



O-039 - SÍNDROME DE VOMIT. VÍCTIMA DE LA TECNOLOGÍA DE IMAGEN MODERNA

García Gutiérrez, Carmen; Iturrate Basarán, Isabel; Contreras Saiz, Elisa; Díaz Vico, Tamara; Gonzales Stuva, Jessica; Jara Quezada, Jimmy Harold; Rodicio Miravalles, José Luis; Sanz Álvarez, Lourdes

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: El síndrome VOMIT (Victim of Modern Imaging Technology), fue descrito en 2003 por primera vez por Richard Hayward, neurocirujano pediátrico. Se encuadra dentro del capítulo de errores médicos, hace referencia a las consecuencias adversas derivadas de una incorrecta interpretación radiológica. Debido a su desconocimiento, no podemos estimar una incidencia de dicho síndrome. Entre las causas que justifican la aparición de los casos VOMIT podemos encontrar una interpretación apresurada, la selección de la técnica, no comparar con estudios previos, desconocimiento sobre la sensibilidad y especificidad de los diferentes tipos de estudios radiológicos, el uso indiscriminado de ellos o la falta de actualización. La Cirugía General cada vez fundamenta más sus diagnósticos y tratamientos en las pruebas de imagen, en detrimento de la clínica, siendo este hecho especialmente evidente en la urgencia, donde más se presta a la aparición del VOMIT.

Objetivos: Conocer la incidencia VOMIT en el Hospital Universitario Central de Asturias, y analizar las causas y consecuencias del mismo.

Métodos: Entre los meses noviembre 2015 y marzo 2016 se recogieron los pacientes ingresados por urgencias en los que no hubo correlación entre el diagnóstico inicial, basado en pruebas de imagen, y el definitivo. Fueron 15 pacientes, 10 hombres y 5 mujeres. El diagnóstico radiológico inicial fue de siete obstrucciones de intestino delgado, una disección aórtica tipo B con dilatación de estómago e intestino delgado secundaria, dos dehiscencias de sutura, una isquemia intestinal, un mucocele apendicular, una apendicitis aguda, una hernia paraduodenal y una colecistitis complicada.

Resultados: Obstrucciones intestinales: no se evidenció en ningún caso, realizándose una laparotomía en blanco, dos eventroplastias con adhesiolisis (no condicionaba obstrucción), una hernioplastia umbilical, una liberación de adherencias laxas y tratamiento médico con buena evolución en los dos restantes. Disección aórtica tipo B: empeoramiento de clínica obstructiva con resección de intestino delgado con liberación de brida. Dehiscencia de sutura e isquemia intestinal: no se objetivó en ningún caso (laparotomía en blanco). Mucocele apendicular: intervenida a las 48 horas por empeoramiento clínico, con el hallazgo de apendicectomía por apendicitis gangrenosa. Hernia paraduodenal: tratamiento médico con buena evolución. Colecistitis complicada: no se evidencia en quirófano. En el desarrollo del trabajo completo se presentarán las pruebas de imagen

que llevaron a la confusión así como un vídeo de una de las cirugías.

Conclusiones: En la práctica asistencial el abuso de las pruebas de imagen, dejando en un segundo plano la clínica y exploración del paciente, nos lleva a actuaciones quirúrgicas erróneas. La mayor parte de nuestros casos fueron por patología obstructiva, en el que la demora quirúrgica puede condicionar la necesidad de resección intestinal, lo que puede justificar estos resultados. Los pocos casos de VOMIT en patología apendicular habla a favor de nuestros radiólogos, ya que la mayoría de pacientes van a quirófano con una prueba de imagen. Para prevenir el VOMIT debemos fomentar el trabajo en equipo y buena comunicación entre cirujano y radiólogo para la toma de decisiones, así como el empleo de guías de práctica clínica.