

Oclusión de intestino delgado en el posoperatorio inmediato de gastrectomía total

Dres. Hernán E. Parodi (h)¹, Andrés Colet², Raúl C. Praderi³

Resumen

Tres pacientes a los cuales se le había practicado gastrectomía total hicieron oclusión de intestino delgado en el posoperatorio que obligó a reintervenirlos.

A dos de ellos se le resecaron cánceres gástricos y al otro se le realizó una gastrectomía de necesidad por úlcera yuxtacardial sangrante.

Se efectúan consideraciones etiopatogénicas tratando de explicar esta complicación que pone a prueba la hermeticidad de la anastomosis sobre todo la esofagoyeyunal

La complicación pudo ser resuelta en la reintervención de los tres casos.

Palabras clave: Neoplasmas gástricos—complicaciones. Oclusión intestino delgado.

Summary

Three patients who had undergone total gastrectomy presented occlusion of the small intestine in the postoperative which made it necessary to reoperate. In two cases gastric cancers had been resected and in the third one gastrectomy had been of necessity because of a bleeding juxta-cardial ulcer. Etiopathogenical considerations are made, trying to explain this complication that puts hermeticism of the anastomosis on trial, specially the esophago-jejunal one. This complication was solved in the reoperation in the three cases.

Introducción

Aunque la gastrectomía total se realiza con poca frecuencia, hemos tenido que reintervenir a 3 pacientes en el posoperatorio inmediato de dicha operación, por oclusión mecánica de intestino delgado.

1. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. 2. Profesor Adjunto del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas. 3. Profesor de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3». Prof. Raúl C. Praderi. Hospital Maciel. Montevideo.

Presentado al XLII Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 1 al 5 de diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Hernán Parodi. Bvar. Battle y Ordóñez 2975. Montevideo, Uruguay.

Analizaremos estas observaciones clínicas que fueron resueltas satisfactoriamente.

Casuística

Caso I. AHC. CASMU. Reg. n° 413.866

Hombre de 59 años operado el 19 de abril de 1989 por uno de nosotros (R.P.) por grueso cáncer circunferencial de cuerpo y antro gástrico que respetaba la mitad superior del estómago y del píloro. Hígado y peritoneo libres.

Se le practicó una gastrectomía total con esplenectomía, omentectomía y vaciamiento ganglionar celiaco y del pedículo hepático.

Se restableció el tránsito mediante esógafo-yeyunostomía término-lateral sobre asa diverticular modificada por uno de nosotros^(1,2), incluyendo la maniobra de aposición serosa del muñón yeyunal delante de la anastomosis esógafo-yeyunal a la manera de Roscoe Graham⁽³⁾.

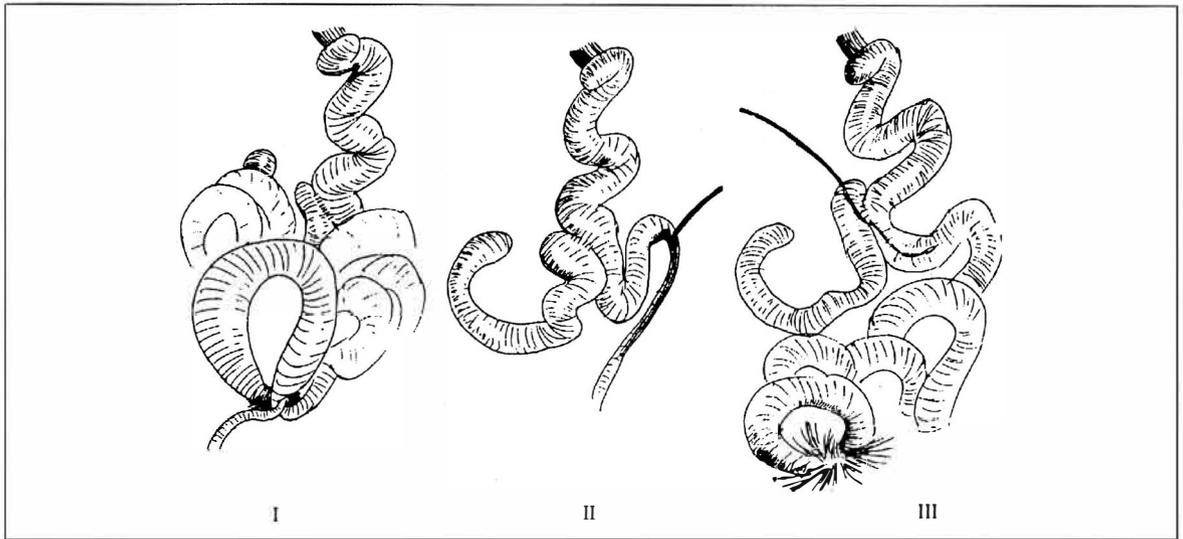
El estudio histológico de la pieza realizado por la doctora M. Chiossoni mostró que se trataba de un adenocarcinoma mucosecretante a células en anillo de sello. De los 30 ganglios estudiados los doce del epiplón gastrohepático y pedículo hepático estaban colonizados por el tumor.

En el posoperatorio desarrolló un cuadro oclusivo intestinal que fue operado por uno de nosotros (R.P.) el 26 de abril de 1989 a los 7 días de la primera intervención.

Se abordó por la misma incisión encontrándose un vólvulo de delgado distal sin compromiso vascular. Las anastomosis y la cavidad peritoneal estaban en buenas condiciones. Se practicó la devolvulación y enterotomía descompresiva por la que se aspiraron 3 litros de contenido intestinal.

Evolucionó sin incidentes y sobrevivió un año y medio.

A los 14 meses desarrolló una ascitis tabicada



pero toleraba la alimentación y no tenía dolores importantes.

Falleció en oclusión por carcinomatosis peritoneal el 13 de setiembre de 1990 (figura 1-I).

Comentario

En este caso no se encontró una causa directa del vólvulo pero creemos que se debe considerar la pérdida de la armonía anatómica provocada por la ausencia del estómago, bazo, y epiplón mayor junto al ascenso del yeyuno y la incongruencia del continente con un menor contenido abdominal durante el período de recuperación del tránsito digestivo normal. Además se debe poner énfasis en que las asas delgadas deben ser recolocadas en el abdomen con orden y sin torsiones.

Caso II. J.C.L. 35 años. Hombre. Hospital de Clínicas. Montevideo

Consulta por hemorragia digestiva alta gravísima, en el curso de 6 días de evolución fue repuesto con varios litros de sangre, persistiendo la hemorragia por lo cual lo operó de emergencia el 7 de noviembre de 1990 uno de nosotros (C.).

Se encontró una úlcera yuxtacardial de 4 cm de diámetro que se extendía por la pequeña curva hasta el esófago. Se decidió realizar una gastrectomía total de necesidad.

Reconstrucción del tránsito con esófago-yeyunostomía en asa diverticular con nuestra técnica (R.P.). Incluyendo la maniobra de Roscoe Graham. Yeyunostomía de alimentación emplazada por debajo de la anastomosis al pie, sonda naso-yeyunal.

Al tercer día del posoperatorio el paciente presentó

vómitos biliosos incoercibles por lo que se decidió reoperarlo. Se reabrió por la misma incisión (A.C.).

La esófago-yeyunostomía y la anastomosis al pie no presentaron particularidades, se encontró una dilatación moderada del asa diverticular angulada por la yeyunostomía. Las asas por debajo de estas últimas estaban chatas, se retiró el tubo de yeyunostomía y se cerró el orificio intestinal en dos planos.

El posoperatorio transcurrió los primeros días en CTI. Buena evolución. Pasó luego al Hospital Maciel a la Clínica Quirúrgica «3». Alta hospitalaria a los 22 días en excelentes condiciones (figura 1-II).

Comentario

En este caso al emplazar la yeyunostomía en el asa eferente de la anastomosis al pie se provocó la angulación del yeyuno y la oclusión por esa causa. La salida del tubo por el muñón yeyunal que queda en la anastomosis látero-lateral es la indicada en nuestra técnica, con ella no hemos tenido esta complicación⁽⁴⁾.

Caso III. I.W. CASMU, nº Reg. 429.047

Hombre de 64 años, operado el 13 de agosto de 1990, por uno de nosotros (H.E.P.) por grueso cáncer gástrico subcardial de 10 x 6 cm ulcerado con ganglios en la cadena coronaria. Hígado y peritoneo libres. Se le realizó una gastrectomía total, esplenectomía, omentectomía y vaciamiento celíaco del pedículo hepático. La anastomosis esofagoyeyunal se hizo con nuestra técnica⁽¹⁾. Incluyendo la maniobra de Roscoe Graham y la yeyunostomía de alimentación^(1,4).

El estudio histológico de la pieza realizado por el doctor L. Falconi mostró que se trataba de un adenocarcinoma infiltrante parietal difuso medianamente di-

ferenciado, mucosecretante con células en anillo de sello. Cinco ganglios de la coronaria tienen metástasis.

Se reinició la vía oral luego de un control radiológico al sexto día y a partir de allí presentó regurgitaciones, distensión abdominal e intolerancia al volumen administrado por la yeyunostomía. El estudio radiológico simple mostraba abundantes niveles en el delgado.

Fue reoperado (H.E.P.) el 21 de agosto de 1990 abordándose por la misma incisión. Se encontró una oclusión de delgado bajo por adherencias recientes a la pared en la zona donde se despegó el epiplón de una cicatriz de Mac-Burney.

Se hizo liberación digital de la misma. Se aspiró el contenido intestinal por la sonda de la yeyunostomía.

Evolucionó con infección en la herida operatoria.

El 20 de setiembre presentó una varico-trombosis de safena interna derecha, que obligó a una cayadectomía.

A los 8 meses de la gastrectomía presentó disturbios en el lenguaje, hemianopsia derecha y hemiparesia derecha por metástasis intracerebral única.

El 22 de mayo de 1991 fue operado por el doctor W. Perillo que le realizó una metastasectomía intracraneana parieto-occipital izquierda. El estudio histológico realizado por la doctora M.J. Guerra mostraba una metástasis de adenocarcinoma compatible con el primario gástrico estudiado.

Buena evolución actual con pequeño déficit neurológico residual al momento del último control clínico realizado el 21 de octubre de 1991. Sin otras evidencias de diseminación neoplásica (figura 1-III).

Comentario

La adherencia visceral a un área injuriada de peritoneo parietal fue la causa de la oclusión. La importancia del epiplón mayor en la prevención de adherencias al peritoneo parietal puede ser evaluada por la alta incidencia (20%) de adherencias posoperatorias luego de la colectomía total⁽⁵⁾.

La enterólisis digital constituye la mejor maniobra debido a que las adherencias son laxas (1-2 semanas)⁽⁶⁾.

Discusión

Comunicamos 3 casos reoperados en dos años de oclusión intestinal en el posoperatorio inmediato, de la poco frecuente gastrectomía total, creemos que se dio una ocurrencia llamativa. No encontramos cifras de prevalencia relacionada en la bibliografía analizada.

De lo expuesto se deduce que estos enfermos poseen condiciones que los hacen propensos a presentar oclusión intestinal con mayor frecuencia que otros. Es responsabilidad del cirujano extremar los cuidados para disminuir ese riesgo tratando de evitar las causas de esta complicación.

Además el diagnóstico precoz puede ser confuso haciéndonos perder el momento oportuno por lo que se debe ser más suspicaz e intervencionista con respecto al planteo de la oclusión intestinal en el posoperatorio de una gastrectomía total que en otras cirugías.

Otros tipos de operados admiten un manejo médico conservador tentativo, que de hecho es lo que en la mayoría de los casos se hace, pero en estos el riesgo de falla de la esofagoyeyunostomía con una mortalidad prohibitiva, los hace especiales.

En estos tres casos no hubo mortalidad por esta causa, pero debemos señalar que la oclusión intestinal posoperatoria precoz que requiere cirugía tiene 10% de mortalidad⁽⁷⁾ y aumenta con abscesos y peritonitis. Llamamos la atención que debido a la precocidad de la solución quirúrgica, no ocurrieron fallas de sutura. Otro factor que puede haber contribuido a evitar la falla de la esófago-yeyunostomía es la maniobra de Roscoe Graham que realizamos rutinariamente. Un diagnóstico precoz y una cirugía temprana evitaron el compromiso intestinal vascular.

En estos enfermos no se presentaron los factores de peor pronóstico: edad avanzada, hipoproteinemia, distensión intestinal excesiva e intestino no viable, asociación con absceso o peritonitis⁽⁶⁻⁸⁾.

Conclusiones

Los enfermos a los que se efectúa gastrectomía total son propensos a sufrir oclusión intestinal posoperatoria precoz.

Con diagnóstico y conducta quirúrgica precoces no tuvimos mortalidad atribuible a la oclusión intestinal en tres casos operados con esta complicación.

Del análisis de las causas se desprende que debe ponerse énfasis en una depurada técnica durante estos prolongados actos quirúrgicos, nuestro procedimiento efectuado en los tres enfermos pasó la prueba de la oclusión e hipertensión intraluminal sobre las suturas sin que éstas fallaran.

Bibliografía

1. Praderl R, Estefan A, Gómez Fossatti C et al. Jejunostomie d'alimentation après gastrectomie totale. *Nouv Presse Med* 1973; 2(40): 2693.
2. Praderl R, Estefan A, Gómez Fossatti C, Mazza M. Derivations bilio-jejunaux sur anses exclues. Modifications techniques du procede de Hivet-Warren. *Lyon Chir* 1973; 69: 459.
3. Rinaldi B, Carriquiry L, Praderl R. Procedimiento de seguridad en la gastrectomía total. *Cir Uruguay* 1975; 45: 192.
4. Estefan A, Cardozo T, Baldizan J et al. Resultados obtenidos con el asa yeyunal diverticular de Praderl en anastomosis bilio-digestivas. *Cir Uruguay* 1986; 56: 50.
5. Ellis H. The causes and prevention of intestinal adhesions. *Br J Surg* 1982; 69: 211.
6. Skyes P. Management of postoperative bowel distension and obstruction. En: Fielding LP, Welch JP. *Intestinal Obstruction*. Edimburgh: Churchill-Livingstone, 1987 (Chap 14): 163.
7. Quatromoni JC, Risoff L, Halls J, Yellin AE. Early postoperative small bowel obstruction. *Ann Surg* 1980; 191:72.
8. Lavelle Jones M, Cuschieri A. Adhesion obstruction of the small bowel. En: Williamson RCN, Cooper MJ. *Emergency Abdominal Surgery*. Edimburgh: Churchill-Livingstone, 1990 (Chap 10): 159.