



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**LIBRO**

**DE**

**COMUNICACIONES**



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Sánchez-Lauro Mtnez, M*

**Dirección:** *Zorrilla, 5*

**C. Postal:** *35005*      **Ciudad:** *Las Palmas*

**e-mail:** *mmsanmar@gobiernodecanarias.org*

<b>TITULO:</b>	<b>RABDOMIOLISIS EN EL POSTOPERATORIO DE PACIENTE SUPER-SUPEROBESA</b>
<b>AUTORES:</b>	Sánchez-Lauro Mtnez, M.; Martín Cabrera, J.A.; Fdez Quesada, C; Nogués Ramia, E.; Porta, J.; Alonso, A.; Espiga, E.; Roque, C.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hptal.Gral. Universitario Dr. Negrín (Dr. Hdez Romero)
<b>Abstract</b>	<b>Introducción:</b> La rabdomiolisis es un síndrome clínico y bioquímico causado por la necrosis de las fibras musculares y liberación de las proteínas intracelulares en la circulación sistémica, dando lugar a complicaciones metabólicas varias y a un posible fallo renal renal agudo. Los obesos mórbidos presentan un elevado riesgo postoperatorio, que es directamente proporcional a su IMC y al tiempo operatorio, entre otros factores.
<b>Tipo presentación</b>	<b>Material y Métodos:</b> Mujer de 28 años con un IMC de 104 kg/m2, (peso 280 kg y talla 1'64 m) a pesar de habersele realizado una gastroplastia de Mason a los 15 años. Se le practica un bypass gástrico distal más colecistectomía y eventrorrafia con descarga en la vaina de los rectos. La intervención tuvo una duración de 5 horas, durante las cuales las pérdidas hemáticas fueron de 700-800 ml de sangre. La principal complicación anestésica fué la intubación, que se realizó con fibrobroncoscopio y la paciente despierta, se extubó a las 8 horas tras finalizar la operación. En el postoperatorio inmediato (menos de 24 horas) refiere dolor intenso en región lumbar, oliguria, alteración del potasio, fósforo, calcio y elevación importante de las cifras de CPK y creatinina, cuyos niveles alcanzaron los 39.020 U/L y 2'6 mg/dl respectivamente. La paciente fue diagnosticada de rabdomiolosis. Se procede a hidratación intensa, administración de diuréticos del asa, manitol y alcalinización de la orina, consiguiendo que las cifras mejoren significativamente a partir del quinto día, sin requerir diálisis. Su estancia en la unidad de reanimación fue de 7 días y se inició la tolerancia en el quinto día postoperatorio.
<b>Diapos: __</b>	
<b>Cañón: <u>X</u></b>	
<b>Vídeo: __</b>	
<b>Fecha límite:</b>	
<b>20-Ene-06</b>	
	<b>Conclusiones:</b> 1. El diagnóstico y tratamiento temprano de la rabdomiolisis es fundamental para que el cuadro clínico sea reversible. 2. Se deben determinar los niveles de CPK de forma sistemática en el postoperatorio de los pacientes obesos mórbidos y de forma estricta en aquellos que presenten factores de riesgo condicionantes para el desarrollo de fallo renal agudo. 3. El tiempo quirúrgico reducido así como el acolchamiento de la región lumbar y glútea son importantes medidas de prevención.

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *J. A. Ramírez Felipe*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica San Roque. Las Palmas*

**C. Postal:**                      **Ciudad:** *Las Palmas*                      **e-mail:** *jarf@telefonica.net*

TITULO:	<b>PREVENCION DE LA HEMORRAGIA Y FUGA GASTROYEYUNAL EN EL BY-PASS GASTRICO LAPAROSCOPICO.</b>
AUTORES:	J. Ceballos Esparragon, J. A. Ramírez Felipe, E. Lagunas Lostao, J. De Tomás Palacios, F. Mínguez García y F. Ortega Santana.
HOSPITAL:	Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica San Roque. Las Palmas.
Abstract	<b>Introducción:</b> La hemorragia postoperatoria aguda y la fuga en la anastomosis gastro-yeyunal son complicaciones temidas en la cirugía bariátrica. Su diagnóstico y tratamiento, no obstante, representan un dilema quirúrgico, debido principalmente a los riesgos asociados con la endoscopia postoperatoria temprana.
Tipo presentación	<b>Objetivos:</b> Valorar la seguridad y eficacia de la práctica sistemática de la endoscopia alta intraoperatoria realizada por el cirujano para el diagnóstico de la hemorragia aguda y fuga en la anastomosis gastroyeyunal del by-pass gástrico laparoscópico.
Diapos: __	<b>Material y Métodos:</b> 188 pacientes fueron sometidos a Bypass gástrico laparoscópico en un periodo de 48 meses. A partir del caso nº 27, a todos los pacientes se les realizó endoscopia alta intraoperatoria para detectar y tratar hemorragia aguda y fugas en la anastomosis gastroyeyunal. Los pacientes con endoscopia patológica fueron elegidos para revisión exhaustiva.
Cañón: <u>X</u>	<b>Resultados:</b> En 20 pacientes se evidenció una hemorragia aguda en la anastomosis gastroyeyunal. La hemorragia fue en jet en todos los casos. En 18 pacientes se controló la hemorragia con infiltración de adrenalina y en 2 casos se controló con argón. En 9 pacientes se detectó fuga en dicha anastomosis durante la endoscopia que se solucionó con sutura manual en el mismo abordaje laparoscópico. No se evidenciaron complicaciones de la endoscopia y existió recidiva en el sangrado en 1 caso y en 3 casos se presentó sangrado en el postoperatorio no detectado en la endoscopia intraoperatoria como activo, por infravaloración de la misma en los primeros casos de la serie, en los últimos 50 casos no hay ninguna hemorragia postoperatoria. No se han producido fugas de la anastomosis en el postoperatorio que se corroboran con tránsito intestinal con Gastrografín a las 24 hrs. El tiempo medio de la endoscopia fue de 10 minutos.
Vídeo: __	<b>Conclusiones:</b> La endoscopia alta intraoperatoria realizada por el cirujano y bajo visión directa con laparoscopia, es un método seguro para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia aguda postoperatoria y fugas en la anastomosis gastro-yeyunal del by-pass gástrico laparoscópico.
Fecha límite: 20-Ene-06	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
**27 y 28 de Enero de 2006**

**Primer comunicante:** *J. A. Ramírez Felipe*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica San Roque.*

**C. Postal:**                      **Ciudad:** *Las Palmas*                      **e-mail:** *jarf@telefonica.net*

<b>TITULO:</b>	<b>EL VACIAJE GANGLIONAR D2 EN EL CANCER GASTRICO POR LAPAROSCOPIA.</b>
<b>AUTORES:</b>	J. A. Ramírez Felipe, J. Ceballos Esparragon, E. Lagunas Lostao, J. De Tomás Palacios, F. Minguez García y F. Ortega Santana.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica San Roque. Las Palmas.
<b>Abstract</b>	<b>Introducción:</b> La incidencia de cancer gastrico en nuestro medio presenta una clara disminución y su tratamiento quirúrgico mantiene en la actualidad las dudas de si el vaciaje ganglionar D1 es suficiente.
<b>Tipo presentación</b>	<b>Objetivos:</b> Demostrar que es factible y seguro el vaciaje D2 en el cancer gástrico abordado por laparoscopia.
<b>Diapos: __</b>	<b>Material y Métodos:</b> Se presenta en forma de video como se puede realizar la misma con diferentes técnicas de disección.
<b>Cañón: __</b>	<b>Conclusiones:</b> El vaciaje ganglionar D2 es factible por laparoscopia con igual seguridad y eficacia que en la Cirugía Abierta.
<b>Vídeo: <u>X</u></b>	Presentacion Video pero en formato Ordenador mediante Powerpoint (se precisa Cañón con resolucion XGA)
<b>Fecha límite:</b> 20-Ene-06	



# VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía

Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** Palacios Fanlo, María José

**Dirección:** Fuente de Santa Cruz, 3,

**C. Postal:** 38003

**Ciudad:** Santa Cruz de Tenerife

**e-mail:** mjpala@hotmail.com

<b>TITULO:</b>	<b>RESECCIÓN ESOFÁGICA TRANSHIATAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA: EXPERIENCIA INICIAL</b>
<b>AUTORES:</b>	<b>Palacios Fanlo MJ</b> , Alonso González M, Díaz Mejías JG, Moneva Arce ME, Del Pino Monzón JM, Gambra Michel LE, Padilla Quintana J, Hernández Hernández G, Cuesta Valentín MA*, Soriano Benítez de Lugo A.
<b>HOSPITAL:</b>	<b>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Ntra. Sra de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. *Department of Surgerv. Vrije Universiteit Medical Center. Amsterdam</b>
<b>Abstract</b>	<p><b>INTRODUCCIÓN:</b> La resección del esófago sigue siendo la única terapia curativa del cáncer de esófago con tasas de supervivencia a los 5 años de tan sólo el 18%. Una de las desventajas del abordaje convencional es la elevada tasa de morbilidad especialmente debida a las complicaciones pulmonares. La resección esofágica minimamente invasiva (abordaje por toracoscopia-laparoscopia en tumores de esófago medio y abordaje laparoscópico transhiatal en los tumores de la unión gastroesofágica) es una alternativa a la cirugía tradicional y permite reducir la morbilidad preservando los principios oncológicos. En la actualidad, existe una enorme expansión en estos abordajes debido a la estandarización de la técnica operatoria, la experiencia de los cirujanos en los procedimientos laparoscópicos, la mejora del aparato laparoscópico, una mejor técnica anestésica y una adecuada selección de los pacientes.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Presentar la experiencia inicial de nuestro servicio en la resección esofágica transhiatal asistida por laparoscopia (LP). Describimos los detalles técnicos de la intervención quirúrgica (video) así como los resultados clínicos.</p> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b> Durante el periodo de 1 año han sido intervenidos en nuestro servicio 5 pacientes mediante esofagectomía transhiatal asistida por laparoscopia; 5 varones de edad media 62,5 años (rango 56-70). El diagnóstico preoperatorio fue de adenocarcinoma (3 casos) y displasias severas sobre esófago de Barrett (2 casos, ambos con carcinoma in situ en la pieza de resección). Todos ellos fueron estudiados mediante gastroscopia, tránsito esófago-gástrico, TC tóraco-abdominal, fibrobroncoscopia. 2 de los pacientes neoplásicos recibieron tratamiento QT neoadyuvante.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> No hubo ninguna conversión a cirugía abierta. Durante la técnica quirúrgica se realizó una adecuada disección esofágica hasta sobrepasar las venas pulmonares con inclusión del tejido linfograso periesofágico y ambas pleuras adyacentes. En todos ellos se elaboró la plastia gástrica con suturas mecánicas. La anastomosis cervical esófago-gástrica se realizó de forma manual en 4/5 casos y mecánica en 1. En 3 de ellos (60%) se realizó piloroplastia. A todos ellos se les colocó yeyunostomía de alimentación. El tiempo quirúrgico medio fue de 312 minutos (300-390). Las pérdidas sanguíneas medias oscilaron entre 200-300 ml. Ningún paciente requirió transfusión sanguínea intra o en el postoperatorio. La estancia media en la unidad de reanimación post-quirúrgica fue de 1,5 días (1-3). La estancia media postoperatoria fue de 22,6 días (16-25). No hubo mortalidad postquirúrgica (1 mes). Entre las complicaciones, hubo 4 pacientes con fistula cervical que fue resuelta de forma conservadora, 1 evisceración que precisó intervención quirúrgica y una parálisis recurrencial izquierda en un paciente con obesidad mórbida. Un paciente presentó dificultad en el vaciamiento de la plastia gástrica que requirió dilatación endoscópica del piloro y dos pacientes presentaron estenosis de la anastomosis esófago-gástrica que requirieron dilataciones endoscópicas con buen resultado funcional. 2 pacientes recibieron tratamiento complementario adyuvante (uno RT postoperatoria y otro QT) Después de un seguimiento medio de 7 meses (1-12 meses) están vivos 4 de los 5 pacientes. Los 2 pacientes con carcinoma in situ sobre esófago de Barrett están asintomáticos, y de los 3 pacientes con adenocarcinomas, 2 están vivos, libres de enfermedad después de un seguimiento de 8 y 9 meses respectivamente. 1 paciente falleció a los 6 meses de la intervención después de desarrollar una fistula traqueo-esofágica post-RT con resultado de sobreinfección respiratoria de repetición, neumonía por aspiración y éxitus.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> En nuestra experiencia inicial, la resección esofágica transhiatal asistida por laparoscopia ha permitido una perfecta visualización del esófago durante la disección mediastínica y se ha mostrado como un procedimiento seguro, con un mínimo sangrado y una estancia corta en cuidados intensivos. Creemos que la esofagectomía transhiatal asistida por laparoscópica es un procedimiento que puede ser desarrollado con seguridad en nuestros hospitales. Para conseguir unos resultados óptimos es necesario una adecuada selección de los pacientes y un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo del cáncer esofágico y en los procedimientos laparoscópicos.</p>
<b>Tipo presentación</b>	
<b>Diapos:</b> __	
<b>Cañón:</b> <u>X</u>	
<b>Vídeo:</b> __	
<b>Fecha límite:</b> 20-Ene-06	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: jmargom@telefonica.net

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



## VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía Corralejo - Fuerteventura 27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** Acosta Mérida MA

**Dirección:** Servicio Cirugía General – Hospital Universitario G.C. Dr. Negrín

**C. Postal:** 35020    **Ciudad:** Las Palmas    **e-mail:** maacosta03@yahoo.es

<b>TITULO:</b>	<b>ISQUEMIA MESENTERICA. ¿SE PUEDE RECONOCER A PRIORI LA NECROSIS INTESTINAL MASIVA?</b>
<b>AUTORES:</b>	Acosta Mérida MA, Alonso Alvarado A, Marchena Gómez J, Roque Castellano C, Rodríguez Méndez A, Cruz Benavides F, Hernández Navarro JA, Hernández Romero JM.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario G.C. Dr. Negrín. Las Palmas.
<b>Abstract</b>	<p><b>Introducción.-</b> La sospecha de necrosis intestinal en un paciente con isquemia mesentérica es indicación absoluta de cirugía. Una vez realizada la laparotomía, muchos pacientes presentan necrosis masiva. En un determinado tipo de pacientes, muy ancianos y debilitados, su reconocimiento preoperatorio podría evitar la laparotomía. Presentamos un estudio que analiza los factores preoperatorios relacionados con necrosis masiva.</p>
<b>Tipo presentación</b>	<p><b>Pacientes y método.-</b> Fueron estudiados 155 pacientes, 88 hombres y 67 mujeres, edad media 71,9 años (DE±13,6; IC95%:69,7-74), intervenidos quirúrgicamente por isquemia mesentérica durante un periodo de 15 años en nuestra institución. Se recogieron las variables demográficas, antecedentes personales, síntomas clínicos, tiempo de espera y hallazgos de laboratorio y se analizó si se relacionaban o no con la presencia de necrosis masiva intestinal, pacientes en los que no se les practicó ningún gesto quirúrgico. Se empleó el test de Ji-Cuadrado o el test exacto de Fisher en caso de variables categóricas y el test de la U de Mann Withney en caso de variables numéricas. Para identificar los factores pronósticos independientes se utilizó un modelo de regresión logística. Se consideró como nivel de significación una <math>p &lt; 0,05</math> y como medida de riesgo la OR, con su correspondiente IC95%.</p>
<b>Diapos: __</b>	
<b>Cañón: _x_</b>	
<b>Vídeo: __</b>	
<b>Fecha límite:</b>	
<b>20-Ene-06</b>	<p><b>Resultados.-</b> De los 155 pacientes, 48 (31%) presentaron necrosis masiva (IC95%:23,4-38,6). Se relacionaron con la necrosis masiva las variables edad (<math>p=0,04</math>), ingesta previa de digoxina (<math>p=0,01</math>), shock (<math>p=0,009</math>), Hb&gt;16 gr% (<math>p=0,02</math>), hiperamilasemia (<math>p &lt; 0,001</math>), acidosis (<math>p=0,012</math>) y también la alcalosis (<math>p=0,048</math>). No se relacionaron el sexo, antecedentes de diabetes, HTA, cardiopatía, isquemia periférica, antiagregantes, fiebre, peritonismo, dolor abdominal, distensión abdominal, leucocitosis, parámetros de la bioquímica general e iones y el tiempo de espera. De éstos, fueron factores pronósticos independientes de necrosis la presencia de shock (OR=3,4; IC95%:1,1-10), Hb&gt;16gr% (OR=6; IC95%:1,6-22,8) e hiperamilasemia (OR=4,2; IC95%:1,5-12,2).</p>
	<p><b>Conclusiones.-</b> Entre los pacientes intervenidos por isquemia mesentérica, como mínimo un 25% presenta necrosis masiva. La existencia de shock, Hb&gt;16 gr% y/o hiperamilasemia son predictores de necrosis masiva</p>

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: jmargom@telefonica.net

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



## VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía

Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Mari Cruz Correa*

**Dirección:** *C/ El Cano Edificio Alcotán 6-4. Radazul.*

**C. Postal:**                    **Ciudad:** *El Rosario. Radazul (Tenerife)*    **e-mail:** *marycruzcorrea@yahoo.es*

TITULO:	<b>OBESIDAD Y LAPAROSCOPIA COLORECTAL</b>
AUTORES:	Mari Cruz Correa, Yaiza Hernández, Iván Arteaga, Angel Carrillo
HOSPITAL:	Servicio Cirugía General. Hospital Universitario Canarias. La Laguna (Tenerife)
Abstract	<b>Introducción.-</b> Evaluar los resultados de la laparoscopia colorectal en pacientes con índice de masa corporal (IMC) superior a 30.
Tipo presentación	<b>Método.-</b> Entre Enero del 2003 y Enero del 2005 fueron intervenidos en nuestro centro 96 pacientes de cáncer colorectal. Según la vía de abordaje utilizada y el IMC de los pacientes éstos quedaron divididos en grupos: laparoscopia con $IMC \geq 30$ (lap $\geq 30$ ) con 23 pacientes, laparoscopia con $IMC < 30$ (lap $< 30$ ) con 36 pacientes, cirugía abierta con $IMC \geq 30$ (open $\geq 30$ ) con 17 pacientes y cirugía abierta con $IMC < 30$ (open $< 30$ ) con 20 pacientes. La asignación al tipo de cirugía se realizó de forma no dirigida. Recogimos prospectivamente datos sobre las variables clínicas de los pacientes.
Diapos: __	<b>Resultados.-</b> Obtuvimos una menor estancia hospitalaria (7,78 vs 11,35% ; p: 0,02) y una tasa de transfusiones inferior (17 vs 41% ; p: 0,004) en el grupo de pacientes obesos intervenidos por laparoscopia. Registramos una mayor tasa de conversión (17 vs 8%; p:0,04) en los pacientes obesos. No hubo diferencias en el resto de variables perioperatorias de los pacientes operados por laparoscopia independientemente de su IMC.
Cañón: <u>X</u>	<b>Conclusión.-</b> Los pacientes obesos tuvieron una mejor recuperación postoperatoria cuando fueron intervenidos por laparoscopia a expensas de una mayor tasa de conversión.
Vídeo: __	
Fecha límite: 20-Ene-06	



## VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía Corralejo - Fuerteventura 27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Eva Nogués Ramía*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Dr. Negrín*

**C. Postal:**                      **Ciudad:** *Las Palmas*                      **e-mail:** *emnogues@hotmail.com*

<b>TITULO:</b>	<b>Cáncer de Recto por vía laparoscópica en el Hospital Dr. Negrín. Experiencia y resultados iniciales de la técnica. ¿Lo estamos haciendo bien?</b>
<b>AUTORES:</b>	Eva Nogués Ramía, Carlos Fdz.Quesada, Cristina Roque Castellano, M <sup>a</sup> Mar Sánchez-Lauro M. , Ayaya Alonso Rguez., Alvaro Rguez.Méndez, Joaquín Marchena Gómez, Gonzalo Gómez Guerra
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. G.C.
<b>Abstract</b>	Presentamos nuestros resultados iniciales de la patología oncológica del Recto por vía laparoscópica con la presentación de un vídeo. Se recogen los datos hospitalarios de los últimos 3 años con 87 pacientes, intervenidos de forma consecutiva, por el mismo equipo quirúrgico. 22 casos (25%) eran Recto Alto, 39 casos (45%) Recto Medio y 26 casos (30%) Recto Bajo. La edad media fue 64 años (43-82) con un 61% de varones (53) y un 39% de mujeres (34).; Asa I: 22% (19), Asa II: 51% (44), Asa III: 24% (21), Asa IV: 2% (2). La técnica quirúrgica ha sido la estándar aceptada por la Sección de Cirugía Endoscópica de la A.E.C. con 5 trócars de punción, disección medial y "No Touch", seguida de mini-incisión de Pfannestield para extracción de pieza y cabezal del Stapler, con anastomosis mecánica trans-anal., salvo en el caso de Hartman y Amputación AP. Se aplicó disección con Electro-bisturí en 14 casos (16%), disector Ultrasónico en 66 casos (76%) y sellador-Ligasure en 7 casos (8%). La hemostasia de arteria Mesentérica Inferior se logró con Endograpadora en 72 casos (83%), Clips en 14 casos (16%) y Ligasure en 1 caso. El tiempo quirúrgico medio fue de 180 minutos (120-320) siendo mejor en el recto medio (150) con respecto al recto superior (190) y recto bajo (205). Las pérdidas sanguíneas fueron 155 cc (30-1300) e igualmente menores en recto medio (91) que en recto superior (170) y en recto bajo (220). Se practicaron en Recto Superior 19 Resecciones Ant. Altas y 3 Hartman (paliativas), en recto Medio practicamos 36 Resecciones Bajas con escisión total de mesorrecto y 1 Hartman. En recto bajo practicamos 18 Amputaciones AP, 1 Hartman (paliativo) y 7 Resecciones anteriores Ultrabajas. Se dejaron 13 ileostomías en asa de protección para cierre diferido entre 6-12 semanas sin ninguna complicación al cierre. Tuvimos 3 reconversiones (2%) 1 por dificultad técnica, 1 por sangrado excesivo y otra por apertura incidental del recto. El inicio de Peristalsis estuvo de media en 38 hrs.(24-72) y la Tolerancia oral de media se inició a las 60 hrs. (24-96). La Estancia media de la serie fue de 10 días (5-27) siendo en Recto Alto de 9, Recto medio de 6 y Recto Bajo de 12. En cuanto a complicaciones postoperatorias a destacar, señalaremos: Infección de herida quirúrgica en 14 casos (16%), Infección respiratoria severa en 5 pacientes (4%), Absceso residual intraabdominal en 2 casos (2%) que se resolvieron con punción por ECO y tuvimos 7 casos de Fuga anastomótica que precisaron reintervención ( 2 de ellas por Relaparoscopia), practicándose en todas ellas lavados y Colostomía Terminal salvo en 2 casos que se resolvieron con drenajes e ileostomía en asa. De las 5 colostomías se han reconstruido 2 de ellas. En cuanto al estudio Histológico: tamaño medio de la pieza quirúrgica ha sido de 21 cms.(15-36) y el número de ganglios obtenidos ha sido de 14 (5-42) siendo en Recto alto 14 (5-25), en Recto medio 17 (8-32) y en Recto inferior 16 (9-42). Estadio I: 7 casos (8%), Estadio II: 34 casos (39%), Estadio III: 36 casos (41%) y Estadio IV: 10 casos (12%).
<b>Tipo presentación</b> <b>Diapos:</b> __ <b>Cañón:</b> <u>X</u> <b>Vídeo:</b> __	<b>Conclusiones :</b> A falta del seguimiento por el poco tiempo de inicio de la técnica, debemos concluir que la Resección laparoscópica del cáncer de recto es factible, segura e incluso mejora algunos estándares de la cirugía clásica, por lo que estamos esperanzados con la misma, a la espera de los resultados oncológicos de los estudios multicéntricos que se llevan a cabo.
<b>Fecha límite:</b> 20-Ene-06	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



## VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía Corralejo - Fuerteventura 27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Mª Mar Sánchez-Lauro Martínez*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Dr. Negrín.*

**C. Postal:**                      **Ciudad:** *Las Palmas*

**e-mail:** *mmsanmar@gobiernodecanarias.org*

TITULO:	<b>Anastomosis ileo-cólica extracorpórea versus intracorpórea en la Colectomía dcha por laparoscopia. Un debate no aclarado.</b>
AUTORES:	Mª Mar Sánchez-Lauro Martínez, Eva Nogués Ramia, Cristina Roque Castellano, Carlos Fdez.Quesada, Alvaro Rguez. Méndez, Joaquín Marchena Gómez, Gonzalo Gómez Guerra.
HOSPITAL:	Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas.
Abstract	Hemos recogido un total de 45 casos de colectomías derechas oncológicas Laparoscópicas, realizadas por un mismo grupo de cirujanos en los últimos 2 años de forma electiva y consecutiva, para evaluar algunos resultados primarios en base a si la anastomosis tras resección de la pieza se hizo intracorpórea (AIC) o extracorpórea (AEC) según método clásico, cosa que se valora poco en la literatura. El grupo de pacientes fue homogéneo en cuanto a edad (70 años (42-92)) y Sexos 36% de varones (16) y 64% de Mujeres(29), realizando en los primeros 16 pacientes, sección de ileon, colon y anastomosis extracorpórea mecánica por incisión subcostal dcha.(12-15 cms). En el resto de pacientes (29) hemos optado por sección y anastomosis mecánica intracorpórea y extracción posterior de la pieza quirúrgica por mini-incisión de 5 cms. En FID o Pfannestiel (3 casos). En ambos grupos la disección de colon se ha seguido según estándar francés (Se aporta vídeo de 6 minutos) con 5 trócars y disección medial (31% Electrobisturí, 27% Ligasure y 42% Ultracision) realizando la ligadura de vasos con Endograpadora en todos los casos salvo en 2 que se usaron clips. El tiempo quirúrgico en el grupo de AEC fue algo menor: 146 minutos (105-180) que en el grupo de AIC: 160 minutos (100-210), con una pérdida de sangre similar: 80 cc (50-200) y en ningún caso existió reconversión. El inicio de peristalsis en el grupo AIC (44 hrs.) fue inferior (Medio día ) al grupo de AEC (58 hrs) y la tolerancia oral también fue anterior con 24 hrs. De diferencia: AIC a las 48 hrs. Versus AEC a las 72 hrs. En cuanto a complicaciones postoperatorias durante el ingreso, fueron superiores en los casos de AEC con 4 casos de infección de herida quirúrgica (25%) y un cuadro severo de Neumonía ante solo 3 casos de infección en el grupo AIC (10%) lo cual creemos significativo, al igual que el tamaño de pieza resecada: 21 cms.(15-35) en AEC versus 25 cms (15-40) en AIC. Igualmente se obtuvieron más ganglios en el grupo de AIC: 22 (10-25) que en el grupo AEC 18 (9-25) probablemente porque en el grupo de AIC existieron 3 casos de resección cólica ampliada a mitad del transversal por neoplasias de ángulo hepático. La estancia hospitalaria fue menor en el grupo de AIC 6 días (4-10) que en grupo de AEC: 7 días (5-14). <b>Conclusiones:</b> La AIC conlleva menor estancia hospitalaria, menos costes, menor infección de herida, mejor confort del paciente, menor dolor (más pequeña la herida e infraabdominal), mejores resultados estéticos, posibilitando la colectomía ampliada y mejor cierre del ojal mesentérico, por lo que somos firmes defensores de dicha técnica. Se precisa un mayor número de casos para valoración estadística del método.
Tipo presentación Diapos: __ Cañón: __ Vídeo: <u>X</u>	
Fecha límite: 20-Ene-06	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
**27 y 28 de Enero de 2006**

**Primer comunicante:** *Hernández Hernández Juan Ramón*

**Dirección:** *Portal Raul Contreras, 3 – At. K*

**C. Postal:** 35011

**Ciudad:** Las Palmas

**e-mail:** *jurahh@yahoo.es*

<b>TITULO:</b>	<b>OBSTRUCCION INTESTINAL POR CCR: TRATAMIENTO CON PROTESIS AUTOEXPANDIBLE Y CIRUGIA PROGRAMADA.</b>
<b>AUTORES:</b>	Hernández Hernández JR, Montesdeoca Cabrera D, García Plaza G, Vega Benítez V, Pérez Alonso E, Gutiérrez Giner I, Núñez Jorge V.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Insular G.C. Las Palmas.
<b>Abstract</b>	Se estudian 42 pacientes intervenidos en nuestro Hospital durante el período de Enero/2000 a Octubre/2005 que acudieron a Urgencias por presentar clínica de obstrucción intestinal baja caracterizada por ausencia de emisión de heces y gases.
<b>Tipo presentación</b>	Se realiza la metodología diagnóstica siguiente realizándose Rx de tórax y abdomen, enema opaco y/o rectocolonoscopia. Como estudios de extensión, cuando la cirugía se realizaba de forma programada, marcadores tumorales y ECO/TAC abdominal.
<b>Diapos: __</b>	
<b>Cañón: _x_</b>	
<b>Vídeo: __</b>	La distribución según el diagnóstico topográfico fue: Ca de colon descendente (9 casos), Ca de colon sigmoide (22 casos) y Ca de recto superior (11 casos). La cirugía realizada de urgencias fue intervención de Hartmann (15 casos), colostomía descendente (3 casos) y lavado preoperatorio + anastomosis primaria (9 casos). Así mismo de forma programada se pudieron intervenir 14 pacientes a los cuales se les colocó una endoprótesis autoexpandible de urgencias resolviéndose el cuadro oclusivo y permitiendo realizar la cirugía de forma programada.
<b>Fecha límite:</b>	Como complicaciones de la técnica tuvimos 1 caso de imposibilidad de colocación y 1 caso de perforación intestinal que requirió tratamiento quirúrgico de urgencias.
<b>20-Ene-06</b>	<b>Conclusiones:</b> la colocación de una endoprótesis autoexpandible en casos de obstrucción intestinal baja por neoplasia de recto superior, colon sigmoide y descendente es una técnica bien tolerada y que evita la cirugía de urgencias en un porcentaje interesante consiguiendo un rápido alivio de la sintomatología.

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** Roque Castellano C

**Dirección:** Servicio Cirugía General – Hospital Universitario G.C. Dr. Negrín

**C. Postal:** 35020    **Ciudad:** Las Palmas    **e-mail:**

TITULO:	<b>OPERACIÓN DE HARTMANN. PREVALENCIA Y FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA DECISION DE RECONSTRUIR EL TRANSITO EN NUESTRO MEDIO.</b>
AUTORES:	Alonso Alvarado A, Roque Castellano C, Rodríguez Méndez AX, Marchena Gómez J, Nogués Ramía E, Acosta Mérida MA, Gómez Guerra G, Hernández Romero JM.
HOSPITAL:	Servicio Cirugía General. Hospital Universitario G.C. Dr. Negrín. Las Palmas.
Abstract	<b>Introducción.-</b> La operación de Hartmann se considera como uno de los procedimientos más utilizados para el tratamiento quirúrgico de la patología del colon izquierdo complicada. Sin embargo, su principal inconveniente es que, por diversas razones, la reconstrucción del tránsito se obvia en un alto porcentaje de pacientes. Presentamos nuestros resultados con este tipo de cirugía.
Tipo presentación	<b>Pacientes y método.-</b> Se analizó retrospectivamente una muestra de 162 pacientes que fueron sometidos a operación de Hartmann entre 1997 y 2004 en nuestra institución. Se recogieron como variables la edad, el sexo, escala de riesgo anestésico (ASA), patología de base (neoplasia vs no neoplasia), prevalencia de reconstrucción del tránsito, así como estancia postoperatoria, mortalidad perioperatoria y complicaciones en este último procedimiento. Asimismo se recogió la supervivencia a largo plazo, analizándose mediante el test de Kaplan-Meier. Para comparar variables categóricas se utilizó el test de $X^2$ y para comparar variables cuantitativas se utilizó el test de la U de Mann-Whitney.
Diapos: __	<b>Resultados.-</b> La edad media fue 68,7 años (DE±14,9; IC95%:66,4-71), 104 hombres (64,2%) y 58 mujeres (35,8%) (p<0,001); 4 pacientes eran ASA I (2,5%), 59 pacientes (36,4%) ASA II, 72 pacientes (44,4%) ASA III y 27 casos (16,7%) ASA IV; 76 casos (46,9%) eran neoplásicos y 86 pacientes (53,1%) no neoplásicos. La mortalidad de la operación de Hartmann fue 20,4% y la estancia mediana 17 días. Se reconstruyeron 42 (25,9%). El tiempo medio hasta la reconstrucción fue 13,3 meses. La estancia mediana del procedimiento de reconstrucción fue 13,50 días, la mortalidad 0% y se complicaron 23 casos (54,8%). No hubo dehiscencia de sutura. La probabilidad de estar vivo a 1, 3 y 5 años fue de 64,1%, 50,4% y 44,3% respectivamente. La reconstrucción del tránsito se practicó de forma estadísticamente significativa y con mayor frecuencia en los pacientes hombres (p=0,003), no neoplásicos (p=0,004), de menor edad (p=0,001) y menor riesgo anestésico (p=0,009).
Cañón: _x_	<b>Conclusiones.-</b> La operación de Hartmann conlleva una alta mortalidad y, en nuestro medio, una escasa proporción de reconstrucciones del tránsito, especialmente en pacientes hombres, neoplásicos, ancianos y de alto riesgo anestésico.
Vídeo: __	
Fecha límite:	
20-Ene-06	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: jmargom@telefonica.net

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
**27 y 28 de Enero de 2006**

**Primer comunicante:** *J. A. Ramírez Felipe*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica San Roque.*

**C. Postal:**                      **Ciudad:** *Las Palmas*                      **e-mail:** *jarf@telefonica.net*

TITULO:	<b>ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO POR LAPAROSCOPIA EN EL CÁNCER DE RECTO.</b>
AUTORES:	J. A. Ramírez Felipe, J. Ceballos Esparragon, E. Lagunas Lostao, J. De Tomás Palacios, F. Mínguez García y F. Ortega Santana.
HOSPITAL:	Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica San Roque. Las Palmas.
Abstract	<b>Introducción:</b> La incidencia de cancer rectal en nuestro medio presenta un claro aumento y su tratamiento quirúrgico por Laparoscopia es cada vez mas aceptado. La excisión total del mesorecto es uno de los hitos del tratamiento quirurgico.
Tipo presentación	<b>Objetivos:</b> Demostrar que es factible y segura la excisión total del mesorecto en el cancer de recto abordado por laparoscopia.
Diapos: __	<b>Material y Métodos:</b> Se presenta en forma de video como se puede realizar la misma con diferentes técnicas de disección.
Cañón: __	<b>Conclusiones:</b> La Excisión Total del Mesorecto es factible por laparoscopia con igual seguridad y eficacia que en la Cirugía Abierta.
Vídeo: <u>X</u>	Presentacion Video pero en formato Ordenador mediante Powerpoint (se precisa Cañón con resolucion mínima de XGA)
Fecha límite: 20-Ene-06	



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Hernández Morales A*

**Dirección:** *C/Fernandez Navarro, 36. 2º Iz Viv 5*

**C. Postal:** 35003      **Ciudad:** *Sta. Cruz Tenerife*

**e-mail:** *alejandrohdez@terra.es*

TITULO:	<b>IMPOSIBILIDAD PARA LA EXTRACCIÓN DE UN TUBO DE KEHR: COMPLICACIÓN INUSUAL RESUELTA MEDIANTE ANGIO-RADIOLOGÍA.</b>
AUTORES:	Hernández Morales A., Delgado Plasencia L., López-Tomassetti Fernandez, E. M., Díaz Romero F., Carrillo Pallares A.
HOSPITAL:	Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Canarias. Tenerife.
Abstract	<b>Introducción.-</b> El tubo en “T” de Kehr tiene como indicaciones actuales en la cirugía de las vías biliares, por una parte tutorizar la vía biliar una vez ésta ha sido abierta para su exploración-limpieza, evitando así estenosis secundarias a la cicatrización; y por otra parte, descomprimir la vía biliar en los casos de ictericia obstructiva secundaria a cálculos residuales en el interior de la vía biliar. Otra indicación posible es la realización de colangiografías intraoperatorias de control. Sin embargo, la utilización de los tubos de Kehr no está exenta de complicaciones, llegando a plantearse en determinados casos la relación riesgo-beneficio de su utilización.
Tipo presentación Diapos: __ Cañón: __ Vídeo: __	<b>Material y método.-</b> Presentamos un caso clínico de paciente varón intervenido de coledocolitiasis a quien se le realizó colecistectomía con revisión de vías biliares, dejándose tubo de Kehr en vía biliar. En el postoperatorio, en el momento de la extracción del tubo se evidencia imposibilidad para su retirada. En ese momento se plantearon 2 posibilidades terapéuticas de cara a su extracción: 1) Reintervención Quirúrgica. 2) Radiología Intervencionista. Dado que en nuestro Hospital contamos con un experimentado Servicio de Radiología Intervencionista, se optó por la segunda opción extrayéndose el tubo con éxito evitando así una reintervención quirúrgica con las consecuencias que ello conlleva.
Fecha límite: 20-Ene-06	<b>Conclusiones.-</b> La utilización del tubo de Kehr conlleva una serie de riesgos-beneficios a la hora de su utilización en cirugía de las vías biliares. Actualmente la Radiología Intervencionista desempeña un papel importante en el manejo de las complicaciones de los tubos de Kehr, evitando en un número importante de casos reintervenciones quirúrgicas

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Concepción Martín, Vanessa*

**Dirección:** *Bernardino Seman nº 3*

**C. Postal:** 38005

**Ciudad:** *Santa Cruz de Tenerife*

**e-mail:** *mdvana@terra.es*

<b>TITULO:</b>	<b>HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE HEPATICO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE CON UN PRONÓSTICO INCIERTO.</b>
<b>AUTORES:</b>	<b>Autores:</b> <u>Concepción V.</u> , Barrera M, Moneva ME, Varona A, Méndiz J, Sanz P, Chocarro C, Palacios MJ, González PE, Pérez A, Soriano A.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.
<b>Abstract</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> El hemangioendotelioma epitelioide hepático es un tumor raro en el adulto, de etiología desconocida y origen vascular. Suelen cursar asintomáticos o con síntomas poco específicos y con frecuencia su diagnóstico es casual. La lesión suele ser múltiple, afecta a ambos lóbulos hepáticos y su tamaño es muy variable. La evolución es imprevisible y letal en el 50% de los pacientes. La extirpación quirúrgica de la lesión y el trasplante hepático son las opciones terapéuticas más útiles.
<b>Tipo presentación</b>	<b>CASOS CLÍNICOS</b> Presentamos tres pacientes tratados en nuestro servicio entre marzo de 1999 y abril de 2005 por presentar LOES hepáticas con diagnóstico anatomopatológico de hemangioendotelioma epitelioide hepático.
<b>Diapos: __</b>	<b>Caso 1:</b> Paciente mujer de 52 años, con dolor leve en hipocondrio derecho y pruebas funcionales hepáticas normales, que en el estudio de imagen mediante ecografía y TC abdominal se objetivan LOES hepáticas en segmento V, segmento II y segmento I de 2, 1,5 y 1 cm de tamaño respectivamente, con estudio de extensión negativo y sin evidencia de tumor primario extrahepático. Se realiza intervención quirúrgica realizando resecciones de dichas lesiones con márgenes oncológicos amplios (mayores de 1 cm) con 3 periodos de isquemia fría, sin necesitar transfusión ni intra ni en el postoperatorio.
<b>Cañón: <u>X</u></b>	<b>Caso 2:</b> Paciente mujer de 61 años de edad, con molestias abdominales inespecíficas que en el estudio diagnóstico (TC Y RNM) se evidenció la presencia de 1 masa hepática de 5x4cm sugestiva de metástasis hepática circunscrita al lóbulo hepático izquierdo. El estudio de extensión fue negativo, por lo que se decidió resección hepática de la misma con amplio margen quirúrgico, y el diagnóstico definitivo se evidenció en la anatomía patológica.
<b>Vídeo: __</b>	<b>Caso 3:</b> Paciente varón de 25 años que debutó con hepatoesplenomegalia sintomática, y el TAC abdominal informó de lesiones metastásicas múltiples bilaterales, por lo que se indicó biopsia, y se obtuvo el diagnóstico de hemangioendotelioma epitelioide. El paciente desarrolló en el curso de un año una insuficiencia hepática con criterios de trasplante, que se realizó en septiembre de 2003.
<b>Fecha límite:</b>	<b>El postoperatorio</b> de los 3 pacientes curso de forma satisfactoria sin signos de insuficiencia hepática.
<b>20-Ene-06</b>	<b>La anatomía patológica de la pieza de resección</b> fue de hemangioendotelioma epitelioide en los 3 casos. Tras un seguimiento de 6 años, la primera paciente se encuentra sana y libre de enfermedad. La paciente del caso clínico 2 desarrolló recidiva hepática múltiple, pulmonar y ósea a los 3 meses de cirugía seguida de éxito. El tercer paciente, tras 2 años y 4 meses desde el trasplante hepático se encuentra clínicamente estable, sin signos de rechazo hepático y libre de enfermedad tumoral.
	<b>DISCUSION:</b> El hemangioendotelioma epitelioide hepático es un tumor infrecuente, que afecta dos veces más a mujeres de edad media que a varones y su manifestación clínica es inexistente o poco llamativa en la mayoría de los casos. Las características de la lesión en las técnicas diagnósticas por imagen son superponibles a las de un proceso metastático. No existen criterios anatomopatológicos con valor pronóstico, ni macroscópicos ni histológicos, y la evolución es impredecible. En aquellas lesiones únicas o escasas, la resección es el tratamiento de elección. En los casos bilaterales y con múltiples lesiones, el trasplante hepático ofrece una posibilidad real de curación.

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006**

**Primer comunicante:** C. Alicia. Goya Pacheco

**Dirección:** Avda. Inmaculada 50

**C. Postal:** 38360

**Ciudad:** El Sauzal Tenerife

**e-mail:** aliciagoya@yahoo.com

<b>TITULO:</b>	<b>HIDATIDOSIS HEPÁTICA A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS.</b>
<b>AUTORES:</b>	C. A. Goya Pacheco, H. Hernández Oaknín, P. González, P. Sanz Perera, A. Varona, C. Chocarro, J. Méndiz, M. Barrera, A. Soriano.
<b>HOSPITAL:</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
<b>Abstract</b>	<b>OBJETIVO:</b> Revisión bibliográfica y actualización del tratamiento de la hidatidosis hepática (HH).
<b>Tipo presentación</b>	<b>INTRODUCCIÓN:</b> La HH es una zoonosis endémica de varias zonas del mediterráneo y del mundo. En los últimos años y en relación con los flujos migratorios, ha habido un aumento marcado de su incidencia (3 casos en 3 años) en nuestro centro.
<b>Diapos:</b>	Son varias las peculiaridades de esta enfermedad: Aunque benigna tiene una alta morbilidad y es potencialmente mortal. Es una patología infecciosa cuyo tratamiento es primordialmente quirúrgico. Las nuevas tecnologías aplicadas en la cirugía hepática han facilitado el tratamiento erradicador y disminuido la morbilidad quirúrgica.
<b>Cañón: X</b>	A través de los siguientes tres casos clínicos hacemos una revisión de la formas de presentación, sintomatología y complicaciones mas frecuentes de la enfermedad y discutimos el tratamiento mas adecuado en cada caso.
<b>Vídeo: __</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO.</b> Se han registrado 3 casos clínicos en los últimos 3 años, previamente únicamente se había registrado algún caso esporádico en 15 años en nuestro servicio. Todos los pacientes son de nacionalidad extranjera, 2 de origen del sur de la cuenca del Mediterráneo y 1 paciente ucraniano. La edad media de los pacientes 30.6 años.
<b>Fecha límite:</b>	El Caso 1 debutó con clínica de dolor localizado en HD. El Caso 2 como dolor en HD y reacción anafiláctica por rotura del quiste a cavidad peritoneal y el Caso 3 con dolor y clínica de colangitis 2ª a la rotura del quiste a la vía biliar. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en la confirmación por técnicas de imagen, esencialmente ecografía y TC, dejando reservada la CPRE para situaciones específicas de comunicación con la vía biliar (colangitis...) En el momento actual con la mejor precisión de las pruebas de imagen radiológicas, las pruebas serológicas han quedado relegadas a un segundo plano, se solicitó en 2 paciente la presencia de Ac hidatidosis, siendo estos positivos. La eosinofilia, de tanto valor en otra época, estuvo presente en 1 de estos pacientes (33%). El tratamiento en nuestros casos fue quirúrgico, bien de forma urgente (1 caso) o programado (2 casos) realizándose quistoperiquistectomía total.
<b>20-Ene-06</b>	La estancia media fue de 29.3 días. En la morbilidad postoperatoria se obtuvo un coleperitoneo tras la retirada de tubo kehr que precisó intervención quirúrgica. Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico con Albendazol entre 10 y 130 días.
	<b>CONCLUSIONES:</b> La incidencia de la hidatidosis, en Canarias prácticamente ausente, se ha visto aumentada debido a los flujos migratorios, por tanto se trata de una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las LOES hepáticas, por lo que creemos conveniente realizar una actualización sobre las formas de presentación, el diagnóstico y el tratamiento de esta patología.

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: jmargom@telefonica.net

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** Eudaldo López-Tomassetti Fernández

**Dirección:** Calle Montaña Tamadaba número 26

**C. Postal:** 38320 **Ciudad:** La Laguna (Tenerife)

**e-mail:** : drtomassetti@wanadoo.es

<b>TITULO:</b>	<b>PSEUDOTUMORES INFLAMATORIOS DE LA ENCRUCIJADA BILIOPANCREÁTICA. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Y MANEJO TERAPÉUTICO.</b>
<b>AUTORES:</b>	Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Antonio Martín Malagón, Iván Arteaga González, Luciano Delgado Plasencia, Angel Carrillo Pallares, Hermógenes Díaz Luis.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio Cirugía General. Hospital Universitario Canarias. Tenerife.
<b>Abstract</b>	La historia natural de los pseudotumores inflamatorios o tumores miofibroblásticos inflamatorios han sido motivo de debate recientemente, especialmente cuando su localización es en la encrucijada biliopancreática. Generalmente se localizan en los pulmones y vías respiratorias altas. Sin embargo, recientemente se han descrito varios casos en la literatura inglesa con afectación de diversos órganos pudiendo estar relacionado con fenómenos inmunitarios.
<b>Tipo presentación</b>	Algunas descripciones sobre la inmunohistoquímica de estos tumores es muy similar a la observada en la pancreatitis autoinmune predominando fenómenos de intensa reacción fibrociatrical. Cuando esta fibrosis predomina en la cabeza pancreática, el colédoco puede afectarse por el proceso inflamatorio y puede aparecer ictericia obstructiva simulando por sus características al adenocarcinoma de páncreas.
<b>Diapos: __</b>	
<b>Cañón: _X_</b>	
<b>Vídeo: __</b>	
<b>Fecha límite:</b>	Hemos revisado y descrito previamente un caso clínico de tumor miofibroblástico inflamatorio de colédoco distal asociado a pancreatitis esclerosante linfoplasmocitaria que se presentó con ictericia obstructiva, lo cual es una forma poco frecuente de presentación. Después de 4 años de seguimiento tras una intervención de Kaush-Whipple, nuestra paciente presentó signos de recidiva locoregional en las pruebas de seguimiento radiológicas (TAC y RMN). La PAAF guiada por ecografía sobre una lesión sólida entre la porta y cava demostró la veracidad de nuestras sospechas. Este caso, al igual que otros descritos demuestran que el seguimiento exhaustivo de estos pacientes es necesario para evitar graves secuelas.
<b>20-Ene-06</b>	En esta comunicación discutimos el diagnóstico preoperatorio de estos tumores con especial referencia al diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma de páncreas y revisamos su tratamiento óptimo.

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: jmargom@telefonica.net

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
**27 y 28 de Enero de 2006**

**Primer comunicante:** Eudaldo López-Tomassetti Fernández

**Dirección:** Calle Montaña Tamadaba número 26

**C. Postal:** 38320    **Ciudad:** La Laguna (Tenerife)    **e-mail:** drtomassetti@wanadoo.es

<b>TITULO:</b>	<b>TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN 2 ETAPAS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS INICIALMENTE IRRESECABLES DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO. A PROPÓSITO DE UN CASO.</b>
<b>AUTORES:</b>	Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Antonio Martín Malagón, Hermógenes Díaz Luis, Iván Arteaga González, Alejandro Hernández Morales, Antonio Alarcó Hernández.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Canarias. Tenerife.
<b>Abstract</b>	La cirugía de las metástasis hepáticas es el mejor tratamiento que podemos ofrecer a un paciente con metástasis de un tumor digestivo neuroendocrino con una supervivencia en casos favorables en torno al 75% a los 5 años. Sin embargo, la gran mayoría de los casos se presentan con metastasis bilobares y multifocales las cuales impiden un tratamiento quirúrgico efectivo evitando el fallo hepático. Para estos pacientes con enfermedad avanzada, la somatostatina y la quimioterapia sistémica han sido efectivas para paliar los síntomas. Recientemente, se ha unido la quimioembolización arterial con tales efectos, la cual en ocasiones logra disminuir considerablemente el tamaño de las lesiones.
<b>Tipo presentación</b>	Presentamos un caso clínico de metástasis hepáticas irreseables de origen neuroendocrino (tumor intestino delgado) que respondieron de manera considerable a tratamiento quirúrgico del tumor primario y quimioembolización arterial hepática secuencial. Esta gran respuesta nos permitió un tratamiento quirúrgico posterior con márgenes libres y evitar el fallo hepático.
<b>Diapos: __</b>	
<b>Cañón: _X_</b>	
<b>Vídeo: __</b>	
<b>Fecha límite:</b>	A los 8 meses de seguimiento nuestro paciente esta libre de enfermedad y no presenta signos de recidiva de enfermedad. Sin embargo, es necesario un seguimiento más prolongado para declarar que nuestro tratamiento es curativo.
<b>20-Ene-06</b>	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: jmargom@telefonica.net

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



**VII Reunión Bianual Intercongreso  
Sociedad Canaria de Cirugía**  
Corralejo - Fuerteventura  
**27 y 28 de Enero de 2006**

**Primer comunicante:** *Rahy Martín A*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General. Hospital Universitario Canarias. La Laguna*

**C. Postal:**                      **Ciudad:** *La Laguna (Tenerife)*                      **email:** *aidarahy@hotmail.com*

TITULO:	<b>TRASPLANTE PANCREÁTICORRENAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA CANARIA. SITUACIÓN ACTUAL.</b>
AUTORES:	Rahy Martín A, Meneses Fernández M, Bravo Gutiérrez A, Martín Malagón A, García Hernández JC, González-Posada JM, Alarcó Hernández A.
HOSPITAL:	Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.
Abstract	<b>Introducción.-</b> Se trata del análisis de los treinta casos de trasplante doble pancreático-renal realizados en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) desde mayo de 2002. Previamente en el HUC habían sido realizados más de mil trasplantes renales. La prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo I en Canarias en un 5 % superior a la media nacional. El trasplante pancreático-renal se considera el tratamiento idóneo de los pacientes diabéticos tipo I que han desarrollado insuficiencia renal en hemodiálisis y en algunos grupos de pacientes en prediálisis.
Tipo presentación Diapos: __ Cañón: <u>X</u> Vídeo: __	<b>Pacientes y Método.-</b> Se han realizado treinta implantes. Los donantes son obtenidos de toda la región canaria, y en todos los casos menores de 45 años, sin patología abdominal. Se realiza implante pancreático en la fosa ilíaca derecha del receptor según técnica de Sollinger, con preparación en mesa de la íliaca primitiva con su bifurcación, realizándose anastomosis a la mesentérica superior y a la esplénica respectivamente del páncreas donante. Se realiza implante intraperitoneal mediante laparotomía media de vena porta a vena cava e injerto arterial a íliaca primitiva del receptor. Se completa con la anastomosis duodenoyeyunal de la derivación pancreática. Riñón retroperitoneal usando la misma vía laparotómica.
Fecha límite: 20-Ene-06	<b>Resultados.-</b> Comparando con las estadísticas nacional e internacional los resultados son similares, manteniendo todos los pacientes vivos una función renal normal y la mayoría de ellos no dependientes de insulina para el control glucémico. La mortalidad es una de las más bajas entre todos los grupos españoles.
	<b>Conclusiones.-</b> El tratamiento actual de la Diabetes Mellitus con insuficiencia renal en hemodiálisis y en prediálisis es el trasplante pancreático-renal. El trasplante pancreático aislado está indicado en pacientes trasplantados renales que no fueron incluidos en este programa por no disposición de la técnica en esos momentos y en pacientes afectados de Diabetes Mellitus tipo II muy lábiles.



## VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía Corralejo - Fuerteventura 27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Dácil Montesdeoca*

**Dirección:** *Servicio Cirugía General. Hospital Universitario Insular.*

**C. Postal:**

**Ciudad:** Las Palmas

**e-mail:** *dacileme@yahoo.es*

<b>TITULO:</b>	<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. DIAGNOSTICO PRECOZ Y ASISTENCIA HOSPITALARIA.</b>
<b>AUTORES:</b>	Montesdeoca Dácil, Vega Víctor, Gutiérrez Isabel, Pérez P, Hernández JR, Núñez V.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio de Cirugía G y D. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
<b>Abstract</b>	<p><b>Introducción:</b> La aplicación de los programas de detección precoz, junto con los avances diagnósticos y terapéuticos introducidos en los últimos años, han conseguido un aumento de la supervivencia, que en la actualidad se sitúa por encima del 70% a los 5 años. Estos datos hace que deba considerarse el cáncer de mama como un problema de salud pública y al no existir posibilidades de prevención primaria, nos encontramos con que el screening y detección precoz son las únicas herramientas para el control del mismo</p> <p><b>Material y método:</b> Se recogen las pacientes estudiadas y/o remitidas durante el año 2000 al Servicio de Radiología, Cirugía y Oncología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, tanto del programa de diagnóstico precoz de nuestra Comunidad, como las atendidas asistencialmente en estos Servicios. Estas pacientes son valoradas por el Comité de Tumores de Mama del Hospital. A estas pacientes se le conoce edad, motivo de consulta, derivación (Screening o no) localización de la lesión, tamaño tumoral, tipo histológico, estadio clínico y tipo de tratamiento instaurado, tanto quirúrgico, como quimio-radioterápico. Se agrupan a las pacientes en dos grupos: <b>Grupo A:</b> Derivadas del Programa de Diagnóstico Precoz (50-67 años) y <b>Grupo B:</b> las asistenciales.</p> <p><b>Objetivos:</b> 1.-Estudiar la incidencia del cáncer de mama en un Hospital asistencial de Gran Canaria. 2.-Analizar la incidencia según grupos de edad. 3.-Evaluar el impacto del programa de cribaje.</p> <p><b>Resultados:</b> Se diagnosticaron 120 pacientes, con edades comprendidas entre los 25 y los 88 años. La mayor incidencia de la enfermedad por grupo de edades se presentó entre los 50 y 59 años, donde aparecieron 35 (29,1%) Por debajo de los 50 años se presentaron 29 pacientes (24,1%). Se diagnosticaron en el grupo A 22 (18,3 %) y en El Grupo B fueron 98 (81,6 %). La media de edad para este grupo fue de 56,3 años, mientras para el Grupo A fue de 60,5 años . En el grupo A: lo T &lt; 2cm fueron el 72,7% y B: 32,6 %. Afectación ganglionar: grupo A N + (13,6 %) y grupo B ( 41,8 %). El tratamiento conservador en el grupo A fue del 63% comparado con el grupo B 34,6%</p> <p><b>Conclusiones:</b> -El cancer de mama es un problema de salud pública. -Las pacientes incluidas en los programas de screening aparece en estadios mas precoces y tratamientos quirúrgicos y adyuvantes menores.- Existe un grupo de edad, &lt;50 y &gt; de 67años, donde aparece el cáncer de mama. Debe haber campañas de mentalización para la adhesión a estos programas.</p>
<b>Tipo presentación</b>	
<b>Diapos:</b> __	
<b>Cañón:</b> <u>X</u>	
<b>Vídeo:</b> __	
<b>Fecha límite:</b> 20-Ene-06	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:

E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Dr. Negrín

Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.



## VII Reunión Bianual Intercongreso Sociedad Canaria de Cirugía Corralejo - Fuerteventura 27 y 28 de Enero de 2006

**Primer comunicante:** *Palacios Fanlo, María José*  
**Dirección:** *Fuente de Santa Cruz, 3*  
**C. Postal:** 38003      **Ciudad:** *Santa Cruz de Tenerife*      **e-mail:** *mjpala@hotmail.com*

<b>TITULO:</b>	<b>EVENTROPLASTIAS LAPAROSCÓPICAS: RESULTADOS DESPUES DE 5 AÑOS.</b>
<b>AUTORES:</b>	<b>Palacios Fanlo MJ,</b> Moneva Arce ME, Alonso González M, Goya A, Gamba Michel LE, Del Pino Monzón JM, Padilla Quintana J, Concepción Martín V, Hernández Barroso M, Soriano Benítez de Lugo A.
<b>HOSPITAL:</b>	Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Sta. Cruz de Tenerife
<b>Abstract</b>	<p><b>INTRODUCCIÓN:</b> El tratamiento quirúrgico de grandes y medianos defectos postquirúrgicos de la pared abdominal plantea problemas técnicos, en ocasiones difíciles de resolver mediante la reparación tradicional abierta, presentando una elevada morbilidad postoperatoria y recurrencia con cifras que oscilan entre el 14 y el 50 %. El creciente desarrollo de la cirugía laparoscópica en los servicios de cirugía ha incorporado progresivamente las distintas patologías incluyendo el tratamiento laparoscópico de la hernia incisional o eventración, publicado desde el año 1993. Los beneficios de la cirugía laparoscópica son bien conocidos como el menor dolor postoperatorio, menor íleo paralítico, estancia hospitalaria mas corta, y mejores resultados estéticos. La eventroplastia laparoscópica es una buena alternativa a la reparación laparotómica al evitar las amplias incisiones cutáneas, los cruentos despegamientos parietales, las múltiples suturas y los drenajes.</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Presentar la experiencia de nuestro servicio después de 5 años en la realización de eventroplastias laparoscópicas.</p> <p><b>MATERIAL Y MÉTODOS:</b> 101 pacientes con un total de 104 eventraciones postquirúrgicas (3 recidivadas) han sido intervenidas en nuestro servicio por vía laparoscópica durante el periodo de mayo del 2001-diciembre del 2005; (66 mujeres y 35 varones) de edad media 62,2 años (rango 29-83). La eventraciones estaban localizadas sobre la incisión previa de mercedes en 10 pacientes (9 trasplantados hepáticos y una hepatectomía), en cicatriz de laparotomía media en 59, 19 pacientes presentaban eventraciones umbilicales, 5 subcostales, y 11 pacientes tenían eventraciones de otra localización de pared. Se ha practicado un total de 104 procedimientos laparoscópicos según técnica habitual. En todos los casos se ha usado la malla COMPOSIX TM E/X (Bard) que tiene una doble superficie con 2 materiales distintos: una capa externa de polipropileno y una interna de PTFe que minimiza el riesgo de adhesión de las vísceras.</p> <p><b>RESULTADOS:</b> Hubo 4 reconversiones a vía abierta debido a las múltiples adherencias (3,8%) y dos laparoscopias asistidas. Se han colocado un total de 114 mallas en 100 pacientes: 1 malla en 88 pacientes (88%), 2 mallas en pacientes 10 (10 %) y 3 mallas en 2 (2%). Los tamaños de las mallas han sido de 10x15 cm en 50 casos (43,85 %), 18x23 cm en 48 casos (42,1%) y de 20x25 en 16 casos (14,03 %). Hubo 5 perforaciones intraoperatorias (4,8%) durante la liberación de adherencias firmes que obligaron a resección intestinal en 2 casos, a sutura simple en otros dos pacientes y una reconversión a cirugía abierta. La introducción de la dieta oral fue en las primeras 6 horas de postoperatorio excepto en 5 pacientes (4,8 %), lo que ha permitido la administración de la medicación inmunosupresora en los pacientes trasplantados. El dolor postoperatorio fue clasificado como leve y la deambulación precoz se inició en las primeras horas. La estancia media fue de 3,9 días (rango de 1,5-11 días). Entre las complicaciones menores 2 pacientes han presentado hematoma y 4 seromas. Se han producido complicaciones mayores en 4 pacientes (3,8%); 3 reoperaciones, 1 por sangrado y 2 por perforación. Un paciente presentó al 7º día un cuadro médico de TEP que precisó ingreso en UCI con resolución favorable. La mortalidad ha sido de 1 paciente (0,96%). En el seguimiento posterior ha habido 4 recurrencias (4%) (3 resueltas vía laparoscópica) y 1 paciente presentó una eventración en uno de los trocares que fue reparada con anestesia local.</p> <p><b>CONCLUSIONES:</b> Después de 5 años de experiencia, en nuestro servicio la eventroplastia laparoscópica es indicada en la mayoría de los casos, por la baja tasa de recurrencia y la excelente recuperación postoperatoria. Si a las ventajas clínicas, se une la demostración de que la eventroplastia laparoscópica preserva mejor el sistema inmune que la reparación laparotómica convencional, (estudios prospectivos actualmente en marcha por nuestro grupo) creemos que este procedimiento deberá implementarse y consolidarse como un estándar en la mayoría de nuestros servicios quirúrgicos tras un entrenamiento adecuado.</p>
<b>Tipo presentación</b> <b>Diapos: __</b> <b>Cañón: __</b> <b>Vídeo: __</b>	
<b>Fecha límite:</b> <b>20-Ene-06</b>	

Remitir a Secretaria Científica VII Reunión SCC:  
E-mail: [jmargom@telefonica.net](mailto:jmargom@telefonica.net)

Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo  
Hospital Dr. Negrín  
Bco Ballena s/n – 35020 Las Palmas G.C.