

# OCCLUSIONES INTESTINALES A CONSECUENCIA DE REALIZACIONES QUIRURGICAS UROLOGICAS

*Dr. FRANK A. HUGHES*

## A) INTERVENCIONES RENALES

1º) Todas las intervenciones renales que abren la vía canalicular urinaria pueden complicarse con una extravasación de orina retroperitoneal capaz de generar un íleo paralítico. El elemento clínico que acompaña casi infaliblemente a la distensión abdominal es el cuadro séptico y la temperatura, aun cuando en algunas ocasiones los mencionados elementos pueden faltar. El tener en cuenta condiciones favorecedoras del drenaje evita, por lo general, la complicación.

2º) Las operaciones que implican la posibilidad de una hemorragia retroperitoneal constituyen, por el mismo mecanismo que las anteriores, fuente frecuente de distensiones abdominales con detención del tránsito. Aquí el elemento séptico es menos constante. Las nefrectomías totales o parciales y todas las intervenciones que exigen una liberación renal producen, a veces, desgarros de la cápsula suprarrenal cuya integridad debe establecerse antes del cierre de la fosa lumbar. La cápsula suprarrenal alojada en una logia independiente de la logia renal se retrae y una pérdida sanguínea originada en ella puede pasar inadvertida.

3º) Las intervenciones que exigen la apertura del peritoneo y los abordajes anteriores transperitoneales, provocan con más frecuencia que los abordajes lumbares, oclusiones intestinales capaces de complicarse con infección peritoneal, si a la realización le acompaña la apertura de la vía canalicular. Es en ese sentido que las máximas precauciones referentes al drenaje deben ser tenidas en cuenta.

4º) En la cirugía de exéresis renal es a menudo necesario, del lado derecho, resecaer fragmentos más o menos importantes del peritoneo parietal posterior. En esos casos no sucede lo que del lado izquierdo, donde el colon es fácilmente aplicado sobre

la pared posterior y cierra la cavidad, sino que ella queda en amplia comunicación con el retroperitoneo. La falta de peritonización a este nivel provoca a menudo distensiones abdominales con oclusión dinámica del intestino. Evolucionan, sin embargo, bien, y no crean por lo general dificultades, siendo preferible dejar esta comunicación a un cierre forzado y tenso capaz de desgarrarse y de producir verdaderas oclusiones mecánicas. El drenaje por contraabertura cuidadosamente ubicado es obligatorio.

## B) EN LA CIRUGIA URETERAL

Rigen para ella los mismos conceptos que los mencionados a propósito de la cirugía renal con apertura de la vía canalicular. En los abordajes ureterales donde el canal debe ser alcanzado a través del peritoneo el catéter a permanencia y el cierre lo más prolijo posible de su pared evitan, por lo general, la extravasación, causa fundamental de la distensión refleja intestinal. El cierre del peritoneo con meticulosidad y el drenaje yuxtaureteral adecuado, son de indicación precisa.

Las implantaciones ureterales en segmentos diferentes del intestino o aislados del mismo, son también origen frecuente de oclusiones intestinales. La amplia movilización del contenido abdominal, la apertura imprescindible del canal digestivo y urinario, con la posibilidad de contaminación de la serosa y la extravasación de orina, son los factores de su aparición. La intubación preoperatoria y los antibióticos contribuyen a disminuir la jerarquía de esta complicación.

En algunos casos, cuando el uréter para su implantación debe realizar un trayecto intraperitoneal, se crean artificialmente logias que pueden dar origen a oclusiones verdaderas.

## C) CIRUGIA VESICAL

En la cirugía vesical de pasaje (la más frecuente para el tratamiento de las afecciones prostáticas) o en la cirugía de exéresis segmentaria, la liberación de la vejiga del peritoneo que la cubre es una maniobra indispensable. Ella evita que en el cierre de la vejiga, el peritoneo y algún sector del intestino puedan ser incluidos en la sutura. Las colecciones subperitoneales o prevesicales consecutivas a estas realizaciones pueden agravarse porque la constante hemorragia postoperatoria, provocando contracciones vesicales, favorece la extravasación y el hematoma. El drenaje vesical correctamente funcionante y el de los territorios abiertos, previenen gran parte de estas complicaciones.

En las cistectomías totales la peritonización ulterior que le sigue, no siempre es fácil, sobre todo cuando el segmento peritoneal que ha debido extirparse es extendido. En esas condiciones preferimos no peritonizar, a dejar la serosa tensa, puesto que ella a menudo se desgarra y se producen orificios donde la introducción de un asa origina una oclusión de jerarquía.

En todas las realizaciones de exéresis vesical capaces de dejar amplias superficies denudadas, consideramos de enorme utilidad el drenaje perineal efectuado a través del elevador del ano, que evita el mantenimiento de una colección difícil de drenar por vía hipogástrica.

#### D) EN LA CIRUGIA PROSTATICA Y ENDOSCOPICA

En las prostatectomías transvesicales las oclusiones postoperatorias se deben, por lo general, a la inclusión del fondo de saco peritoneal en el que puede alojarse un asa intestinal en la sutura. Ya nos hemos referido a la necesidad de la liberación de la pared vesical del peritoneo que la cubre. La otra causa es la extravasación a consecuencia de contracciones vesicales a las que también nos hemos referido y aquí es fundamental un drenaje correctamente aplicado.

En la cirugía endoscópica, el desgarro del trígono o del cuello con penetración de los instrumentos o de los catéteres en el espacio retrotrigonal subperitoneal, es causa de oclusiones cuyo origen verdadero pasa a menudo inadvertida. Salvo las de muy escaso significado clínico y las de muy reducida repercusión que pueden tratarse por drenaje uretral permanente, obligan a la reintervención, que por lo general sólo permite drenar la extravasación y asegurar un correcto drenaje de la orina.

Las roturas intraperitoneales de vejiga que se observan en los estallidos vesicales de las resecciones endoscópicas o en las coagulaciones de los tumores de la vejiga, se caracterizan por que en las maniobras de lavado el líquido utilizado no es devuelto en cantidades semejantes a las de su introducción en el órgano y por la reacción peritoneal inmediata. Exigen laparotomía con cierre intra o extravesical de la brecha y drenaje apropiado de la orina. En algunas situaciones, pequeños desgarros que pasan inadvertidos se traducen más que por un cuadro peritoneal, por la presencia de una oclusión de tipo paralítico, aun cuando la peritonitis es su consecuencia casi obligada.