

REINTERVENCIONES DE URGENCIA EN CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL *

Dr. CARLOS ITUÑO

LIMITACION DEL TEMA

Considerando al abdomen como un cilindro con dos tapas, la superior el diafragma y la inferior, los elevadores del ano, haremos el análisis de las operaciones realizadas en esas paredes y las reintervenciones que ellas generaron.

En primer lugar, tenemos que dividir el tema en dos capítulos: el primero incluye las operaciones realizadas para tratar procesos generados en la patología de la propia pared abdominal en todos sus sectores. Por su propia constitución anatómica, por la función que cumple y por el contenido visceral que alberga, predomina en este grupo la cirugía de las hernias.

Un segundo capítulo incluye operaciones realizadas para tratar procesos de las paredes abdominales, generados a consecuencia de intervenciones sobre su contenido. Las operaciones sobre el contenido visceral abdominal se realizan a través del pasaje obligado del cirujano por la pared y ello crea una patología muy especial que la vamos a considerar aparte: las eventraciones y las evisceraciones.

CONSIDERACIONES ESTADISTICAS

Se han analizado un total de 18.000 historias de enfermos tratados en la 1ª Clínica Quirúrgica (Hospital Pasteur), en los que se practicaron 6.636 operaciones abdominales, de ellos 1.039 corresponden a intervenciones sobre la pared abdominal.

Analizando el cuadro II, observamos que predomina netamente la cirugía de las hernias en sus diversas localizaciones,

* Trabajo efectuado en la 1ª Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina (Hospital Pasteur).

Cuadro I

Historias analizadas	18.000
Operaciones abdominales	6.636
Operaciones sobre las paredes abdominales	1.039
Porcentaje en el total de operaciones abdominales	15,6%

Cuadro II

ANÁLISIS

Hernias	847
Estranguladas	115
Crurales	83
Inguinales	631
Umbilicales	83
Diafragmáticas	29
Otras localizaciones	21
Cierre de evisceraciones	45
Eventraciones	135
Miscelánea	12

ocupando el primer lugar las hernias inguinales, le siguen en orden de frecuencia las hernias crurales, umbilicales y otras localizaciones.

Cabe destacar que de 847 hernias operadas, 115 fueron intervenciones de urgencia sobre estrangulaciones herniarias. Inmediatamente veremos la importante morbimortalidad de esta grave afección, lo que jerarquiza este capítulo.

En orden de frecuencia tenemos, en segundo lugar, las eventraciones.

Dada la limitación del tema, no nos detendremos en el análisis detallado de las mismas, destacando que dada la jerarquía de esta afección y por los problemas que trae aparejado su reparación, será motivo de un próximo trabajo.

Otros procesos topografiados en la pared abdominal, tales como: tumores, localizaciones hidatídicas, flemones, hematomas de la vaina del recto, etc., ocupan también aquí su lugar.

Cuadro III

ANÁLISIS DE LAS REINTERVENCIONES

167

Fecha	Diagnóstico	Operación	Complicación	Reoperación	Plazo	Evolución
14.177	Hernia umbilical estrangulada.	Debridamiento del anillo.	Oclusión mecánica. Necrosis del ciego.	Cecostomía.	2 días.	Muerte.
15.821	Eventración mediana supraumbilical.	Reparación.	Evisceración.	Cierre de la evisceración.	9 días.	Muerte a los 20 días.
13.513	Hernia inguinal estrangulada.	Liberación del asa. Plastia.	Peritonitis. Ileo adinámico.	Drenajes peritoneales.	3 días.	Ileo. Ileostomía. Muerte al 4º día.
10.978	Hernia crural estrangulada.	Exteriorización del asa estrangulada.	No.	Resce. del asa. Anastomosis.	6 días.	Buena.
16.727	Hernia inguinal estrangulada.	Debridamiento. Plastia.	Distensión. Bronquitis. Evisceración.	Cierre de evisceración.	4 días.	Buena.

REINTERVENCIONES EN CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL

Analizando en conjunto las 18.000 historias clínicas estudiadas, para un total de 6.636 operaciones abdominales, debieron ser reintervenidos de urgencia 158 pacientes (2,3% de reintervenciones de urgencia).

En 1.039 operaciones sobre la pared abdominal, debieron reintervenirse 5 enfermos (0,4% de reintervenciones de urgencia).

En el cuadro III tenemos esquematizadas las cinco reintervenciones en cirugía de la pared abdominal.

Cuatro de ellas fueron reintervenciones en operados de hernias estranguladas, el quinto enfermo fue reintervenido por una evisceración, luego de la reparación de eventración de incisión mediana supraumbilical.

En tres casos la causa de la reintervención se generó en una complicación del contenido herniario: el intestino delgado, huésped habitual de las hernias y eventraciones.

Es que en estos procesos se suman dos factores: el orificio herniario creando la situación para la estrangulación intestinal y el intestino estrangulado, con el compromiso vascular consiguiente y toda esa cadena de fenómenos que ocasiona, rigiendo y dando jerarquía y gravedad a este proceso.

Los dos casos restantes fueron evisceraciones, una secundaria como ya dijimos a la reparación de una eventración y el último caso, evisceración secundaria también a una intervención sobre hernia inguinal estrangulada que hizo una falla total de la pared a consecuencia de marcada distensión abdominal postoperatoria, bronquitis y tos.

El plazo mínimo para la reintervención en esta serie fue de 48 horas y el máximo de 6 días.

ANALISIS DE LAS MUERTES

Tenemos en este grupo un total de 15 muertos (cuadro IV).

Del total de 15 muertos, vemos que 12 de ellos corresponden a enfermos no reoperados, sólo tres murieron luego de la reintervención.

El análisis de esos 12 muertos no reoperados nos permite asegurar que en muchos casos la autopsia o el análisis posterior mostró que en algunos no se hizo diagnóstico correcto de la complicación que lo llevó a la muerte, en otros se hizo tardíamente o la reintervención fue diferida o se llevó a cabo en etapas de irreversibilidad; en otros existieron errores de técnica o de táctica quirúrgica y en un grupo elevado de casos, los desequi-

Cuadro IV

MUERTES EN CIRUGIA DE LA PARED ABDOMINAL

Total	15
No operados	12
Reoperados	3

Tipo de intervención

Hernia crural estrangulada	6
Hernia inguinal estrangulada	5
Hernia umbilical estrangulada	3
Eventración estrangulada	1

librios hidroelectrolíticos condujeron a estos enfermos a situaciones de irreversibilidad que acarrearón su muerte.

En lo que se refiere al tipo de intervención, observamos que de los 15 muertos, 6 corresponden a enfermos intervenidos por hernias crurales estranguladas, 5 a portadores de hernias inguinales estranguladas, 3 umbilicales y un último paciente con una eventración estrangulada.

En todos ellos existía compromiso intestinal en mayor o menor grado, siendo estas lesiones intestinales las que comandan la gravedad de estos enfermos.

Cuadro V

EVISCERACIONES

Total de operaciones abdominales	6.636	}	0,93%
Evisceraciones	62		
Evisceraciones reintervenidas	45		

Tipo de cirugía

Gastroduodeno	33
Hígado, vías biliares, páncreas	8
Intestino	7
Apéndice	1
Bazo, riñón, etc.	6
Pared abdominal	2
Peritonitis	5

Plazo más corto de evisceración: 10 horas.

Plazo más largo de evisceración: 12 días.

EVISCERACIONES

En un total de 6.636 operaciones abdominales, tenemos 62 evisceraciones (0,93%) (cuadro V), de los cuales 45 fueron reintervenidos.

Predominan netamente las evisceraciones en cirugía gastro-duodenal. La gran mayoría fueron dehiscencias secundarias a complicaciones graves de esta cirugía: fallas de suturas, peritonitis, distensión abdominal por oclusión mecánica, etc.; el resto corresponde a enfermos neoplásicos con gran toque del estado general, déficit nutricional, anemia, hipoproteïnemia, etc.

En un próximo trabajo será analizado este importante capítulo con mayor extensión.

CONCLUSIONES FINALES

El 15% de las operaciones abdominales se hicieron sobre sus paredes.

El 0,93% de los operados de abdomen se evisceraron.

El 53,3% de las evisceraciones corresponden a operaciones gastroduodenales.

El 13% de las hernias estranguladas fallecieron.

El 13,3% de las hernias que se operaron en el Servicio fueron estrangulaciones herniarias.

El 0,4% de los operados sobre procesos de la pared abdominal debieron ser reintervenidos.