

Cirugía colorrectal

177 intervenciones por patología tumoral Complicaciones a 30 días

Dres. Alejandro Leites¹, Jorge Pouso², Carlos Sarroca³

Resumen

Se realiza el análisis descriptivo de 177 intervenciones por patología tumoral colorrectal, con alta prevalencia de neoplasias malignas (95.4%). Las complicaciones se elevan a 30%, con una mortalidad global de 10% y quirúrgica de 6%.

Se halla asociación entre complicaciones médicas y mortalidad.

En las complicaciones quirúrgicas, son frecuentes las urinarias y parietales, hallándose una relación evidente entre sepsis y muerte.

Se hacen apreciaciones en cuanto a abatir las complicaciones médicas, que se estiman evitables, así como las quirúrgicas, urinarias y parietales.

Todas las complicaciones necesitan de prevención y de diagnóstico precoz para disminuir sus altos costos vitales y funcionales.

Palabras clave: Colon
Recto
Cirugía

Summary

A descriptive analysis of a series of 177 operations due to Colorrectal tumoral pathology with a high prevalence of malignant neoplasia (95.4%) is carried out. Complications rise to 30%, with 10% global mortality and 6% surgical mortality. An association between medical complications and mortality is found. Among surgical complications, parietal and urinary ones are frequent; there is an evident relationship between sepsis and death.

The authors make considerations tending to decrease medical complications which are considered avoidable, as well as the surgical ones (urinary and parietal).

All complications need to be prevented and early diagnosed in order to decrease high vital and functional costs.

Introducción

En cirugía digestiva, las frecuencias más altas de complicaciones corresponden a la CCR.

Las cifras son muy variables. Bloen ⁽¹⁾ (1988): 48%; Canivet ⁽²⁾ (1989): 21.8%. Depende de los lugares de estudio: altas en los multicéntricos, menores en los centros especializados y con técnicos seleccionados.

La mortalidad operatoria oscila entre 1 y 15% ^(1,3-5) y la morbilidad puede llegar a más de 50%. Ambas varían según la patología en causa: mayor mortalidad en el cáncer colorrectal y menor morbilidad comparativamente con la colopatía diverticular, que en nuestro medio es poco frecuente frente a la prevalencia del cáncer ^(1,2,6).

Objetivos

Describir:

- 1) La prevalencia de las complicaciones de la CCR y en especial del cáncer.
- 2) Tipo de complicaciones:
Médicas o quirúrgicas.
Corregibles o no corregibles.
- 3) Tipo de cirugía: urgencia o elección.

Material y método

Se obtuvo del archivo médico del HCFFAA, período 1982-1991, 227 casos de CCR con patología tumoral. Siendo excluidos 50 (28.2%), por no cumplir los criterios de inclusión: ficha patronímica, descripción operatoria, evolución, exámenes y estudio anatómo-patológico. Se excluyen de este estudio los 9 cánceres de canal anal, por considerárseles otro tipo de entidad, no comparables.

Los criterios utilizados para definir la clase de complicación médica o quirúrgica fueron:

- a) complicación médica: "Toda enfermedad médica que el paciente tuviera antes o después de la

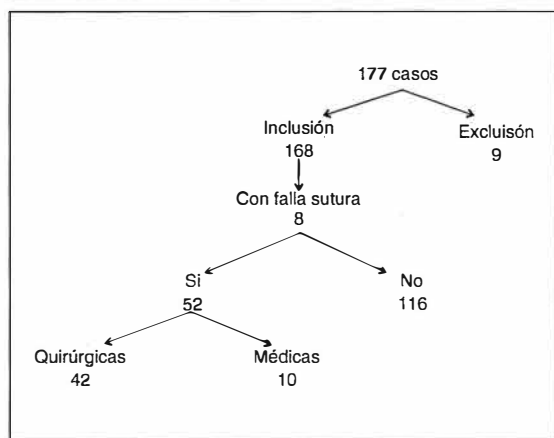
Trabajo de la Sección de Coloproctología y Depto. de Investigación y Enseñanza HC FF.AA y SS.FF.AA.

¹ Ex Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica. ² Jefe de Depto. de Enseñanza e Investigación. ³ Jefe de Sección Coloproctología. Presentado a la Sociedad de Cirugía el 11 de noviembre de 1992.

Correspondencia: Dr. Carlos Sarroca.
Pilcomayo 5393. Montevideo. CP 11400.

Tabla 1. Distribución topográfica del tumor

Derecho	37	21.0
Transverso	10	5.7
Descendente	11	0.2
Sigmoide	45	25.6
Recto	62	35.0
Canal anal	9	5.0
Sincrónicos	3	1.7
Total	177	100.0

**Figura 1**

intervención quirúrgica que le pone en riesgo la vida (enfermedad cardiovascular o respiratorias mayores, trastornos hidroelectrolíticos, metabólicos, de la coagulación. Enfermedades malignas asociadas, así como alteraciones de la nutrición)".

- b) complicación quirúrgica: "Toda enfermedad quirúrgica desarrollada y relacionada a la táctica y técnica quirúrgica o iniciada en relación a la intervención quirúrgica".

Los 177 pacientes incluidos en esta población, tenían las características que se ven en la tabla 1.

Patologías

Benigna: 8 (4.5%), correspondientes a pólipos, 5 en el recto y 3 en sigmoide. Maligna: 169 (95.4%).

Tres pacientes presentaron un cáncer metacrónico (1.7%). De ellos, los primarios, todos de ciego y los actuales en transverso, sigmoide y recto en cada caso.

Se excluyeron los 9 cánceres de canal anal; por lo tanto se analizaron 168 casos (figura 1).

Se detectaron 21 tipos de complicaciones, que no son excluyentes. Si bien hubo 52 pacientes complicados, los tipos de complicaciones fueron 21, por lo cual los hubo con más de una, con un máximo de

Tabla 2. Resultados: Tipo de complicaciones

Supuración de herida	29
Infección urinaria	9
Falla de sutura	8
Absc. intraabd. o periton.	8
Evisceración	7
Sepsis	6
Oclusión de delgado	5
Hemoperitoneo	3
Fístula de delgado	2
Supur. perineal	2
Muerte súbita	2
Lesión ureteral	1
Neumopatía aguda	1
TEP	1
Úlcera de córnea	1
Vejiga neurógena	1
Gastritis hemorrágica	1
Insuf. cardíaca	1
Insuf. respiratoria	1
Hipokalemia	1
Insuf. hepat. por metast.	1

14 (este último, a pesar de ello, evolucionó favorablemente).

En el total de pacientes complicados, 52, se incluyen las muertes a 30 días, que son 17 (figura 1, tablas 2 y 3).

La tabla de contingencia muestra los 52 complicados, incluyendo las muertes, que se discriminan en médicas y quirúrgicas.

Las complicaciones médicas se desarrollaron independientemente de las quirúrgicas y las mismas se asocian significativamente a la mortalidad (tablas 3 y 4).

Las complicaciones se presentaron en 30% (52/168) de los pacientes.

La mortalidad global fue de 10% (17/168).

De la observación de la figura 1 y la tabla 3 se desprende que 69% (116/168) de los pacientes no se complicaron, mientras en 30% (52/168), desarrollaron complicaciones.

Respecto a complicaciones y mortalidad por topografía, se observa en la tabla 5 las frecuencias absolutas y relativas (FR) de ambas.

En cuanto a intervenciones de urgencia y electivas (tabla 6) las primeras son 19% (32/168), mientras de elección 80% (136/168). No se encontró asociación significativa entre mortalidad y operados en ambas situaciones.

Tabla 3.

	Muertos	Vivos	
Compl. médicas	6	4	10
Compl. quirúrgicas	11	31	42
	17	35	52

Fisher p < 0.005

Tabla 4. Las muertes de causa médica

EPOC	1
Insuf. cardíaca	1
Insuf. hepática	1
Hipokalemia	1
Muerte súbita	2
Total	6

Tabla 5. Topografía

	Derecho	Transv.	Desc.	Sigmoide	Recto	Sincr.	Total
Total	37	10	11	45	62	3	168
Complic.	11	4	2	11	22	2	52
F.R.	0.30	0.40	0.18	0.24	0.35	0.06	0.30
Muertes	5	2	2	3	5	1	17
F.R.+	0.08	0.2	0.18	0.06	0.08	0.33	0.10

Tabla 6

	Muertes	Vivos	
Urgencia	4	28	32
Elección	13	123	136
	17	151	168

Fisher: NS

No se hizo diferenciación en la urgencia y elección de las complicaciones.

En la tabla 7 se detallan las muertes por topografía y tipo de intervención.

Se complicaron 30% (52/168) con 21 tipos diferentes y no excluyentes entre ellas (tabla 8).

Se destaca que las causas supuestamente corregibles son 36 en 53, habiendo en ellos 4 muertos, que se supone evitables.

De los 32 casos vivos, complicados y supuestamente corregibles, hubo 15 infecciones parietales, como única complicación asociada.

Falla de sutura: de 168 pacientes intervenidos, se realizaron 114 suturas primarias y en 54 sin sutura (colostomías y Hartman).

7% falló (8/114). De ellas 6 desarrollaron sepsis y fallecieron 5 (75%). Sobrevivió una sepsis, originada en catéter (figura 2). Fallas de sutura por topografía tumoral: recto 4, colon derecho 2, colon izquierdo 1, colon transverso 1.

Hubo 3 hemoperitoneos, dos en colon derecho y uno en recto, de ellos fallecieron dos, siendo uno la anemia aguda la causa de muerte. Mientras que en

los otros dos correspondieron a una epifenómeno de la falla de sutura.

Se realizaron 20 reintervenciones (20/169 = 0.12), que no es el objeto de este trabajo.

Comentarios

De la serie analizada se deduce una alta prevalencia de tumores malignos. Igual comportamiento tienen las complicaciones. Destacándose que las complicaciones médicas se asocian significativamente con la mortalidad, las que supuestamente son corregibles en 27%. Esto conduce a evitar este tipo de complicaciones (insuficiencia cardíaca, respiratoria, muerte súbita, hipokalemia) mediante su prevención y control, sobre todo en los pacientes de riesgo.

Es evidente la necesidad de abatir las cifras de complicaciones quirúrgicas ^(1,2,4-7), parietales y urinarias, por ser las más frecuentes. Inclinan a plantear un mejor manejo de la pared.

Respecto a la infección urinaria, consideramos la colocación de catéter vesical en sala de operaciones, con la desinfección parietal llevada a cabo, lo que puede intervenir en el descenso de estas complicaciones. Además el control mediante recuento bacteriano y urocultivo al retirar la sonda.

En cuanto a las complicaciones sépticas ^(4,5,8,9), lo más favorable es su prevención: interviniendo la preparación colónica, la oportunidad quirúrgica (interviniendo las urgencias cuando no es posible revertir la situación a la etapa de elección, ni tampoco dejar evolucionar las urgencias reales, ya que es sabido que la cirugía de urgencia expone a mayor riesgo de complicaciones) ^(6,8,10). En la táctica, tener

Tabla 7

Topograf.	Total	Elección	Muerte	Urgencia	Muerte
Derecho	37	28	4+	9	-
Transverso	10	6	1+	4	1+
Descendente	11	10	2+	1	-
Sigmoide	45	29	1+	16	2+
Recto	62	60	4+	2	1+
Sincrónicos	3	3	1+	-	-
Total	168	136	13+	32	4+

Tabla 8. Pacientes con complicaciones supuestamente corregibles

	Muertos	Vivos
Complicaciones no corregibles	13	3
Complicaciones corregibles	4	32
	17	35

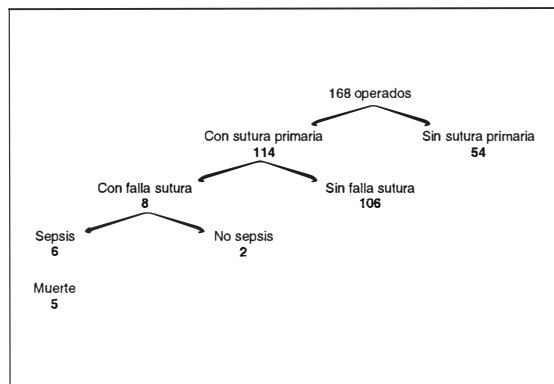


Figura 2.

en cuenta la existencia de terapéuticas previas (cirugía, radioterapia) que pueden dificultar la técnica o motivar otras tácticas para disminuir el riesgo.

Ante la sospecha de complicaciones, actuar con prontitud, ya que el tiempo es un factor importante^(1,2), lo que favorece en forma notoria el pronóstico y disminuye la morbilidad y mortalidad (75%)^(1,2,9,11,12).

Ponemos atención en el hecho de hallar un número de complicaciones elevadas en las resecciones de colon derecho, que consideramos sea motivo de análisis prospectivo, así como de las fallas de sutura, que en este estudio se relacionan directamente con la sepsis y ésta con la muerte (5 de 6 sepsis), ya que la única que sobrevivió se debió a un catéter venoso central y por lo tanto aquí las 5 fallas de sutura, fallecieron.

En la serie no hay diferencia en las complicaciones entre cirugía de urgencia y elección, lo que puede estar en relación a lo pequeño de la serie.

Por último, pretendemos incluir el mayor número de casos para mejorar la información. Así como trabajar en forma prospectiva, protocolizada y de ser posible multicéntrica.

Bibliografía

1. Bloem RM, Waveling GA, Stignen T. Adenocarcinoma of the colon and rectum. A report of 624 cases. *Neth J Surg* 1988; 40(5): 121–6.
2. Cavinet JL, Damas P, Desai C, Lamy M. Operative mortality following surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 1989; 76(7): 745–7.
3. Armand-Ugon A, Berenzoni R, Harretche M. Análisis estadístico de 194 resecciones. Anastomosis colónicas en 176 pacientes. *Cir Uruguay* 1979; 49(6): 482–3.
4. Daly J, De Cosse J. Complications in surgery of the colon and rectum. *Surg Clin North Am* 1983; 63(6): 1215–31.
5. Holmes JWM, Nichols RL. Sepsis following colorectal surgery in Fazio V. *Current therapy in colon and rectal surgery*. BC Decker, 1990.
6. Corman ML. *Colon and rectal surgery*. 2nd ed Philadelphia: Lippincott, 1989.
7. Harretche M. Falla de sutura en cirugía colónica. *Cir Uruguay* 1979; 49(5): 374–451.
8. Jensen LS, Andersen A, Frstrup SC, Holme JB, Hvid HM, Kraglund K, Rasmussen PC, Toftgaard C. Comparison of one dose versus three doses of prophylactic antibiotic and the influence of blood transfusion in infections. Complications in acute and elective surgery. *Br J Surg* 1990; 77: 513–8.
9. Machiedo GW, Suyval WD. Detection of sepsis in the postoperative patient. *Surg Clin North Am* 1988; 68(1): 215–28.
10. Lindmark G, Polman L, Enblad P, Glimelins B. Surgery for colorectal cancer in elderly patients. *Acta Chir Scand* 1988; 154(11–12): 659–3.
11. Nichols RL. Infections following gastrointestinal Surgery. Intraabdominal abscess. *Surg Clin North Am* 1980; 60(1): 197–212.
12. Rogers BN, Wright IH. Postoperative intraabdominal sepsis. *Br J Surg* 1987; 74: 973–5.