

drenaje percutáneo guiado por TAC y antibioterapia intravenosa durante el ingreso. No hubo ninguna reintervención ni tampoco ningún reingreso.

Conclusión: El abordaje laparoscópico en la úlcera péptica perforada constituye una buena alternativa a la técnica abierta en pacientes seleccionados.

Factores que influyen en la fatiga y carga mental de trabajo en una curva de aprendizaje de bypass laparoscópico

Luis Alberto Martínez Insfran, Nelida Diaz Jimenez, Elena Navarro Rodríguez, Juan Ruiz Rabelo, Manuel Gomez Alvarez, Antonio Membrives Obrero, Javier Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Objetivo: El objetivo principal del presente estudio es validar el "NASA task load index" (NASA TLX) como sistema de medición de fatiga y carga mental de trabajo en el contexto de una curva de aprendizaje de bypass laparoscópico. Otro objetivo del estudio es identificar aquellas variables dependientes de las características del paciente y los factores intraoperatorios que podrían condicionar unos niveles mayores de fatiga en la realización del bypass laparoscópico.

Material y pacientes: Estudio prospectivo que analiza la curva de aprendizaje de un cirujano analizando 70 pacientes consecutivos intervenidos mediante bypass laparoscópico. Para medir el impacto que cada cirugía tuvo sobre el cirujano se utilizó el NASA TLX que es un procedimiento de valoración multidimensional que da una puntuación global de carga de trabajo. Está basado en una media ponderada de las puntuaciones en seis subescalas (exigencia mental, exigencia física, exigencia temporal, esfuerzo, rendimiento, nivel de frustración). Se analizaron variables dependientes del paciente, el procedimiento y los resultados de la cirugía inmediata.

Resultados: Al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson (r) encontramos una correlación positiva entre NASA TLX y el tiempo operatorio ($r=0,669$; $p<0,001$), presencia de drenaje hemático ($r=0,305$; $p=0,010$) e IMC de inclusión ($r=0,522$; $p<0,001$). No se encontró correlación entre mayor puntuación NASA y mayor estancia postoperatoria o momento de retirada de los drenajes. Al realizar una regresión múltiple, el tiempo operatorio (OR=0,124; 95% CI 0,080-0,167), débito por drenajes (OR=0,015; 95% CI 0,004-0,026) e IMC (OR=0,251; 95%CI 0,075-0,427) se mostraron predictores positivos de mayor puntuación NASA. De esta serie 39 pacientes (56%) puntuaron $NASA<53$ (mediana NASA) y 31 pacientes (44%) puntuaron $NASA>53$. El análisis univariante mostró como IMC >50 , síndrome metabólico, paciente de sexo masculino, primer ayudante inexperto, esteatosis moderada a severa y pacientes diabéticos se asociaron a puntuaciones $NASA>53$. La regresión logística identificó el IMC >50 (OR=3,566; 95% CI 1,085-11,715; $p=0,036$), sexo masculino (OR=4,436; 95% CI 1,288-15,280; $p=0,018$), primer ayudante inexperto (OR=2,934; 95% CI 1,142-15,879; $p=0,012$) y pacientes diabéticos (OR=4,171; 95% CI 1,179-14,761; $p=0,027$) como factores

predictores de mayor carga mental de trabajo ($NASA>53$) en el modelo multivariante.

Conclusiones: El sistema NASA TLX es una herramienta útil para medir la carga mental de trabajo y puede ser utilizada para identificar y gestionar la curva de aprendizaje de técnicas laparoscópicas complejas en cirugía bariátrica.

COMUNICACIONES ORALES DE COLOPROCTOLOGÍA

Ecodefecografía dinámica: una alternativa real en el diagnóstico de la incontinencia anal

Pino Díaz V, Rubio Manzanares Dorado M, Ramallo I, De La Portilla F, Diaz Pavón JM, Gollonet JL, Sánchez Gil JM, Vázquez J, Padillo FJ

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La ecodefecografía dinámica (EARD) surge como una alternativa válida a las pruebas dinámicas convencionales presentando una buena correlación de sus resultados con respecto a otras técnicas así como permitiendo la valoración de todas las estructuras del suelo pélvico.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo desde Enero del 2012 a Enero del 2014; 66 pacientes que consultaron por SOD (síndrome obstructivo defecatorio) y fueron sometidos a una ecodefecografía dinámica en tres dimensiones en HUVR realizada por operadores expertos.

Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años que al menos cumplían 2 criterios de Roma III para la obstrucción al tracto de salida defecatorio.

Estudio dinámico en 4 fases para valorar anismo, rectocele, intususcepción, enterocele y descenso del periné.

Resultados: El hallazgo más frecuentemente encontrado fue el rectocele (69,7% de los pacientes estudiados), seguido de la intususcepción rectoanal y de la contracción paradójica del haz puborrectal y (33,3 y 31,8% respectivamente) La ecodefecografía dinámica objetivó mayor incidencia de rectocele, y anismo que la exploración física y menor cifra de descenso del periné que está sobrediagnosticado en la exploración.

Conclusiones: La ecodefecografía dinámica es una técnica útil, barata, rápida y segura (no irradia). Su ventaja es la posibilidad de evaluar las estructuras anatómicas del suelo pélvico, los cambios durante el esfuerzo, desórdenes evacuatorios y daño esfinteriano en un único examen para orientar al cirujano en las decisiones terapéuticas.

Por ser una técnica mejor tolerada e inocua sería preferible realizarla como prueba de imagen inicial tras la exploración clínica en el estudio de patología del suelo pélvico.

Modificaciones en la actividad cerebral de potenciales evocados somatosensoriales tras neuromodulación del tibial posterior en incontinencia fecal

Sojo Rodríguez, V; Menéndez de León, C; Ramos Jiménez, M; Maestre Sánchez, MV; Díaz-Pavón JM; García Cabrera, AM; Gollonet Carnicero, JL; Jiménez Rodríguez, R; Palacios González, C, Vázquez Monchul, J; Sánchez Gil JM; Padillo Ruíz, FJ; de la Portilla de Juan, F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Los potenciales evocados somatosensoriales (PES) reflejan el procesamiento de información en estructuras cerebrales tras la estimulación del sistema somatosensorial periférico. La neuromodulación del tibial posterior (NMTP) se está implantando en esta última década como parte del tratamiento conservado en pacientes con incontinencia fecal (IF) sin defecto esfinteriano. El objetivo de este estudio es evaluar los PES tras la NMTP en pacientes con IF.

Material y método: Se han evaluado 17 pacientes que fueron tratados en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario Virgen del Rocío con NMTP por IF. A todos los pacientes se les realizó un estudio neurofisiológico central en otro centro, donde desconocían la respuesta al tratamiento, evaluando los PES de corta latencia (PES CL) y de larga latencia (PES LL). Se han considerado pacientes respondedores al tratamiento aquellos con una disminución en el test de Wexner mayor al 40% tras finalizar la NMTP.

Resultados: El 76,5 % (13/17) fueron mujeres. La edad media fue de 60 años. De los 17 pacientes tratados con NMTP, el 41,2% respondieron al tratamiento (7/10). En cuanto a los PES CL se evaluó la latencia de la onda P40. En 4/7 pacientes respondedores disminuyó la latencia de P40, y en 5 de 10 pacientes no respondedores también. Los parámetros evaluados de los PES LL fueron la latencia y la amplitud de P80 y P100. La latencia de la P60 disminuyó en 5/7 pacientes respondedores y en 8/10 pacientes no respondedores. La amplitud de la P60 aumentó en 6/7 respondedores y disminuyó en 9/10 no respondedores. La amplitud de la P100 aumentó en 5/7 respondedores y disminuyó en 6/10 no respondedores.

Conclusiones: Existen modificaciones somatosensoriales a nivel central tras el tratamiento con NMTP. No se pueden obtener Conclusiones: de las latencias de P40, P60 y P100. La mayoría de los pacientes con mejoría clínica presentan un aumento de la amplitud de los PES LL (P60 y P100). El parámetro que mejor se correlaciona con la respuesta clínica del paciente es la amplitud de la P60.

Utilidad del estudio neurofisiológico periférico previo al tratamiento con neuromodulación del tibial posterior en pacientes con incontinencia fecal

Sojo Rodríguez, V; Menéndez de León, C; Ramos Jiménez, M; Maestre Sánchez, MV; Díaz-Pavón JM; García Cabrera, AM; Gollonet Carnicero, JL; Jiménez Rodríguez, R;

Palacios González, C, Vázquez Monchul, J; Sánchez Gil JM; Padillo Ruíz, FJ; de la Portilla de Juan, F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La neuromodulación de raíces sacras es un tratamiento bien establecido en pacientes con incontinencia fecal (IF) sin defecto esfinteriano. En la última década surge una alternativa menos invasiva, la neuromodulación periférica del tibial posterior (NMTP), con una tasa de curación aceptable. El objetivo de este estudio es intentar identificar los pacientes que se van a beneficiar de dicho tratamiento mediante el estudio de neurofisiológico del nervio tibial posterior.

Material y método: Hemos realizado un estudio prospectivo en 17 pacientes con IF tratados con NMTP en la unidad de Coloproctología del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Antes del tratamiento todos los pacientes se sometieron a un estudio neurofisiológico periférico del nervio tibial posterior (TP) y su parte sensitiva, el nervio sural, en otro centro. El estado de dichos nervios se relacionó con la respuesta clínica de los pacientes una vez finalizada la terapia. Se consideraron respondedores aquellos pacientes con una disminución del test de Wexner de al menos un 40% con respecto al basal.

Resultados: El 76,5 % (13/17) fueron mujeres. La edad media fue de 60 años. De los 17 pacientes tratados con NMTP, el 41,2% respondieron al tratamiento (7/10). De los 7 pacientes respondedores, 4 tenían los parámetros neurofisiológicos de los nervios TP y sural normales, y 3 tenían normal el sural y patológico el TP. De los 10 pacientes no respondedores, 3 tenían alterados los dos nervios, 4 al menos uno, y 2 tenían ambos normales.

Conclusiones: Los pacientes con IF que vayan a ser tratados con NMTP deben tener íntegro al menos la conducción sensitiva del nervio TP, aunque esto no garantice una respuesta al tratamiento. Aquellos pacientes que tengan alteradas ambas vías no deberían ser candidatos a la terapia de la NMTP.

Necesidad de la apendicectomía de intervalo en el plastrón apendicular

Tinoco J, Ramallo IM, Pareja F, Flores M, López F, Sacristán C, Alarcón I, Jiménez R, Martín C, Padillo FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Está ampliamente demostrados que el tratamiento correcto de la apendicitis aguda simple y temprana es la apendicectomía inmediata. Sin embargo, el tratamiento de aquellos pacientes con plastrón apendicular sigue siendo muy controvertido. El plastrón apendicular puede ser tratado mediante intervención quirúrgica de inicio, o de forma conservadora, actitud mas extendida.

El manejo conservador consiste en: reposo, observación cuidadosa y antibióticos únicamente, necesitando drenaje percutáneo en algunos casos. Todos ellos seguidos de una apendicectomía de intervalo, que se practica de 3 a 5 meses después selectivamente.

Objetivos: Demostrar que la indicación de apendicectomía de intervalos puede individualizarse, no teniendo que realizar apendicectomía sistemática en todos los pacientes con un plastrón apendicular resuelto en los meses previos.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados y tratados de plastrón apendicular en nuestra Unidad desde Enero de 2009 a Marzo de 2014. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, días de evolución, diagnóstico previo, leucocitosis, PCR, prueba de diagnóstico, tratamiento percutáneo, tratamiento quirúrgico diferido, días de tratamiento y tipo de antibióticos, y anatomía patológica. Los datos continuos se han informado como medianas. Se comparan las medias mediante el test de T de Student. Para variables cualitativas se emplea el test de Chi-cuadrado. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20

Resultados: De los 1029 procesos apendiculares registrados, 33 pacientes fueron diagnosticados de plastrón apendicular lo que representa un 3,21 %. La edad mediana fue de 57 [15-84] años. Respecto al sexo, están repartidos en un 63,6% de varones y un 36,4% de mujeres. El diagnóstico inicial en un 48% fue de apendicitis evolucionada, seguido de un 12% de dolor abdominal inespecífico, 12% pielonefritis, y 12% gastroenteritis. La media de días de evolución hasta el diagnóstico definitivo fue de 17,8 \pm 31,1 días. En el 60% de los casos el diagnóstico se confirmó por TAC y en el 40% por ecografía. El 66% se trató empíricamente con amoxicilina/clavulánico y un 33% con piperacilina/tazobactam.

La apendicectomía en un segundo tiempo se realizó en el 78% de los casos antes de individualizar los casos (4 pacientes no intervenidos por comorbilidades, o declinación de la indicación); y el 50% tras individualizar la indicación ($p=0,11$). Se sometieron a drenaje percutáneo el 50% (17% antes del cambio de actitud, y el 50% de los paciente donde se individualiza la cirugía) ($p=0,04$). El 21% reingresan de forma no programada (en igual proporción en ambos grupos). El 92% de las biopsias informó de cambios inflamatorios crónico apendicular, frente a 2 casos (4% cada uno) de enfermedad de Crohn y un adenocarcinoma de ciego. Como complicaciones hubo 2 hematomas de herida y 2 colecciones abdominales que se drenaron. La estancia mediana fue de 9,9 días (2-26) en el primer ingreso. No hubo mortalidad.

La leucocitosis y la elevación de la PCR no arrojan significación a la hora de necesitar intervención quirúrgica posterior ($p=0,71$), al igual que el dolor en fosa iliaca derecha ($p=0,08$). Sin embargo, la fiebre al diagnóstico ($>38^{\circ}$ C) se relaciona con un mayor necesidad de cirugía a la larga ($p=0,02$) en parte influido porque el 100% de los reingresos no programados (indicando cirugía en el 86%) acuden con fiebre. La edad influye a la hora de la necesidad de recurrir al drenaje percutáneo ($p=0,0009$), siendo necesario en pacientes mas mayores.

Conclusión: La apendicectomía de intervalo debe individualizarse para cada paciente, ya que excepto la fiebre elevada al ingreso, no hemos encontrado ningún factor que incremente el numero de reingresos no programados, y la indicación de cirugía en el mismo. Por otro lado, la decisión de no intervenir de forma protocolizada a todos los pacientes, no supone un aumento de numero de reingresos ni de los días de estancia hospitalaria, no incrementando el gasto hospitalario, sin incremento en la morbimortalidad del paciente.

Estenosis rectal tratada mediante TEM

M. Ferrer Márquez; S. Ortega Ruiz; P. Moreno Mar

Hospital Torrecárdenas de Almería

El tratamiento de las estenosis benignas se puede llevar a cabo mediante diferentes procedimientos: dilataciones endoscópicas, colocación de stent, resección quirúrgica, estricturoplastia transanal. Este rango sugiere que no existe un método ideal para todas las estenosis. Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante microcirugía endoscópica transanal.

Mujer de 46 años, con antecedentes de diverticulosis, que es intervenida de sigmoidectomía por laparoscopia en 2008. Como complicación a largo plazo, presenta una estenosis de la anastomosis que no ha mejorado tras varios intentos de dilataciones endoscópicas. En la exploración, se palpa anastomosis estenosada a unos 10 centímetros del margen anal. Se realiza un enema opaco que se informa de estenosis moderada de 1,5cm de diámetro que permite el paso de contraste en ambas direcciones sin dilatación.

Se decide cirugía, a través de TEM, observando estenosis fibrosa a unos 8-10cm de margen anal, de componente especialmente posterior con varias grapas incluidas en el tejido. Se realiza una resección posterior en cuña de un triángulo fibroso y las grapas metálicas englobadas hasta llegar a la grasa perirrectal.

La paciente, presentó clara mejoría de los síntomas tras la última cirugía encontrándose en la actualidad asintomática. Las dilataciones endoscópicas repetidas son un método poco invasivo, pero muchas veces, poco eficaz. Una alternativa eficaz a la resección de la zona anastomótica por vía abdominal, es la utilización de TEM mediante la incisión longitudinal del tejido fibrótico. Esta técnica constituye un método menos invasivo que además, puede ser de elección en estenosis de anastomosis especialmente bajas.

Otras aplicaciones de la TEM

Moreno-Marín P, Navarro Duarte JC, Belda Lozano R, Rubio Gil F, Reina Duarte A, Rosado Cobián R.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

La Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM), nació en los años 80 como una alternativa en el tratamiento de determinadas lesiones rectales. Esta técnica permite la resección de lesiones hasta los 18-20 centímetros. La TEM, se considera una técnica segura desde el punto de vista oncológico y quirúrgico, además de presentar una morbilidad menor al resto de alternativas quirúrgicas de la neoplasia de recto. Presentamos a continuación nuestros resultados en el tratamiento de lesiones rectales diferentes al tumor rectal.

Caso 1: Mujer de 32 años sin antecedentes de interés, que en estudio por rectorragia se diagnostica de una tumoración de recto que se biopsia, llegando al diagnóstico de tumor carcinoide. Se realiza escisión de la lesión a través de TEM, mediante una resección de espesor total de la pared rectal obteniendo una resección completa con márgenes libres de lesión.

Caso 2: Mujer de 40 años intervenida de tumor neuroendocrino de vagina mediante exéresis local, con posterior tratamiento radioterápico. Durante el seguimiento de su enfermedad se detecta un nódulo en pelvis, a unos 5 centímetros del margen anal, en cara posterolateral derecha. Se realiza TEM con sección parietal completa del recto hasta llegar a la fascia presacra. En anatomía patológica, se evidencia una metástasis de carcinoma neuroendocrino con márgenes quirúrgicos libres de tumor.

Caso 3: Varón de 44 años que es diagnosticado por Tomografía Computarizada (TC), de forma incidental, de un quiste retrorrectal bilobulado de unos 6 x 4 centímetros. Se realiza una TEM, con sección de tercio distal de recto para acceder a espacio retrorrectal y exéresis del quiste. Posteriormente, se realiza sutura de la pared rectal.

La TEM, tiene ciertas indicaciones clásicas para la resección de lesiones rectales, como el tratamiento quirúrgico de pólipos rectales, tumores malignos en estadios iniciales (T1N0), como tratamiento paliativo de lesiones rectales en pacientes con alto riesgo quirúrgico. No obstante, se están ampliando las aplicaciones de la TEM para otro tipo de lesiones como las que se presentan anteriormente.

La TEM es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y efectivo para el tratamiento de determinadas lesiones rectales seleccionadas. Se asocia a una baja morbilidad, evitando en gran número de casos las consecuencias de una cirugía radical. Pero, en cualquier caso, la TEM no es simplemente una técnica quirúrgica de cirugía local, sino una estrategia terapéutica basada en un equipo multidisciplinario (digestivos, radiólogos, patólogos, anestesiólogos, oncólogos, enfermeros y cirujanos colorrectales), fundamentada en una cuidadosa selección de pacientes, una técnica quirúrgica auditada y un estricto protocolo de seguimiento.

Experiencia TEM en Hospital Torrecárdenas

Moreno-Marín P, Navarro Duarte JC, Belda Lozano R, Rubio Gil F, Reina Duarte A, Rosado Cobián R.

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería

La Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM), desarrollada desde los años 80, por Buess et al., nació como alternativa al tratamiento quirúrgico de determinadas lesiones rectales. Consiste en una alternativa a la resección local clásica (endoeanal, transacral o transesfintérica), e incluso en algunos casos, a la cirugía rectal con escisión total del mesorrecto (ETM).

En esta comunicación, presentamos la experiencia de nuestra unidad en el tratamiento de lesiones rectales de diferente naturaleza mediante la TEM.

Presentamos 105 casos intervenidos por TEM en la unidad de coloproctología de nuestro hospital entre julio de 2008 y abril de 2014. La mayoría de los pacientes pertenecen a nuestra área hospitalaria, no obstante, constituimos uno de los centros de referencia de TEM en nuestra comunidad autónoma, recibiendo pacientes de cada una de sus provincias (hasta un 41% de los pacientes intervenidos).

La mayor parte de los pacientes, presentaban un diagnóstico preoperatorio de adenoma (69 pacientes). 31 pacientes

fueron intervenidos por un adenocarcinoma de recto, de los cuales, 15 presentaban un estadio T2 o T3 preoperatorio

Evaluamos las distintas dificultades que se presentaron durante la cirugía, sobretodo, la relacionada con la calidad del neumorrecto, así como el tipo de resección, o la necesidad de fragmentación de la pieza durante la cirugía.

Se precisó de reconversión a técnica endoanal (no asistida por TEM) en 3 casos, mientras que precisaron laparoscopia y/o laparotomía 5 pacientes por complicaciones técnicas durante la cirugía.

La complicación postoperatoria más frecuente ha sido la rectorragia, presentándose hasta en el 8,5% de los pacientes intervenidos. Como complicación postoperatoria más grave, se produjo un éxito por neumonía nosocomial postoperatoria. El seguimiento de los pacientes ha sido mayor de 6 meses en el 97% de los pacientes, con un seguimiento medio superior a 20 meses. Se han presentado un 9% de recurrencias durante el seguimiento, más de la mitad de ellos en forma de adenoma.

Como conclusión, la Microcirugía Endoscópica Transanal es un procedimiento mínimamente invasivo que facilita el abordaje endoanal de determinadas lesiones rectales con un equipamiento muy específico que permite: mayor accesibilidad, mejor visualización y una resección más precisa para conseguir unos buenos márgenes de resección. No obstante, la TEM no cambia los criterios de indicación para la resección de lesiones rectales. Con una buena selección de pacientes, se obtienen resultados clínicos, oncológicos y funcionales muy favorables.

Prevención de la infección de herida quirúrgica en cirugía colorrectal. Estudio prospectivo

Tinoco J, Ramallo IM, Díaz Pavón JM, Jiménez R, Palacios C, Sanchez JM, García Cabrera AM, Padillo FJ, de la Portilla F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: La infección de herida quirúrgica (IHQ) es aquella que ocurre en una herida operatoria dentro de los 30 días del procedimiento o dentro del año si se implantó una prótesis. Es la responsable de aproximadamente el 16% al 18% de todas las infecciones hospitalarias, suponiendo un incremento de 8,5 días de ingreso, con elevación de la morbilidad. La profilaxis antibiótica sistémica, junto con la antisepsia de la zona quirúrgica suponen el mecanismo tradicional de prevención de IHQ.

Objetivos: Demostrar que el empleo de clorhexidina postoperatoria en forma de mechas (además de la profilaxis pre e intraoperatoria) favorece la reducción del índice de IHQ en cirugía colorrectal (potencialmente contaminada).

Materiales y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo con dos grupos homogéneos de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal en dos periodos de tiempo en nuestra Unidad. Un grupo de 248 pacientes en el que se empleó profilaxis antibiótica y antisepsia con clorhexidina en la zona quirúrgica (año 2012); frente a otro grupo de 282 pacientes en el que además se añadieron mechas impregnadas en clorhexidina en la herida durante 48h (año 2013). Se ha realizado una

base de datos con las variables demográficas de los pacientes, días de ingreso, diagnóstico, zona de resección, abordaje, complicaciones postoperatorias e IHQ. Los datos continuos se han informado como medianas. Se comparan las medias mediante el test de T de Student. Para variables cualitativas empleamos el test de Chi-cuadrado. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados: En el periodo de estudio se intervinieron 530 pacientes divididos en 2 grupos (248 sin mechas, 282 con mechas de clorhexidina). La mediana de edad fue de 67 años [16-91]. La distribución por sexos fue de 54,1% de varones y 45,9% mujeres en el primer periodo; 64,6% hombres y 35,4% mujeres, tratados con clorhexidina postoperatoria. Se resecó colon derecho en 131 casos (54/77), 20 transversos (5/15), 17 descendentes (8/9), 113 colon sigmoides (55/58), 149 rectos (82/67), 66 resecciones atípicas por enf. Crohn (28/38), 17 resecciones subtotales (6/11) y 3 colotomías (3/0). Se ha obtenido significación estadística al comparar la presencia de IHQ con la presencia de colección intrabdominal ($p=0,00001$), acceso laparotómico ($p=0,026$), presencia de fístula/dehiscencia ($p=0,00042$), aparición de visceración ($p=0,002$), estancia en UCI ($p=0,00001$), reingresos no programados ($p=0,00003$), reintervención ($p=0,0002$) y realización de ostomía ($p=0,01$). No hay relación estadística para IHQ en función de la edad ($p=0,32$) necesidad de reconversión ($p=0,25$), presencia de hemorragia ($p=0,15$), ingreso urgente ($p=0,35$), así como la porción de colon resecada. Así mismo, los afectos de IHQ incrementaron la estancia media en más de 12 días ($p=0,0001$). Tras el empleo de clorhexidina la IHQ disminuyó de un 16% a un 7,8% ($p=0,04$). Esto disminuyó la estancia media en más de 2 días ($p=0,015$).

Conclusión: El empleo de clorhexidina postoperatoria en la herida quirúrgica, es un gesto simple y barato, que disminuye la incidencia de IHQ reduciendo la estancia postoperatoria.

Nuevo sistema para el desbridamiento de la fístula perianal compleja

FJ Pérez Lara, H Oehling, J Hernandez, T Galeote, A del Rey, H Oliva

Hospital de Antequera. Málaga

Introducción: Posiblemente los resultados del tratamiento de las fístulas complejas sean directamente proporcionales a la cantidad de tejido fibroso que seamos capaces de reseca a lo largo de todo el trayecto.

Material y método: Hemos fabricado unas pequeñas legras capaces (debido a su tamaño) de recorrer todo el trayecto de la fístula, la legra tiene un orificio situado en cada extremo donde se atan hilos que se pasan a través del orificio fistuloso, lo que nos permite traccionando desde ambos hilos, que la legra recorra el trayecto de extremo a extremo cuantas veces queramos.

Las legras presentan una serie de zonas espiculadas que hacen que en su recorrido vaya reseca todo el tejido fibroso de la fístula, y además tienen varios grosores para ir

destechando desde la zona más superficial a la más profunda del trayecto.

Resultados: Con la utilización de estas legras hemos obtenido unos resultados alentadores, aunque preliminares (9 pacientes) y a corto plazo (6 meses), con una mejoría en la tasa de éxito del 67% al 88%.

Conclusiones: Creemos que el tener la posibilidad de legrar a fondo casi la totalidad del tejido fibroso puede mejorar significativamente los resultados de cualquiera de las técnicas empleadas hoy día para el tratamiento de las fístulas complejas o constituir en sí misma una técnica definitiva sin más gestos quirúrgicos que el cierre del orificio interno (plano mucoso y muscular).

Neuromodulación percutánea del nervio tibial posterior (nmpt): resultados a medio plazo

V. Camacho, M. Laporte, M. V. Maestre, J. M. D Iaz-Pavon, J. L. Gollonet, C. Palacios, J. M. Vazquez-Monchul, A. M. Garcia-Cabrera, R. M. Jimenez-Rodriguez, J. M. Sanchez Gil, Padillo Ruiz, FJ, F. de la Portilla.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La NMPT es un procedimiento de reciente aparición como tratamiento de la incontinencia fecal. A pesar de ello, tanto su eficacia a largo plazo como la necesidad de aplicar de nuevo el tratamiento ante una posible pérdida de la misma están por definir. El objetivo de este estudio es establecer los resultados a medio plazo e identificar la proporción de pacientes que pudieran requerir más tratamiento.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo de 30 pacientes tratados en nuestro hospital. Todos los pacientes completaron en la primera consulta un diario defecatorio, un cuestionario de calidad de vida para la incontinencia fecal, el Score de Jorge-Wexner y la escala analógica visual. Los pacientes recibieron 12 sesiones de tratamiento ambulatorio de 30 minutos cada uno, lo que constituía la primera fase. En aquellos pacientes donde el Score de Wexner no disminuía al menos un 40% con respecto al del inicio del tratamiento éste se interrumpía. En aquellos donde el porcentaje era mayor al 40% se ofrecían otras 12 sesiones (segunda fase). Tras la segunda fase no recibieron más tratamiento pero fueron evaluados a los 6 y a los 12 meses.

Resultados: Todos los pacientes finalizaron la primera fase y 22/30 continuaron la segunda. Durante la segunda fase 11/30 mejoraron el Score de Wexner. Tras 6 meses sin tratamiento la mejoría se observó en 11/30 pacientes y tras 24 meses de seguimiento 16/30 refirieron mejoría. Hubo una mejoría significativa en 3 variables del cuestionario de calidad de vida: estilo de vida, vergüenza y conducta de afrontamiento. La escala analógica visual y la urgencia defecatoria también sufrieron mejoría, al igual que la presión de contracción observada entre las medidas de referencia y las posteriores al tratamiento completo.

Conclusiones: Tras el análisis de resultados podemos concluir que la repetición del tratamiento no es necesaria en casi la mitad de los pacientes tratados, incluso en aquellos que finalizaron el tratamiento 6 meses o 2 años antes.

Fístula cologástrica en paciente con enfermedad de crohn.

Jean Carlo Gamero Huamán, Cristina Torres Arcos, Begoña de Soto Cardenal, Luisa Castro Laria, Juan Galán Álvarez, Fernando Oliva Mompeán, Francisco Javier Padillo Ruiz
Hospital Universitario Virgen Macarena - Sevilla

Material y Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 37 años diagnosticada de enfermedad de Crohn colónica y perianal desde hace casi 20 años (A1L2B3+p), que consulta por molestias y pesadez epigástricas, aliento fétido y pérdida de peso. La exploración es normal, y en la analítica destacan una Hemoglobina de 8,5 gr/dL, y una disminución de prealbúmina con albúmina y proteínas totales en rango normal. Se realiza una ecografía abdominal donde se visualiza engrosamiento y edema de pared de colon transversal, por lo que se realiza colonoscopia, la cual visualiza una «lesión concéntrica y ulcerada a 90 cm del margen anal, estenosante, que no permite el paso del endoscopio. Resto del colon respetado hasta ampolla rectal». Se toman biopsias: «colitis crónica activa con ulceración, compatible con Enfermedad Inflamatoria Intestinal». Para completar el estudio del colon se realiza un Enema Opaco, que identifica «en colon transversal un segmento con disminución de calibre de unos 5 cm, en relación con una estenosis, paso del contraste del colon transversal al estómago, y un reflujo gastroesofágico».

Con el diagnóstico de Enfermedad de Crohn con fístula colo-gástrica, se programa intervención quirúrgica, realizándose previamente una valoración y tratamiento nutricional consistente en dieta pobre en residuos y suplementos orales hiperproteicos.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora, hallándose el segmento de colon transversal estenótico y fistulizando a curvatura mayor gástrica. El resto de colon transversal en sentido proximal y el colon derecho se hallan afectados por la enfermedad. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada hasta margen macroscópicamente sano, anastomosis ileo-transversal latero-lateral mecánica, y resección en bloque del trayecto fistuloso. Se revisa la mucosa gástrica que no está afectada por la enfermedad de Crohn, y se realiza un cierre simple. El postoperatorio es favorable, siendo alta al séptimo día postoperatorio.

Conclusiones: Aunque la cirugía en la Enfermedad de Crohn no es curativa, es la opción más recomendable cuando aparecen complicaciones, siendo una de ellas las fístulas entre distintos órganos. En estos casos, debe researse el segmento originario de la fístula, con márgenes macroscópicamente sanos, mientras que si el órgano diana de la fístula no está afectado por la enfermedad es suficiente con realizar un cierre simple tras resear el trayecto fistuloso.

La preparación prequirúrgica, como el soporte nutricional y mejora de condiciones sépticas, es un pilar fundamental para el éxito, mejorando las condiciones del paciente para realizar una cirugía con anastomosis en el mismo acto.

Aunque las fístulas son una complicación frecuente en la Enfermedad de Crohn, la fístula colo-gástrica es una forma muy poco frecuente de éstas, conociéndose únicamente 37 hasta la actualidad, motivo por el que nos parece interesante nuestro caso.

Auditoria Clínica del Proceso Apendicitis Aguda en un hospital de Primer Nivel

Ander Bengoechea Trujillo, José Luis Fernández Serrano, Daniel Pérez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, Amparo Valverde Muñoz, Carmen Bazán Hinojo, María Dolores Casado Maestre, M^a de los Ángeles Mayo Osorio, M^o Jesús Castro Santiago, José Manuel Pacheco García.
Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La apendicitis aguda es el proceso más prevalente de urgencia quirúrgica. La auditoría clínica es un método muy útil para mejorar la calidad asistencial. Se puede definir como el análisis crítico y sistematizado de la calidad de la asistencia incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos en cuanto a desenlaces clínicos y calidad de vida del paciente. La implementación de una vía clínica es una herramienta que disminuye la variabilidad, mejorando eficiencia y seguridad.

Método: Se evaluaron todos los pacientes que son diagnosticados de apendicitis aguda. En total 338 pacientes en dos periodos, uno de mayo de 2010 a Mayo de 2012 y un segundo periodo, una vez implementada la vía clínica que corresponde de Junio de 2012 a Mayo de 2013 (250 en el primer periodo y 88 en el segundo). Se evalúan los siguientes indicadores:

- Estancia media, Morbilidad, Reintervenciones, Vía de abordaje, Tasa de apendectomías en blanco, Pruebas de imagen: Ecografía y TAC abdominal, Número de reingresos y el uso adecuado de profilaxis y tratamiento antibiótico.

Resultados: La edad media y el sexo de los pacientes fue de 33 años en el primer periodo y de 36 años el segundo periodo. La vía de abordaje correspondió en un 55,2% a la vía laparoscópica y 54,8% para la vía abierta en el primer periodo y de un 30% de abordajes laparoscópicos y 70% por vía abierta durante el segundo periodo. La estancia media global en nuestro servicio durante el primer periodo fue de 3,89 días. Durante el segundo periodo la estancia global fue de 2,88.

Durante el primer periodo se registraron 39 complicaciones. Se observa un aumento en la vía laparoscopia en comparación con la vía abierta. Durante el segundo periodo sólo se registraron 7 complicaciones.

Los reingresos durante el primer periodo de estudio fueron 13 (5,1%) y 2 reingresos durante el segundo periodo de estudio.

Como apendicitis en blanco hemos incluidas aquellas con una confirmación anatómica patológica. El número total fue de 38 casos. Con un valor similar para ambos periodos de estudio (11,37% vs 10%).

Se analiza el porcentaje de pacientes en los cuales se ha cumplido con el protocolo sobre el uso de antibioterapia en la infección intrabdominal ajustándose durante el primer periodo el 34,47% de los pacientes y durante el segundo periodo del 97%.

Conclusiones: Los resultados de nuestra auditoría muestran que los indicadores seleccionados se pueden aplicar en el 100% de la población que hemos auditado ya que estos se encuentran en las historias clínicas. También se demostró que nuestra auditoría fue útil para introducir acciones de mejora.

En nuestra serie observamos que al realizar el abordaje laparoscópico, nos encontramos en estancia media como en

complicaciones por encima de lo publicado y vemos que no acorta la estancia hospitalaria, observándose un aumento de complicaciones, reingresos y reintervenciones.

Tras analizar nuestros resultados dejamos establecidas las indicaciones de la vía laparoscópica a pacientes con cierto grado de obesidad y mujeres en edad fértil con duda diagnóstica.

Una vez establecido y homogenizado el manejo se observa un descenso de complicaciones, estancia media y reintervenciones en el segundo periodo de evaluación.

Para concluir podemos decir que cualquier proceso asistencial quirúrgico requiere de reevaluaciones. Una de las formas de realizarlo es por medio de auditorias clínicas. En nuestro caso, actuamos además implementando una vía clínica

Intususcepción intestinal en el adulto

Pineda Navarro N, Valdivia Risco JH, Segura Jiménez I, Conde Muíño R, Huertas Peña F, Palma Carazo P, Ferrón Orihuela JA

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: La intususcepción se define como la penetración de un segmento de tubo digestivo en la luz de otro adyacente. Es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en el niño. Sin embargo, en el adulto es una causa rara, ocasionando del 1 al 5% de los cuadros oclusivos. En la mayoría de los casos se debe a una patología subyacente. Se presentan cuatro casos de invaginación de intestino grueso operados en nuestro Hospital.

Método: Caso 1: Varón de 28 años con episodios dolorosos abdominales recurrentes. Se le realiza colonoscopia que objetiva una masa a nivel de unión recto-sigmoidea que no permitía paso del endoscopio. Se programa resección de sigma que realizamos de forma oncológica.

Caso 2: Varón de 55 años con clínica de rectorragia y cambio del hábito intestinal. La colonoscopia advierte prolapso mucoso a nivel de unión rectosigmoidea. No se realiza biopsia y la ecografía descarta enfermedad a distancia. Se practicó una resección oncológica de sigma que presentaba una intususcepción en recto.

Caso 3: Mujer de 27 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 6 meses de evolución con aumento de la intensidad desde hacía unos 15 días, acompañado de vómitos y estreñimiento. Se realiza TAC y se constata la presencia de una intususcepción que origina una obstrucción, por lo que se interviene de forma urgente practicándose una resección oncológica de colon derecho.

Caso 4: Mujer de 28 años con dolor de predominio en flanco derecho de una semana de evolución. Se le realiza TAC que informa de invaginación de ciego y colon derecho hasta transversal. Se intenta descomprimir endoscópicamente pero no se consigue. Se interviene urgentemente observando una tumoración que afecta a la región circundante a la válvula ileocecal, por lo que se realiza ileocecectomía.

Resultados: La anatomía patológica del primer caso encontró un tumor estromal gastrointestinal de malignidad intermedia prolapso en la luz intestinal. El segundo paciente

resultó tener un adenocarcinoma de sigma en estadio I. La anatomía del tercer caso fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego. El cuarto caso era un cistoadenoma mucinoso apendicular.

Conclusiones: Entre el 70 y el 90% de las intususcepciones del adulto están asociadas a un proceso subyacente. Este puede ser maligno hasta en dos de cada tres ocasiones, siendo menos frecuente las invaginaciones debidas a adherencias, a hematomas en la pared intestinal o las secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal. La clínica predominante es el dolor abdominal, acompañado o no de rectorragia. Las pruebas de imagen son de gran ayuda a la hora de determinar una causa. El diagnóstico endoscópico puede estar dificultado por la propia patología, por lo que el cirujano debe tener, en estos raros casos, una alta sospecha diagnóstica. En cuanto al tratamiento, se ha de realizar casi siempre una resección oncológica, evitando toda posible maniobra de reducción durante el acto quirúrgico.

Análisis de los resultados quirúrgicos y oncológicos de la cirugía diferida mediante endoprótesis frente a la cirugía urgente en el cancer oncluido de colon izquierdo.

Rodríguez Silva C, Blanco Elena JA, Montiel Casado MC, Aranda Narváez JM, González Sánchez AJ, Titos García A, Fernández Burgos I, Romacho López L, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivo: Comparar los resultados quirúrgicos y oncológicos a corto plazo en los pacientes con obstrucción tumoral de colon distal intervenidos de forma diferida tras colocación de prótesis descompresiva puente (CD) con aquellos intervenidos de urgencia (CU) por la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias en nuestro Centro.

Método: Estudio de cohortes retrospectivas, con análisis por protocolo, incluyendo todos los pacientes ingresados por obstrucción tumoral de colon distal al ángulo esplénico tratable con intención curativa intervenidos en el período comprendido entre enero de 2011 y marzo de 2014. Como variable de resultado principal se consideró la morbimortalidad del proceso, evaluada mediante el índice de Clavien y el número de ganglios aislados en la pieza. Diferenciamos dos subgrupos de pacientes en función de la localización del proceso tumoral: proximal (englobando las neoplasias de ángulo esplénico y colon izquierdo proximal), y distal (colon izquierdo distal, colon sigmoide y recto superior).

Resultados: Se llevaron a cabo un total de 22 cirugías diferidas, mientras que se indicó cirugía urgente directa en 34 pacientes. Ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a las variables epidemiológicas de interés. De los 32 pacientes en los que se indicó endoprótesis colónica no se pudo completar el procedimiento, por motivos técnicos, en 6 de ellos. Se registraron tres casos de perforación clínica asociada a la endoprótesis y un caso de disfunción con persistencia del cuadro oclusivo. La tasa de éxito técnico fue 78% y de éxito terapéutico 69%.

La estancia hospitalaria media fue de 12,3 días en el grupo

CD y de 13,7 en el grupo de CU, con tendencia a la significación estadística ($p < 0,08$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la morbimortalidad postoperatoria. Al estratificar los casos en función de la localización tumoral, el grupo de los tumores distales presentó una mayor tasa de complicaciones Clavien grado III o superior en el grupo de cirugía urgente con respecto al de cirugía diferida mediante stent. Se realizó anastomosis primaria en el 86,3% de los pacientes sometidos a cirugía diferida y en el 50% de los pacientes sometidos a cirugía directa ($p < 0,006$). El 75% de los estomas se realizó en pacientes con tumores distales. El abordaje laparoscópico sólo fue posible en el grupo de CD en un 46% de los casos ($p < 0,005$). Se aislaron menos de 12 ganglios en 5 pacientes del grupo CU y en ninguno en el de CD ($p < 0,05$).

Conclusiones: El uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite una mayor tasa de anastomosis primaria en el tratamiento de los tumores de colon izquierdo ocluidos y posibilita el abordaje laparoscópico en muchos casos. En el subgrupo de tumores distales, la cirugía diferida mediante stent puente reduce la morbilidad postoperatoria frente a la cirugía directa, así como aumentar la calidad oncológica de la resección.

COMUNICACIONES ORALES DE LA PARED ABDOMINAL

Resultados de la implantación de la técnica sandwich en la reparación de eventraciones complejas

Tinoco J, Bustos M, Ramallo Im, Martín JA, Tamayo Mj, Docobo F, Padillo FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: En la actualidad, para el tratamiento quirúrgico de las hernias ventrales se ha generalizado el uso de prótesis de material sintético. Esta técnica se utiliza en el tratamiento de grandes hernias que hasta hace poco tiempo se consideraban fuera del alcance del tratamiento quirúrgico o al menos éste era muy problemático. Se puede asociar a plastias de pared abdominal tales como la técnica de Ramírez, aunque nuestra tendencia actual es utilizarla sin realizar separación de componentes.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a la realización de técnica sandwich para reparar eventraciones complejas en nuestra Unidad desde 2010 a 2013. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, diámetro máximo, recidivas en el seguimiento y complicación peroperatorias.

Los datos continuos se han informado como medianas. Las estimaciones de supervivencia se han calculado utilizando el método de Kaplan-Meier. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados: Se han analizado 38 pacientes sometidos a la técnica Sandwich. La edad media fue de $56,13 \pm 13,91$ años. La distribución por sexo fue 47,3 % varones y 52,7% mujeres en la muestra. El riesgo anestésico según el ASA fue igual o menor a 2 en el 55,6%, frente al 44,4% de los casos. Se utilizó la anestesia epidural en la misma proporción que anestesia sistémica. El tamaño medio del defecto (diámetro mayor) fue de $15,17 \pm 5,36$ cm. El 50% de los pacientes tenían un anillo único, 30,6% dos anillos y el 19,4% 3 o más. La indicación de reparación de la eventración compleja fue por recidiva de una hernia previa en 28 casos (73%), frente a 10 casos (27%) que padecían la primera eventración. 2 pacientes (5,6%) fallecieron en el seguimiento y 4 de ellos mostraron complicaciones (10,5%). Durante el seguimiento sólo se detectó 1 recidiva (2,6%) tras la implantación de la terapia en sandwich. A los 3, 6 y 12 meses el porcentaje de recidiva fue del 0%. A los 2 años fue del 0%, elevándose al 2,6% a los 3 años. —En nuestro grupo el análisis estadístico no encontró diferencias ($p < 0,05$) en cuanto a IMC, tipo de hernia, edad, sexo, número de anillos y tamaño herniario en cuanto a la recidiva preimplantación del sistema sandwich. Tras su empleo sólo obtuvimos una recidiva, por lo que los resultados muestran una técnica fiable.

Conclusiones: La técnica «sándwich» se ofrece como una técnica alentadora para el cierre en casos de eventraciones complejas, y en manos experimentadas, ofrece un perfil de recidiva y complicaciones bastante seguros y fiables.

¿Cómo puedo realizar el cierre del peritoneo en cirugía laparoscópica de la hernia inguinal (TAPP)?

Suárez Grau JM, Gómez Menchero J, Bellido Luque JA, Guadalajara Jurado JF

Hospital de Riotinto, Huelva

Introducción: La finalización de la cirugía laparoscópica intraabdominal de hernia inguinal (TAPP) es el cierre del peritoneo. Este punto en la fase de aprendizaje de la técnica es crítico, pues puede ser a veces incluso más costoso que la colocación de la malla. EL uso indiscriminado de múltiples tackers puede conllevar dolor. Las suturas no estancas pueden ocasionar adherencias de las asas intestinales a las mallas (creando cuadros de obstrucciones, posibles fistulas, etc.). Existen algunas recomendaciones (bajar la presión del neumoperitoneo, liberar lateralmente el peritoneo, usar el propio saco herniario) y nuevos dispositivos que hacen más fácil esta fase del cierre del peritoneo.

Material y Método: Analizamos los distintos tipos de cierre del peritoneo en TAPP con videos ilustrativos: cierre con tackers, cierre con suturas barbadas, cierre con ayuda de adhesivos, cierres con la propia adhesión de la malla, y trucos en casos de complicaciones (colocación de aislante en caso de imposibilidad del cierre del peritoneo).

Discusión: El cierre con tackers (sobre todo absorbibles)