

interés que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de fiebre y dolor en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución. Se acompaña de náuseas, vómitos e ictericia. También refiere tos con expectoración blanquecina. En la analítica destaca una elevación discreta de transaminasas, bilirrubina total de 2,99 mg/dl y PCR 19,35 mg/dl. Elevación de fibrinógeno. No leucocitosis ni neutrofilia. Se realiza ecografía abdominal: hepatomegalia con ecogenicidad difusamente aumentada, ascitis moderada, esplenomegalia de 13,5 cms y engrosamiento difuso de la pared vesicular. No se observan litiasis ni dilatación de la vía biliar. En la TAC se confirman los hallazgos ecográficos además de apreciarse derrame pleural bilateral. Ingresa a cargo del Servicio de Digestivo con el diagnóstico de colecistitis alitiásica. Durante el ingreso a pesar del tratamiento antibiótico empírico intravenoso el paciente evoluciona clínica y analíticamente de manera desfavorable por lo que se decide colecistectomía urgente.

Resultados: Se realiza colecistectomía laparoscópica apreciándose leve ascitis, hepatomegalia sin LOES e importante edema perivesicular. Durante el postoperatorio el paciente continúa febril. Se realiza serología resultando positiva para infección aguda por *Coxiella Burnetti*. A los 5 días de tratamiento específico con doxiciclina el paciente mejora desapareciendo la fiebre, y es dado de alta hospitalaria para continuar con tratamiento antibiótico domiciliario. Al alta el paciente se encuentra asintomático.

Conclusiones: Ante una colecistitis alitiásica con afectación hepática y fiebre de duración intermedia hay que plantearse la fiebre Q como diagnóstico diferencial.

PossuM: resultados preliminares en implementación de protocolo de colecistitis aguda

V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Molina García, F. López Bernal, M. Flores Cortés, C. Palacios Martínez, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

HH.UU. Virgen del Rocío; Avenida Manuel Siurot s/n. Sevilla

Introducción: Evaluamos la morbilidad y mortalidad de pacientes sometidos a colecistectomía por vía laparoscópica y abierta.

Material y método: Hemos aplicado la escala POSSUM a 17 pacientes, 12 intervenidos por vía abierta y 6 por vía laparoscópica. Utilizando criterios de inclusión validados para esta escala.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 68,14 años. 9 eran mujeres y 8, hombres. La morbilidad obtenida fue mayor a la esperada mientras que la mortalidad real fue menor que la esperada según la escala. El valor medio de riesgo fisiológico obtenido fue de 23 y el quirúrgico, de 8. Respecto a las complicaciones menores (infección de herida quirúrgica y seroma) se han presentado en el 0,89% de los pacientes y la mayores (evisceración y fístula biliar, entre otras) en el 5,9% (n=1) de los casos.

Conclusión: La aplicación de la escala POSSUM, es una medida válida para obtener riesgos ajustados que reflejan la calidad asistencial y que podría ser aplicada a cualquier otra intervención quirúrgica realizada de forma urgente.

COMICACIONES ORALES

Cirugía endocrina y experimental

Tratamiento quirúrgico sincrónico de Fibrohistiocitoma Pleomórfico Maligno de intestino delgado con metástasis suprarrenales bilaterales

M^aA. Mayo Ossorio, J. M. Pacheco García, A. Gil Olarte Pérez, A. Lizandro Crispín, M^a C. Bazan Hinojo, M. Alba Valmorisco, V. González Rodicio, M. San Miguel, J. R. Castro Fernández, J. M. Vázquez

Gallego. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El fibrohistiocitoma pleomórfico maligno o Sarcoma pleomórfico indiferenciado, es un tumor poco frecuente, que suele afectar a las extremidades y al tronco, siendo excepcional la afectación del tracto gastrointestinal. Presentamos un caso de tumoración de intestino delgado, con metástasis suprarrenales bilaterales, que se trató sincrónicamente mediante abordaje laparotómico.

Caso clínico: Paciente de 75 años que ingresa de urgencia por cuadro de síncope tras hemorragia digestiva baja. Refiere pérdida ponderal de 8 kg, astenia y alteración del hábito intestinal. Se realiza ecografía abdominal que demuestra la presencia de masa suprarrenal bilateral de 8 cm la izquierda y 10 cm la derecha. El TAC abdominal muestra masas adrenales bilaterales y tumoración en intestino delgado sugestiva de GIST. Se realiza tránsito gastrointestinal que informa de defecto de repleción intraluminal a nivel del ileon proximal ocasionando invaginación transitoria. El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante laparotomía subcostal bilateral, apreciándose tumoración intraluminal a nivel de ileon que causa invaginación, así como tumoración suprarrenal bilateral. Se le practica resección del asa de intestino afecta con anastomosis latero-lateral mecánica y adrenalectomía bilateral. El Postoperatorio evolucionó dentro de la normalidad administrándosele tratamiento sustitutivo corticotiroideo. El resultado del estudio Anatomopatológico de la pieza fue de

Fibrohistiocitoma pleomórfico maligno de intestino delgado con metástasis suprarrenales bilaterales.

Discusión: En cuanto al tratamiento quirúrgico optamos por una vía de abordaje clásica y anterior (laparotomía subcostal bilateral) que permite abordar con seguridad ambas suprarrenales así como la tumoración intestinal y nos permite explorar de forma adecuada la cavidad abdominal. El Diagnóstico fue anatomopatológico, no siendo sospechado previamente debido a la rareza de este tipo de tumor. Los estudios de extensión no demostraron otras metástasis ni otro tumor primitivo.

Conclusiones: El fibrohistiocitoma maligno es un tumor poco frecuente, con tendencia a la metastatización y recidiva. El caso que presentamos consideramos que es excepcional por su localización (intestino delgado), forma de presentación (hemorragia digestiva baja) y localización de las metástasis (glándulas suprarrenales), no encontrando en la literatura un caso de presentación similar.

Tratamiento de hemorroides con el sistema de hemorpex

A. Sánchez, B. Martín, L.C. Capitán, J. Cintas, P. Beltrán, M. Sánchez, M. Retamar, J.C. Gómez Rosado Cano, J. A. Guerrero, E. Domínguez-Adame, A.J. Jiménez, J.M. Ortega, J. Cantillana

Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La terapia desarterializante en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal con HPS (hemorpex system) es una nueva técnica que aporta como ventajas la minimización del dolor y hemorragia posoperatorias, la posibilidad de realizar la técnica con anestesia local y la inmediata incorporación a la vida laboral.

Material y métodos: Se presentan los diez primeros pacientes consecutivos intervenidos con HPS en la unidad de cirugía colorrectal del HUV Macarena. Se han intervenido 6 mujeres y 4 hombres con edades comprendidas entre los 42 y los 67 años. El grado de hemorroides que presentaban los pacientes fue de: 4 pacientes con hemorroides grado II; 5 de grado III y 1 de grado IV. Todos los pacientes fueron intervenidos con anestesia epidural más sedación. Los pacientes fueron dados de alta a las 14 - 16 horas de la intervención.

Resultados:

—Mantenimiento de los taqs cutáneos en 1 caso (grado IV)

—Hemorragia leve en 3 pacientes

—Hemorragia intensa en 1 caso (déficit factor VIII coagulación)

—Dolor postoperatorio: ausente en 4 casos, dolor leve en 3 casos y moderado en 3 casos

—Necesidad de reintervención por persistencia de síntomas (sangrado intermitente): 1 caso

Conclusiones: La técnica de HPS se presenta como una técnica prometedora para el tratamiento de las hemorroides grado II-III, con mínimo dolor y hemorragia postoperatorias.

Hemorroidectomía con Ligasure

A. Sánchez, B. Martín, L.C. Capitán, P. Beltrán, J. Cintas, M. Sánchez, M. Retamar, J.C. Gómez Rosado., A. Cano, J. Guerrero, E. Domínguez-Adame, A. Jiménez, J.M. Ortega, J. Cantillana.

Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La técnica de hemorroidectomía realizada con la utilización del ligasure permite reducir el sangrado durante la intervención y en el postoperatorio gracias al sellado de los pedículos con ligasure

Material y Métodos: se presentan 12 casos de hemorroidectomías con la utilización del ligasure, llevados a cabo en nuestro hospital. Los pacientes intervenidos presentaban hemorroides de grado III en su mayoría y algunos grado IV. 7 de los pacientes fueron mujeres y 5 hombres. Todas las intervenciones se realizaron con anestesia epidural y sedación

Resultados: mínimo sangrado en todos los casos intervenidos con ligasure. Como única complicación hubo 1 caso de dolor intenso por sangrado de 1 pedículo hemorroidal que necesitó reintervención. El dolor según la escala analógico-visual en postoperatorio con ligasure fue de 3-4 en las primeras 48 horas

Conclusiones: la hemorroidectomía con la utilización del ligasure permite reducir el sangrado postoperatorio, añadiendo como ventaja rapidez en la intervención. El dolor postoperatorio no aumentó con respecto a la técnica habitual de hemorroidectomía

Gastrostomía laparoscópica: indicaciones y técnica

E. Domínguez-Adame, J. Valdés, A. Sánchez, P. Beltrán, J. Cintas, M. Sanchez, A. Cano, C. Marin, J.C. Gómez, L. Capitán, J. Guerrero, M. Calvo, J.M. Ortega, J. Cantillana

Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Indicaciones: Malnutrición y/o Imposibilidad para comer.- Trastornos en la Deglución.- Inhabilidad para proteger la vía aérea.- Tumores obstructivos y/o estenosis esofágicas.- Esofagitis radiactiva por cáncer de cabeza y cuello.- Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) fracasada.- Gastrostomía Percutánea Radiológica (Russell) fracasada.

Contraindicaciones: Coagulopatías que no pueden ser corregidas.- No tolerancia del decúbito supino.- Abdomen "congelado" (documentado). * *Contraindicaciones Relativas.*-(Obviales con el trocar de Hasson y experiencia laparoscópica).- Cirugía previa con conocido síndrome adherencial severo.- Síndrome inflamatorio abdominal en curso.- Embarazo, ascitis, malignidad extendida.* SERIE LAPAROSCÓPICA (2005-2007).-- GASTROSTOMÍAS: = LAPAROTÓMICAS: 2. = LAPAROSCÓPICAS: 12.- Edad media: 62,5 (53-72)- Sexo: 11V (78,5%) 3 M (21,5%).- Faringoesofagitis Severa: 1 (7,14%) = Caústicos 1. - Neoformación Laringea:

8 (57,14%) = Fístula Faríngea 3 = Compresión Esofágica 5.- Neoformación Esofágica: 5 (35,71%) = 1/3 Superior 3 - Infiltración Faríngea - Infiltración Traqueal = 1/3 Medio 2 - Infiltración Traqueal.-

Descripción técnica.- = Decúbito Supino. = Posición Lloyd-Davis. Antitrendelenburg. = Profilaxis ATB y Antitrombótica. = 3 trócares (12mm, 10mm, 10mm). = Inicio alimentación a las 3-5 horas.No ha existido mortalidad inherente a la Técnica Quirúrgica aplicada ni complicaciones tras la aplicación de la misma.Consideramos que la Gastrostomía Permanente (Jeneway) Laparoscópica es una técnica factible, óptima eficaz y segura a realizar en pacientes donde no es posible aplicar Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG). *Se muestra vídeo descriptivo de la técnica quirúrgica.*

Acalasia. Nuestra experiencia quirúrgica

C. Martín Jiménez ,L. Sánchez Moreno , J.A. García Martínez, F. Ibáñez Delgado, A. Vazquez Medina, J.Mª Hernández de la Torre , F. Alcántara Gijón

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: La acalasia ocupa un lugar relevante dentro de los desórdenes motores esofágicos primarios, caracterizándose por ser de etiología y patogenia desconocida, y por la aperistalsis en el cuerpo esofágico y la ausencia parcial o total de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) en la deglución. Su sintomatología es de larga evolución, condicionando a veces un megaesófago. Su incidencia es 1 /100.000 habitantes/año. Se han utilizado diversos tratamientos, pero la cirugía es la mejor opción de tratamiento para mejorar la disfagia. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica mediante laparotomía.

Material y Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 32 acalasia operadas mediante laparotomía entre enero 2003 y marzo 2008. En todas se indicaron estudios previos como un EGD, endoscopia, manometría/phmetría. Fueron 18 hombres con una edad media de 42.2 años (19-64) y 14 mujeres con edad media de 49.2 años (25-70). Se analizan diversos parámetros, así como el tipo de técnica quirúrgica y las complicaciones.

Resultados: Antecedentes Personales: HTA, diabetes, cardiopatía, intervenciones abdominales previas, etc. En 10 casos se habían realizado dilataciones previas (en 4, tres veces), y en 5 pacientes un tratamiento previo con toxina botulínica (varias sesiones). Síntomas: Los 32 pacientes presentaban disfagia (en 4 casos total), 28 regurgitaciones, 5 neumonías, 4 disfonías. Técnica quirúrgica: En los 32 casos se realizó cardiomiectomías + funduplicatura en 25 tipo Toupet, 2 Dor y 2 Nissen (esta última 1 operada 24 años antes de acalasia), no realizamos sistemáticamente endoscopia peroperatoria. Complicaciones: Se presentó 1 perforación intraoperatoria (al ser comprobada se resolvió con dos puntos), 1 seroma de herida operatoria, 1 absceso intrabdominal y 1 fístula entérica. Estancia postoperatoria: Fue de 5,3 días (2-9), teniendo en cuenta que el 28% de los pacientes proceden de otras provincias. No hubo mortalidad. Revisadas en consultas: Todos los pacientes están sin disfagia, habiendo desaparecido la otra sintomatología. No RGE.

Conclusiones: Los diversos tratamientos que se utilizan, farmacológicos, dilataciones y toxina botulínica, son transitorios y no exentos de complicaciones a veces muy graves. La cirugía es en la actualidad la mejor opción de tratamiento, realizándose una miotomía de 5-7 cm en el esófago abdominal y de 1,5-3 cm en el cardias, asociada a una funduplicatura posterior de Toupet, ya que es un buen procedimiento antirreflujo y permite una mayor apertura de los planos musculares de la miotomía, con un éxito del 95% a los 5 años.. Ante un fracaso de la cirugía con mal resultado, el paciente puede ser tratado con dilataciones endoscópicas. Nuestros resultados son muy satisfactorios, sobre todo si tenemos en cuenta el tipo de paciente tratado (cirugía abdominal previa, factores de riesgo elevado, procedencia de los mismos...)

Tratamiento de los tumores del estroma gastrointestinal. Nuestra experiencia

C. Martín Jiménez,L. Sánchez Moreno , J.A. García Martínez, F. Ibáñez Delgado, A. Vazquez Medina, J.Mª Hernández de la Torre, F. Alcántara

GijónHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivos: Constituyen menos del 1% de los tumores del tracto Gastrointestinal. Se localizan con mayor frecuencia en estómago en un 60-70%. En su presentación el 15-50% son metastásicos.

Material y Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 33 pacientes diagnosticados de tumores GIST operadas mediante laparotomía entre enero 2003 y diciembre 2007. Se indicaron estudios previos como un EGD, endoscopia, TAC, RNM y tránsito gastrointestinal. Fueron 21 hombres con una edad media de 57.1 años (30-74) y 12 mujeres con edad media de 68.75 años (32-84). Se analizan diversos parámetros, así como el tipo de técnica quirúrgica y las complicaciones.

Resultados: Antecedentes Personales: HTA, diabetes, cardiopatía, intervenciones abdominales previas, etc. Síntomas: En 21 pacientes presentaban hemorragia digestiva alta, 14 epigastralgia, 3 astenia, 2 masa palpable, 1 disfagia y 1 diarrea. Localización tumoral: 23 gástrico, 3 duodenal, 4 yeyuno-ileon, 2 esófago y 1 pared abdominal. Técnica quirúrgica: En 17 casos se realizó gastrectomía atípica, 4 resección intestinal, 2 gastrectomía polar superior, 2 gastrectomía Billroth II, 2 resección tumoración duodenal, 1 esofagogastrectomía Ivor- Lewis, 1 gastroyeyunostomía, 1 funduplicatura Nissen y en 4 casos esplenectomía . Complicaciones: Se presentó 2 seroma de herida operatoria, 1 absceso intrabdominal y 1 fístula pancreática, 1 pancreatitis, 1 estenosis sutura, 1 dehiscencia sutura y 1 caso ascitis. Estancia postoperatoria: Fue de 11.36 días (1-70). Mortalidad: 1 (3%). Revisados posteriormente en consultas. Tratados con mesilato de imatinib 1 GIST gástrico y 1 GIST duodenal que permitieron la cirugía de rescate posterior.

Conclusiones: El tratamiento ideal es la cirugía radical. El tratamiento neoadyuvante con mesilato de imatinib (Glivec) disminuye el volumen y la celularidad, permitiendo cirugía de rescate en algunos pacientes, siendo en la actualidad el tratamiento indicado en los pacientes con metástasis o con pronóstico de alto riesgo.

Hernia crural en la cirugía de urgencias. Experiencia en nuestro servicio.

J. Carrasco Campos , CP. Ramírez Plaza, A. Titos García , A. Álvarez Alcalde , C. Jiménez Mazure , M. Valle Carbajo , RM. Becerra Ortiz , N. Marín Camero , I. Pulido Roa , JA. Bondía Navarro .

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario «Carlos Haya». Málaga

Introducción: La obstrucción intestinal es un cuadro que abarca un gran número de patologías: hernias, adherencias, tumores, vólvulos, etc. Las hernias representan una de las principales causas de obstrucción, siendo la crural la que presenta una mayor tendencia a la estrangulación, requiriendo, por tanto, una intervención quirúrgica urgente. El objetivo de nuestro estudio es llevar a cabo una revisión sobre nuestra experiencia en la patología herniaria de origen crural y el tipo de tratamiento que realizamos.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio de revisión de forma retrospectiva de todos los pacientes intervenidos de urgencia de hernia crural complicada durante el período comprendido entre Febrero-1998 y Junio-2008, con un total de 91 casos. Estudiamos de forma descriptiva los datos epidemiológicos, tipo de intervención, comorbilidades acompañantes, estancia postoperatoria y complicaciones. Definimos como comorbilidad a la presencia de HTA, DM, EPOC, patología cardíaca, insuficiencia renal, cirrosis hepática u obesidad.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 65.05 años, con un rango de 15-95. Ha existido una incidencia claramente superior entre el sexo femenino (74 casos, 81.31%). Se trató de una hernia crural derecha en 57 pacientes (62.63%). En más del 25% de las intervenciones se requirió llevar a cabo una resección intestinal, en 3 pacientes el apéndice estaba involucrado en la hernia (hernia de Amyand o Garangeot). Más de la mitad de los casos (58.24%) presentaban algún tipo de comorbilidad. Apareció una infección de herida en 14 pacientes, lo cual supone un 15.38%, habiendo requerido resección intestinal previa en 13 de ellos. La estancia postoperatoria media fue de 3.41 días, siendo sensiblemente más alta cuando se realizó una resección intestinal (9.17 días). La mortalidad ha sido de 2 casos (2.06%), ambos debidos a complicaciones de sus enfermedades médicas de base (edema agudo de pulmón, fracaso cardíaco).

Conclusiones: La hernia crural, siendo infrecuente, debe ser tenida siempre en consideración ante un cuadro de oclusión intestinal. Aproximadamente la cuarta parte de los casos requiere una resección intestinal asociada y, cuando es precisa, es factor condicionante de la complicación más frecuente asociada, que es la infección de la herida quirúrgica. Aún tratándose con frecuencia de pacientes de edad avanzada y con comorbilidades asociadas, la mejora de los cuidados postoperatorios ha logrado disminuir la mortalidad asociada hasta situarla por debajo del 5%.

Bases prevención dolor crónico posthernioplastia inguinal

F. Docobo; M. Gutierrez,; A. Muñoz; J. Vazquez; J. Mena;M.J.Tamayo.

centro=UGC. CMA . Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción El dolor crónico posthernioplastia es infrecuente pero puede ser incapacitante. Causas: Fijación pubica , neurálgia o tipo visceral. Suele desaparecer en 4-6 semanas Nervios implicados iliohipogástrico, ilioinguinal y genito-femoral. :3649 pacientes intervenidos por hernia inguinal en CMA 2001-2006 Equipo entrenado .Criterios selección CMA.Análisis:Diagnósticos preoperatorios, ¿Dolor inguinal previo? Informar posible aparición Cirugía adecuada . Evitar intervenciones «rápidas» e incisiones pequeñas. Identificar estructuras nerviosas y evitar tracciones y resecciones cremastéricas.Evitar disecciones amplias celular , Evitar cierre excesivo orificio inguinal externo y suturas en la parte inferior del músculo oblicuo interno .Si el implante lo requiere extirpar el nervio implicado lo mas proximal- distal posible.Fijar malla con el menor número puntos y reabsorbibles o pegamentos biológicos,Índice sustitución, tipo anestesia y técnica empleada. No antibioterapia profiláctica Postoperatorio, alta y revisiones protocolizadas

Resultados: Alta CMA 3510 pacientes. diferidas: 24 horas 118 (3.23%). > 24 horas de ingreso 21 (0.57%).Causas ingreso fueron dolor, mareos / hipotensión...Pacientes con alta tras ≥ 24 horas de ingreso:87 pacientes se habían intervenido con anestesia local y sedación (2.53%).52 con anestesia raquídea o general (24.5%).Reingreso 10 pacientes (0.27%) .Reintervención 1 paciente.Seroma / hematoma herida 47 (1.28%).Recidivas de 12 meses y 5 años: 27 (0.74%).Infección de herida 35 (0.96%).No se observo dolor inguinal por encima de los 6 meses.

Conclusiones.Los factores que han sido involucrados como causa del dolor postoperatorio son múltiples, se deben instaurar bases para su prevención.En la literatura médica las causas bien documentadas son escasas. Conocimiento anatómico de la región inguinal y distribución nerviosa.

Operacion hernia. Equipo español.

M. Socas-Macías, S. Morales-Conde, Z. Valera, L. Sanchez, J. Bellido, A. Tejada, F. Chaves, V. Bellido, C. Serra, A. Forastero , F. García, M. Vaz, P. Barrera, M. Calzón, R. Miquel, D. Posadillo, M. Extrems, J. Antón.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla), USP-Clinica Sagrado Corazón (Sevilla), Hospital Infanta Elena (Huelva), Hospital Río Tinto (Huelva)

Introducción: La hernia inguinal es una patología muy prevalente en Ghana, siendo su complicación la segunda causa de muerte en la población joven laboralmente activa. Operación hernia es una labor humanitaria organizada por la Asociación Europea de Hernia, consistente en atender las

necesidades quirúrgicas del Hospital de Takoradi al Oeste de Ghana, durante una semana al mes, a lo largo de todo el año, por diferentes equipos de Cirujanos Europeos, garantizando así la continuidad asistencial del proyecto. El primer equipo español que participó en el mismo (coordinado por Salvador Morales-Conde) cubrió la semana del 17 al 25 de Mayo 2008.

Objetivos: 1. Previo a la llegada: Recopilar el mayor número posible de pacientes durante los meses previos mediante el anuncio del proyecto en la radio y posterior selección por el médico local. 2. Durante la visita: A) Asistencial: Operar del orden de 5 a 7 pacientes /día por hospital (inicialmente 2 hospitales con 3 quirófanos). B) Docente: Formar al médico local en la realización de hernioplastias (ya que no disponen de mallas en esos hospitales) y a las enfermeras-anestestistas en la técnica de la anestesia loco-regional. C) Humanitario: Proporcionar el excedente de material quirúrgico y anestésico a los diferentes hospitales y repartir juguetes y material escolar a los niños.

Material y Método: Para ello se constituyó un grupo formado por 18 profesionales sanitarios: 8 cirujanos generales, 1 cirujano pediátrico, 4 anesthesiólogos, 4 enfermeros y 1 médico general. La financiación inicial corrió a cargo de ellos mismos. El Material quirúrgico y anestésico fue donado por los diferentes hospitales así como por varias casas comerciales. Finalmente transportamos un total de 15 cajas de material sanitario de 15 kg cada una de ellas, así como juguetes y material escolar en nuestros equipajes.

Resultados: Dado el nutrido grupo humano logramos cubrir 3 Hospitales (Takoradi, Gaphoa, Cape Coast) y un total de 5 quirófanos. Asistiendo a un total de 130 pacientes, con una edad media de 40 años (5 m-88 a). Operamos 146 hernias en total (62 inguinales, 43 inguinoescrotales una de ellas estrangulada, 13 bilaterales y 14 de ellas recidivadas, 4 umbilicales, 6 ventrales). Como complicación médica un broncoespasmo que requirió intubación, y quirúrgica una orquitis postoperatoria. No hubo mortalidad en la serie. Fuimos asistidos en quirófano por el médico local, con vistas a instruirlo en la técnica quirúrgica. Y una de las Anestestistas impartió una charla sobre la técnica anestésica loco-regional. El material sanitario sobrante fue donado a los diferentes hospitales.

Conclusiones: 1-Se han cubierto ampliamente nuestros objetivos docentes y asistenciales, ya que la enfermera-anestestista realizó con éxito las últimas anestestias loco-regionales; operamos un mayor número de pacientes del esperado, con nula mortalidad y una morbilidad ínfima (0,69%). 2-El agradecimiento mostrado tanto por los médicos como por los pacientes y familiares, son la más clara demostración de que nuestra labor humanitaria ha sido todo un éxito, tanto personal como profesional, lo que nos alienta a organizar un nuevo grupo español para el próximo año.

Resultados preliminares con el Sistema de Cierre Asistido por Vacío (terapiaVAC)

A. Brox Jiménez, D. Díaz Gómez, P. Parra Membrives, D. Martínez Baena, M. Márquez Muñoz, J. Lorente Herce, C. Torres Arcos, A. Galindo Galindo.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Introducción: Presentamos nuestros resultados preeliminares con la terapia VAC para el cierre de heridas abdominales complicadas. Se trata de un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización de heridas mediante la aplicación de presión negativa controlada en el lugar de la herida. De este modo proporciona un entorno húmedo cerrado adecuado para la cicatrización de las heridas, a la vez que elimina el exceso de fluidos que pueden inhibir la curación de la herida. Existen dos tipos de terapia: el sistema «de apósito abdominal» que permite el tratamiento del abdomen abierto, reemplazando a la clásica Bolsa de Bogotá, y la terapia «suprafascial» para el cierre de heridas de la pared abdominal complicadas.

Material y Métodos: Desde Abril del 2007 a Diciembre del 2007 empleamos la terapia VAC en 10 pacientes. En 9 casos fue empleada en un ambiente séptico tras cirugía abdominal, mientras que el otro caso fue un paciente con una fístula urinaria tras un politraumatismo con disrupción colónica y vesical. De los 9 casos con heridas sépticas, 5 fueron infecciones primarias tras cirugías urgentes contaminadas y 4 fueron secundarias a dehiscencias anastomóticas. El sistema VAC de «apósito abdominal» fue empleado en 3 pacientes y la terapia «suprafascial» en los 7 restantes. En todos los casos empleamos una terapia con presión continua negativa, con presiones menores en los casos de fístula entérica/urinaria y en los casos de abdomen abierto (P=75-100mmHg). Los recambios del sistema se hicieron cada 48/72 horas.

Resultados: La media de edad fue 61.6 años (41-78). Fue empleada en 3 mujeres y 7 varones.

Todos los pacientes presentaban enfermedades asociadas, el 50% eran pluripatológicos (más de 3 enfermedades sistémicas) y 9 pacientes tuvieron estancia en UCI. La estancia media hospitalaria fue de 63.3 días (30-120). En cuanto a la mortalidad, 2 pacientes (20%) fallecieron por shock séptico refractario. 2 pacientes desarrollaron fístula entérica y urinaria durante la terapia, sin embargo la fístula se cerró antes de la que la terapia VAC fuera retirada. Se aislaron bacterias multirresistentes en 8 pacientes (80%). El «apósito abdominal» fue empleado 27 días (13-49), con un cierre completo de herida al alta. La terapia suprafascial fue empleada 23.17 días (1-57). La media de costes fue 3797.97? (139.1-10.780.25?)

Conclusiones: La terapia VAC mejora y acelera la cicatrización de las heridas incluso cuando se trata de heridas muy contaminadas o existen fístulas. El sistema de «apósito abdominal» VAC puede emplearse para el tratamiento del abdomen abierto en los casos de síndrome compartimental abdominal así como en otras patologías abdominales complejas, permitiendo el cierre definitivo posterior al dejar indemne la fascia. Los costes de la terapia hay que tomarlos con cautela y tener en cuenta que el uso de la terapia redujo la estancia global de los pacientes, lo cual también influye para el cálculo de costes finales.

Tratamiento de la hernia inguinal en régimen de CMA

M. Gutierrez; A. Muñoz; C. Sacristán; F. Docobo; J. Mena M^a.J.Tamayo

Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción Las hernias inguinales son las más frecuentes en circuitos CMA. Las correcciones con malla son actualmente de elección; existiendo múltiples opciones con buenos resultados y mínimas complicaciones.

Material y Métodos. 3649 pacientes intervenidos por hernia inguinal en régimen de CMA (2001-2006). Criterios para intervención en CMA. Análisis: Género, edad, ASA, diagnósticos, índice de sustitución, tipo de anestesia y técnica empleada. No antibioterapia profiláctica. Técnica adaptada al paciente. Docencia: Alumnos y MIR Cirugía. Postoperatorio, alta y revisiones protocolizadas. Objetivos calidad: Tasa hospitalización < 3%. Cumplimentación quirúrgica > 95%

Resultados. 3649 hernias inguinales: 2981 (81.69%) varones / 668 (18.30%) mujeres. Rango: 16 - 85 años (media de 54.15). Diagnósticos: 1 - 8. Índice complejidad 2.68. Índice sustitución 97.3%. Riesgo anestésico: ASA I 607 (16.63%); ASA II 2319 (63.55%); ASA III 723 (19.81%). Anestesia Local mas sedación 3437 (94.19%) Raquídea 191 (5.23%) General 21 (0.57%) Técnica quirúrgica: Lichtenstein 1113 (30.5%) o PHS 1838 (50.36%) UHS 390 (10.68%) otras 297 (7.61%). Complicaciones: Seroma / hematoma herida 47 (1.28%). Infección herida 35 (0.96%). Altas: CMA 3510 pacientes. Diferidas: 24 horas (con pernocta) 118 (3.23%). > 24 horas ingreso 21 (0.57%). Causas ingreso: dolor, mareos / hipotensión. Pacientes con alta tras ≥ 24 horas de ingreso: 87 anestesia local y sedación (2.53%). 52 anestesia raquídea o general (24.5%). Reintervenciones 1 hemorragia. Reingresos: 10 pacientes (0.27%). Recidivas: 27 (0.74%) entre 12 meses y 5 años.

Conclusiones. Existen múltiples técnicas de tratamiento hernia inguinal con buenos resultados. En nuestra experiencia las técnicas con preperitoneales con malla preformada por su sencillez, su rapidez, sus excelentes resultados y su baja tasa de complicaciones.

Resultados del tratamiento quirúrgico de la patología colónica urgente en un Hospital de Tercer Nivel con la intervención de Hartmann.

J. Carrasco Campos, C.P. Ramírez Plaza, R.M. Becerra Ortiz, A. Álvarez Alcalde, M. Valle Carbajo, C. Jiménez Mazure, A. Titos García, N. Marín Camero, I. Pulido Roa, JA Bondía Navarro.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga

Introducción: Actualmente existe una gran controversia entre las alternativas terapéuticas a emplear en las enfermedades quirúrgicas urgentes del colon. La razón fundamental de emplear la intervención de Hartmann radica en el alto riesgo de dehiscencia de sutura en los procedimientos urgentes sobre un colon no preparado, inflamado o perforado. Sus indicacio-

nes más frecuentes son la diverticulitis aguda o los tumores del colon izquierdo cuando se intervienen de urgencia por obstrucción o perforación. El objetivo de nuestro estudio es revisar los resultados del procedimiento de Hartmann en nuestro servicio de cirugía.

Material y métodos: Hemos llevado a cabo un estudio de revisión de forma retrospectiva entre los pacientes en los que se ha realizado la intervención de Hartmann durante el período comprendido entre Enero-2000 y Mayo-2008, con un total de 92 pacientes. Estudiamos descriptivamente la epidemiología, la etiología, las complicaciones (sobre todo la morbilidad que aporta el estoma), la estancia postoperatoria y los casos en los que se realizó la reconstrucción del tránsito. Definimos comorbilidad a la presencia de DM, EPOC, patología cardíaca, HTA, insuficiencia renal, obesidad o cirrosis hepática. Todas las intervenciones se realizaron por el equipo quirúrgico de guardia, formado habitualmente por 2 cirujanos y un residente, excepto en 6 casos (cirugía programada).

Resultados: Hemos revisado 92 pacientes con una edad media de 70.03 años, con un rango de 36-90, existiendo una mayor incidencia en el sexo masculino (53 casos, 57.6%). La mayoría de las indicaciones quirúrgicas fueron debidas a un cuadro obstructivo (58 casos, 63.05%), siendo el resto de los casos por perforación (26,28.26%), dehiscencia (1), hemorragia (1) y cirugía programada (6). La causa oncológica es la de mayor envergadura (68.47%), seguida de la diverticulitis (28%), vólvulo (3 casos) y amiloide AA (1 caso). Las complicaciones del estoma aparecieron en 15 pacientes (16.3%): necrosis (8 casos), perforación del asa de la colostomía (1), absceso pericostomía (1), hundimiento (4) y hernia paraestomal (1), sin embargo la aparición de infección de herida fue claramente superior (44.56%), existiendo sólo un caso en la cirugía programada.

La estancia media hospitalaria fue de 12.90 días. Sólo se realizó reconstrucción posterior del tránsito en 12 pacientes (13.04%), 2 de ellos con ileostomía de protección, requiriendo una nueva intervención para el cierre de la ileostomía.

Conclusiones: El avance de la cirugía de colon urgente en un solo tiempo ha relegado a la intervención de Hartmann para los pacientes más graves, esto lleva consigo que las tasas de complicaciones asociadas sean muy importantes, sobre todo las relacionadas con el estoma y la herida quirúrgica. Aún así, no debemos olvidar que sigue siendo la opción terapéutica más empleada y que debemos llevar a cabo una individualización del tratamiento para cada paciente y para cada situación.

La imputación de la Responsabilidad Sanitaria en el ejercicio de la Cirugía

J.M. Ortega Segura, I. Ortega Segura, B. Carmona García, JM. Ortega Beviá

Departamento de Cirugía. Universidad de Sevilla

Derivados de la praxis medica diaria, se desarrollan episodios clínicos complejos, que bien pueden venir provocados, por errores en los pre o post operatorios o bien durante la ejecución de la intervención planteada.

Muchos son los procedimientos penales y civiles iniciados contra médicos de diversos sistemas sanitarios que cubre la atención de pacientes (seguros privados, Servicios Sanitarios de carácter estatal o autonómicos etc...), algunos con fundamento y otros no, pero lo mas importante no es la existencia de los mismos, sino el cambio jurisprudencial existente hoy en día por el que cada vez se le está exigiendo mas responsabilidad a los cirujanos y en general a los médicos de nuestro país.

El presente trabajo girará en torno a este cambio, y mas concretamente sobre los actos con potencial delictivo del médico durante el ejercicio de su profesión. De esta forma

sería conveniente hacer especial referencia a las obligaciones que debe cumplir el cirujano antes, durante y después del acto quirúrgico, base de actuación que servirá en todo caso poder plantear una hipotética defensa ante una denuncia de mala praxis, sobresaliendo entre otras la cumplimentación del consentimiento informado, el establecimiento de una relación fluida médico/paciente, la correcta y completa elaboración del historial clínico, que justificará en todo caso la toma de decisiones y una muy detallada elaboración del alta clínica Por su parte, expondremos las diferentes fases del procedimiento penal, y las responsabilidades civiles sobre las que puede recaer el acto médico negligente, aportando nuestra experiencia.

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Colon, recto y misceláneas

Obstrucción intestinal en adenocarcinoma colorrectal sincrónico

A. Ortega Carrasco, C. González Puga, B. Pérez Cabrera, I. Machado Romero, C. Godoy Alba, Jm. García Gil, (Jefe de Servicio)

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Objetivos: Comunicar un caso clínico de tres adenocarcinomas sincrónicos colorrectales que debutaron con un cuadro de perforación y revisión de la literatura al respecto.

Paciente y Método: Paciente de 64 años con antecedentes personales de hidrosadenitis perineo-glútea intervenida; diabetes mellitus tipol; neuropatía periférica; impotencia coenundi; glaucoma bilateral; desprendimiento de retina; linfoma Hodking. Comienza con dolor abdominal de 7 días de evolución de inicio generalizado y localizado posteriormente en FID, acompañado de estreñimiento. En la exploración se aprecia abdomen distendido, doloroso de forma generalizada y defensa muscular sin peristaltismo. Pruebas complementarias: radiografía muestra dilatación de asas intestino delgado (ID); en la analítica destacan 22.000 leucocitos, 84,5% neutrófilos y PCR de 46; la TAC informa de dilatación de ciego, colon ascendente e ID, moderada cantidad de líquido libre entre asas, gas en la pared de éstas estructuras. Compatible con enfermedad isquémica intestinal. Se realiza laparotomía de urgencias con sospecha de obstrucción intestinal hallándose un plastrón causado por perforación de sigma a ileon terminal y retroperitoneo. Colon derecho distendido y lesiones isquémicas en serosa. Se realizó pancolectomía e ileostomía. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias salvo hiperglucemia transitoria. Informe anatómo-patológico: pieza de

123cms. de longitud. Se describen tres tumoraciones: una a 9 cms. del margen proximal y a 2 cms. de la válvula íleocecal, tumoración ascendente de 7 cms.; otra a 25cms. de la anterior de 5x4 cms. y una tercera a 30 cms. del margen distal, la cual es estenosante perforada que obstruye totalmente la luz. Pólipos a 21-25 cms. del margen proximal dispersos por la mucosa, el mayor de 1 cm. de diámetro. Microscópicamente se informa de adenocarcinomas moderadamente diferenciados, pT2, pT3 y pT4 respectivamente, pólipos adenomatosos dispersos y pNo.

Resultados y Conclusiones: Alrededor del 5% de todos los adenocarcinomas colorrectales son sincrónicos, existiendo cierto predominio masculino y apareciendo a una edad media menor a la del cáncer colorrectal en general. Las manifestaciones clínicas y abordaje diagnóstico son similares al cáncer de colon habitual, presentándose como una urgencia abdominal en forma de perforación entre el 2,6 y el 8,3% de los casos. La literatura más reciente revisada, hace hincapié en la necesidad del uso de colonoscopia completa como prueba diagnóstica y de despiñaje para detectar tanto adenomas como adenocarcinomas de colon sincrónicos, habiéndose evidenciado una disminución en la aparición de posteriores lesiones metacrónicas. En nuestro paciente, el hecho de que debutara como una perforación, en parte cubierta por ileon y retroperitoneo, y por lo tanto con un cuadro de urgencia abdominal, hizo que la intervención quirúrgica se realizara sin el estudio completo al que hemos hecho mención. Por otra parte, la gran distensión de colon derecho con lesiones isquémicas, el plastrón secundario a la perforación, la comorbilidad y el estado general del paciente, nos llevaron a resear todo el colon poniendo de manifiesto los tumores sincrónicos que, en el caso de una perforación libre de sigma, tal vez hubieran pasado desapercibidos.