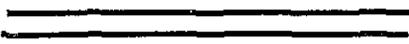


11209

158

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



"REOPERACIONES ABDOMINALES TEMPRANAS"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener el Título de  
CIRUGIA GENERAL  
Presenta el:

DR. SERGIO ADRIAN MURILLO SAINZ  
Residente del tercer año de Cirugía General

Director: Dr. ENRIQUE MEDINA GONZALEZ

2002





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 esta 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.

Con cariño a Adoración por su paciencia  
fortaleza y amor.

Con admiración y respeto a  
Dr. Luis Ize Lamache  
Dr. Roberto Blanco Benavides  
por su enseñanza y estímulo.

Con profundo agradecimiento a  
Dr. Enrique Medina González  
Dr. Manuel Chavelas  
por su valiosa orientación y  
colaboración.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## I N D I C E

Introducción	1 a 7
Material y métodos	8 a 9
Resultados	10 a 19
Discusión	20 a 27
Conclusiones	28
Bibliografía	29 a 31

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I N I R O D U C C I O N

El presente estudio investigó las reoperaciones abdominales tempranas llevadas a cabo tanto en el servicio de Gastrocirugía del Hospital General del Centro Médico Nacional como en diferentes Hospitales Generales de Zona de la Ciudad de México.

Se estudiaron dos grupos: el primero compendió únicamente las reoperaciones abdominales tempranas realizadas inicialmente en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital General del Centro Médico Nacional; el segundo grupo lo formó las reoperaciones realizadas inicialmente en este mismo hospital como en los Hospitales Generales de Zona.

Las variables que se analizaron para el desarrollo de esta tesis fueron: Edad, sexo, tipo de primera intervención, tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la primera reoperación, mortalidad global del grupo, mortalidad en relación al tipo y número de reoperaciones, necesidad de aporte nutricional y de cuidados intensivos global y en relación con el número de reoperaciones.

Con el análisis de estas variables se pretendió contestar las siguientes interrogantes:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1. ¿Cuál fué la frecuencia de reoperaciones en un grupo de pacientes del servicio de Gastrocirugía del Hospital General del Centro Médico Nacional?
2. ¿Cuál fué su mortalidad?
3. ¿Cuáles fueron las causas principales que originaron las reoperaciones?
4. ¿Qué papel tuvo la primera intervención en el número de reoperaciones y la evolución de estos pacientes?
5. ¿Influyó el número de reoperaciones en la mortalidad?
6. ¿Cuáles fueron las principales causas de mortalidad en los reoperados?
7. ¿Aumentó la reoperación la necesidad de medidas especiales en la terapéutica total del reoperado?
8. ¿Pueden prevenirse las reoperaciones abdominales tempranas?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La necesidad de reoperación después de cirugía abdominal debido a complicaciones ha tenido amplia consideración en Francia y - Alemania, pero poca atención en la literatura Inglesa.

No parece haber en cirugía abdominal ningún problema que sea - menos mencionado que la reoperación temprana (2).

La necesidad de reoperación inmediatamente después de una cirugía abdominal indica una complicación seria y frecuentemente - puede constituir una falla quirúrgica (3).

Es difícil para el cirujano admitir tal falla, particularmente cuando la segunda cirugía puede ser fatal; por lo que la mayo- ría de estos se muestran renuentes a realizar una reoperación temprana, deseando que el problema se resuelva bajo manejo con servador (3).

El valor para tomar una decisión rápida y temprana aumenta las perspectivas favorables en una reoperación, aunque no excluye la posibilidad de una intervención innecesaria; sin embargo la reoperación realizada tardíamente como último recurso no aporta los efectos deseados y únicamente desacredita este valioso método diagnóstico y terapéutico (2).

La certeza para establecer el diagnóstico y determinar la indicación quirúrgica consiste principalmente en la capacidad de - diferenciar una complicación general de una local y en decidir

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

si la complicación local es de naturaleza reversible, con la posibilidad de ser normalizada por métodos conservadores o de una naturaleza irreversible, siendo la reoperación la única forma de prevenir un curso adverso. Es por esto que la reoperación es un verdadero reto para el cirujano de abdomen (2).

Una complicación postoperatoria que requiere una segunda cirugía requiere también al mejor cirujano y equipo que ofrezca juicio, experiencia y capacidad técnica para manejar una situación difícil, ya que el error puede significar el desastre.

Las dificultades más importantes que ha habido en la investigación de este problema al menos parcialmente es atribuida a la falta de criterio común en seleccionar casos para la inclusión en cada serie (3).

Primeramente se encuentra la dificultad en la unificación del concepto de reoperación temprana; para Iera & Aberg (13) es la reintervención no planeada llevada a cabo durante el período postoperatorio inmediato y causalmente relacionada a la primera intervención, generalmente durante el mismo internamiento, en su estudio incluye reoperados en un lapso de tiempo de 0 a 41 días.

Para Zer (3) la reoperación es la cirugía realizada durante la misma hospitalización sin considerar tiempo límite. Para M. Delannoy (16) y Germain (16) es la cirugía realizada dentro de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

los 15 días siguientes a la primera cirugía. Para White I. (4) es la realizada dentro de los primeros 30 días del postoperatorio.

Otro punto muy importante el cual significa un problema en el estudio de este tema, es la falta de homogeneidad en los procedimientos quirúrgicos reportados, algunos autores reportan procedimientos quirúrgicos relativamente de menor complejidad lo que influye en los resultados finales, por ejemplo: algunos escritores (29), (26), excluyen las hernioplastias de sus reportes, en cambio otros (13), no sólo incluyen a éstas sino también las evisceraciones y disrupciones de heridas quirúrgicas hasta nivel subcutáneo. Sin embargo hay algunos autores que tienen criterios más o menos uniformes en la selección de los pacientes aunque también tienen bastantes diferencias (25), (27), (28), (14), (20), (15), (16), (17), (19), (22), (23). En las series reportadas por Tera & Aberg (13) dentro de los procedimientos realizados existe un alto por ciento de colecistectomías (32.7%) y apendicectomías (29%), mientras que las cirugías intestinales sólo comprenden el 4.6% y la cirugía gástrica el 7.5%. En cambio en las series de Zer (3) no se incluyeron procedimientos extraperitoneales y el número de colecistectomías y apendicectomías fué relativamente menor (21 y 20% respectivamente), las cirugías gástricas comprendieron el 23.7% y las cirugías intestinales el 18.6%. Cabe mencionar también la gran diferencia entre estos reportes y el de Hinsdale (9) en el que incluye 11 pacientes de un total de 77 explorados

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

por falla orgánica múltiple con propósitos diagnóstico-terapéuticos.

En la tabla # 1 se realiza una revisión comparativa entre los resultados obtenidos por diversos autores, en la que se hace objetiva la gran disparidad de los reportes; se puede apreciar incidencia de reoperaciones desde un 0.54% hasta un 8.90% con una mortalidad desde el 21.4% hasta el 71.2%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla # 1.

Revisión comparativa de la literatura, referente a frecuencia y mortalidad en reoperaciones abdominales tempranas:

Autor y año Publicación	Periodo	No. de La- parotomías	No. y % de Reoperados	Mortalidad Total
Starlinger 1954	Indefinido	24,445	132 0.54%	94 71.2%
Lowdon 1959	1955-57	1,528	62 4.06%	30 48.4%
Prenner 1962	1945-61	10,297	73 0.71%	40 54.8%
Kunz 1962	1943-61	29,000	148 0.51%	102 68.9%
Böerger 1963	1950-63	6,956	47 0.68%	17 36.2%
Hüttl 1964	1954-63	11,981	64 0.53%	32 50.0%
Oliver 1964	1957-64	3,470	61 1.76%	27 44.3%
Calvet 1964	1960-63	2,056	20 0.97%	8 40.0%
Poilleux 1964	1961-63	2,099	51 2.43%	34 66.8%
Germain 1964	1958-61	3,168	82 2.59%	24 29.8%
Guenin 1964	Indefinido	1,550	51 4.43%	12 23.5%
René 1964	1955-64	11,147	78 0.70%	19 24.4%
Edelman 1964	1962-64	830	43 5.06%	16 37.2%
Ihomert 1964	1961-64	818	28 3.42	11 39.3%
Sapkas 1965	1954-64	12,126	146 1.20%	54 36.9%
Lagache 1966	1960-65	2,751	39 1.42%	13 33.3%
Razemon 1966	4 años	2,055	91 4.43%	43 47.3%
Lorenc 1969	1948-67	24,193	216 0.89%	65 29.1%
Siewert 1970	1958-69	11,676	209 1.79%	80 32.5%
Iera 1975	1962-71	16,719	121 0.72%	34 28.1%
Driver 1978	1972-77	782	70 8.90%	15 21.4%
Zer & Dux 1980	1966-75	3,680	95 2.6%	37 38.0%
Hinsdale 1984	1981-83	5,532	77 1.39%	33 43.0%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y MEIODOS

Se consideró reoperaciones tempranas a aquellas llevadas a cabo en los primeros 30 días posteriores a la primera cirugía.

No se incluyó cirugía menor: hernioplastías, plastías de pared, eventraciones, evisceraciones, tampoco se incluyó cirugía vascular, ginecológica, cirugía llevada a cabo en forma extraperitoneal, de órganos retroperitoneales excepto páncreas y se excluyó a reoperaciones realizadas por patología no relacionada con la primera intervención.

Se revisaron 100 pacientes intervenidos inicialmente en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional en forma consecutiva, en un período de tiempo escogido al azar (1º de abril a 30 de mayo de 1983), en este grupo se estudió la frecuencia de reoperaciones y su mortalidad.

El segundo grupo de estudio lo comprendieron 50 pacientes escogidos al azar intervenidos en forma inicial y reoperados en una o varias ocasiones tanto en el Centro Médico Nacional como en Hospitales Generales de Zona. En este grupo se llevaron a cabo 76 reoperaciones abdominales tempranas. En algunos pacientes las reoperaciones fueron múltiples. Se trató de 24 mujeres y 26 hombres. 14 de ellos fueron intervenidos inicialmente en el Servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional y 36 en diversos Hospitales Generales de Zona del I.M.S.S.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El rango de edad entre las mujeres fué desde los 15 años hasta los 87 con edad promedio de 44.5 años, el de los hombres varió desde los 18 años hasta los 83 con un promedio de 43.6 años. - En este grupo se buscó las respuestas al resto de interrogantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## R E S U L T A D O S

Primer Grupo.- Fueron 100 pacientes intervenidos inicialmente y en forma consecutiva en el servicio de Gastrocirugía del Hospital General del Centro Médico Nacional, seleccionados con el criterio previamente señalado, las operaciones realizadas fueron las siguientes:

Cirugías	Total	Porcentaje
Colecistectomías simples	44	44 %
Colecistectomías y EVB	4	4 %
Plastía de vías biliales	3	3 %
Cirugía de Estómago y duodeno	21	21 %
Cirugía de colon y recto	10	10 %
Apendicectomía	6	6 %
Cirugía de intestino delgado	6	6 %
Cirugía Pancreática	2	2 %
Esplenectomía	3	3 %
Drenaje de absceso hepático	1	1 %
	100	100 %

De estos 100 pacientes hubo necesidad de reoperar al 4%; fueron dos mujeres y dos hombres. Los diagnósticos transoperatorios durante la primera cirugía fueron: Colecistitis crónica - litiásica, Colangítis ascendente, peritonitis primaria, necrosis intestinal isquémica segmentaria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los diagnósticos transoperatorios durante la reoperación fueron respectivamente biliperitoneo, pancreatitis postoperatoria, sépsis abdominal y laparotomía negativa.

Las edades fueron de 28, 41, 22, y 83 años respectivamente.

Los cuatro pacientes fallecieron dando una mortalidad del 100%.

REOPERADOS EN EL C.M.N.

SEXO	EDAD	DIAGNOSIICO PRIMERA CIRUGIA	DIAGNOSIICO PRIMERA REOPERACION	DEFUNCION
Fem.	28	Colecistitis crónica	Biliperitoneo	Si
Fem.	41	Colangitis ascendente	Pancreatitis	Si
Mas.	22	Peritonitis primaria	Sépsis abdominal	Si
Mas.	83	Necrosis intestinal Isquémica Segmentaria	Laparotomía negativa	Si

Segundo Grupo.- Fueron 50 pacientes escogidos al azar en los que se realizaron 76 reoperaciones abdominales tempranas; su primera intervención así como las reoperaciones se realizaron en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital General del Centro Médico Nacional y en diversos Hospitales Generales de Zona del I.M.S.S.

De las 50 primeras intervenciones 14 se realizaron en el Centro Médico Nacional y 36 en los Hospitales Generales de Zona.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Hubo necesidad de reoperar por segunda ocasión a 16 pacientes: 11 en el Centro Médico Nacional y 5 en los Hospitales Generales de Zona. Se realizaron 6 terceras reoperaciones 3 cuartas y 1 quinta reoperación, todas éstas en el Centro Médico Nacional.

	Cirugías Primarias	R e o p e r a c i o n e s				
		1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
C.M.N.	14	28	11	6	3	1
H.G.Z.	36	22	5	0	0	0

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

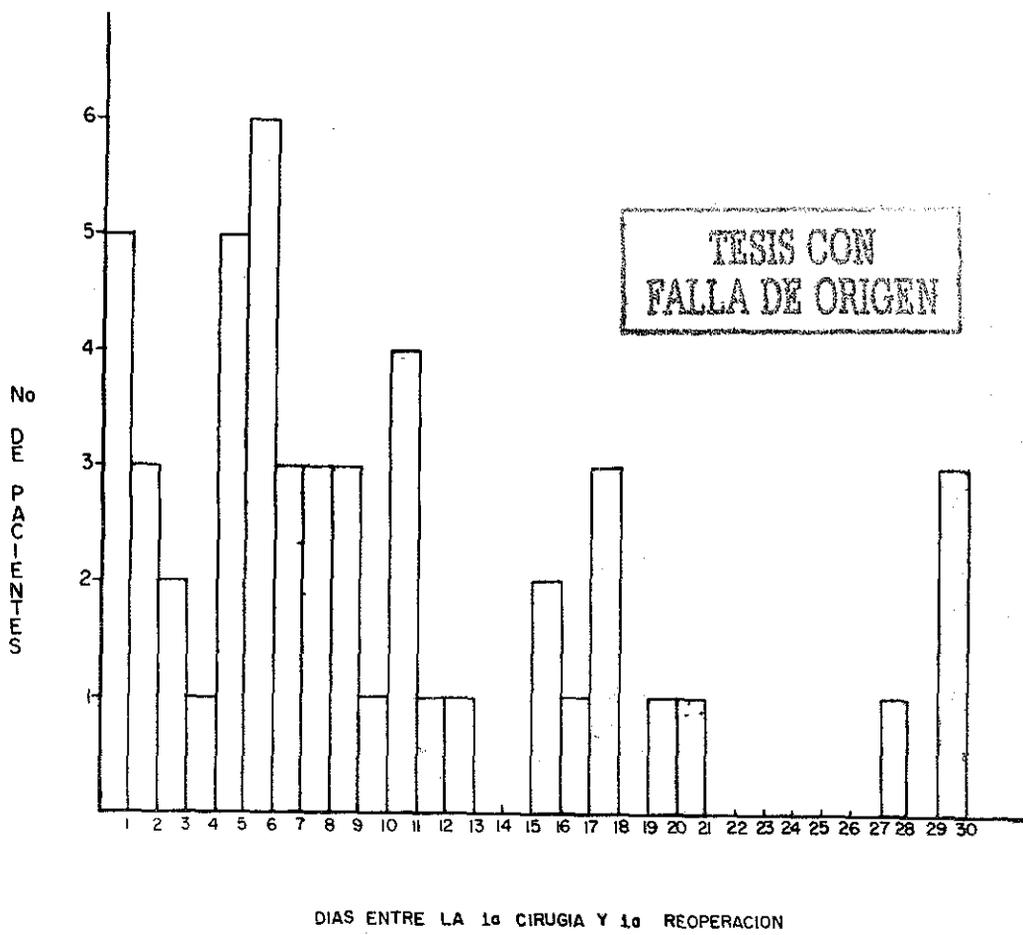
El tipo de cirugía primaria realizada se muestra en la siguiente tabla:

<u>Primera Cirugía</u>	<u>No.</u>	<u>%</u>
Apendicectomías	12	24%
Cirugía de Intestino Delgado	9	18%
Cirugía de Estómago y duodeno	8	16%
Cirugía de Colon y Recto	6	12%
Cirugía de Vesícula y VB	5	10%
Colecistectomías	4	8%
Cirugía de Páncreas	2	4%
Cirugía Esofágica	2	4%
Cirugía de Bazo e Hígado	2	4%
-----		-----
50 pacientes		100%

Concomitantemente con la cirugía primaria realizada hubo en 17 casos otro procedimiento agregado: 4 yeyunostomías, 8 colecistectomías, 1 esplenectomías, 3 biopsias hepáticas, 1 apendicec-  
tomía.

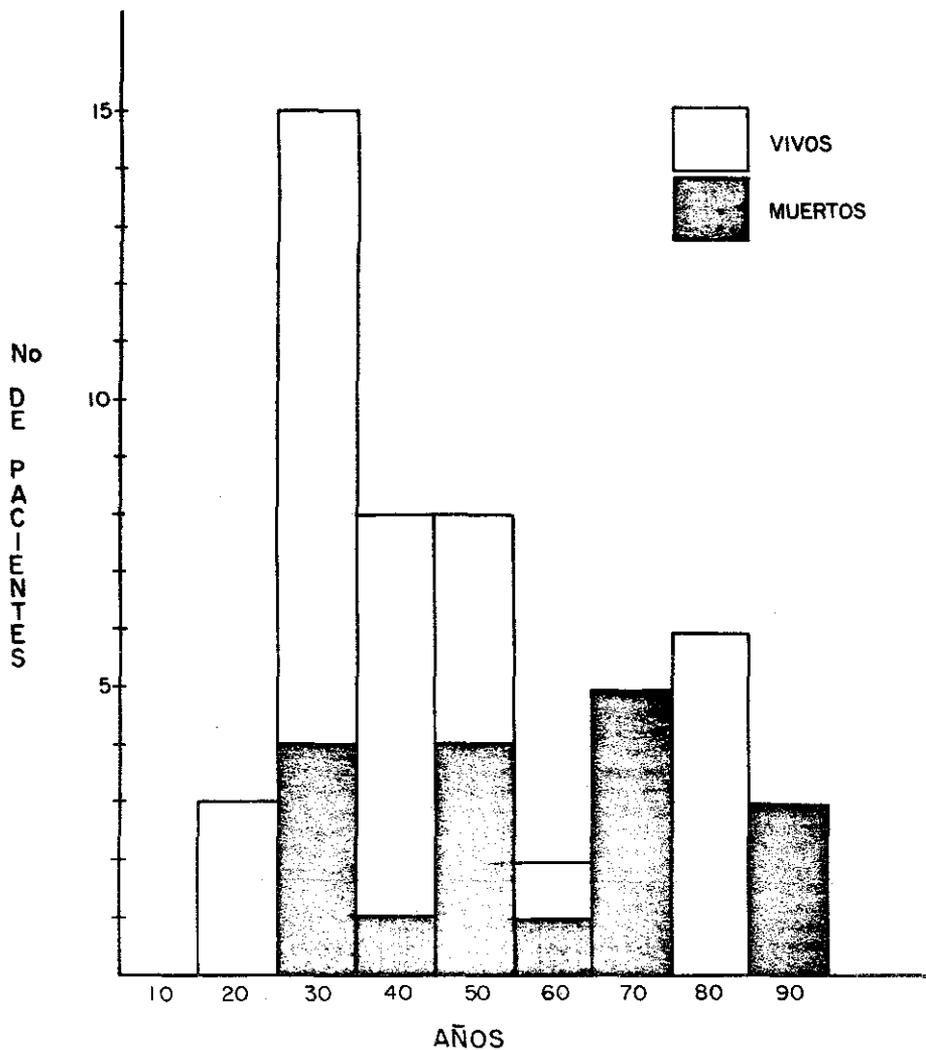
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El tiempo transcurrido entre la primera cirugía y la primera reoperación varió desde unas horas hasta 30 días, con un promedio de 9.12 días. (gráfica No. 1).



Gráfica # 1.

La mortalidad por grupos de edad fué del 23% en las primeras 4 décadas de la vida y de 54% por arriba de éstas. (gráfica # 2)



Gráfica # 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las causas de reoperación fueron las siguientes:

CAUSAS	R E O P E R A C I O N E S					TOTAL	%
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.		
Sépsis	19	10	6	3	1	39	51.32%
Oclusión	6	3	0	0	0	9	11.85%
Hemorragia	7	1	0	0	0	8	10.52%
Diagnóstico Erróneo	6	1	0	0	0	7	9.22%
Continuación de Patología	4	1	0	0	0	5	6.57%
Cuerpos Extraños	4	0	0	0	0	4	5.27%
Biliperitoneo	3	0	0	0	0	3	3.95%
Pancreatitis	1	0	0	0	0	1	1.31%
	50	16	6	3	1	76	100.0 %

La mortalidad total fué del 38% (19 de 50 pacientes) la causa más frecuente de muerte fué Falla Orgánica Múltiple por sépsis 84.22%, Hemorragia 5.26%, Pancreatitis Postoperatoria 5.26%, - Continuación de la patología 5.26 %.

#### CAUSAS DE MUERIE EN REOPERADOS

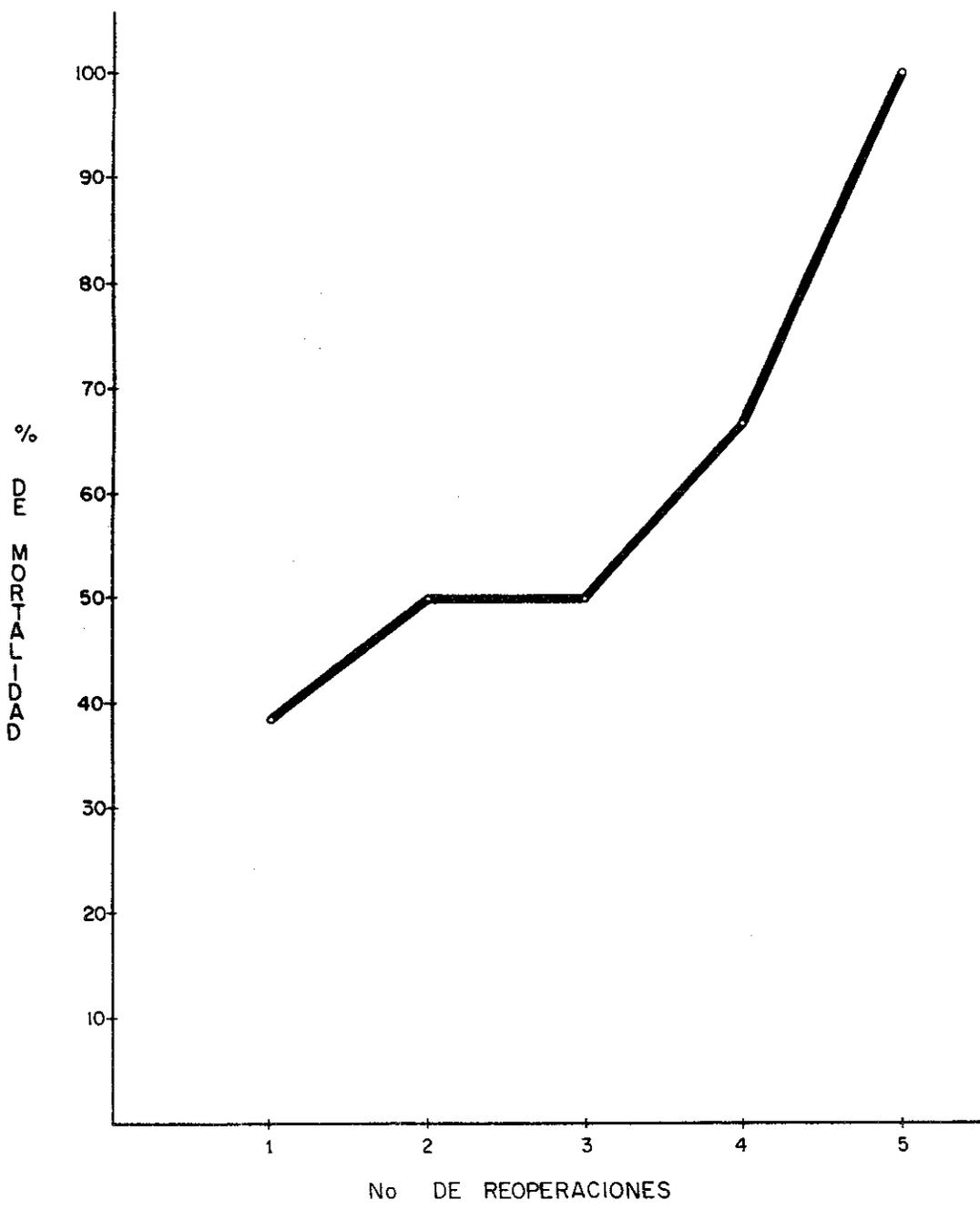
Causa	%	Total
Sépsis	84.22 %	16
Hemorragia	5.26 %	1
Pancreatitis PO	5.26 %	1
Continuación de la patología	5.26 %	1
	100.0 %	19

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

La mortalidad estuvo directamente relacionada al número de reoperaciones realizadas; de 50 reoperados por primera vez murieron 19 (38%), sobrevivieron 31 pacientes de los cuales 16 requirieron ser reoperados por segunda ocasión, hubo en éstos una mortalidad del 50%, de los 8 pacientes sobrevivientes 6 se sometieron a una tercera reoperación, de éstos fallecieron 3 (50%) y los otros 3 fueron a una cuarta reoperación con una mortalidad del 66.6% (murieron 2) el único sobreviviente falleció al ser reoperado por quinta ocasión (100%). (Gráfica # 3).

	Mortalidad
Primera reoperación	38 %
Segunda reoperación	50 %
Tercera reoperación	50 %
Cuarta reoperación	66.6 %
Quinta reoperación	100 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Gráfica # 3.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La necesidad de terapia intensiva y aporte nutricional aumentó directamente al número de reoperaciones. Siendo del 50% y 44% respectivamente para la primera reoperación, 68.7% y 62.5% durante la segunda reoperación, 66.6% y 100% posterior a la tercera reoperación, con mismas cifras para la cuarta reoperación y del 100% cuando se realizó la quinta reoperación.

No. de Reoperaciones	Cuidados Intensivos	Apoyo Nutricional (NPI o N. Enteral)
Primera	25/50 (50 %)	22/50 (44 %)
Segunda	11/16 (68.7%)	10/16 (62.5%)
Tercera	4/6 (66.6%)	6/6 (100.0%)
Cuarta	2/3 (66.6%)	3/3 (100.0%)
Quinta	1/1 (100.0%)	1/1 (100.0%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## D I S C U S I O N

Es importante enfatizar en el criterio de selección de pacientes en los dos grupos aquí estudiados, tanto desde el punto de vista de concepto de reoperación temprana como el de la patología incluida, asimismo se debe tomar en cuenta las características del Hospital General del Centro Médico Nacional, en el cual se manejan pacientes de riesgo quirúrgico elevado y de patología muy especializada.

Por tanto los resultados obtenidos en frecuencia como en mortalidad no pueden ser extensibles a otros centros hospitalarios excepto que cuenten con el mismo sistema de organización.

Con las aclaraciones previas es pertinente analizar los resultados obtenidos. En el estudio del primer grupo de pacientes se obtuvo una frecuencia de 4% en reoperaciones abdominales tempranas en el Hospital General del Centro Médico Nacional, esta cifra podría considerarse dentro de los límites ya reportados por otros autores (tabla #1), sin embargo como ya se comentó, es difícil comparar estas series entre sí debido a la diferencia de criterio para la formación de los grupos de estudio, el tipo de pacientes incluido en cada serie y la gran diferencia existente entre las épocas de estudio. El reporte de Zer (3) tiene similar criterio en la selección de pacientes al que utilizamos en este estudio, reporta una frecuencia del 2.6% con una mortalidad del 38% lo que es menor a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

la encontrada en nuestro primer grupo de estudio.

Sin embargo la mortalidad encontrada en el Hospital General del Centro Médico Nacional refleja únicamente el tipo de pacientes sometidos a reoperación; los cuatro tenían patología subyacente muy importante:

Caso No. 1. Paciente con hepatitis crónica activa intervenida electivamente por colecistitis crónica litiasica y reoperada por biliperitoneo falleciendo posteriormente por sépsis.

Caso No. 2. Paciente con diabetes mellitus descompensada de difícil manejo sometido a cirugía de urgencia por colangitis ascendente, reoperandose por abdomen agudo secundario a pancreatitis postoperatoria, falleciendo por sépsis.

Caso No. 3. Paciente con diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca sometido a cirugía de urgencia por isquemia intestinal, practicandósele resección y anastomosis, se reoperó por abdomen agudo siendo la laparotomía negativa, falleció por falla orgánica múltiple atribuida a sépsis de foco no determinado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Caso No. 4. Paciente nefrópata crónico con hipertensión arterial y glomerulonefritis, sometido a cirugía de urgencia por peritonitis primaria y reoperado por sépsis abdominal, falleció por falla orgánica múltiple secundaria a sépsis.

Germain (16) reporta una mortalidad del 9.3% en las primeras cuatro décadas y un 42% en las siguientes cinco. Sin embargo, concluye en su estudio que ni la edad ni el terreno representan las causas predominantes en el desencadenamiento de las complicaciones quirúrgicas. Los elementos mayores son proporcionados por las imperfecciones técnicas de la primera cirugía, engendradas por sí mismas y por las condiciones locales particularmente desfavorables.

Con respecto a esto, en nuestro segundo grupo de estudio encontramos un aumento considerable de la mortalidad relacionada directamente al aumento de edad, desde un 23% para las primeras cuatro décadas de la vida hasta un 54% por arriba de éstas.

Relacionando el número de reoperaciones con mortalidad, Germain (16) comenta: El pronóstico ya malo en caso de reoperación única es francamente catastrófico en los que necesitan varias reoperaciones, pasa de una mortalidad del 20% para una reoperación a un 70-75% para dos o tres reoperaciones y hasta un 100% a partir de la cuarta. White I. (4) tiene

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

resultados similares, ésto también se pudo corroborar en nuestro estudio (38% para una reoperación y 100% para cinco reoperaciones).

Por otro lado Driver (12) reporta como la principal causa de reoperación a la sépsis abdominal (58%) en 70 pacientes estudiados. Fry (11) reporta 143 pacientes reoperados por sépsis de los cuales 46 murieron (32%) con un aumento de la mortalidad en la segunda reoperación (50%), siendo el patrón de muerte en estos pacientes la falla orgánica múltiple.

Hinsdale (9) obtuvo una mortalidad del 43% en 77 casos reportados con sépsis abdominal.

En nuestro segundo grupo de estudio se encontró la sépsis abdominal como la mayor causa de reoperación y de mortalidad (51.3% y 84.22% respectivamente).

Por lo anterior se deduce que los síndromes de sépsis peritoneal forman el grupo más numeroso y más grave, donde las indicaciones de reoperación son más difíciles y la táctica operatoria la más complicada. Un sentido clínico agudo y calidad quirúrgica son necesarios; a la vez para no agravar por una reoperación traumatizante una situación ya de por sí comprometida.

(16).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el estudio de Germain (16) hubo un error técnico o algún defecto evidente en el tratamiento de los pacientes, directamente responsable de la complicación en 21 de las 82 reoperaciones reportadas (25.6%) con una mortalidad del 33%.

Se consideró que el 35.8% (14 pacientes de 39) de las reoperaciones en nuestro grupo de sépsis fué originado por fallas técnicas:

- 2 rupturas gástricas durante fundoplastías.
- 1 peritonitis por dieta enteral en disfunción de yeyunostomía
- 1 perforación esofágica durante vagotomía troncular.
- 1 tercio distal de apéndice adherido a ileon terminal inadvertido durante la primer cirugía.
- 1 hundimiento de yeyunostomía
- 3 dehiscencias de anastomosis
- 3 dehiscencias de muñón apendicular
- 1 perforación de ciego secundaria a obstrucción por cierre de colostomía en forma inadecuada.
- 1 hematoma infectado por desgarro de hígado postesplenectomía.

El grupo de reoperados por hemorragia postoperatoria comprendió el 10.5% de las causas de reoperación temprana y fué menor al reportado por Poilleux (20) 23.5%.

Excluyendo a un paciente que se encontraba bajo tratamiento anticoagulante, se consideró que en los restantes (7 pacientes) la hemorragia postoperatoria fué debida a inadecuada hemostasia (87.5%).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el grupo de reoperados por biliperitoneo (3 casos) se consideró error técnico en el 100%, todos por fuga de bilis a nivel de coledocorrafia.

En el grupo de reoperados por oclusión intestinal postoperatoria (9 casos) también se consideró error técnico en el 100%:

6 casos por acodamiento de asas o torsión de mesenterio durante el procedimiento inicial; 3 colecistectomías, 2 apendicectomías, 1 esplenectomía.

1 cierre total de la luz colónica posterior a cierre de colostomía extraperitoneal.

2 hernias internas (a los 2 días y a los 5 del postoperatorio).

En el grupo de cuerpos extraños obviamente la totalidad (4 casos) 100% fué error de técnica quirúrgica; las cuatro fueron gasas.

En el grupo de pacientes reoperados por continuación de la patología inicial (5 casos) sólo se consideró error de criterio quirúrgico en un caso (\*)

1 cierre de colostomía en cirugía electiva

3 trombosis mesentérica venosa recidivante

1 vólvulus de sigmoides recidivante el mismo día de la cirugía primaria, sólo se realizó destorsión del asa (\*)

Se consideró al grupo de diagnóstico erróneo (7 pacientes) a aquellos pacientes en los que pasó inadvertida la verdadera

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

causa que motivó la reoperación y 4 laparotomías negativas.

1 un cuadro de abdomen agudo en el que se practicó apendicectomía, reoperándose a los 10 días por absceso hepático de 1600 mls. roto a cavidad.

1 cuadro de abdomen agudo operado de colecistitis aguda alitiásica, reoperándose a los 9 días por absceso hepático de 500 mls.

1 perforación intestinal inadvertida durante la primera cirugía.

Tomando en cuenta los errores técnicos (37 casos), falta de criterio quirúrgico (1 caso) y error diagnóstico (7 casos), se encontró que el 59.2% de las 76 reoperaciones podrían haber sido prevenidas, y que la realización exitosa de la primera intervención juega un papel primordial en evitar el desarrollo de complicaciones que obligan la reoperación temprana.

Las estadísticas integrales que se presentaron con numerosas imperfecciones diagnósticas o técnicas, no pueden evidentemente ser tomadas como modelo sino que simplemente reflejan la actividad de varios servicios quirúrgicos al ejecutarse las intervenciones programadas o impuestas por la urgencia, que nos sirven de reflexión sobre este tema de interés considerable.

Es necesario hacer todo por evitar enfrentarse a una complicación postoperatoria, ya que es ahí donde se posa todo el problema de la competencia quirúrgica, de la enseñanza y del ejerci-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cio de la cirugía en un medio hospitalario.

Es aparente que la mortalidad por reexploración quirúrgica no ha disminuido durante las últimas dos décadas (9) sin embargo, la era de la medicina crítica ha extendido el uso de la reoperación en pacientes quienes previamente no la tolerarían.

El progreso de la anestesia, de la reanimación y de la antibióticoterapia nos han hecho desgraciadamente olvidar en algunos casos la importancia que tienen la técnica quirúrgica y lo justo del adagio anglosajón: "cut well, see well and get well".

A pesar de la gravedad de una reoperación el cirujano no debe rehuirla escondiendo su miedo al fracaso en una nota muy médica que justifique su abstención.

Reoperar a tiempo y con buen criterio cuando es necesario hacerlo exige modestia, coraje y representa una actitud benéfica para el paciente e instructiva para el cirujano (16).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

1. La frecuencia de reoperaciones en el grupo de pacientes estudiados en el Servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional fué del 4% con mortalidad del 100%.
2. La mortalidad total del grupo de pacientes estudiados tanto en el Servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional como de diversos Hospitales Generales de Zona aumentó con la edad y con el número de reoperaciones realizadas.
3. Las causas de reoperación más frecuentes fueron: Sépsis, oclusión intestinal y hemorragia postoperatoria.
4. Las necesidades de cuidados intensivos y de algún tipo de aporte nutricional aumentaron en forma paralela con el número de reoperaciones.
5. La causa principal de mortalidad fué la falla orgánica múltiple en los pacientes en quienes no se encontró foco séptico en cavidad abdominal, no se logró controlar el existente o se perpetuó la patología inicial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

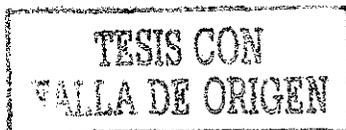
B I B L I O G R A F I A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1. Womack; N.A. and Crider R.I. The persistence of symptoms following Cholecystectomy.  
Ann Surg 126: 31, 1947
2. Lorenc J. Early urgent relaparotomy in abdominal surgery  
Int Surg 51:433, 1967
3. Zer Michael, Shlomo Dux, Noshe D. The timing of relaparotomy and its influence on prognosis.  
Am J Surg 139:338, 1980
4. White I. Harrison I. Reoperative Gastrointestinal Surgery.  
New York Little Brown Company - Second edition
5. Brodley J. Causes for 340 reoperations of the extrahepatic ducts.  
Ann Surg 189:442, 1979
6. James J. Monge Secondary exploration of the biliary tract  
Am J Surg 111:673, 1966
7. Glenn F. and Mc Sherry C. K. Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery.  
Surg Gynecol Obstet 121:979, 1965
8. Adar R. Buss A. Walden R. Iatrogenic Complications in Surgery.  
Ann Surg 196:725, 1982
9. Hinsdale J. Bernard M. Jaffe Reoperation for intraabdominal sepsis.  
Ann Surg 199: 31, 1984
10. Lowdon AGR Emergency re-operation in abdominal surgery  
J. Roy Coll Edin 4:291, 1959

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

11. Fry DE, Garrison RN, Neitsch RC, Calhoun K, Polk HC. Determinats of death in patientes with intraabdominal abscess.
12. Driver I, Kelly GL, Eiseman B. Reoperation after abdominal trauma  
Am J Surg 135:747, 1978
13. Iera H. Aberg C. Relaparotomy  
Acta Chir Scand 141:637, 1975
14. Calvet J.P. Setbon L. & Deburge J.P. Lés réinterventions précoces en chirurgie abdominale  
Mém Acad Chir 90:436, 1964
15. Edelmann G. Boutelier Ph. Breno J. & Gille La réintervention précoce en chirurgie abdominale  
Mém Acad Chir 90:773, 1964
16. Germain A. Courtois-Siffit M & Diane C. La réintervention précoce en chirurgie abdominale.  
Mém Acad Chir 90:271, 1964
17. Guénin P. & Levy-Lemann S. Lés réinterventions précoces en chirurgie abdominale.  
Mém Acad Chir 90:840, 1964
18. Lagache G. Combemale B. & Proye Ch. A propos des réinterventions précoces en chirurgie abdominale  
Lille Chir 21: 20, 1966
19. Oliver C. Mahé F. Sibert, Rettori R. Epfelbaum R. & Godart E. Lés réinterventions précoces en chirurgie abdominale. Etudes préliminaires.  
Mém Acad Chir 90:302, 1964
20. Poilleux, Larrieu H. & Plumerault J. Lés problemes des réinterventions en chirurgie abdominale.  
Mém Acad Chir 90:580, 1964
21. Rezemon P. Ribet M. Gautier-Benoit C. Leclair H.P. & Hassoun A. la réintervention Précoce en chirurgie abdominale  
Lille Chir 21: 3, 1966
22. René L. Blondeau P. Roy-Camille M & Limier A. La réintervention précoce en chirurgie abdominale.  
Mém Acad Chir 90:845, 1964



23. Ihomeret G. & Debesse B. A propos des réinterventions -  
précoce en chirurgie abdominale  
Mém Acad Chir 90:743, 1964
23. Barraya M.L. Les réinterventions en chirurgie  
abdominale.  
Mém Acad Chir 90:310, 1964
25. Kunz H. Die Relaparatomie  
Arch Klin Chir 301:223, 1962
26. Prenner K. Zum problem der relaparotomie  
Kin Med (wien) 17:424, 1962
27. Hutt1 I. Angaben zur indikation und mor-  
talitat der unmittelbaren relapa  
rotomie.  
Zbl Chir 89:1883, 1964
28. Sapkas A.M. & Ierris Zweitoperationen in der bauch -  
chirurgie Mitteilungen auf grund  
von 146 relaparotomien  
Bruns Britr Kin Chir 211:397,1965
29. Siewert R., Schulz G. & -  
Cassau D. Die Fru relaparotomie.  
Ursachen Indikation, prognose.  
Chirurg 41: 76, 1970

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN