

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" — Prof. A. Chifflet

## LAS REINTERVENCIONES DIAGNOSTICAS (\*)

Dr. Héctor A. Ardao

En el manejo de enfermos operados, cuya evolución se está cumpliendo con apariencias de normalidad, surge a veces la indicación de reintervenir con el fin de obtener información precisa, de otra manera imposible, sobre el estado de determinado órgano o sobre el resultado de la operación realizada. La utilidad de la reintervención radica en la oportunidad de realizar en ese momento, momento útil, el tratamiento adecuado, cuyo retardo en espera de la evolución podría significar, el fracaso definitivo de la operación anterior o la muerte del enfermo.

La revisión de los programas operatorios de la Clínica, enseña que estas reintervenciones van siendo realizadas cada vez con mayor frecuencia y para muchas de ellas la indicación ha surgido en forma imprevista y hasta discutible.

Esta tendencia no constituye una orientación particular, puesto que en otros ambientes de cirugía general y especializada también se señala. Podría decirse que constituye un signo de progreso en la cirugía por cuanto traduce un cambio en la actitud mental del cirujano de hoy cuya acción se despoja del antiguo gesto de suficiencia definitiva. La indicación de reintervenir la encuentra el cirujano que cuida el post operatorio de sus operados con criterio de patólogo.

La tendencia revisionista forma parte del concepto explorador incorporado como un tiempo previo en las operaciones que se realizan especialmente en las grandes cavidades y de la necesidad del diagnóstico operatorio. (1)

El fundamento radica en el conocimiento de la patología de

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 26 de agosto de 1959.

los procesos, de sus evoluciones posibles, y de las condiciones de resistencia vital del paciente. En ciertos casos puede estar indicado en el post operatorio inmediato, a las pocas horas o días de la intervención anterior, y son los casos más difíciles de aceptar; pero todos los factores que han mejorado los resultados de las reoperaciones por complicaciones post operatorias, especialmente los de orden técnico que intervienen en el cuarto de operaciones, están contribuyendo a afianzar las reintervenciones diagnósticas.

A pesar de ello, todavía persiste entre muchos médicos y cirujanos una posición abstencionista a reintervenir un operado reciente basándose en una pretendida menor resistencia, aún cuando en circunstancias análogas, en el mismo enfermo no operado, no se dudaría ni retardaría la operación.

En varios campos de la cirugía han sido propuestas determinadas indicaciones de reintervenir a los fines del diagnóstico y los resultados justifican el procedimiento. Existen otras circunstancias en que la indicación ha existido; para las cuales no hay un criterio claro, y es nuestra intención ponerla simplemente en consideración. Algunos de estos casos se han planteado en el Servicio y de ellos aportamos los datos someros de las historias clínicas correspondientes. Otros corresponden a situaciones clínicas de enfermos que hemos conocido, cuyas historias no nos pertenecen, por lo cual solamente hacemos referencia a la situación.

### **Reintervenciones Exploradoras en el Cáncer:**

a) *Cáncer Abdominal*. Second Look, (Wangensteen 1948). Este autor ha preconizado la re-exploración sistemática en enfermos operados por cáncer abdominal (estómago, colon y recto) con metástasis ganglionares. Alrededor de seis meses después de la resección y cuando todavía nada hace sospechar la existencia de metástasis o recidivas. En la reintervención si es posible procede a eliminar cualquier resto del tumor. Si en la segunda operación encuentra cáncer residual y es resecado, una tercera o cuarta reintervención se realiza a intervalos de seis meses hasta que no se encuentre persistencia del tumor. Luego de una exploración negativa, no recomienda más exploración.

Primeramente Wangenstein limitó la re-exploración al cáncer operado con metástasis ganglionares o con invasión de órganos vecinos sin metástasis ganglionares. Sostiene que los pacien-

tes con cáncer y metástasis regional o más lejana forman los  $\frac{2}{3}$  de los cánceres viscerales resecables y con la cirugía corriente sólo un pequeño porcentaje curan definitivamente. El Second Look fue ideado para estos casos. Sostiene además que resulta difícil establecer el tiempo intervalo entre las dos operaciones, porque el crecimiento metastásico no es uniforme. Algunos tardan doce o catorce meses antes de que aparezcan, otros menos de seis meses. No existe un criterio seguro, pero ha llegado a emplear tiempos más breves, menos de seis meses, para el cáncer gástrico y algo más de unos ocho meses, para el cáncer del colon. Si es posible se debe reseca todo tejido canceroso o sospechoso en cada operación hasta la re-exploración negativa con control microscópico. (2)

b) *El Cáncer Infiltrante de la Piel de la Cara.* Cuando ha sido tratado por medio de las radiaciones o por excisión quirúrgica suele transcurrir un plazo (control de curación) entre el tratamiento realizado y la reparación de los tejidos destruidos. Este tiempo variable, convencional, de seis meses a un año y medio por lo general, permite visualizar en muchos casos la recidiva, si ella se produce, en los bordes o en el fondo cicatrizal de la brecha.

Para ciertos tumores, especialmente para el epiteloma basal este plazo no es suficiente garantía porque puede permanecer y desarrollarse sin exteriorizarse por brotes o ulceraciones, resbalando sobre determinadas estructuras (periostio, pericondrio, vainas nerviosas, planos de fusión embrionaria, etc.).

En este tipo de tumor *está especialmente indicada la resección del contorno cicatrizal con fines biópsicos antes de implantar el material apropiado de cubierta* (resección quirúrgica, quimio-cirugía. No es aconsejable el empleo del bisturí eléctrico). Si se cierra la brecha persistiendo el tumor, la cubierta oculta su desarrollo y casi siempre conduce a la incurabilidad; y en los casos en que todavía puede practicarse un nuevo tratamiento radical, la recidiva significará tiempo perdido, nuevos sufrimientos para el enfermo y la pérdida del mejor material utilizable en la cobertura.

### **En Cirugía Abdominal.**

c) *La hemorragia digestiva del post operatorio.* La hemorragia en el operado del tubo digestivo es casi siempre una com-

plicación post operatoria originada en el foco de la intervención. La hematemesis en el operado del estómago o las melenas en la cirugía recto-cólica están pues fuera de consideración. Pero la situación que plantea a veces la gran hemorragia digestiva sin diagnóstico de úlcera, conduce a la intervención exploradora cuyos tiempos finales pueden ser la gastroduodenotomía y la resección. La experiencia ha enseñado que cuanto más precozmente se interviene al anémico agudo en estas condiciones disponiendo de sangre suficiente, mejores son los resultados que se obtienen ("Intervenciones Intrahemorragias").

Al enfermo operado cualquiera sea el órgano y la operación realizada, le es aplicable lo anterior y la indicación de reintervenir es más perentoria cuando se produce a las pocas horas o días de una intervención importante y en individuos por encima de los 50 años. La indicación de intervención ha existido en los siguientes enfermos del Servicio (3):

1. Historia Clínica 72.162. Dr. C. Ormaechea. Aneurisma de la poplítea que se reseca y sustituye por un injerto arterial que se trombosa. Al quinto día se reinterviene retirándose el injerto y se coloca un tubo de Edwards-Tapps. Estando el pie recuperándose al sexto día de la reintervención, colapso brusco del que sale con un litro de sangre. En seguida hematemesis y melenas abundantes que se repiten, y dos días después fallece. Autopsia: Úlcera aguda de pequeña curva gástrica, perforante en pequeño epiplón y sangre abundante dentro del estómago e intestino.

2. Historia Clínica 90.997. Dr. R. Varela. 41 años. Operado por herida de corazón. Al quinto día se levanta y tiene una lipotimia. Nada al examen cardíaco. Sexto y séptimo días bien. Al octavo día colapso brusco (P. A. Max. 5) seguido de hematemesis y melena. Tres litros transfusión. Al noveno día nueva hemorragia y se decide la laparotomía exploradora. Úlcera callosa de cara posterior del duodeno con perforación de la arteria gastroduodenal que sangra a chorros. Gastrectomía. Muerte a las seis horas (transfusión operatoria seis litros).

3. Historia Clínica 75.737. Dr. A. Aguiar. 52 años. Hace cuatro años colecistostomía de urgencia por colecistitis aguda. Hace tres años: colecistectomía y coledocostomía por litiasis vesicular y coledociana. Posteriormente: eventración. Pasa dos años bien y vuelve a sufrir con cólicos hepáticos y dos episodios de ictericia con fiebre. Se reinterviene: nueva coledocostomía y se extrae un cálculo. Cierre de la eventración. Alta. A los dos meses reingresa por melenas que se tratan sin operación. Nueva alta y reingreso a los ocho días (unos dos meses y medio después de su

última intervención) con nueva hemorragia. A los rayos X no se visualiza úlcera. Repite la hemorragia y se opera de urgencia: gastrectomía subtotal por úlcera de duodeno. Alta. Lleva ahora tres meses de operado. Pesa actualmente 70 kilos, habiendo adelgazado 60 kilos en los últimos dos años.

4. Historia Clínica 109.129. Dr. L. A. Praderi. 51 años. Neoplasma de pulmón. Resección. A los cinco días hematemesis y melenas con muerte a las seis horas.

Puedo referir además el siguiente caso. Corresponde a un familiar de uno de los miembros de la Clínica. 69 años de edad. Hace un mes se le practicó una prostatectomía que evolucionó normalmente hasta los ocho días. En este momento hematemesis y melenas que fueron repitiéndose hasta la muerte, a los 21 días de operado.

La hemorragia digestiva del post-operatorio no es un hecho raro y constituye una situación clínica imprevista que a menudo ha conducido a la muerte del enfermo. La indicación de reintervención debe ser formal aún en ausencia de antecedentes ulcerosos.

d) *En la cirugía de las arterias viscerales.* En el post-operatorio inmediato (24 - 48 horas) en operaciones sobre el tronco de las arterias mesentéricas superior e inferior, la indicación de reintervenir existe mientras la peritonitis por necrosis del intestino (infarto rojo o blanco) todavía no se ha producido en aquellos casos en que la circulación se vuelve insuficiente.

Historia Clínica. Dr. L. F. Díaz, L. A. Praderi y C. Ormaechea (4). Resumen. 24 años. Ingresa con shock dos horas después de recibir una herida de bala en hipocondrio izquierdo sin salida del proyectil. Mejorado con 7 de máxima se opera: hemoperitoneo, herida del bazo y del hígado y perforaciones del delgado; hematoma de la raíz del mesenterio. Esplenectomía. Suturas de las perforaciones. Sutura del hígado. Alta a los 12 días. Evolucionó bien.

Cinco meses después: hematemesis y melenas. P. A. 7 y 5. 140 de pulso.

2ª Operación. Falso aneurisma pursátil de la arteria mesentérica superior fisurado en tercera porción del duodeno. Resección del saco de un segmento de arteria y sutura de los cabos.

Cuarenta y ocho horas después: **Reoperación Exploradora** con la finalidad de actuar sobre posibles zonas de infartos recientes sin esperar las manifestaciones clínicas de éstas. "Exploración muy breve que permite comprobar la buena coloración y peristalsis del intestino delgado y grueso".

La ligadura de la arteria mesentérica inferior excepcionalmente ocasiona isquemia y necrosis del sigmoide. Lo mismo que para otros sectores del intestino la importancia del aporte de determinadas arterias (cólica media por ejemplo) varía considerablemente y está en relación con el calibre del vaso.

En las intervenciones sobre la aorta abdominal (aneurismas, trombosis), la arteria mesentérica inferior se liga y secciona sin que se produzcan casi nunca trastornos nutricios en el colon. Sin embargo, tenemos conocimiento de un caso de resección de aneurisma aórtico que ocasionó la necrosis del sigmoide y muerte por peritonitis. Cuando en la exploración operatoria el calibre de la arteria revela que es importante, o por la arteriografía, puede justificarse la re-exploración post operatoria.

e) *En los Traumatismos viscerales con lesión o herida del pedículo.* Tengo la observación de una contusión del hipocondrio derecho con lesión del hígado sin rotura de la cápsula. A los pocos días, muerte con ictericia. La autopsia reveló la necrosis del lóbulo izquierdo y trombosis de varias ramas de la arteria hepática.

Las condiciones del enfermo en el momento de la intervención primaria, de la propia lesión cuya observación no permite determinar la evolución que ha de producirse en el órgano, y aún las limitaciones de una intervención de urgencia, pueden justificar la reexploración precoz en condiciones de llevar a cabo la resección. La misma situación puede plantear la hernia estrangulada.

f) *Las heridas de bala de la región abdominal con perforaciones intestinales múltiples.*

**Resumen.** Historia Clínica. Dr. J. L. Praderi. Enfermo N. M. M. 34 años. Herida de bala en F.I.D. sin orificio de salida. Una hora después: lúcido. P. A. 12 - 9. Pulso 100. Contractura abdominal. Hematemesis. Transfusión. Sonda de Cantor. Incisión de Jalaguier: hemoperitoneo sin líquidos ni materias. Doce perforaciones en yeyuno - ileon; tres perforaciones en ciego y colon ascendente. Hematoma en la base de la vejiga y espacio de Retzius sin que sea visible la lesión vesical. Cierre de las perforaciones en dos planos, y en un sector se resecan diez centímetros de intestino con anastomosis término - terminal. Sonda vesical a permanencia. Drenaje del Retzius y del Douglas con tubo.

**Evolución post - operatoria.** Buena. Al tercer día sin fiebre, abdomen no distendido, movilizó el intestino.

Cuarto día: sale orina por el tubo de Douglas. Se decide reintervenir con dos finalidades: 1º) Para practicar talla hipogástrica y si es posible cierre de la herida vesical; 2º) Reexploración del intestino para observar la zona de la anastomosis, revisar las suturas y examinar una zona en que existen perforaciones muy próximas.

**Reintervención.** Incisión mediana. Se encuentra una perforación en la cara posterior de la vejiga sobre el triángulo. Se devana el intestino comprobándose: una perforación no suturada. Sutura.

**Evolución:** Buena. Es dado de alta y lleva un mes y medio de curación.

El advenimiento de los antibióticos y el empleo de la sonda de Cantor vuelven aún más silenciosa la evolución de la peritonitis post-operatoria, ya de por sí difícil de diagnosticar.

g) *En la cirugía de los nervios periféricos.* La reintervención tiene un lugar definido en las lesiones traumáticas de los nervios de los miembros desde las experiencias de guerra. Seddon (5) en Inglaterra ha contribuido grandemente a establecer el concepto de la reintervención exploradora sobre la base del control de la regeneración,

En un trabajo anterior (6) traído a esta Sociedad hace tres años decíamos: ...“La indicación de explorar operatoriamente un nervio, surge de la incapacidad en que estamos para distinguir de otra manera en un momento determinado una sección de una contusión, de la axonotmesis (contusión) combinada con neurotmesis (sección) y en los casos de sutura para determinar si la regeneración se cumple o no. La exploración puede determinar finalmente si la regeneración se está cumpliendo correctamente, cuánto camino lleva recorrido en el cabo distal”.

Existen casos en que se puede esperar el tiempo necesario de la evolución, para saber el resultado bueno, regular o malo de una sutura; pero en otros casos no, y hay que saberlo en el momento útil, es decir, antes de que se produzcan alteraciones degenerativas definitivas en las estructuras periféricas (motoras, sensitivas, glandulares, etc.), que vuelven inútil entonces, la llegada de los axones regenerados y cuando todavía es útil una resección y la sutura. (fig. 1)

La reintervención exploradora no es necesaria en las suturas cuando cercana a ella, por debajo, se desprende un filete motor de un músculo determinado. Sabiendo la distancia que existe

entre la sutura y la entrada del nervio al músculo (punto motor), se puede calcular el tiempo necesario de reinervación, teniendo en cuenta un promedio diario del crecimiento de un milímetro.

Algunas precisiones más son necesarias:

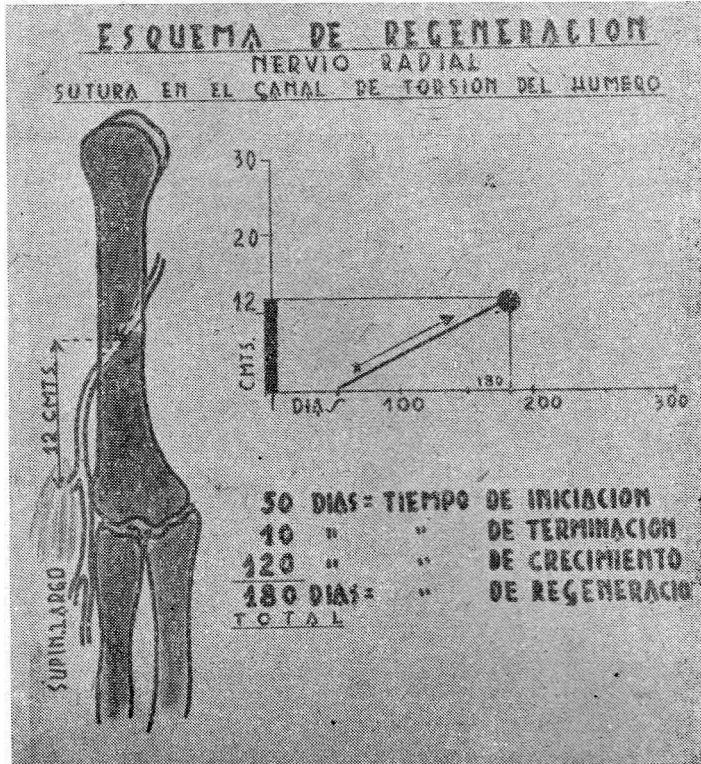


Fig. 1.

a) Es preciso agregar 40 - 50 días para la iniciación del proceso de regeneración.

b) Además, unos 10 - 15 días después que los axones llegan al músculo para que una sacudida voluntaria se produzca.

c) En las primeras semanas el crecimiento es más rápido que al final.

d) En el niño el promedio de crecimiento es mayor que en el adulto.



c) Cuando transcurren más de 6 a 8 meses entre la sección y la sutura, los resultados son pobres.

En consecuencia, serían indicaciones de reintervenir:

1. *La sección del nervio ciático mayor en el muslo (Seddon).*

Una sección alta suturada llevaría un año para la reinervación de los gemelos en la pierna. Si fracasa, otro año se necesita para que lleguen los axones al músculo.

2. *La supuración post-operatoria del foco de la sutura.*

Historia Clínica 1.744. S.C.P., 18 años. 28-10-958. Herida contusa en lado externo del codo derecho. Exploración comprobándose la sección del radial que no se sutura y cierre.

27-1-59. Sutura del nervio radial; inmovilización del codo en flexión con yeso. A los pocos días se quita el yeso por supuración abundante del foco y edema del brazo.

11-IV-59. Exploración. Se libera el nervio del foco de cicatriz comprobándose que a nivel de la sutura no hay anormalidades. La excitación farádica por encima y por debajo provoca sacudidas en el pulgar. Actualmente están reinervados todos los músculos posteriores del antebrazo.

3. Herida suturada o cicatrizada sobre el trayecto de un nervio paralizado cuando se carece de información precisa acerca de la intervención realizada.

4. Dos o más cicatrices de heridas sobre el trayecto de un nervio paralizado que fue suturado a través de una de ellas.

**Obs. A. S.** Tres heridas con vidrio: una en región tenar, otra transversal en la muñeca y otra en cara interna del tercio superior del antebrazo. Se exploró y suturó solamente la de la muñeca en donde estaba seccionado el nervio cubital (sutura primaria). Pero no se exploró ni suturó la herida superior. La indicación de reintervenir era clara. No se encontró lesión del nervio.

5. Todas las secciones suturadas de los nervios principales de los miembros cuando están situadas próximas a la raíz de los mismos, o en puntos que distan más de doce centímetros del punto motor subyacente más próximo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARDAO, HECTOR. — “El diagnóstico operatorio en los Procesos Peritoneales”. Montevideo, 6º Congreso Uruguayo de Cirugía, 1955. Páginas 216 - 229.
- 2) WANGENSTEEN, O. H., LEWIS, J., ARHELGER, S. W., MULLER J. and MAC LENN, L. D. — “An Interim Report upon the “Second Look” and Rectum and for “Limited Intraperitoneal Carcinoses”. Surgery-Gynecology and Obstetrics 99: N° 3, 1954.
- 3) PRADERI, R. — “Hemorragias gastroduodenales en el post-operatorio de intervenciones sobre otras regiones”. Tesis. Beca Albo, año 1959. (Inédita).
- 4) DIAZ, R. F., PRADERI, L. A. y ORMAECHEA, C. — “Falso aneurisma traumático de la arteria mesentérica superior abierto en duodeno. Tratamiento quirúrgico. Curación”. Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay. Tomo XXIX, N° 1; 1958.
- 5) SEDDON, H. J. — “Peripheral Nerve Injuries”. Glasgow Medical Journal XXI: 61, 1943.
- 6) ARDAO, HECTOR. — “Estadística de lesiones traumáticas de los Nervios de los miembros. Indicaciones Operatorias y conducción de la exploración”. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay. XXVII: 525-527, 1956.
- 7) DEL CAMPO, J. C. — “Reintervenciones en Cirugía”. XIX Sesión para Graduados. Clínica Quirúrgica “B”. Abril, 1957.
- 8) CLAVEL, Ch. — “Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence”. Paris, Masson, 1955.

**Dr. Piquinela.** — La comunicación del Dr. Ardao tiene fundamentalmente un aspecto conceptual que debe dividirse en dos aspectos: la reintervención frente al operado que no marcha bien y la reintervención ante el operado que está evolucionando satisfactoriamente, por lo menos en apariencias.

Lo acompaño plenamente en el primer aspecto. Cuando un operado no evoluciona satisfactoriamente es aconsejable —y creemos que esta noción nunca se habrá enfatizado bastante— pensar que la causa está vinculada a su intervención, sea en sus aspectos tácticos o técnicos. Una reintervención practicada en tiempo —lo acompaño también plenamente en el hecho que señala de que frecuentemente se exagera la noción de disminución de las resistencias del paciente recién operado— permite a menudo enderezar un post - operatorio que no marcha bien y corregir en tiempo y forma alguna imperfección técnica de la primera intervención. Pensar y orientar la investigación hacia la zona operada en un post - operatorio que no evoluciona perfectamente bien antes que atribuirlo a fallas parenquimatosas o desequilibrios metabólicos —sin descuidar desde luego la investigación correspondiente a ambos — nos parece un concepto que debe ser afirmado permanentemente.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Estoy de acuerdo con el Dr. Ardao en todo lo que ha dicho con respecto a la hemorragia digestiva de muchos post-operatorios, que obedece a menudo a una lesión ulcerosa que por ocupar en el cuadro clínico de la primera intervención un segundo plano pudo pasar desapercibida. La reintervención es con frecuencia lo único que puede salvar al enfermo.

La reintervención frente al paciente que evoluciona aparentemente bien, plantea problemas de proyecciones mayores. Las situaciones no son siempre comparables y una distinción debe ser hecha entre los casos de post-operatorio reciente y los de evolución alejada del momento de la intervención.

En los primeros, la intervención puede fundarse en hechos vinculados a la exploración operatoria y técnica seguida —asociaciones lesionales; complejidad de procesos; estado general más grave que no permitió operar con suficiente "comodidad"— que dejan la duda en cuanto a evolución de una sutura o a posibilidad de una perforación visceral por ejemplo, que puede no haberse suturado. Son casos que deben ser considerados individualmente, pesando muchos factores y que ponen a prueba el juicio del cirujano y su sentido de la ponderación y la medida. En un estallido traumático de hígado tratado por otro cirujano con mechas múltiples, y en el que la evolución se hacía aceptablemente, retiramos pocos días después una mecha en la mesa de operaciones, lo que permitió la eliminación de un voluminoso segmento visceral necrosado. La evolución mejoró notablemente a partir de allí.

En los cánceres basales de piel de cara especialmente, ha entrado ya en la práctica diríamos sistemática proceder como lo señalaba el Dr. Ardao asegurándose por una reintervención, antes del injerto, la no existencia del cáncer en los bordes de la zona a injertar. Así se hizo en un caso tratado el año pasado en nuestro Servicio, debiéndose completar la resección de uno de los bordes y practicar una segunda reintervención de control antes del injerto.

Simpatizamos francamente con el "Second Look" y fundamentalmente con el concepto que lo inspira. Pero en nuestro ambiente, por las razones que ya han sido expuestas en esta discusión, es muy difícil llevarlo a la práctica. Sólo lo hemos podido realizar en tres enfermos, operados de cáncer de colon. En dos de ellos, 6 y 8 meses después de la primera intervención, a propósito de la cura de una eventración; en un caso no se encontró nada anormal y en el otro, se extirpó un ganglio con invasión neoplásica. La tercer paciente fue reintervenida 7 meses después de resección de colon sigmoide por cáncer para hacer la cura quirúrgica del ano iliaco izquierdo que se dejó cuando la resección.

La amplia exploración realizada fue negativa. Los tres pacientes están bien a más de tres años de la reintervención; pero no ha sido

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

posible ni encontraríamos ante ellos —que ignoran la naturaleza de la enfermedad por la que fueron operados— argumentos valederos para un “third look”.

Esta comunicación, además de refirmar conceptos que entendemos de grandes proyecciones quirúrgicas y verdadera utilidad, tiene el mérito a mi juicio, de que no se agota con la discusión que la ha seguido y deja a todos pensando sobre lo que en ella se expresa, especialmente en lo que se refiere a la reintervención en el post - operatorio inmediato del enfermo que marcha aparentemente bien, pero donde una reintervención puede plantearse por los factores ya analizados.

Felicito sinceramente al Dr. Ardao, convencido de que este tipo de comunicaciones es de real utilidad.