

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

83



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I. S. S. S. T. E.

20

FACULTAD DE MEDICINA
★ ABR. 27 1994 ★
SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE REINTEGRACION
MDMR

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR AGUSTIN PACHECO MERLO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO D. F.

1994



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.

DR. ANTONIO LIHÓ NECOECHEA
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL

DR. DARIO MEZA MARTINEZ
COORDINADOR DE TESIS

DR. AGUSTIN PACHECO MEZA
ASESOR DE TESIS

DRA. ELVIA REYES SANCHEZ
COORDINACION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E.
Depto. de Investigación
NOV 2 1993
HOSPITAL TACUBA
REVISADO

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
NOV. 3 1993
HOSPITAL TACUBA
ENSEÑANZA

REINTERVENCIONES

EN

CIRUGIA

A MIS PADRES:

DR. AGUSTIN PACHECO MEZA y
SRA. GUADALUPE MERLO DE PACHECO.
Gracias por haberme dado la
mejor instrucción desde pequeño,
por ayudarme a ser lo que soy y
por apoyarme incondicionalmente
en todas las etapas de mi vida.

A MI ESPOSA LULU y MI BEBE
AGUSTIN, gracias por su apoyo y
por compartir conmigo todos los
momentos de mi vida.

AL TENIENTE CORONEL PASCUAL
ITURBE RODRIGUEZ y SRA.
GRACIELA GONZALEZ BAZ
OCHOTERENA, por su ayuda
desinteresada para que mi sueño
se hiciera realidad.

A MIS HERMANOS: IRMA, ARMANDO y
CLAUDIA, gracias por contar con
ustedes.

**Agradezco a todos mis maestros la ayuda que me
brindarion en forma desinteresada para lograr mi objetivo.**

DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA

DR. GENARO LOYO ARNAUD

DR. DARIO MEZA MARTINEZ

DR. ALFONSO RESENDIZ RIVERA

DR. LUIS ALFREDO ALVARADO ARIAS

DR. ARTURO ESPINOZA PACHECO

DR. DANIEL BUENDIA PACHECO

DR. DAVID RAYO BUSTOS

DR. OCTAVIO GARCIA VILORIA

DR. RUBEN GUSTAVO TORRES AVILA

DR. MIGUEL SANTOS PULIDO DOMINGUEZ

DR. JOSE LUIS HURTADO DIAZ

DR. ALFONSO FLORES GONZALEZ

DR. DAVID JUAREZ CORONA

DR. ALBERTO GONZALEZ HERRERA

DR. CARLOS GIDI TORRES

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
HIPOTESIS.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEORICO.....	6
-PARED ABDOMINAL.....	7
-OBSTRUCCION INTESTINAL.....	13
-Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico..	15
-Vólvulo.....	19
-ABSCESES INTRAABDOMINALES.....	23
-Causa de los abscesos.....	26
-HERNIAS INGUINALES RECIDIVANTES.....	29
-FISTULAS GASTROINTESTINALES.....	31
-Control de la fístula.....	33
-CIERRE DE COLOSTOMIA.....	35
-CAUSA DE RECURRENCIA DE FISTULAS PERIANALES.....	37
-HEMORRAGIA POSTOPERATORIA.....	38

TRABAJO DE INVESTIGACION.....	41
-MATERIAL Y METODOS.....	42
-RESULTADOS.....	58
-ANALISIS ESTADISTICO.....	65
-COMENTARIOS.....	74
-CONCLUSIONES.....	81
-BIBLIOGRAFIA.....	84

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

Desde hace muchos años, cuando la Cirugía se inició en forma empírica, el procedimiento era el de "ensayo y error", se realizaba un procedimiento que se creía el mejor indicado; gracias a los errores anteriores que se cometieron, se han desechado algunos procedimientos quirúrgicos en beneficio del paciente, ya que ocasionaban muchas complicaciones y quizá hasta la muerte del paciente.

Con lo que sabemos actualmente de técnicas quirúrgicas y las complicaciones entre ellas, se nos haría risorio pensar que un determinado procedimiento realizado, por ejemplo, en 1910 y que posteriormente fué desechado por haber demostrado no servir para nada, que se hubiese empleado actualmente en algún paciente.

La Cirugía diariamente se encuentra en proceso de cambio y algunos de los procedimientos nuevos para nosotros actualmente, parecerán obsoletos en el futuro.

Es por ello, que Reintervenciones en Cirugía, representa un trabajo que nos invita a reflexionar sobre lo que estamos haciendo, que a pesar de ser Cirujanos tenemos

como todo ser humano la posibilidad de equivocarnos ya sea en realizar un procedimiento quirúrgico que no sea el indicado en el paciente o que por falta de preparación, ignorancia o cuidado en la técnica quirúrgica, deban ser reintervenidos los pacientes y que teniendo ese cuidado en la primera Cirugía pudiese haberse evitado.

Es muy difícil para nosotros aceptar "yo me equivoqué" y queremos echarle la culpa a nuestros ayudantes, al paciente mismo, mencionando que debido a que es un paciente de alto riesgo era inminente la posibilidad de una segunda intervención, sabemos que de hecho hay pacientes que se intervienen quirúrgicamente en malas condiciones, pero que es absolutamente necesario intervenirlos porque sin ello pudiesen fallecer.

Es por ello que en éste estudio se trató de correlacionar a los pacientes, las causas de la primera cirugía, si era paciente de alto riesgo, si fué cirugía programada o de urgencia; y así determinar en qué estamos fallando y tratar en el futuro de evitar esas fallas que condicionan una segunda intervención del paciente.

Desearíamos que siempre a nuestros pacientes les

fuera bien, creo que ninguno de nosotros querría provocarle intencionalmente a un paciente alguna complicación, sin embargo está en nuestras manos tratar de evitar al máximo que el paciente requiera de una segunda intervención.

Sabemos que hay procedimientos como una Colostomía o Ileostomía que requieren inminentemente una segunda intervención para su reconexión, pero sabemos también que hay muchos procedimientos que por no cuidar esos detalles que hacen la diferencia entre un Cirujano y otro, llevan al paciente a un segundo acto quirúrgico; es el caso de las plastías de pared por hernias postincisionales en pacientes programados que se supone que en la primer cirugía el paciente se encontraba en buenas condiciones y salta a la vista la mala técnica con que fué realizado el primer procedimiento.

Esta tesis trata de dar a conocer a nosotros mismos en donde estamos fallando para poner más cuidado de hoy en adelante en estos errores que involuntariamente cometemos; es un gran exhorto a todos mis compañeros de la Residencia a cuidar esos detalles que hacen la diferencia.

H I P O T E S I S

La reintervención en Cirugía se debe probablemente a las siguientes causas:

- 1.- Mala elección de la técnica.
- 2.- Mala realización de la misma.
- 3.- Malas condiciones del paciente.

La mayoría de los pacientes complicados son procedentes de Cirugías de Urgencia por no contar con las condiciones ideales.

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las causas más comunes de reintervenciones en nuestro Servicio, para en el futuro tener mayor cuidado en la realización de cualquier procedimiento quirúrgico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Detectar errores para evitar la reintervención.
- Definir si los pacientes de Uregcias fueron los que presentaron el mayor número de complicaciones en comparación con los pacientes electivos.
- Enfatizar que los pequeños grandes detalles hacen la diferencia entre una cirugía sin morbilidad y una cirugía de reintervención.

M A R C O T E O R I C O

Iniciaremos nuestro trabajo de investigación revisando las diferentes causas que pueden dar origen a una reintervención, separándolas de acuerdo con la patología que la condiciona.

P A R E D A B D O M I N A L

Todos los médicos y en especial los Médicos Cirujanos conocemos la anatomía de la pared abdominal, sin embargo a veces no concedemos la importancia clínica que merecen cada una de las capas de las que consta. El riego arterial es cuantitativamente distinto en las partes que la componen, por ejemplo: la piel y tejido subcutáneo, reciben su irrigación de los vasos perforantes a través de la aponeurosis formando un arco, por lo que es difícil que se produzca isquemia y necrosis. El riego sanguíneo de la grasa es muy importante de ahí que es posible el proceso infeccioso en ese nivel, ya que puede haber proliferación bacteriana por el buen aporte de nutrientes. La aponeurosis se nutre de los vasos de los músculos que se encuentran subyacentes o suprayacentes, de ahí que si se separa la aponeurosis del músculo hay alto riesgo de que presente isquemia, lo mismo si hay disminución de la irrigación del músculo.

El riego sanguíneo en los músculos va paralelo a sus fibras musculares, existen redes entre sí, de tal manera que es muy difícil lograr isquemia en el músculo.

Desafortunadamente, la incisión de la pared abdominal y complicaciones postoperatorias en sí pueden ser la causa de la reintervención y el problema puede variar desde una simple infección de la herida hasta una fascitis necrosante. Las infecciones de la herida, normalmente se tratan retirando las suturas de la piel y realizando lavados exhaustivos del tejido subcutáneo y grasa, este tipo de infecciones curan satisfactoriamente y cierran por segunda intención, pocas veces utilizamos antibióticos. También pueden producirse separaciones aponeuróticas con o sin infección, o con o sin evisceración. El que uno o dos puntos se suelten o rompan, puede crear una pequeña area de dehiscencia por un error técnico, y en este punto es importante enfatizar que la sutura que nosotros manejamos no esté deshilachada o material debilitado o caduco, ya que pueden ser causas comunes de dicha complicación.

Debido al incremento de las suturas continuas en las aponeurosis, aunado a una mala técnica, favorece una separación total de la aponeurosis con la eventración o evisceración correspondiente.

La fascitis necrotizante es una complicación de la herida que amerita un tratamiento rápido y oportuno ya que

son infecciones polimicrobianas y puede tener un desenlace fatal; el debridamiento amplio con eliminación considerable de aponeuorisis infectada es el tratamiento que debe realizarse a la mayor brevedad posible.

Por lo anteriormente mencionado es importante prevenir las complicaciones en la pared abdominal; se considera que una pared abdominal a tensión crea isquemia y la isquemia condiciona indudablemente la infección de los tejidos, la isquemia por estrangulación de suturas aponeuróticas puede producir necrosis , por lo tanto son variables y tenemos que considerarlas cuando estamos suturando una pared abdominal.

Es preferible cuando vamos a realizar reintervención para reparar una pared, iniciar preoperatoriamente con antibióticos, dependiendo de la cirugía previa que se realizó, para tener niveles séricos adecuados en el momento de la reintervención. Es importante además en pacientes en que se realizará intervención quirúrgica para reparar una hernia postincisional la preparación intestinal con antibióticos y en forma mecánica, ya que se ha visto que puede haber lesión de colon transverso cuando se realiza cirugía del abdomen superior.

Se puede dividir a la reintervención por hernia postincisional en dos grupos: aquellos pacientes que necesitan intervención urgente por evisceración y aquellos que se puede diferir su segunda intervención. Los de la intervención urgente, tienen la desventaja que el proceso que dió origen a la primer intervención todavía está latente y quizá necesite una nueva intervención después de ésta, por lo tanto es necesario enfatizar en los siguientes puntos importantes:

- 1.- Debridamiento de los bordes de la piel y grasa, sobretodo en pacientes politraumatizados o procesos infecciosos intraabdominales.
- 2.- En algunos casos descompresión intestinal con sonda nasogástrica o nasointestinal para evitar distensión y reducir la presión intraabdominal.
- 3.- Retirar material aponeurótico desvitalizado o con mala irrigación; la fibrosis no sirve para suturarse ya que su irrigación es muy pobre.
- 4.- Valorar los factores variables que fueron la causa de la reintervención ya que pudo haberse debido

solamente a un error puramente técnico.

- 5.- Cuando fué la causa un proceso infeccioso con necrosis de la aponeurosis es esencial el desbridamiento adecuado de la capa aponeurótica hasta el tejido viable y sangrante.
- 6.- En general, los puntos de contención pueden evitar una evisceración pero definitivamente no evitan la dehiscencia.
- 7.- Cuando se realiza una reintervención, la abertura de la cavidad abdominal a través de la incisión previa suele ser menos conveniente ya que la cicatriz anterior está menos vascularizada y se encuentra con un mayor riesgo de infección. Las adherencias constituyen un medio difícil para penetrar a la cavidad y puede haber enterotomías inadvertidas por dichas adherencias.
- 8.- Cuando el paciente presente varias incisiones en el abdomen se recomienda:
 - a). No realizar incisión en angulo agudo con la incisión previa, hacerla en angulo recto.

b). Deben evitarse incisiones paralelas verticales ya que crean un área de isquemia relativa en la porción más central de su extensión paralela.

c). Como en la línea alba, el entrecruzamiento del riego sanguíneo aponeurótico es muy escaso, una incisión paramedia aún sin incisión previa en la línea media produce un borde relativamente isquémico en la porción interna de la herida, por lo que se sugiere en la literatura mundial no realizar incisiones paramedias.

O B S T R U C C I O N I N T E S T I N A L

La causa más frecuente en la sociedad occidental de obstrucción intestinal son las adherencias intraperitoneales, en segundo lugar se encuentran las obstrucciones por tumoraciones y hernias inguinales.

Las adherencias pueden ser benéficas hasta cierto punto pero llegado el momento pueden traernos muchas complicaciones como es el proceso obstructivo. Existen dos tipos de obstrucciones intestinales: la parcial y la completa, y difieren ampliamente de su tratamiento. Sabemos bien que los pacientes sometidos a un nuevo evento quirúrgico por adherencias corren el riesgo de presentar nuevas adherencias, por lo que la observación en un tiempo determinado, junto con su manejo correspondiente de descompresión por sonda nasogástrica o nasoyeyunal y corrección de líquidos y electrolitos mientras tanto, es aceptado.

PATOGENIA DE LAS ADHERENCIAS:

Las adherencias primarias son poco comunes, así que la gran mayoría pertenecen a procesos inflamatorios e irritativos creados en la cirugía previa; inicialmente las

adherencias son membranosas, difusas y bien vascularizadas. A los 3 meses esas adherencias se vuelven menos extensas y más definidas y el procedimiento quirúrgico es relativamente más fácil, y con ello se pueden evitar lesiones yatrógenas del intestino.

las adherencias con radiación se vuelven más vascularizadas, más fibrosas y más problemáticas; la cantidad de adherencias no garantiza que se presentará oclusión intestinal, ya que una sola puede producirla.

Experimentalmente cualquier manipulación del intestino puede inducir a adherencias, talco, abrasión de la mucosa por compresas o gasas, compresión excesiva de los tejidos con instrumentos, producción de zonas isquémicas, grandes cantidades de tejido desvitalizado en ligaduras quirúrgicas, materiales de sutura quirúrgicos que producen inflamación (catgut) son los que aumentan la respuesta inflamatoria excesiva y adhesiva. Es posible tener mayor cuidado en estos detalles para evitar las adherencias.

Es importante para el diagnóstico de la oclusión intestinal secundaria a adherencias la historia clínica minuciosa debido a que en la exploración física se comportan como obstrucción intestinal de cualquier tipo y en especial

hay que diferenciarla de la obstrucción por un carcinoma.

TRATAMIENTO QUIRURGICO Y NO QUIRURGICO:

El Dr. Owen Wangesteen, estudió la fisiopatología del proceso obstructivo y se dió cuenta que hacia el intestino se libera una gran cantidad de líquido que se acumula dentro de la luz intestinal, por tal motivo se considera muy importante la reposición de este líquido que del espacio intravascular se encuentra secuestrado, además considera importante la utilización de la sonda nasogástrica o nasoyeyunal para absorber el líquido que se encuentra dentro de los intestinos y así mejorar el estado del paciente. En los estudios que él realizó se demostró una mejoría clínica del paciente al mejorar estas dos entidades.

Aunque éste tipo de manejo es importante, algunos pacientes mejoran y algunos otros cuando se instala oclusión completa, es necesario el procedimiento quirúrgico; deberá tener cuidado en pacientes que están en observación para evitar las complicaciones inherentes a una dilatación intestinal. Sin embargo la falta de respuesta a un manejo médico de 12 a 24 horas obliga al Cirujano a intervenir al paciente, obviamente valorando sus condiciones y si previamente no vemos mejoría debe ser intervenido.

La falta de alivio de los síntomas con tratamiento expectante y empeoramiento de los mismos de 12 a 24 hs, son indicaciones claras para la reintervención. Es conveniente la restitución previa de electrolitos, líquidos y administración de antibióticos de amplio espectro, así como tratamiento de problemas médicos coexistentes.

Los pacientes que presentan cirugía previa de colecistectomía con incisión paramedia o subcostal es de considerarse el no hacer una incisión en línea media por el riesgo que hemos comentado de isquemia. Una complicación que es importante tener en cuenta es la enterotomía inadvertida ya que aumenta significativamente la posibilidad de un absceso abdominal o de infección en la herida. La incisión deberá realizarse con extrema cautela ya que puede lesionar estructuras adheridas. El desarrollo de una fístula después de liberación de adherencias es común, los pacientes que se liberan de las adherencias tienden a hacer más adherencias en el sitio de la liberación.

Algunos autores prefieren realizar la lisis con bisturí pero hay la posibilidad de perforación en manos inexpertas, la tracción y contratracción deberán ser muy leves, no tirar del intestino ni lisar las adherencias con

el dedo porque ocasionamos mayor despulimiento.

Cuando un paciente presenta obstrucciones recurrentes es importante llevar a cabo algunos consejos que pueden ayudarnos, hay que recordar que Noble describió un procedimiento de plicatura de intestinos en un patrón regular, sin embargo es eficaz para el alineamiento de las asas, pero no para evitar la formación de adherencias y se asociaba con alta incidencia de fístulas intestinales. Debido a esto se realizó la plicatura pero modificada, es decir se colocaban puntos en el mesenterio; ésta técnica se desechó debido a que se presentaba infarto intestinal al distenderse las asas.

Algunos autores han ideado un método que puede ayudar a evitar la presencia de adherencias, consiste en colocar un tubo intraluminal ya sea por enterotomía o por gastrotomía o si es posible nasoyeyunal colocándolo por una semana o 10 días y luego se retira. No se han presentado grandes series, pero en un corto período al menos han ayudado a pacientes con oclusiones crónicas y que muchas veces el Médico Cirujano no sabe que hacer.

Existen además métodos químicos que desde hace

muchos años se han tratado de buscar para evitar las adherencias, entre las más citadas se encuentra la heparina, varias enzimas, proteasas, cinasas, fibrolisina, dextranos, antiinflamatorios esteroideos, lubricantes tensoactivos como el silicón. Todos ellos han demostrado ser ineficaces y se han visto asociados a complicaciones.

V O L V U L O

El vólvulo de colon es el resultado de la rotación de un segmento intestinal alrededor de su eje mesentérico, lo que produce obstrucción total o parcial de la luz. Hay diversos grados de daño circulatorio del segmento afectado que se producen por la torsión de la raiz del mesenterio y en forma secundaria por la distensión progresiva del asa afectada. El vólvulo solo aparece en los segmentos móviles y libres del intestino, en un 90% se encuentra en sigmoides y un 10% en ciego. El vólvulo de colon transverso es muy raro y suele ser complicación del megacolon. En Estados Unidos, el vólvulo es la tercera causa de obstrucción estrangulada de colon y 4% de todas las demás obstrucciones del colon.

En casi todos los pacientes con vólvulo sigmoideo se descubre el antecedente de estreñimiento crónico grave, aparece dilatación y alargamiento del colon distendido en forma crónica. Ello es más notable en el sigmoide. El estreñimiento crónico y el vólvulo sigmoideo se observan principalmente en dos grupos: el primero comprende enfermos de cualquier edad con trastornos psiquiátricos o neurológicos graves como Parkinsonismo; en algunas series la

mitad de los enfermos con vólvulo sigmoideo estaban internados en instituciones mentales. El segundo grupo consiste en ancianos, más a menudo varones que mujeres, muchos con enfermedad pulmonar o cardiovascular grave por su edad avanzada que llevan una vida sedentaria. Es muy raro que ocurra el vólvulo sigmoideo en una persona que lleva una vida activa y que no tenga enfermedad física o mental grave. El cuadro clínico de estos pacientes se comporta como el de una oclusión distal, los vómitos son tardíos y la presencia de dolor abdominal y la dificultad para evacuar son datos importantes a considerar. Las Rx simples de abdomen de pie y decúbito ayudan para el diagnóstico encontrando una imagen "en grano de café", se puede, según algunos autores, realizar colon por enema, encontrando el signo radiológico de "pico de pájaro" o en "as de espadas".

Con respecto al tratamiento quirúrgico hay dos problemas específicos en el vólvulo sigmoideo: el tratamiento del episodio agudo y el tratamiento definitivo del megasigmoide. Hasta 1950, el tratamiento del vólvulo no estrangulado era la destorsión operatoria del asa sigmoidea, seguida lo más pronto posible, de resección electiva del sigmoide, porque cuando solo se hacia destorsión, el vólvulo reaparecía en 90% de los pacientes. La mortalidad combinada

de las dos etapas del tratamiento era de 20 a 30%. Algunos intentaron la resección primaria del vólvulo sigmoideo, pero la mortalidad que lo acompañaba era de por lo menos el 50%.

Poco a poco ha surgido como el mejor tratamiento del vólvulo sigmoideo no estrangulado la destorsión no quirúrgica, seguida de la resección electiva. La sigmoidoscopia se hace para localizar el sitio de la obstrucción sigmoidea distal; solo rara vez se encuentra más allá de los 25 cm. que mide el fibroscopio. Si se observan úlceras mucosas escoriadas o sangre oculta, es probable la obstrucción estrangulada, y está indicada la operación urgente. Si no se observan datos de estrangulación, se introduce una sonda rectal larga bien lubricada por el sigmoidoscopio, a través de la torsión hacia el asa sigmoidea distendida, esto suele dar como resultado el desinflamiento espectacular (el sigmoidoscopista debe estar alerta o el resultado será espectacular para él). La sonda se asegura en su lugar en el asa con cinta adhesiva en las nalgas y se deja por 2 o 3 días hasta que se restablece la función intestinal. Los enfermos necesitan vigilancia estrecha para buscar signos de gangrena intestinal, que en ocasiones se encuentra al momento de desinflar pero pasa inadvertida. Hay un pequeño pero definitivo riesgo de

perforación por la sonda debido a la pared sigmoidea debilitada. El desinflamamiento dá buenos resultados en 80 a 90% de los enfermos; la mortalidad es del 2%. La resección electiva con anastomosis primaria, debe realizarse tan pronto el paciente esté preparado, de preferencia en una semana, porque el riesgo del vólculo recurrente es muy alto, no es raro que el vólculo repita mientras el paciente está siendo preparado para la operación electiva. La mortalidad de la resección electiva es del 8 al 10%; ésta frecuencia es más alta para la resección electiva del vólculo que para otros problemas del colon y se atribuye a la edad del enfermo, a la debilidad y a la enfermedad concomitante que presentan muchos de estos sujetos.

Cuando hay o se sospecha estrangulación del asa torcida, se requiere operación de urgencia. Si no se detecta estrangulación se hará destorsión quirúrgica simple, pero si se confirma su presencia, el intestino no viable debe researse y el extremo proximal se debe exteriorizar en forma de colostomía. Cuando el extremo distal es demasiado corto para permitir la exteriorización se prefiere el procedimiento de Hartmann.

ABSCESOS INTRAABDOMINALES

Es frecuente que después de Cirugía contaminada o que haya sido causa de peritonitis aguda, la contaminación bacteriana puede ser tan importante para producir un absceso residual; los pacientes que han presentado traumatismo abdominal con presencia de sangre puede ocasionar un medio de cultivo propicio para la producción de un absceso; frecuentemente las complicaciones por derrames anastomóticos pueden ser la causa de una infección.

La infección dentro de la cavidad abdominal tiene inicialmente una fase de peritonitis, las bacterias son liberadas hacia la cavidad abdominal diseminándose rápidamente, si el paciente se encuentra en bipedestación se colectarán en hueco pélvico, pero si está en decúbito tienden hacia los espacios más declives (el subfrénico y los pericólicos).

Consideramos que debe de haber una cantidad de bacterias por la cual se presenta el proceso infeccioso, sin embargo éste dato aún no es del todo fidedigno; dos mecanismos naturales son los que se emplean para eliminar las bacterias de la cavidad abdominal. El primero incluye a los macrófagos que destruyen a las bacterias y en segundo

lugar se encuentran los linfáticos. La obstrucción de los linfáticos por detritus puede ocasionar la interferencia de éste mecanismo, por lo que las bacterias que normalmente se desplazan hacia la superficie diafragmática se colectan y pueden formar un absceso hepático. Sabemos bien que entre más distal se encuentre la lesión intestinal mayor probabilidad de contaminación habrá.

Existen factores coadyuvantes para potencializar un proceso infeccioso, los cuales incluyen la hemoglobina y los hematomas debido a que el hierro es un factor de proliferación bacteriana y también puede relacionarse con una leucotoxina elaborada por el metabolismo bacteriano de la hemoglobina. Es posible que números relativamente pequeños de bacterias, después de Cirugías electivas puedan causar un absceso debido a la retención de un hematoma intraabdominal.

Otros factores son los cuerpos extraños y el tejido muerto y eso puede ser causado por tomas excesivas al hacer la hemostasia con el hilo y condicionar necrosis y acumulación de bacterias o también debido a la utilización de electrocauterio con el que se destruye tejido.

La hipovolemia y el choque, se cree que interfieren con la eficiencia de depuración bacteriana debido a la perfusión tisular deficiente. También se ha dado énfasis en la transfusión sanguínea en el tratamiento del Shock ya que se ha visto que tiene un factor inmunosupresor y puede condicionar un mayor proceso infeccioso.

En los pacientes diabéticos se ha encontrado defectos en los mecanismos de defensa del huésped, con lesiones microvasculares que dificultan el paso de los macrófagos y polimorfonucleares a donde se encuentra el proceso infeccioso.

La terapéutica esteroidea puede aumentar la intensidad y mortalidad potencial teniendo peritonitis aguda ya que inhibe la respuesta inflamatoria y deprime el sistema inmune.

Cuando el número de bacterias es reducido y los mecanismos de limpieza del organismo han funcionado bien, el paciente evoluciona satisfactoriamente y no hay acúmulo de bacterias, pero cuando no funcionan estos mecanismos y las variables consideradas se alteran conllevan a la formación de abscesos.

CAUSA DE LOS ABSCESOS:

En 1980 los autores examinaron historias clínicas de pacientes con abscesos intraabdominales y encontraron que los traumatismos y los errores técnicos fueron las causas más comunes, excluyendo a las apendicitis perforadas debido a su presentación más habitual.

El paciente con segunda intervención no programada tiene todos los riesgos para contaminarse y crear hematoma, así como el paciente con traumatismo contuso o intraabdominal. Los pacientes con lesiones hepáticas o del bazo por traumatismo, condiciona absceso aunque no hubiese lesión gastrointestinal por las siguientes razones:

- 1.- Son comunes los lapsos largos de técnica aséptica.
- 2.- Coágulos residuales en el interior del abdomen.
- 3.- Presencia de hematoma parenquimatoso.
- 4.- Tejido necrótico residual dentro del hígado lesionado.
- 5.- Fuga biliar persistente al espacio subfrénico.

En todas las cirugías de alto riesgo deben considerarse la posibilidad de un absceso durante el período

postoperatorio (pacientes con anastomosis esofágica, Billroth II, pancreatoenterostomía, etc). A pesar de los antibióticos, las cirugías de colon representan un potencial de contaminación importante por lo que se deben extremar las precauciones.

El area inicial por examinarse durante la segunda intervención quirúrgica deberá ser donde se realizó el primer procedimiento en búsqueda de fugas de las anastomosis o de las suturas, posteriormente nos iremos a las zonas de mayor declive, debiendo tener cuidado en la movilización de las asas; y cuando coloquemos un penrose lo hagamos por el trayecto más corto. El lavado exhaustivo de la cavidad está indicado con solución fisiológica. El cierre del abdomen en este tipo de pacientes que se tienen que reintervenir en malas condiciones puede propiciar la presencia de abscesos de pared y las aponeurosis adelgazadas condicionar una dehiscencia, por tal motivo se recomienda la utilización de mallas para evitar una complicación extra para el paciente. Y cuando está indicado, dejar la herida abierta.

Independientemente de la causa que dió origen a la dehiscencia, la pared abdominal con operaciones múltiples puede requerir reconstrucción debido a la pérdida .

aponeurótica y es posible emplear una malla en forma segura y eficaz para lograr éste propósito. Esto es importante ya que pacientes con fascitis necrosante ha permitido al Cirujano poder debridar adecuadamente la aponeurosis y posteriormente colocar una malla que es inerte y que no favorece el proceso infeccioso; la malla se puede infectar cuando se sutura en tejido desvitalizado o necrótico e infectado. En pacientes que presentan una hernia inguinal gigante y que sus tejidos no son viables para reparar el area dañada también se recomienda la aplicación de la malla con el fin de suplir el tejido para la reparación.

Algunas veces la malla se utiliza en forma temporal para el cierre de la cavidad en pacientes muy contaminados y posteriormente se procede a desmantelarla y en mejores condiciones del paciente recolocar una nueva malla.

HERNIAS INGUINALES RECIDIVANTES

Es importante para evitar las complicaciones de la recurrencia de hernias inguinales tener mucho cuidado con lo que estamos manejando, desde saber y conocer perfectamente la anatomía de la región así como un cuidado de los pequeños detalles.

Desde que se inicia la incisión hay que visualizar los vasos que se encuentran en el tejido subcutáneo, ya que el sangrado posterior condiciona un hematoma y posteriormente un seroma o absceso, es importante no colocar muchas suturas o de preferencia utilizar electrocauterio en ésta zona debido a que dejar material extraño condiciona problemas. Deberá protegerse el nervio ilioinguinal mediante la visualización del mismo, disección y separación del campo operatorio; la disección del cordón espermático es muy importante, teniendo cuidado en no lesionar ninguna de sus estructuras, en muchas de las ocasiones es necesario cortar el cremaster, al momento de separar el cordón de la fascia transversalis es decir del piso y pasar el penrose para referirlo, es importante no lesionar la fascia transversalis sobre todo si se trata de una hernia de tipo indirecto ya que el problema no se encuentra en el piso y si nó tenemos

cuidado lo lesionaremos y nuestra reparación será deficiente. En la hernia inguinal de tipo indirecto es importante ligar el saco hasta la base, separándolo adecuadamente de los elementos del cordón, tendiendo mucho cuidado en no manipular mucho estos elementos ya que condiciona fibrosis, asegurarse de una buena ligadura del saco. Algunos cirujanos recomiendan realizar maniobra de Barker para desviar la dirección del saco, pero ésta maniobra es a gusto del cirujano.

Cuando se trata de una hernia directa y se realiza técnica de Mc Vay es necesario visualizar el ligamento de Cooper y para ello es necesario abrir la fascia transversalis, no solo basta con decir ahí está; con la adecuada visualización colocamos mejor nuestros puntos y tenemos mejor cuidado de los vasos femorales para evitar disminuir el agujero femoral y que sean comprimidos, además visualizar pequeños vasos que pudiesen sangrar y que podrían hecharnos a perder la cirugía.

Es importante la revisión adecuada del paciente tanto en la consulta como en la cirugía misma ya que una hernia crural si no es detectada, pudiese condicionar una recurrencia.

FISTULAS GASTROINTESTINALES

La presencia de una fístula es para el paciente algo grave, ya que el efecto psicológico sobre la imagen corporal, la ansiedad del paciente por saber que procedimientos quirúrgicos posteriormente va a necesitar, la complejidad de la higiene personal y cuidado de la herida, el dolor de ésta, el retorno a las actividades normales y la posibilidad de muerte, rondan en el cerebro del paciente; y lo más importante para el Cirujano es que es una complicación grave y que recae sobre la responsabilidad del mismo Cirujano.

La mayoría de las fístulas que se producen en el postoperatorio obedecen a mala técnica en la realización de la anastomosis o por lesiones directas inadvertidas; es importante que el cirujano tenga en cuenta que hay patologías o estados que alteran la buena cicatrización como ya se comentó en otro apartado de la tesis; la infección, los esteroides, la quimio o radioterapia, la hipoproteïnemia, la insuficiencia renal y la diabetes son factores que predisponen la formación de fístulas.

La lesión intestinal de espesor completo

inadvertida, el asa intestinal atrapada en la sutura aponeurótica, eliminación de la serosa del intestino, los defectos en la línea de sutura, las anastomosis evertidas, la lesión inadvertida de los vasos mesentéricos, la sutura demasiado apretada que causa necrosis por isquemia, la hemostasia deficiente y la colocación deficiente de drenes, condicionan las fístulas gastrointestinales.

La presencia de una fístula alta tiene una mayor dificultad para un cierre espontáneo; los gastos de la fístula si es mayor de 500 ml. en 24 hs se considera elevado, de 200-500 ml. es gasto moderado y menos de 200 ml. es de gasto bajo, lo cual es importante para evaluar el cierre espontáneo de la fístula.

Con lo que respecta a las fístulas de colon, los problemas sépticos son las causas más comunes y en ocasiones por el bajo gasto es posible que el tratamiento expectante sea mejor que el tratamiento quirúrgico, éste tipo de fístulas no está asociada a desnutrición por lo que tienen un mejor pronóstico que las fístulas de alto gasto.

Mientras más grande sea el trayecto fistuloso mayor es la incidencia de cierre espontáneo ya que hay mayor

resistencia al flujo a través de éste. Los factores que evitan el cierre son: que sea un trayecto corto y que se epitelize, la infiltración maligna, la presencia de cuerpo extraño y la obstrucción distal. Las complicaciones de las fístulas incluyen peritonitis, formación de abscesos o infección en la herida.

La causa más frecuente de muerte en pacientes con fístula es el proceso infeccioso concomitante y es posible que se produzcan manifestaciones sépticas.

CONTROL DE LA FISTULA:

El control adecuado del drenaje de la fístula logra varios objetivos:

- 1.- Guía más exacta del volumen del remplazo electrolítico.
- 2.- Protección de la piel.
- 3.- Evaluación del proceso de la terapéutica.

El cuidado de la piel que se encuentra cercano a la fístula es importante ya que evita el dolor al paciente y la irritación que se presenta, mediante la aplicación de pomada con óxido de zinc o pasta aluminada.

Es importante dejar en reposo al intestino ya que con ello la fuga por la fístula disminuye y el cierre espontáneo es más fácil. Gracias al advenimiento de la nutrición parenteral total ha habido mejores resultados, es importante además disminuir la cantidad de secreciones intestinales y si es posible aspirarlas, lo que da mejor resultado.

Es posible además realizar una fistulografía de contraste para la valoración de la fístula, siempre y cuando el paciente ya se encuentre estable y con un gasto de la fístula controlable.

Consideramos que un paciente con fístula deberá diferirse su cirugía hasta estar en condiciones óptimas, solo deberá intervenirse tempranamente cuando se encuentre el paciente con un proceso infeccioso agregado o la presencia de algún absceso importante. La mayor parte de las series recomiendan de 6 a 8 semanas de tratamiento conservador antes de llevar el paciente a quirófano.

La técnica más adecuada para la intervención de una fístula es la resección del segmento que contiene la fístula y anastomosis termino-terminal, teniendo mucho cuidado para evitar otra reintervención.

CIERRE DE COLOSTOMIA

El empleo de la colostomía como dispositivo terapéutico data desde la antigüedad, sin embargo su uso actualmente se incia a principios del siglo XVIII cuando Littré la propuso para un paciente con ano imperforado. La colostomía puede salvar vidas, sin embargo no carece de complicaciones.

La colostomía no debe tratarse con ligereza, ya que casi todas las complicaciones se relacionan con la técnica y el cuidado que se tiene al hacerla ya que la hemorragia, la lesión a estructuras adyacentes, la infección de la herida intraperitoneal, los derrames anastomóticos y la estenosis son complicaciones de este procedimiento, por lo que no se debe de tomar a la ligera.

Por ciertos aspectos, el cierre de la colostomía representa mauor dificultad que su construcción, ya que desde la incisión podemos encontrar adherencias, con la posibilidad de lesión intestinal. El cierre de la colostomía transversa es un procedimiento relativamente fácil, sin embargo el cierre de la colostomía con bolsa de Hartmann conlleva mayores problemas debido a las adherencias. El

cierre de una colostomía con fístula mucosa representa un intermedio entre estas dos.

Es muy importante la preparación preoperatoria del paciente ya que es necesario la administración de antibióticos por vía oral, así como un arrastre mecánico a nivel del colon para limpiarlo de las bacterias que normalmente se encuentran colonizando al intestino. Antes del cierre, el Cirujano debe tener la seguridad de que el segmento distal del colon esté permeable, para ello es necesario la utilización de un colon por enema para ver su viabilidad y que no exista proceso obstructivo.

Las técnicas varían desde un cierre simple directo de una colostomía transversa hasta la reconexión con una bolsa de Hartmann, el método para su cierre depende de cada Cirujano y su experiencia, hay quienes lo cierran en un solo plano con sutura no absorbible monofilamento y hay otros que consideran la cirugía tradicionalista en dos planos, sin embargo es importante una muy buena técnica para evitar fugas y futuras complicaciones. Es necesario para localizar la bolsa de Hartman muchas veces separar asas de intestino delgado adheridas por lo que hay que tener mucho cuidado para no lesionarlas.

CAUSAS DE RECURRENCIA DE FISTULAS PERIANALES

Cualquiera que atienda pacientes con fístula anal comprenderá que en ciertos casos habrá recurrencia a pesar de la más cuidadosa disección operatoria. La causa más común de una fístula anal es el no lograr identificar y por ende no tratar el orificio interno primario. El resultado es que no se elimina la glándula anal causante de la infección en el espacio interesfintérico.

El no tratar y descubrir las extensiones laterales o superiores también puede ocasionar recurrencia.

El no abrir el trayecto fistuloso por temor a causar incontinencia puede dar lugar a una recurrencia (esta aseveración no debe alentar a que se opere con una temeridad imprudente). Por supuesto, cuando el factor etiológico de la fístula es una enfermedad específica, tal como la de Crohn, la recurrencia es frecuente.

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

Sería motivo de un tratado específico revisar todos los tipos de sangrado postoperatorio que puede haber, consideraremos lo más importante para evitar ésta complicación.

Siempre que nosotros realicemos una Cirugía, desde la más pequeña hasta la cirugía más grande, tenemos que tomar en cuenta cualquier vaso sanguíneo que esté en nuestro paso, ya que el no cuidarlo, o el no visualizarlo y ligarlo adecuadamente condiciona posteriormente muchos problemas para el cirujano. La primera complicación de una cirugía es el sangrado postoperatorio, en algunos casos condiciona la presencia de un hematoma y posteriormente un absceso, si es intraabdominal puede propiciar hasta una sepsis. En Cirugía de Cuello, debemos tener mucho cuidado con los vasos, ya que inciendo desde los subcutaneos, si no se ligan, el sangrado es constante por la dificultad que tienen para retraerse. Si se trata de vasos más profundos condicionan un hematoma que comprime la tráquea y el paciente presenta dificultad respiratoria, por lo que hay que intervenirlo de urgencia. En algunas cirugías de tórax es normal hasta cierto punto la salida de sangre por los sellos de agua, sin embargo si esa

salida sanguínea va en aumento puede ser necesaria una reintervención por sangrado. En los pacientes de amígdalas es muy importante su vigilancia postoperatoria ya que el sangrado puede ser importante y por ingerirlo el paciente o ser de muy corta edad, no es "notorio". Es importante ligar la cística adecuadamente y si es posible con doble ligadura, ya que con ello aseguramos que nuestra arteria cística se encuentra bien ligada. Tenemos que tomar en cuenta que no hay que dejar flojo el nudo de la ligadura porque se safa y condiciona sangrado, pero tampoco tan apretado porque condicionamos necrosis con el consecuente sangrado. Sabemos bien que los pacientes de adenomectomía prostática van a sangrar en el postoperatorio pero hay que estar muy pendiente en las primeras horas ya que en algunas ocasiones ese sangrado es más importante de lo que nosotros consideramos y el paciente puede requerir nueva intervención quirúrgica para cesar el sangrado del lecho prostático.

En general los sangrados los podemos dividir en dos grupos: aquellos sangrados que requieren intervención urgente y aquellos otros que podemos esperar si cesan por sí solos. Por ello en cavidades que puede haber acúmulo de sangre es necesario dejar un penrose. Ya que la salida de sangre puede ser una señal de alarma antes de tener mayores

manifestaciones clínicas generales. Si en algún momento hay salida de líquido sanguinolento o sangre fresca por el penrose lo primero que debemos revisar y cerciorarnos, es si la sangre viene del interior o es secundaria a algún vaso sanguíneo que se encuentra en el tejido subcutáneo por donde sale el penrose. Se han dado casos en otros Hospitales que los pacientes son reintervenidos al parecer por sangrado y al abrir no se encuentra sangrado en la cavidad, solamente en la pared abdominal por donde se extrajo el penrose.

TRABAJO DE INVESTIGACION

Es el primer trabajo de éste tipo, realizado en éste Hospital y quizá en muchos otros; es difícil encontrar investigaciones que muestren errores, y es bien sabido que el ser humano trata de presentar solo los aciertos. En éste estudio tratamos de valorar el porqué de una reintervención, si es causa nuestra, por una mala técnica; si es inherente a la patología que presenta o si el estado del paciente condicionó la segunda intervención.

Para ello nos dimos a la tarea de investigar a los pacientes que fueron reintervenidos por causas inherentes a la primera cirugía.

Queremos mostrar estos errores para estar al pendiente en lo sucesivo y evitarle al máximo al paciente una segunda intervención. Sabemos de antemano que hay pacientes que por sus condiciones tienden a complicarse, pero si podemos evitar esas complicaciones en algunos pacientes valdrá la pena ésta tesis.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital General Tacuba del ISSSTE, se realizó estudio longitudinal retrospectivo, revisando en un período del 1o. de Enero de 1991 al 1o. de Marzo de 1993, los nombres de todos los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en la libreta de quirófanos, excluyendo a aquellos que fueron de Ortopedia, Ginecología, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología; se localizaron todos los nombres que se repetían en 2 o más ocasiones en la libreta y se buscaron sus expedientes; se descartaron los expedientes de aquellos pacientes que fueron intervenidos en dos o más ocasiones pero que dichas reintervenciones fueron por diferente causa y no por complicaciones de la primera cirugía. También se excluyeron dos pacientes de Urología postoperados de adenomectomía prostática con sangrado del lecho, un paciente postoperado de amigdalectomía con sangrado del lecho y en cuatro pacientes que se repetía el nombre no fué posible localizar el expediente, por lo que fueron también excluidos.

De los 1286 intervenciones quirúrgicas realizadas en dicho período 27 (2.09%) requirieron ser intervenidos nuevamente, excluyendo los pacientes ya mencionados, los 20

pacientes (1.55%) de Cirugía General, 2 de ellos fueron operados por primera vez por el Servicio de Gineco-obstetricia y reintervenidos por Cirugía General.

P A C I E N T E S

PACIENTE #1.- Masculino de 29 años de edad que ingresó al Servicio por Urgencias por presentar un cuadro de apendicitis aguda, encontrando un apéndice necrótico y perforado con un absceso apendicular, por lo que se realiza apendicectomía con técnica de Halsted, con buena evolución al 4o. día se egresa del Hospital. 20 Días después acude nuevamente con hipertermia de 10 días de evolución, malestar general, evacuaciones disminuidas de consistencia y datos de abdomen agudo, por lo que se somete a laparotomía exploradora, encontrando un absceso hepático probablemente amibiano roto a cavidad, por lo que se realiza lavado de cavidad y liberación de adherencias; 6 días después presenta evisceración por lo que se realiza nuevo lavado y drenaje de cavidad, dejando al paciente con abdomen abierto, realizándole lavados en su cama y en quirófano en 2 ocasiones más. Dos y medio meses después de su primer cirugía el paciente se cierra, realizando la plastía de pared; a los 8 días se le da de alta del Servicio.

PACIENTE #2.- Masculino de 51 años de edad programado para Antrectomía, Vagotomía y reconstrucción tipo Billroth II, presentando hernia postincisional, sin absceso de pared. 11

meses después de la primer cirugía se realiza plastía de pared.

PACIENTE #3.- Femenino de 81 años de edad, con Quiste gigante de ovario + hernia umbilical, sin antecedentes de importancia, no enfermedades concomitantes, en forma programada se realiza la resección del quiste + plastía umbilical. 17 meses después fué programada por presentar hernia postincisional + hernia umbilical, por lo que se realiza plastía de pared y plastía umbilical nuevamente.

PACIENTE #4.- Masculino de 70 años de edad con Ca. de ciego, mucinoso, papilar e infiltrante, en forma programada, con preparación de colon y condiciones favorables a pesar de su padecimiento de fondo, con proteínas adecuadas, dentro de lo normal; se realiza hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis termino-terminal, 7 días después presenta dehiscencia de aponeurosis y eventración, por lo que se somete a plastía de pared en forma urgente.

PACIENTE #5.- Paciente femenino de 60 años de edad con estenosis de colédoco, se realiza coledoco-yeyuno anastomosis en paciente programado, sin problemas agregados y se presenta dehiscencia de aponeurosis, por lo que se

se realizan lavados exhaustivos en curaciones ambulatorias y a los 2 meses se hace la plastía de pared, presentando nuevamente absceso de pared sin dehiscencia de aponeurosis, por lo que se maneja con lavados y cierre por segunda intención.

PACIENTE #6.- Femenino de 15 años de edad, programada para funduplicatura por reflujo gastroesofágico e incontinencia del esfínter esofágico inferior, diagnosticada clínicamente, por serie esófago-gastroduodenal + endoscopia, se realiza funduplicatura a 270 grados sin incidentes ni accidentes. La paciente era joven, no presentaba antecedentes de importancia, 4 días después fué dada de alta. 5 días más tarde desarrolla datos de abdomen agudo, con dolor localizado a hueso pélvico y fosa iliaca derecha, hipertermia, mal estado general y abdomen en madera con rebote positivo, por lo que se sospecha de apendicitis aguda + enfermedad pélvica inflamatoria, se somete a laparotomía exploradora encontrando un absceso subhepático y pélvico de 1500 ml., por lo que se realiza lavado quirúrgico y colocación de drenajes, 12 días después se reinterviene por presentar absceso intraabdominal realizando drenaje de los abscesos interasa con 800 ml. de líquido purulento. Se lesiona yatrogénicamente el ileon por las adherencias que

presentaba a 60 cm. de la válvula ileocecal, produciéndose perforación la cual es suturada. Se maneja con abdomen abierto; 2 días después se procede al cierre de la cavidad encontrando peritonitis generalizada, líquido peritoneal libre, pasa al servicio de UTI, evoluciona satisfactoriamente y 14 días después es dada de alta del Servicio.

PACIENTE #7.- Femenino de 35 años de edad que ingresa por Urgencias con diagnóstico de apendicitis aguda, se encuentra un apéndice necrótico y perforado en su tercio superior, se realiza técnica de Halsted no reportando liquido libre en cavidad; 5 días después es reintervenido con el diagnóstico de absceso residual intraabdominal, realizando debridación y lavado de cavidad, encontrando una colección purulenta de 1,200 ml.; 12 días después presenta un absceso de pared, se somete a debridación del absceso y cierre por segunda intención.

PACIENTE #8.- Femenina de 35 años de edad la cual fué programada por Ginecoobstetricia para Cesárea, a los 6 días continuó con datos de sangrado transvaginal importante, por lo que se procedió, habiendo realizado legrado, una histerectomía abdominal por decidoendometritis. Se encontró

dehiscencia de la histerorrafia; 3 días después se solicita interconsulta al Servicio de Cirugía General por presentar datos de abdomen agudo, se realiza laparotomía exploradora, encontrando a 1.80 y 2 metros del ligamento de Treitz una lesión intestinal que abarcaba el 90%, con líquido intestinal libre en toda la cavidad, irritación peritoneal generalizada y adherencias múltiples friables, por lo que se realiza ileostomía y fístula mucosa por la perforación; la paciente evoluciona torpidamente con infección de la herida, curaciones 3 por día, hasta que dos meses después se realiza cierre de la ileostomía, la paciente evoluciona favorablemente y 5 días más tarde es dada de alta del Servicio.

PACIENTE #9.- Femenina de 24 años de edad, la cual fué operada por Cesárea, presentando a los 3 días datos de abdomen agudo por lo que se somete a laparotomía exploradora encontrando dehiscencia de la histerorrafia con secreción purulenta de la cavidad, por lo que se realiza histerectomía, la paciente pasa al Servicio de UTI en malas condiciones por el problema séptico, a los 4 días inician la movilizacion de los drenajes por no salir ningún líquido, sin embargo dos días más tarde la paciente en malas condiciones generales, incia salida de líquido purulento

fétido, con presencia a nivel vulvar lado derecho y perineal de líquido de las mismas características que de la herida, por lo que se solicita la interconsulta al Servicio de Cirugía General, se realiza US pélvico reportando un absceso, por lo que se somete a laparotomía exploradora con diagnóstico de absceso residual, se procede a abrir la piel en el mismo lugar donde se realizó la primer cirugía (línea media infraumbilical), se separa piel, tejido celular subcutáneo y se quitan los putos de la aponeurosis, inmediatamente entre la aponeurosis y peritoneo brotó aproximadamente 1000 ml. de líquido purulento el cual se drenó y estaba localizado en el espacio de Réthzius, con una comunicación hacia el periné, por lo que se procedió a lavar exhaustivamente, posteriormente se abrió peritoneo y se llegó a cavidad encontrándola sin problema. Se sutura peritoneo y se coloca irrigación continua con isodine diluido hacia el periné, se sutura aponeurosis y se deja abierta la piel, pasando la paciente a UTI, posteriormente a los 6 días fué reintervenida con el diagnóstico de abdomen agudo con Pb absceso residual, encontrando: adherencias importantes en cavidad abdominal y presencia de un absceso a nivel de hueco pélvico de aproximadamente 400 ml. por lo que se realiza lavado de cavidad y lisis de adherencias laxas y pasa nuevamente a UTI evolucionando satisfactoriamente con apoyo

de NPT, la paciente presenta mejoría, 10 días después presenta hipertermia por 3 días, se decide suspender todo tipo de antibióticos debido a que había terminado el esquema, evoluciona favorablemente, cede la fiebre y la paciente es dada de alta del Servicio.

PACIENTE #10.- Femenina de 69 años de edad la cual fué intervenida en forma programada por Colecistitis Crónica Litiásica, con presencia de tinte ictérico, por lo que se realiza Colecistectomía + colangiografía transoperatoria y exploración de vías biliares por encontrarse litiasis en colédoco. A los 4 días de su cirugía presenta distensión abdominal, en las radiografías se muestran asas dilatadas de intestino delgado, por lo que se procede a la colocación de sonda nasogástrica, con mejoría relativa, a los 5 días se somete a laparotomía exploradora por oclusión intestinal, encontrando adherencias laxas pero oclusivas a 15 y 30 cm. de la válvula ileocecal, rotación de 180 grados del mesenterio, con aproximadamente 1000 ml. de líquido de irritación peritoneal, eritema distal del ileon, congestión venosa y dilatación del intestino delgado, sin evidencia de fuga biliar. 8 días más tarde presenta datos nuevamente de oclusión intestinal, encontrando en la Cirugía, adherencias en todo el trayecto del intestino delgado, dilatación de

yeyuno, líquido libre en cavidad de coloración amarilla en aproximadamente 2,000 ml. por lo que se procede a realizar lisis de adherencias y ferulización del intestino delgado con una sonda nasoyeyunal hasta la válvula ileocecal y biopsia hepática por encontrar un hígado granuloso. 8 días después presenta evisceración, por lo que se realiza lavado mecánico, lisis nuevamente de adherencias, cierre de muñón cístico que presentaba fuga y cierre de pared + puntos totales. 15 días después se retira la sonda y 10 días más tarde es dada de alta del Servicio.

PACIENTE #11.- Masculino de 5 años de edad, el cual fué intervenido de urgencia por presentar una Apendicitis aguda, encontrándose un apéndice necrosado y perforado, con peritonitis generalizada. 8 días después tras evolución tórpida, con mala aceptación de la dieta y distensión abdominal que no se resolvió por medidas convencionales, se procede a realizar laparotomía exploradora con diagnóstico de oclusión intestinal por adherencias, encontrando una adenitis mesentérica y múltiples adherencias, por lo que se realiza lisis de las mismas en forma digital y lavado de la cavidad. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta del Servicio.

PACIENTE #12.-Masculino de 76 años, intervenido en forma electiva por presentar problema de úlcera a nivel de antro con enfermedad acido péptica, por lo que se programa para realizar antrectomía + vagotomía con reconstrucción gastroeyunoanastomosis en Omega de Brown, el paciente evolucionó mal, con datos de distensión de camara gástrica, dolor importante a nivel de epigastrio, no tolerando la dieta a los 8 días de intervenido que fué cuando se le inició. Se realiza SEGD en donde se visualiza ausencia de paso de medio de contraste hacia el intestino delgado, por ello se procede a realizar laparotomía exploradora, encontrando el asa de intestino delgado que se anastomosa a el estómago en posición retrocólica, pero al parecer con buen paso por tacto externo manual, así que se decidió no realizar ningún procedimiento y el paciente se sutura, pasa a piso de Cirugía en donde a las 48 hs cuando ya se le había iniciado la dieta presenta broncoaspiración y fallece el paciente.

PACIENTE #13.-Masculino de 58 años de edad procedente de Urgencias por presentar cuadro de oclusión intestinal secundario a vólvulus de sigmoides, se interviene quirurgicamente haciendo unicamente destorsión del vólvulus, con evolución favorable, por lo que se dá de alta. 3 meses

después acude nuevamente por presentar datos de oclusión intestinal y nuevamente la presencia del vólvulus, se realiza laparotomía exploradora con resección intestinal, colostomía con fístula mucosa, dos meses después se realiza cierre de colostomía en forma programada con colo-coloanastomosis término-terminal y 8 días después se egresa del Hospital.

PACIENTE #14.-Femenina de 86 años de edad, la cual ingresa por el Servicio de Urgencias por presentar datos de oclusión intestinal, diagnosticándole vólvulus de sigmoides, se realiza laparotomía exploradora con destorsión del mismo. 3 meses después se programa para resección de sigmoides y haciendo los enemas se volvula el intestino, se interviene quirúrgicamente por haber presentado oclusión intestinal, realizando colostomía y resección del megacolon de 18 cm. de diámetro, presenta buena evolución y a los 2 meses se realiza cierre de colostomía, evoluciona bien y es dada de alta. Posteriormente presenta datos de oclusión intestinal, pensando en una estenosis de la anastomosis, se realiza laparotomía exploradora, encontrando dilatación importante de todo el colon y la anastomosis, con peristaltismo muy disminuído, por lo que se procede a realizar nueva colostomía y resección de colon, la paciente pasa

a Terapia Intensiva, presentando complicaciones ventilatorias e infarto agudo del miocardio, por lo que fallece.

PACIENTE #15.- Masculino de 86 años de edad programado para plastía inguinal derecha+ adenomectomía prostática al cual se le realizan los dos procedimientos en el mismo acto quirúrgico. Con técnica de Mc Vay se repara la hernia de tipo directo. Dos meses después se presenta protrusión de una masa a nivel de la misma región inguinal, por lo que a los 5 meses se programa para plastía inguinal derecha con colocación de malla de Goretex por encontrar una hernia de aproximadamente 10 cm. Con evolución favorable se da de alta del Servicio.

PACIENTE #16.- Femenino de 26 años de edad con hernia inguinal derecha, programada, encontrando una hernia inguinal derecha directa e indirecta, realizándose técnica de Mc Vay, dos meses después se aprecia nuevamente la protrusión a dicho nivel, 5 meses después de la primer cirugía se realiza plastía inguinal encontrando una hernia crural, por lo que se realiza nueva plastía tipo Mc Vay cerrando el agujero crural.

PACIENTE #17.- Masculino de 34 años de edad programado por presentar hernia inguinal izquierda de tipo indirecto, se realiza plastía tipo Bassini; 4 meses después es intervenido con diagnóstico de hernia inguinal izquierda recidivante a descartar fibrosis, se realiza exploración del canal inguinal encontrando compresión del cordón con fibrosis postoperatoria, realizándose liberación de fibrosis y cordón, se desmantela la plastía anterior y se realiza técnica de Mc Vay.

PACIENTE #18.- Femenina de 74 años de edad, procedente de Urgencias con diagnóstico de obstrucción intestinal, con antecedentes de importancia de Apendicectomía hace 19 años, Histerectomía hace 7 años y Colectomía hace 3 años, se pensó en la posibilidad de adherencias, por lo que se dió manejo médico; no cediendo el cuadro se somete a laparotomía exploradora encontrando adherencias importantes a nivel de intestino delgado, al estar seccionando las adherencias se produce lesión de intestino delgado, por lo que se realiza resección intestinal + ileostomía y fístula mucosa. Dos meses después se procede a realizar el cierre de ileostomía con anastomosis termino-terminal. 3 meses después presenta rechazo a material de sutura de la aponeurosis con evolución favorable y sin dehiscencia.

PACIENTE #19.- Masculino de 57 años de edad que ingresa por Urgencias con cuadro de abdomen agudo franco, de evolución incidiosa, se realiza laparotomía exploradora encontrando perforación lineal, bien definida en sus bordes a nivel de sigmoides, por lo que se le realiza colostomía con bolsa de Hartmann. 3 Meses después se anastomosa y se cierra la colostomía, en ese mismo acto quirúrgico se realiza apendicectomía por estar adherido el apéndice a la bolsa de Hartmann, y presenta lesión por la liberación de adherencias a 15 cm. de la válvula ileocecal reparándose en el acto. A los 5 días de la cirugía presenta una fístula enterocutanea de bajo gasto, de contenido intestinal de colon manejada con Vivonex; a los 3 meses no cierra la fístula, por lo que se procede a realizar un fistulograma encontrando comunicación entre el colon y vejiga, intestino delgado y colon y colon con piel, por lo que se realiza colostomía transversa. El diagnóstico postoperatorio de histopatología fue: Colitis Ulcerosa aguda. Su evolución postoperatoria ha sido satisfactoria por lo que se da de alta del servicio y cita a la consulta externa de Cirugia General.

PACIENTE #20.- Masculino de 37 años de edad el cual se intervino con diagnóstico de fístula perianal realizándole técnica abierta, 7 meses después acude nuevamente por

presentar dolor a nivel de la región perianal, salida de líquido mucopurulento por un orificio perianal, por lo que se programa y se le realiza fistulectomía, por una fístula transesfintérica la cual se reseca sin problemas en el mismo sitio que la anterior. Actualmente el paciente se encuentra con buena evolución.

R E S U L T A D O S

Se estudiaron un total de 1286 pacientes en un periodo del 1o. de Enero de 1991 al 1o. de Marzo de 1993, de los cuales 20(1.55%) requirieron reintervención debido a que su primer cirugía no fué suficiente. 2 pacientes procedentes de Ginecología y 18 pacientes procedentes de nuestro Servicio (1.40%). 10 pacientes (50%) fueron del sexo masculino y 10(50%) del sexo femenino; con edades entre 5 y 86 años, con una media de 45.5 años, correspondiendo un 5% a la 1a. y 2a. década; un 10% a la 6a. y 7a. décadas; un 15% a la 3a.,8a. y 9a. décadas y un 25% a la 4a. década de la vida.

Las patologías encontradas en estos 20 pacientes fueron: Plastías de pared por hernias postincisionales 6(22.2%), oclusión intestinal 6(22.2%), absceso residual 5(18.5%), hernia inguinal recidivante 3(11.1%), colostomía 3(11.1%), ilcostomía 2(7.5%), fístula colocutanea 1(3.7%) y fístula perianal 1(3.7%).

6 pacientes (30%) presentaron dos patologías: 2 pacientes con absceso residual + hernia postincisional, 2 pacientes con oclusión intestinal por vólvulus + colostomía,

Un paciente con oclusión intestinal + ileostomía. Un paciente con absceso residual + ileostomía.

Los pacientes de Cirugía de Urgencia representaron el 35% (7 pacientes) y los pacientes electivos el 65% (13 pacientes). La mortalidad secundaria al procedimiento quirúrgico fué de 2 pacientes (10%) y 18 pacientes vivos (90%).

De los 6 pacientes que presentaron hernia postincisional (1,2,3,4,5 y 6), las cirugías de los pacientes 2,4 y 5 fueron mayores con apertura del tubo digestivo y potencialmente contaminadas, sin embargo, sólo la paciente #5 presentó absceso de pared y posteriormente la dehiscencia; el paciente #3 no tuvo apertura del tubo digestivo ni problemas agregados que justifiquen la hernia postincisional, solo por su edad. Los pacientes 1 y 6 presentaron hernia secundaria a absceso intraabdominal.

De los 6 pacientes con oclusión intestinal (10,11,12,13,14 y 18), el paciente #10 presentó un manejo muy difícil de sus adherencias, con errores técnicos que condicionaron dichas adherencias y que afortunadamente con la colocación de la sonda nasoyeyunal se resolvió el

problema. El paciente #11, debido al proceso tan avanzado que presentaba, era de esperarse el absceso residual y/o adherencias, se manejó al paciente con forma quirúrgica con lisis de sus adherencias y evolucionó satisfactoriamente. El paciente #12 llamó la atención que posterior a su Cirugía, al iniciar la dieta no la toleró adecuadamente, se realizó SEGD no habiendo paso adecuado y con distensión gástrica importante por lo que se intervino, sólo que no se encontró proceso obstructivo franco, por lo que no se realizó el desmantelamiento de la anastomosis como se pensaba y desgraciadamente el paciente fallece por una broncoaspiración secundaria al reflujo por la retención gástrica. Los pacientes 13 y 14 procedieron de Urgencias con oclusión intestinal por vólvulus en donde se realiza su primera cirugía solamente con destorsión del mismo y no se hace un seguimiento del paciente para reintervenirlo en el menor tiempo posible, sino que a los 3 meses acuden nuevamente por presentar el vólvulus, teniendo que hacer una colostomía y resección, condicionándolos a una nueva intervención, cosa que se hubiese evitado desde su primera cirugía. El paciente #18 tenía antecedentes para pensar en cuadro oclusivo, pero yatrogénicamente se produce lesión de intestino delgado por lo que se hace ileostomía y 2 meses después en mejores condiciones se realiza su cierre.

De los 5 pacientes con absceso residual (1,6,7,8 y 9), el paciente #1 se interviene con diagnóstico de apendicitis aguda encontrando un absceso apendicular y 20 días después presenta absceso hepático sin dilucidar si fué residual o se trató de un absceso hepático amibiano posteriormente presenta evisceración y es manejado el proceso infeccioso con abdomen abierto, su cultivo demostro E. Coli, Staphylococcus, Streptococcus y proetus. El paciente #7, por el grado avanzado de apendicitis aguda era de esperarse un absceso residual el cual se presentó y se manejó adecuadamente con el drenaje y lavado de cavidad. La paciente #6 sin antecedentes de importancia, joven de 15 años de edad, posterior a la funduplicatura sin problemas transoperatorios presenta un absceso residual, se pensó que se trataba de una contaminación del quirófano debido a que en la segunda intervención no se encontró alteración en el area de la primer cirugía, sin embargo pese al adecuado lavado de la cavidad nuevamente presenta datos de abdomen agudo y se reinterviene encontrando un absceso, yatrogénicamente se lesiona el yeyuno por las adherencias y es reparado, se sospechó que presentaba inmunosupresión y se le realizó prueba de HIV resultando negativa, posterior a estos procedimientos la paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta. Los pacientes 8 y 9

precedentes del Servicio de Ginecoobstetricia postoperadas de Cesárea sin antecedentes de importancia, presentan un absceso secundario a dehiscencia de la histerorrafia, por lo que son sometidas a histerectomía y una de ellas presenta lesión de intestino delgado por lo que se realizó ileostomía, la otra paciente presentó un absceso a espacio de R'ethzius, se manejó con irrigación de Isodine, que posteriormente se diseminó hacia la cavidad que estaba limpia y condicionó otra intervención por absceso en cavidad y adherencias importantes. Ambas pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

De los 3 pacientes que presentaron hernia inguinal recidivante (15,16 y 17), al paciente #15 se le realizó el procedimiento junto con una cirugía contaminada como es la adenomectomía prostática suprapúbica. Al paciente #16 se le realizó técnica de Mc Vay por hernia directa e indirecta, sin embargo no se dieron cuenta de la existencia de una hernia crural y no se trató el problema, lo que dió por resultado la presencia de la masa en región inguinal nuevamente. El paciente #17, presentó una hernia indirecta y posteriormente se somete por presentar fibrosis del cordón por la manipulación y al dismantelar la cirugía debilitan el piso y se realiza técnica de Mc Vay.

De los 7 pacientes catalogados como "otras causas": 2 pacientes con ileostomía (8 y 18), el paciente #8 yatrogénicamente por ginecología se lesiona el yeyuno al hacer la histerectomía y Cirugía hace la ileostomía con fístula mucosa. El paciente #18 yatrogénicamente al estar lisando las adherencias presenta perforación de intestino delgado y se decide realizar ileostomía.

Tres pacientes con colostomía (1e3,14 y 19), los 2 primeros por vólvulus de sigmoides que es destorcido y a los 3 meses vuelven a presentar torsión, por lo que se realiza colostomía y posteriormente su cierre. El paciente #19 con una perforación de sigmoides de etiología oscura, se realiza colostomía con bolsa de Hartmann debido a la contaminación que presentaba.

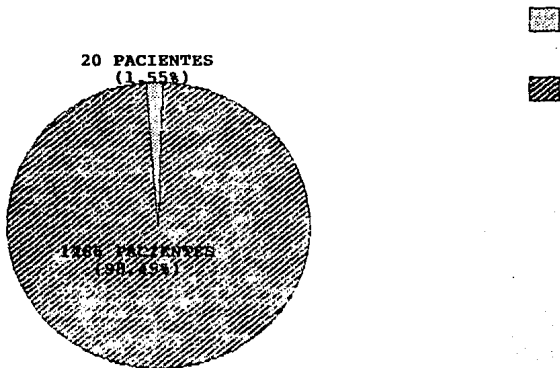
El mismo paciente #19 presentó fístula colocutanea, ya comentado previamente, al realizarle cierre de la colostomía se produce lesión yatrogénica del yeyuno al lisar las adherencias y se repara inmediatamente, se realiza apendicectomía en ese mismo acto quirúrgico. Presenta posteriormente fístula colocutanea y orina espesa con sedimento intestinal, se piensa en fístula entre vejiga y colon, se realiza estudio de tránsito intestinal con medio

de contraste encontrando la fistula entre vejiga y colon e intestino delgado, así como hacia piel, por lo que nuevamente se realiza colostomía transversa para desfuncionalizar y el paciente evoluciona favorablemente.

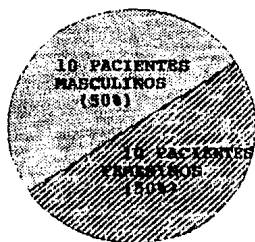
El paciente #20 con fistula perianal se somete a cirugía, sin embargo el paciente continuó con molestias en región anal que se le atribuyeron en consulta externa a la intervención. A los 7 meses es reintervenido encontrando el trayecto fistuloso en el mismo sitio de la cirugía previa y actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Todos los expedientes de los pacientes que fueron revisados, mostraron un adecuado nivel de proteínas totales, desgraciadamente en el Hospital no contamos con estudios suficientes para valorar adecuadamente el estado nutricional del paciente, pero en los pacientes que se complicaron y que los días de estancia en el Hospital se prolongaron, presentaron un descenso importante de sus proteínas totales, reponiendo esas pérdidas con albúmina o plasma, para ayudar a la cicatrización.

PORCENTAJE DE PACIENTES REINTERVENIDOS





RELACION POR SEXOS





**PORCENTAJE DE PACIENTES
REINTERVENIDOS DE ACUERDO A SU
EDAD**

 6a. década (10%)


 7a. década (10%)


 3a. década (15%)

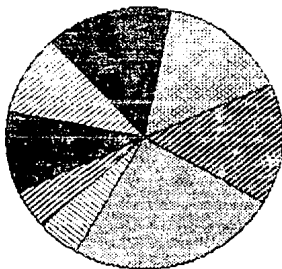
 8a. década (15%)

 9a. década (15%)

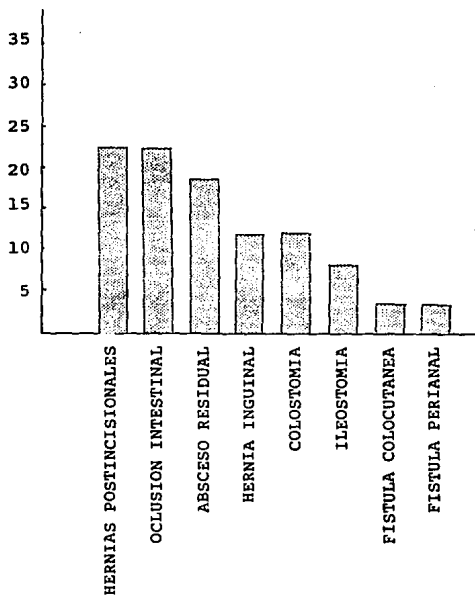
 4a. década (25%)

 2a. década (5%)

 1a. década (5%)



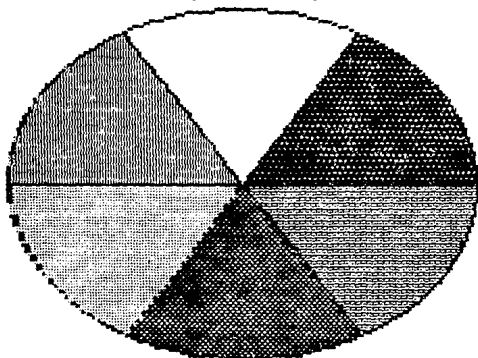
PORCENTAJE DE CASOS PRESENTADOS



PLASTIAS DE PARED

(2 2 . 2 %)

68



Postoperado Billroth II.



Quiste de Ovario + Hernia umbilical.



Cancer de Colon.



Estenosis del colédoco.



Absceso residual.

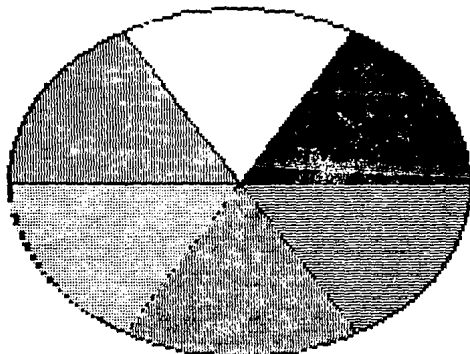


Evisceración.
Manejo de abdomen abierto.

O C L U S I O N I . T E S T I N A L

(2 2 . 2 8)

69



Colecistectomía + Colangiografía transoperatoria.



Apéndice necrótico y perforado.



Antrectomía + Gastroyeyunoanastomosis en Omega de Brown.



Vólvulus de sigmoides.



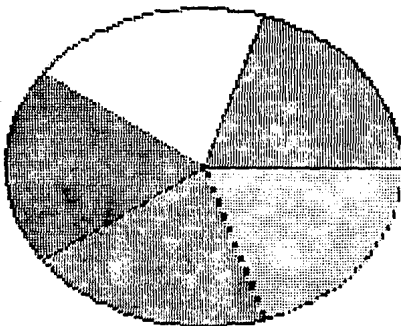
Vólvulus de sigmoides.



Oclusión por adherencias.
Lesión de yeyuno/Ileostomía.
Cierre de Ileostomía.

ABSCESO RESIDUAL

(1 8 . 5 %)



Funduplicatura a 270°.



Apéndice necrótico y perforado.



Cesárea e histerectomía.

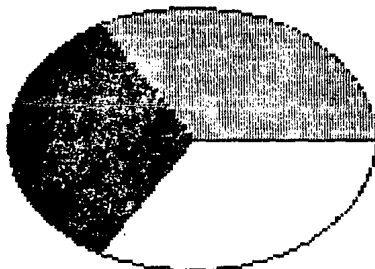


Cesárea e histerectomía.

Apéndice necrótico y perforado.
Absceso hepático.

HERNIA INGUINAL RECIDIVANTE

(1 1 . 1 8)



Hernia inguinal directa + adenomectomía prostática.



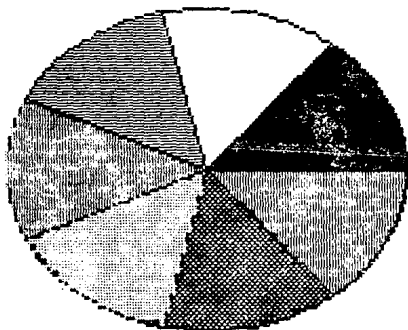
Hernia inguinal derecha (crural).










Hernia inguinal indirecta izquierda.

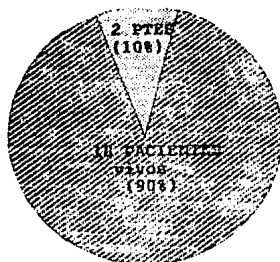
OTRAS CAUSAS

(2 6 %)



-  **Ileostomía. (3.7%)**
 Lesión yatrogénica post histerectomía.
-  **Ileostomía. (3.7%)**
 Lesión yatrogénica post-liberación de adherencias.
-  **Colostomía. (3.7%)**
 Vólvulus de sigmoides. Postoperado de destorsión.
-  **Colostomía. (3.7%)**
 Vólvulus de sigmoides. Postoperado de destorsión.
-  **Colostomía. (3.7%)**
 Perforación lineal de sigmoides.
-  **Fístula colocutanea. (3.7%)**
 Cierre de colostomía.
-  **Resección de fístula perianal. (3.7%)**
 Fistulectomía.

MORTALIDAD



COMENTARIOS

Considerando que el Hospital General Tacuba del ISSSTE es un Hospital de Enseñanza, el porcentaje de reintervenciones es muy bajo comparado con estadísticas a nivel mundial. Esto quizá se debe en gran parte a la supervisión de los médicos adscritos en el acto quirúrgico. En algunos casos el adscrito toma en cuenta el criterio del Residente y lo considera para el tratamiento del paciente, pero en otros casos el criterio del adscrito es el que impera en el acto quirúrgico.

Llama la atención que a diferencia de lo que pensamos encontrar, los pacientes que se intervinieron en forma electiva, con mejores condiciones fueron mayor número en comparación con los pacientes de urgencias que se encontraban en mal estado y con mayores riesgos de complicarse. Sin embargo esto es solo a simple vista ya que la mayor parte de las cirugías que se realizan en éste Hospital son electivas por lo que en porcentaje general es mucho menor que los pacientes que se intervinieron de urgencia.

No hubo diferencias con respecto al sexo. El mayor

porcentaje de reintervenciones se presentó en la cuarta década de la vida, en pacientes jóvenes, sin antecedentes de importancia para su padecimiento, y en la mayoría de ellas si revisamos cuales fueron las causas de su complicación, podemos ver que los problemas técnicos en la cirugía condicionaron su reintervención.

En los pacientes de la 8a. y 9a. décadas de la vida que representan un 15% respectivamente la causa principal de sus reintervenciones fué un problema técnico. En ellos esperaríamos que la causa fuera secundaria a su edad.

Consideramos importante comentar acerca de cada uno de los pacientes de acuerdo con la patología que presentaron:

De los 6 pacientes con Hernia Postincisional nos llama la atención que solo en 3 se puede atribuir la causa a factores del paciente, ya que 2 de ellos fueron cirugías de urgencia con absceso residual concomitante y uno de ellos presentó un absceso de pared que pudo condicionar la dehiscencia, sin embargo creo que se pudo haber evitado el

absceso de pared. Los otros 3 pacientes fueron manejados con cirugía electiva y a pesar de que se manejó tubo digestivo no hubo contaminación, por lo que la dehiscencia se debió a problemas técnicos en la sutura.

De los 6 pacientes con Oclusión Intestinal, 4 de ellos procedentes de Urgencias: 2 con vólvulus de sigmoides que por una coincidencia a los 3 meses de haberles realizado destorsión del mismo se volvula nuevamente, es cuestionable el haberlos dejado tanto tiempo sin haberles realizado un procedimiento quirúrgico definitivo o en su defecto en la primera cirugía haberles realizado una colostomía con resección intestinal y posteriormente su cierre. Nos queda de experiencia con éste tipo de pacientes, si le ofrecemos el procedimiento de destorsión unicamente, se tiene que preparar para realizarle en el menor tiempo posible la resección intestinal con colo-coloanastomosis terminal y si se decide realizarle colostomía es otra opción, con sus pro y contras cada una. Los otros dos pacientes de Urgencias, yatrogenicamente por estar liberando el intestino de las adherencias, se lesiona el intestino y termina en ileostomía; es importante recordar el cuidado que debemos tener al hacer la lisis de adherencias para evitar ésta complicación. El otro paciente postoperado por apéndice

necrótico con absceso pélvico es justificable que se presente la oclusión ya que las adherencias que se forman condicionan el proceso obstructivo y como ya vimos no importa la cantidad sino la forma en que condicionen la oclusión. A los 2 pacientes programados restantes en éste grupo, uno de ellos para colecistectomía más exploración de vías biliares por litiasis en colédoco, desarrolló en forma impresionante adherencias y quizá desde la primer cirugía había fuga por el muñón cístico y ello condicionó las adherencias. El último paciente programado al cual se le realizó una Omega de Brown presentó al parecer una falla técnica ya que no había un vaciamiento adecuado del estómago hacia el intestino, sin embargo en la segunda cirugía no se le ofreció ningún otro procedimiento y el paciente fallece a las 48 horas por broncoaspiración.

De los 5 pacientes con absceso residual, 2 de ellos fueron procedentes del Servicio de Ginecoobstetricia debido a una contaminación, presentan deniscencia de la histerorrafia por lo que se presenta el absceso residual. 2 pacientes postoperados de apendicectomía con absceso en hueco pélvico y periapendicular es factible que desarrolle un absceso residual como el que presentaron y su magnitud variará de acuerdo con la inmunidad del paciente. Nos llamó

la atención la paciente femenina de 15 años de edad que posterior a una funduplicatura presentara el absceso residual, como explicación posible suponemos que se trataba de una fuga a nivel de los puntos entre el estómago y el esófago, sin embargo en la segunda cirugía no se encontró problema a ese nivel, entonces se supuso que se trataba de un problema de inmunocompromiso, pero no contamos con los medios para realizar pruebas específicas; sin embargo la paciente evolucionó satisfactoriamente.

De los tres pacientes con hernia inguinal destaca que la mala técnica quirúrgica, la elección de los pacientes y falta de exploración física adecuada condicionan los fracasos en este tipo de pacientes. El primero de ellos aunque está descrito el procedimiento de adenomectomía prostática suprapúbica con reparaciones inguinales, no es aconsejable ya que se trabaja en un terreno contaminado y podemos ocasionar la dehiscencia. Con respecto a tener cuidado desde la exploración física del paciente hasta la cirugía misma es muy importante ya que al no identificar adecuadamente una hernia crural podemos dejarla sin darle ninguna solución y que después de la cirugía nuevamente se presente la hernia. Por último los pacientes que se les manipula el cordón al estar reparando la hernia sobretodo de

tipo indirecto corren el riesgo de ocasionar una fibrosis que en ocasiones es muy dolorosa, por lo que hay que tener cuidado al estar realizando este tipo de plastías.

De los pacientes catalogados dentro de "otras causas" en los cuales la mayoría de ellos, las lesiones que se producen son yatrogénicas y conducen a ileostomías que pudiesen haberse evitado teniendo mayor cuidado. Las colostomías en muchas ocasiones son necesarias porque salvan la vida del paciente, aunque necesiten una segunda intervención para su cierre. Y los pacientes que presentan fístulas perianales muchas de las veces aunque se encuentren cercanas a la localización anterior pertenecen a otras criptas o ciertamente en ocasiones el trayecto de la fístula no se identificó adecuadamente y por ello la recidiva es importante.

Es muy bonito hablar de "se hubiera hecho ésto y se hubiera evitado", sin embargo no es lo mismo verlo desde lejos que estar en ese momento tan crítico frente al paciente y decidiendo el procedimiento quirúrgico que puede ser mejor para el paciente, muchas veces de antemano sabemos que hay un alto riesgo de perforación al estar realizando algún despegamiento de adherencias, sin embargo sabemos

también que es necesario para el paciente, ya que de ello depende su evolución y su vida.

Lo más importante y espero que esta tésis sirva para tratar de evitar los errores que cometemos y que el paciente es quien sufre por no tener en cuenta los pequeños grandes detalles que hacen la diferencia.

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

- 1.- El porcentaje de reintervenciones en el Servicio de Cirugía General es de 1.55%.
- 2.- De los 20 pacientes reintervenidos 13 (65%) fueron de cirugías electivas y 7 (35%) de cirugías de Urgencia.
- 3.- La cuarta década de la vida es la más afectada debido a yatrogenias que se cometen.
- 4.- La relación por sexos es de 1:1.
- 5.- La mortalidad operatoria y postoperatoria fué de 2 pacientes (10%).
- 6.- El paciente con vólvulus de sigmoides no hay que destorcerlo y enviar al paciente a su casa. Si se decide destorcer, hay que prepararlo en el menor tiempo posible para hacer su cirugía definitiva. También está indicado si se decide hacer colostomía y resección en la primera cirugía, y en la segunda el cierre de la colostomía.
- 7.- Ligar adecuadamente vasos y conductos ya que pueden

condicionar fugas y posteriormente el desarrollo de adherencias y abscesos.

- 8.- Sabemos bien que un absceso apendicular tiene muchas probabilidades de presentar un absceso residual, pero debemos de extremar precauciones y un lavado exhaustivo es importante si es que está diseminado a hueso pélvico, pero si el absceso se encuentra localizado hay que aspirar y limpiar perfectamente el área ya que lo podemos diseminar. Colocar en el postoperatorio al paciente en posición semifowler para que los líquidos por gravedad se localicen a hueso pélvico y no se diseminen a toda la cavidad que es la causa de posteriores adherencias y abscesos interasa, dejando un adecuado drenaje.
- 9.- Al realizar cirugías ginecológicas específicamente cesáreas y dilatar el cervix, evitar la contaminación.
- 10.- En los pacientes con hernia inguinal se deberá tener cuidado desde la exploración física en la Consulta Externa hasta la cirugía misma, ya que la falta de identificación del tipo de hernia, el manipuleo del cordón y cirugías contaminadas, condicionan el fracaso.

- 11.- Cuando se presente un paciente con oclusión intestinal y necesite intervenir, la lisis de adherencias puede propiciar más adherencias e inclusive perforaciones.

- 12.- Los pacientes con oclusión intestinal deben ser manejados inicialmente con sonda nasogástrica, reposición de líquidos y antibióticos, antes de pensar en el tratamiento quirúrgico.

- 13.- En los abscesos perianales, la localización de la cripta dañada con su correspondiente trayecto es vital para evitar recidivas.

- 14.- LA DIFERENCIA ENTRE UN CIRUJANO Y OTRO ES EL CUIDADO DE LOS PEQUEÑOS DETALLES QUE MUCHAS VECES PASAMOS POR ALTO.

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

- ABBOTT W.O.- INDICATIONS FOR THE USE OF THE MILLER-ABBOTT TUBE. N. England Journal of Medicine 225:641-646,1982.
- ABERMATHY.- TEMAS CLAVE EN CIRUGIA. Editorial Interamericana. 1989.
- ABI F.- ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION:GENERAL REVIEW A PROPOS OF 100 CASES. Journal of Surgery 124:471-474,1987.
- AGUIRRE A.- THE ROLE OF SURGERY AND HIPERALIMENTATION FOR THERAPY OF GASTROINTESTINAL ENTEROCUTANEOUS FISTULAE. Annals of Surgery 180:393-400. 1974.
- ASBUN H.J.- SMALL BOWEL OBSTRUCTION AND ITS MANAGEMENT. Journal International Surgery 74: 23-27, 1989.
- BADOWSKI A.- THE IMPORTANCE OF HIGH-MOLECULAR WEIGHT COLLOID SUBSTANCES IN THE PREVENTION OF EXPERIMENTAL PERITONEAL ADHESION. Surgery 10:143-153. 1982.
- BAKER J.W.- A LONG JEJUNOSTOMY TUBE DESCOMPRESSING INTESTINAL OBSTRUCTION. Surgery Gyencology ando Obstetrics 109: 519-520, 1969.
- BARNETT J.E.- CLOSURE OF COLOSTOMY. American Journal of Surgery 46:131-134,1986.

- BERNARD H.R.- WOUND INFECTIONS FOLLOWING POTENTIALLY CONTAMINATED OPERATIONS: EFFECT OF DELAYED PRIMARY CLOSURE OF THE SKIN AND SUBCUTANEOUS TISSUE. J.A.M.A. 184:290, 1983.
- CLOSE M.B.- TRANSMESENTERIC SMALL BOWEL PPLICATION OR INTRALUMINAL TUBE STENTING. INDICATIONS AND CONTRA-INDICATIONS. American Journal of Surgery 138:89-96,1979.
- CHILDS W.A.- EXPERIENCE WITH INTESTINAL PPLICATION AND A PROPOSED MODIFICATION. Annals of Surgery 152:258-265. 1960.
- DACIEWICZ Z.-PREVENTION OF EXPERIMENTAL PERITONEAL ADHESIONS BY ADMINISTRATION OF HIDROCORTISONE AND HIGH-MOLECULAR WIEGHT SUBSTANCES. pol. Med. Journal 10:532-538. 1971.
- DAVIDSON A.T.- EARLY OPERTATIONS IN THE TREATMENT OF SMALL BOWEL OBSTRUCTION. J Matt Med Associati6n. 73:245-246.1981.
- DELHING E.P.- RISK OF INFECTION FOLLOWING LAPAROTOMY FOR PENETRANTING ABDOMINAL INJURY. Arch of Surgery 119:120,1984.
- DENT T.- TIPS EN CIRUGIA.- Editorial Interamericana. M6xico, D.F. 1991.
- ELLIS H.- MECHANICAL INTESTINAL OBSTRUCTION. Br. Med. J. 283:1203-1204. 1981.

- ELLIS H. INTERNAL OVERHEALING. THE PROBLEM OF INTRAPERITONEAL ADHESIONS. World J. of Surgery. 4 303-306. 1980.
- ESRIG B.C.- THE PREDISPOSITION TO INFECTION FOLLOWING HEMORRHAGIC SHOCK. Surgery, Gynecology and Obstetrics 144:915. 1987.
- FABRI ET AL.- HIGH MOLECULAR WEIGHT DEXTRAN EFFECT ON ADHESION FORMATION AND PERITONITIS IN RATS. Surgery 94. 336-347,1983.
- FINCH D.R.- COLECTOMY AND COLOSTOMY. Surgery Clinic of Northameric 57:379.1987.
- FRY D.E.- THE USE OF POLYPROPYLENE MESH IN ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION PERSPECT. Gen Surgery 1:93.1990.
- FRY D.E.- THE SURGICAL MASION IN REOPERATOIONS OF THE ABDOMEN. New York Moral Dekker.1966. PP:11-24.
- GAZZAÑIGA A.B.- PREVENTION OF PERITONEAL ADHESIONS IN THE RAT. THE EFFECTS OF DEXAMETHASONE, METHYLPREDNISOLONE, PROMETHAZINE AND HUMAN FIBROLYSIN. Arch Surgery 110:429-432.1985.
- GOLBERG.- FUNDAMENTOS DE CIRUGIA ANORECTAL. Editorial Limusa.1988.
- HAN T.- HEPARIN IN THE TREATMENT OF EXPERIMENTAL PERITONITIS. Ann of Surgery 1987:294.1987.

- HILL G.- OPERATIVE STRATEGY IN THE TREATMENT OF ENTEROCUTANEOUS FISTULA. World Journal of Surgery 7: 498-901. 1983.
- HINSDALE J.B.- REOPERATION FOR INTRA-ABDOMINAL SEPSIS. INDICATIONS AND RESULTS IN MODERN CRITICAL CARE SETTING. Annals of Surgery 199:31. 1986.
- HUNTER T.B.- COMPLICATIONS OF INTESTINAL TUBES. American Journal of Gastroenterology 76 251-261. 1980.
- HOFSTETTER S.R.- ACUTE ADHESIVE OBSTRUCTION OF THE SMALL INTESTINE. Surgery Gynecology and Obstetrics 151: 141-144.1981.
- LEONARD H.K.- REOPERATION FOR COMPLICATIONS OF THE NISSEN FUNDOPLICATION. J. Thoracic Cardiovascular Surgery 81:50.1981.
- LEIVINGSTONE.- POSTOPERATIVE ADHESIONS ETIOLOGY, PREVENTION AND THERAPY. Clin. Obstetrics and Gynecology. 23 1213-1220.1980.
- MACHIEDO G.- REOPERATION FOR SEPSIS. American Journal of Surgery 51. 149-154.1985.
- NOBLE T.B. Jr.- PPLICATION OF THE SMALL INTESTINE A PROFHLAXIS AGAINST ADHESIONS. American Journal of Surgery. 45 11-44.1937.
- POLK H.C.- POSTOPERATIVE WOUND INFECTION A PROSPECTIVE STUDY OF DETERMIANT FACTORS AND PREVENTION. Surgery 66:97.1969.

-ROUSE T.M.- NECROTIZING FASCITIS. A PROSPECTIVE STUDY
SURGERY 92:765,1980.

-SCHWARTZ.- PRINCIPIOS DE CIRUGIA TOMO II. Editorial Mc Graw
Hill. 4a. Edición. 1988.México, D.F.

-SKANDALAKIS.- COMPLICACIONES ANATOMICAS EN CIRUGIA GENERAL.
Editorial Mc. Graw Hill.México, DF. 1991.