

REOPERACIONES DE URGENCIA EN CIRUGIA INTESTINAL *

Dr. CELSO SILVA

1) INTRODUCCION

El presente trabajo comprende la experiencia de la Primera Clínica Quirúrgica, en relación con los problemas que plantean las reintervenciones de urgencia en la cirugía intestinal.

Nos ocuparemos solamente de las operaciones realizadas en el sector del tubo digestivo comprendido entre el ángulo duodenoyeyunal y el canal anal, excluyendo a éste y al duodeno. La serie que analizaremos comprende aquellos casos en los que el proceso patológico tiene una vinculación o asiento primitivamente intestinal. Se excluyen así situaciones como las estrangulaciones vinculadas a hernias de las paredes del abdomen, derivaciones bilioentéricas por afecciones biliopancreáticas, etc., que serán analizadas por otros colegas en este mismo Congreso.

En total, nuestro estudio comprende las operaciones realizadas en nuestro Servicio desde el año 1946 al presente y comprende un conjunto de 18.000 ingresos por causas variadas, entre los cuales existen 600 operaciones intestinales.

2) ANALISIS DE LAS OPERACIONES REALIZADAS

Colostomías

Transversa	66
Ilíaca	38
Cecal	19

Cierre de colostomías 127

* Trabajo realizado en la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter Suiffet.

Hemicolectomías	56
Derechas	32
Por neo	30
Por inflamación	2
Izquierdas	24
Por neo	20
Por inflamación	4
Amputaciones abdóminoperineales	32
Por neo	28
Por inflamación	4
Resecciones segmentarias	61
De colon	40
Por neo	30
Por inflamación	10
Del delgado	21
Colectomías totales	8
Por poliposis	1
Por colitis ulcerosa	6
Por colitis estenosante	1
Oclusiones intestinales	93
Por cuerpos extraños	9
Por bridas y adherencias	5
Por vólvulos	9
Sigmoiditis diverticular complicada	6
Ileocolostomías	10
Transversa	8
Sigmóidea	
Rectal	1
Perforaciones intestinales	47
Por enteritis segmentaria	1
Por oclusión	2
Por tifoidea	9
Por progresión tumoral	3
Por cuerpo extraño	2
Por contusión abdominal	2
Por herida del abdomen	28
Del delgado	14
Del colon	14

Resección de pólipo de recto o colon	2
Entero-enteroanastomosis de derivación	5
Por tuberculosis	1
Por bridas	1
Por enteritis	3
Fijación del ciego	10
Fístulas intestinales	11
Del delgado	
Del ciego	4
Ileostomías	6
Por colitis ulcerosa	4
Por otras causas	2
Infartos intestinales totales por obstrucción de los vasos mesentéricos superiores	3

3) ANALISIS DE LAS REOPERACIONES

(Ver cuadro 1)

La edad promedio de los reoperados fue 41 años. Las edades extremas, 18 y 68 años. No observamos relación entre la edad y la mortalidad.

De los 20 reoperados, 6 eran portadores de procesos neoplásicos (30%), del recto colon. De los 6 neoplásicos reoperados, 4 fallecieron (66%).

La causa más común de reoperación en toda la serie fue la oclusión intestinal mecánica (45%), siguiéndole en frecuencia la peritonitis localizada o generalizada (35%), y con menos frecuencia (10%) la oclusión mecánica más peritonitis (oclusiones mecánicoinflamatorias). Por último, la fistulización del delgado en un caso (5%).

El plazo de tiempo que medió entre la operación y la reoperación varió, según los casos, entre 12 horas y 30 días; sin embargo, en el mayor número de casos la reoperación se llevó a cabo varios días después de la operación. Por ello, el promedio general de la serie es de 15,2 días entre la operación y la reoperación.

Estudiando los procedimientos realizados en la reoperación y el resultado obtenido, vimos que el drenaje de la cavidad pe-

Cuadro I
REOPERACIONES

Edad	Enfermedad causal	Causa de la operación	Plazo entre operación y reoperación	Procedimiento realizado	Resultado
Promedio: 41 años.	Neo de recto y colon: 6.	Oclusión mecánica: 9.	Promedio: 15,2 días.	Resección intestinal: 3.	1 muerte.
Edades extremas: 18 y 68 años.	Oclusión por bridas: 4.	Peritonitis: 7. Localizadas: 5. Generales: 2.	Plazos extremos: 12 horas. 30 días.	Drenaje peritoneal: 1. Sección de bridas y adherencias: 5. Colostomías: 3.	9 muertes. 1 muerte. 2 muertes.
	Diverticulitis sigmoidea complicada: 3.	Fistulización intestinal: 1.			
	Herida colon: 2.	Oclusión mec. más peritonitis: 2.		Reconstrucción vena mesent.: 1.	1 muerte.
	Necrosis focal del colon: 1.	Infarto total del delgado: 1.		Laparotomía en blanco: 1.	
	Ileo biliar: 1.				
	Vólvulo ciego: 1.				
	Herida delgado: 1.				
	Estallido del delgado por contusión abdominal: 1.				

ritoneal, realizado en 8 casos (7 de peritonitis y 1 de peritonitis y oclusión mecánica), fue seguido de dos muertes (25,5%).

En el total, de 9 oclusiones mecánicas hubo 4 muertes (44,4%). Una en un caso de oclusión mecánica peritonitis, en el que se realizó resección segmentaria del delgado, reconstrucción del tránsito por sutura término-terminal y luego drenaje de la cavidad peritoneal. Dos casos de colostomía con fines de degravitación en oclusiones de colon postoperatorias. Un caso, en el que se realizó la sección de bridas conjuntivas, causa de la oclusión.

Por último, un caso de ligadura accidental de la vena mesentérica superior.

En suma, existieron 7 muertes en un total de 20 reoperados (35%).

4) COMENTARIO

El primer hecho a destacar es que la reoperación, tanto en cirugía intestinal como en muchos otros sectores, se hace necesaria ante la aparición de una complicación postoperatorio que sólo puede ser resuelta mediante la reintervención del paciente. La experiencia de nuestro Servicio nos permite afirmar que si bien existen afecciones, como los neoplasmas del tubo digestivo, que predisponen a complicaciones variadas, la complicación que motiva la reoperación, en la mayoría de los casos es el resultado de un error táctico o técnico.

Existen casos en que la evolución propia postoperatoria de la enfermedad causal (peritonitis pútrida por perforación intraperitoneal de un neoplasma de colon, por ejemplo) puede llevar a la muerte, cualquiera sea el plan terapéutico desarrollado. Pero la situación común es que uno o más errores estén en la base de las complicaciones postoperatorias.

El segundo punto sobre el que deseo insistir, es el retardo con que se plantea y lleva a cabo la reintervención. Analizando las historias, particularmente los casos comprendidos antes de 1960, se observa en la descripción de la evolución diaria del paciente cómo recién luego de varios días de un cuadro oclusivo mecánico flagrante o de una peritonitis indiscutible, se plantea la reoperación. Ello explica que los plazos desde la operación a la reoperación sean tan prolongados. Del mismo modo ese retardo no es seguramente ajeno a la elevada mortalidad observada. En los últimos años y en base a los hechos anotados, las reoperaciones se han planteado con más frecuencia y precocidad, diagnosticando precozmente la complicación en base a elementos clínicos y paraclínicos.

Existe un tercer problema de una importancia fundamental y sobre el cual se ocupa el Dr. Guaymirán Ríos Bruno, se refiere al análisis de las muertes que siguen a la cirugía abdominal en pacientes que no llegan a ser reoperados. Existe un interrogante capital en este problema, ¿cuántos pacientes fallecidos sin ser reoperados pudieron salvarse de haber sido reintervenidos? El total de pacientes operados en nuestra serie, es de 600. De ellos, 100 fallecieron, incluyendo los 7 casos de los reoperados; de modo que 93 pacientes fallecieron sin haber sido reoperados. En muchos de ellos la reoperación no estuvo indicada y la necropsia pudo demostrar que una reoperación no hubiera podido evitar la muerte. Pero de esos 93 casos, existieron por lo menos 15 que debieron ser reoperados, como lo demuestra la necropsia en algunos casos o la evolución clínica en otros.