

## ABDOMEN AGUDO POSTOPERATORIO

### Reintervenciones de urgencia

*Dres. JUAN CASIRAGHI, JORGE A. BUQUET  
y JORGE A. DUSSUAUT*

Contribuimos al relato, con la experiencia recogida en el Servicio de Cirugía General del Policlínico "Dr. Gregorio Aráoz Alfaro", de Buenos Aires, a cargo de uno de nosotros.

Nuestra casuística y las cifras estadísticas que de ella surgen, son el producto del número total de intervenciones y reintervenciones abdominales realizadas en el período 1961-64. Hace excepción el número de operaciones del equipo de colon y recto, que fueron recopiladas durante el lapso 1957-1964.

El número total de intervenciones abdominales, en los períodos mencionados, es de 1.709 casos, con 38 (2%) reintervenciones de urgencia, de los cuales fallecieron 18 (1,05%) pacientes. En cuadro adjunto se detalla la distribución porcentual de los casos.

De acuerdo con los equipos en que está ordenado nuestro Servicio, consideramos la casuística.

### EQUIPO DE CIRUGIA HEPATOBILIAR

*(Período: agosto 1961-junio 1964)*

Este equipo, sobre un total de 529 operaciones tuvo que realizar dos reintervenciones de urgencia, en un mismo enfermo, en el término de 24 horas. Fueron motivados por cuadro de hemorragia interna, producida por un vaso arterial retroduodenopancreático, no reconocido en la primera reintervención. Señalamos que en la segunda reintervención se pudo observar, al efectuar un amplio despegamiento duodenopancreático, al vaso responsable, orientados por un hematoma retroperitoneal y de la retrocavidad de los epiplones. Destacamos lo excepcional de la circunstancia. El paciente falleció, por insuficiencia renal aguda.

Gráfico 1

## DISTRIBUCION PORCENTUAL.

Departamentos	Total de casos	Reinter- venciones	%	Núm. de enfermos	Falle- cidos	%
Hepatobiliar .....	529	2	0,3	1	1	0,1
Esófagogastroduodenal .....	208	21	10	18	11	5,2
Colon y recto .....	187	11	5,8	9	3	1,6
Paredes abdominales .....	705	22	0,2	2	2	0,2
Vasculares .....	80	2	2,5	2	1	1,2
Totales .....	1.709	38	2,2	32	18	1,05

	Mecá- nicos	%	Inflam- torios	%	Hemorrá- gicos	%	Vascu- lares	%
Distribución por afección de las reintervenc. ....	17	0,99	15	0,88	4	0,23	2	0,1

EQUIPO DE CIRUGIA  
ESOFAGOGASTROINTESTINAL

(Período: agosto 1961-junio 1964)

Ha sido, para nosotros, la cirugía de esta porción del tubo digestivo, la que motivó el mayor número de reintervenciones, desde que sobre un total de 208 casos debimos reintervenir 18 enfermos, debiendo por cierto destacar que muchos de estos enfermos fueron pacientes, con mal estado general, peritonitis evolucionadas o portadores de neoplasias. Así, por ejemplo, se produjeron 12 cuadros inflamatorios (peritonitis), de los cuales

8 fueron la consecuencia de la cirugía de urgencia del intestino delgado, con resecciones, por diferentes patologías, con 3 fallecidos. Sólo 4 reintervenciones, por cuadro peritoneal, con exitus letalis, correspondieron, exclusivamente, a la cirugía gastroduodenal, sobre un total de 156 operaciones.

Las reintervenciones por hemorragia, en este equipo, se realizaron en dos pacientes. El primero de los enfermos es un buen ejemplo de lesiones asociadas, causales de reintervenciones. Portador de una úlcera de duodeno perforada, en la que se efectuó un cierre simple, se le debe reintervenir en el postoperatorio inmediato por hematemesis y melena, y se sutura el lecho ulceroso duodenal. Mejora por 48 horas y fallece por reiteración de la hemorragia. La autopsia reveló la existencia de una úlcera yuxtacardial, inadvertida y responsable de la segunda hemorragia mortal. El segundo paciente fue una enferma, con un divertículo de la segunda porción del duodeno, tratado por invaginación. A las 36 horas de operada, aparece una fístula pancreática. A pesar del tratamiento efectuado, a los siete días presenta una intensa melena y hemorragia por la herida. Se reinterviene, ante la reiteración de la hemorragia, comprobándose una pancreatitis hemorrágica y en medio de una zona de necrobiosis, un vaso arterial pancreático que se liga. La enferma fallece cuatro días después.

Por causa mecánica, se reintervinieron 6 enfermos, en este equipo: 4 por evisceraciones, en úlcera perforada, en gastrotomía por gastritis erosiva por cáustico y en una laparotomía por cáncer gástrico irreseccable y en una gastrectomía por úlcera. Los otros dos casos fueron obstructivos, por edema y distorsión de asa eferente, en una gastrectomía subtotal por úlcera en un paciente y por hernia interna, en fosilla intersigmoidea, en el postoperatorio inmediato a una antrectomía y vaguectomía por antritis hemorrágica en otro paciente. Salvo la gastritis erosiva y la hernia interna, el resto evolucionó bien

#### EQUIPO DE CIRUGIA GENERAL Y PAREDES ABDOMINALES

*(Período: agosto 1961-junio 1964)*

De un total de 705 intervenciones por hernias, eventraciones, laparotomías exploradoras, apendicitis, etc., se debieron llevar a cabo dos reintervenciones de urgencia, ambas por evisceración. La primera, como consecuencia de una operación por embarazo ectópico complicado y la segunda, por una fístula ureteral, resultante de una antigua operación ginecológica. Ambos enfermos fallecieron por causa humoral.

## EQUIPO DE CIRUGIA VASCULAR

*(Período: agosto 1961-junio 1964)*

Sobre un total de 80 operaciones (simpatectomías lumbares 71, tromboendarteriectomías 6 y aneurismas de aorta 3), hubo necesidad de reintervenir dos enfermos. La primera intervención consistió en una tromboendarteriectomía aortoiliaca y la reintervención, la consecuencia de la trombosis aguda inmediata. Uno de los pacientes falleció y el otro sufrió la amputación del miembro inferior correspondiente.

## EQUIPO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO

*(Período: agosto 1961-junio 1964)*

No fueron tabuladas en este equipo, las operaciones menores. El número de operaciones mayores alcanzó la cifra de 187 operaciones.

Por causa mecánica fueron reintervenidos 6 pacientes. Salvo una dehiscencia de paredes abdominales, en una cáncer de colon, los 5 pacientes restantes que obligaron a 6 reintervenciones, lo fueron por complicación en una serie de 137 colostomías. Cuatro evisceraciones paracolostómicas en colostomías transversas y 2 obstrucciones; por estrechez de colostomías ilíacas uno y por estrechez en un cierre de colostomía transversa el otro. Vemos pues que el mayor número de complicaciones, en este equipo, se debió a la presencia de una colostomía, circunstancia que obliga a meditar sobre las perspectivas de esta operación, aparentemente sin trascendencia y de paradójica seguridad, en algunas circunstancias. Por peritonitis, se reintervinieron 3 pacientes. Por una necrobiosis de colon en una exteriorización por cáncer perforado, con buena evolución. Por una sutura simple en una herida de recto intraperitoneal, sin colostomía y por una colostomía, con cistectomía parcial, por diverticulitis fistulizada, con muerte de ambos pacientes.

## CONCLUSIONES

1) Hemos tratado de aportar estas cifras estadísticas de nuestro Servicio (gráfico 1), porque entendemos que, en el capítulo de las reintervenciones de urgencia, sólo el acúmulo de numerosas estadísticas podrá permitir conclusiones de algún interés profiláctico.

2) De acuerdo con nuestras cifras estadísticas, las complicaciones que determinaron mayor cantidad de reintervenciones de urgencia correspondieron casi por igual número a la etiología mecánica e infecciosa.

3) De las 38 reintervenciones de urgencia practicadas, las de causa mecánica e infecciosa representaron el 44,7% y el 34,4% respectivamente, las de causa hemorrágica el 10,5% y las vasculares el 5,2%.

4) Sobre un total de 1.709 intervenciones abdominales, las reintervenciones de urgencia llevaron a una mortalidad del 1,5%, pero el porcentaje de fallecimientos sobre el total de reintervenciones equivale al 47,3%, cifra significativa que revela el elevado tributo que pagan las reintervenciones de urgencia del abdomen.

5) Por la elevada mortalidad de las reintervenciones de urgencia del abdomen, consideramos que la profilaxis de las mismas debe constituir una seria preocupación del cirujano. Entre otras medidas, deberá siempre valorarse la conveniente preparación del enfermo, medio quirúrgico adecuado y capacitación correcta del cirujano y del equipo. Las intervenciones quirúrgicas de urgencia deberán efectuarse con amplio abordaje. Las incisiones transversas permiten la mejor exploración frente a la existencia de lesiones inciertas y dan mayor garantía contra las eventraciones.

6) La valoración del momento oportuno de la reintervención, constituye quizás una de las causas principales que gravan la mortalidad. La signología no siempre clara de las complicaciones postoperatorias por un lado y la existencia, innegable, de un complejo anímico paciente-cirujano, tienden a postergar ese momento. El juicio sereno, y la actitud valiente y decidida del cirujano, para superar esos factores, condicionarán mejores resultados.