



Resúmenes seleccionados del VIII Congreso de la AILACP. Cancún, Mayo 2008

HEMORROIDECTOMÍA CON SELLADORA DE VASOS «LIGASURE»: EXPERIENCIA DESPUÉS DE 5 AÑOS

X Encinas, J Verge

Fundació Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona

DVD

Introducción: Aunque en el tratamiento de las hemorroides en fases incipientes, cada vez es más frecuente la aplicación de las ligaduras elásticas, en los casos avanzados la clásica operación de Milligan-Morgan sigue siendo la técnica más utilizada.

La aplicación del Ligasure ofrece una ayuda para practicar la hemorroidectomía, facilitando la resección y reduciendo el riesgo de sangrado.

Material y métodos: Presentamos las imágenes de la técnica aplicada en el Consenso Europeo, en que se propuso el sellado de la piel y el plexo hemorroidal. Nuestra propuesta consiste en seccionar la piel y disecarla mediante tijera o bisturí, intentando reducir el dolor postoperatorio, antes de sellar el plexo hemorroidal mediante una pinza de pequeño calibre «Precise», que en nuestra opinión permite una mejor disección. **Resultados:** Los resultados iniciales tras 5 años de experiencia, muestran una disminución del tiempo quirúrgico. El dolor postoperatorio es menor en la mayoría de casos. No hemos tenido ninguna complicación mayor y sobre todo el riesgo de sangrado es mucho menor, sobre todo en pacientes con descoagulación profiláctica o coagulopatías. **Conclusiones:** 1) En general el Ligasure facilita la hemorroidectomía clásica, reduciendo el tiempo y el riesgo de sangrado, especialmente en pacientes descoagulados. 2) En nuestra opinión disecando previamente la piel se reduce el dolor postoperatorio. 3) No requiere de un aprendizaje específico.

EVOLUCIÓN EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO RECTAL GIGANTE

J Verge, X Encinas

Fundació Sant Camil. Sant Pere de Ribes, Barcelona

DVD

Introducción: El tratamiento del prolapso rectal total, especialmente en pacientes jóvenes, clásicamente ha sido realizado por vía laparotómica, efectuando una fijación del recto a la porción presacra, mediante una prótesis. Aunque somos partidarios de seguir utilizando la vía abierta, hemos tenido ocasión de aplicar un material nuevo, que ya consta de una doble composición. **Material y métodos:** Presentamos las imágenes de la técnica aplicada clásicamente, en que confeccionamos una prótesis de forma troncocónica de polipropileno a la que cosíamos otra de PTFE. Esta última quedaba en contacto con el intestino, mientras que la de polipropileno era suturada al sacro. Últimamente la prótesis ya viene con ambos componentes y puede ser cortada a medida durante la operación que sigue los mismos pasos que anteriormente mencionamos. Una tercera operación en una paciente con estreñimiento pertinaz, ha sido tratada mediante una resección anterior. **Resultados:** Han sido buenos en los tres casos, si bien en el más antiguo persistió una úlcera solitaria de recto y posteriormente se añadieron trastornos deposicionales. **Conclusiones:** 1) En general somos partidarios de tratar los prolapsos totales de recto, mediante laparotomía infraumbilical y fijación presacra con prótesis. 2) En los casos de estreñimiento grave, somos partidarios de una resección anterior baja. 3) Los resultados en conjunto son bastante buenos. 4) Algunos autores son partidarios del tratamiento por vía laparoscópica pero parece existir mayor índice de lesiones nerviosas.

COLOSTOMÍA HÚMEDA DESPUÉS DE EXENTERACIÓN PÉLVICA: RESULTADOS DE 37 CASOS ENTRE 1980-2007

Alfonso Osorio Gullón

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España.

Introducción: La colostomía húmeda (double-barrelled wet colostomy) ha llegado a ser la técnica quirúrgica de elección cuando está indicada una derivación simultánea fecal y urinaria tras una exenteración pélvica debido a tumores localmente avanzados con invasión de la vejiga urinaria y el recto. Presentamos nuestra experiencia en 37 casos consecutivos, en el transcurso de 27 años, haciendo hincapié en los resultados funcionales, aceptación por parte de los pacientes y resultados a largo plazo. **Métodos:** Entre 1980 y 2007, 37 pacientes fueron sometidos a una resección amplia o exenteración pélvica. Todos padecían una masa tumoral pélvica central causada por un carcinoma avanzado con afectación rectal y vesical, sin metástasis a distancia. El procedimiento quirúrgico, tras exéresis de los órganos afectados, consistió en una colostomía en cañón de escopeta con colon descendente y confección de un reservorio colónico-urinario en el segmento distal, al que se implantaron los dos uréteres. **Resultados:** De un total de 37 pacientes, 46% fueron mujeres. 16% (6/37) de origen ginecológico, 41% (15/37) cáncer avanzado de recto. 36% (13/37) cáncer de la vejiga urinaria, un paciente con carcinoma anal, un paciente con carcinoma de próstata y un paciente con grave traumatismo pelviano. La edad media era de 50 años (36-78). El seguimiento ha podido realizarse en 34 de los pacientes, de los cuales 9 viven en la actualidad libres de enfermedad (6-97 meses). La mediana de supervivencia es de 32 meses (2-107). Ningún paciente murió en los 30 días del periodo postoperatorio, 25 murieron por progresión del tumor o metástasis a distancia. Los resultados del funcionalismo de la colostomía húmeda han sido buenos, aunque se ha observado algún caso esporádico de infección urinaria con cultivos positivos por bacterias colónicas. En las primeras series, efectuamos estudios de manometría,

funcionalismo radio-fisiológico, así como endoscopias y biopsias de la mucosa del reservorio colónico. Ningún paciente desarrolló alteraciones hidroelectrolíticas. Un caso de anulación de un riñón por obstrucción ureteral. Cuatro pacientes desarrollaron litiasis de oxalato cálcico en el reservorio urinario. Esta complicación se corrigió al emplear sutura reabsorbible en el cierre del extremo distal del reservorio. **Conclusión:** Consideramos que la colostomía húmeda es una fácil técnica quirúrgica con una morbilidad baja para pacientes que necesitan una derivación simultánea urinaria y fecal. En nuestros pacientes, no hemos observado alteraciones funcionales graves, ni desarrollo de tumores en el reservorio urinario. La técnica es cómoda y bien aceptada por los pacientes.

OSTOMÍAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Ana María Iriñiz, Camilo Grenon Fernando, Patricia Ferreira Mongelos, Walter Javier González, Marcelo Daniel Montiel

Servicio de Cirugía General Hospital Julio C. Perrando.

Objetivos: Evaluar las ostomías realizadas en un Servicio de Cirugía General. **Material y métodos:** Se revisaron 140 historias clínicas de las ostomías realizadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Julio C. Perrando durante el periodo comprendido entre mayo de 2000 y enero de 2007. **Resultados:** Se realizaron 140 ostomías en 140 pacientes; 70 fueron derechas y 70 izquierdas. La edad promedio fue de 34 años. Las indicaciones más frecuentes fueron obstrucción de colon 47%, perforación de colon 23%, traumatismo de colon 30%. Las complicaciones inmediatas fueron: abscesos 5%, necrosis 3.57%, celulitis 1.42%, trastorno hidroelectrolítico 0.7% e infección de herida quirúrgica 0.7%. Las complicaciones tardías fueron: hernias paracolostómicas 6.42%, prolapso 4.28% y cáncer 1.42%. **Conclusión:** La indicación y complicaciones no difirieron de las descritas en la literatura. Es factible la realización y manejo de ostomías en un Servicio de Cirugía General.