

REINTERVENCIONES DE URGENCIA EN CIRUGIA ABDOMINAL

Dr. CARLOS A. BORTAGARAY

“El éxito en cirugía pertenece a los más
cuidadosos y no a los más brillantes.”
Sedillot.

Agradezco a las autoridades del XV Congreso Uruguayo de Cirugía, el haberme conferido el alto honor de ser relator de este tema. El título original era “Reintervenciones en cirugía abdominal”, tema de una extensión vastísima, por lo que solicité se limitara a las reintervenciones urgentes. Este mismo tema se incluye en el programa del XXXIV Congreso de Cirugía de Argentina realizado este año y dividido en tres relatos, y fue objeto de un debate en el LXII Congreso Francés de Cirugía de 1962. Quiero manifestar con lo que antecede, las dificultades para ser original, a fin de no entrar en repeticiones inútiles, en un problema muy debatido últimamente, y tratado por cirujanos más capacitados y que cuentan con más elementos de los que yo dispongo.

Clavel, en el capítulo de reintervenciones de su libro “Estrategia y táctica en cirugía abdominal de urgencia”, dice que la palabra “reintervención” no está en el diccionario; lo estará, sin duda, algún día, porque los cirujanos la emplean corrientemente, y las define como: “las laparotomías iterativas urgentes que pueden ser necesarias en cirugía abdominal durante el período postoperatorio inmediato a una intervención de urgencia, o también de una intervención practicada en frío”.

Dada la vastedad del tema, me ocuparé, de preferencia, de las reintervenciones de urgencia en el postoperatorio inmediato.

Comenzaré por hacer algunas consideraciones sobre postoperatorios normales, en que todo se desarrolla dentro de lo conocido, ligero shock por la operación y anestesia durante el primer día, luego se ponen en juego los mecanismos orgánicos compensadores del desequilibrio humoral, por la pérdida de sangre,

distensión y dilaceración de los tejidos, paresia de los músculos, disminución de las secreciones urinarias y digestivas, lo que constituye la enfermedad postoperatoria de Leriche. La vigilancia atenta del enfermo, permite observar cualquier anomalía y proceder en consecuencia.

El postoperatorio se complica y puede ser necesaria una intervención de urgencia por distintas causas, que las dividiremos:

Causas extraperitoneales:

Evisceración.
Eventración.
Infección de la pared.
Hemorragias de la herida.

Causas intraperitoneales:

Hemorragias.
Oclusión.
Peritonitis.

Las causas extraperitoneales son evidentes. La *evisceración* es una imperativa de una decisión quirúrgica de urgencia, sobre todo la *evisceración* completa con salidas de asas al exterior. Puede producirse en el íleo con distensión abdominal en la peritonitis, en los caquéticos con hipoproteinemia, en los que la tos, o un esfuerzo, bastan para la disrupción de la pared y la *evisceración* en distintos grados. El tratamiento es quirúrgico de urgencia, buena anestesia, reposición de los órganos exteriorizados, sutura en un plano de preferencia con hilos metálicos y reposición del equilibrio humoral hidrosalino. Debo citar aquí una observación personal, en un niño de seis meses con una invaginación intestinal, ileocólica, de varias horas de evolución. Se le hizo una incisión paramediana transrectal derecha, siendo la desinvaginación dificultosa; al tercer día se produce la *evisceración* por distensión intestinal e infección de la herida operatoria por piocianico. Se *evisceró* en cinco oportunidades más, durante las curaciones; en total hubo que hacerle nueve anestias generales para reintervenciones y curaciones. Se utilizó el sulfato de polimixina como tratamiento del piocianico, y con la recuperación del estado general se obtuvo la curación en buenas condiciones. (Hubo que hacerle transfusiones hasta por vía intraósea.)

La *eventración*, puede necesitar una intervención de urgencia en muy raras ocasiones, solamente en la estrangulación inmediata, que es excepcional.

La *infección de la herida operatoria* requiere drenar abscesos y sus curaciones, para evitar la dehiscencia de la herida. La misma conducta con los hematomas.

Las *hemorragias de la herida operatoria*, pueden exigir la apertura de la incisión y la ligadura del vaso sangrante, lo que le ocurrió al Dr. Forrasi en dos operaciones ginecológicas, en las que tuvo que reabrir la incisión de Phandenstiel para la hemostasis del vaso sangrante, que había llevado a las enfermas a un estado de anemia aguda.

Los cuerpos extraños de la incisión operatoria, hilos de material irreabsorbible, talco, etc., pueden requerir la misma conducta. En algunos casos pueden constituir los llamados tumores de Schloffer, a veces de aparición precoz, pero por lo general se manifiestan tardíamente, por lo que no me corresponde extenderme sobre el punto.

A) CAUSAS INTRAPERITONEALES

HEMORRAGIAS

Es la causa más frecuente de reintervención; se pueden distinguir:

- 1º) Hemorragias por escape de ligadura.
- 2º) Hemorragias por superficies cruentas desperitonizadas.
- 3º) Hemorragias que se exteriorizan por las vías digestivas en operaciones viscerales (gastrectomías, colectomías, etc.), ya sea por vías naturales o por tubos de drenaje.
- 4º) Hemorragias por defectos de coagulación: congénitas, adquiridas.

Las hemorragias intraperitoneales, cualquiera sea su causa, tratándose de hemoperitoneo, son de fácil diagnóstico en el caso que se haya dejado avenamiento al exterior, poniéndose de manifiesto por el tubo o mecha. En cambio, en operaciones sin drenaje, su diagnóstico puede ser más difícil, en general; por la tarde de la intervención se observa palidez, caída progresiva de la presión, la que es mejorada sólo en forma pasajera por la transfusión.

Debo manifestar aquí que el distinguido cirujano de Rosario, Dr. Juan S. Sugasti, correlator de este tema en la parte de hemorragias, en el Congreso Argentino de este año, y a quien le agradezco la gentileza de haberme enviado su relato para mi

ilustración, hace un estudio completo y exhaustivo del tema, distinguiendo en la hemorragia diferentes grados:

1º) Pequeñas pérdidas sanguíneas, con disminución del 10 al 15% de la volemia, en la que la situación es tolerada por el organismo, no observándose mayor modificación por la puesta en juego de los mecanismos compensadores, vasoconstricción periférica, mecanismo neurovascular, acción de las catecolaminas.

2º) Fase de oligohemia compensada o de preshock (Marrique). La pérdida sanguínea es mediana, disminución entre el 20 y el 30% de la volemia, que puede ser tolerada sin haber una caída importante de la presión sanguínea, porque se ponen en juego mecanismos compensadores, que evitan que el organismo llegue al período crítico o de shock. Aquí actúan, además de los mecanismos de naturaleza neurovascular, un complejo mecanismo neuroendocrino (hipófisis, suprarrenal). Hay una vasoconstricción periférica vascular y visceral. Hay oliguria con reabsorción exagerada del sodio, la oliguria está en relación con la volemia, de manera, dice Sugasti, "que la medida de la eliminación urinaria (en ausencia de afección renal) es un índice de extraordinaria utilidad, en su valoración práctica y especialmente en la terapéutica de la reposición transfusional". Aquí se puede utilizar el test llamado por Artz, el test de inclinación (Tilt test), que consiste en el descenso de la presión arterial y lipotimia con el cambio de posición del paciente de la horizontal a la vertical, lo que indica que el monto de la pérdida sanguínea se encuentra por encima del 25% de la volemia, aproximadamente 1.000 cm. para un sujeto de 80 kilos, lo que exige una transfusión de ese equivalente para evitar que una nueva hemorragia lo haga llegar a una situación crítica con una hipoxia mortal.

3º) Fase de oligohemia descompensada, o shock hemorrágico. Es en el que los mecanismos compensadores orgánicos no son suficientes, para evitar el shock: la masa sanguínea se halla tan disminuída que el gasto cardíaco no alcanza a mantener la tensión arterial a un nivel suficiente para sostener las funciones vitales.

La presión arterial disminuye por debajo del nivel crítico de Cannon, que es alrededor de 7 cm. de mercurio, lo que se produce cuando la pérdida de la volemia está por debajo del 30%, donde también tiene gran valor el factor tiempo (tiempo de hemorragia, tiempo de comenzar el tratamiento). A pesar de que esta fase sea reversible, se produce la lesión del riñón que es el órgano que más sufre, llegándose a la insuficiencia renal —aguda o grave—, nefropatía tubular. Se reduce la presión de filtración, quedando por debajo de 10 ml. por hora (lo normal es entre 25 y 50 ml.) hasta llegar a la anuria y después de seis

u ocho horas a la insuficiencia renal aguda, a veces con la muerte del enfermo, a pesar de la restauración de la presión arterial. Sugasti divide esta etapa en dos: la primera, en la que no se llegan a producir alteraciones renales; y la segunda, o etapa renal, en la que se producen dichas alteraciones, reversibles o no, dependiendo del tiempo.

Síntomas de la hemorragia.—Hipotensión arterial, por debajo del límite de Cannon, disminución de la presión diferencial, taquicardia, caída de la presión venosa. Si la disminución de la potencia contráctil del corazón desciende y aumenta la presión venosa mientras la presión arterial baja, se debe hacer transfusión intraarterial previa digitalización. De acuerdo al monto de la pérdida sanguínea, se observan diversos síntomas: taquicardia, palidez, sudoración, descenso de la presión arterial, disminución de la presión diferencial, vasoconstricción venosa, oliguria, que se puede controlar de manera más segura colocando una sonda vesical. El test de inclinación demuestra que la disminución de la volemia pasa del 20 al 35%. En una hemorragia con más del 30% de la volemia los síntomas se agudizan, haciéndose más evidentes. En este momento el test de transfusión puede ser de gran utilidad. Se realiza inyectando 500 c.c. de sangre o plasma en un período de treinta minutos, realizando medidas exactas de la eliminación horaria urinaria, antes y después de comenzar la prueba. Si después de realizada la transfusión se observa una franca mejoría de la eliminación urinaria, ello significa que las transfusiones anteriores no han sido suficientes, habiendo, según Sugasti, restaurado sólo la volemia útil. Si la prueba resulta negativa, no habiendo respuesta urinaria, se piensa que el riñón ha sufrido alteraciones degenerativas que han comprometido sus funciones (o que había enfermedad renal preexistente). Sugasti le da la máxima importancia a la valoración de los hechos clínicos, a la medida de la eliminación urinaria y al estudio de la presión venosa obtenida a nivel de una de las venas cavas, lo que permite orientar, con gran eficacia, la forma en que ha de efectuarse la terapéutica de reemplazo. La presencia de sangre en el peritoneo produce diversos síntomas por irritación del frénico, de los intercostales (Stajano), lo que produce dolor a distancia en el hombro, en la escápula, en la base del cuello. Es clásico el dolor en el hombro izquierdo por hemorragia del bazo. Baggosian describe un signo llamado de la irritación frénica provocada, que consiste en colocar el paciente acostado y rápidamente, llevarlo a la posición de Trendelenburg, a 45 grados, y mantenerlo así durante dos minutos. Si hay hemoperitoneo aparecen los diversos síntomas de irrita-

ción frénica, con disnea, respiración entrecortada, dolor retroesternal, escapular, en el hombro, etc.

Estos síntomas se atenúan o desaparecen al volver el paciente a la posición horizontal. Otros síntomas clínicos: dolor abdominal, a veces defensa. Se puede recurrir al examen radiológico que puede dar orientación. Haciendo dos clisés en posiciones diferentes, uno de pie y otro en decúbito, como lo ha aconsejado del Campo, en la radiología del abdomen agudo. Según Olivier, los signos radiológicos más evidentes son los que da la sangre misma, es decir, una opacidad franca. Una colección sanguínea de 3 cm. de espesor, da una sombra equivalente a 1 ml. de aluminio (Porcher, citado por Sugasti). La presencia de sangre intraperitoneal aumenta o disminuye las sombras y el perfil de los órganos abdominales, que normalmente pueden observarse en las radiografías, como ser: el hígado, el bazo, el contorno del psoas. Freeman Dahl, de acuerdo a la importancia del derrame en la posición de pie, describe los signos de la luna nueva en los pequeños derrames o de media luna o de luna llena en los de más cantidad, donde también se hace visible el líquido entre las asas intestinales. Otros autores le dan importancia a la modificación de las imágenes con los cambios de posición. Esta "opacidad móvil" demuestra la existencia de hematocele libre. J. A. Ferreira, en una contribución al relato de Hojman sobre complicaciones de la apendicectomía, describe todos estos síntomas agregándole el que es, para él, patognomónico y al que le llama el signo de las perlas dispersas, describiéndolo como un moteado de caracteres circulares, como perlas de diferentes tamaños.

Otro medio a utilizar como diagnóstico es la punción abdominal, difundida en mérito a los trabajos de Villafañe en 1944, que demostró su inocuidad y eficacia. Se puede hacer en distintos sitios, pero generalmente a nivel de las fosas ilíacas, donde la sangre tiende a colectarse. No voy a entrar en detalles de la técnica de la punción abdominal diagnóstica, debiendo destacar en nuestro país los trabajos de R. Perdomo. La punción del Douglas en el fondo del saco vaginal posterior, en la mujer, es de gran valor en la cirugía ginecológica. Estos métodos de diagnóstico citados, sobre todo la radiología, deben utilizarse en los casos dudosos, pues cuando el hemoperitoneo es evidente, serían inoportunos y peligrosos.

Diagnóstico del hemoperitoneo.— Debe hacerse: con *el shock*: Sugasti cita lo que dice Pasman: "Si el enfermo está en shock, en la tarde de la laparotomía, y no lo estuvo momentos después de la terminación del acto operatorio, pensar en hemorragia intraperitoneal". Se puede hacer la punción abdominal. Los datos

que suministran el hemograma y el hematócrito, tienen valor sólo en los casos en que la hemorragia se ha producido lentamente, ya que la hemodilución requiere varias horas para que se manifieste en su verdadero valor.

Con *insuficiencia suprarrenal aguda*, la que puede manifestarse en distintas formas de aparición, rápida o más lenta, y que puede presentarse en pacientes que estaban sometidos a tratamientos con corticosteroides, lo que debe conocerse previamente a todo acto quirúrgico. La insuficiencia suprarrenal da fiebre y eosinofilia. El tratamiento con transfusiones y cortisona, rápidamente mejora el cuadro y hace el diagnóstico. Voy a citar una observación personal de una señora de 32 años, a la que se le hizo una histerectomía subtotal por mioma uterino, sin ninguna dificultad. A las tres horas estaba en colapso agudo; se le inyecta suero con hipertensina, transfusión y cortisona, mejorando notablemente el estado general, sin precisar una reintervención, en la que se había pensado, creyendo en la posibilidad de una hemorragia postoperatoria.

La *pancreatitis aguda postoperatoria*, también puede prestarse a confusión, lo mismo que el *infarto de miocardio*, la *taquicardia paroxística* y la *embolia pulmonar precoz*.

HEMORRAGIAS POSTOPERATORIAS POR DEFECTOS DE COAGULACION

Las congénitas, sobre todo en los hemofílicos, pueden ser muy intensas y graves. No debe hacerse cirugía de elección en los hemofílicos; solamente en una remisión de la enfermedad, ausencia de hemorragia y con pruebas especiales de coagulación, generación de tromboplastina y la prueba del consumo de protrombina. La mejor prueba es la actividad plasmática del factor VIII. Si se puede conservar valores superiores al 30%, se puede anticipar el control de la hemorragia, durante y después de la intervención. Se consigue ésto con una preparación terapéutica de globulina antihemofílica recientemente preparada y que es siete veces más concentrada que el plasma normal.

Los defectos adquiridos durante la operación, son las hemorragias por transfusiones múltiples y el púrpura fibrinolítico. En la hemorragia por transfusiones múltiples se observan valores bajos de plaquetas, fibrinógeno y protrombina. El único tratamiento específico es la utilización de sangre fresca. Cuando a un paciente se le hacen muchas transfusiones conviene que la sexta sea de sangre recién obtenida. La fibrinólisis es rara;

puede aparecer aun en intervenciones que se han desarrollado sin dificultades, pero en menor proporción en cirugía abdominal. Las más frecuentes son del pulmón, próstata y tiroides. La sangre no coagula y si coagula se lisa de inmediato. El tratamiento debe ser la transfusión de sangre fresca y la utilización de ácido epsiloaminocaproico (20 gr. por vía venosa), cortisona 100 mg. intravenoso y si no da resultado esta medida, 2 a 4 gr. intravenosos de fibrinógeno humano.

Las hemorragias postoperatorias por anticoagulante.— Sobre todo por el uso previo de los dicumarólicos como preventivos de las trombosis, hay que interrumpir su empleo, posponer la intervención si no es de urgencia, y dar como tratamiento vitamina K sintética intravenosa, y sulfato de protamina si se hubiera utilizado heparina; aunque el efecto de ésta cesa cuando se interrumpe su administración.

Tratamiento.— El tratamiento de la hemorragia postoperatoria debe ser la reintervención de urgencia, colocando previamente al paciente en buenas condiciones, restableciendo su volemia con transfusiones de sangre total, lo más fresca posible, con el control riguroso para que no haya incompatibilidad de grupo, de tan graves consecuencias.

La cantidad a inyectar varía, si se ha llegado a la etapa de shock, o sea una pérdida de la volemia por debajo del 30%, se deben inyectar 1.200 a 1.500 c.c. de sangre. La valoración exacta de la cantidad de sangre perdida, no está a nuestro alcance. En los Estados Unidos se usa el volemetrón, aparato con el cual pueden obtenerse mediciones seguras de la volemia cada 30 minutos. Si a un paciente, en el que el shock se ha prolongado demasiado, y la presión arterial se mantiene baja a pesar de la transfusión, y la venosa aumenta, es un recurso salvador la transfusión arterial, previa digitalización rápida, lo que evita la isquemia miocárdica y sus consecuencias, recuperándose la energía contráctil del corazón. Sugasti insiste en que no debe retardarse la transfusión y confiar en los vasopresores, para restaurar la tensión. La utilización de los vasopresores, dice, se agrega a los fenómenos compensadores ya puestos en marcha, para exagerar la isquemia periférica y la hipoxia que es su consecuencia.

Los vasopresores deben ser usados, sobre todo, en el shock vasogénico o cuando hay insuficiencia suprarrenal. También se puede recurrir a la hipotermia controlada, como una ayuda de emergencia hasta la iniciación de la transfusión de urgencia.

Las indicaciones en particular, las analizaremos más adelante, en los capítulos correspondientes.