

The background of the slide is a photograph of the exterior of Hospital Vega Baja. The building is a large, multi-story structure with a light-colored facade and a prominent glass window section. The name 'Hospital Vega Baja' is written in large, dark, three-dimensional letters across the upper part of the building. A logo, consisting of stylized blue and red letters 'V' and 'B', is positioned above the name. In the foreground, there are palm trees and a few people walking. A sign for 'Hospital Vega Baja' is visible on the right side of the building.

# Hospital Vega Baja

## Hallazgos inesperados operatorios en Cirugía abdominal

Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo

Hospital Vega baja, Orihuela

# Hallazgos inesperados operatorios

## Generalidades

Situación de estrés para el cirujano:

¿Hallazgo inesperado o error diagnóstico?.

¿Cuál es su manejo adecuado?.

¿Qué repercusiones éticas, morales y legales conlleva?

Situación de estrés para la familia:

Diagnóstico nuevo

Representación legal

Ley 41/2002, Capítulo IV, Art. 8

Ley 1/2003, Capítulo I, Art. 9



# Hallazgos inesperados intraoperatorios

Manejo

Diagnóstico.

Necesidad de actuación.

Seguridad.

Repercusión legal.



# Situaciones clínicas

Consulta sobre hallazgo incidental en ocasión de cirugía vascular, Ginecología, Urología y Traumatología de:

Masa en colon

Masa en intestino delgado

Masa retroperitoneal

Lesión rectal durante histerectomía.

Desgarro ano-rectal durante el parto.

Lesión intestinal durante aneurismectomía aórtico.



# Hallazgos inesperados en cirugía de otras especialidades. (Urología, Ginecología, Vascular y Traumatología). Consideraciones especiales.

- Información indirecta.
- Exploraciones complementarias limitadas.
- Desconocimiento de la evolución natural del proceso original.
- Conflicto de prioridades.
- Morbilidad acumulada.
- Relación médico-paciente-familiares inexistente.



# 1. Masa en colon. Diagnóstico

- Adenocarcinoma.
- Otros tumores malignos.
- Tumores benignos.
- Diverticulitis.
- Colitis.
- Parásitos
- Tuberculosis.
- Citomegalovirus.



# 1. Masa en colon. Necesidad de exéresis.

- Compromiso de la luz intestinal.
- Eliminación de un foco séptico (inmunodeprimidos).
- Evitar una 2ª intervención.
- En neoplasias, lesiones incipientes con buen pronóstico. ¿ ?

Lesiones sincrónicas en el 1'5-7'6 %  
Solo en el 20 % cercanas entre sí.  
(Langerin J.M. 1984)



# 1. Masa de colon. Seguridad.

Clásicamente relacionada con la presencia de heces en el colon.

La cantidad de heces se relacionó con el riesgo de dehiscencia (Irvin T.T.,1973 y Ravo B. en 1988).

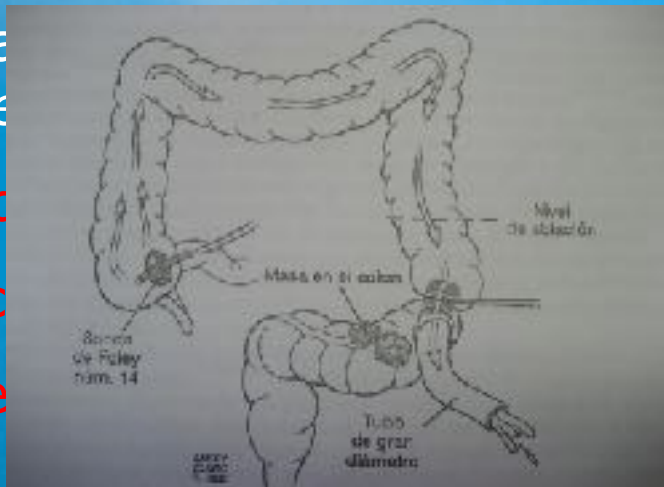
Se idearon modelos de lavado intraoperatorio (Radcliffe A.G., 1983), o de by-pass intracolónico (Ravo B. 1984).

Estudios a la pa  
(Cochrane

Morbilidad  
cirúr

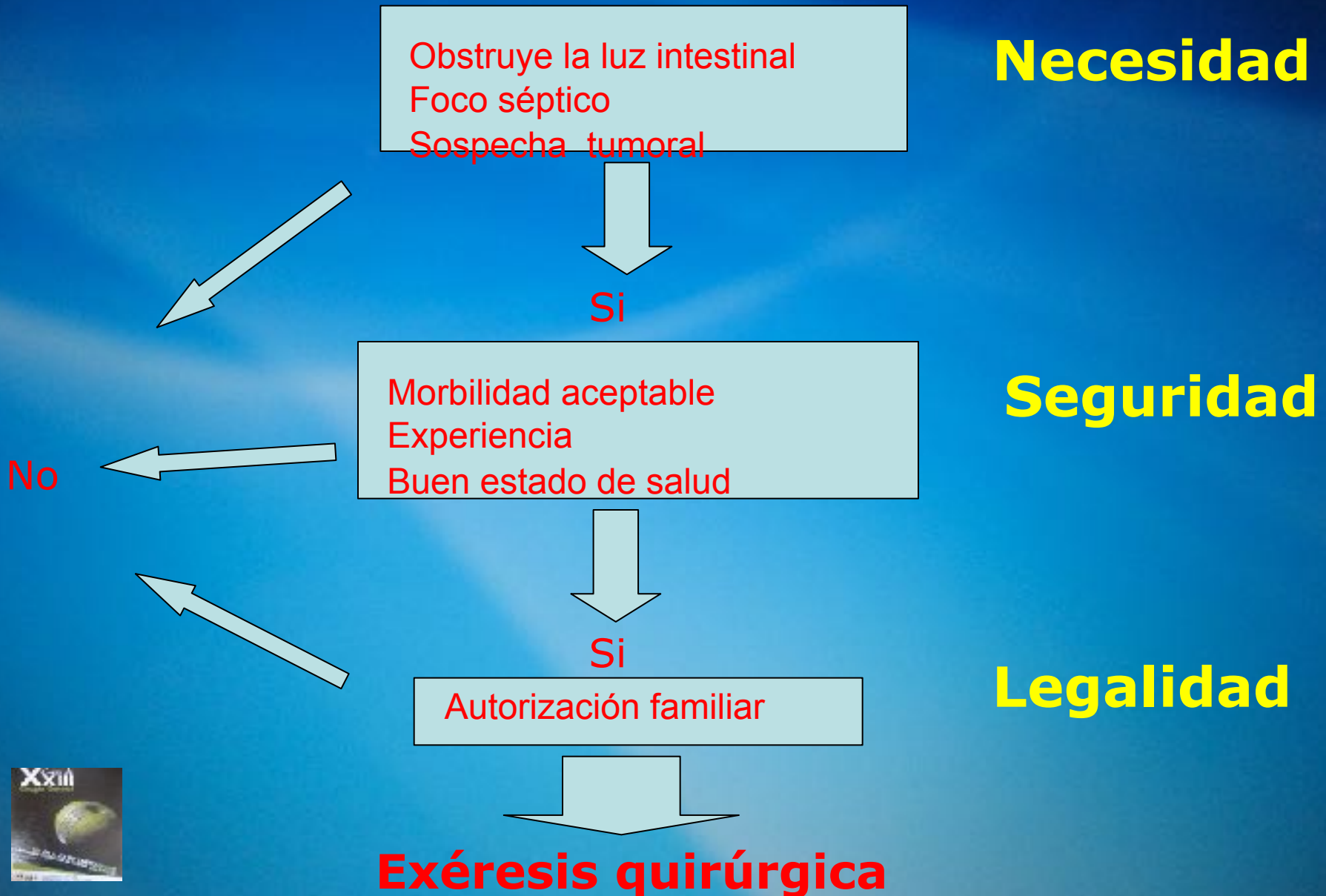
Experienc

Estado ge





# 1. Masa en colon. Algoritmo



## 2. Masa en Intestino delgado Diagnóstico

- Tumores benignos.
- Tumores malignos:

Adenocarcinomas	35 %
T. Carcinoide.	30 %
Linfomas.	14 %
Sarcomas	11 %
Metástasis.	
- GIST
- Tejido heterotópico (Meckel o no)
- Enf. de Crohn.
- Parasitosis intestinal.
- Lesiones del mesentéreo.
  - Paniculitis mesentérica.
  - Tumores.



# 2. Masa en intestino delgado.

## Diagnóstico:

- Aspecto macroscópico.
- Localización.
- Necesidad de biopsia.



## Necesidad de resección:

- Compromiso con la luz intestinal
- Foco séptico.
- Sospecha de lesión tumoral.

## Seguridad:

- Mínima morbilidad asociada.
- Técnicamente sencilla salvo situaciones especiales.



## Aspecto legal



# 3. Masa retroperitoneal. Diagnóstico.

- Tumores retroperitoneales:

  - De partes blandas..

  - Linfomas.

  - Metástasis hematológica.



0'3-3% de todos los tumores.

El 50% de estirpe lipomatoso.

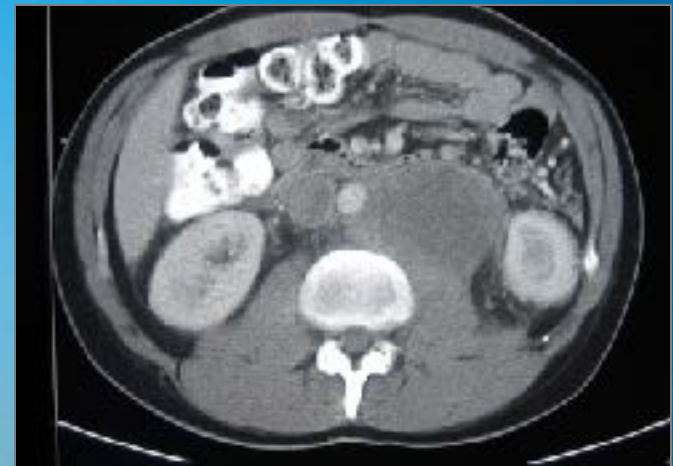
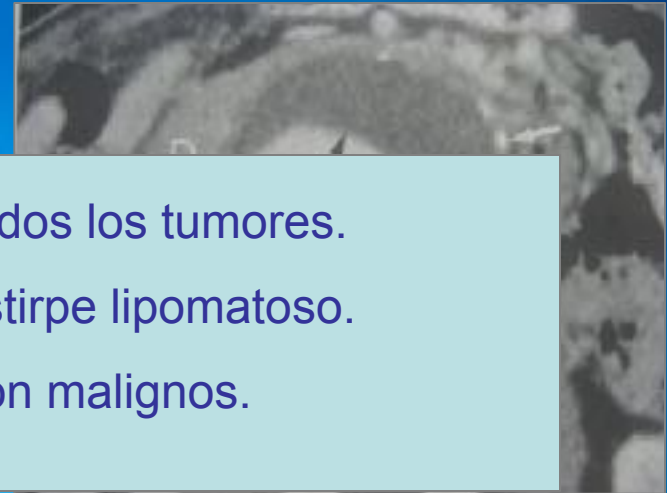
El 68-85% son malignos.

- Hematomas y lesiones vasculares

- Masa inflamatoria: (Diverticulitis, pancreatitis, úlcera perforada o enf. de Crohn).

- Fibrosis retroperitoneal.

- Lesiones propias de órganos RTPs.



# 3. Masa retroperitoneal.

## •Diagnóstico:

Aspecto macroscópico. Papel de la biopsia.  
Localización y relación con otras estructuras  
Tamaño.  
Límites.  
Infiltración sobre otras estructuras.

## •Necesidad de resección:

Eliminación de un foco séptico.  
Compromiso sobre estructuras vecinas.  
Sospecha de malignidad.  
Riesgo inminente de ruptura de un aneurisma.

## •Seguridad:

Intervenciones laboriosas y morbi-mortalidad asociada  
En muchos casos requiere la exéresis de otros órganos.  
Medios técnicos y participación de otros especialistas.

## •Repercusión legal:

Difícil de informar a familiares.



# 3. Masa retroperitoneal.

- **Exploración sistemática de toda la cavidad abdominal.**

“ No hay exploración complementaria que la supere para definir resecabilidad “

“ La resecabilidad es el factor pronóstico más importante junto al grado histológico “ (Memorial Sloan Kettering Cancer Center).

- **Biopsia de la lesión.**

Diferenciar lesiones benignas o inflamatorias de malignas.

Diferenciar lesiones primarias de secundarias.

Punción-biopsia de la lesión salvo sospecha de linfoma, en donde es necesario establecer la estirpe y estudios inmunocitoquímicos.

- **Realizar intervención en los siguientes casos:**

Tumores pequeños sin compromiso de otros órganos.

Foco séptico en inmunodeprimidos.

Lesiones vasculares con riesgo inminente de ruptura (> 7 cm).



# 4. Lesión rectal durante histerectomía.

## Modalidades técnicas:

Histerectomía vaginal (tiempos hipocráticos, Bandebroque en 1826).

Histerectomía abdominal (W. Bruhan en 1848)

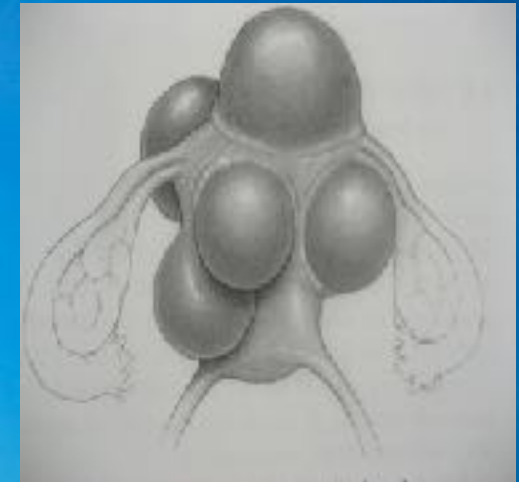
Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia.

Histerectomía laparoscópica con morcelación.

## Complicaciones intestinales: (CREST, Dicker, 1982)

H.V. 0'3 %

H.A. 0'6 %



## Mecanismos de producción y factores de riesgo:

**H. Vaginal:** en la colpotomía posterior o plastia posterior.

F.riesgo: cirugía previa vaginal posterior (colporrafia)

tabique recto-vaginal debilitado.

rectocele

**H. Abdominal:** saco peritoneal ocupado. (endometriosis)



# 4. Lesión rectal durante histerectomía.

## •Manifestación de la lesión:

### Intraoperatoria.

Lesión inadvertida (12-36 horas).

Lesión electotérmica. (4-10 días).

## •Conceptos generales de lesiones rectales:

Criterios mayores para la selección del tratamiento:

Flint y Berch y AAST-CIS

Revisión de la biblioteca Cochrane, 2003.

## •Selección del tratamiento:

Localización de la lesión.

Tipo de lesión, contaminación.

Reparación dificultosa o no identificada.

## •Diagnóstico:

Tacto rectal o recto-vaginal bimanual.

Recto-sigmoidoscopia.

Irrigación vaginal e insuflar aire en recto.





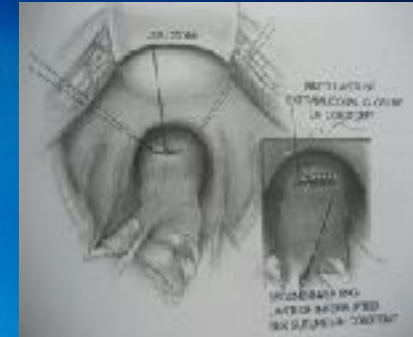
# 4. Lesión rectal durante histerectomía.

## Manejo de la lesión rectal:

Iniciar Antibioterapia adecuada.

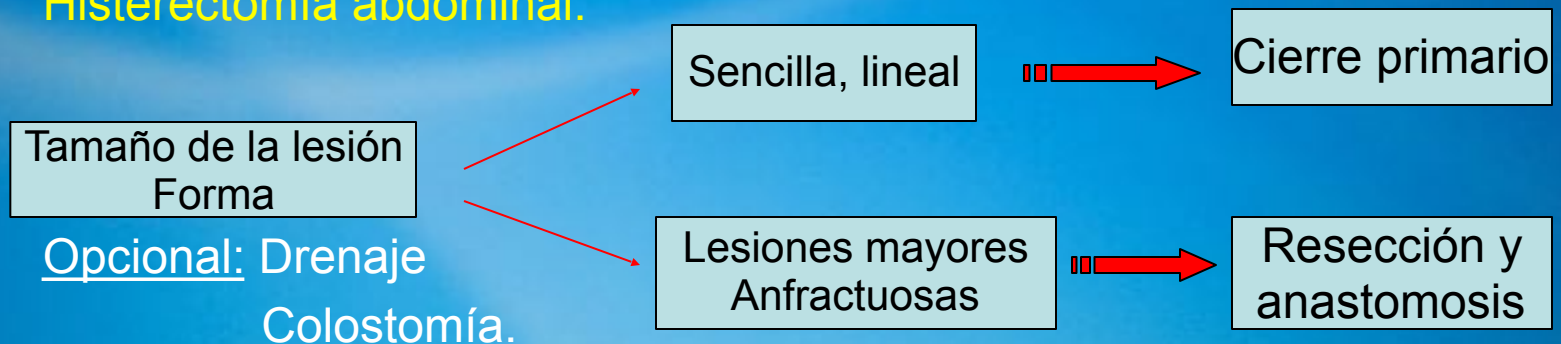
Aconsejable preparación mecánica si factores de riesgo.

Colostomía en inmunodeprimidos o recto patológico.



## Selección del tratamiento quirúrgico:

### Histerectomía abdominal:



### Histerectomía vaginal:

Lesión distal: → Sutura por capas vía vaginal o rectal.

Lesión proximal: → Sutura primaria.

→ Laparotomía, intraperitonizar el recto y anastomosis primaria.

Drenaje, lavado rectal y colostomía ¿?.



# 5. Desgarro ano-rectal durante el parto.

## Causa:

Desproporción materno-fetal.

Rapidez de expulsión.

Se implica el papel de la **Episiotomía** y parto instrumentado.

Revisión de la biblioteca Cochrane

Estudio de J. R. Scott en el 2005

## Desgarros inadvertidos: (Sultán, 1993)

35 % de las primíparas

4 % de las multíparas (lesiones nuevas).

## Tratamiento:

Antibioterapia adecuada.

Buena exposición, luz y ayuda.

Uso de retractores (Gelpi, Weitlander)

Reparación por capas con material absorbible retardado.

Lavado rectal, dejar herida de piel parcialmente abierta.



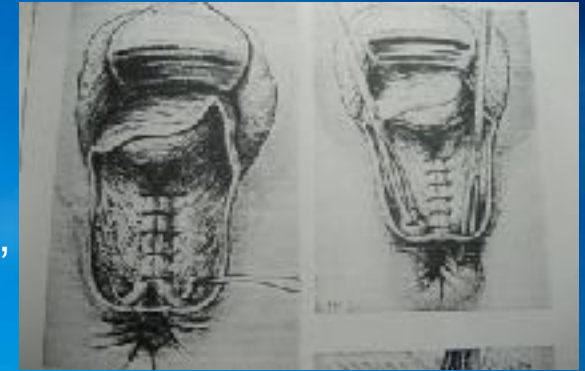
# 5. Desgarro ano-rectal durante el parto.

Reparación del esfínter externo:

Aposición vs superposición.

*Sultán, 1999 y Fitzpatrick, 2000.*

“Sugiere superposición, pero sin evidencia científica”



Resultados clínicos: buenos

El 41 % presentan algún tipo de incontinencia a los 9 meses.

*(Zetterstrom, 1999)*

Resultados ecográficos a los 4 meses:

Disrupción del esfínter interno 47 % (control 7 %)

Disrupción del esfínter externo 40 % (control 20 %)

*(Kammerer-Doak, 1999)*



# 5. Desgarros ano-rectales III y IV. Casuística.

**Periodo de estudio:** 1.995 – 2007

**Incidencia:** 2.100 partos vaginales / año

**Número:** 5 casos

**Técnica:** cierre por capas. Aposición del E.E.

**Resultados clínicos:**

Buenos	3 casos
Incontinencia a gases	1 caso
Malos (infección)	1 caso

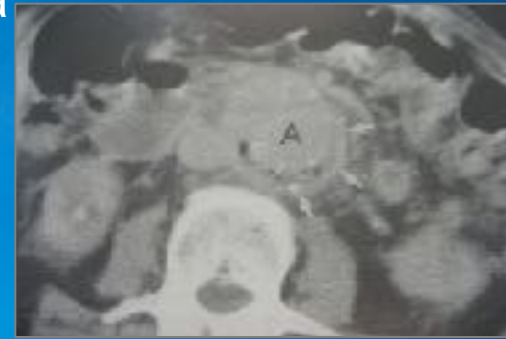
**Resultados ecográficos a los 4 – 6 meses (4 casos):**

No alteración del mecanismo esfinteriano	2 casos
Disrupción esfinteriana	2 casos



## 6. Perforación de colon y Prótesis aórtica.

- **Historia:** Dubost en 1951, 1ª aneurismectomía con homoinjerto aórtico.
- La infección de una prótesis aórtica ocurre en menos del 1 % de los casos.
- La lesión colónica intraoperatoria convierte una cirugía limpia en **limpia- contaminada o contaminada**.
- Es una complicación “*muy grave*”.
- Obliga en la mayoría de los casos a retirada de la prótesis y by-pass extraanatómico.
- Hay experiencia con intervenciones gastrointestinales simultáneas, pero primero siempre la colocación de la prótesis y su peritonelización. (T. Luebke, 2002)



### • **Recomendaciones.** Varían según:

Cantidad y fuente de contaminación.

Riesgo de ruptura (incluido postoperatorio, *Schwanson R. J.*)

Momento de la intervención.

El tratamiento de la lesión del colon varía con la técnica vascular.



# 6. Perforación de colon y Aneurisma de aorta

