

11210

16
ZET



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PEDIATRICA

CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION
INTESTINAL POSTOPERATORIA REVISION
DE CINCO



T E S I S

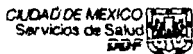
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA PEDIATRICA

P R E S E N T A ;

DR. ISMAEL OSORIO CLEMENTE

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS BAEZA HERRERA



1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Dr. **CARLOS BAEZA HERRERA**
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DIREC. GERAL. SERV. DE SALUD
DEL INSTITUTO DEL S.F.
DIRECCION DE INVESTIGACION E
ENSAYOS



Dr. **JOSÉ DE J. VILLALPANDO CASAS**
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

A mis hijos Nabhile y Allan

Que son la luz de mis días y porque los amo.

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y MÉTODO	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	29
RESUMEN	31
BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCION

Se sabe que las intervenciones quirúrgicas abdominales son factores predisponentes para la formación de adherencias intestinales, las cuales, de acuerdo al grado de organización, podrán llegar a producir un cuadro de oclusión, que de no ser detectado a tiempo, ni manejado oportunamente, puede tener complicaciones graves.

Se define como oclusión intestinal la *interferencia en la progresión aboral normal del contenido intestinal*.

Hoy día, las adherencias son la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la población general. En los Estados Unidos se reporta una mortalidad aproximada de 10%,¹ en tanto que de Europa se reporta 6%.²

La oclusión intestinal postquirúrgica puede presentarse en forma temprana, en la primera semana del postoperatorio, inclusive. Comúnmente responde a la descompresión nasogástrica. Cuando la respuesta es inadecuada, la oclusión está acompañada de una importante inflamación que puede estar causada principalmente

por abscesos, fleming o peritonitis.^{2,3} La oclusión tardía se presentará después de la primera semana de la operación, o hasta mucho tiempo después, incluyendo años. En este caso es causada por adherencias ya muy organizadas de consistencia firme que pueden llegar a causar, en algunos casos, vólvulus.^{4,5} Los principales trastornos cuando la irrigación está ileasa son: la acumulación de líquido y gas por arriba del sitio de la obstrucción y alteraciones de la motilidad intestinal, que también dan lugar a trastornos sistémicos.

La muerte por obstrucción intestinal se atribuyó, por muchos años, a toxinas que se absorbían en el intestino. En 1912, Haswell y Hoguet pudieron prolongar la vida de animales con obstrucción intestinal de más de 48 horas administrándoles solución salina intravenosa. La rapidez de la entrada de agua hacia la luz intestinal aumenta el flujo desde el lecho vascular hasta ésta. Los fenómenos que ocurren con el potasio son similares.¹

Wright y cols. estudiaron el flujo neto en pacientes con ileostomía. Produjeron asas cerradas mediante globos colocados en la parte proximal y distal del intestino, insertados a través de la ileostomía. Llegaron a la conclusión de que el aumento de la secreción es la causa primaria de la pérdida de líquidos en la oclusión

intestinal y que la disminución de la absorción juega un papel menos importante. Se considera que la liberación de prostaglandinas en respuesta a la distensión intestinal es el mecanismo por el cual aumenta la secreción en las asas ocluidas; el gas también interviene en la distensión. La peristalsis en estas condiciones aumenta para tratar de superar la obstrucción; posteriormente se presentan períodos intercalados de hiperperistalsis-aperistalsis. Estos períodos pueden alcanzar tal magnitud que traumatizan el intestino y contribuyen a la tumefacción y al edema de la pared intestinal, a medida que el proximal se distiende y el distal se paraliza.

La interferencia en la irrigación de un segmento intestinal por obstrucción de su luz, suele referirse como *oclusión estrangulada*. La exclusión de la irrigación mesentérica es la complicación más grave de la oclusión intestinal y a menudo ocurre por consecuencia de adherencias, hernias o vólvulos.

Cuando hay oclusión de los extremos aferente y eferente de una asa intestinal, sobreviene una *oclusión intestinal cerrada*. La presión del asa cerrada alcanza con gran rapidez un nivel suficiente para interferir en el flujo sanguíneo, sobre todo venoso.¹

Los efectos en la obstrucción del colon suelen ser menos espectaculares que los efectos de la del intestino delgado; la oclusión del colon, con excepción del vólvulo, por lo general no produce estrangulación. Debido a que el colon es un órgano, que se encarga de almacenamiento y que tiene funciones de absorción en su porción más proximal, la secreción es relativamente menor. El secuestro de líquidos y electrolitos progresan con mayor lentitud, por lo tanto los trastornos sistémicos secundarios a la oclusión del intestino grueso son de menor magnitud y urgencia que los derivados de la oclusión del intestino delgado.⁶ Se considera la oclusión por adherencias como lesión o causa extrínseca.

Cada vez se encuentra con mayor frecuencia cuadros de oclusión intestinal en niños más pequeños, que han sido intervenidos quirúrgicamente en forma previa, incluso con tiempo de evolución relativamente más corto.^{6, 7, 8}

Se ha encontrado en la literatura reportes que mencionan cuadros de oclusión intestinal postoperatoria que se acompañan de obstrucción a nivel de vías urinarias por afectación principalmente a uréter; hay reportes que mencionan hidronefrosis secundaria a esta situación. Otro sitio afectado es el trigono vesical con retención urinaria resultante, sobre todo cuando el proceso inflamatorio pélvico es

importante, principalmente ante la presencia de abscesos.⁹

Otros acontecimientos que llaman la atención, es que se han reportado cuadros de oclusión intestinal postoperatoria por factores coadyuvantes, como lo es después de reseca una tumoración maligna y se requiere manejo ulterior con radioterapia, entonces sobreviene la oclusión por fibrosis secundaria, la cual, para su resolución, la mayoría de las veces requiere reintervención quirúrgica.¹⁰

La fisiopatología de la formación de adherencias ocurre de la siguiente manera: las células mesoteliales lesionadas por el proceso inflamatorio progresivo en la cavidad peritoneal, liberan la tromboplastina necesaria para la formación de fibrina a partir de fibrinógeno. Si la peritonitis continúa progresando, el trasudado inicial se convierte en un exudado rico en proteínas, especialmente fibrinógeno. La fibrina se adhiere a la membrana peritoneal y a la serosa de los intestinos. Estas adherencias fibrinosas, mediante la fijación de las vísceras a la pared abdominal, al epiplón y entre sí, son muy útiles para la delimitación de los estados inflamatorios en cualquier segmento de la cavidad abdominal intraperitoneal. La invasión de las adherencias fibrinosas por fibroblastos productores de colágena, originan adherencias maduras de tejido conjuntivo. La actividad fibrinolítica del

factor activador del plasminógeno contenido en las células mesoteliales disminuye después de una lesión peritoneal y, en consecuencia se acumula más fibrina. La presencia de sangre en la cavidad peritoneal también aumenta las adherencias, porque se forma más fibrina y causa mayor organización y formación de éstas.¹¹

Se refiere en la literatura técnicas de ferulización intestinal para el tratamiento de la oclusión por adherencias; sin embargo, la mayoría de las veces éstas no son necesarias, ya que los pacientes evolucionan en forma satisfactoria, pero la aconsejan en casos de recurrencia.^{13, 14, 15}

No existe forma específica de evitar la formación de adherencias, ya que independientemente de la intervención quirúrgica que se haya realizado, éstas pueden presentarse, no siendo indispensable para ello, procesos infecciosos o inflamatorios graves, sino sólo la respuesta orgánica desencadenada. Sin embargo, el cirujano debe procurar no proporcionar coadyuvantes o terrenos propicios para la génesis de adherencias, mediante una técnica quirúrgica adecuada y un aseo meticuloso de la cavidad abdominal.^{16, 17}

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron en forma retrospectiva y prospectiva a todos los pacientes con oclusión intestinal postoperatoria que ingresaron al Departamento de Cirugía del Hospital Pediátrico Moctezuma, en el período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1994, debiendo reunir todos los siguientes criterios:

Inclusión: Niños de sexo indistinto.

Niños de 0 a 16 años.

Niños con oclusión intestinal y cirugía previa.

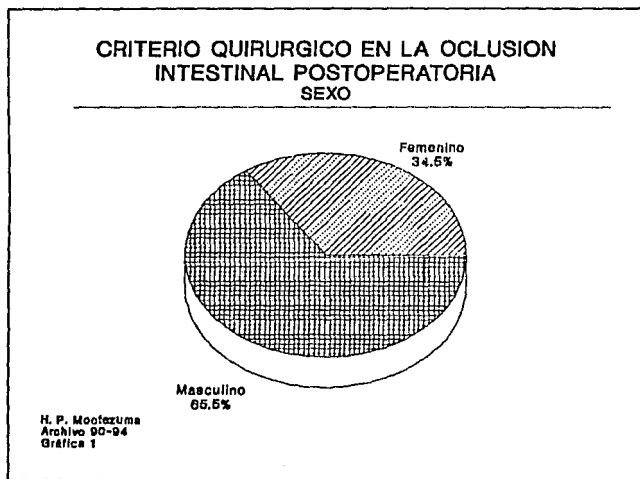
Exclusión: Niños con oclusión intestinal sin cirugía previa.

A todos los niños con estas características se les incluyó en una sábana de recolección de datos (Anexo I), donde se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, primera operación, diagnóstico primario, latencia, cuadro clínico, si requirieron o no tratamiento quirúrgico, tipo de procedimiento y evolución, entre otras.

Análisis estadístico: Descriptivo con medidas de tendencia central y de dispersión, determinación de incidencia, prevalencia y riesgo.

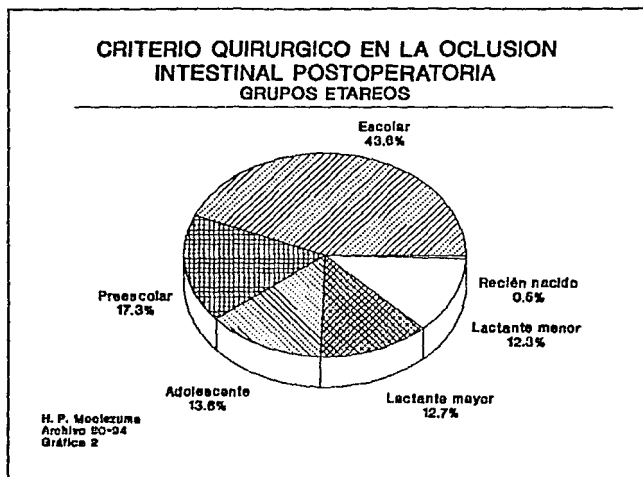
RESULTADOS

Fueron en total 220 pacientes estudiados, de los cuales 144 fueron masculinos y 76 femeninos. Con una relación de 1.8:1 en favor del masculino.



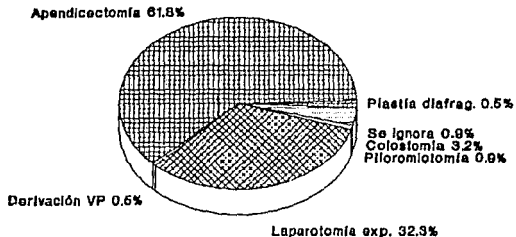
La edad fluctuó entre 1 mes y 16 años con una media de 6.8 años. El grupo de edad más afectado fue el escolar con 96 casos, seguido del preescolar con 38, hubo

un recién nacido.



La primera operación que con mayor frecuencia se presentó en estos pacientes fue la apendicectomía con 136 casos, seguido de la laparotomía exploradora con 71 casos.

CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA PRIMERA OPERACION



H. P. Mootezuma
Archivo 90-94
Gráfica 3

A 5 (3.6%) de los pacientes sometidos a apendicectomía se les realizó ileostomía, a 2 (1.4%) resección intestinal e ileostomía, a 1 (0.7%) resección intestinal y anastomosis término-terminal, a 1 (0.7%) colostomía.

De los sometidos a laparotomía se encontró que a 14 (21.1%) se les realizó resección intestinal y anastomosis, a 11 (15.4%) colostomía, a 10 (14.0%) desinvaginación manual, a 7 (9.8%) ileostomía, a 7 (9.8%) duodenoplastia, a 6

(8.4%) resección intestinal e ileostomía, a 3 (4.2%) cierre primario, a 3 (4.2%) descompresión retrógrada, a 2 (2.8%) avance de áscaris, a 2 (2.8%) resección de bandas congénitas, a 2 (2.8%) herniorrafia inguinal, a 1 (1.4%) esplenectomía, a 1 (1.4%) resección intestinal y yeyunostomía, a 1 (1.4%) ileocolostomía, y por último a 1 (1.4%) reparación de colon.

El diagnóstico primario fue de apendicitis en 136 casos (61.8%), de los cuales fueron complicadas 130 (95.5%), supuradas 5 (3.6%) y simple 1 (0.5%). Seguindo de malformaciones congénitas como atresias, 19 casos (8.6%), divertículo de Meckel 5 (2.2%); malformaciones anorrectales 4 (1.8%), enfermedad de Hirschsprung 3 (1.4%), duplicación intestinal 2 (1.0%), banda congénita 1 (0.5%), hernia de Bochdaleck 1 (0.5%), hidrocefalia-mielomeningocele 1 (0.5%).

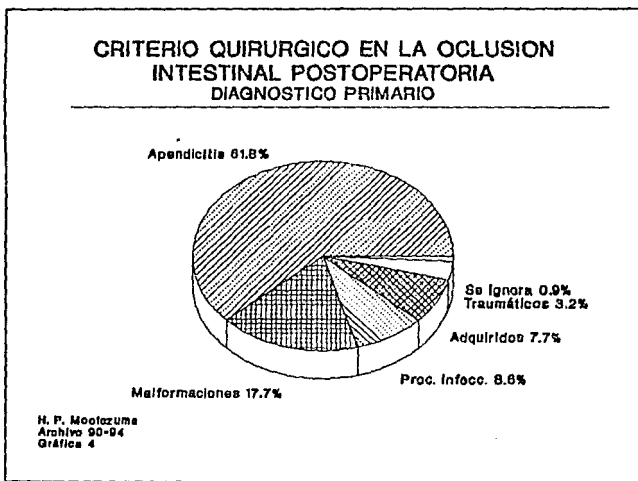
Además procesos infecciosos como: complicación quirúrgica de la diarrea 6 casos (2.7%), perforación de colon por amibas 4 (1.8%), oclusión por áscaris 4 (1.8%), perforación por salmonella 2 (0.9%), colon tóxico 1 (0.5%), complicación quirúrgica de la parasitosis 1 (0.5%).

Adquiridos como: invaginación intestinal 10 casos (4.5%), estenosis hipertrófica

de píloro 3 (1.4%), hernia inguinal estrangulada 2 (0.9%), perforación de duodeno 1 (0.5%), vólvulo intestinal 1 (0.5%).

Por trauma abdominal fueron 7 casos (3.1%). De éstos, hubo 5 (71.4%) contusos y 2 (28.6%) penetrantes.

Se ignoró el primer diagnóstico en 2 casos (0.9%).

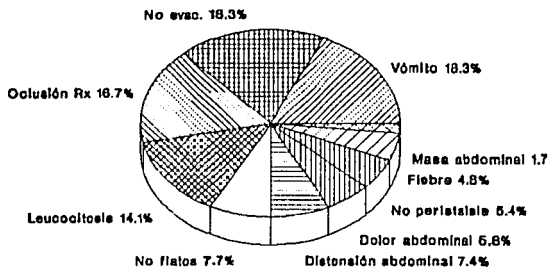


El tiempo de latencia (de la fecha de la primera operación al inicio del padecimiento actual) fue dentro del rango de 1 mes hasta 13 años con un promedio de 9.5 meses.

El tiempo de evolución varió de 1 día en 100 pacientes (45.4%), hasta 4 días en 3 pacientes (1.3%), con un promedio de 29.2 horas.

El cuadro clínico se presentó de la siguiente manera: el vómito se encontró en todos los pacientes (100%), no evacuaciones en 219 (99.5%), patrón oclusivo radiológico en 200 (90.9%), leucocitosis en 169 (76.8%), no flatos en 92 (41.8%), distensión abdominal en 89 (40.4%), dolor abdominal en 69 (31.3%), no peristalsis en 65 (29.5%), fiebre en 57 (21.9%) y masa abdominal en 20 (9%).

CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA CUADRO CLINICO



H. P. Moolertius
Archivo 90-94
Gráfica 5

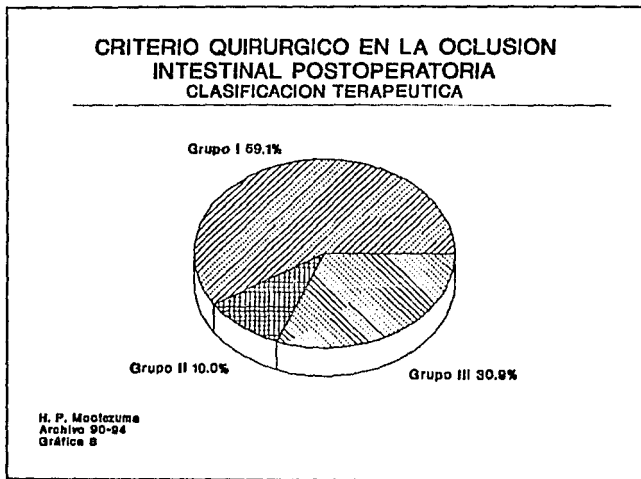
De acuerdo a la sintomatología presentada, se realiza una tabla de puntuación en la cual se divide al total de pacientes en tres grupos de riesgo, de acuerdo al puntaje alcanzado para establecer el criterio quirúrgico en los pacientes que requirieron operación y en los que no. Quedaron distribuidos de la siguiente manera:

Grupo I: de 1 a 4 puntos.

Grupo II: de 5 a 7 puntos.

Grupo III: de 8 a 10 puntos.

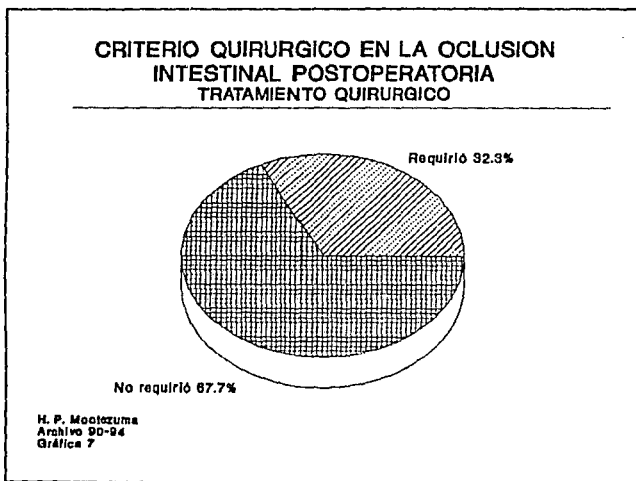
En el primer grupo se ubicaron 130 pacientes (60%), en el segundo grupo 22 (10%) y en el último grupo 68 (30%).



Del Grupo I no fue reoperado ningún paciente, del Grupo II lo fueron 3 (1.4%) y

del Grupo III, 68 (30%).

Quedando en total 71 (32%) pacientes intervenidos y los que no 149 (68%).



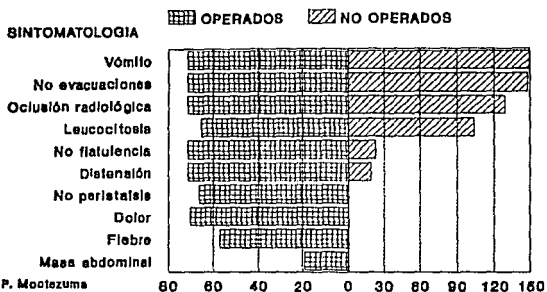
A 3 de los pacientes reoperados (1.4%) se les realizó hasta en dos ocasiones la reintervención por oclusión recidivante.

Se realiza el análisis estadístico comparativo de cada uno de los parámetros clínicos encontrados en ambos grupos, quedando los resultados de la siguiente manera:

CUADRO CLINICO				
SINTOMATOLOGIA	OPERADOS		NO OPERADOS	
VOMITO	71	100.0%	149	100.0%
DISTENSION	71	100.0%	19	12.8%
NO EVACUACIONES	71	100,0%	148	12.8%
NO FLATULENCIA	71	100.0%	23	99.3%
NO PERISTALSIS	66	93.0%	0	15.4%
DOLOR	70	98.6%	0	0.0%
FIEBRE	57	80.3%	0	0.0%
MASA ABDOMINAL	19	26.8%	0	0.0%
OCLUSION RADIOLOGICA	71	100.0%	129	86.6%
LEUCOCITOSIS	65	91.6%	104	69.8%
TOTAL DE PACIENTES	71	100.0%	149	100.0%

Cuadro 1

**CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION
INTESTINAL POSTOPERATORIA
CUADRO CLINICO**



H. P. Mootzuma
Archivo 90-94
Gráfica 8

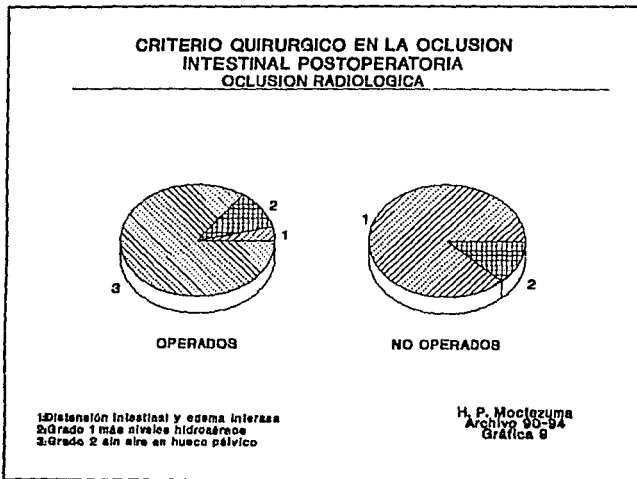
Se realizó análisis más extenso acerca del patrón radiológico, para lo cual se dividió en tres grados de acuerdo a la severidad de la oclusión. También se analizó y comparó de la misma manera la cuenta leucocitaria, encontrándose que, al igual que el parámetro anterior, los pacientes operados presentaban los grados mayores. Así mismo, el tiempo de evolución, del cual se obtuvo que de 7 pacientes con más de 48 horas de evolución, 6 fueron reoperados (Cuadro 2).

FACTORES DE RIESGO				
	OPERADOS		NO OPERADOS	
OCLUSION RADIOLOGICA	71	100.0%	129	86.6%
1: Dist. int. y edema interasa	3	4.2%	113	75.8%
2: Grado 1 más niveles HA	8	11.3%	16	10.7%
3: Grado 2 sin aire en HP	60	84.5%	0	0.0%
LEUCOCITOSIS	65	91.6%	104	69.8%
1: De 10 a 15 mil leucocitos	12	16.9%	97	63.1%
2: de 15 a 20 mil leucocitos	37	52.1%	7	4.7%
3: Más de 20 mil leucocitos	16	22.5%	3	2.0%
TIEMPO DE EVOLUCION	71	100.0%	149	100.0%
Menos de 24 horas	37	52.1%	118	79.2%
Entre 24 y 48 horas	28	39.4%	30	20.1%
Más de 48 horas	6	8.5%	1	0.7%

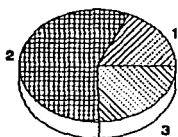
Cuadro 2

Los pacientes con patrón oclusivo radiológico grado 3 fueron 60 de los 71 operados; leucocitosis mayor de 15 mil se encontró en 53 de los 71 operados. Esto nos hace pensar que a mayor grado de alteración de estos parámetros, el

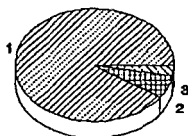
riesgo de requerir tratamiento quirúrgico aumenta. El análisis comparativo también se muestra en las siguientes gráficas.



**CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION
INTESTINAL POSTOPERATORIA
LEUCOCITOSIS**



OPERADOS



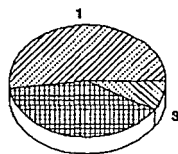
NO OPERADOS

1: De 10 a 15 mil leucocitos
2: De 15 a 20 mil leucocitos
3: Más de 20 mil leucocitos

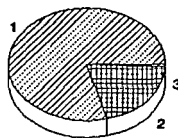
H. P. Moctezuma
Archivo 90-94
Gráfica 10

Todos los pacientes que integraban el Grupo III ameritaron tratamiento quirúrgico y del Grupo II solamente 3 (13.6%). Ningún paciente del Grupo I fue manejado quirúrgicamente.

**CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION
INTESTINAL POSTOPERATORIA
TIEMPO DE EVOLUCION**



OPERADOS



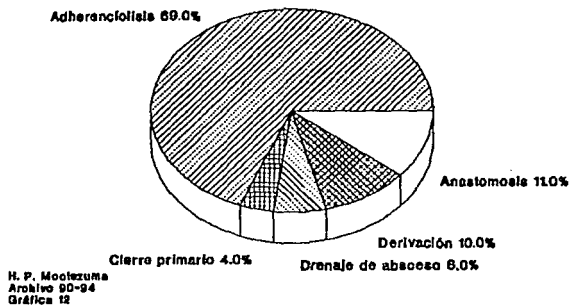
NO OPERADOS

1: Menos de 24 horas
2: Entre 24 y 48 horas
3: Más de 48 horas

H. P. Mootozuma
Archivo 90-94
Gráfica 11

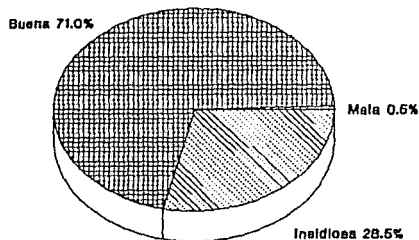
La segunda operación realizada en los pacientes que la requirieron fue laparotomía exploradora y, de acuerdo a los hallazgos, se realizaron los siguientes procedimientos: sólo adherenciólisis en 49 casos; lo anterior más resección y anastomosis en 8; lo anterior más derivación intestinal en 7 (5 ileostomías, una yeyunostomía y una colostomía); adherenciólisis y drenaje de abscesos en 4; cierre primario en 3.

CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA SEGUNDA OPERACION



En el total de los pacientes, la evolución clínica fue considerada de acuerdo al tiempo de desaparición de los síntomas, directamente relacionado con el egreso. Se encontró que fue buena en 158, insidiosa en 61 y mala en 1 (0.5%), el cual falleció por presentar proceso séptico agregado.

CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA EVOLUCION



H. P. Mootezuma
Archivo 90-94
Gráfica 13

La estancia hospitalaria se encontró la mínima en 2 días y la máxima en 70 días, con promedio de 7.4 días.

A los pacientes que se les efectuó derivación intestinal, 18 (8.1%), se les realizó cierre de la misma en forma posterior y sin complicaciones. Uno de los pacientes (0.5%) con complicación quirúrgica de la parasitosis (uncinariasis) se le practicó posteriormente panendoscopia de control, la cual se reportó normal. Otro de los pacientes (0.5%) presentó fistula enterocutánea, se mantuvo en tratamiento estrecho en forma prolongada (70 días de internamiento) hasta ser controlada y cerrar en

forma espontánea.

DISCUSION

La oclusión intestinal por adherencias, tiene como principal sustrato una intervención quirúrgica previa, que siendo éstas las mayoría de las veces por procesos abdominales graves o complicados, favorecen la génesis de éstas y producen cuadros oclusivos de diversa magnitud y, que de acuerdo a la misma, podrá requerir para su tratamiento nueva operación.

En este estudio encontramos predominio del padecimiento en el sexo masculino, grupo más afectado el escolar; operación primaria más frecuente, la apendicectomía, complicada la mayoría de las veces; el período de latencia tuvo un rango bastante amplio, pero no determinante para establecer criterios de manejo.

El parámetros del cuadro clínico dieron un puntaje que nos brindó las bases para establecer el criterio quirúrgico en este padecimiento, siendo manifiesto que a mayor puntaje el riesgo de intervención aumenta.

Se encontraron algunos de estos constantes al 100% en los pacientes operados como vómito, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones, no flatulencia y patrón radiológico oclusivo. Mientras que en los no operados fue casi siempre menor. La ausencia de peristalsis, el dolor abdominal, la fiebre y masa abdominal

palpable pueden ser determinantes en la decisión de tratamiento quirúrgico en un paciente con oclusión intestinal postoperatoria, ya que se presentaron en porcentaje importante en los pacientes operados, mientras que en los no operados estos parámetros estuvieron ausentes.

Asímismo se encontraron otras variables, que al hacer el análisis profundo resultaron ser importantes para el apoyo de los criterios propuestos, como lo fueron el patrón radiológico, la cuenta leucocitaria y en menor escala el tiempo de evolución del padecimiento actual. Se establecieron tres grupos como ya se ha reportado y todos los pacientes del grupo de mayor puntaje (Grupo III) fueron tratados quirúrgicamente. La mayoría de las veces el procedimiento realizado fue adherenciólisis, derivaciones intestinales en menor grado y otros.

En la mayoría de los pacientes la evolución fue satisfactoria, en algunos insidiosa que terminaron bien y solamente se produjo una defunción.

El período de estancia hospitalaria se encontró con rango amplio, sin embargo la mayoría tuvo un período corto.

No encontramos en la literatura ninguna revisión clínica ni estadística de este tipo para el padecimiento estudiado, por lo que el presente trabajo puede ser

considerado importante y cumple con expectativas aún mayores que las originalmente planteadas.

CONCLUSIONES

1. La apendicectomía es causa frecuente de oclusión intestinal por adherencias, sobre todo cuando ha sido por apendicitis complicada.
2. De acuerdo a lo reportado en la literatura, el porcentaje pacientes que requieren tratamiento quirúrgico fue de 32%.
3. Los criterios establecidos demostraron tener alto grado de confiabilidad, principalmente en los pacientes del Grupo III.
4. Se demuestra que el criterio propuesto para la evaluación de la intervención quirúrgica es aplicable en todos los casos del Grupo III. Los pacientes cuyo puntaje del cuadro clínico rebase los 8 puntos, son sujetos a tratamiento quirúrgico. Aquéllos que reúnen de 5 a 7 puntos (Grupo II) pueden ser susceptibles de tratamiento quirúrgico (13.6%).
5. El vómito, la distensión abdominal, la ausencia de evacuaciones, el patrón oclusivo radiológico, no flatos se presentaron en la totalidad de los pacientes que ameritaron manejo quirúrgico.
6. La leucocitosis es un parámetro importante de criterio, ya que se presentó

en 91.5% de los pacientes operados.

7. El tiempo de evolución puede ser tomado como factor de riesgo, ya que en 7 pacientes con más de 48 horas de evolución, 6 (85%) requirió tratamiento quirúrgico.
8. Aproximadamente 70% de los pacientes que se operan sólo requieren adherenciolisis.
9. En más de 70% de los pacientes la evolución es satisfactoria.

RESUMEN

CRITERIO QUIRURGICO EN LA OCLUSION INTESTINAL POSTOPERATORIA. REVISION 5 AÑOS.

Se sabe que las intervenciones quirúrgicas abdominales son factores predisponentes para la formación de adherencias intestinales, las cuales de acuerdo al grado de organización, podrán llegar a producir un cuadro de oclusión, que de no ser detectado a tiempo, ni manejado oportunamente puede tener complicaciones graves.

Se define la oclusión intestinal como la interferencia en la progresión aboral del contenido intestinal.

Hoy día las adherencias son la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la población general. En los Estados Unidos se reporta una mortalidad aproximada de 10%, en tanto que en Europa se reporta 6%.

La interferencia en la irrigación de un segmento intestinal por obstrucción de su luz suele referirse como obstrucción estrangulada. La exclusión de la irrigación mesentérica es la complicación más grave de la oclusión intestinal y a menudo ocurre por consecuencias de adherencias, hernias, o vólvulus.

Se refiere en la literatura técnica de ferulización intestinal para el tratamiento de la oclusión por adherencias, sin embargo, la mayoría de las veces, éstas no son necesarias, ya que los pacientes evolucionan en gran porcentaje en forma satisfactoria, pero la aconsejan en caso de recurrencia.

En este trabajo se revisaron en forma retrospectiva y prospectiva a todos los pacientes con oclusión intestinal postoperatoria que ingresaron al Hospital Pediátrico Moctezuma, desde enero de 1990 a diciembre de 1994. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, primera operación, diagnóstico primario, cuadro clínico, si requirieron o no tratamiento quirúrgico, tipo de procedimiento y evolución, entre otras.

Resultados: fueron en total 220 pacientes estudiados, 144 masculinos y 76 femeninos, la edad fue de un mes a 16 años, con media de 6.8 años. El grupo más afectado fue el escolar. La apendicectomía fue la operación con mayor frecuencia con 136 casos. El tiempo de latencia varió de un mes a 13 años, con media de 9.5 meses. El cuadro clínico se dividió en 10 parámetros, dentro de los cuales el vómito se encontró en todos los pacientes. Asimismo se formaron tres grupos de acuerdo a un puntaje dado por el número de manifestaciones clínicas: Grupo I (1-4), Grupo II (5-7) y Grupo III (8-10): se encontró que todos los que presentaron más de 8 puntos fueron operados; del Grupo II lo fueron sólo 3. La mayoría de los

pacientes operados sólo requirió adherenciolisis (70%). La evolución clínica fue buena en la mayoría, sólo hubo una defunción por proceso séptico agregado. La estancia hospitalaria varió de 2 a 70 días, con media de 7.4 días.

Discusión: los parámetros del cuadro clínico dieron un puntaje que nos brindó las bases para establecer el criterio quirúrgico en este padecimiento, siendo manifiesto que a mayor puntaje, el riesgo de intervención quirúrgica aumenta. No encontramos en la literatura ninguna revisión clínica ni estadística de este tipo para el padecimiento estudiado, por lo que el presente trabajo puede ser considerado importante y cumple con expectativas aún mayores que las originalmente planteadas.

Conclusiones.

1. La apendicectomía fue la causa más común.
2. El 32% requirió manejo quirúrgico.
3. Los pacientes del Grupo III (más de 8 puntos), todos fueron operados.
4. La mayoría de las veces (70%) estos pacientes tienen buena evolución.
5. Aproximadamente 70% de los pacientes operados sólo requieren adherenciolisis.

Dr. Ismael Osorio Clemente

Cirugía Pediátrica

1. The first step in the process of writing a research paper is to choose a topic. This should be a topic that interests you and one that you can find enough information about. It is also important to choose a topic that is not too broad or too narrow. A good topic should be specific enough to allow you to focus your research, but broad enough to allow you to find enough information to write a paper. Once you have chosen a topic, the next step is to do some preliminary research. This will help you to determine if there is enough information available to write a paper on your topic. You should also look for any controversies or debates surrounding your topic. This will help you to determine if your topic is worth writing about. Once you have done your preliminary research, the next step is to choose a thesis statement. This is a statement that you will use to guide your research and to focus your paper. It should be a clear, concise statement that you can use to guide your research and to focus your paper. Once you have chosen a thesis statement, the next step is to do your research. This involves finding and reading sources that are relevant to your topic. You should look for sources that are credible and that provide information that is relevant to your thesis statement. Once you have done your research, the next step is to organize your information. This involves creating an outline that you can use to guide your writing. The outline should include an introduction, a thesis statement, and several main points that you will use to support your thesis statement. Once you have organized your information, the next step is to write your paper. This involves writing a clear, concise, and well-organized paper that supports your thesis statement. You should use the information that you have gathered from your research to support your thesis statement and to provide evidence for your main points. Once you have written your paper, the final step is to revise and edit it. This involves checking for errors in grammar, punctuation, and spelling, and making sure that your paper is well-organized and easy to read. You should also make sure that your thesis statement is clear and concise, and that your main points are well-supported by evidence. Once you have revised and edited your paper, you are ready to submit it.

BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz, S. y col. Principios de Cirugía, Interamericana, 5ª ed., 1991, pp. 1305-7.
2. Welch, K. Pediatric Surgery, Yearbook Medical Publishers Inc., 4ª ed., 1986, p. 993.
3. Golladay, E. y col. Intestinal Obstruction from Appendiceal Abscess in a Newborn Infant, J. Ped. Surg., 13(2), abril 1978, pp. 175-6.
4. Holder, T., Cirugía Pediátrica, Interamericana, 1ª ed., 1984, p. 556.
5. Aschcraft, K., Pediatric Surgery, W. B. Saunder Company, 2ª ed., 1993, p. 475.
6. Cezard, J. y col., Postobstructive Enteropathy in Infants with Transient Enterostomy First Consequences on the Upper Small Intestinal Functions, J. Ped. Surg., 27(11), noviembre 1992, pp. 1427-32.
7. Festen, C., Postoperative Small Bowel Obstruction in Infants and Children, Ann. Surg., 192(5) noviembre 1982, pp. 580-3.
8. DeBacker, C. y col., Simultaneous Laparotomy and Intraoperative Endoscopy for the Treatment of High Yeyunal Membranous Stenosis in a 1-year-old Boy, Surg. Laparosc-Endosc., 3(4), agosto 1993, pp. 333-6.
9. Kaplan, G., Keller, D., Ureteral Obstruction After Appendectomy, J.

- Ped. Surg., 9(4), agosto 1974, pp. 559-60.
10. Heyn, R. y col., Late effects of Therapy in Patients with Paratesticular Rhabdomyosarcoma, Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Committee, J. Clin. Onc., 10(4), abril 1992, pp. 614-23.
 11. Wilson, S. y col., Infecciones Intraabdominales, McGraw-Hill, 1ª ed. 1987, pp. 28-30.
 12. García, M. Oclusión Intestinal en Pediatría, tesis recepcional, 1986.
 13. Bracho Blanchet y cols. Ferulización Intestinal, Un Método Preventivo o Resolutivo en la Terapéutica de la Oclusión Intestinal por Bridas Postquirúrgicas, Bol. Méd., Hosp. Inf. Méx., vol. 51(7), julio 1994, pp. 452-6.
 14. Moorete y cols., Jejunioileocolic Intubation and Application for Intestinal Obstruction Caused by Massive Adhesions in Infancy, Surgery, 1970, 67(2), pp. 364-8.
 15. Heydinger, D. R., Taylor, P. H., Roettig, L. C., Recurrent Intestinal Obstruction, Arch. Surg., 1960, 80, pp. 670-6.
 16. Pfeiffer, W. H., Surgeon's Guide to Preventing Adhesions, Contemp. Obst.-Gynecol., 1982, 19, p. 37.
 17. White, R. R. Prevention of Recurrent Small Bowel Obstruction Due to Adhesions, Ann. Surg., 1956, 43(5), pp. 714-9.