

ÍNDICE

1. Editorial

José Felipe Reoyo Pascual, Raquel León Miranda, María de Llanos Carrillo Molina, Nerea Muñoz Plaza y Jesús Zañaño Palacios.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 2

2. Artículo ORIGINAL

INFECCIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS SECUNDARIA A HERIDA TRAUMÁTICA DEL RECTO SUBPERITONEAL.

Facundo Rodríguez; Fausto Madrid; Alejandra Liz.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 3-6

3. CASO CLÍNICO 1

DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ONFALITIS.

María de los Llanos Carrillo Molina; Tania Funes Dueñas; Anaïs Acevedo; Juan Guillermo Aís Conde.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 7-10

4. CASO CLÍNICO 2

HERNIA INCARCERADA EN PUNTO DE TRÓCAR TRAS CIRUGÍA ROBÓTICA: UNA URGENCIA QUIRÚRGICA.

Ingrid Roca i Pèlach, Adrián García Rosique, Cristina Bodas Muyo, María De los Llanos Carrillo Molina, Ignacio Ortega Fernández, Ana Isabel Cidoncha Berlanga, Elena González Revilla, Javier Etreros Alonso.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 11-14

5. CASO CLÍNICO 3

PAPEL DE LA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA INGUINAL: UN DESAFIO TERAPÉUTICO.

José Felipe Reoyo Pascual, Raquel León Miranda, Luciano Ferrando, Nerea Muñoz Plaza, Rosa María Martínez Castro, Esther García Plata Polo.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 15-17

6. COMUNICACIÓN VIDEO

R-TAMIS. POLIPECTOMÍA RECTAL ASISTIDA POR ROBOT.

Alonso Grela, M.; Martín Parra, JI; Seco Olmedo, I; del Castillo Diego, JJ; Rodríguez Sanjuan, JC.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 18

7. ARTÍCULO ESPECIAL

EXPERIENCIA DE UNA CAMPAÑA QUIRÚRGICA EN UGANDA.

Nerea Muñoz Plaza; Cristina Clare Gallego de Largy; Ampaire Egidius.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 19-31

8. RINCÓN DE ENFERMERÍA

EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DESDE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MEDIO RURAL: UNA CUESTIÓN DE EQUIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Gabriela Triana Gutiérrez.

Revista ACIRCAL Vol. 12 (2): 32-33

NUEVO CURSO, ILUSIONES RENOVADAS

Desde el equipo editorial de la **Revista Acircal** queremos desearos un buen comienzo de curso una vez disfrutado el merecido descanso estival. Nuevo comienzo de curso e ilusiones renovadas por seguir impulsando y manteniendo con ánimo renovado nuestra revista. Por ello, seguimos solicitando a todos los cirujanos, especialmente a los de nuestra región, adjuntos y residentes, vuestras aportaciones para esta publicación que es señal de la calidad de la cirugía general y del aparato digestivo de nuestra región.

Por otra parte, felicitaciones al **Comité Organizador y Científico del XXVII Congreso de la ACIRCAL** celebrado en **Salamanca** el pasado mes de mayo. Enhorabuena porque fue un éxito con un gran nivel científico y una organización magnífica, así como un motivo de reunión social que tanto ayuda a entablar relaciones muchas veces de amistad entre los servicios quirúrgicos de la región.

Finalmente , esperamos que este nuevo número sea de vuestro agrado, reiterar nuestro agradecimiento a los que habéis publicado y animaros a los que aún no lo habéis hecho.

¡Os esperamos!

Recibid un cordial saludo

El comité editorial.

José Felipe Reoyo Pascual, Raquel León Miranda, María de Llanos Carrillo Molina, Nerea Muñoz Plaza y Jesús Zañaño Palacios.

ORIGINAL

INFECCIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS SECUNDARIA A HERIDA TRAUMÁTICA DEL RECTO SUBPERITONEAL

Rodríguez, Facundo¹; Madrid, Fausto²; Liz Alejandra³

1: Residente de Cirugía, Clínica Quirúrgica "1", Prof. Dr. J Curi, Facultad de Medicina, UdelaR. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2613-7113>

2: Cirujano de guardia. Hospital Pasteur, ASSE. Montevideo, Uruguay.

3: Profesora Adjunta de Clínica Quirúrgica "1", Prof. Dr. J Curi, Facultad de Medicina, UdelaR. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Correspondencia: Facuksl@gmail.com.uy

Los autores declaran ausencia de conflicto de interés

RESUMEN:

Las infecciones graves de partes blandas (IGPB) representan una complicación poco frecuente del trauma rectal, pero de muy elevada morbimortalidad (1). Presentamos el caso de un hombre de 24 años que consultó por una infección grave de partes blandas a punto de partida de una lesión de recto subperitoneal secundaria a un disparo por arma de fuego.

Se realizó un tratamiento enérgico de resucitación y antibioticoterapia de amplio espectro, derivación fecal y desbridamiento extenso que requirió múltiples procedimientos resectivos, siendo estos pilares en el tratamiento de las mismas (3).

Palabras clave: Trauma rectal, infección grave de partes blandas, traumatismo penetrante

SUMMARY:

Severe soft tissue infections (STIs) represent a rare complication of rectal trauma, but with very high morbidity and mortality (1). We present the case of a 24-year-old man who presented with a severe soft tissue infection due to a subperitoneal rectal injury secondary to a gunshot wound.

An aggressive treatment of resuscitation and broad-spectrum antibiotic therapy, fecal diversion and extensive debridement was performed that required multiple resection procedures, these being pillars in their treatment (3).

Keywords: Rectal trauma, severe soft tissue infections, penetrating trauma

RESUMO:

Infecções graves de tecidos moles (IST) representam uma complicação rara de trauma retal, mas com morbidade e mortalidade muito elevadas (1). Apresentamos o caso de um homem

de 24 años que apresentou infecção grave de partes moles devido a lesão retal subperitoneal secundária a ferimento por arma de fogo.

Foi realizado um tratamento agressivo de reanimação e antibioticoterapia de amplo espectro, derivação fecal e desbridamento extenso que exigiu múltiplos procedimentos de ressecção, sendo estes pilares no seu tratamento (3).

Palavras-chave: Trauma retal, Infecções graves de tecidos moles, trauma penetrante

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones graves de partes blandas (IGPB) representan una entidad de marcada severidad, con tasas de morbi-mortalidad elevadas (1). Su asociación con el trauma rectal extra peritoneal es rara y las publicaciones disponibles son escasas.

CASO CLÍNICO :

Se trata del caso de un hombre de 24 años, consumidor de marihuana, que sufre un único disparo de arma de fuego en la pelvis, con entrada sobre la región coxofemoral derecha.

Es traído por familiares una semana después por intenso dolor y limitación funcional a nivel de miembro inferior izquierdo y confusión mental. De la valoración inicial presentaba elementos de shock con hipotensión y confusión mental asociando fiebre de 39 °C. Se observó un orificio de entrada en la región coxofemoral izquierda sin orificio de salida y un severo proceso infeccioso del miembro inferior izquierdo, con edema, rubor y calor, que comprometía el muslo asociando un extenso enfisema subcutáneo que llegaba hasta la pelvis. El examen proctológico no mostró lesiones perineales. Al tacto rectal, se palpan dos lesiones en recto inferior, a 6 cm del margen anal, en horas 9 y 3 respectivamente. Rectorragia al guante. En el examen abdominal no presentaba elementos de irritación peritoneal. Con el planteo de shock séptico por infección grave de partes blandas, se solicitaron exámenes de laboratorio que mostraron leucocitosis elevada y confirmaron la disfunción orgánica múltiple al objetivar falla renal y hepática.

Para evaluar la extensión del proceso infeccioso y despistar otras lesiones, se realizó una tomografía computada (TC) abdomino-pélvica, la cual evidenció un importante aumento de tamaño de las partes blandas del muslo izquierdo con enfisema y edema, así como un extenso enfisema de la totalidad del espacio pelviano subperitoneal y perirrectal (Fig. 1 y 2).



Figura 1. Extenso enfisema de partes blandas



Figura 2. Hematoma (flecha azul) y gas perirrectal (flecha roja)

El tratamiento consistió en soporte vital con reposición energética de volumen, inotrópicos, antibioticoterapia de amplio espectro con Piperacilina-Tazobactam y el drenaje y desbridamiento quirúrgico extenso urgente del miembro inferior izquierdo y la pelvis menor. Se realizó un abordaje combinado de la región subperitoneal y el miembro inferior. La pelvis se abordó por laparotomía con el objetivo de despistar rápidamente lesiones asociadas intraabdominales y efectuar el drenaje amplio del espacio subperitoneal. Si bien es discutido, dada la gravedad y lo evolucionado del cuadro, se decidió hacer una colostomía en asa sigmoidea de detransitación. El muslo izquierdo se abordó por una amplia incisión lateral, requiriendo una incisión complementaria en la región glútea. De ambas regiones se evacúa abundante pus fétido y materia fecal líquida. A nivel del muslo, se comprueba una extensa celulitis y fascitis necrotizante que se reseca en forma completa hasta observar tejido sano, sangrante. No se observó miositis. (Fig. 3).



Figura 3. Lecho de desbridamiento inicial

Ingresa a unidad de cuidados intensivos. La segunda re exploración se produjo a 48 horas de la primera cirugía, requiriendo un total de 9 procedimientos quirúrgicos de limpieza y debridamiento para controlar el proceso infeccioso. El cultivo mostró desarrollo de *Escherichia Coli* multisensible. Evolución con múltiples complicaciones respiratorias e infecciosas, típicas del paciente crítico, pero luego de 50 días de internación en terapia intensiva, logra la estabilidad y pasa a sala de cuidados moderados. Actualmente, continúa el tratamiento médico en sala con enfoque en el soporte nutricional y de fisioterapia, logrando una aceptable movilidad del miembro, con seguimiento conjunto con cirugía plástica para realizar la cobertura del lecho de resección.

DISCUSIÓN:

La asociación entre lesiones rectales e infecciones graves de partes blandas está bien establecida (2,3), siendo la patología neoplásica su causa más habitual. Si bien la infección grave de partes blandas secundaria a trauma rectal subperitoneal es poco frecuente, con pocos casos reportados(4), es la complicación más temida, siendo el enfoque en este tipo de lesiones su prevención y detección temprana. La manifestación oligosintomática inicial vuelve más difícil aún su tratamiento oportuno, aumentando la morbilidad. El tratamiento quirúrgico de estas lesiones es motivo de constante debate (ostomización y drenaje sistemáticos o no, posibilidad

de realizar reparaciones primarias) y tiene como objetivo la prevención o control de esta temida complicación. A pesar del tratamiento agresivo, la mortalidad sigue siendo elevada. (5)

En este paciente, la consulta tardía llevó a la extensión del proceso infeccioso por los espacios extra peritoneales de la pelvis y hacia el miembro inferior con el subsiguiente desarrollo de un shock séptico. La permeación del contenido fecal a los espacios celulares produjo una infección grave que obligó al desbridamiento agresivo y amplio de los mismos con un abordaje combinado y múltiples reintervenciones para lograr control del foco infeccioso.

CONCLUSIONES:

Se presentó el caso de un paciente que se presentó con un shock séptico secundario a una infección grave de partes blandas del espacio subperitoneal y el miembro inferior, debido a una lesión de recto subperitoneal por arma de fuego no tratada en forma oportuna, que requirió un abordaje quirúrgico agresivo del espacio subperitoneal y el miembro inferior, con desbridamiento amplio y colostomía en asa de detransitación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Takakura Y, Ikeda S, Yoshimitsu M, Hinoi T, Sumitani D, Takeda H, Kawaguchi Y, Shimomura M, Tokunaga M, Okajima M, Ohdan H. Retroperitoneal abscess complicated with necrotizing fasciitis of the thigh in a patient with sigmoid colon cancer. *World J Surg Oncol*. 2009 Oct 7;7:74. doi: 10.1186/1477-7819-7-74. PMID: 19811627; PMCID: PMC2762971
2. Woodcock NP, Sebag-Montefiore D, Mannion RA, Alexander DJ, Miller GV. Necrotising Fasciitis Secondary to Locally Advanced Rectal Cancer. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006 May;88(3):W7-9. doi: 10.1308/147870806X95249. PMCID: PMC1963681
3. Mahan ME, Toy FK. Rectal Trauma. [Updated 2022 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551636/>
4. Fu W P, Quah H M, Eu K W. Traumatic rectal perforation presenting as necrotising fasciitis of the lower limb. *Singapore Med J*. 2009, 50 (8)
5. Wallace HA, Perera TB. Necrotizing Fasciitis. [Updated 2023 Feb 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430756/>

CASO CLÍNICO 1

TÍTULO

DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ONFALITIS

COMPLICATED ACUTE DIVERTICULITIS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OMPHALITIS

AUTORES:

¹María de los Llanos Carrillo Molina

¹Tania Funes Dueñas

¹Anaïs Acevedo

¹Juan Guillermo Aís Conde

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

María de los Llanos Carrillo Molina

C/ Charcón 10

Palazuelos de Eresma - 40194 (Segovia)

-Correo electrónico: mllanoscarrillo@gmail.com

PALABRAS CLAVE:

Diverticulitis, celulitis, ombligo, fistula cutánea

INTRODUCCIÓN:

La onfalitis es una infección del ombligo y de sus tejidos circundantes cuyo tratamiento es habitualmente conservador con antibiótico. En ausencia de mejoría a pesar del tratamiento o recidiva de la infección, se debe sospechar una patología subyacente (persistencia del uraco o del conducto onfalomesentérico, fistulización de vísceras abdominales, etc). Vamos a presentar un caso clínico de un varón adulto con una onfalitis persistente por fistulización de sigma secundaria a diverticulitis aguda.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un varón de 59 años que acudió a urgencias por dolor abdominal periumbilical de dos semanas de evolución. El paciente refería tumefacción y dolor periumbilical durante quince días con empeoramiento progresivo. En los últimos tres días había comenzado con secreción marronácea y maloliente a través del ombligo.

En la exploración física presentaba eritema y empastamiento periumbilical de unos 5 cm de diámetro. Se objetivó secreción marronácea en el ombligo y se tomó muestra para cultivo en condiciones estériles.

En ese momento se diagnosticó de onfalitis y se dio de alta con antibiótico oral empírico. No obstante, el paciente regresó a consultar en el servicio de Urgencias a los siete días ante la persistencia de la sintomatología.

Se realizó analítica sanguínea con leucocitosis y desviación izquierda y leve aumento de proteína C reactiva. En la Tomografía axial computarizada (TAC) se evidenció un engrosamiento parietal a nivel del sigma con una colección fistulizada al ombligo, hallazgos compatibles con una diverticulitis aguda complicada.

Ante estos hallazgos, se indicó un tratamiento quirúrgico electivo. En la intervención quirúrgica se identificó en el sigma una diverticulitis aguda microperforada, fistulizada hacia el ombligo. Se realizó una exéresis en bloque del sigma, del trayecto fistuloso y del ombligo y una anastomosis colorrectal terminoterminal mecánica.



Pie de imagen: Pieza quirúrgica de exéresis en bloque de fistula onfalosigmoidea secundaria a diverticulitis.

El paciente presentó una infección de la herida quirúrgica que se trató con lavados a pie de cama y antibiótico intravenoso. Fue dado de alta al 12º día del postoperatorio sin otras incidencias.

El estudio anatomopatológico fue de diverticulosis de sigma con diverticulitis y un absceso crónico que fistulizaba a la piel, sin displasia ni malignidad.

DISCUSIÓN:

La onfalitis es una infección o inflamación del ombligo y de los tejidos circundantes. Es una infección muy frecuente en niños pero son pocos los casos descritos en adultos, que suelen ser secundarios a remanente uracal (1).

La clínica más común es la infección periumbilical con secreción umbilical anómala y el tratamiento es conservador con antibioterapia oral (2).

En ausencia de mejoría o recidiva se debe sospechar una patología subyacente como aquellas derivadas del remanente uracal (persistencia del uraco, del conducto onfalomesentérico, etc.) o fistulización de vísceras abdominales (2).

Ante la persistencia o recidiva de los síntomas de una onfalitis, después de su adecuado tratamiento, se debe descartar una patología subyacente. La TAC es la prueba diagnóstica de elección, al permitir identificar las causas que provocan la infección umbilical, ya sean congénitas o adquiridas (3).

Las fístulas colocutáneas son una complicación infrecuente de la diverticulitis aguda (4% de las fístulas relacionadas con diverticulitis) (4). El tratamiento ha de ser quirúrgico con resecciones en bloque que incluyan la víscera que ha originado la fístula y la zona cutánea afecta (5).

CONCLUSIONES:

Aunque la mayor parte de las onfalitis remiten tras tratamiento antibiótico, cuando los síntomas persisten o recidivan es necesario descartar patologías subyacentes que puedan ser la causa de la infección, tales como patologías relacionadas con el remanente uracal o fístulas de vísceras abdominales.

Aunque es infrecuente, una diverticulitis complicada puede dar la cara de forma subaguda manifestándose como fístula colo-umbilical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lorefice L, Fenu G, Cabras F, Frau GC, Coghe J, Loi L, Marrosu MG, Cocco E. An unusual infection in MS patient treated with dimethyl fumarate: A case report of omphalitis. Mult Scler Relat Dis. 2016;7:65-67.
2. Hurreiz H, Hussain I, Hamo I. Urachal fistula presenting as umbilical sepsis: A rare case in an adult male. Med Sci Monit, 2006; 12(5): CS44-47.
3. Zamora E, O'Brien A. Uraco: anomalías del desarrollo, características anatómicas y presentación de dos casos. Rev chil radiol. 2006;12(1);9-11.
4. Vasilevsky CA, Belliveau P, Trudel JL, Stein BL, Gordon PH. Fistulas diverticulitis. Int J Colorect Dis . 1998; 13:57-60.
5. Peters A, Kruijer M, Wiese H, Verbeek A P. A colocolo-urachal-cutaneous fistula in a 88 years-old male . Int Int. J. Surg. Case Rep. 2012; 3:55-58.

CASO CLÍNICO 2

TÍTULO

HERNIA INCARCERADA EN PUNTO DE TRÓCAR TRAS CIRUGÍA ROBÓTICA: UNA URGENCIA QUIRÚRGICA.

TROCAR SITE HERNIA AFTER ROBOTIC SURGERY: A SURGICAL EMERGENCY

AUTORES:

Ingrid Roca i Pèlach ¹

Adrián García Rosique ²

Cristina Bodas Muyo ²

Maria De los Llanos Carrillo Molina ³

Ignacio Ortega Fernández ³

Ana Isabel Cidoncha Berlanga ³

Elena González Revilla ³

Javier Etreros Alonso ³

¹ Residente del Servicio de Urología, Hospital General de Segovia

² Residente del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

² Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia

Correspondencia: Ingrid Roca i Pèlach

-Correo electrónico: 41592844n@saludcastillayleon.es

RESUMEN:

Introducción: las hernias en punto de trócar son una complicación poco frecuente tras cirugía laparoscópica/robótica, pero que pueden llegar a tener consecuencias fatales dado que en caso de contener intestino y, en escenarios graves, pueden progresar hasta la estrangulación. Los datos disponibles en la literatura sobre la incidencia son muy variables, desde el 0.3% hasta el 32%. Los puertos de 10mm o más son los más implicados; y el cierre fascial de los mismos reduce el riesgo.

Caso clínico: se reporta el caso de un varón de 80 años con antecedente de resección anterior de recto ultrabaja tipo Hartmann + colostomía terminal. El paciente presentó un postoperatorio inmediato tórpido, con aparición de dolor sordo en fosa ilíaca derecha, a partir del séptimo día postoperatorio, con una tumoración en la misma zona. Se exploró la incisión habiendo retirado previamente algunas grapas, y tras drenar hematoma localizado, se diagnosticó de hernia incarcerada. Seguidamente se indicó necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Discusión: La falta de cierre de la fascia, el diámetro del trócar $>10\text{mm}$, y factores relacionados con el aumento de la presión intraabdominal o con una mala cicatrización, se han identificado como factores de riesgo importantes para el desarrollo de hernias en el punto de trócar.

Conclusión: este caso presenta una de las complicaciones de la cirugía mínimamente invasiva, con el potencial riesgo e implicación que conlleva tener que resecar parte de intestino. Así pues, se debe considerar el cierre del peritoneo y/o fascia, incluso en caso de trócares $<10\text{mm}$ en diámetro.

PALABRAS CLAVE:

Hernia incarcerada

Anastomosis término-terminal

Cirugía mínimamente invasiva

Complicación postquirúrgica

MANUSCRITO:

INTRODUCCIÓN:

Las hernias en punto de inserción de un trócar son una complicación potencialmente grave tras procedimientos laparoscópicos y robóticos, que pueden provocar incarceración y estrangulación intestinal llegando incluso a precisar, en los casos más graves, de resección intestinal.

El cierre de la fascia debe considerarse en los orificios de los trócares de 10mm o más, para evitar hernias incisionales. En los de 5-8mm basta cerrar solo la piel, aunque es probable que movimientos repetitivos y extensos del brazo robótico, combinados con una mayor laxitud de los tejidos, contribuyan al ensanchamiento del punto de entrada de un trócar y a la eventual aparición de una hernia.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un paciente de 80 años, con antecedente de adenocarcinoma de recto bajo pT3N0M0, y múltiples cirugías previas. El paciente se intervino de una resección anterior ultrabaja de recto tipo Hartmann, con colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda.

Tras una evolución tórpida durante el postoperatorio, con colostomía funcionante a escasas heces líquidas sin gas durante la primera semana, empezó a referir un dolor sordo en fosa ilíaca derecha. Bajo condiciones de asepsia, se retiraron grapas y, tras drenaje de serohematoma localizado, se diagnosticó de hernia incarcerada.

Ante estos hallazgos, se indicó necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Bajo anestesia raquídea se realizó ampliación y exploración de incisión en fosa ilíaca derecha identificando dehiscencia de sutura previa e incarceración de unos 10cm de intestino delgado con isquemia establecida (Fig 1). Se amplió el orificio de la fascia, con posterior resección de 10cm de intestino delgado isquémico y anastomosis término-terminal manual monopiano con seda 3.0. Se realizaron lavados abundantes, dejando un drenaje perianastomótico. Se cierra el peritoneo con Vicryl 0 y fascia con Monomax 1. Ágrafes (Fig 2).

La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuado control del dolor y tolerancia por vía oral, con colostomía funcionante a heces sólidas y gas. Con todo ello, fue dado de alta a domicilio, tras completar pauta completa de antibiótico intravenoso y manteniéndose afebril, hemodinámicamente estable y asintomático.

DISCUSIÓN:

Las hernias incisionales son poco frecuentes y presentan gran heterogeneidad, aunque se ha visto una menor incidencia de hernia incisional postoperatoria después de una cirugía mínimamente invasiva en comparación con la laparotomía^(1,2).

La falta de cierre de la fascia, el diámetro del trócar >10mm, y factores relacionados con el aumento de la presión intraabdominal (incluida la obesidad y fenómeno de Valsalva) junto con los relacionados con mala cicatrización del tejido, se han identificado como factores de riesgo importantes para el desarrollo de hernias en el punto de trócar⁽²⁾.

Se plantea que un factor determinante en la fisiopatogenia de la hernia incisional sea el paso de los trócares por un tejido conectivo débil. A su vez, esto puede verse agravado por la extensa disección realizada por los brazos robóticos. Por consiguiente, se recomienda retirar todos los trócares bajo visión directa, con un instrumento romo, con el objetivo de minimizar el riesgo de herniación. Asimismo, una inspección minuciosa de todas las incisiones y fascias al finalizar el procedimiento debe ser considerada, con el cierre de cualquier incisión que parezca haberse extendido más allá de 10mm⁽²⁾.

Las complicaciones tras una cirugía laparoscópica o robótica pueden incluir hemorragias, infecciones, lesiones intestinales, daños ureterales, etc. Las hernias en el sitio de inserción del puerto (incisionales) son una complicación poco frecuente. Si bien son poco comunes, pueden causar una alta morbilidad debido a la incarceration y estrangulación intestinal⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN:

El cierre de la fascia debe considerarse en los orificios de los trócares de 10mm o más, para evitar hernias incisionales⁽³⁾. En los de 5-8mm basta cerrar solo la piel, aunque se recomienda una inspección minuciosa, dado que los movimientos repetitivos del brazo robótico, combinados con una mayor laxitud de los tejidos pueden contribuir al ensanchamiento de una incisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sinha R, Bana R, Mohanty GS. Acute presentation of port site hernia following robot-assisted hysterectomy: a case report and review of the literature. *Journal of Mid-life Health*. 2021;12(3):244-246. doi:10.4103/jmh.jmh_23_21.
2. Badiner N, Sansone S, Fenster T, Segal S. Incarcerated ventral wall hernia after robotic urogynecologic surgery: A case report. *Case Reports in Women's Health*. 2021 Oct;32:e00350. doi:10.1016/j.crwh.2021.e00350.

3. Pous-Serrano S, García-Pastor P, Bueno-Lledó J. Encuesta nacional a unidades de cirugía colorrectal sobre el cierre de pared abdominal. Cir Esp. 2023 Apr;101(4):258-264.
4. Lau A, Aseem R, Shrestha A. Rare complications and management of port site hernias (PSH) following robotic-assisted radical prostatectomy (RARP). Br J Surg. 2022 Sep;109(Suppl 6):znac269.373. doi:10.1093/bjs/znac269.373.

FIGURAS:



Fig 1. Hernia incarcerada con isquemia establecida

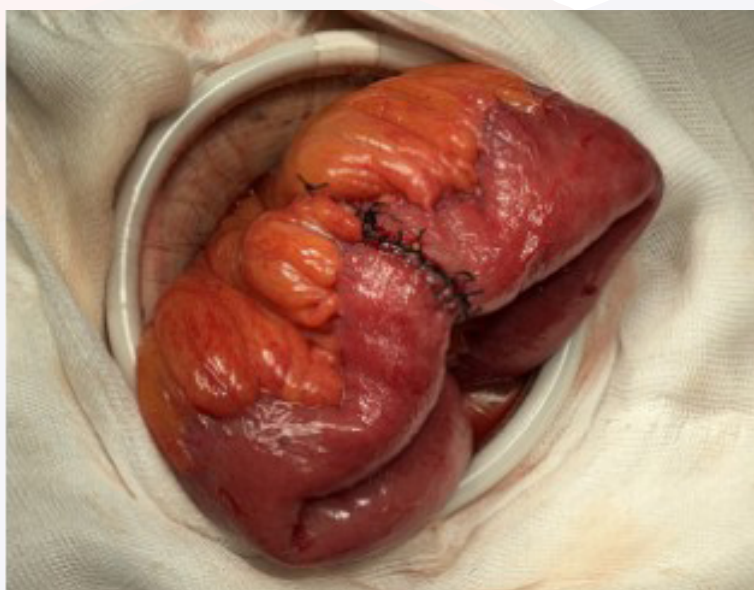


Fig 2. Anastomosis término-terminal manual monopiano

CASO CLÍNICO 3

PAPEL DE LA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDROSADENITIS SUPURATIVA INGUINAL: UN DESAFIO TERAPÉUTICO

José Felipe Reoyo Pascual

Raquel León Miranda

Luciano Ferrando

Nerea Muñoz Plaza

Rosa Maria Martinez Castro

Esther Garcia Plata Polo

Servicio de Cirugía General y del Apto. Digestivo

Hospital Universitario de Burgos. Avda Islas Baleares 3, 09006 BURGOS

Autor correspondencia: jreoyo@saludcastillayleon.es

INTRODUCCIÓN:

La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa a brotes con la formación de nódulos y abscesos subcutáneos, formando trayectos fistulosos y originando supuración maloliente. Más frecuente en mujeres, la obesidad y el tabaquismo son factores de riesgo conocidos para su aparición. De abordaje multidisciplinar, el tratamiento médico busca reducir o incluso resolver la inflamación con un aumento en la utilización de fármacos biológicos que ofrecen una gran herramienta terapéutica. El tratamiento quirúrgico ofrece su papel en pacientes que no presentan respuesta al tratamiento médico o en acumulación de lesiones cicatriciales, fístulas no drenantes y quistes.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 43 años con antecedentes de tabaquismo que presenta lesión en pliegue inguinocrural derecho que se extiende a labio mayor ipsilateral. Ha estado en tratamiento con Corticoides, retinoides y adalimumab. En ausencia de respuesta a estos agentes, es remitida a cirugía para valoración y tratamiento. Se decide en conjunto con Ginecología y Cirugía Plástica resección de lesión y valoración de reconstrucción mediante injertos (fig. 1). Se realiza amplia resección quirúrgica incluyendo el labio mayor, respetando al máximo el tejido sano. Cirugía Plástica decide no injertar apostando por cierre por segunda intención. La paciente es vista en consultas de cirugía de forma semanal el primer mes postoperatorio y después quincenalmente evolucionando de forma satisfactoria (fig. 2).



Fig. 1. Imagen operatoria. Resección de la lesión.

DISCUSIÓN:

La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa a brotes con la formación de nódulos y abscesos subcutáneos, formando trayectos fistulosos confluyentes y originando dolor local, supuración maloliente, y un empeoramiento de la calidad de vida. Más frecuente en mujeres, la obesidad y el tabaquismo son factores de riesgo conocidos para su aparición. De abordaje multidisciplinar, el tratamiento médico busca reducir o incluso resolver la inflamación utilizando para ellos tratamiento antibiótico en casos de sobreinfección, corticoides intralesionales, retinoides orales, fármacos hormonales y en los últimos años fármacos biológicos como adalimumab, infliximab, etc. En casos de mala evolución o no respuesta al tratamiento médico, el tratamiento quirúrgico ofrece otro pilar terapéutico. La intervención quirúrgica, basada fundamentalmente en la eliminación de tejido enfermo, fístulas y quistes, pero siendo económico con el tejido sano, puede beneficiarse de tratamientos reconstructivos en el ámbito de la cirugía plástica.

En conclusión, la hidrosadenitis supurativa es una afección inflamatoria crónica que deteriora la calidad de vida y para la cual hay varias alternativas de tratamiento, entre ellas y con gran eficacia, fármacos biológicos. En ausencia de respuesta o no evolución desfavorable, puede beneficiarse de tratamiento quirúrgico.



Fig. 2 Resultados pasados 3 meses de la intervención.

REFERENCIAS:

1. An update on current clinical management and emerging treatments in hidradenitis suppurativa --- PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38574201/> [accessed 10.4.24].
2. Merchant SA, Shah SFH. The impact of hidradenitis suppurativa on work productivity and performance: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Dermatol. 2024, <http://dx.doi.org/10.1093/CED/LLAE120>.
3. Akiyama M. Autoinflammatory keratinization diseases (AiKDs): expansion of disorders to be included. Front Immunol. 2020;11:280, <http://dx.doi.org/10.3389/FIMMU.2020.00280>.
4. Gulliver W, Zouboulis CC, Prens E, Jemec GBE, Tzellos T. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. Rev Endocr Metab Disord. 2016;17:343---51, <http://dx.doi.org/10.1007/S11154-016-9328-5>.
5. González-Manso A, Agut-Busquet E, Romani J, Vilarrasa E, Bittencourt F, Mensa A, et al. Hidradenitis suppurativa: proposal of classification in two endotypes with two-step cluster analysis. Dermatology. 2021;237:365---71, <http://dx.doi.org/10.1159/000511045>.

COMUNICACIÓN VIDEO

R-TAMIS. POLIPECTOMÍA RECTAL ASISTIDA POR ROBOT

Alonso Grela, M.; Martín Parra, JJ; Seco Olmedo, I; del Castillo Diego, JJ;

Rodríguez Sanjuan, JC.

- **Introducción:** la polipectomía transanal asistida por robot puede presentar ventajas respecto a abordajes tradicionales.
- **Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un varón de 66 años diabético tipo 2 y dislipémico. A raíz de una prueba de cribado positiva se realiza colonoscopia que evidencian un pólipo plano deprimido en su centro a unos 8 cm de margen anal. La RM que identifica con dificultad la lesión con un estadiaje local T2N0. Anatomía patológica informa de pólipo adenomatoso con displasia de alto grado. Se presenta en comité multidisciplinar y se acuerda realizar polipectomía mínimamente invasiva. La cirugía se realiza con el paciente en posición de litotomía a través de GelPoint con 3 trócares de 8 mm posicionados formando un triángulo, con una cámara de 30°, pinza con energía bipolar y tijera monopolar. Se identifica la lesión, se completa la resección y se cierra el defecto con sutura barbada. El resultado anatomopatológico informa de adenoma vellosos con displasia de alto grado con bordes quirúrgicos libres.
- **Resultados/discusión:** El mayor rango de movimiento que permiten los brazos robóticos, respecto a otros abordajes quirúrgicos, y los 360 grados de visión 3D, son muy útiles en este tipo de cirugía, especialmente para la disección de la parte más proximal de la lesión. Además, el sistema de insuflación proporciona una evacuación continua del humo y mantiene una presión continua facilitando aún más la cirugía.
- **Conclusión:** la polipectomía transanal asistida por robot es útil para tratar lesiones rectales voluminosas y de localización compleja. El abordaje robótico permite un mayor rango de movimientos y una mejor visión y exposición del campo quirúrgico.

ARTÍCULO ESPECIAL

EXPERIENCIA DE UNA CAMPAÑA QUIRÚRGICA EN UGANDA

Autores y filiación

Autor principal:

Nerea Muñoz Plaza, Licenciado Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Burgos.

Coautores:

Cristina Clare Gallego de Largy, ¹Licenciado Especialista en Ginecología, ²responsable de campañas ginecológicas y odontológicas de la Asociación Idiwaka.

Ampaire Egidius, Médico del Padre Pio Health Center IV de Kamwenge.

RESUMEN:

Introducción:

El acceso a la atención quirúrgica continúa siendo limitado en determinadas áreas rurales de países de ingresos bajos y medios. Las campañas quirúrgicas pueden contribuir a reducir estas desigualdades mediante la prestación de cirugía esencial y la formación del personal sanitario local. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia de una campaña de cooperación de Cirugía General desarrollada en un centro sanitario rural de Uganda, gracias a la Asociación Idiwaka, así como las dificultades y adaptaciones necesarias en un contexto de recursos limitados.

Material y métodos:

Estudio observacional descriptivo de la actividad de Cirugía General desarrollada en el Padre Pio Health Center IV, Kamwenge (Uganda), durante una misión realizada entre el 22 de octubre y el 3 de noviembre de 2025. La actividad quirúrgica se desarrolló durante 8 jornadas efectivas. El equipo de Cirugía General estuvo formado por dos cirujanos, dos anestesiistas, un urólogo y dos ginecólogas, siempre en colaboración con el personal sanitario local. Se registraron pacientes valorados e intervenidos, procedimientos, técnicas quirúrgicas, modalidad anestésica, estancia hospitalaria y complicaciones inmediatas. Todos los pacientes otorgaron consentimiento informado para la intervención; en los menores fue otorgado por sus progenitores.

Resultados:

Se valoraron 28 pacientes y se realizaron 24 procedimientos quirúrgicos. La patología más frecuente fue la hernia inguinal (11 pacientes), diez unilaterales y una bilateral. Se realizaron además tres exéresis de lipomas, dos de quistes sebáceos, dos de fibromas, dos esfinterotomías laterales internas por fisura anal, una hemorroidectomía tipo Milligan-Morgan, una hernioplastia umbilical y una epigástrica con malla intraperitoneal y una sección de frenillo neonatal. Se empleó principalmente raquianestesia (13 casos), seguida de anestesia general (5), local (5) y un procedimiento sin anestesia. No se registraron complicaciones quirúrgicas inmediatas. Se estableció un circuito de programación quirúrgica y se realizó formación práctica del personal médico local.

Discusión:

La actividad quirúrgica fue posible mediante la adaptación de las técnicas a la disponibilidad de equipamiento, material y recursos anestésicos, priorizando procedimientos abiertos y de complejidad limitada. Las principales dificultades fueron la accesibilidad geográfica y económica de los pacientes, las limitaciones diagnósticas, la barrera idiomática y la ausencia de seguimiento postoperatorio protocolizado. La organización de la actividad mejoró progresivamente durante la campaña.

Conclusiones:

Las campañas quirúrgicas de corta duración pueden proporcionar cirugía esencial y favorecer la capacitación del personal local en entornos rurales con recursos limitados. La planificación previa, la selección adecuada de pacientes, la adaptación técnica y la integración del equipo local son elementos fundamentales para desarrollar estas iniciativas con seguridad y favorecer su continuidad.

Palabras clave: Cirugía general; Cirugía global; Cooperación internacional; Uganda; Atención quirúrgica; Educación médica.

INTRODUCCIÓN:

El acceso a procedimientos quirúrgicos seguros y asequibles constituye una parte esencial de la atención sanitaria. La Comisión Lancet sobre Cirugía Global identificó la cirugía como un componente indispensable de los sistemas de salud y puso de manifiesto la magnitud de las desigualdades existentes en el acceso a procedimientos quirúrgicos, particularmente en países de ingresos bajos y medios (1). La Organización Mundial de la Salud considera asimismo la atención quirúrgica y anestésica un componente fundamental de una atención primaria integral y de la continuidad asistencial, incluyendo la atención urgente, crítica y operatoria (2).

En los entornos rurales con recursos limitados, las dificultades de acceso a la cirugía no dependen exclusivamente de la disponibilidad de especialistas o de equipamiento. Las barreras económicas, geográficas y relacionadas con el transporte pueden condicionar de manera importante la posibilidad de recibir tratamiento. A ello se añaden limitaciones diagnósticas, escasez de material quirúrgico, medicamentos e infraestructura anestésica y dificultades para mantener un seguimiento postoperatorio adecuado.

La cooperación quirúrgica internacional ha evolucionado progresivamente desde modelos centrados exclusivamente en la prestación asistencial puntual hacia iniciativas que pretenden combinar la atención directa con el fortalecimiento de los sistemas sanitarios locales. Las revisiones de las asociaciones quirúrgicas internacionales han señalado como elementos relacionados con la sostenibilidad la participación local, la colaboración multidisciplinar, la educación y formación, la medición de resultados y el intercambio bidireccional de conocimiento (3,4).

El Padre Pio Health Center IV se encuentra en Kamwenge, una zona rural de Uganda. Se trata de un centro construido por África Directo en 2011, gestionado por una congregación religiosa llamada "Evangelizing Sisters of Mary" y con financiación intermitente procedente de distintas

organizaciones no gubernamentales. El centro dispone de un único quirófano y de recursos limitados para el diagnóstico, la anestesia y los cuidados perioperatorios.

En octubre-noviembre de 2025 se desarrolló en este centro la primera campaña quirúrgica con la Asociación Iidiwaka, adjunta al programa sanitario de cribado de cáncer de cuello uterino previamente desarrollado por un equipo de Ginecología desde 2022. El objetivo de la campaña fue doble: proporcionar tratamiento quirúrgico de patologías sencillas susceptibles de resolución en el propio centro y formar al personal sanitario local para favorecer la continuidad de esta actividad tras la finalización de la misión.

El objetivo del presente estudio es describir la actividad quirúrgica desarrollada durante esta campaña, las características del entorno asistencial, la adaptación de las técnicas quirúrgicas a los recursos disponibles y la experiencia de capacitación y organización del personal local.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño y ámbito del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo de la actividad desarrollada durante una campaña quirúrgica por parte de los especialistas en Cirugía General realizada en el Padre Pio Health Center IV, Kamwenge, Uganda. La misión se desarrolló entre el 22 de octubre y el 3 de noviembre de 2025. La actividad quirúrgica se desarrolló en 8 jornadas efectivas, con una carga asistencial limitada por la necesidad de valoración preoperatoria, adaptación de las técnicas a los recursos disponibles y participación simultánea en la formación del personal local. Un día correspondió al descanso semanal del personal local, durante el cual se realizaron únicamente visitas a pacientes y atención de posibles urgencias. El último día de la misión no se programó actividad quirúrgica con el objetivo de disponer de un periodo de vigilancia suficiente ante la eventual aparición de complicaciones perioperatorias antes del retorno del equipo desplazado. Los restantes días correspondieron a desplazamientos internacionales y logística de la misión.

La campaña fue organizada por la Asociación Iidiwaka, asociación creada en el seno de la Fundación África Directo en 2015 con dedicación específica a campañas sanitarias desarrolladas en Camerún, Uganda y Costa de Marfil.

El Padre Pio Health Center IV es un centro sanitario gestionado por una congregación religiosa situado en Kamwenge, en la región de Tooro: un área predominantemente rural. Los pacientes realizan aportaciones económicas por los procesos asistenciales. El centro dispone de un único quirófano.

Organización de la campaña

El equipo desplazado desde España estuvo compuesto por dos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, dos especialistas en Anestesiología y un especialista en Urología. Paralelamente se desplazó un equipo de Ginecología que desarrolla desde 2022 un proyecto de cribado dirigido a la prevención del cáncer de cuello uterino contando además con actividad quirúrgica. Aunque durante la misión se realizaron procedimientos urológicos y ginecológicos,

estos no fueron incluidos en el presente análisis, que se circunscribe exclusivamente a la actividad de Cirugía General.

El equipo quirúrgico internacional trabajó conjuntamente con dos médicos generales, personal de enfermería, un auxiliar sanitario y un técnico de laboratorio. Uno de los médicos generales desarrollaba su actividad de forma continuada en el centro y realizaba habitualmente procedimientos quirúrgicos sencillos y cirugía urgente, incluyendo apendicectomías, cesáreas y hernioplastias. La campaña incluyó un componente explícito de formación práctica dirigido especialmente a este profesional.

Antes de la llegada del equipo internacional, la responsable del centro realizó una primera identificación y citación de los pacientes que habían solicitado valoración quirúrgica y urológica y ginecológica, estableciéndose una previsión de consultas y de posible programación operatoria durante la campaña. Los pacientes acudieron al centro sanitario para atención tras ser anunciada la campaña prevista en la radio local.

Recursos disponibles

El centro contaba con un quirófano equipado con electrocauterio y material quirúrgico limitado. La esterilización del material se realizaba en una sala anexa al quirófano.

El laboratorio permitía realizar determinaciones preoperatorias básicas. Existía un único equipo de ecografía, destinado fundamentalmente a la atención obstétrica y que no se utilizó de manera sistemática para la valoración de los pacientes quirúrgicos.

Desde el punto de vista anestésico era posible realizar raquianestesia y anestesia general, aunque no existía una unidad diferenciada de recuperación postanestésica. Tampoco se disponía de cirugía laparoscópica.

La disponibilidad de antibióticos, analgésicos y fármacos anestésicos era limitada. Parte del material farmacológico utilizado durante la campaña fue aportado por los voluntarios para contribuir al suministro del centro.

Selección y valoración de pacientes

Los pacientes fueron valorados clínicamente por el equipo quirúrgico voluntario en colaboración con los médicos locales. Dadas las limitaciones diagnósticas, la indicación quirúrgica se basó fundamentalmente en la valoración clínica y en los estudios complementarios disponibles.

Los pacientes con patologías cuya resolución no era segura en el contexto de los recursos disponibles no fueron incluidos para tratamiento quirúrgico. Durante la campaña se valoraron asimismo pacientes con patologías avanzadas sin diagnóstico definitivo o que habían sido previamente intervenidos en otros centros sin posibilidad de tratamiento adicional. La imposibilidad de realizar biopsias o estudios complementarios en un plazo compatible con la duración de la campaña limitó las posibilidades terapéuticas en estos casos.

Además, como ejemplo de cooperación entre los especialistas voluntarios, se valoraron pacientes de forma conjunta entre Cirugía General, Ginecología y Urología, tomando decisiones terapéuticas de forma conjunta.

Procedimientos quirúrgicos

En las hernias inguinales de pacientes adultos se realizó hernioplastia anterior tipo Rutkow-Robbins con material protésico. En los pacientes pediátricos se efectuó herniorrafia sin material protésico. En el paciente con hernia inguinal bilateral se realizó reparación bilateral mediante técnica de Lichtenstein.

Los lipomas, quistes sebáceos y fibromas fueron tratados mediante exéresis completa. En los pacientes con fisura anal se realizó esfinterotomía lateral interna. La enfermedad hemorroidal se trató mediante hemorroidectomía abierta tipo Milligan-Morgan. Las hernias umbilical y epigástrica se repararon mediante hernioplastia con colocación de malla intraperitoneal. En el paciente neonatal con frenillo corto se realizó sección del frenillo sin anestesia.

La elección de la técnica se realizó teniendo en cuenta la patología, la edad, el contexto anestésico, el tiempo disponible y la disponibilidad real de material protésico y equipamiento. Se priorizaron procedimientos técnicamente sencillos, reproducibles y de duración limitada.

Organización perioperatoria y formación

Durante los primeros días de la campaña se identificaron dificultades organizativas derivadas de la ausencia de un protocolo previo específico para la actividad quirúrgica. A lo largo de la campaña se estableció progresivamente un circuito de selección, listado y programación de pacientes, preparación preoperatoria, intervención y alta hospitalaria.

El médico local participó de forma activa en la actividad quirúrgica y recibió formación práctica durante los procedimientos realizados conjuntamente con el equipo internacional, con el objetivo de facilitar la continuidad posterior de la actividad quirúrgica.

La comunicación con los pacientes se realizó habitualmente mediante el personal sanitario local, dado que la mayoría se comunicaba en lenguas locales y solo una minoría, principalmente pacientes jóvenes, hablaba inglés.

Variables y análisis

Se registraron el número de pacientes valorados e intervenidos, edad, sexo, indicación quirúrgica, técnica empleada, modalidad anestésica, estancia hospitalaria y complicaciones quirúrgicas inmediatas registradas durante la estancia hospitalaria.

Los registros anestésicos fueron realizados por el equipo de Anestesiología. Sin embargo, dichos registros no estuvieron disponibles para la autora para su inclusión en el presente análisis, por lo que no se analizaron de forma específica los parámetros de monitorización ni las incidencias anestésicas.

Debido al carácter descriptivo de la experiencia y al reducido tamaño muestral, se realizó exclusivamente análisis descriptivo de los datos.

Consideraciones éticas

La actividad asistencial desarrollada durante la misión contó con la autorización del centro sanitario de destino. Todos los pacientes intervenidos otorgaron consentimiento informado por escrito para el procedimiento quirúrgico y, en el caso de los menores, el consentimiento fue proporcionado por sus progenitores o representantes legales. No se obtuvo una aprobación específica de un comité de ética para el análisis retrospectivo y publicación de los datos incluidos en este manuscrito.

RESULTADOS:

Durante la campaña 28 pacientes fueron valorados por Cirugía General, de los cuales 24 fueron intervenidos quirúrgicamente, lo que supone una proporción de intervención del 85,7% (tabla 1).

La edad de los pacientes intervenidos osciló entre 3 días y 75 años. Se intervinieron 16 varones y 8 mujeres. De los 28 pacientes valorados, 8 eran menores de edad. Cuatro pacientes no fueron intervenidos: tres por presentar una edad/peso que no permitía realizar el procedimiento con las opciones anestésicas disponibles y uno por no acudir en la fecha programada.

Tabla 1. Características de los pacientes valorados durante la misión

Variable	Total (n = 28)
Edad, mediana (RIC), años	41,5 (13–64)
Rango de edad, años	3 días – 78
Grupo de edad, n (%)	
Menores de 18 años	8 (28,6)
Adultos (≥ 18 años)	20 (71,4)
Sexo, n (%)	
Varón	20 (71,4)
Mujer	8 (28,6)
Pacientes intervenidos, n (%)	24 (85,7)
Pacientes no intervenidos, n (%)	4 (14,3)
Por limitaciones anestésicas relacionadas con la edad	3 (10,7)
No acudió en la fecha programada	1 (3,6)

RIC: rango intercuartílico.

Tabla 1. Características demográficas y selección de los pacientes valorados durante la campaña de Cirugía General.

La patología más frecuente fue la hernia inguinal, presente en 11 pacientes (45,8%), de los cuales 10 presentaban hernia unilateral y uno hernia bilateral. Se realizaron además tres exéresis de lipoma, dos exéresis de quiste sebáceo, dos exéresis de fibroma, dos esfinterotomías laterales internas por fisura anal, una hemorroidectomía tipo Milligan-Morgan, una hernioplastia umbilical con malla intraperitoneal, una hernioplastia epigástrica con malla intraperitoneal y una sección de frenillo neonatal (tabla 2).

En la cirugía de la hernia inguinal se empleó una técnica abierta anterior en todos los pacientes. En los adultos se utilizó la reparación tipo Rutkow-Robbins en las hernias unilaterales y la técnica de Lichtenstein en el caso bilateral. En los dos pacientes pediátricos intervenidos por hernia inguinal se realizó herniorrafia sin material protésico.

Los procedimientos superficiales de exéresis fueron realizados mediante anestesia local cuando las características de la lesión y del paciente lo permitieron. Los procedimientos que requirieron anestesia regional o general fueron realizados con los recursos anestésicos disponibles en el centro.

No se registraron complicaciones quirúrgicas inmediatas durante el periodo de hospitalización.

Los pacientes sometidos a procedimientos bajo anestesia local no precisaron ingreso hospitalario. En el resto, la estancia habitual fue de una noche, con alta a la mañana siguiente. Una paciente intervenida de fisura anal permaneció ingresada durante 48 horas para control del dolor postoperatorio.

Procedimiento	n (pacientes)	Técnica quirúrgica	Anestesia n (%)	Estancia hospitalaria n (%)
Hernia inguinal unilateral	10	Rutkow-Robbins con material protésico (n = 8) Herniorrafia sin prótesis en pacientes pediátricos (n = 2)	Raquianestesia: 7 General: 3	1 día: 10 (100)
Hernia inguinal bilateral	1	Lichtenstein bilateral	Raquianestesia: 1	1 día: 1 (100)
Lipoma	3	Exéresis completa	Local: 2 General: 1	Sin ingreso: 2 (66,7) 1 día: 1 (33,3)
Quiste sebáceo	2	Exéresis completa	Local: 1 General: 1	Sin ingreso: 1 (50,0) 1 día: 1 (50,0)
Fibroma	2	Exéresis completa	Local: 2	Sin ingreso: 2 (100)
Fisura anal	2	Esfinterotomía lateral interna	Raquianestesia: 2	1 día: 1 (50,0) 48 horas: 1 (50,0)
Hemorroides	1	Hemorroidectomía tipo Milligan-Morgan	Raquianestesia: 1	1 día: 1 (100)
Hernia umbilical	1	Hernioplastia con malla intraperitoneal	Raquianestesia: 1	1 día: 1 (100)
Hernia epigástrica	1	Hernioplastia con malla intraperitoneal	Raquianestesia: 1	1 día: 1 (100)
Frenillo neonatal	1	Sección del frenillo	Sin anestesia: 1	Sin ingreso: 1 (100)
Total	24	—	Raquianestesia: 13 (54,2) General: 5 (20,8) Local: 5 (20,8) Sin anestesia: 1 (4,2)	Sin ingreso: 6 (25,0) 1 día: 17 (70,8) 48 horas: 1 (4,2)

Los valores expresan n (%) sobre el total de pacientes intervenidos (n = 24).

Tabla 2. Procedimientos quirúrgicos realizados durante la campaña, técnica empleada, modalidad anestésica y estancia hospitalaria.

No se realizó seguimiento postoperatorio protocolizado. Tras el alta, los pacientes podían regresar al centro en caso de presentar algún problema, por lo que no se dispuso de información sistemática sobre complicaciones tardías, reingresos, recurrencia ni resultados a medio o largo plazo.

Otros pacientes no incluidos fueron valorados de forma conjunta por varios especialistas, ejemplo de ello son 3 pacientes por Ginecología y Cirugía General, como ejemplo de colaboración en el proceso asistencial. La primera paciente había sido derivada desde otro hospital de la región, situado a más de ocho horas de distancia, por una masa abdominal compleja con sospecha de origen ginecológico. Tras la valoración conjunta, se consideró que el riesgo quirúrgico era elevado debido a la complejidad clínica de la paciente y a las características de la masa, de localización retroperitoneal, por lo que no se indicó tratamiento quirúrgico. Asimismo, se evaluaron conjuntamente dos pacientes con desgarros obstétricos crónicos de III y IV grado, no considerándose indicada la reparación quirúrgica.

Desde el punto de vista organizativo, durante la campaña se implantó un sistema de listado y programación de pacientes quirúrgicos y un circuito dirigido a facilitar el alta al día siguiente. Su funcionamiento mejoró progresivamente durante los últimos días de la campaña.

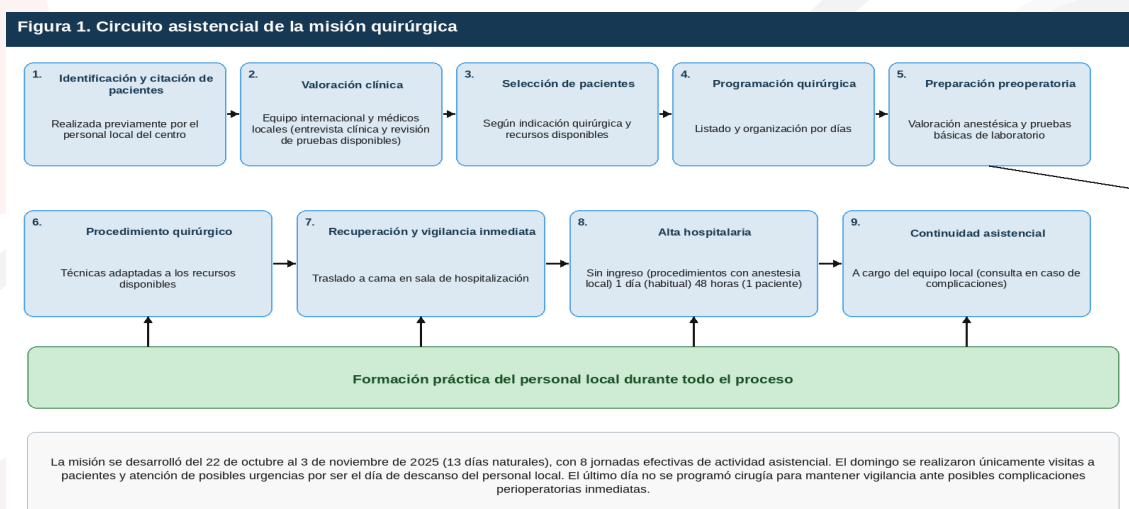


Figura 1. Circuito asistencial establecido durante la campaña de Cirugía General. La formación práctica y la colaboración con el personal sanitario local se desarrollaron transversalmente durante las diferentes fases del proceso.

Figura 1. Circuito asistencial establecido durante la campaña de Cirugía General.

El componente docente se desarrolló mediante participación conjunta del médico local en los procedimientos quirúrgicos. Se realizaron diferentes técnicas quirúrgicas para la reparación de la hernia inguinal con fines docentes. Asimismo, al finalizar la campaña se dejó en el centro material quirúrgico y consumibles, incluyendo suturas, material protésico para hernioplastias, gasas y compresas, con el objetivo de favorecer la continuidad de la actividad.

DISCUSIÓN:

La experiencia descrita muestra que una campaña quirúrgica de corta duración puede permitir realizar cirugía esencial en un entorno rural con importantes limitaciones de infraestructura, equipamiento y acceso a medios diagnósticos. La cirugía y la anestesia constituyen componentes esenciales de los sistemas sanitarios, pero su disponibilidad continúa siendo desigual, especialmente en determinados contextos rurales y de bajos recursos (1,2).

El perfil de patología observado estuvo dominado por procedimientos de baja complejidad técnica, con una marcada presencia de hernias de la pared abdominal. Once de los 24 pacientes intervenidos presentaban hernia inguinal, incluyendo un caso bilateral. Este predominio es coherente con el tipo de cirugía que puede abordarse de forma segura en un centro sin laparoscopia y con capacidad diagnóstica limitada. La utilización de técnicas abiertas permitió adaptar el tratamiento a la realidad del centro y reducir la dependencia de equipamiento no disponible.

Uno de los principales aprendizajes de la campaña fue la necesidad de adaptar la estrategia quirúrgica no solo a la patología, sino también a los recursos disponibles. En un entorno en el que no existían medios de laparoscopia, una disponibilidad limitada de material y recursos anestésicos reducidos, la selección de procedimientos y la duración de la anestesia adquirieron una importancia mayor que en el entorno hospitalario habitual de los autores. El objetivo no fue reproducir de manera estricta el modelo quirúrgico utilizado en un centro de alta complejidad, sino emplear técnicas abiertas reproducibles y seguras dentro de las posibilidades reales del entorno.

Esta adaptación debe interpretarse dentro de la necesidad de mantener unos estándares básicos de seguridad. La OMS ha señalado la importancia de la seguridad anestésica, la adecuada preparación de los equipos, el uso de listas de comprobación y la disponibilidad de monitorización esencial en cualquier entorno quirúrgico (5,6). La campaña descrita se desarrolló en un contexto en el que algunas de estas capacidades eran limitadas, lo que obligó a realizar una selección estricta de pacientes y a evitar procedimientos cuya seguridad no pudiera garantizarse con los recursos disponibles. Este aspecto se puso especialmente de manifiesto en los pacientes pediátricos no intervenidos por limitaciones anestésicas.

Otro aspecto relevante fue la dificultad diagnóstica. La disponibilidad limitada de pruebas de imagen y la ausencia de una vía rápida para la realización de biopsias impidieron proporcionar una solución quirúrgica a determinados pacientes con enfermedad avanzada. En algunos casos se trataba de pacientes que ya habían sido atendidos en otros centros y acudían para una segunda valoración. Estos casos ilustran que incrementar la actividad quirúrgica no puede desligarse del desarrollo de capacidades diagnósticas y de derivación, especialmente en patologías complejas.

Las barreras de acceso observadas fueron tanto económicas como geográficas. Los pacientes debían asumir un coste asociado a la atención y muchos procedían de zonas alejadas con dificultades de transporte. Durante la campaña se observó incluso una disminución de la llegada de pacientes en días de lluvia, reflejando de forma práctica la influencia que las condiciones de transporte pueden ejercer sobre el acceso a la asistencia. Las desigualdades de acceso a la cirugía no dependen únicamente de la existencia física de un quirófano, sino de toda la cadena de

acceso al diagnóstico, transporte, financiación, intervención y seguimiento (1,2).

Desde el punto de vista de la cooperación quirúrgica, consideramos especialmente relevante que la campaña tuviera un componente formativo desde su concepción. Por este motivo, el objetivo fundamental de la Asociación Idiwaka es basar los proyectos en formación del personal local. El médico local ya realizaba cirugía básica, por lo que el objetivo no era sustituir su actividad, sino trabajar de forma conjunta y reforzar sus capacidades. Las recomendaciones contemporáneas sobre cirugía global destacan que las asociaciones sostenibles deberían incorporar participación local, colaboración multidisciplinar, educación contextualizada, evaluación de resultados y transferencia bidireccional de conocimiento (3,4). En este sentido, la experiencia permitió combinar asistencia directa y formación práctica.

La participación del médico local permitió además un aprendizaje bidireccional. Desde la perspectiva de los profesionales desplazados, uno de los aprendizajes más relevantes fue la capacidad del personal local para resolver problemas cotidianos mediante adaptación de recursos y priorización, manteniendo una actitud práctica ante situaciones que en un contexto de mayor disponibilidad tecnológica se resolverían mediante otros medios.

La organización de la actividad constituyó, sin embargo, una de las principales limitaciones de la experiencia. Al tratarse de la primera campaña quirúrgica realizada en el centro con la asociación, no existía previamente un circuito específico para selección, citación, preparación y programación de pacientes quirúrgicos. Las dificultades fueron especialmente importantes durante los primeros días y mejoraron progresivamente tras establecer un sistema estructurado de programación y alta. Esta experiencia sugiere que futuras campañas deberían contar con un protocolo organizativo diseñado conjuntamente con el equipo local antes del inicio de la actividad.

Otra limitación fue la disponibilidad de los registros anestésicos. Aunque el equipo de Anestesiología realizó el registro correspondiente durante la actividad quirúrgica, estos datos no estuvieron disponibles para la autora para su incorporación al presente análisis. Por tanto, no fue posible evaluar de forma específica los parámetros de monitorización intraoperatoria, las incidencias anestésicas ni las complicaciones relacionadas con la anestesia. En consecuencia, los resultados de seguridad presentados deben interpretarse exclusivamente en relación con las complicaciones quirúrgicas inmediatas registradas durante la estancia hospitalaria.

Un aspecto organizativo considerado relevante fue la planificación de un periodo sin actividad quirúrgica al final de la misión. Esta decisión permitió mantener la presencia del equipo desplazado durante un intervalo suficiente tras la última jornada quirúrgica para detectar y resolver posibles complicaciones perioperatorias inmediatas antes del retorno. Asimismo, se respetó el día de descanso semanal del personal local, manteniéndose durante dicha jornada únicamente la atención de urgencias y las visitas a pacientes. Estas medidas reflejan la necesidad de adaptar la organización de las campañas no solo a la disponibilidad de recursos, sino también a criterios de seguridad y sostenibilidad del personal local.

El seguimiento postoperatorio constituye otra limitación importante. Aunque no se registraron

complicaciones inmediatas durante el periodo de hospitalización, no existió un seguimiento protocolizado tras el alta. Por tanto, no es posible afirmar que no se produjeran complicaciones posteriores, recurrencias o reingresos. En una experiencia futura, la incorporación de mecanismos sencillos de seguimiento, como una consulta programada, contacto telefónico o revisión por el personal local en un periodo predefinido, permitiría mejorar notablemente la calidad de la evaluación.

Asimismo, el tamaño muestral fue reducido y corresponde exclusivamente a una campaña de corta duración en un único centro. Los resultados, por tanto, no pueden generalizarse a todo el sistema sanitario ugandés ni a otros centros rurales. La selección previa de pacientes también introduce un sesgo inherente al diseño de este tipo de campañas, ya que las patologías complejas o que requerían medios diagnósticos no disponibles fueron excluidas del tratamiento.

Una limitación adicional fue la barrera lingüística. La comunicación habitual con los pacientes se realizaba mediante el personal sanitario local, dado que los pacientes se comunicaban principalmente en su lengua local y solo una minoría, fundamentalmente pacientes jóvenes, hablaba inglés y podía establecer comunicación directa con el equipo internacional. Esta circunstancia podía dificultar la anamnesis directa, la explicación pormenorizada de los procedimientos y la valoración subjetiva de síntomas, por lo que la participación del personal local como mediador lingüístico fue esencial.

A pesar de estas limitaciones, la campaña permitió realizar 24 procedimientos quirúrgicos y, simultáneamente, iniciar un modelo de actividad en el que el personal local participó activamente en la asistencia y en la organización. Además, se ejemplificó la necesidad de colaboración entre diferentes especialistas a la hora de valorar pacientes concretos. La experiencia ilustra la posibilidad de combinar prestación asistencial y formación práctica en este tipo de campañas.

En este modelo de cooperación, la participación de los profesionales desplazados se realizó durante sus periodos vacacionales y sin liberación de la actividad laboral habitual. Asimismo, los costes personales derivados del desplazamiento y estancia fueron asumidos por los propios participantes. Aunque estas circunstancias reflejan el carácter voluntario de la iniciativa, pueden constituir una limitación para la continuidad y escalabilidad de campañas de estas características.

CONCLUSIONES:

Una misión quirúrgica desarrollada durante 8 jornadas efectivas permitió valorar a 28 pacientes y realizar 24 procedimientos de Cirugía General en un centro rural de Uganda, fundamentalmente mediante técnicas abiertas adaptadas a los recursos disponibles.

La colaboración entre el equipo quirúrgico internacional y el personal sanitario local permitió desarrollar actividad asistencial y formación práctica de forma simultánea, así como establecer un circuito básico de selección y programación quirúrgica.

La experiencia pone de manifiesto la necesidad de adaptar la selección de pacientes, las técnicas quirúrgicas y la organización asistencial a las capacidades reales del centro.

La ausencia de seguimiento postoperatorio protocolizado y de registros anestésicos sistemáticos limita la valoración de los resultados de seguridad a medio y largo plazo y constituye un área prioritaria de mejora para futuras campañas.

El desplazamiento de un equipo multidisciplinar compuesto por especialistas en Cirugía General, Urología, Anestesiología y Ginecología facilitó la coordinación asistencial y permitió la valoración integral de pacientes con cuadros clínicos complejos.



Declaración de ética y consentimiento

Todos los pacientes intervenidos firmaron un consentimiento informado específico para el procedimiento quirúrgico antes de la intervención. En los pacientes menores de edad, el consentimiento fue otorgado por sus padres o representantes legales.

La actividad asistencial desarrollada durante la misión contó con la autorización del centro sanitario de destino. No se obtuvo una aprobación específica de un comité de ética para el análisis retrospectivo y publicación de los datos incluidos en este manuscrito.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés relacionados con este trabajo.

Financiación

No se recibió financiación externa específica para la realización de la misión ni para la elaboración del presente manuscrito. Los gastos correspondientes al desplazamiento, alojamiento y manutención de los profesionales voluntarios fueron asumidos individualmente por los propios participantes.

Presentación previa y publicación simultánea

El presente trabajo no ha sido presentado previamente en ninguna reunión o congreso científico ni

ha sido enviado para su evaluación a ninguna otra publicación científica. Asimismo, el manuscrito no se encuentra sometido a evaluación simultánea por otra revista.

Contribución de los autores

NMP: conceptualización del trabajo, diseño metodológico, adquisición y curación de los datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito original, revisión y edición del manuscrito, elaboración de tablas y figuras y aprobación de la versión final.

CGL: conceptualización del trabajo, adquisición y curación de los datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito original.

AE: conceptualización del trabajo, adquisición y curación de los datos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569-624.
2. World Health Organization. Surgical and anaesthesia care [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 26 sep 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/surgical-care>
3. Jedrzejko N, Margolick J, Nguyen JH, Simpson A, Youssef F, Azzam A, et al. A systematic review of global surgery partnerships and a proposed framework for sustainability. *Can J Surg*. 2021;64(3):E280-E288.
4. Binda CJ, Adams J, Livergant R, Lam S, Panchendrabose K, Joharifard S, et al. Defining a framework and evaluation metrics for sustainable global surgical partnerships: a modified Delphi study. *Ann Surg*. 2024;279(3):549-553. doi:10.1097/SLA.0000000000006058.
5. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009.
6. World Health Organization. Safe surgery saves lives: surgical safety checklist [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 26 sep 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>
7. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007;4(10):e296.

RINCÓN DE ENFERMERIA

EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO DESDE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MEDIO RURAL: UNA CUESTIÓN DE EQUIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Gabriela Triana Gutierrez

Enfermera Centro de Salud Z.B.S "Villadiego".

En el medio rural, muchas intervenciones quirúrgicas se realizan en hospitales de referencia, mientras que una parte importante del seguimiento postoperatorio recae en la enfermera de atención primaria. A partir de una experiencia profesional en un centro de salud rural, este artículo reflexiona sobre el valor de dicho seguimiento que muchas veces parece tratarse como un simple trámite, cuando en realidad forma parte esencial del proceso quirúrgico.

La atención primaria ofrece una asistencia cercana, continuada y adaptada al contexto de cada persona. Esta función adquiere especial relevancia en los entornos rurales, donde las distancias, las dificultades de transporte y el envejecimiento de la población pueden dificultar el acceso a las revisiones hospitalarias.

Aunque la cirugía ambulatoria se realiza habitualmente en hospitales de referencia, la recuperación continúa en el domicilio una vez finalizada la intervención. La vigilancia de la herida, la realización de curas, la identificación temprana de complicaciones, el control de las molestias y la resolución de dudas son actuaciones fundamentales para una recuperación segura.

Una experiencia cotidiana de cuidados.

Recuerdo con claridad el día en que retiré los puntos de sutura a un paciente intervenido de una hernia inguinal dos semanas antes en el hospital de referencia situado a unos cuarenta y cinco minutos de su localidad.

Acudió a la consulta con su ropa de trabajo habitual y parecía más preocupado por las molestias del calor que por la propia herida. Tras retirar el apósito, valoré la evolución de la incisión y le pregunté por su estado general. Con naturalidad, comentó lo mucho que agradecía no tener que desplazarse de nuevo al hospital para una revisión que podía hacerse en su centro de salud.

Era una actuación rutinaria, pero esa consulta me hizo reflexionar sobre el valor de una atención cercana. La valoración de la herida, la identificación de posibles signos de infección y la educación sanitaria facilitaron su recuperación y permitieron adaptar las recomendaciones a sus circunstancias personales y laborales.

El valor de la atención cercana

Una intervención adecuada permite detectar de forma precoz posibles complicaciones y resolver dudas. También sirve para comprobar si la persona ha entendido las recomendaciones recibidas y si realmente puede aplicarlas en su domicilio.

La enfermera de atención primaria conoce de antemano la situación familiar, las condiciones de vida y las posibilidades reales de autocuidado de cada paciente. Esa información permite dar recomendaciones realistas, ajustadas a lo que cada persona puede hacer en su casa.

La cercanía también tiene una dimensión social. Para las personas mayores o con movilidad reducida, acudir al hospital implica depender de terceros, buscar un acompañante o recorrer largos trayectos por carreteras secundarias. Cuando la situación clínica lo permite, seguir el proceso desde el centro de salud reduce esa carga, tanto para el paciente como para su familia.

Para que este modelo funcione con seguridad, la coordinación entre el hospital y la atención primaria es imprescindible: la enfermería necesita información clara sobre la intervención, las recomendaciones al alta, los signos de alarma y los canales de contacto con el equipo hospitalario. El teléfono o la teleenfermería pueden complementar el seguimiento presencial, pero no sustituyen la valoración directa ni la derivación al hospital cuando hay signos de complicación.

Una cuestión de equidad

La recuperación no termina cuando el paciente sale del quirófano, y no debería depender de la distancia que lo separa del hospital. Al paciente intervenido no le hacía falta un discurso sobre equidad: le bastaba con no tener que coger el coche otra vez para que le revisaran una herida que se puede valorar en su propio pueblo.

Ese gesto, repetido cada semana en cientos de consultas rurales, es la equidad de la que tanto se habla en los documentos y tan poco se nombra en la práctica. Aunque la cirugía se haga en el hospital, los cuidados continúan en el domicilio y en la comunidad.

Gabriela Triana Gutierrez

Enfermera Centro de Salud Z.B.S "Villadiego"

C/ Reyes Catolicos, s/09120 Villadiego

Mail de contacto: gabrielatriana14@gmail.com

