

REINTERVENCIONES ABDOMINALES URGENTES

Dr. BENJAMIN P. CERIANI

Al ocuparnos de este capítulo de la cirugía muy poco tratado hasta el presente, vamos a referirnos en esta comunicación previa, a nuestra labor en las reintervenciones urgentes abdominales y las conclusiones que de las mismas hemos extractado; por lo tanto, no haremos relación ni comparación con otros resultados estadísticos nacionales o extranjeros.

Por coincidencia, este mismo temario que hace poco fuera tratado en el 35º Congreso Argentino de Cirugía, tuvo en esa ocasión un planteo acorde con el enfoque del último Congreso Latino Mediterráneo de Cirugía (San Sebastián, 1963; Presidente, Dr. Pi Figueras), al decir de uno de sus relatores (Dr. F. Loyúdice); o sea, considerar como reoperaciones urgentes las realizadas necesariamente en el postoperatorio inmediato de dos semanas; obedeciendo ellas a causas mecánicas, inflamatorias o hemorrágicas

Nosotros entendemos que pueden incluirse en estas reintervenciones urgentes, las de imperiosa u obligada realización en el postoperatorio, no sólo inmediato, sino también alejado, pero relacionado siempre con la primitiva operación; corrigiendo o subsanando con otro planteo quirúrgico, los accidentes, deficiencias, complicaciones o derivaciones imprevistas o inadvertidas, de una operación anterior; pero no considerando a esta segunda operación o reoperaciones urgentes iterativas, en algunas ocasiones, el complemento de lo que no pudo hacerse en la primera, o el paso final de una operación parcial no complicada.

Por lo tanto, hemos agrupado en un cuadro, que no pretende ser una clasificación definitiva, las causas y ejemplos, de la serie de casos que avalan en este trabajo, nuestra experiencia.

Para todo esto, hemos tenido en cuenta exclusivamente los casos asistidos y reoperados en nuestro Servicio de Cirugía de Urgencia del Hospital Salaberry de Buenos Aires; ya fueran enfermos propios o pertenecientes a otros servicios de nuestro Hospital, cuya urgente asistencia y colaboración nos fuera solicitada.

Luego, corresponde destacar la mayor incidencia estadística de reoperaciones urgentes de los Servicios Centrales de Guardia (comparadas con otras salas de cirugía del mismo hospital) y que, como en el nuestro centraliza todo el trabajo quirúrgico vespertino y nocturno.

En el lapso 1º X 1950 al 1º X 1964 fueron efectuadas 14.170 intervenciones urgentes por variadas afecciones, habiendo realizado en ese tiempo 57 reintervenciones abdominales también urgentes (0,40%), destacando que la edad y en especial la incidencia geriátrica no fueron factor preponderante entre los 16 fallecidos (28,07%).

Del total de reintervenciones efectuadas, el mayor porcentaje correspondió por operaciones anteriores electivas ("en frío"): 31 = 54,38%, aunque fue evidente y lógico que los resultados adversos fueran mayores en las reintervenciones urgentes, por operaciones anteriores también urgentes: 26 = 45,62%.

El presente cuadro que vamos a proyectar fue confeccionado en base a todas las variedades de casos reintervenidos y cuyos ejemplos como avales del mismo, por imperiosas razones de tiempo nos vemos obligados a omitir, pero que oportunamente serán publicados y que desde ya están a disposición de los señores Congresales.

CUADRO (ENSAYO DE CLASIFICACION ETIOPATOGENICA)
DE LAS REINTERVENCIONES ABDOMINALES URGENTES,
POR INTERVENCIONES ANTERIORES ELECTIVAS
O TAMBIEN URGENTES

- 1) Por complicaciones de operaciones extraabdominales vecinas: torácicas u óseas pelvianas (1).
- 2) Por evolución repentina y tempestiva de otra afección preexistente distinta, ignorada o conocida (2).
- 3) Por mala técnica por técnica equivocada o erróneo enfoque quirúrgico (3).
- 4) Por dehiscencias de suturas:
 - a) De causa local: suturas a tensión o sobre tejidos en malas condiciones (4).
 - b) De causa general: hipoproteinemia.
- 5) Por complicaciones vasculares:
 - a) Suturas defectuosas o inseguras: hemorragias postoperatorias de leve, mediana o gran intensidad (5).
 - e) Suturas tempestivas o incorrectas: trombosis, infartos (6).
 - c) Heridas vasculares inadvertidas (7).

- d) Por escaras de gruesos vasos (8).
 - e) Por lesiones de otros órganos (hemorragias secundarias por injurias inadvertidas de vísceras macizas) (9).
- 6) Hemorragias por trastornos de la coagulación que pueden llevar por desconocimiento a una reintervención inoperante (fibrinólisis hemorrágica postoperatoria) (10).
 - 7) Por maniobras inadecuadas o bruscas inadvertidas o intencionales (desgarramientos traumáticos quirúrgicos) (11).
 - 8) Por complicaciones inflamatorias o infecciosas (infecciones exógenas o endógenas): peritonitis difusas o localizadas (12).
 - 9) Por cuerpos extraños inadvertidamente olvidados y que posteriormente puedan configurar un A. A. Q. (13).
 - 10) Por complicaciones mecánicas (síndromes oclusivos):
 - a) Ileus por hernias internas (14).
 - b) Ileus por procesos sinequiales (15).
 - c) Ileus por pellicamientos de vísceras huecas (16).
 - d) Ileus por torsiones o vólvulus, etc. (17).
 - 11) Por aparición de otra afección distinta, aguda y quirúrgica, pero derivada • motivada por la operación anterior (18).
 - 12) Por complicaciones mixtas simultáneas, de igual o desigual naturaleza (preferentemente mecánicas) (19).
 - 13) Por lesiones asociadas, combinadas o independientes, no tratadas u olvidadas por premura quirúrgica o por insuficiente e inadecuada exploración operatoria (20).
 - 14) Por complicaciones parietales (visceraciones agudas parciales, totales y extraabdominales) (21):
 - a) Por emesis incoercible.
 - b) Por complicaciones pulmonares.
 - c) Por dehiscencias de causa local o general.
 - 15) Por avenamientos insuficientes, defectuosos o retirados prematuramente (22).

SINTESIS DE LOS EJEMPLOS DE CASOS ASISTIDOS QUE AVALAN LA CLASIFICACION

- (1) F. 381/59: Síndrome de oclusión intestinal delgada y lesión mesenterial postoperatoria tardía, por progresión hacia el abdomen de "un haz de clavos" en una operación ortopédica, por fractura de cuello de fémur.
- F. 197/53: Al tercer día de apendicectomizada, ruptura de quiste intraligamentario derecho.
- (3) A. 1951: Complicaciones hemorrágicas postapendicectomía aguda, operada sin ayudantes.

F. 531/64: Heridas varias de arma blanca en intestino delgado; reintervención en "cortocircuito" y resección segmentaria, por fístula y peritonitis en suturas muy próximas y aglutinadas.

F. 70/51: Re-ecceión de gran parte de vejiga confundida con saco herniario, en una hernioplastia a lo Bassini.

(4) 34260 S. C. G.: Dehiscencia de la sutura colónica a tensión y peritonitis, en una sigmoidectomía anterior por colopatía diverticular. con deficiente descenso del ángulo esplénico.

(5) F. 379/59: Tratamiento conservador del oviducto por embarazo ectópico. Reintervención radical por nueva hemorragia.

F. 535/64: Hemorragia posthisterectomía total, por deficiente ligadura de la uterina izquierda.

(6) F. 221/54: Infarto ileocecoecólico por ligadura tempestiva del tronco ileobiceoapendiculocólico postapendicectomía, en una incisión diminuta con fines estéticos.

F. 407/60: Infarto ileocecoecólico por lesión y ligadura de la cólica derecha, en una hernioplastia por H. I. D. con deslizamiento. Ileotransversostomía y resección.

(7) Hemorragia postherniotómica inadvertida, al lesionar un vaso del epiplón mayor en la sutura peritoneal. Reoperación a las 6 horas (F. 119/52).

(8) F. 452/61: Al movilizar un drenaje postapendicectomía aguda, se desprendió una escara por decúbito de la ilíaca externa, por impactación del extremo del drene. Marea de sangre y ↓ en plena reoperación.

(9) A. 1959: Lesión punzante inadvertida del bazo, durante una gastrectomía subtotal. Hemorragia secundaria; esplenectomía a las 48 horas.

(10) F. 340/57: Gastrectomía por úlcera perforada. Reintervención inoperante por hemorragia postoperatoria; no se visualizó ningún vaso sangrante. Fibrinólisis corroborada por pruebas posteriores de laboratorio.

(11) F. 289/56: Ileus mecánico postapendicectomía, por acodamiento exagerada y fijación de un segmento ileal, en una zona despulida de la raíz mesenterial, al traccionar excesivamente por una incisión diminuta la porción ileocecal.

F. 541/64: Desaparición total del epiplón mayor y la mitad contra-mesentérica del colon transverso, por legrado traumático uterino en una maniobra abortiva.

(12) F. 383/59: Gastrectomía de urgencia por hematemesis incoercible. Reoperado por peritonitis generalizada (vía exógena?) y reintervenido por tercera vez por absceso subfrénico.

F. 509/63: Esplenectomía por traumatismo esplénico. Oclusión intestinal por brida postoperatoria y peritonitis.

1252/64 S. O.: Operación cesárea a lo Munro-Kerr. Asas delgadas altas volvuladas sobre otra asa fija adherida, en una magma de peritonitis.

F. 503/63: Peritonitis localizada postapendicectomía (contaminación del muñón apendicular?). Reoperado por tercera vez de una colección subfrénica.

- (13) F. 505/62: Resección segmentaria de intestino delgado por heridas de arma blanca. Reintervención urgente por extracción de un largo clamp olvidado, que ocluía un segmento delgado.
- (14) F. 547/64: Histerectomía supravaginal y cérvicopexia del muñón a la pared abdominal anterior. Oclusión delgada por incarcerationamiento de un "bucle" intestinal en la brecha cérvicoparietal.
- (15) F. 241/55: Oclusión intestinal iterativa, por intenso proceso plástico de un segmento delgado, aglutinado por enteroperitonitis TBC. Nueve operaciones en total; la última "shunt en C. C." y resección segmentaria.
- (16) F. 43/51: Oclusión intestinal (volvulus del íleon) y peritonitis posthisterectomía subtotal, por pinzamiento intestinal al suturar muñón uterino, bajo una anestesia dificultosa (éter).
- (17) A. 1960: Volvulus e infartamiento de intestino delgado postapendicectomía, por epiploítis distal adhesiva. Resección 1,40 mt. de I. D.
- (18) F. 500/62: Gastrectomía subtotal por úlcus duodenal (intensa periduodenitis). Pancreatitis aguda hemorrágica postoperatoria.
- (19) F. 132/52: En una hernioplastia umbilical, evisceración aguda postoperatoria e íleus simultáneo por incarcerationamiento de un "bucle delgado", en un ojal de epiplón mayor.
- F. 308,56: Íleus por doble oclusión intestino delgado (independientes y simultáneas en dos segmentos). posthisterectomía.
- 35222 S. C. G.: Gastrectomía subtotal transmesocolónica (Billroth II^o). Estrangulamiento de las asas en el arco mesocolónico y perforación yeyunal postoperatoria del asa corta aferente ("estallido del asa cerrada").
- (20) A. 1963 S. C. G.: Apendicectomía subaguda. Síndrome de O. I. postoperatorio. Se descubre divertículo de Meckel necrosado y asas delgadas volvuladas e infartadas sobre el eje del divertículo. Reoperación: resección I. D., 1,20 mt.
- (21) Su habitual presentación oxime de todo ejemplo.
- (22) Ejemplos corrientes de íleus paralíticos postapendicectomías agudas por peritonitis enquistadas o residuales (colección del Douglas).

En el conjunto de enfermos reoperados, la mayor incidencia de accidentes o complicaciones, fueron:

1) Por complicaciones mecánicas	8 = 14,0%
2) Por complicaciones infecciosas (exógenas y endógenas)	7 = 12,2%
3) Por mala técnica	6 = 10,5%
4) Por suturas defectuosas (hemorragias)	4 = 0,7%
5) Por complicaciones mixtas simultáneas	4
6) Por avенamientos insuficientes	4
7) Evisceraciones por complicaciones pulmonares	4
8) Otras evisceraciones agudas	3 = 0,5%
9) Por suturas vasculares tempestivas	3
10) Por maniobras inadecuadas	3
11) Por causas varias (1 de e/u)	11

De todas las causas de complicaciones referidas en nuestro cuadro, fue evidente que las que evolucionaron más desfavorablemente y obligaron a extremar recursos fueron las infecciosas, aunque las mecánicas hayan ocupado el primer lugar.

De todos los casos descritos en nuestra serie, salvo cuatro de ellos que fueron complicaciones similares por avenamientos insuficientes, casi no existieron repeticiones, configurando cada uno de ellos un accidente o complicación diferente.

Cada caso frente a complicaciones de igual patogenia puede evolucionar caprichosamente, perfilando cuadros totalmente distintos y personalísimos; tener terapéuticamente diversos enfoques tácticos o merecer variadas conductas reintervencionistas en la medida del tiempo y de acuerdo al criterio personal de cada cirujano.

Es muchas veces la cirugía de las improvisaciones, de soluciones inesperadas o de medidas y recursos fortuitos; con resultados felices o adversos y donde generalmente las técnicas y normas precisas de tratamiento, se ven malogradas por el "stress" y evolución particular de cada enfermo.