



P-296 - CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA ELECTIVA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OCULTO

Gotor Santos, Tania; Canga Presa, Jose María; Gavilanes Calvo, Carlos; Alcoba García, Luis Miguel; Cañón Lara, Marta; Martínez Rodríguez, María Isabel; Sánchez-Brunete Medina, Valle; Diago Santamaría, María Victoria

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: La hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO) se define como la pérdida de sangre recurrente del tubo digestivo sin evidenciar la causa mediante gastroscopia y colonoscopia, y suele originarse en el intestino delgado. Representa alrededor del 5% de las hemorragias gastrointestinales y se clasifica como evidente (hematoquecia o melenas) y oculta (anemia ferropénica). Es una entidad cada vez más diagnosticada debido al uso creciente de la enteroscopia y la cápsula endoscópica y a técnicas de imagen cada vez más precisas (entero-TAC y entero-RM).

Objetivos: El objetivo ha sido realizar una revisión retrospectiva de los pacientes remitidos a cirugía electiva por HDOO en nuestro Servicio en los últimos 7 años, analizando cómo se llegó al diagnóstico, cómo se orientó a cirugía, la técnica quirúrgica empleada y el tipo de lesiones anatomopatológicas encontradas.

Métodos: Se ha analizado una serie de 26 casos de HDOO diagnosticados e intervenidos de forma electiva entre enero de 2016 y diciembre de 2022. Las lesiones visibles por enteroscopia se marcaron previamente a la cirugía. Si no eran visibles, al realizar la enteroscopia anterógrada y/o retrógrada se marcaba el final de la zona explorada delimitando el tramo intestinal a explorar por laparoscopia. Como primera intención se realiza un abordaje laparoscópico. Si se consigue localizar la lesión, se extrae esta a través de una minilaparotomía en línea media, realizando resección intestinal y anastomosis T-T manual extracorpórea. Cuando no es posible su localización por laparoscopia, se convierte a laparotomía media para explorar manualmente todo el intestino delgado.

Resultados: El 30% eran mujeres con una edad media de 65 años. Clínicamente, un 43% de los pacientes debutaron con HDOO evidente mientras que un 57% con HDOO oculta. Un 73% de los pacientes han sido diagnosticados mediante cápsula endoscópica mientras que un 27% lo han sido mediante pruebas radiológicas. La principal localización de las lesiones ha sido en íleon (65%), seguido de yeyuno (35%). El abordaje laparoscópico y resección intestinal con la técnica descrita ha sido posible en un 69% de los casos, mientras que un 31% ha sido mediante laparotomía. Del total de laparotomías, un 37% fueron conversión al no localizarse el tumor por laparoscopia. En un 11% de los casos no se ha localizado la lesión intestinal sangrante. Según el estudio anatomopatológico, un 30% han sido TNE de intestino delgado, 11% GIST, 11% divertículos de Meckel y un 48% otras

causas (lipoma, pólipos...).

Conclusiones: La HDOO es una entidad frecuente y el abordaje por cirugía mínimamente invasiva es un reto para el cirujano. La combinación de enteroscopia digestiva retrógrada y/o anterógrada, dependiendo de la posible localización de la lesión sangrante, para realizar el marcaje correspondiente cuando se encuentra la lesión o bien para delimitar tramos explorados, seguido de laparoscopia exploradora, permite la localización de la mayoría de las lesiones y la resección de las mismas en un 73% de los casos. La técnica de elección en nuestro centro para el abordaje quirúrgico de las lesiones causantes de HDOO es la laparoscopia exploradora con minilaparotomía de asistencia.