

7 11209
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



CUADRO DE MEXICO
Servicios DDF
Médicos

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
Departamento de Posgrado
Curso Universitario de Especialización en:
Cirugía General

**“LA UTILIZACION DE UN ZIPPER ABDOMINAL FACILITA LA
EXPLORACION ABDOMINAL REPETIDA, MEJORANDO ASI
LA SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON SEPSIS
ABDOMINAL DE CUALQUIER ORIGEN.”**

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a :

Dr. Hugo Avendaño Valenzuela

para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Director de Tesis: Dr. Jesús Fermín Escobedo Anzures

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	4
RESULTADOS	6
DISCUSION	7
CONCLUSIONES	9
RESUMEN	10
BIBLIOGRAFIA	11

I N T R O D U C C I O N

La sepsis abdominal es un padecimiento complejo y de difícil manejo que pone a prueba el juicio clínico y la capacidad técnica del cirujano, ya que además del problema abdominal, generalmente se acompaña de alteraciones sistémicas importantes que llevan al paciente a la falla orgánica múltiple y muerte en un alto porcentaje(1). Hay mucha controversia en la literatura acerca de cual es la mejor forma de tratar este problema y por lo mismo se han ideado muchos procedimientos con el fin de tratar de disminuir las complicaciones y con esto la mortalidad. En 1905 Price demostró que el desbridamiento y lavado de la cavidad abdominal en sujetos que tenían apendicitis complicada era eficaz y señaló una importante disminución en la mortalidad después de tal maniobra(2). En 1962 Artz y Cols. demostraron que el lavado de la cavidad peritoneal con una solución con antibióticos en el momento de la laparotomía disminuía la mortalidad en pacientes con sepsis abdominal (2,3).

En 1964 Schummer y cols. fueron los primeros en establecer las bases teóricas del lavado posoperatorio (4). Mc Kenna en 1970 trató a sujetos por medio de lavado posoperatorio continuo y advirtió una disminución en la tasa de mortalidad, de un 60% a un 20% y disminución en la aparición de abscesos intraabdominales y complicaciones de la incisión (5).

Stephen y Loewenthal en 1978 confirmaron los datos anteriores y señalaron una tasa de mortalidad del 22% con lavado peritoneal continuo. Sin embargo el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico en tales pacientes obligaba a una vigilancia constante y minuciosa y había una tendencia a la formación de fistulas en los sitios de drenaje (6).

Steinberg en 1979 utilizó suturas aponeuróticas sobre taponamiento abdominal y cerró de primera intención el abdomen 72 hrs después de extraer el taponamiento y de examinar la cavidad abdominal para corroborar el resultado de la peritonitis y la disminución de la contaminación del peritoneo con una mortalidad del 7% (7).

En 1980 Anderson y cols. indicaron los resultados obtenidos en 20 enfermos a quienes se les realizó taponamiento de la cavidad y que después fueron sometidos a nuevas operaciones programadas hasta que a juicio del cirujano desapareció la infección, con una mortalidad del 60% (8).

Duff y Moffat en 1981 trataron 18 enfermos después de nueva exploración por peritonitis generalizada y se valieron de la técnica de dejar abierto el abdomen con una mortalidad del 38% (9). En el mismo año Maetani y Tobe trataron de resolver el problema por medio de un método en etapas para abrir de nuevo el abdomen en un periodo de 9 días, la mortalidad fue del 15% con una incidencia de reintervención por abscesos residuales en un 31%. (10).

Wouters y cols. sugirieron en 1983 el uso de una malla Marlex para cerrar el abdomen sin tensión en pacientes con peritonitis difusa con una mortalidad del 20% (1).

En 1986 Hedderich y cols. en Montreal y Teichman y Cols. en Alemania combinaron el empleo de malla Marlex con un zipper para permitir inspección, debridación y lavado de toda la cavidad (11,12). En 1987 Garret L. Walsh y cols. comunicaron un reporte de 34 pacientes y colocaron una malla Marlex con zipper para manejo de pacientes con sepsis abdominal, realizando lavados diarios, obteniendo una mortalidad del 35%.

En nuestro medio (S.M.D.D.F.) Vidrio y Cols. en 1988 reportan un estudio, empleando un zipper de Nylon suturado a la aponeurosis con Nylon, realizando reexploraciones a través de este, reportando una mortalidad del 40%.

En base a estos estudios se realizó un trabajo similar en pacientes con sepsis abdominal, a los cuales se les colocó un zipper de Nylon suturado a la aponeurosis, con el fin de facilitar la reexploración y lavado de la cavidad abdominal, acortando el tiempo quirúrgico requerido, disminuyendo igualmente el tiempo anestésico en beneficio de los pacientes sometidos a exploraciones y procedimientos anestésicos repetidos.

La hipótesis planteada para el presente estudio fue: " LA UTILIZACION DE UN ZIPPER ABDOMINAL FACILITA LA EXPLORACION ABDOMINAL REPETIDA, MEJORANDO ASI LA SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON SEPSIS ABDOMINAL DE CUALQUIER ORIGEN ? "

M A T E R I A L Y M E T O D O

Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de sepsis abdominal de diversa etiología, detectados y tratados en el Hospital General Dr.-Ruben Leñero de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, en un lapso comprendido entre el 10 de -Marzo y el 30 de Noviembre de 1989.

El material empleado consistió en: Zippers de Nylon de 30 Cm., sutura monofilamento de Nylon 2/0 y solución salina isotónica.

Se incluyeron en el presente estudio pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de sepsis abdominal de cualquier etiología, diagnosticada tanto en la primera intervención quirúrgica, cuando esta reveló la presencia de peritonitis generalizada con colecciones purulentas en los espacios subfrénicos o fosa pélvica, con evolución mayor de 3 días de iniciado el proceso morboso y afectación del estado general, así como pacientes que debido a complicaciones de cirugía abdominal desarrollaron sepsis abdominal, sin considerar el tiempo de patrón séptico.

A todo el grupo de pacientes que se incluyeron en el estudio se les aplicó un zipper de nylon suturado a la aponeurosis con nylon monofilamento con surgete continuo.

En el presente estudio se excluyeron pacientes con enfermedades crónicas avanzadas e inmunodeprimidos, al igual que pacientes que fallecían dentro de las primeras 24 horas.

La edad promedio de los pacientes estudiados fue de 26.01 años - (rango de 17-48 años) y estuvo integrado por 6 pacientes masculinos y 4 del sexo femenino.

Las causas de sepsis abdominal fueron: Apendicitis aguda complicada 2 pacientes; secundaria a cirugía ginecoobstétrica 2; absceso pancreático 1; dehiscencia de anastomosis de intestino delgado 2; - absceso subfrénico secundario a trauma hepático 1; trombosis mesentérica con necrosis de intestino delgado 1; colostomía umbilicada 1.

Una vez que se determinó que un paciente ingresaba al estudio y terminado el procedimiento quirúrgico primario, se procedió a lavar la cavidad abdominal en forma exhaustiva con solución isotónica has

ta quedar la cavidad abdominal limpia, posteriormente se procedió a secar perfectamente la cavidad abdominal con compresas, una vez realizado el procedimiento anterior se colocó un zipper de nylon, el cual se suturaba a la aponeurosis con nylon 2/0, dejando sin suturar las demás capas de la pared abdominal, cubriendo la herida únicamente con apósitos húmedos. El paciente era trasladado a la unidad de cuidados intensivos, en donde, dependiendo de su estado general y ventilatorio, se decidía si el paciente requería de intubación orotraqueal y ventilación asistida con ventilador mecánico o podía permanecer sin necesidad de estos procedimientos. Igualmente cuando se determinó que no existía ninguna contraindicación para ello se inició alimentación parenteral a la brevedad posible con el fin de disminuir el estado hipercatabólico propio de un paciente con sepsis grave. Todos los pacientes fueron llevados a la sala de quirófano cada 24 horas para realizar lavado de la cavidad a través del zipper y revisar al mismo tiempo la existencia de colecciones purulentas y revisar anastomosis de alto riesgo, cuando se encontró que el paciente no presentaba colecciones purulentas el periodo de lavado se prolongó a cada 48 hrs. y si en dos ocasiones se encontraba limpio con anastomosis íntegras se procedió a retirar el zipper y se efectuó sutura de la pared abdominal en un solo plano con material no absorbible cuando esto fue posible, posteriormente se continuaba la vigilancia de los pacientes y en cuanto sus condiciones generales lo permitían se egresaban del servicio.

R E S U L T A D O S

En el análisis de los resultados, para los parámetros considerados se tomó en cuenta el tiempo de evolución del foco infeccioso primario que originó la sepsis abdominal, que en promedio fue de 6.3 días (rango de 3-10 días).

El número de lavados realizados a través del zipper fue de 3.6 - (rango de 3-5)

Ningún paciente presentó rechazo al zipper y en 5 se pudo realizar el cierre de la pared en un plano (50%).

El promedio de días que los pacientes requirieron ventilador fue de 11 días (rango de 2-20 días) .

La alimentación parenteral se empleó en el 80% de los pacientes.

El tiempo de permanencia del zipper suturado a la aponeurosis fue de 6 días (rango de 5-8 días).

La estancia hospitalaria de los pacientes fue de 17.6 días (R 7-30)

La mortalidad global de los pacientes llego al 70%. (7 pac.).

Dentro de las causas del fallecimiento de los pacientes se encontró: Falla Orgánica Múltiple 4 pacientes; SIRPA en dos pacientes y - tromboembolia pulmonar masiva en un paciente al cual ya se le había retirado el zipper 8 días antes dejando el abdomen abierto.

En un paciente se tuvo que realizar esplenectomía por desgarro - del bazo durante uno de los lavados.

D I S C U S I O N

En la actualidad con el auge en la atención médica de primer nivel, se deben tomar medidas para que los cuadros abdominales supurativos sean detectados a tiempo en forma temprana y enviados a un segundo nivel de atención para que se realice el tratamiento quirúrgico adecuado, evitando con esto las catástrofes abdominales como lo es la sepsis abdominal grave.

La primera intervención quirúrgica en los pacientes con peritonitis grave, así como la cirugía electiva y traumática, sigue y seguirá siendo decisiva para determinar el futuro de los pacientes quirúrgicos.

La peritonitis supurativa se ven complicada en su evolución debido a la persistencia o recurrencia de la sepsis abdominal generalmente lleva a la muerte en un alto porcentaje a pesar de los avances obtenidos para la atención de este tipo de pacientes (1).

El principio de prevenir y tratar la persistencia o recurrencia de la sepsis abdominal incluye: Debridación del tejido muerto, drenaje de abscesos y prevención de su reacumulación, sin embargo, es difícil determinar cuando un paciente debe ser reintervenido, sobre todo cuando se carece de métodos sofisticados de diagnóstico que nos puedan ayudar (2), como es el caso de nuestras unidades hospitalarias.

Por tal razón, como ya vimos se han ideado muchos métodos quirúrgicos para mejorar el pronóstico de los pacientes con sepsis abdominal, siendo uno de estos y de los primeros en ser empleados el dejar el abdomen abierto con los inconvenientes ya mencionados.

La utilización de un zipper suturado a la aponeurosis es un procedimiento que tiene poco tiempo que se utiliza y con algunos resultados alentadores, ya que además de facilitar la reexploración de la cavidad abdominal, los lavados repetidos evitan la formación de nuevos abscesos y la persistencia de la sepsis abdominal.

La muestra obtenida en el presente estudio aun es pequeña para definir un criterio exacto en cuanto a que tipo de pacientes y en que momento se puede emplear este manejo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio difieren de los obtenidos por otros autores ya mencionados los cuales emplearon un metodo similar al nuestro. Lo que si se puede comparar es en cuanto a la resolución de la sepsis abdominal, tiempo quirúrgico, facilidad de realizar las reintervenciones y disminución del tiempo anestésico empleado en este tipo de pacientes. No siendo asi en cuanto al porcentaje de la mortalidad ya que en nuestro grupo encontramos una mortalidad aun elevada, haciendo hincapié en que la mayor parte de los pacientes que fallecieron no presentaban ya datos de sepsis abdominal activa, sino que fallecieron a consecuencia de sepsis generalizada grave con falla orgánica múltiple en la mayor parte de los casos como ya se mencionó en el apartado correspondiente.

La otra situación, también ya reportada por otros autores es la posibilidad de que los pacientes desarrollen una hernia laparotómica por imposibilidad de suturar la pared en el momento de retirar el zipper, nosotros logramos suturar la pared en el 50% de los casos ya que esta se encontraba en buenas condiciones, haciendo mención que los pacientes a quienes no se les pudo suturar la pared, fue a causa de que estos fallecieron antes de que se les retirara el zipper.

C O N C L U S I O N E S

Las conclusiones a las que podemos llegar con el presente estudio son las siguientes :

La utilización del zipper facilita la reexploración de la cavidad abdominal , logrando de este modo un drenaje mas efectivo de esta , se evidencia en forma temprana la recurrencia de la sepsis , evitando de esta manera la formación de nuevos - abscesos y ademas se pueden revisar anastomosis de alto riesgo

Se acorta el tiempo quirúrgico en los procedimientos al - no tener que estar suturando la pared después de cada intervención , evitando con esto mas daño de la misma , permitiendo mejores condiciones para un cierre definitivo.

El método es útil para resolver en forma adecuada y en un lapso de tiempo adecuado la sepsis abdominal , haciendo hincapié en que el método de ninguna manera nos ayudará para revertir o modificar la evolución natural de pacientes que ya presentan falla orgánica múltiple.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

R E S U M E N

Se estudiaron 10 pacientes de ambos sexos, todos mayores de 15 años de edad, los cuales presentaban diagnóstico de sepsis-abdominal severa.

El grupo en estudio se manejó con resolución del foco primario de la sepsis , lavado de cavidad, colocación de un zipper - a la aponeurosis, realizando posteriormente a través de este -- reexploraciones de la cavidad abdominal , así como lavados repetidos hasta la resolución de la sepsis abdominal.

Los resultados fueron: El zipper facilita la reexploración de la cavidad abdominal así como su lavado, se evita la formación de abscesos y se disminuye el tiempo quirúrgico.

Además se puede concluir que el método empleado ayuda a resolver adecuadamente la sepsis a nivel abdominal , pero no modifica ni ayuda a resolver el problema de pacientes con falla orgánica múltiple.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Wouters DB , Krom RF, Slood MH et al. The use of the Marlex mesh in patients with generalized peritonitis and multiple organ system failure. Sur. Gynecol.Obstet. 156:609-617, 1983.
- 2.- Vidrio: Manejo de la sepsis abdominal por medio de un zipper de nylon: Tesis profesional de posgrado. 1988.
- 3.- Artz CP, Barnet WO, Grogan JB: Further studies concerning - the pathogenesis and treatment of peritonitis. Ann Surg 155 - 756-767, 1962.
- 4.- Schummer W, Domingo KL, Jones B : Peritoneal lavage in postoperative therapy of late peritoneal sepsis. Surg. 55: 6 1964.
- 5.- Mc Kenna JP, Mac Donald JA, Mahoney LJ, et al: The use of - continuous postoperative peritoneal lavage in the management of difuse peritonitis. Surg, Gynecol. Obstet.130:254-258.1970
- 6.- Stephen M, Loewenthal J : Continuing peritoneal lavage in high risk peritonitis.Surg. 85:603-606, 1979.
- 7.- Steinberg D: On leaving the peritonitis cavity open in acute generalized supurative peritonitis. Am J Surg 137:216-220, 1979
- 8.- Fry DE, Pearlstein L., Fulton RL, et al. Multiple system organ failure. Arch. Surg 115:136-140, 1980
- 9.- Duff JH, Moffat J; Abdominal sepsis managed by leaving abdomen open Surgery 90:774-778, 1981.
- 10.- Maetani S, Tobe T: Open Peritoneal Drainage as effective treatment of advanced peritonitis. Surgery 90:804-809 1981.

- 11.- Teichmann W, Witmann DH, Andreone PA; Scheduled reoperations (Etappen Lavage) for diffuse peritonitis. Arch Surg 121: 147-152, 1986.

- 12.- Hedderich GS, Wexler MJ, Mc Clean AP, Et Al: The septic abdomen: open management with Marlex mesh with a zipper; Surgery 99:399-407 1986.