

REINTERVENCIONES DE URGENCIA EN CIRUGIA ABDOMINAL

Dres. JOSE M. MAINETTI, ROLANDO DALPRATO
y JORGE R. DEFELITTO

“El criterio de reintervención precoz se aprende en las salas de autopsias.”

El abdomen agudo postoperatorio (A. A. P. O.) se halla dentro del cuadro que nosotros denominamos: “abdomen agudo de evolución mortal” con sus tres principales causantes: peritonitis, obstrucción y hemorragia, a las que pueden agregarse: la evisceración y causas varias. Estas situaciones exigen, para ser resueltas con éxito, que se cumplan algunas premisas fundamentales: diagnóstico oportuno, valoración precisa del estado del enfermo y tratamiento quirúrgico precoz de la causa.

Atenerse al dogma ortodoxo de reintervención temprana, es lo único que puede asegurar un índice mínimo de morbimortalidad. Aunque decidida la intervención, el médico debe permitirse el tiempo mínimo necesario para reanimar a estos graves pacientes. Las principales medidas de reanimación son: restablecer la volemia, analgesia y sedación, control metabólico, ventilación efectiva (traqueostomía y respirador de Bennet), uso adecuado de los antibióticos e indicaciones precisas de la hormona e hibernoterapia.

En presencia de un abdomen agudo postoperatorio de evolución mortal, nos guiamos por el criterio de un examen de conciencia, tendiente a discriminar una triple e innegable autorresponsabilidad causal: error de diagnóstico, equivocación táctica o falla de técnica. El criterio de reintervención precoz nos ha permitido rescatar muchos pacientes graves, y a este concepto permanecemos fieles.

Analizaremos a continuación los principales causantes de A. A. P. O.

PERITONITIS POSTOPERATORIA

Puede presentarse en forma insidiosa evolucionando lentamente en varios días, o en forma súbita por perforación de una sutura o de modo fulminante en la sepsis peritoneal.

La taquicardia, intolerancia gástrica, distensión rebelde o la intranquilidad del enfermo, son los mejores signos. Gran importancia diagnóstica en estos casos asume la auscultación abdominal, el estudio radiológico, el tacto y la punción abdominal. El trípode fundamental de nuestra actitud terapéutica descansa en el diagnóstico oportuno, la resucitación metabólica evitando los excesos y la cirugía temprana.

La función fundamental de la cirugía es hacer todo lo necesario para salvar la vida. Antes, debió decirse: "entrar y salir ligero"; hoy, que operamos con reanimación, se debe usar todo el tiempo necesario para tratar la causa y no dejar tras una acción precipitada, causas de muerte más o menos alejadas: reinfección peritoneal, infección peritoneal residual, distensión intestinal u obstrucciones mecánicas.

Los gestos tácticos del cirujano deben encaminarse a tratar:

- 1º) La causa: suprimir u ocluir la fuente de contaminación.
- 2º) El peritoneo: debe limpiarse sin contaminar zonas indemnes. Lo mejor es lavar con suero fisiológico tibio (2 a 3 litros) y aspirar. En el postoperatorio continuamos el lavado peritoneal, instilando kanamicina y aspirando continuamente. La duración de este procedimiento continuará todo el tiempo que fuese necesario.
- 3º) Distensión intestinal: el intestino debe mantenerse vacío y quieto. Somos partidarios de la gastrostomía descompresiva, cuyo fundamento hemos expuesto en trabajos anteriores (4), o bien de la intubación intestinal intraquirúrgica. En algunos casos desesperados hemos obtenido éxito con la punción transcutánea de Kirschner.
- 4º) Sepsis crónica: los focos residuales de peritonitis localizada deben ser removidos, pues de otro modo estos pacientes llegan a la segunda semana con el estigma de la sepsis crónica: desnutrición, taquicardia y muerte.

Cumpliendo con estos requisitos, muchos serán los éxitos que puede ofrecer la cirugía, aun en cuadros avanzados y graves.

OBSTRUCCION INTESTINAL POSTOPERATORIA

Es uno de los principales problemas de la cirugía abdominal, que se desarrolla bajo los ojos del cirujano, enmascarado por diversos factores, donde cabría esperar un diagnóstico temprano y tratamiento eficaz. Sin embargo, la natural resistencia a reintervenir y la confianza depositada en los medios médicos, hace que estos pacientes sean reoperados tarde.

El principal objetivo es, en primer lugar, hacer el diagnóstico diferencial entre íleo paralítico y obstrucción mecánica, y en el caso de esta última, si existe o no compromiso vascular. Hay pocas situaciones en cirugía, donde el juicio y la experiencia del cirujano serán tan valiosas.

Bien conocidas son las causas de oclusión. En términos generales podemos establecer: a) precoces: inflamatorias y mecánicas; y b) tardías: mecánicas.

En cuanto a su diagnóstico, gran valor tiene la observación clínica frecuente y en especial la auscultación del abdomen, la radiología horaria (cada 6 a 12 horas) y el desmejoramiento del estado general.

Proceder quirúrgico: usamos, salvo excepciones, la anestesia general, único medio de realizar una operación completa. Abierto el abdomen, somos partidarios de la descompresión quirúrgica intestinal, con todos los recaudos necesarios para evitar la contaminación. La enterostomía se realiza en la primer ansa que sigue al ángulo de Treitz, sobre el borde antimesentérico; pudiendo hacerse también, en el caso de asas desvitalizadas, como preconizara Larghero, en el borde mesentérico. Se procede al vaciado por aspiración atraumática de todo el yeyunoíleon con sonda plástica de Levin. Pensamos que con este procedimiento se facilita el hallazgo y tratamiento en forma eficiente de la causa; reexplorar minuciosamente el abdomen, obtener un buen cierre y un vientre plano y tranquilo en el postoperatorio, mantenido por una aspiración continua con trompa de agua.

La fijación de la enterostomía la realizamos por contraabertura, suturando al peritoneo parietal previamente incidido, de acuerdo a la técnica que efectuamos para la gastrostomía descompresiva, que según el caso también puede utilizarse (4).

Según las circunstancias, descomprimido el intestino y tratada la causa, orientamos las ansas en forma anatómica o procedemos a un Noble parcial, para evitar la recidiva. En el postoperatorio mantenemos el intestino descomprimido y aspirado todo el tiempo necesario, junto a una adecuada reposición metabólica.

HEMORRAGIA

Situación bien conocida por todos, casi siempre ligada a un defecto de técnica. Su diagnóstico no ofrece dificultades, basado en la clínica y en la punción abdominal. La reintervención precoz, junto al conocimiento de la fisiopatología del shock hipovolémico por parte del cirujano, son imprescindibles.

Sólo insistiremos en dos detalles: buena vía venosa (preferimos el cayado de la safena interna o la intraarterial) y reposición adecuada en cantidad y velocidad, recordando que es necesario trasfundir del 10 al 15% más de lo que se perdió. En algunos casos hemos asociado a la transfusión medicación gangliopléjica, cuyas indicaciones y técnicas hemos publicado (5).

Existen situaciones donde la hemorragia no se debe a defecto de técnica, dejando de lado las causas de alteraciones en la coagulación. Nos referimos a las hemorragias tardías, por caída de escara, especialmente en la cirugía oncológica seguida de grandes vaciamientos retroperitoneales y pelvianos (3). Esto ocurre entre el décimo y el vigésimo día del postoperatorio, a veces estando el paciente de alta. El foco de hemorragia en general proviene de la zona cavaoártica, en especial de los troncos vasculares que nacen en dichos vasos y que debieron ser ligados para obtener un buen vaciamiento. Causas predisponentes de esta situación son el hematoma y los procesos inflamatorios del tejido retroperitoneal. Ultimamente hemos observado dos casos: el primero, operado por recidiva de neogástrico, en el cual se realizó gastrectomía total con vaciamiento retroperitoneal que se extendió hasta la adventicia de la aorta. En el postoperatorio, fue reintervenido en seis ocasiones por hemorragia de la aorta que fueron yuguladas, falleciendo tardíamente por inanición séptica. Otro caso se debió a hemorragia de la arteria iliaca externa con hematoma pulsátil y hemorragia digestiva y vesical, que fue resuelta con la reintervención. Algunas otras situaciones similares hemos observado, donde se llegó tarde y la necropsia confirmó este tipo de hemorragia.

CONCLUSIONES

1º) La peritonitis, oclusión intestinal y hemorragia, son las principales causas del abdomen agudo postoperatorio a evolución mortal.

2º) Sustentamos el criterio de reintervención precoz, de cuyos resultados nos hallamos satisfechos.

3º) Preconizamos en toda reintervención abdominal, además del tratamiento de la causa: lavado peritoneal intra y postoperatorio, descompresión quirúrgica de la distensión intestinal y evitar focos residuales, causa de sepsis y obstrucciones crónicas.

4º) Llamamos la atención sobre la hemorragia masiva tardía por caída de escara en los grandes vaciamientos retroperitoneales en la cirugía oncológica.

5º) Queremos destacar, en relación a nuestra casuística, que del índice de 5,22% de reintervenciones, el 2,20% corresponde a la gran cirugía oncológica.

CASUISTICA

Se basa en 928 casos del Servicio de Cirugía del Hospital Italiano de La Plata y 162 de la cátedra de Cirugía "C" de la

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata, cuya jefatura ejerce el Prof. Dr. J. M. Mainetti. Sólo figuran operaciones abdominales, realizadas en los últimos cinco años y que fueron reintervenidas dentro de los primeros quince días del postoperatorio.

Organo (op. 1ª)	Nº de interv.	Nº de reinterv.	Muerte	Mortal reint.	Nº de r. oncológ.
Estómago y duodeno ..	264	16 (6,06%)	5	31,2%	8
Vesícula y vías biliares	267	10 (3,74%)	4	40%	4
Páncreas	21	4 (19,0%)	1	100%	1
Hígado	23	1 (4,34%)	1	100%	1
Colon y recto	142	12 (8,45%)	3	25%	8
Intestino	62	3 (4,83%)			
Apéndice	57	5 (8,77%)			
Riñón y vías urinarias	50				
Vejiga (abdominal) ..	12	1 (8,33%)	1	100%	1
Útero y anexos	112				
Bazo	5				
Aorta y grandes vasos ..	11	6 (54,5%)	1	16,6%	
Esófago	32	1 (3,12%)	1	100%	1
Retroperitoneo ..	6	1 (16,6%)	1	100%	
Suprarrenal	3				
Laparotomía exploradora	23				
Total	1.090	57 (5,22%)	18	31,5%	24 (2,20%)

CAUSAS DE REINTERVENCIONES

Peritonitis	19	33,33%
Obstrucción intestinal	13	22,80%
Hemorragia	14	24,57%
Evisceración	10	17,55%
Perit. obst. intest. evisc.	1	1,75%
Total		100,00%

BIBLIOGRAFIA

1. LOYUDICE, F.; SANCHEZ ZINNY, J. y SUGASTI, J.—Reintervención de urgencia en cirugía abdominal. "XXXV Cong. Arg. de Cirugía de Buenos Aires" 1964.
2. MAINETTI, J. M.; DALPRATO, R. y otros.—Peritonitis aguda. "Medicina del Atlántico", 1: 298; 1962.
3. MAINETTI, J. M. y DALPRATO, R.—Hematoma retroperitoneal. "Actas del XX Congress Int. de Chirurgie", pág. 7; Roma. 1963.
4. MAINETTI, J. M.—Gastrostomía descompresiva profilact. "R. Clin. Anodia", 1-III-1962.
5. MAINETTI, J. M.; DALPRATO, R. y otros.—"Shock: Exp. Clín. y Terap.". Contrib. al XXXIII Congreso Arg. de Cirugía, Córdoba, 1962.