

## “Second Look” en el postoperatorio de resecciones por necrosis intestinales

Dr. Pablo Matteucci

**Las reintervenciones profilácticas en el postoperatorio de resecciones por necrosis intestinales, están indicadas toda vez que se dude de la vitalidad intestinal, o se sospeche la extensión de la necrosis en el postoperatorio. Deben realizarse precozmente, a las 36 - 48 horas, antes que aparezcan elementos de peritonitis.**

**Se presentan tres observaciones clínicas, con buena evolución.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Mesenteric / Vasculare / Occlusion.

Al intervenir quirúrgicamente a pacientes con necrosis intestinales de diferentes orígenes (infartos, enteritis necrotizantes, estrangulaciones) que obligan a resecciones más o menos extensas y anastomosis para reconstruir el tránsito digestivo, pueden plantearse algunos problemas al cirujano.

Con frecuencia los límites de las zonas necrosadas son netos; y hay margen para seccionar en partes sanas; pero otras veces sucede que extensas áreas de intestino, si bien no están totalmente desvitalizadas, presentan edema, congestión, cianosis u otras alteraciones que ponen en duda la vitalidad futura de las mismas. Otras veces puede temerse que la zona infartada se extienda en las horas siguientes, comprometiéndose la seguridad de la sutura. Finalmente, en casos de revascularización mesentérica (1) puede aparecer un nuevo infarto.

En las situaciones precedentes, pueden quedar al cirujano dudas sobre la vitalidad de la sutura. La dehiscencia de la misma con la consecuente peritonitis, significa una complicación muy grave, generalmente mortal para estos enfermos que en su mayor parte presentan un estado delicado previo.

Atendiendo a estas razones, Shaw (4) y R. Praderi (3) propusieron en 1957 la reintervención en las primeras 36 - 48 horas para examinar la anastomosis y el resto del intestino, tratando de localizar y reseccionar zonas desvitalizadas, antes que se presenten perforaciones, fallas de suturas o peritonitis.

---

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Profesor Adscripto de Cirugía y Profesor Adjunto Cirujano del Dpto. de Emergencia del H. de Clínicas. Facultad de Medicina.

Dirección: Rambla Rep. de Chile 4511, Montevideo (Dr. P. Matteucci).

---

*Clínica Quirúrgica “F” (Prof. Luis Praderi), y U.C.I. Hospital Italiano. Montevideo.*

---

Esta reintervención profiláctica (o “second look”) está formalmente indicada en aquellos pacientes que tienen un aceptable estado general, y razonablemente tienen chance de curación definitiva, debiendo hacerse antes de que aparezcan signos de alarma. No creemos que en cambio deba plantearse en enfermos muy graves, con deficiente estado general, intoxicados, sépticos o ya peritoníticos. En éstos, si cabe la reintervención, será sólo como intento de poner solución a una grave situación ya comprobada.

En caso de no reintervenir, creemos útil seguir los enfermos con leucocitosis y determinación del pH sanguíneo seriados (2). Un importante y brusco aumento de la primera, y un franco descenso de la segunda, incluso a pH próximos a 7, nos deben hacer pensar en extensión de la necrosis intestinal.

Presentamos tres observaciones, que documentarán nuestro proceder:

Obs. 1.— Mujer de 74 años, que ingresó el 16/3/74 al H. Italiano por un cuadro agudo de abdomen, con colapso, que databa desde 24 horas. Como antecedentes de interés, diabetes y AVE tres años antes. Previa intensa reposición se operó, comprobándose infarto intestinal que tomaba 1,50 m. de intestino delgado en su parte central. Se reseccionó el área necrosada, efectuándose anastomosis cabo a cabo, látero-lateral.

A las 48 horas, convencimos a los familiares que debíamos reintervenir la paciente, pese a no existir ningún síntoma de alarma. La reintervención no mostró ninguna nueva zona de necrosis. La reoperación fue bien tolerada, y la paciente se fue de alta a los 11 días. Actualmente, 4 años después, se encuentra bien.

Obs. 2.— Mujer de 39 años, constipada crónica como único antecedente de interés. Siendo estudiada por tal causa se le practicó un colon por enema el 21 de setiembre de 1974. Al día siguiente comenzó con dolores abdominales que aumentaron 24 horas después, junto con la aparición de deposiciones diarreicas y sanguinolentas. Rápidamente agravación con cuadro tóxico, deshidratación y peritonitis, que obligaron a la intervención de urgencia. En la misma se comprobó necrosis colónica no oclusiva desde el ciego al descendente. Se reseccionó y efectuó una anastomosis ileo-cólica.

Fue trasladada en el postoperatorio inmediato a la U.C.I. del H. Italiano, en oliguria y con acentuados trastornos electrolíticos. A las 72 horas aparece una distensión abdominal dolorosa, por lo que rápidamente se reinterviene, comprobándose necrosis de los dos cabos de sutura, aún no dehiscente. Se resecaron ambos cabos, exteriorizándose la ileostomía en la FID y el colon en la FII. Alta de la Unidad el 4 de octubre; sanatorial el 20 del mismo mes. El 9 de enero de 1975 se reconstruyó el tránsito. Actualmente está muy bien.

Obs. 3.—Mujer de 65 años, que presentaba una histerectomía y cobaltoterapia por neoplasma de útero 10 años atrás, como único antecedente de interés. Ingresó al CASMU el 26 de agosto de 1976 por un cuadro grave con colapso, deposiciones sanguinolentas, y distensión dolorosa abdominal. Repuesta y operada de urgencia, se comprobó infarto isquémico mesentérico total, englobando desde el ángulo duodeno yeyunal hasta el colon derecho. Se hizo arteriotomía mesentérica superior, comprobándose obstrucción arterial por trombos y placas de ateroma. Con ayuda de dilataores y catéteres de Fogarty se logró una desobstrucción parcial, viniendo un flujo aceptable hasta la zona de la arteriotomía. Cierre de la misma, comprobándose que las primeras asas y la región ileocecal se revitalizaban. Resección intestinal, conservando aproximadamente 1,50 m. de yeyuno y los 30 cm. finales del ileon.

La paciente pasó al C.T.I. del Hospital de Clínicas, y a las 48 hs. sin síntomas de alarma, se reintervino, comprobándose asas bien coloreadas excepto el borde distal de la sutura que presentaba una zona de necrosis, y un área pequeña de dudosa vitalidad 8 cm. más abajo. Se hizo resección, y una nueva anastomosis látero-lateral en dos planos, a 10 cm. del ciego. Buen postoperatorio, con alta del CTI el 4 de setiembre de 1976. Actualmente la paciente vive bien, con dietas adecuadas, sin importantes pérdidas ponderales.

## COMENTARIO

En la primera observación la relaparatomía no mostró alteraciones. Se justificó plenamente, dado el tipo, localización y extensión del infarto intestinal. De haberse producido una necrosis y dehiscencia, al reoperar ante un cuadro peritoneal ya constituido, las chances de sobrevivida hubiesen sido muy escasas. En cambio, la laparatomía en blanco, no aumentó sino muy poco la morbi - mortalidad.

En el segundo caso, se demoró algo la reintervención. De haberse hecho a las 48 horas no habrían aparecido algunos síntomas que habían presumir la existencia de necrosis.

La tercera observación, más demostrativa, presentaba una absoluta indicación de "second look", dado que habían quedado algunas dudas sobre la vitalidad de los cabos, luego de la extensa resección que siguió a la revascularización mesentérica (1).

## RESUME

### "Second Look" dans la suite opératoire de resections par nécrose intestinale

Les réinterventions prophylactiques dans la suite opératoire des resections par nécrose intestinale, sont indiqués tuote fois que l'on doute de la vitalité intestinale, ou que l'on soupconne de l'extension de la nécrose après l'opération. Elles doivent être faites précocement, au 36-48 heures, avant que d'éléments de péritonite apparaissent.

On présente 3 observations cliniques, avec une bonne évolution.

## SUMMARY

### Second Postoperative Look in Resection of Intestinal Necrosis

Prophylactic reoperations during postoperatory of intestinal necrosis resection are indicated whenever there is the smallest doubt as to intestinal vitality or suspected extension of necrosis during postoperatory. They should be performed early, at 36-48 hours, before onset of symptoms indicating peritonitis.

Case material consists of 3 patients with good evolution.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MATTEUCCI P, BOUTON J, CANESSA G. Embolectomía mesentérica de urgencia. *Cir Uruguay*, 44: 204, 1974.
2. MATTEUCCI P, PORRAS Y, FALCONI L, SANGUINETTI J. Colitis necrotizante aguda. *Cir Uruguay*, 46: 125, 1976.
3. PRADERI R. Comunicación personal.
4. SHAW R, RUTLEDGE R. Superior mesenteric artery embolectomy in the treatment of massive mesenteric infarction. *N Engl J Med*, 257: 295, 1957.