

Heridas intestinales accidentales en cirugía ginecológica de abordaje abdominal

Dres. Juan Di Giovanni Bruno y Humberto Altier Castromán *

En un total de 1.203 intervenciones ginecológicas de abordaje abdominal realizadas en el Hospital de Clínicas en el período 1970-1975, se comprobaron 6 casos de heridas intestinales accidentales. Cuatro de ellas se produjeron en intervenciones de coordinación y dos en intervenciones de urgencia. Los sectores intestinales comprometidos correspondieron a intestino delgado (2 casos), colon sigmoides (1 caso), y recto (3 casos). El diagnóstico intraoperatorio de la complicación se realizó en 5 casos, efectuándose la reparación de inmediato. Se obtuvieron resultados satisfactorios en 2 de ellos, mientras que en los restantes la evolución fue azarosa, resultando en una prolongada estadía hospitalaria promedial (100 días), aunque no hubo mortalidad en la serie.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Gynecologic diseases / Surgery.

La estrecha proximidad entre algunos sectores del intestino y el aparato genital, así como la frecuencia de la participación intestinal en procesos patológicos ginecológicos, explican las dificultades técnicas que a menudo debe enfrentar el cirujano general y especializado para resolver dicha eventualidad.

Las heridas intestinales operatorias han sido consideradas una complicación grave, determinante de un importante aumento de la morbilidad.

Alrededor de 1911, Wertheim (10), en 500 operaciones radicales por carcinoma uterino, indica un 1 % de lesiones de recto. Scheib (6), del material de la Clínica de Praga, en 159 casos de operaciones radicales por neoplasma uterino comunica un 6,6 % de lesiones de recto.

En nuestro medio, Belloso (1) y Perdomo (4), más recientemente, se han referido al tema, pero sin aporte personal de casuística. Dada la importancia de éste, en cuanto a etiología, evolución, pronóstico y tratamiento, hemos efectuado una revisión estadística retrospectiva del Archivo del Hospital de Clínicas en el lapso de 5 años.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 23 de junio de 1976.

* Médicos colaboradores honorarios de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Libertad 2656, ap. 402. Montevideo. (Dr. J. Di Giovanni).

Clínica Quirúrgica "B" (Prof. Jorge Pradines) y Ginecológica "B" (Prof. Serafín Pose). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

CASUÍSTICA

Entre 1970 y 1975 se realizaron 1203 intervenciones ginecológicas de abordaje abdominal (Tabla 1).

En 6 de ellos se constataron heridas de intestino que correspondieron al delgado (2 casos), sigmoides (1 caso) y recto (3 casos). Dichas heridas fueron completas en todas las observaciones y en 2 de ellas además existían lesiones incompletas que afectaban la sero-muscular.

Tales accidentes ocurrieron en cirugía de coordinación (4 casos) y de urgencia (2 casos).

La incisión practicada fue la mediana infraumbilical en todos los casos excepto en uno, que se realizó Pfannenstiel.

La etiología predominante fue la inflamatoria, no existiendo patología intestinal asociada.

La mayoría (44 casos) presentaba el antecedente La mayoría (44 casos) presentaba el antecedente terno.

TABLA 1

INTERVENCIONES CORRESPONDIENTES A LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Nº de operaciones ginecológicas por vía abdominal	1.203
Nº de histerectomías totales	372
Nº de anexectomías	191
Nº de cesáreas	434
Otras intervenciones	206

Resumen de los casos

Caso 1.—L.D.G., 48 años. Reg. Nº 55.584.

Antecedentes: a los 23 años quistectomía de ovario.

Enfermedad actual: es enviada de policlínica ginecológica el 11-VI-70 por genitorragia y Papanicolau grado IV.

Diagnóstico preoperatorio: neoplasma de cuello uterino por lo que se decide efectuar histerectomía total.

Operación de coordinación (17-VII-70). Incisión de Pfannenstiel. Histerectomía total.

Accidente intraoperatorio: dos secciones completas de intestino delgado, una de ellas de 3 cm. Se suturan ambas heridas en dos planos.

Evolución: mala. Oclusión intestinal postoperatoria por lo que se reinterviene a los 6 días.

Reintervención (23-VII-70): Incisión mediana infraumbilical. Se comprueba que la causa de la oclusión es una adherencia del asa suturada. Al liberar la misma se produce la dehiscencia de la sutura, practicándose resección de 15 cm. de última asa ileal y anastomosis término-terminal en 2 planos.

Evolución: buena.

Anatomía patológica: cervicitis crónica, fibroesclerosis quística, endometrio atrófico. Endometriosis parietal interna, sin signos de malignidad.

Alta a los 19 días (11-VIII-70).

Condiciones del alta: buenas.

Tiempo de internación: 60 días.

Caso 2.—O.E.C., 25 años. Reg. Nº 296.491.

Enfermedad actual: Paciente cesareada en el Dpto. de Canelones el 10-XI-72, por estrechez pélvica; feto normal (se desconoce protocolo operatorio).

A los 20 días: fiebre 40°, detención del tránsito intestinal para materias y gases, gran distensión abdominal, Douglas ocupado y doloroso.

Diagnóstico preoperatorio: Peritonitis difusa y absceso del Douglas.

Reintervención: a los 23 días (3-XII-72). Incisión mediana infraumbilical sobre cicatriz de incisión previa. Se constatan asas ileales suturadas a la pared, que se liberan. Efracción de serosa a nivel de yeyuno que se sutura en un plano. Abundante pus fétido entre las asas intestinales y colección purulenta del Douglas. Se efectúan drenajes múltiples.

Evolución: al 7º día supuración de la herida que conduce a dehiscencia de los planos cutáneos.

A los 23 días fistula intestinal externa.

Alta a los 72 días (13-II-73).

Condiciones del alta: buenas, con pequeña fistula residual que cerró espontáneamente.

Tiempo de internación: 76 días.

Caso 3.—P.P.F., 66 años. Reg. Nº 124.385.

Antecedentes: Histerectomía a los 18 años por aborto provocado.

Enfermedad actual: el 13-VI-74, ingresa por tumoración quística, dolorosa, pelvi-abdominal izquierda.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste de ovario izq.

Operación de coordinación: a los 13 días (26-VI-74). Incisión mediana infraumbilical, realizándose quistectomía.

Accidente intraoperatorio: Al liberar el sigmoides, queda desprovisto de peritoneo en algunos sectores; en uno de ellos se abre completamente la pared (2 cm). Ambas lesiones se reparan en dos planos.

Evolución: buena.

Anatomía patológica: Cistoadenoma seroso simple de ovario.

Alta: a los 13 días (9-VII-74).

Condiciones del alta: buenas.

Tiempo de internación: 26 días.

Caso 4.—A.B., 48 años. Reg. Nº 33.590.

Enfermedad actual: ingresa el 13-VI-71 por fiebre 39°, cuadro de irritación peritoneal pelviano y Douglas doloroso.

Diagnóstico preoperatorio: Pelvipertonitis, absceso del Douglas.

Operación de coordinación: a los 3 días (16-VI-71). Incisión mediana infraumbilical. Se constata piosalpinx bilateral, realizándose anexectomía bilateral.

Accidente intraoperatorio: al pasar un drenaje de cigarette por colpotomía posterior se perfora el recto. La herida se sutura en 2 planos.

Evolución: buena.

Anatomía patológica: piosalpinx bilateral, salpingitis crónica inespecífica.

Alta: a los 20 días (6-VII-71).

Condiciones del alta: buenas.

Tiempo de internación: 23 días.

Caso 5.—I.M.G., 30 años. Reg. Nº 311.838.

Antecedentes: a los 19 años anexectomía derecha por quiste de ovario.

Enfermedad actual: ingresa el 4-II-72 por tumoración dolorosa parauterina izquierda.

Diagnóstico preoperatorio: quiste de ovario izquierdo.

Operación de coordinación: a los 7 días (11-II-72).

Incisión mediana infraumbilical: quiste de ovario izquierdo que se rompe al intentar liberarlo, realizándose histerectomía total con anexectomía.

Accidente intraoperatorio: Al liberar la pared quística de sus adherencias a la ampolla rectal se abre el recto, que se sutura en dos planos. Se deja drenaje por colpotomía.

Evolución: a los 7 días (18-II-72) fistula recto-vaginal.

A los 9 días (20-II-72) cuadro de irritación peritoneal.

Primera reintervención (20-II-72): Incisión mediana infraumbilical. Se constata peritonitis generalizada y en la cara anterior del recto una solución de continuidad de 3 cm por encima de la zona de sutura previa. Se realiza: lavado de cavidad peritoneal y drenajes múltiples. La herida de recto se sutura en dos planos. Colostomía sigmoidea por la herida operatoria.

A los 9 días (29-II-72) pierde materias por recto y vagina.

A posteriori, en el curso de 10 meses se realizan 4 reintervenciones.

Segunda reintervención (9-III-72), se drena absceso de hipocondrio derecho.

Tercera reintervención (6-IV-72), colostomía transversa izquierda.

Cuarta reintervención (28-VIII-72), resección y cierre en dos planos de los orificios fistulosos vaginal y rectal. Cierre de la colostomía sigmoidea.

Quinta reintervención (4-I-73), cierre de colostomía transversa.

Anatomía patológica: adenocistoma seroso de ovario sin atipia.

Alta definitiva (10-I-73), a los 11 meses y medio del ingreso.

Condiciones del alta: buenas.

Tiempo de internación: 170 días.

Caso 6.—Z.A.Q., 46 años. Reg. Nº 370.922.

Antecedentes: a los 42 años anexectomía izquierda.

Enfermedad actual: el 14-II-75 ingresa por cuadro agudo doloroso de hemiabdomen inferior, flujo amarillento y tumoración dolorosa parauterina derecha.

Diagnóstico preoperatorio: tumoración pelviana.

Operación de urgencia (16-II-75). Incisión mediana infraumbilical. Se constata absceso tubo-ovárico derecho, realizándose histerectomía total con anexectomía derecha.

Accidente intraoperatorio: Al suturar la vagina, se constata herida de recto a la altura de la unión recto-sigmoidea, que se sutura en dos planos. No siendo

satisfactorio el cierre de la comisura derecha se realiza sigmoidostomía por Mc Burney izquierdo.

Evolución: mala. Necrosis de colostomía, oclusión intestinal y peritonitis.

Primera reintervención (19-II-75), a los 3 días. Incisión mediana infraumbilical.

Abierto el peritoneo se constata: desgarro del mesosigmoidees en el sitio de la colostomía con lesiones vasculares necróticas. Se efectúa resección de 15 cm de sigmoidees con su meso. Se exterioriza el cabo proximal por Mc Burney izquierdo y el distal por región suprapúbica. Drenaje de cavidad pelviana.

Segunda reintervención (2-IX-75), incisión mediana supra-infra-umbilical. Al abrir la pared se produce herida de asa yeyunal que se sutura en dos planos. Resección de cabos de la colostomía y anastomosis término-terminal en un plano.

Evolución: buena.

Anatomía patológica: miometritis, endometritis, salpingitis crónica inespecífica. Enteritis aguda necrotizante de sigmoidees.

Alta definitiva: a los 36 días (8-X-75).

Condiciones del alta: buenas.

Tiempo de internación: 97 días.

COMENTARIO

Las observaciones anteriormente expuestas demuestran que aunque la mayoría de las intervenciones fueron de coordinación; realizándose una amplia incisión (mediana infraumbilical en 5 casos), y sin concomitancia de patología intestinal asociada, igualmente se produjo el accidente. Uno de los factores predis-

ponentes del mismo, lo constituyó el antecedente de intervenciones previas sobre el aparato genital interno, que determinó la formación de adherencias (4 casos).

Otro factor importante fue la existencia de procesos inflamatorios y/o tumorales que vinculaban las diferentes estructuras. La liberación de dichas adherencias, con la finalidad de efectuar la exéresis del órgano afectado condicionó la herida intestinal (4 casos), (Tabla 2). La misma fue reconocida y tratada en el propio acto operatorio.

La causa del accidente de los 2 casos restantes (2 y 4), fue puramente iatrogénica. En el primero, la herida fue el resultado de la sutura de asas delgadas a la pared abdominal permaneciendo inadvertida al cirujano, con la consecuente mala evolución postoperatoria. En el segundo, se perforó el recto al pasar un drenaje por colpotomía posterior, siendo reconocida y tratada oportunamente.

El recto fue el órgano que resultó lesionado con mayor frecuencia (3 casos), dos de ellos en el curso de histerectomías totales con aneextomía unilateral. Comúnmente la injuria intestinal en el curso de la histerectomía se produce en el momento de liberar adherencias del fondo cara posterior del útero, así como de los ligamentos anchos; pero en los casos citado el recto estaba incluido en el proceso inflamatorio anexial.

La heridas intestinales fueron completas en todos los casos asociándose en dos de ellos desprendimiento de la capa serosa sin penetración en la luz intestinal.

TABLA 2

OPERACIONES Y HERIDA INTESTINAL

Casos	1	2	3	4	5	6
Operación	Histerectomía total	Cesárea	Quistectomía	Aneextomía bilateral	Histerectomía total, aneext. izq.	Histerectomía total, aneext. derecha
Sector intestinal	delgado	delgado	sigmoidees	recto	recto	recto
Tipo de herida	completa	transfix. e incompleta	completa e incompleta	completa	completa	completa

La friabilidad de la pared del intestino comprometido por el proceso inflamatorio hace que sea susceptible a la perforación accidental. En el momento que ésta se produce lo mejor es detenerse y reparar el defecto inmediatamente; esta conducta se adoptó en 4 casos. La técnica de reparación empleada fue la sutura en 2 planos (5 casos). En el caso 6 la injuria rectal fue reconocida luego de realizada la histerectomía, efectuándose el cierre de la brecha rectal; el mismo no fue satisfactorio por lo que se hizo una sigmoidostomía de seguridad. Se debe recurrir a este procedi-

miento si se cuestiona la integridad de la reparación del intestino grueso, aunque no siempre previene la perforación y subsiguiente peritonitis. En ninguno de los casos existieron lesiones de tal magnitud que obligaran a la resección intestinal. No obstante, ella se practicó en la reintervención, por oclusión mecánica postoperatoria en 2 casos.

A pesar de haberse hecho el diagnóstico y tratamiento intraoperatorio de la herida intestinal en 5 casos, solamente 2 de ellos tuvieron una buena evolución. En los restantes, la peritonitis (3 casos), oclusión intestinal (2 ca-

soes), y fístulas (ileal y recto-vaginal), condujeron a reintervenciones. El ejemplo más conspicuo lo constituye el caso 5 que instaló en el postoperatorio una fístula recto-vaginal y peritonitis que determinaron cinco reintervenciones en el transcurso de un año de tratamiento.

La evolución alejada en todos los casos fue buena, no constatándose ningún fallecimiento.

En cuanto al tiempo de internación promedio, en los casos de buena evolución, fue de 25 días; en cambio, en los restantes, fue de 100 días.

CONCLUSIONES

La herida intestinal accidental en la cirugía ginecológica constituye un riesgo a considerar, existiendo responsabilidad por parte de la enfermedad y el cirujano. Los procesos inflamatorios y/o tumorales del aparato genital interno la favorecen, por la presencia de adherencias que lo vinculan a menudo con el intestino.

Es de gran importancia realizar el diagnóstico y tratamiento correcto de la complicación en el mismo acto operatorio, para obtener una buena evolución.

A pesar de la gravedad de este accidente no se produjo ningún fallecimiento, pero aumentó considerablemente la morbilidad, lo que condujo a internaciones prolongadas con el consiguiente elevado costo hospitalario.

La profilaxis efectiva de las complicaciones detalladas, es el manejo cuidadoso de las estructuras inflamadas, o adheridas, manteniendo una adecuada exposición, y la minuciosa exploración previa y posterior a las maniobras realizadas; si aún así se produjera la agresión intestinal, deberá solucionarse correctamente la herida, no confiando en exceso, en los drenajes o derivaciones del tránsito intestinal. Una medida adicional es mantener el intestino preparado.

RESUME

Lesions intestinales accidentelles en chirurgie gynécologique par abord abdominal.

Sur un total de 1.203 interventions gynécologiques par abord abdominal pratiquées à l'Hôpital de Cliniques pendant la période 1970-1975, six cas de lésions intestinales accidentelles sont constatés, dont quatre au cours d'interventions de coordination et deux au cours

d'interventions d'urgence. Les secteurs intestinaux affectés correspondaient à l'intestin grêle (deux cas), au côlon sigmoïde (un cas) et au rectum (trois cas).

Le diagnostic intraopératoire de la complication a été réalisé dans cinq cas et la réparation effectuée immédiatement. Des résultats satisfaisants ont été obtenus dans deux de ces cas, tandis que pour les autres l'évolution a été hasardeuse et a demandé un séjour prolongé à l'Hôpital, de 100 jours en moyenne. Mais il n'y a pas eu de mortalité dans cette série.

SUMMARY

Accidental intestinal wounds in gynecological surgery using the abdominal approach

Out of a total of 1.203 gynecological interventions using the abdominal approach, performed at the "Hospital de Clínicas" (University Hospital) in the period 1970-75, there were 6 cases of accidental intestinal wounds. Four of them occurred in coordination surgery and two in urgency surgery. Intestinal sectors involved were: small intestine (2 cases), sigmoid colon (1 case) and rectum (3 cases).

Intraoperative diagnosis of this complication was made in 5 cases, with immediate repair. Satisfactory results were obtained in two cases, while the remainder underwent hazardous evolution and involved prolonged average hospitalization (100 days), although no deaths occurred in this series.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BELLOSO RA. Riesgos de la cirugía ginecológica. Montevideo, Delta, 1961.
2. Mc CALL ML. Complications of Gynecologic Surgery. En ARTZ and HARDY. Complications in Surgery and their management. Philadelphia; Saunders, 1960, p. 872.
3. MEIGS JV. Surgical treatment of cancer of the cervix. New York. Grune y Stratton, 1954.
4. PERDOMO R. Heridas accidentales del intestino en el curso de la cirugía ginecológica. En ACHARD A y CARRERAS M. Emergencias en tocoginecología. Barcelona, Rocas, 1972, p. 311.
5. SANCHEZ ZINNY J. Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal de causa inflamatoria. *Congreso Argentino de Cirugía*, 35º, 1: 141, 1964.
6. SCHEIB A. Klinische und anatomische Beiträge zur operativen Behandlung des Uteruscarcinoms. *Arch Gynak*, 87: 1, 1909.
7. STICH R y MAKKAS M. Errores y peligros de las operaciones quirúrgicas. Barcelona, Labor, 1930.
8. ULFELDER H. Postoperative intestinal problems. *Clin Obstet Gynecol*, 5: 512 1962.
9. ULFELDER H and GREEN TH Jr. Special complications of gynecologic surgery. *Surg Clin North Am*, 789, 1943.
10. WERTHEIM E. Die erweiterte abdominale operation bei carcinoma colli uteri. (auf Grund von 500 Fällen). *Ref Monatssch Geb Gynak*, 33: 671, 1911.