

# Suturas digestivas en monoplano extramucoso

Dres. Julio Sanguinetti y Daniel Cassinelli

Los autores realizan la investigación clínica de suturas digestivas en monoplano, luego de 1 año y 6 meses de su adopción.

La técnica empleada es el monoplano extramucoso con surget simple, borde a borde. Utilizaron como material de sutura propil propileno 5-0. Presentan una serie constituida por 69 suturas, con un porcentaje de mortalidad de 1,4 % y 0 % de morbilidad.

Según los resultados obtenidos, los autores concluyen que ellos justifican la adopción de esta técnica de sutura.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Suture Technics Intestine / Surgery.

## INTRODUCCION

La búsqueda de la sutura digestiva ideal, ha constituido una antigua preocupación de los cirujanos de todas las épocas, preocupación ésta canalizada hacia 2 sectores: el tipo de anastomosis a realizar y el material de sutura a emplear (3).

Este afán de mejorar y prevenir las complicaciones de la cirugía digestiva ha llevado a un nuevo auge de la sutura en monoplano propuesta por Jourdan en 1953 (2).

Es así que en 1976, P. Hautefeuille (1) incorporando a la cirugía digestiva técnicas hasta ese momento del dominio de la cirugía vascular, propone y difunde una nueva variante de anastomosis en monoplano: la sutura extramucosa con surget simple con hilo sintético, monofilamento.

El motivo del presente trabajo es la valoración clínica de este último tipo de sutura, de empleo habitual en la Clínica Quirúrgica "2".

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio recoge 60 intervenciones realizadas a lo largo de 1 año y 6 meses desde la adopción de esta técnica; completando en ellas un total de 70 anastomosis digestivas.

Es de interés señalar que se trató de pacientes no seleccionados, portadores el 65 % de ellos de cánceres digestivos y con un promedio de edad de 65 años. Correspondiendo el 90 % de las intervenciones a cirugía de coordinación.

Presentado al Forum del 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Asistente Interino de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Dr. Adolfo Berro 1088, Montevideo (Dr. D. Cassinelli).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. U. Larre Borges). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

## TECNICA

A) *La sutura.* Describiremos a tal efecto la confección de una sutura término-terminal de delgado, extendiendo similares consideraciones a las demás anastomosis.

El comienzo de la misma está marcado por el emplazamiento de los clamps intestinales, que colocamos de tal manera que realicen únicamente la coprostasis, sin pinzar el meso, sin producir isquemia del intestino y dejando sangrar libremente los cabos a anastomosar. El segundo tiempo, el de preparación de los cabos, corresponde a la correcta hemostasis de la "tranche" a suturar utilizando la electrocoagulación con bisturí bipolar, similar al usado en neurocirugía, o con puntos separados de catgut. Este punto es de indudable importancia, ya que la sutura extramucosa no cumple efectos hemostáticos; y por otra parte evita la formación de hematomas que interfieran con el normal desarrollo de la cicatrización.

La sutura en sí misma la realizamos mediante un surget simple, borde a borde, extramucoso anudado hacia afuera, y de tal manera que el pasaje del hilo en los cabos no sea enfrentando sino con "decalage" de 3 mm. Se regula la tensión del mismo de tal manera de lograr un correcto afrontamiento sin isquemiar la serosa.

B) *El hilo de sutura.* Utilizamos monofilamento sintético, polipropileno, 5-0, enhebrado con doble aguja atraumática. Esto nos provee de un material fino, sólido, sin capilaridad y de escasa reacción tisular. Manipulado con portaagujas de tipo vascular que respeta la integridad de la aguja.

## RESULTADOS

El seguimiento de los mismos se realizó en forma clínica pesquizando las fallas de suturas y el restablecimiento del tránsito. Analizaremos los resultados desglosándolos de acuerdo al sector digestivo suturado:

A) Suturas gástricas, 14:

- 9 gastrectomías,
- 3 gastroenteroanastomosis,
- 2 duodenopancreatectomías.

Todas con buena evolución, sin evidencias clínicas de falla de sutura.

B) Suturas de delgado, 6:

- 2 resección con sutura término - terminal,
- 2 asa defuncionalizada,
- 2 suturas parciales.

Sin fallas sutura detectables.

C) Suturas duodenales, 10:

- 5 piloroplastias,
- 5 duodenotomías.

Buena evolución, sin fallas.

D) Suturas bilio - digestivas, 12:

- 9 coledoco - duodenales,
- 2 hepaticoyunostomía,
- 1 colecistoyunostomía.

Sin fallas.

E) Suturas páncreas, duodeno, pancreatectomía.

Buena evolución.

F) Suturas esofágicas, 1:

Esofagoyunostomía.

Excelente evolución.

G) Suturas cólicas, 26:

- 10 ileocólicas,
- 11 colocólicas,
- 5 colorrectales.

Corresponden a esta serie 2 fallas de sutura que culminaron con la muerte de ambos enfermos. Sin embargo, una de ellas fue provocada por un error de enfermería que administró un enema evacuador a las 4 hs. del postoperatorio; lo que no permite excluirla de nuestro análisis por estar mediada por un hecho no natural en la evolución de la sutura. Esto lleva a un porcentaje de un 3,8 % de falla en la sutura, en lo que se refiere a las suturas cólicas.

Analizando globalmente la totalidad de las suturas tenemos que sobre 59 operaciones, tuvimos 1 muerte, lo que nos da un porcentaje de mortalidad de 1,7 %. Si aplicamos esto mismo al número de suturas practicadas encontramos que en 69 anastomosis, 1 muerte, 1,4 % de mortalidad. Si excluimos la muerte mencionada y estudiamos las 68 suturas restantes, encontramos que todas ellas cursaron un postoperatorio sin complicaciones, es decir un 0 % de morbilidad.

## DISCUSION

Los resultados obtenidos hasta el momento actual justifican la adopción del surget extra-

mucoso en cirugía digestiva. A estos resultados debemos sumar que esta sutura produce un afrontamiento perfecto de todas las capas intestinales, principio fundamental de la cicatrización; con ausencia de rodetes internos y edema, como se objetiva al 3er. día del postoperatorio y que al 8º día se advierte la perfecta continuidad de todas las capas intestinales. Esto nos permite aseverar que esta técnica asegura un rápido restablecimiento del tránsito con ausencia de disfuncionamiento inicial a nivel de la boca anastomótica.

Frente a las críticas que se le han hecho al surget de ser isquemante y estenosante, debemos decir que la sutura continua realizada de esta manera crea una espiral que rodea homogéneamente los cabos de manera que cada punto ejerce un cono de presión pero la opuesta no está sometida a una tensión semejante. Por el contrario la sutura a puntos separados crea una zona de presión con varios sectores de presión superpuestos. Finalmente el utilizar el material sintético, de fino calibre, biológicamente poco activo y en posición extramucosa, posee la ventaja de reducir el material extraño a nivel anastomótico evitando la distracción de los fenómenos biológicos de la reparación. La sutura propuesta ha logrado resultados altamente satisfactorios.

## RESUME

### Sutures digestives en un monoplan extramucoux

Les auteurs réalisent la recherche clinique de sutures digestives en un monoplan, 1 année ou 6 mois après leur adoption.

La technique employée est le monoplan extramucoux avec du surget simple, bord à bord. Ils ont employé comme matériel de suture propylpropylene 5-0. Ils présentent une série constituée de 69 sutures, avec un pourcentage de mortalité de 1,4 % et 0 % de morbidité.

Selon les résultats obtenus, les auteurs concluent qu'ils justifient l'adoption de cette technique de suture.

## SUMMARY

### Digestive Sutures in Extramucous Monolayer

Report on clinical research on monolayer digestive sutures, at one year and at 6 months, after adoption of technique.

This consisted in extramucous monolayer, edge-to-edge, with simple surget. Suture material was propylpropylene 5-0. The authors present one series consisting of 69 sutures, with fatality rate 1,4 % and morbidity rate 0 %. In their opinion the results obtained justify adoption of this suture technique.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HAUTEFEUILLE. Reflexions sur la sutura en chirurgie digestive. *Chirurgie*, 102: 153, 1976.
2. JOURDAN. Sutura dans un plan des tuniques digestives. Paris: Medical Vigné, 1953.
3. ROBINEAU. *J Internat Chir*, 1: 3, 1936. Cit. por (1).