

84. Resultados de extensimetría de anastomosis convencionales colocólicas versus anastomosis sin sutura con cola de fibrina

S. Morales, L. Capitán, E. Rodríguez, M. Bustos, J. Méndez, F. Del Río, F. Frutos, A. Jiménez, J. Ortega y J. Cantillana

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Se presenta un estudio experimental comparativo entre diversas técnicas de anastomosis colocólicas con materiales convencionales de sutura (seda, ácido poliglicólico), frente a anastomosis colocólicas sin sutura, mediante la utilización de cola de fibrina humana.

Desde el punto de vista experimental los resultados de extensimetría entre los diversos grupos son similares y se confirma que para el caso de la rata tipo Wistar, con la que trabajamos, la anastomosis sin sutura con cola de fibrina humana es un método alternativo a la sutura convencional.

* * *

85. Modificaciones histológicas en la mucosa gástrica en el síndrome de intestino corto experimental

J.R. Naranjo Fernández, F. Docobo, J. López, J.M. Romero, M. Fernández, M.J. Tamayo, M. Lozano y M. Dovale

*Departamento de Cirugía.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos

En el síndrome de intestino corto, existe una hipergastrinemia (procedente sobre todo de una hiperproducción a nivel duodenal de gastrina), lo que determina un exceso de estimulación en las glándulas secretoras gástricas de ácido clorhídrico, determinando un aumento de la secreción ácida.

Determinamos las modificaciones histológicas precoces (a las dos semanas), en la mucosa gástrica, inducidas por el síndrome de intestino corto experimental.

Material y métodos

Realizamos un síndrome de intestino corto en ratas Wistar, por su similitud con el humano respecto de la anatomía y fisiología a nivel intestinal. Para lo cual creamos un *by-pass* intestinal yeyuno-ileal, según técnica de Payne, entre los 10 primeros cm de yeyuno a partir del ángulo de Treitz y los 3 últimos cm de ileon terminal hasta la válvula de Bauhin.

Se realizan dos grupos de trabajo: I. Grupo control.

II. Grupo síndrome intestino corto (*by-pass* intestinal).

Quince animales en cada grupo de trabajo. Sacrificio a las dos semanas, con toma de necropsia gástrica y estudio histológico de la mucosa del estómago a nivel del cuerpo gástrico. Tinción con hematoxilina-eosina y posterior estudio mediante microscopio óptico, para determinar el estado de la mucosa gástrica; realizamos mediciones del grosor total de ésta, estudio de células parietales y distribución glandular.

Resultados

Objetivamos un aumento del grosor de la mucosa gástrica en el síndrome de intestino corto experimental en comparación con la mucosa gástrica del grupo control. Existiendo marcadas diferencias en la distribución glandular, con alteraciones en el esta-

do de las células parietales secretoras de ácido, observándose una hiperplasia de dichas células.

Conclusiones

En las resecciones intestinales masivas, se produce un síndrome de intestino corto, el cual conlleva alteraciones a nivel gástrico, por una hiperestimulación de la gastrina a nivel de las células secretoras de ácido, induciendo alteraciones histológicas precoces destacando el aumento del grosor total de la mucosa gástrica y las modificaciones en las células parietales, con hiperplasia de las mismas.

* * *

86. Tratamiento laparoscópico de la apendicitis aguda

C. Díaz Aunión, F. Pareja Ciuró, J.R. Naranjo, A. Galindo Galindo y L. Serrano

*Departamento de Cirugía.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo

Estudio comparativo de la eficacia, morbilidad y coste económico del tratamiento laparoscópico y laparotómico de la apendicitis aguda.

Métodos

Revisión retrospectiva de 210 procedimientos laparoscópicos y 408 por vía abierta llevados a cabo en nuestro centro desde enero de 1995 hasta mayo de 1996, ambos inclusive. Se compararán diversos aspectos como son el coste económico operatorio y postoperatorio (días de estancia), tiempo de quirófano empleado, la morbilidad de ambos procedimientos a corto y largo plazo (abscesos intraabdominales) y la tasa de reintervención.

Resultados

Se comprueba que el tiempo de quirófano empleado ha sido significativamente mayor en la laparoscopia (media, sesenta minutos frente a cuarenta minutos), así como el coste del material empleado (en su mayoría desechable). La estancia postoperatoria tras apendicectomía laparoscópica ha sido de 2,2 días mientras que en la apendicectomía por vía abierta ha sido de 4,3 días. En cuanto al número de complicaciones aparecidas en el postoperatorio, éste ha sido similar.

Conclusiones

La apendicectomía laparoscópica es una alternativa válida a la apendicectomía por vía abierta que presenta menor incomodidad postoperatoria, adelanta la incorporación a la vida rutinaria y mejores resultados estéticos. Hemos comprobado el importante papel de la laparoscopia en el diagnóstico diferencial de mujeres en edad fértil que presentaban dolor en la fosa ilíaca derecha, teniendo gracias a esta técnica un completo acceso a la cavidad abdominal. Se confirma que la laparoscopia precisa un mayor tiempo de quirófano, menor estancia hospitalaria y la no existencia de diferencias en las complicaciones postoperatorias.

* * *

87. Tumor de Buschke-Loewenstein anal

A. Arcos Navarro, J. Díaz, T. Medina, J.J. Alía, J.A. Asanza, M.B. Numanía, A. Nevado, M. Olivares y R. Moya

*Servicio de Cirugía.
Hospital San Agustín. Linares. Jaén.*