CK20 y INSM1.

Durante el seguimiento, el paciente presentó buena evolución de la herida quirúrgica, con leve epidermólisis en la zona más craneal de la herida sin dehiscencia de la herida. No hubo asimetría torácica, ni desplazamiento de los CAP.



**Figura 1**  
Primera valoración, 2cm.



**Figura 2**  
Lesión el día de la intervención, 6cm.



**Figura 3**  
Colgajo de rotación.

**Discusión:** El diagnóstico definitivo de lesiones de partes blandas en pacientes con antecedente de cáncer se realiza mediante biopsia y estudio anatomopatológico. En aquellos casos en los

que la lesión presenta una sintomatología florida, la biopsia escisional debe imponerse sobre la incisional.

El colgajo de rotación es una técnica que permite la cobertura primaria del lecho quirúrgico con mínima movilización de los tejidos adyacentes y respetando la vascularización cutánea correspondiente del segmento afecto. Es una técnica indispensable para el cirujano en las situaciones que el cierre primario no pueda realizarse por la localización o tamaño de la lesión.

Para realizar esta técnica, debe diseñarse el colgajo dependiendo de la vascularización del dermatoma principal afecto, respetando los vasos de mayor entidad; e incluso en casos donde se plantea un colgajo de gran tamaño estaría indicada la realización de angiografía selectiva.

### 240193. IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE URGENCIAS. ¿MEJORA LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA?

**PJ Madroñal Escribano, MJ Alonso Sebastián, A Ron García, M Mogollón González, M Ibáñez Rubio, JM Villar del Moral**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

**Introducción:** La colecistitis aguda (CA) supone una de las primeras causas de abdomen agudo en nuestro medio, representando el 5% de las consultas en urgencias por dolor abdominal. En 2023, en nuestra población, tuvo una prevalencia de 51.7 / 100.000 habitantes.

La creación de unidades de cirugía de urgencias (UCU), basadas en el modelo “Acute Care Surgery”, mejora los datos de morbilidad y estancia hospitalaria en pacientes ingresados de urgencia en las unidades de cirugía general. La aplicación de protocolos estandarizados y la subespecialización de sus integrantes justifican los resultados.

Pretendemos evaluar la influencia de la implementación de una UCU respecto al manejo de los pacientes con diagnóstico de CA y su impacto en cuanto a morbilidad, estancia hospitalaria y tasa de reingreso.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico sobre una cohorte de pacientes que ingresaron con diagnóstico CA entre enero-2021 y diciembre-2023. Se recogieron datos demográficos, de tratamiento (cirugía vs tratamiento antibiótico y/o colecistostomía) y de seguimiento. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes, las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico empleamos el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 719 pacientes, 253(35,2%) manejados por el equipo de guardia (EG) y 466(64,8%) por la UCU.

La siguiente tabla muestra el análisis comparativo realizado entre ambos grupos (**Tabla 1**):

	EQUIPO DE GUARDIA (n=253)	UNIDAD DE URGENCIAS (n=466)	P-valor
EDAD	68(54-79)	74(61-84)	<0,001
SEXO			0,714
Mujer	105(41,5%)	200 (42,9%)	
Varón	148(58,5%)	266(57,1%)	
ANTICOAGULACIÓN	24(9,5%)	96(20,6%)	<0,001
ÍNDICE CHARLSON ICC			0,03
< 5	172(68%)	264(56,7%)	
≥ 5	81(32%)	202(43,3%)	
GRADO COLECISTITIS			0,107
I	131(51,8%)	212(45,5%)	
II-III	117(46,2%)	245(52,6%)	
TRATAMIENTO			<0,001
Quirúrgico	230(90,9%)	279(59,9%)	
Conservador	23(9,1%)	187(40,1%)	
CLAVIEN DINDO:			0,147
I-II	213(89,1%)	394(88,5%)	
III	13(5,4%)	37(8,3%)	
IV	13(5,4%)	14(3,1%)	
EXITUS	10(4%)	27(5,8%)	0,286
REINGRESO	21(8,3%)	66(14,2%)	0,021
TOTAL DIAS INGRESO	4(2-6)	6(3-8)	<0,001

**Tabla 1**  
Análisis comparativo entre la unidad de urgencias y el equipo de guardia.



Asimismo, teniendo en cuenta solo los pacientes sometidos finalmente a cirugía en ambos grupos (n=509), el análisis comparativo entre el EG y la UCU no mostró diferencias estadísticamente significativas respecto a la vía de abordaje (p=0,509), tasa de conversión a cirugía abierta (p=0,404), lesiones de vía biliar (p=0,395) o reintervenciones (p=0,263) (Tabla 2).

	EQUIPO DE GUARDIA (n=230)	UNIDAD DE URGENCIAS (n=279)	P-valor
ABORDAJE Laparoscopia Abierta	215(93,4%) 15(6,6%)	262(93,9%) 17(6,1%)	0,509
TASA DE CONVERSIÓN	18(7,8%)	24(8,6%)	0,404
LESIÓN DE VÍA BILIAR	4(1,7%)	3(1,1%)	0,395
REINTERVENCIÓN	7(3%)	5(1,8%)	0,263

**Tabla 2**

Análisis comparativo entre la unidad de urgencias y los equipos de guardia en cuanto al manejo de los pacientes en los que se decide un manejo quirúrgico.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la UCU manejó de manera global pacientes más complejos con edades más avanzadas e ICC más elevado. Pese a mostrar una tasa mayor de reingresos y de estancia hospitalaria, los índices de morbimortalidad fueron equiparables en ambos grupos.

Por todo ello creemos que la implementación de una UCU en las unidades de cirugía general puede tener un impacto positivo en los resultados de los pacientes que ingresan por CA.

## 240195. VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL. UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

LC Hinojosa Arco<sup>1</sup>, S Mansilla Díaz<sup>1</sup>, J Roldán de la Rúa<sup>1</sup>, R Gómez Pérez<sup>1</sup>, JM García Almeida<sup>2</sup>, MÁ Suárez Muñoz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>UGC Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** La valoración del estado nutricional es indispensable en pacientes que van a ser intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica (DPC), con el objetivo de realizar una adecuada prehabilitación si fuera necesario. Además, los cambios anatómicos y fisiológicos ocasionados por la intervención hacen que sea interesante valorar la evolución nutricional tras la misma, considerando posibles diferencias según el tipo de anastomosis pancreática. Para ello, surge el concepto de evaluación morfofuncional mediante bioimpedancia eléctrica para conocer datos acerca de la composición corporal y el ángulo de fase.

**Material y métodos:** Se presenta un estudio retrospectivo analizando el estado nutricional preoperatorio y su relación con las complicaciones postoperatorias en 70 pacientes intervenidos de DPC, así como su evolución a largo plazo considerando el tipo de anastomosis pancreática. Se incluyeron las siguientes variables para valorar el estado nutricional:

- Ángulo de Fase (AF): parámetro que analiza la bioimpedancia eléctrica para el diagnóstico de malnutrición, relacionado a su vez con el pronóstico clínico;
- Body Cell Mass (BCM): masa celular metabólicamente activa involucrada en el consumo de O<sub>2</sub>, producción de CO<sub>2</sub> y gasto energético;
- Appendicular skeletal muscle mass (ASMM): masa muscular apendicular;
- Albúmina.

**Resultados:** La incidencia de complicaciones severas (Clavien>3A) fue del 14%. Este grupo de pacientes presentaba unos valores inferiores de AF, BCM y ASMM (5.2, 23.3, 18.9) respecto a los que presentaron complicaciones de menor gravedad (5.3, 25.6 y 20.8). La albúmina preoperatoria no fue un marcador útil para predecir complicaciones. Por otro lado, en el sexto mes postoperatorio, los valores de AF, BCM y ASMM en pacientes con pancreatoyunostomía fueron 5, 26 y 20.2 y en pacientes con pancreatogastrotomía fueron 4.9, 25.5 y 18.9 (diferencias no significativas). Al comparar estos valores con la situación preoperatoria, vemos como todos ellos presentan una mejoría del estado nutricional.

**Conclusiones:** De acuerdo a nuestros resultados, la valoración morfofuncional del estado nutricional preoperatorio puede ser una herramienta útil para predecir el desarrollo de complicaciones en la DPC. Los pacientes intervenidos de DPC presentan una mejoría de la situación nutricional desde el punto de vista morfofuncional a los 6 meses de la intervención independientemente del tipo de anastomosis.

## 240206. DESAFIANDO LAS GUÍAS TOKYO: ¿ESTAMOS SUBESTIMANDO EL BENEFICIO DE LA CIRUGÍA URGENTE EN LA COLECISTITIS AGUDA?

MJ Alonso Sebastián, PJ Madroñal Escribano, A Ron García, M Mogollón González, S Ercoreca Tejada, MC Olvera-Porcel, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

**Introducción:** La colecistitis aguda (CA) es una patología frecuente, que requiere intervención quirúrgica en la mayoría de los casos. Para decidir si un paciente puede beneficiarse del tratamiento quirúrgico, o si es preferible realizar un manejo conservador, se publicaron las guías Tokyo en 2018 (TG18), que suponen una actualización a las publicadas en 2013. En ellas se recomienda un enfoque conservador frente al tratamiento quirúrgico en pacientes con un índice de comorbilidad de Charlson (ICC) ≥5, entre otros criterios, considerándose que a partir de este punto se sobrepasa el riesgo quirúrgico asumible.

El objetivo de nuestro estudio es analizar si los pacientes con ICC ≥ 5 se beneficiarían del tratamiento quirúrgico frente al conservador, medido en términos de morbimortalidad y estancia hospitalaria.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional y unicéntrico, que incluyó pacientes con diagnóstico de CA ingresados entre enero 2021- diciembre 2023.

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney y T de Student para variables cuantitativas, chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas, según correspondiera. Se consideró significativo un  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 719 pacientes, de los cuales 283 (39,4%) presentaron un ICC  $\geq 5$ . De ellos, 142 (50,1%) fueron sometidos a cirugía urgente y 141 (49,8%) casos fueron tratados de forma conservadora (antibióterápia +/- colecistostomía).

La **tabla 1** resume las principales variables analizadas estratificadas.

CHARLSON $\geq 5$			
Tratamiento	QUIRÚRGICO (n=142)	CONSERVADOR (n=141)	P-valor
<b>Edad</b>	81 (52,9%)	82 (59,1%)	<b>0,006</b>
<b>Sexo</b>			
- Hombre	92 (64,8%)	74 (52,5%)	<b>0,040</b>
- Mujer	50 (35,2%)	67 (47,5%)	
<b>Anticoagulación</b>	33 (23,2%)	59 (41,8%)	<b>0,001</b>
<b>Grado CA</b>			
- I	59 (41,5%)	52 (36,9%)	0,467
- II-III	82 (57,7%)	88 (62,4%)	
<b>CA complicada</b>	9 (7,5%)	35 (21,5%)	<b>0,001</b>
<b>Clavien-Dindo</b>			
- I-II	112 (86,8%)	106 (85,5%)	0,677
- III	9 (7%)	12 (9,7%)	
- IV	8 (6,2%)	6 (4,8%)	
<b>Exitus</b>	8 (6,7%)	28 (17,2%)	<b>0,009</b>
<b>Días ingreso</b>	5 (3-9)	7 (5-11)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Reingreso</b>	16 (11,3%)	28 (19,9%)	<b>0,046</b>

**Tabla 2**

Tabla en la que se resumen las principales variables analizadas estratificadas.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la cirugía continúa siendo una opción beneficiosa en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda y un ICC  $\geq 5$ , en contraposición a las recomendaciones actuales de las guías de Tokyo actualizadas en 2018.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de una evaluación individualizada en la toma de decisiones sobre el manejo de la CA en pacientes con comorbilidades significativas, y justifican la búsqueda de nuevos parámetros que puedan optimizar el algoritmo terapéutico inicial a llevar a cabo con este tipo de pacientes.

## 240209. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DEL PET COLINA COMO PRUEBA DE LOCALIZACIÓN DE ENFERMEDAD PARATIROIDEA

**I Roldán Ortiz, MJ Alonso Sebastian, M Fernández Baeza, N Muñoz Pérez, A Becerra Massare, JM Villar del Moral**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario se caracteriza por la elevación de la hormona paratiroidea (PTH), siendo la cirugía la única opción curativa definitiva. Una vez indicada la cirugía, es fundamental localizar la glándula paratiroidea patológica. La negatividad o discrepancia en las pruebas de primera línea (ecografía y gammagrafía Tc-99m MIBI) requiere imágenes más precisas para reducir la probabilidad de exploración cervical bilateral o reintervención.

Evaluar la validez del PET-Colina como prueba diagnóstica para la localización de la enfermedad paratiroidea en pacientes con hiperparatiroidismo primario.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico en una unidad de Cirugía Endocrina de un Hospital Regional, incluyendo pacientes consecutivos sometidos a paratiroidectomía entre enero de 2020 y abril de 2023. Se excluyeron aquellos con datos insuficientes y seguimiento postoperatorio inferior a seis meses. Se recopilaron datos demográficos, bioquímicos, quirúrgicos, anatomopatológicos y hallazgos intraoperatorios

**Resultados:** De 194 paratiroidectomías, 59 cumplieron los criterios de inclusión, el 89,77% eran mujeres (47 pacientes), con una media de edad de 60,25 años (DE  $\pm 11,269$ ) y un peso promedio de 78,232 kg (DE  $\pm 18,80$ ). En cuanto a los datos preoperatorios, 22 pacientes (37,3%) presentaban hipercalcemia sintomática, de los cuales 6 (10,2%) tenían osteoporosis. La media de calcio preoperatorio fue de 11,10 mg/dL (DE  $\pm 0,62$ ) y la mediana de PTH fue de 189,715 pg/ml (DE  $\pm 25,32$ ).

A todos los pacientes se les realizó ecografía cervical y SPET MIBI, detectando adenoma paratiroideo en el 36,1% (13 pacientes). Las indicaciones para solicitar PET colina fueron:

- En 35 pacientes (61,7%) no se encontraron hallazgos en la ecografía ni en el SPET MIBI.
- En 16 pacientes (44,4%) hubo discrepancia entre la ecografía y el SPET MIBI sobre la presencia de enfermedad paratiroidea.
- En 3 pacientes (5,08%) hubo discordancia sobre el lado de la paratiroides patológica.

	Sensibilidad para detectar enfermedad por paciente	Sensibilidad para detectar enfermedad multiglandular por paciente
Ecografía	44,9%	33,3%
Gammagrafía MIBI	41,3%	0%
PET colina	89,90%	44,4%

**Tabla 1**

Tabla de sensibilidad de pruebas.

El PET colina evidenció enfermedad paratiroidea en 56 pacientes (94,9%). Se realizó exploración cervical bilateral en 35 pacientes (59,3%). El porcentaje de curación a los seis meses de la cirugía fue del 100%, con una media de calcio de 9,60 mg/dl (DE  $\pm 0,46$ ). La sensibilidad de las pruebas de localización se describe en la tabla 1.

**Conclusiones:** El PET-Colina 18F ha demostrado ser un estudio anatómico y funcional de alta sensibilidad en pacientes con

hiperparatiroidismo primario cuyos estudios de primera línea son negativos o discrepantes.

## 240211. COLECISTITIS AGUDA EVOLUCIONADA: ¿CUÁNDO DEBEMOS DESAFIAR LAS GUÍAS?

**A Ron García<sup>1</sup>, MJ Alonso Sebastián<sup>1</sup>, PJ Madroñal Escribano<sup>1</sup>, M Mogollón González<sup>1</sup>, S Ercoreca Tejada<sup>1</sup>, B Espadas Padial<sup>1</sup>, MC Olvera Porcel<sup>2</sup>, J Villar del Moral<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Servicio Matemática aplicada y estadística. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

**Introducción:** La colecistitis aguda (CA) es una patología frecuente que presenta desafíos clínicos significativos debido a su propensión a desencadenar complicaciones graves.

Las guías de práctica clínica consideran la duración de los síntomas, la gravedad de los hallazgos clínicos y radiológicos y la presencia de complicaciones, factores clave a la hora de determinar la estrategia terapéutica más adecuada.

Analizar la eficacia del tratamiento quirúrgico frente al conservador en pacientes con CA con tiempo de evolución  $\geq 4$  días respecto a estancia hospitalaria, morbimortalidad y reintegro hospitalario.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico sobre una cohorte de pacientes con diagnóstico de CA ingresados entre enero 2021-diciembre 2023. Se incluyeron los pacientes con clínica de evolución  $\geq 4$  días. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes, las cuantitativas mediante su mediana y rango intercuartílico. Se hizo uso para el estudio estadístico del Test de U-Mann Whitney para variables cuantitativas, el Chi cuadrado y test de Fisher para variables cualitativas. Se estableció como significativo una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron un total de 719 pacientes de los cuales 198 (27,5%) presentaban un tiempo de evolución  $\geq 4$  días.

Las diferencias entre ambos grupos se muestran en la siguiente tabla (**Tabla 1**):

**Conclusiones:** En nuestro estudio, aquellos pacientes con CA y clínica  $\geq 4$  días de evolución respondieron de forma más favorable al tratamiento quirúrgico que aquellos tratados de forma conservadora con una disminución significativa de la morbimortalidad, estancia hospitalaria y reintegro. Los pacientes tratados de forma conservadora presentan una mayor media de edad, mayor tasa de anticoagulación y, en general, de comorbilidades; por ello, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la individualización del tratamiento para poder ofrecer un mayor beneficio clínico a los pacientes con diagnóstico de CA evolucionada.

TRATAMIENTO	QUIRURGICO (n= 128)	CONSERVADOR (n= 70)	p
Edad	64 (25-94)	73 (31-98)	<0,001
Anticoagulación	11 (8,59%)	20 (28,57%)	<0,001
Antiagregación	15 (11,72%)	11 (15,71%)	0,426
Plastrón inflamatorio	5 (3,9%)	10 (14,3%)	0,011
Grado CA			
- I	35 (30,2%)	6 (8,7%)	<0,001
- II	74 (63,8%)	47 (68,1%)	
- III	7 (6%)	16 (23,2%)	
Clavien Dindo			
- I-II	78 (90,7%)	38 (76%)	0,073
- III	6 (7%)	9 (18%)	
- IV	2 (2,3%)	3 (6%)	
Días de ingreso	5 (1-9)	11 (1-28)	<0,001
Reingreso	5 (3,91%)	14 (20%)	<0,001
Exitus	1 (0,78%)	8 (11,43%)	0,042

**Tabla 1**