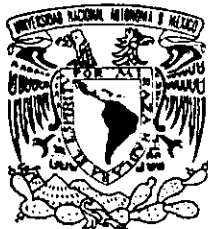


11209 37  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

**PLICATURAS INTESTINALES: COMPARACION ENTRE LAS DIVERSAS  
TECNICAS QUIRURGICAS DESCRITAS EN LA LITERATURA PARA EL  
TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL RECURRENTE  
SECUNDARIA A ADHERENCIAS, Y LA PLICATURA  
TRANSMESENTERICA DEL DR. BLANCO.**

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO EN

**CIRUGIA GENERAL**

PRESENTA:

**DR. PAULINO MARTINEZ HERNANDEZ MAGRO**

ASESOR: DR. JOSE LUIS MTZ. ORDAZ



**IMSS**

MEXICO, D. F.

276242.

1999.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



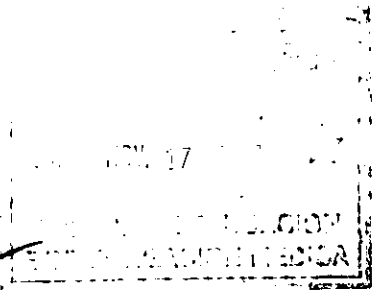
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.

*Handwritten signature of Dr. Niels H. Wachter Rodarte*



DR. NIELS H. WACHER RODARTE,  
JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E  
INVESTIGACION MEDICA.

*Handwritten signature of Dr. Roberto Blanco Benavides*

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIROUGIA  
DEL HE. CMN SXXI.



*Handwritten signature of Dr. Jose Luis Martinez Ordez*

DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ,  
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE  
GASTROCIROUGIA DEL HE CMN SXXI.  
ASESOR DE TESIS

PLICATURAS INTESTINALES:  
COMPARACION ENTRE LAS DIVERSAS  
TECNICAS QUIRURGICAS DESCRITAS EN  
LA LITERATURA PARA EL  
TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION  
INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA  
A ADHERENCIAS, Y LA PLICATURA  
TRANSMESENERICA DEL DR. BLANCO.

## AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: POR DARMER LA VIDA, POR GUIARME EN MI CAMINO Y POR MANTENERSE A MI LADO EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES.

A MIS PADRES: POR TODO SU APOYO, SU CARIÑO, POR SER LOS MEJORES PADRES DEL MUNDO, Y A QUIENES LES DEBO TODO LO QUE SOY.

A MIS HERMANOS: NÉSTOR, ROBERTO, AGUEDA Y ÚRSULA QUIENES CON SU APOYO Y SU EJEMPLO ME HAN AYUDADO A CONSEGUIR UNA META MÁS.

AL DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ QUIEN FUÉ MI COMPAÑERO, MI MAESTRO Y MI AMIGO, GRACIAS POR SU APOYO PARA TERMINAR ESTE TRABAJO.

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA EN LOS CUALES ENCONRÉ EL APOYO PARA TERMINAR ESTA AVENTURA.

A MIS MAESTROS SIN LOS CUALES NO PODRÍA HABER CONCLUÍDO ESTA META.

## INDICE.

ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
HIPÓTESIS.....	8
OBJETIVOS.....	8
MATERIAL PACIENTES Y MÉTODOS.....	8
PROCEDIMIENTOS.....	10
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	10
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	10
RECURSOS.....	10
RESULTADOS.....	12
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	19
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20

# PLICATURAS INTESTINALES: COMPARACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DESCRITAS EN LA LITERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE Y LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO.

DR. PAULINO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ MAGRO \*

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ \*\*

## RESUMEN:

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CONTINÚA SIENDO LA SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSQUIRÚRGICAS, CON CADA OPERACIÓN SE INCREMENTA EL RIESGO DE RECURRENCIAS Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS. EN CASOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE SE HAN ACONSEJADO ALGUNOS PROCEDIMIENTOS DE PLICATURA DISEÑADOS PARA EVITAR TORSIONES AGUDAS DEL INTESTINO ADHERIDO.

OBJETIVO: EN ESTE ESTUDIO SE COMPARA EL PROCEDIMIENTO DE PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN OTRO TIPO DE PROCEDIMIENTO.

MATERIAL Y MÉTODOS: TODOS LOS PACIENTES OPERADOS EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA DEL H.E. CMN SXXI CON EL PROCEDIMIENTO DEL DR. BLANCO.

DISEÑO DEL ESTUDIO: LONGITUDINAL, COMPARATIVO, RETROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL.

RESULTADOS: SE OPERARON 52 PACIENTES CON ESTE PROCEDIMIENTO EN EL H.E. CMN SXXI. 18 PACIENTES FUERON DEL SEXO FEMENINO Y 14 MASCULINOS. 30 PACIENTES (95.75%) CONTABAN CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES PREVIAS, ALGUNOS PACIENTES CON MÚLTIPLES INTERVENCIONES. LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES FUÉ FAVORABLE EN 50 (95.75%). LAS COMPLICACIONES SE PRESENTARON EN 6 PACIENTES (18%) EN 2 CON INFECCIÓN DE HERIDA QX, 2 EVENTRACIÓN, 1 CON ABSCESOS EN LAS ZONAS DE ENTRADA DE LAS SONDAS Y 1 CON FÍSTULA DE BAJO GASTO QUE SE MANEJÓ CONSERVADORAMENTE. EN 3 PACIENTES HUBO RECURRENCIAS (9%), SE PRESENTARON EN 1 PACIENTE SIN CAUSA APARENTE, Y EN 2 PACIENTES SE IDENTIFICÓ COMO CAUSA CARCINOMATOSIS POR CA DE MAMA Y COLOCACIÓN DE MALLA SOBRE LAS ASAS PARA PLASTÍA DE PARED. NO HUBO MORTALIDAD ASOCIADA AL PROCEDIMIENTO.

CONCLUSIONES: EL PROCEDIMIENTO DE PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO ES UN PROCEDIMIENTO SENCILLO, SIN MORTALIDAD ASOCIADA AL PROCEDIMIENTO Y CON UNA TASA DE RECURRENCIAS SIMILAR A LA DE OTROS PROCEDIMIENTOS POR LO QUE DEBE DE SER CONSIDERADA EN EL MANEJO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

PALABRAS CLAVE: PLICATURAS, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

\* Residente de 4 año de Cirugía General. HE CMN SXXI.

\*\* Asesor de tesis Médico de base del Servicio de Gastrocirugía del HE CMN SXXI.

# INTESTINAL PLICATION: COMPARISON BETWEEN SURGICAL TECHNIQUES IN THE LITERATURE FOR TREATMENT OF RECURRENT INTESTINAL OBSTRUCTION, AND THE TRANSMESENTERIC PLICATION OF BLANCO.

DR. PAULINO MARTINEZ HERNÁNDEZ MAGRO \*  
DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ \*\*

## ABSTRACT:

THE MOST COMMON CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION IS DUE TO POSTOPERATIVE ADHESIONS, WITH EVERY PROCEDURE INCREASE THE RISK OF RECURRENCE AND SYMPTOMOLOGY. IN RECURRENT INTESTINAL OBSTRUCTION ITS RECOMMENDED SOME PROCEDURES OF PLICATION TO AVOID ACUTE INTESTINAL TORSION.

OBJECTIVE: TO COMPARE TRANSMESENTERIC PLICATION OF BLANCO WITH ANOTHER KIND OF PROCEDURE.

MATERIAL AND METHODS: ALL PATIENTS WITH OPERATION IN THE H.E. CMN SXXI, WITH THE PROCEDURE OF BLANCO.

STUDY DESIGN: LONGITUDINAL, COMPARATIVE, RETROSPECTIVE, AND OBSERVATIONAL.

RESULTS: 52 PATIENTS. 18 WAS FEMALE, AND 14 MALE. 50 PATIENTS (95.75%) TO RECKON WITH MULTIPLE ABDOMINAL OPERATIONS. THE OUTCOME WAS FAVORABLE IN 50 (95.75%). THE COMPLICATIONS WAS FOUND IN 6 (18%) PATIENTES, IN 2 WOUND INFECTIONS, 2 WITH EVENTRATION, 1 WITH SKIN ABSCESES, AND 1 WITH A LOW EXPENDITURE FISTULA. THE RECURENCES WAS FOUND IN 3 PATIENTS (9%), IN ONE PATIENT WITH CARCINOMATOSIS, 1 WITH COLOCATION OF A MESH IN INTESTINAL LOOPS FOR PLASTIA. AND 1 WITH UNKNOWN CAUSE. THERE WAS NOT MORTALITY BY THE PROCEDURE.

CONCLUSIONS: THE TRANSMESENTERIC PLICATION OF BLANCO CAN HELP IN THE TREATMENT OF THE RECURRENT INTESTINAL OCLUTION.

KEY WORDS: INTESTINAL PLICATION, RECURRENT INTESTINAL OBSTRUCTION.

\* Residente de 4 año de Cirugía General. HE CMN SXXI.

\*\* Asesor de tesis. Médico de Base del Servicio de Gastrocirugía del HE CMN SXXI.



## I. TÍTULO:

PLICATURAS INTESTINALES.  
COMPARACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DESCRITAS EN LA LITERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A ADHERENCIAS, Y LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO.

## II. AUTORES:

DR. PAULINO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ MAGRO.  
RESIDENTE DE 4º AÑO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO D.F.

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ.  
ASESOR DE TESIS.  
MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO D.F.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. CMN SXXI. IMSS MÉXICO D.F.

## III. SERVICIOS:

EL ESTUDIO SE LLEVARÁ A CABO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. MÉXICO D.F.

## IV. ANTECEDENTES:

### GENERALIDADES.

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CONTINÚA SIENDO LA SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. (1,2,3) EN EUROPA Y NORTEAMÉRICA UNO DE CADA 3 CASOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL PODRÍA DEBERSE A ESTAS (1)

LA OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSEE UNA ALTA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL (5), Y CON CADA OPERACIÓN SE INCREMENTA EL RIESGO DE RECURRENCIAS Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS (7,13)

NO SE HAN ENCONTRADO MEDIDAS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS. LA ELIMINACIÓN DEL TALCO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, MINIMIZAR EL TRAUMA DE TEJIDOS INTRAABDOMINALES, Y REPERITONEALIZAR LAS SUPERFICIES DESPULIDAS HAN CONTRIBUIDO A LA DISMINUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS (3). SIN EMBARGO A PESAR DE ESTAS MEDIDAS CONTINÚAN OCURRIENDO OCLUSIONES SECUNDARIAS A ADHERENCIAS (3) LA LISIS DE ADHERENCIAS POR SÍ SOLA ES GENERALMENTE SEGUIDA DE NUEVOS CUADROS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (2,3)

## I. TÍTULO:

PLICATURAS INTESTINALES.  
COMPARACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DESCRITAS EN LA LITERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A ADHERENCIAS, Y LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO.

## II. AUTORES:

DR. PAULINO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ MAGRO.  
RESIDENTE DE 4º AÑO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO D.F.

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ.  
ASESOR DE TESIS  
MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO DF.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. CMN SXXI. IMSS MÉXICO D.F.

## III. SERVICIOS:

EL ESTUDIO SE LLEVARÁ A CABO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. MÉXICO DF.

## IV. ANTECEDENTES:

### GENERALIDADES.

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CONTINÚA SIENDO LA SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. (1,2,3) EN EUROPA Y NORTEAMÉRICA UNO DE CADA 3 CASOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL PODRÍA DEBERSE A ESTAS (1)

LA OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSEE UNA ALTA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL (5), Y CON CADA OPERACIÓN SE INCREMENTA EL RIESGO DE RECURRENCIAS Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS (7,13)

NO SE HAN ENCONTRADO MEDIDAS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS. LA ELIMINACIÓN DEL TALCO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, MINIMIZAR EL TRAUMA DE TEJIDOS INTRAABDOMINALES, Y REPERITONEALIZAR LAS SUPERFICIES DESPULIDAS HAN CONTRIBUIDO A LA DISMINUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS (5), SIN EMBARGO A PESAR DE ESTAS MEDIDAS CONTINÚAN OCURRIENDO OCLUSIONES SECUNDARIAS A ADHERENCIAS (5) LA LISIS DE ADHERENCIAS POR SÍ SOLA ES GENERALMENTE SEGUIDA DE NUEVOS CUADROS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (2,3)

## I. TÍTULO:

PLICATURAS INTESTINALES.  
COMPARACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DESCRITAS EN LA LITERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A ADHERENCIAS, Y LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO.

## II. AUTORES:

DR. PAULINO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ MAGRO.  
RESIDENTE DE 4° AÑO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO D.F.

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ.  
ASESOR DE TESIS.  
MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO DF.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. CMN SXXI. IMSS MÉXICO D.F.

## III. SERVICIOS:

EL ESTUDIO SE LLEVARÁ A CABO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. MÉXICO DF.

## IV. ANTECEDENTES:

### GENERALIDADES.

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CONTINÚA SIENDO LA SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. (1,2,3) EN EUROPA Y NORTEAMÉRICA UNO DE CADA 3 CASOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL PODRÍA DEBERSE A ESTAS (1)

LA OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSEE UNA ALTA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL (5), Y CON CADA OPERACIÓN SE INCREMENTA EL RIESGO DE RECURRENCIAS Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS (7,13)

NO SE HAN ENCONTRADO MEDIDAS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS. LA ELIMINACIÓN DEL TALCO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, MINIMIZAR EL TRAUMA DE TEJIDOS INTRAABDOMINALES, Y REPERITONEALIZAR LAS SUPERFICIES DESPULIDAS HAN CONTRIBUIDO A LA DISMINUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS (5), SIN EMBARGO A PESAR DE ESTAS MEDIDAS CONTINÚAN OCURRIENDO OCLUSIONES SECUNDARIAS A ADHERENCIAS (5) LA LISIS DE ADHERENCIAS POR SI SOLA ES GENERALMENTE SEGUIDA DE NUEVOS CUADROS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (2,3)

## I. TITULO:

PLICATURAS INTESTINALES.

COMPARACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DESCRITAS EN LA LITERATURA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A ADHERENCIAS, Y LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO.

## II. AUTORES:

DR. PAULINO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ MAGRO.

RESIDENTE DE 4º AÑO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO D.F.

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDÁZ.

ASESOR DE TESIS.

MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS MÉXICO DF.

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. CMN SXXI. IMSS MÉXICO D.F.

## III. SERVICIOS:

EL ESTUDIO SE LLEVARÁ A CABO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. MÉXICO DF.

## IV. ANTECEDENTES:

### GENERALIDADES.

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CONTINÚA SIENDO LA SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. (1,2,3) EN EUROPA Y NORTEAMÉRICA UNO DE CADA 3 CASOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL PODRÍA DEBERSE A ESTAS (1)

LA OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSEE UNA ALTA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL (5), Y CON CADA OPERACIÓN SE INCREMENTA EL RIESGO DE RECURRENCIAS Y PRESENCIA DE SÍNTOMAS (7,13)

NO SE HAN ENCONTRADO MEDIDAS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS. LA ELIMINACIÓN DEL TALCO DE LA CAVIDAD ABDOMINAL, MINIMIZAR EL TRAUMA DE TEJIDOS INTRAABDOMINALES, Y REPERITONEALIZAR LAS SUPERFICIES DESPULIDAS HAN CONTRIBUIDO A LA DISMINUCIÓN DE LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS (5), SIN EMBARGO A PESAR DE ESTAS MEDIDAS CONTINÚAN OCURRIENDO OCLUSIONES SECUNDARIAS A ADHERENCIAS (5) LA LISIS DE ADHERENCIAS POR SÍ SOLA ES GENERALMENTE SEGUIDA DE NUEVOS CUADROS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (2,3)

PERRY Y COLABORADORES EN 1955 ANALIZARON 1252 CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ENCONTRANDO QUE EL 31% DE ESTOS CASOS SE DEBIÓ A ADHERENCIAS, EL 79% FUERON POSTOPERATORIAS, EL 18% INFLAMATORIAS Y EL 3% CONGÉNITAS (1,14) LAS APENDICECTOMÍAS Y LAS INTERVENCIONES GINECOLÓGICAS FIGURAN EN UN SITIO FRECUENTE EN LOS ANÁLISIS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE (1,7)

LA OBSTRUCCIÓN DEBIDA A ADHERENCIAS SE HA HECHO MÁS COMÚN EN PROPORCIÓN A LA NATURALEZA EPIDÉMICA DE LAS OPERACIONES ABDOMINALES, EN SITIOS EN DESARROLLO EN DONDE LAS LAPAROTOMÍAS AÚN SON UNA RAREZA, LA OBSTRUCCIÓN SECUNDARIA A ADHERENCIAS ES POCO COMÚN (1)

CUANDO OCURRE UNA OCLUSIÓN INTESTINAL INTERMITENTE LOS PACIENTES PUEDEN SUFRIR DOLOR ABDOMINAL POSTPRANDIAL, DISMINUCIÓN DE PESO, Y ADICCIÓN OCASIONAL A NARCÓTICOS (3)

## ETIOLOGÍA.

LAS ADHERENCIAS FIBRINOSAS SE DESARROLLAN A LAS POCAS HORAS DEL TRAUMATISMO QUIRÚRGICO, SE PRODUCE FIBRINA LA CUAL PUEDE SEGUIR 2 CAMINOS REABSORBERSE TOTALMENTE U ORGANIZARSE POR CRECIMIENTO DE FIBROBLASTOS PARA CONVERTIRSE EN ADHERENCIA FIBRINOSA ESTABLECIDA (1)

ANTERIORMENTE SE PENSABA QUE EL FACTOR QUE DECIDÍA SI LAS ADHERENCIAS SERÍAN REABSORBIDAS O NO ERA LA CONTINUIDAD DEL ENDOTELIO PERITONEAL, ESTO LLEVÓ A LA ELIMINACIÓN EN LA CAVIDAD ABDOMINAL DE SUPERFICIES SEROSAS LESIONADAS Y A SUTURAR O CUBRIR CON PARCHES LOS DEFECTOS PERITONEALES. ACTUALMENTE SE HA ESTABLECIDO QUE LOS GRANDES DEFECTOS PERITONEALES QUE SE DEJAN ABIERTOS Y SANGRANDO CURAN EN POCOS DÍAS APARECIENDO UNA NUEVA SEROSA LISA Y BRILLANTE (1,3)

EN LAS LESIONES CON DAÑO VASCULAR SE DESARROLLAN ADHERENCIAS, ESTAS IMPLICAN CRECIMIENTOS VASCULARES DE NEOFORMACIÓN HACIA EL TEJIDO ISQUÉMICO (1) ESTOS "INJERTOS" VASCULARES SALVAN EN OCASIONES LA VIABILIDAD DE UNA ANASTOMÓISIS REFORZANDO LA INTEGRIDAD DE UN SEGMENTO TRAUMATIZADO O PREVIENIENDO QUE UN APÉNDICE O UNA VESÍCULA ISQUÉMICAS SE ROMPAN A CAVIDAD PERITONEAL (1,15) EXPERIMENTALMENTE SI SE IMPIDE EL DESARROLLO DE ADHERENCIAS HACIA UN SEGMENTO DE INTESTINO PRIVADO DE SU IRRIGACIÓN POR ENVOLTURA DEL SEGMENTO EN UNA HOJA DE POLIETILENO, INVARIABLEMENTE SE PRODUCE GANGRENA DEL SEGMENTO, SIN EMBARGO SI SE PERMITE EL DESARROLLO DE ADHERENCIAS EL SEGMENTO DE INTESTINO PERMANECE VIABLE HASTA CIERTO NIVEL CRÍTICO (1,15)

LAS ADHERENCIAS FIBROSAS SE FORMAN EN RELACIÓN CON ÁREAS DE ISQUEMIA Y REPRESENTAN INJERTOS VASCULARES, ESTO EXPLICA LA MAYORÍA DE LOS CASOS EN LOS CUALES SE ENCUENTRAN ADHERENCIAS ADQUIRIDAS EN CAVIDAD PERITONEAL. SE FORMAN ADHERENCIAS EN LA LINEA DE SUTURA DE UNA ANASTOMÓSIS, O DE UNA CICATRIZ DE LAPAROTOMÍA COMO RESULTADO DE LOS EFECTOS ESTRANGULANTES DE LOS PUNTOS EN LOS TEJIDOS LOCALES (1) EL PERITONEO REACCIONA EN FORMA SIMILAR ANTE EL MATERIAL EXTRAÑO Y EL TEJIDO ISQUÉMICO, POR LO QUE PUEDEN PRODUCIRSE GRANULOMAS Y ADHERENCIAS

### INTENTOS POR PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS.

SE HAN DESCRITO DIVERSOS MÉTODOS QUE TIENEN LA FINALIDAD DE PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS, ALGUNOS CON ESTUDIOS EXPERIMENTALES Y DE LABORATORIO, SE PUEDEN DIVIDIR EN:

1.- *INTENTOS POR PREVENIR EL DEPÓSITO DE FIBRINA EN EL EXUDADO POSTQUIRÚRGICO:* ESTO HA INVOLUCRADO EL USO DE ANTICOAGULANTES COMO CITRATO DE SODIO, HEPARINA, DICUMAROL, DEXTRÁN Y APROTININA.

2.- *INTENTOS DE REMOVER EL EXUDADO DE FIBRINA.* POR MEDIO DE LAVADO INTRAPERITONEAL, ENZIMAS COMO PEPSINA, TRIPSINA Y PAPAÍNA Y AGENTES FIBRINOLÍTICOS COMO ESTREPTOQUINASA, ACTASA Y UROQUINASA.

3.- *INTENTOS DE SEPARAR LAS SUPERFICIES INTESTINALES.* DISTENSIÓN DE LA CAVIDAD ABDOMINAL CON OXÍGENO, ESTIMULACIÓN DEL PERISTALTISMO CON PROSTIGMINA Y EL USO DE SUSTANCIAS COMO ACEITE DE OLIVA, PARAFINA LÍQUIDA, LÍQUIDO AMNIÓTICO Y MEMBRANAS COMO PLATA OLEOSA, PAPEL DE PLATA U ORO, INJERTOS LIBRES DE EPIPLÓN Y SILICONAS PARA SEPARAR ASAS LESIONADAS DEL INTESTINO.

4.- *INTENTOS POR INHIBIR LA PROLIFERACIÓN DE FIBROBLASTOS.* USO DE ANTIHISTAMÍNICOS, ESTEROIDES E INCLUSO DROGAS CITOTÓXICAS. NINGUNO DE ESTOS PROCEDIMIENTOS HA DEMOSTRADO EFECTOS EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS COMPARADO CON CONTROLES Y GENERALMENTE SE HAN ABANDONADO (1,18)

LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS INNECESARIAS PUEDE REDUCIRSE POR MEDIO DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA MINUCIOSA Y ESTO DEBE INCLUIR LA PREVENCIÓN DE LA FORMACIÓN DE GRANULOMAS POR CUERPOS EXTRAÑOS COMO GASAS, TALCO, O EXTREMOS LARGOS DE MATERIAL DE SUTURA, LOS DEFECTOS PERITONEALES DEBEN DEJARSE ABIERTOS Y NO SUTURARSE BAJO TENSIÓN.

## DIAGNÓSTICO.

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDA A ADHERENCIAS PUEDE PRESENTARSE EN EL PERIODO POSTOPERATORIO TEMPRANO O PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER MOMENTO, EN MESES O INCLUSO AÑOS, DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ABDOMINAL O DE UN PROCESO INFLAMATORIO SEVERO. EL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS TARDÍAS PUEDE TENER HISTORIA DE CUADROS PREVIOS DE OCLUSIÓN SUBAGUDA, LOS DATOS CLÍNICOS SON SEVERO DOLOR CÓLICO ABDOMINAL, NÁUSEAS, VÓMITOS (PRIMERO BILIARES Y POSTERIORMENTE FECALOIDES) Y DISTENSIÓN ABDOMINAL, CASI SIEMPRE CON CICATRIZ ABDOMINAL CON SENSIBILIDAD DIFUSA Y AUMENTO DE LOS RUIDOS INTESTINALES, LAS RADIOGRAFÍAS SIMPLES DE ABDOMEN GENERALMENTE MUESTRAN NIVELES HIDROAÉREOS (1).

LAS CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL JUNTO CON EL ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA Y LA CICATRIZ ABDOMINAL SE COMBINAN PARA PRODUCIR EL CUADRO CLÁSICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CAUSADA POR ADHERENCIAS (1,14)

## TRATAMIENTO.

ES UNA REGLA GENERAL QUE LA OBSTRUCCIÓN MECÁNICA AGUDA DEL INTESTINO DELGADO SEA UNA INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE URGENCIA, SIN EMBARGO LA OBSTRUCCIÓN SECUNDARIA A ADHERENCIAS PROPORCIONA UNA EXCEPCIÓN PARA ESA REGLA. EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO SE PRESENTA UN PERIODO DE INCERTIDUMBRE ANTE LA SOSPECHA DE UN CUADRO DE ILEO POSTOPERATORIO QUE CULMINARÁ CON LA ELIMINACIÓN DE GASES O LOS PRIMEROS ESTADIOS DEL DESARROLLO DE UNA OBSTRUCCIÓN MECÁNICA, EN ESTAS CONDICIONES DEBE CONTINUARSE EL MANEJO CONSERVADOR Y MANTENER EL PACIENTE EN OBSERVACIÓN CONSTANTE. OTRA INDICACIÓN PARA MANEJO CONSERVADOR ES EL PACIENTE QUE HA PRESENTADO EPISODIOS REPETITIVOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON VARIAS OPERACIONES PREVIAS PARA LA LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS, EN ESTA CIRCUNSTANCIA SE JUSTIFICA UN PERIODO DE PRUEBA CON ASPIRACIÓN NASOGÁSTRICA Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS, CON LA ESPERANZA DE QUE LA OBSTRUCCIÓN CEDA, Y QUE HABRÁ OCURRIDO PREVIAMENTE EN EPISODIOS ANTERIORES (1)

EN CASOS DE ADHERENCIAS DISEMINADAS RECURRENTES SE HAN ACONSEJADO ALGUNOS PROCEDIMIENTOS DE PLICATURA, DISEÑADOS PARA EVITAR TORSIONES AGUDAS DEL INTESTINO ADHERIDO (1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12)

## TÉCNICAS DE PLICATURAS INTESTINALES.

LA PRIMER DESCRIPCIÓN DE UN MÉTODO DE PLICATURA INTESTINAL FUE EL QUE PRESENTÓ EN 1953 EL GINECÓLOGO FINLANDÉS WICHMANN CON EL NOMBRE DE PERITONISATIO INTESINI TENIUS, DESARROLLÓ ESTE MÉTODO DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA DE QUE LAS ADHERENCIAS LATERO-LATERALES NO ALTERAN EL PASAJE DEL CONTENIDO INTESTINAL. LA SERIE DE WICHMANN COMPARÓ 61 CASOS DE LOS CUALES 24 FUERON RELAPARATOMÍA Y EL RESTO PRINCIPALMENTE ADHERENCIAS SEGUIDAS DE INFLAMACIONES GINECOLÓGICAS. EN EL SEGUIMIENTO DE 52 CASOS WICHMANN ENCONTRÓ SINTOMATOLOGÍA DEBIDA A ADHERENCIAS SOLO EN 2 CASOS (1,7,8)

LA TÉCNICA CONSISTE EN SUTURAR CON MATERIAL ABSORBIBLE LAS ASAS DE INTESTINO DELGADO SOLO EN DONDE EXISTE UN DEFECTO DE SEROSA LATERO-LATERAL (PLICACIÓN PARCIAL DE ASAS CON UN MÁXIMO DE 6 ASAS).

ESTE MÉTODO POSTERIORMENTE MODIFICADO FUE POPULARIZADO POR EL DR. NOBLE Y ACTUALMENTE LLEVA SU NOMBRE. SE DESCRIBIÓ EN 1957. LA TÉCNICA CONSISTE EN TOMAR ASAS DE DELGADO DE 10 A 20 CM. DE LONGITUD Y LA SEROSA INTESTINAL ES FIJADA CON SUTURAS AL BORDE MESENTÉRICO, HAN SIDO USADAS SUTURAS COMO: CATGUT CRÓMICO, CATGUT SIMPLE Y MERSILENE. NOBLE Y WICHMANN RECOMENDARON SUTURAR CON CATGUT. EN EL ESTUDIO REALIZADO POR BERGQVIST EN 1971 SE REALIZÓ ESTE PROCEDIMIENTO EN 27 PACIENTES, OBSERVÁNDOSE RECURRENCIA SOLO EN 4 PACIENTES (14.8%), LA MORTALIDAD FUE DE UN PACIENTE (3.7%) (2) ALGUNOS AUTORES REFIEREN QUE ESTE PROCEDIMIENTO CONSUME MUCHO TIEMPO Y SE COMPLICA CON LA FORMACIÓN DE FÍSTULAS ENTRE LAS ASAS PLICADAS Y LA AVULSIÓN DE LA PARED INTESTINAL CON PERFORACIÓN (2,3) FIGURA No 1.

EL PROCEDIMIENTO DE NOBLE FUE MODIFICADO POR LOS DOCTORES CHILDS Y PHILLIPS EN 1960 QUE DESCRIBIERON SUS OBSERVACIONES CLÍNICAS Y EXPERIMENTALES Y PROPUSIERON UNA NUEVA TÉCNICA: CON AGUJAS LARGAS Y SUTURAS LARGAS DE SEDA EL INTESTINO DELGADO ERA PLICADO POR 3 O 4 SEDAS A TRAVÉS DEL MESENTERIO ANUDADAS ENTRE SI, POSTERIORMENTE, ESTAS SEDAS SE COLOCAN A 3 MM DE LA PARED INTESTINAL. CON ESTA TÉCNICA SE PENSÓ EVITAR TIEMPO PROLONGADO DE LA CIRUGÍA, EVITAR FÍSTULAS INTESTINALES Y EVITAR OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE. SE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO EN 7 PACIENTES EN LA DESCRIPCIÓN ORIGINAL Y POSTERIORMENTE Mc CARTHY EN 1965 REALIZÓ UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS 5 PACIENTES SOBREVIVIENTES (2 FALLECIERON POR CAUSAS NO RELACIONADAS CON LA OPERACIÓN), ESTOS PACIENTES 3 SE ENCONTRARON ASINTOMÁTICOS Y SIN RECURRENCIA Y LOS OTROS 2 REFERÍAN CALAMBRES ABDOMINALES OCASIONALES (2,3,6,10,12) FIGURA No. 2.



LOS AUTORES QUE RECOMIENDAN ESTE PROCEDIMIENTO REFIEREN LAS SIGUIENTES VENTAJAS SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE NOBLE: 1) LA RAPIDEZ CON LA QUE PUEDE SER REALIZADA EN PACIENTES QUE GENERALMENTE SE ENCUENTRAN EN ESTADO CRÍTICO. 2) LA BAJA MORBI-MORTALIDAD Y 3) LOS BUENOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA OPERACIÓN (5). McCARTHY EN 1975 REFIERE DOS INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA TÉCNICA: LA PRIMERA ES LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE Y LA SEGUNDA ES LA POSIBILIDAD DE OCLUSIÓN INTESTINAL FUTURA DEBIDA A ADHERENCIAS, NO RECOMIENDA LA OPERACIÓN EN LA PRESENCIA DE PERITONITIS GENERALIZADA DEBIDO A LA ALTA MORTALIDAD DEL PROCEDIMIENTO EN ESTOS PACIENTES (6)

GROSFELD REFIERE SIN EMBARGO QUE ESTA CIRUGÍA NO SE ENCUENTRA LIBRE DE COMPLICACIONES LAS CUALES SE HAN REPORTADO: FÍSTULAS INTESTINALES Y LESIÓN DEL MESENTERIO (2).

EN 1977 EL DR. ROBERTO BLANCO INTRODUCE UN NUEVO MÉTODO DE PLICATURA INTESTINAL TRANSMESENTÉRICA MODIFICANDO LA TÉCNICA DE CHILDS-PHILLIPS, LA VARIACIÓN CONSISTE EN LA COLOCACIÓN DE DOS SONDAS FOLEY DEL No. 14fr A TRAVÉS DE PERFORACIONES MESENTERICAS OPUESTAS DE LAS ASAS Plicadas, LA POSICIÓN ES MANTENIDA INFLANDO LOS BALONES DE LAS SONDAS Y DEJANDO LOS EXTREMOS DE LAS SONDAS FUERA DE LA PARED ABDOMINAL. LAS SONDAS SON RETIRADAS EN 6 A 8 DÍAS (22).

OTRO PROCEDIMIENTO PARA TRATAR LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE ES LA INTUBACIÓN INTESTINAL, SE ENCONTRÓ QUE 2 FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA ALTA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES SEVERAMENTE DISTENDIDOS ERAN: 1) LA TARDANZA EN LA CIRUGÍA POR INTENTOS DE DESCOMPRESIÓN CON SONDAS NASOGÁSTRICAS Y 2) LA FALLA EN LA DESCOMPRESIÓN DEL INTESTINO DISTENDIDO AL TIEMPO DE LA CIRUGÍA PARA LIBERAR ADHERENCIAS (11). EN 1956 SE REALIZÓ LA PRIMERA COLOCACIÓN DE UN TUBO COMO PRÓTESIS INTESTINAL LLAMADA "PLICATURA SIN SUTURAS". SE COLOCÓ UNA SONDA DE MILLER-ABBOTT EN TODA LA LONGITUD DEL INTESTINO DELGADO, USANDO 2 A 3 ENTEROTOMÍAS PARA FACILITAR EL PASO DE LA SONDA Y SE DEJABA COLOCADA POR 10 DÍAS, CON LO QUE ADEMÁS SE DESCOMPRIMÍA EL INTESTINO. EN SU REPORTE DE 16 CASOS, 9 FUERON SEGUIDOS POR 3 O MÁS AÑOS EN LOS CUALES NO SE OBSERVARON NUEVOS EPISODIOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE (5).

BAKER EN 1959 PRESENTÓ SU EXPERIENCIA CON LA INTRODUCCIÓN DE UN TUBO LARGO A TRAVÉS DE UNA YEYUNOSTOMÍA COMO DESCOMPRESIÓN DEL INTESTINO OCLUIDO ENCONTRÁNDOSE BENEFICIO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE (5)

EN 1968 BAKER REPORTÓ 52 CASOS MANEJADOS COLOCANDO SU TUBO Y DEJÁNDOLO EN EL INTESTINO POR 14 DÍAS COMO PRÓTESIS INTERNA. EN ESTA SERIE SOLO 4 CASOS (8%) PRESENTARON RECURRENCIA DURANTE UN PERIODO DE SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS. GROSFELD EN 1974 REPORTÓ UNA SERIE SIMILAR SIN RECURRENCIAS REPORTADAS. EN ESTA SERIE EL TUBO FUE INTRODUCIDO POR GASTROSTOMÍA Y DEJADO DURANTE 10 DÍAS (s. 21).

POSTERIOREMENTE EN 1961 FUE INTRODUCIDA LA SONDA DE LEONARD QUE SOLUCIONÓ 2 DE LOS PROBLEMAS DE LA SONDA DE BAKER: LA PRIMERA QUE LA SONDA DE BAKER REQUERÍA DE ENTEROSTOMÍA PARA SU COLOCACIÓN AUMENTANDO EL RIESGO DE FUGA INTESTINAL A ABDOMEN Y LA FORMACIÓN DE FÍSTULA, Y LA SEGUNDA QUE LA SONDA DE BAKER NO TENÍA UN CUERPO RÍGIDO Y NO MANTENÍA AL INTESTINO PLICADO. LA SONDA DE LEONARD CUENTA CON ESTILETES PARA SU COLOCACIÓN ORAL LO QUE EVITA LA ENTEROSTOMÍA Y TIENE UN CUERPO RÍGIDO Y LARGO QUE MANTIENE EL INTESTINO PLICADO SIRVIENDO COMO UNA VERDADERA PRÓTESIS. CON EL USO DE ESTA TÉCNICA SE DISMINUYO LA RECURRENCIA NO OBSERVÁNDOSE NINGUNA EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO, SIN EMBARGO SE ENCONTRARON COMPLICACIONES EN APARATO RESPIRATORIO EN LOS PACIENTES QUE PERMANECIERON CON LA SONDA MÁS DE 24 HRS. EL USO DE ESTA SONDA DEBE RESTRINGIRSE A PACIENTES SIN ALTERACIONES RESPIRATORIAS.

OTROS PROCEDIMIENTOS QUE SE HAN INTENTADO SON EL USO DE ADHESIVOS EN TEJIDOS DE ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN. GROSFEL EN 1972 USANDO CIANOACRILATO EN ASAS INTESTINALES DE RATAS OBSERVÓ QUE EN LOS ANIMALES QUE SOBREVIVIERON (89%) LAS ASAS INTESTINALES PERMANECIERON PLICADAS SIN EMBARGO SE ENCONTRÓ LA PERSISTENCIA DEL ADHESIVO DEBIDO A SU BAJA CONDICIÓN BIODEGRADABLE, PENETRACIÓN EN LA PARED ABDOMINAL Y GRANULOMATOSIS Y REACCIÓN INFLAMATORIA SEVERA, POR LO QUE RECOMIENDA NO UTILIZAR ESTA TÉCNICA HASTA QUE SE REALICEN MÁS ESTUDIOS Y SE MEJORE LA CALIDAD DE LOS ADHESIVOS (2)

## V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. ¿ TIENE MEJORES RESULTADOS LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO REALIZADA EN EL SERVICIO DE GASTROCIURUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI COMPARADA CON LOS OTROS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN LA LITERATURA MÉDICA, EN BASE A MORTALIDAD POSTOPERATORIA, CUADROS DE OCLUSIÓN POSTERIORES A REALIZACIÓN DE LA PLICATURA (RECURRENCIAS) Y COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO).

EN 1968 BAKER REPORTÓ 52 CASOS MANEJADOS COLOCANDO SU TUBO Y DEJÁNDOLO EN EL INTESTINO POR 14 DÍAS COMO PRÓTESIS INTERNA. EN ESTA SERIE SOLO 4 CASOS (8%) PRESENTARON RECURRENCIA DURANTE UN PERIODO DE SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS. GROSFELD EN 1974 REPORTÓ UNA SERIE SIMILAR SIN RECURRENCIAS REPORTADAS, EN ESTA SERIE EL TUBO FUE INTRODUCIDO POR GASTROSTOMÍA Y DEJADO DURANTE 10 DÍAS (5, 21).

POSTERIORMENTE EN 1961 FUE INTRODUCIDA LA SONDA DE LEONARD QUE SOLUCIONÓ 2 DE LOS PROBLEMAS DE LA SONDA DE BAKER: LA PRIMERA QUE LA SONDA DE BAKER REQUERÍA DE ENTEROSTOMÍA PARA SU COLOCACIÓN AUMENTANDO EL RIESGO DE FUGA INTESTINAL A ABDOMEN Y LA FORMACIÓN DE FÍSTULA, Y LA SEGUNDA QUE LA SONDA DE BAKER NO TENÍA UN CUERPO RÍGIDO Y NO MANTENÍA AL INTESTINO PLICADO. LA SONDA DE LEONARD CUENTA CON ESTILETES PARA SU COLOCACIÓN ORAL LO QUE EVITA LA ENTEROSTOMÍA Y TIENE UN CUERPO RÍGIDO Y LARGO QUE MANTIENE EL INTESTINO PLICADO SIRVIENDO COMO UNA VERDADERA PRÓTESIS. CON EL USO DE ESTA TÉCNICA SE DISMINUYO LA RECURRENCIA NO OBSERVÁNDOSE NINGUNA EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO, SIN EMBARGO SE ENCONTRARON COMPLICACIONES EN APARATO RESPIRATORIO EN LOS PACIENTES QUE PERMANECIERON CON LA SONDA MÁS DE 24 HRS. EL USO DE ESTA SONDA DEBE RESTRINGIRSE A PACIENTES SIN ALTERACIONES RESPIRATORIAS.

OTROS PROCEDIMIENTOS QUE SE HAN INTENTADO SON EL USO DE ADHESIVOS EN TEJIDOS DE ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN. GROSFEL EN 1972 USANDO CIANOACRILATO EN ASAS INTESTINALES DE RATAS OBSERVÓ QUE EN LOS ANIMALES QUE SOBREVIVIERON (89%) LAS ASAS INTESTINALES PERMANECIERON PLICADAS SIN EMBARGO SE ENCONTRÓ LA PERSISTENCIA DEL ADHESIVO DEBIDO A SU BAJA CONDICIÓN BIODEGRADABLE, PENETRACIÓN EN LA PARED ABDOMINAL Y GRANULOMATOSIS Y REACCIÓN INFLAMATORIA SEVERA, POR LO QUE RECOMIENDA NO UTILIZAR ESTA TÉCNICA HASTA QUE SE REALICEN MÁS ESTUDIOS Y SE MEJORE LA CALIDAD DE LOS ADHESIVOS (2)

## V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1. ¿ TIENE MEJORES RESULTADOS LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO REALIZADA EN EL SERVICIO DE GASTROCIURUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI COMPARADA CON LOS OTROS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN LA LITERATURA MÉDICA, EN BASE A MORTALIDAD POSTOPERATORIA, CUADROS DE OCLUSIÓN POSTERIORES A REALIZACIÓN DE LA PLICATURA (RECURRENCIAS) Y COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO?.

## VI. HIPÓTESIS.

LA PLICATURA CON SONDAS TRANSESENTÉRICAS DEL DR. BLANCO TIENE BUENOS RESULTADOS EN COMPARACIÓN A OTROS MÉTODOS DE PLICATURA INTESTINAL REPORTADOS EN LA LITERATURA Y DEBE SER CONSIDERADA DENTRO DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS QUE EL CIRUJANO DISPONE PARA EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

## VII. OBJETIVOS.

SE COMPARAN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS, EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, RECURRENCIAS, CUADROS OCLUSIVOS PREVIOS, NÚMERO DE CIRUGÍAS PREVIAS A LA PLICATURA Y COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS (PLICATURA DE BLANCO) CONTRA LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MÉDICA.

## VIII. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO: LONGITUDINAL, COMPARATIVO, RETROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL.

UNIVERSO DEL TRABAJO: TODOS LOS PACIENTES OPERADOS POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS CON PROCEDIMIENTO DE BLANCO. LITERATURA MÉDICA SOBRE EL TEMA.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:

SEGÚN METODOLOGÍA.

A) VARIABLE DEPENDIENTE: EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA: SE VALORÓ DE ACUERDO A LA RESPUESTA CLÍNICA POSTERIOR A CIRUGÍA.

CUADROS DE OCLUSIÓN POSTERIORES A REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: SE CONSIDERÓ COMO RECURRENCIA CUALQUIER CUADRO DE OCLUSIÓN INTESTINAL POSTERIOR A LA PLICATURA.

COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL PROCEDIMIENTO DEL DR. BLANCO: CUALQUIER COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA PLICATURA TRANSESENTÉERICA DE BLANCO.

MORTALIDAD SECUNDARIA AL PROCEDIMIENTO: CUALQUIER DEFUNCIÓN ASOCIADA AL PROCEDIMIENTO.

## VI. HIPÓTESIS.

LA PLICATURA CON SONDAS TRANSMESENTÉRICAS DEL DR. BLANCO TIENE BUENOS RESULTADOS EN COMPARACIÓN A OTROS MÉTODOS DE PLICATURA INTESTINAL REPORTADOS EN LA LITERATURA Y DEBE SER CONSIDERADA DENTRO DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS QUE EL CIRUJANO DISPONE PARA EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

## VII.OBJETIVOS.

SE COMPARAN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS, EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, RECURRENCIAS, CUADROS OCLUSIVOS PREVIOS, NÚMERO DE CIRUGÍAS PREVIAS A LA PLICATURA Y COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS (PLICATURA DE BLANCO) CONTRA LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MÉDICA.

## VIII. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO: LONGITUDINAL, COMPARATIVO, RETROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL

UNIVERSO DEL TRABAJO: TODOS LOS PACIENTES OPERADOS POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS CON PROCEDIMIENTO DE BLANCO. LITERATURA MÉDICA SOBRE EL TEMA.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:  
SEGÚN METODOLOGÍA.

A) VARIABLE DEPENDIENTE: EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA: SE VALORÓ DE ACUERDO A LA RESPUESTA CLÍNICA POSTERIOR A CIRUGÍA.

CUADROS DE OCLUSIÓN POSTERIORES A REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: SE CONSIDERÓ COMO RECURRENCIA CUALQUIER CUADRO DE OCLUSIÓN INTESTINAL POSTERIOR A LA PLICATURA.

COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL PROCEDIMIENTO DEL DR. BLANCO: CUALQUIER COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DE BLANCO.

MORTALIDAD SECUNDARIA AL PROCEDIMIENTO: CUALQUIER DEFUNCIÓN ASOCIADA AL PROCEDIMIENTO.

## VI. HIPÓTESIS.

LA PLICATURA CON SONDAS TRANSMESENTÉRICAS DEL DR. BLANCO TIENE BUENOS RESULTADOS EN COMPARACIÓN A OTROS MÉTODOS DE PLICATURA INTESTINAL REPORTADOS EN LA LITERATURA Y DEBE SER CONSIDERADA DENTRO DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS QUE EL CIRUJANO DISPONE PARA EL TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

## VII.OBJETIVOS.

SE COMPARAN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS, EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, RECURRENCIAS, CUADROS OCLUSIVOS PREVIOS, NÚMERO DE CIRUGÍAS PREVIAS A LA PLICATURA Y COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS (PLICATURA DE BLANCO) CONTRA LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MÉDICA.

## VIII. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO: LONGITUDINAL, COMPARATIVO, RETROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL.

UNIVERSO DEL TRABAJO: TODOS LOS PACIENTES OPERADOS POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS CON PROCEDIMIENTO DE BLANCO. LITERATURA MÉDICA SOBRE EL TEMA.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES:  
SEGÚN METODOLOGÍA.

A) VARIABLE DEPENDIENTE: EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA: SE VALORÓ DE ACUERDO A LA RESPUESTA CLÍNICA POSTERIOR A CIRUGÍA.

CUADROS DE OCLUSIÓN POSTERIORES A REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO: SE CONSIDERÓ COMO RECURRENCIA CUALQUIER CUADRO DE OCLUSIÓN INTESTINAL POSTERIOR A LA PLICATURA.

COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL PROCEDIMIENTO DEL DR. BLANCO: CUALQUIER COMPLICACIÓN ASOCIADA A LA PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DE BLANCO.

MORTALIDAD SECUNDARIA AL PROCEDIMIENTO: CUALQUIER DEFUNCIÓN ASOCIADA AL PROCEDIMIENTO.

- B) VARIABLE INDEPENDIENTE: CUADROS OCLUSIVOS RECURRENTES PREVIOS.  
CIRUGÍAS ABDOMINALES PREVIAS.  
ANTECEDENTES DE PERITONITIS.  
ANTECEDENTES DE REALIZACIÓN DE ALGUNA  
PLICATURA PREVIA.  
CIRUGÍA ELECTIVA O DE URGENCIA.  
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE.
- C) VARIABLE DE CONFUSIÓN: PRESENCIA DE PERITONITIS O LESIÓN POR  
ISQUEMIA INTESTINAL.

D) DESCRIPCIÓN OPERATIVA.

SE EVALUARÁ LA PRESENCIA DE CUADROS OCLUSIVOS RECURRENTES SECUNDARIOS A CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA. SE EVALUARÁ LA MORBIMORTALIDAD: COMPLICACIONES POSTERIORES A REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y DEFUNCIÓN DEL PACIENTE A CAUSA DEL PROCEDIMIENTO, SE EVALUARÁN RECURRENCIAS: CUADROS OCLUSIVOS POSTERIORES A REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.  
SE COMPARA LA PLICATURA DE BLANCO CONTRA RESULTADOS OBTENIDOS PUBLICADOS EN OTROS TIPOS DE PLICATURAS

MUESTRA:

- TAMAÑO DE LA MUESTRA: TODOS LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZÓ PLICATURA DE BLANCO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE.
- CRITERIOS DE SELECCIÓN:
  - A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN: TODOS LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE OPERADOS INICIALMENTE CON PLICATURA DE BLANCO EN HE CMN SXXI IMSS.
  - B) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN: PACIENTES OPERADOS POR OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE CON PLICATURA DE BLANCO Y REINTERVENIDOS POR ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, CON O SIN DESMANTELAMIENTO DE LA PLICATURA.
  - C) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: PACIENTES CON INFORMACIÓN INCOMPLETA EN EL EXPEDIENTE. PACIENTES PERDIDOS EN EL SEGUIMIENTO.

#### PROCEDIMIENTOS:

LOS AUTORES REVISARÁN LOS ARCHIVOS DEL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA PARA OBTENER LOS DATOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE OPERADOS CON PLICATURA INTESTINAL DE BLANCO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN MENCIONADOS ANTERIORMENTE. SE REVISARÁN EXPEDIENTES PARA COMPLETAR LA REVISIÓN DE DATOS Y VACIARLOS EN LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. CON LOS DATOS OBTENIDOS SE RECABARÁ INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CADA UNA DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO, SE REALIZARÁ EL ANÁLISIS Y FINALMENTE SE OBTENDRÁN CONCLUSIONES.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA PARA LAS VARIABLES CUANTITATIVAS, PROMEDIO MÁS O MENOS DESVIACIÓN ESTÁNDAR PARA LAS VARIABLES CUALITATIVAS, FRECUENCIAS Y %.

### IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL, ADEMÁS SE OBTIENEN LOS DATOS DE FORMA RETROSPECTIVA POR LO QUE NO ES NECESARIO CONTAR CON AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE. NO SE PONE EN RIESGO LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES Y NO HAY CAMBIOS POSIBLES EN EL TRATAMIENTO.

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS PERMITIRÁ TOMAR DECISIONES PARA EL MEJOR TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

### X. RECURSOS:

HUMANOS: MÉDICOS DE BASE Y MÉDICOS RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS.

MATERIALES: ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. LITERATURA MÉDICA.

FINANCIEROS: NO SE REQUIEREN.



#### PROCEDIMIENTOS:

LOS AUTORES REVISARÁN LOS ARCHIVOS DEL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA PARA OBTENER LOS DATOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE OPERADOS CON PLICATURA INTESTINAL DE BLANCO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN MENCIONADOS ANTERIORMENTE. SE REVISARÁN EXPEDIENTES PARA COMPLETAR LA REVISIÓN DE DATOS Y VACIARLOS EN LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. CON LOS DATOS OBTENIDOS SE RECABARÁ INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CADA UNA DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO, SE REALIZARÁ EL ANÁLISIS Y FINALMENTE SE OBTENDRÁN CONCLUSIONES.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA PARA LAS VARIABLES CUANTITATIVAS, PROMEDIO MÁS O MENOS DESVIACIÓN ESTÁNDAR PARA LAS VARIABLES CUALITATIVAS, FRECUENCIAS Y %.

### IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL, ADEMÁS SE OBTIENEN LOS DATOS DE FORMA RETROSPECTIVA POR LO QUE NO ES NECESARIO CONTAR CON AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE. NO SE PONE EN RIESGO LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES Y NO HAY CAMBIOS POSIBLES EN EL TRATAMIENTO.

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS PERMITIRÁ TOMAR DECISIONES PARA EL MEJOR TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

### X. RECURSOS:

HUMANOS: MÉDICOS DE BASE Y MÉDICOS RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS.

MATERIALES: ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. LITERATURA MÉDICA.

FINANCIEROS: NO SE REQUIEREN.

**PROCEDIMIENTOS:**

LOS AUTORES REVISARÁN LOS ARCHIVOS DEL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA PARA OBTENER LOS DATOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE OPERADOS CON PLICATURA INTESTINAL DE BLANCO QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN MENCIONADOS ANTERIORMENTE. SE REVISARÁN EXPEDIENTES PARA COMPLETAR LA REVISIÓN DE DATOS Y VACIARLOS EN LA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. CON LOS DATOS OBTENIDOS SE RECABARÁ INFORMACIÓN CONCERNIENTE A CADA UNA DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO, SE REALIZARÁ EL ANÁLISIS Y FINALMENTE SE OBTENDRÁN CONCLUSIONES.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA PARA LAS VARIABLES CUANTITATIVAS, PROMEDIO MÁS O MENOS DESVIACIÓN ESTÁNDAR PARA LAS VARIABLES CUALITATIVAS, FRECUENCIAS Y %.

**IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL, ADEMÁS SE OBTIENEN LOS DATOS DE FORMA RETROSPECTIVA POR LO QUE NO ES NECESARIO CONTAR CON AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE. NO SE PONE EN RIESGO LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS PACIENTES Y NO HAY CAMBIOS POSIBLES EN EL TRATAMIENTO.

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS PERMITIRÁ TOMAR DECISIONES PARA EL MEJOR TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

**X. RECURSOS:**

HUMANOS: MÉDICOS DE BASE Y MÉDICOS RESIDENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS.

MATERIALES: ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI IMSS. LITERATURA MÉDICA.

FINANCIEROS: NO SE REQUIEREN.

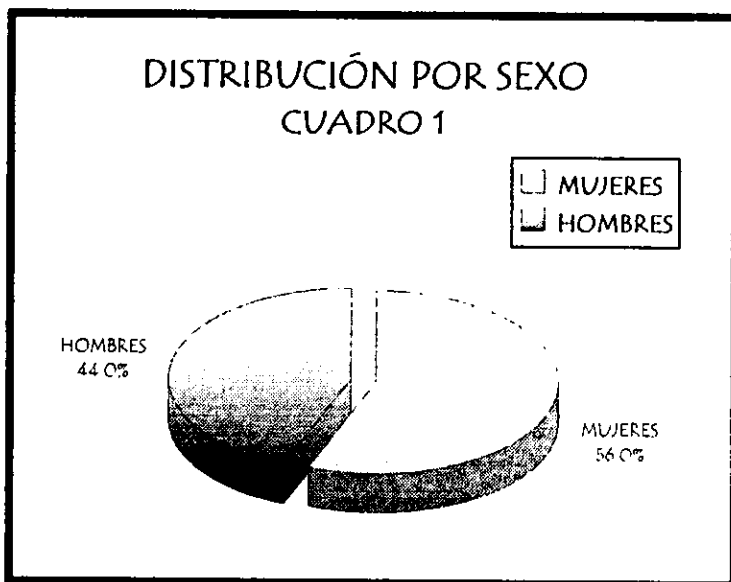
## XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

	MARZO-ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO.
PROTOCOLO	XXX				
RECOLECCIÓN DE DATOS		XXX	XXX		
ELABORACIÓN DE TABLAS			XXX	XXX	
REDACCIÓN				XXX	XXX
CONCLUSIONES					XXX

## RESULTADOS:

SE OPERARON EN EL SERVICIO DE GASTROCIROUGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN SXXI A 60 PACIENTES CON EL PROCEDIMIENTO DE PLICATURA TRANSMESENTÉRICA DEL DR. BLANCO. SE ENCONTRARON SOLO 52 EXPEDIENTES COMPLETOS DE PACIENTES OPERADOS CON ESTE PROCEDIMIENTO EN EL ARCHIVO DEL HOSPITAL.

LA EDAD DE LOS PACIENTES VARIÓ DE 18 A 84 AÑOS DE EDAD CON UN PROMEDIO DE 50 AÑOS. LA DISTRIBUCIÓN POR SEXO FUE LA SIGUIENTE: 18 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO Y 14 DEL SEXO MASCULINO (56% Y 44% RESPECTIVAMENTE).



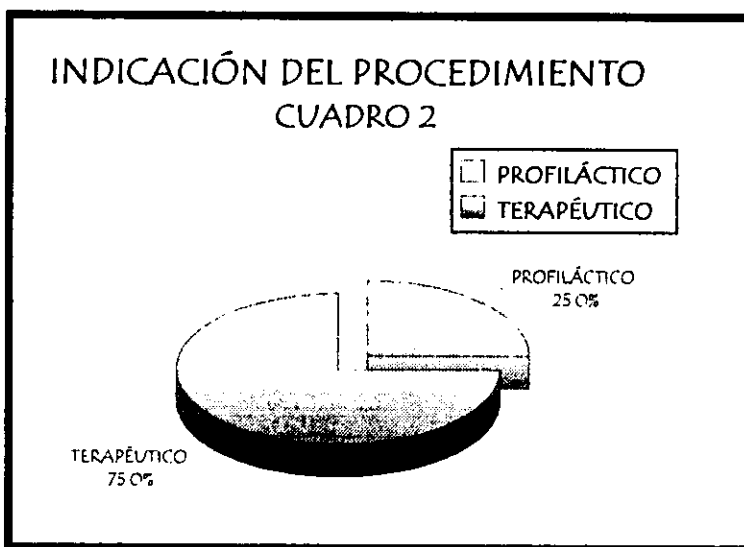
17 PACIENTES (55%) ERAN PORTADORES DE ENFERMEDADES ASOCIADAS ENTRE LAS CUALES SE ENCONTRARON HTAS, DM, CARDIOPATÍAS, CÁNCER, IRC, Y PROCEDIMIENTOS AUTOINMUNES.

50 PACIENTES (95.75%) CONTABAN CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES PREVIAS, EN ALGUNOS PACIENTES CON MÚLTIPLES ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS. ENTRE ESTOS PROCEDIMIENTOS LOS MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS FUERON APENDICECTOMÍAS, RESECCIONES COLÓNICAS POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA, COLECISTECTOMÍAS, HISTERECTOMÍAS, CESÁREAS, LAPAROTOMÍAS POR ABDOMEN AGUDO Y COLOCACIONES DE CATÉTERES PARA DIÁLISIS PERITONEAL.

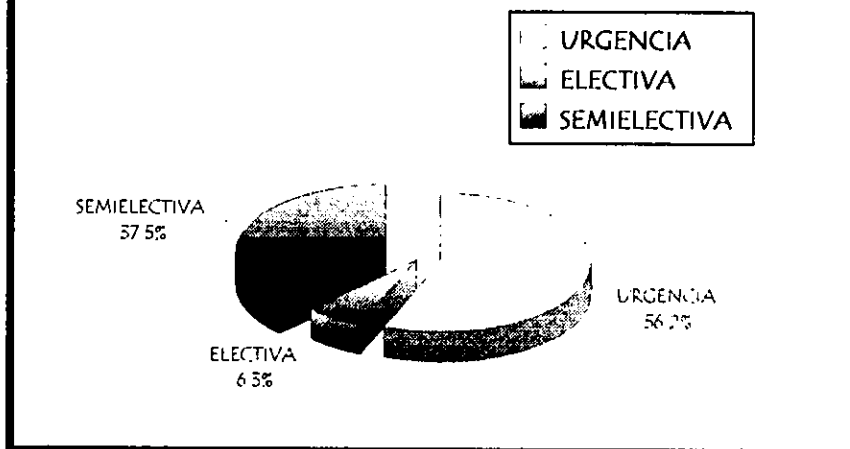
14 PACIENTES (44%) PRESENTARON ANTECEDENTES DE CUADROS DE PERITONITIS PREVIOS A LA PLICATURA. 23 (72%) PRESENTARON CUADROS PREVIOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL LOS CUALES FUERON MANEJADOS CONSERVADORAMENTE EN 17 PACIENTES (55%) EN 32 OCASIONES Y QUIRÚRGICAMENTE EN 11 PACIENTES (34%).

LA DURACIÓN EN CUANTO AL TIEMPO QUIRÚRGICO DURANTE EL PROCEDIMIENTO NO PUDO SER EVALUADA YA QUE EN MUCHOS CASOS SE REALIZÓ ALGÚN PROCEDIMIENTO ASOCIADO QUE INCREMENTÓ EL TIEMPO QUIRÚRGICO, EN LOS QUE SE REGISTRÓ VARIÓ DE 1 A 3 HRS.

EN 2 PACIENTES (6%) SE ENCONTRÓ PRESENCIA DE PERITONITIS DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PLICATURA. EL PROCEDIMIENTO SE REALIZÓ EN FORMA TERAPÉUTICA EN 24 PACIENTES (75%) Y PROFILÁCTICA EN 8 (25%). SE CATALOGÓ COMO CIRUGÍA DE URGENCIA EN 18 CASOS (56.2%), SEMIELECTIVA EN 12 (37.5%) Y ELECTIVA SOLO EN 2 (6.25%).



## TIPO DE CIRUGÍA CUADRO 3

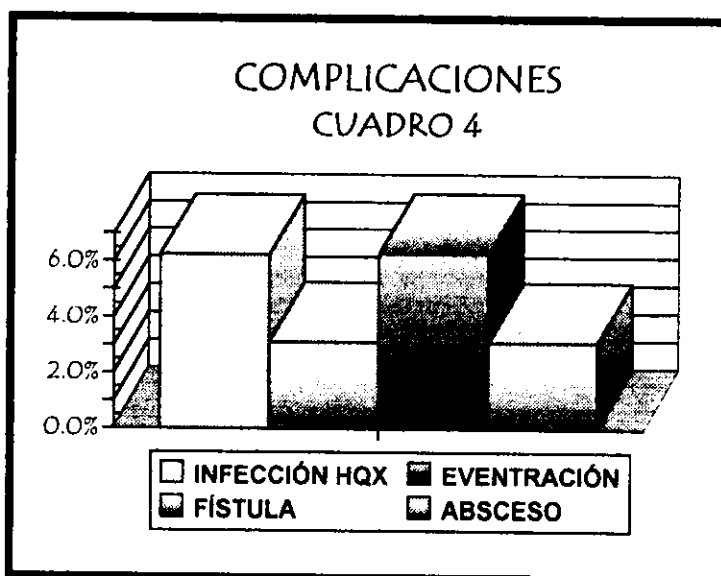


EN TODOS LOS PACIENTES SE REALIZÓ LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS, Y EN 16 PACIENTES (50%) SE REALIZÓ ALGÚN OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO QUE VARIÓ DESDE RECONEXIONES COLÓNICAS, RESECCIONES INTESTINALES, PROCEDIMIENTOS ANTIRREFLUJO, CISTOYEUÑO ANASTOMÓISIS Y CREACIÓN DE UNA VÁLVULA INTESTINAL.

LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES FUE FAVORABLE EN 30 (93,75%) Y MALA EN 2 PACIENTES (6,25%), SIN EMBARGO ESTA MALA EVOLUCIÓN SE DEBIÓ A PADECIMIENTOS AGREGADOS Y NO A COMPLICACIONES POR PARTE DEL PROCEDIMIENTO. UN PACIENTE PRESENTÓ NEUMONÍA Y EDEMA PULMONAR, OTRO PACIENTE PRESENTÓ DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA SEVERA.

LOS DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA VARIARON DE 4 A 60 DÍAS, CON PROMEDIO DE 10,9 DÍAS, EL PACIENTE CON DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA SEVERA REQUIRIÓ DE ESTANCIA EN UCI LO QUE PROLONGÓ SU ESTANCIA HASTA 60 DÍAS INCREMENTANDO EL PROMEDIO DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO SE PRESENTARON EN 6 PACIENTES (18%) Y FUERON LAS SIGUIENTES: EN 2 PACIENTES (6.25%) SE PRESENTÓ INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA, EN 2 PACIENTES (6.25%) EVENTRACIÓN, EN 1 PACIENTE (3.1%) SE ENCONTRARON ABSCESOS EN LAS ZONAS DE ENTRADA DE LAS SONDAS LOS CUALES FUERON DRENADOS Y EN 1 PACIENTE (3.1%) SE PRESENTÓ UNA FÍSTULA DE BAJO GASTO LA CUAL SE MANEJÓ CONSERVADORAMENTE.



SE ENCONTRARON RECURRENCIAS EN 3 PACIENTES (9%) Y FUERON MANEJADOS CONSERVADORAMENTE. LAS RECURRENCIAS SE PRESENTARON EN 1 PACIENTE CON COLOCACIÓN DE MALLA PARA PLASTÍA DE PARED SOBRE LAS ASAS INTESTINALES QUE REQUIRIÓ POSTERIORMENTE RETIRO, Y EN 1 PACIENTE CON CARCINOMATOSIS POR CA. DE MAMA, LO QUE PUDIERA EXPLICAR LA RAZÓN DE ESTAS RECURRENCIAS, SOLO 1 PACIENTE PRESENTÓ UN NUEVO CUADRO DE OCLUSIÓN SIN CAUSA APARENTE.

EL SEGUIMIENTO VARIÓ DESDE 1 MES A 12 AÑOS, CON PROMEDIO DE 3.5 AÑOS. OCURRIERON 6 DEFUNCIONES NO RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO (2 POR CARCINOMATOSIS, 1 POR IAM, 1 POR COMPLICACIONES DE EPOC, 2 POR COMPLICACIONES DE IRC).

## CONCLUSIONES:

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ES LA SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. (1). AÚN NO SE HAN ENCONTRADO MEDIDAS EFECTIVAS PARA PREVENIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS, LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS INNECESARIAS PUEDE REDUCIRSE POR MEDIO DE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA MINUCIOSA QUE DEBE INCLUIR LA PREVENCIÓN DE FORMACIÓN DE GRANULOMAS POR CUERPOS EXTRAÑOS COMO GASAS, TALCO, EXTREMOS LARGOS DE SUTURA, LOS DEFECTOS PERITONEALES DEBEN DEJARSE ABIERTOS Y NO SUTURARSE BAJO TENSIÓN. (1, 18).

EN EL ESTUDIO REALIZADO POR BERGQVIST Y COLS. EN 1971 REPORTA 27 CASOS DE PACIENTES OPERADOS CON EL PROCEDIMIENTO DE NOBLE REPORTANDO UNA MORTALIDAD DE 3.7% Y RECURRENCIA DE 16% CON UN SEGUIMIENTO PROMEDIO DE 12.9 AÑOS. SEABROOK & WILSON EN 1954 REPORTARON EN 54 PACIENTES CON PROCEDIMIENTO DE NOBLE UNA MORTALIDAD DE 9.3% Y UNA TASA DE RECURRENCIAS DE 9.3%. NOBLE EN 1950 REPORTÓ 300 CASOS CON MORTALIDAD DE 0.7% Y 0.7% DE RECURRENCIA. (7). VER CUADRO 5.

CHILDS Y PHILLIPS REALIZARON EL PROCEDIMIENTO DE NOBLE EN 15 PACIENTES ENCONTRANDO MORTALIDAD DE 0% Y RECURRENCIAS EN 13.3%, Y SU PROCEDIMIENTO FUE REALIZADO EN 7 PACIENTES CON MORTALIDAD DE 14.3% Y 0% DE RECURRENCIA. (7). EN LA RECOPIACIÓN QUE REALIZA MC CARTHY EN 1975 DE LA EXPERIENCIA MUNDIAL CON EL PROCEDIMIENTO DE CHILDS SE REPORTA PROCEDIMIENTO REALIZADO EN 175 PACIENTES, 53 PROFILÁCTICO Y 87 TERAPÉUTICO, CON RECURRENCIAS EN 10 PACIENTES (5.7%) Y MORTALIDAD DE 4%.(6).

EN NUESTRO ESTUDIO SE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO EN 52 PACIENTES LOS CUALES CONTABAN CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS ABDOMINALES PREVIAS EN 93.75%, EL 72% HABÍA PRESENTADO CUADROS DE OCLUSIÓN INTESTINAL PREVIOS, EL PROCEDIMIENTO FUE REALIZADO EN FORMA TERAPÉUTICA EN 24 PACIENTES Y PROFILÁCTICA EN 8. SE OBSERVÓ UNA EVOLUCIÓN FAVORABLE EN 93.75% DE LOS PACIENTES, LA TASA DE RECURRENCIA FUE DE 9% EN 3 PACIENTES EN LOS CUALES SE EXPLICA LA RECURRENCIA EN 2 DE LOS CUALES UNO CONTABA CON CARCINOMATOSIS POR CA. DE MAMA Y EL OTRO CON COLOCACIÓN DE MALLA SOBRE LAS ASAS INTESTINALES PARA PLASTÍA DE PARED REQUIRIENDO POSTERIORMENTE SU RETIRO. SOLO EN 1 PACIENTE NO SE EXPLICÓ LA CAUSA DE RECURRENCIA. NO HUBO MORTALIDAD ASOCIADA CON EL PROCEDIMIENTO Y SE PRESENTARON 6 DEFUNCIONES POR PATOLOGÍAS ASOCIADAS (CARCINOMATOSIS, IAM, EPOC E IRC).



EN ESTE ESTUDIO SE OBSERVÓ UNA BUENA EVOLUCIÓN EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES. LAS RECURRENCIAS SE ENCUENTRAN DENTRO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA LITERATURA MUNDIAL CON OTRO TIPO DE PLICATURA, A PESAR DE QUE EN 2 CASOS SE EXPLICA LA CAUSA DE RECURRENCIA. NO HUBO MORTALIDAD RELACIONADA CON EL PROCEDIMIENTO, CONSIDERAMOS QUE ESTE TIPO DE PLICATURA ES UN PROCEDIMIENTO SENCILLO Y RÁPIDO QUE DEBE SER CONSIDERADO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE, AUNQUE DEBERÁ CONTINUARSE SU ESTUDIO PARA TENER UNA MUESTRA MÁS SIGNIFICATIVA.

CUADRO No. 5. RESULTADOS PUBLICADOS EN OTROS ESTUDIOS.

TIPO DE PLICATURA	NUMERO DE PACIENTES	MORTALIDAD	RECURRENCIA	AUTOR
NOBLE	27	5.7%	16%	BERGQVIST 1971
NOBLE	54	9.3%	9.5%	SEABROOK 1954
NOBLE	10	0%	0%	NGUYEN 1962
NOBLE	226	8%	12%	COURBIER 1959
NOBLE	300	0.7%	0.7%	NOBLE 1950
CHILDS	12	0%	8.3%	FERGUSON 1967
CHILDS	37	10.8%	0%	NGUYEN 1965
CHILDS	7	14.3%	0%	CHILDS & PHILLIPS 1960
BLANCO	32	0%	9%	1999.

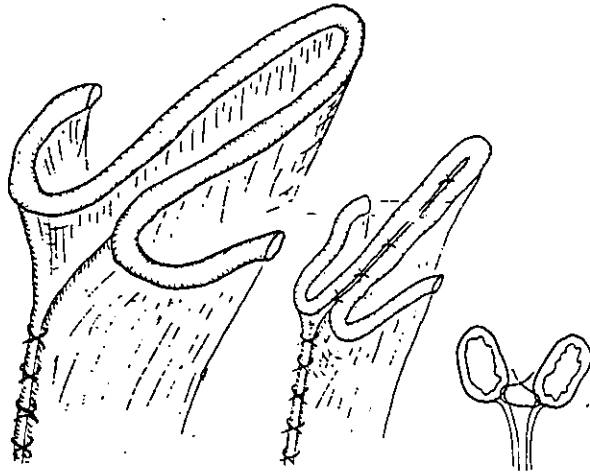
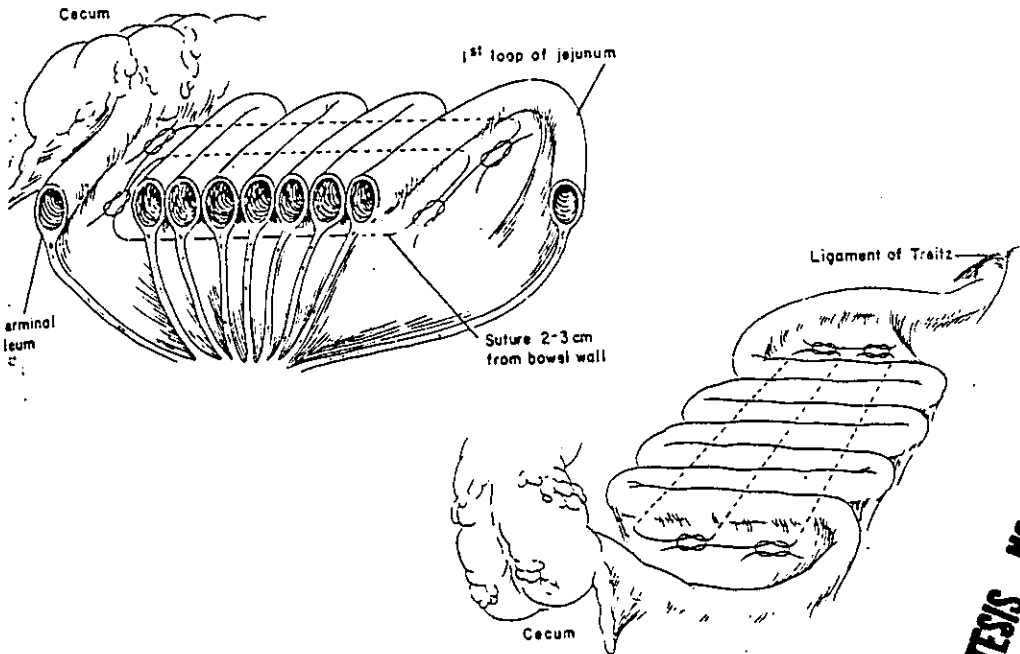


Fig. 1. Technique of Noble plication (from U. Krause, *Acta chir. scand.* 118, 446, 1960.)



Childs-Phillips transmesenteric plication.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## XII. BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- OPERACIONES ABDOMINALES DE MAINGOT. 1997 10ª. EDICIÓN, EDITORIAL PANAMERICANA.
- 2.- JAY L. GROSFELD. "SUTURELESS BOWEL PLICATION.  
THE AM J SURG VOL 123 JUNE 1972.
- 3.-A. THOMAS FERGUSON. TRANSMESENTERIC PLICATION FOR SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION.  
THE AM J OF SURG. VOL 144 AUG 1967.
- 4.- THOMAS C. MOORE. JEJUNOILEOCOLIC INTUBATION AND PLICATION FOR INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY MASSIVE ADHESIONS IN INFANCY.  
SURGERY VOL 67 No 2 FEB 1970.
- 5.- RODNEY D. MC MILLIN. INTRALUMINAL STENTING IN THE MANAGEMENT OF RECURRENT INTESTINAL OBSTRUCTION.  
THE AM SURG. VOL 47 No2 FEB 1981.
- 6.- JACK D. MC CARTHY. FURTHER EXPERIENCE WITH THE CHILDS-PHILLIPS PLICATION OPERATION.  
THE AM J SURG. VOL 150 JUL 1975.
- 7.-D. BERGVIST. NOBLE PLICATION FOR INTESTINAL OBSTRUCTION.  
SCAND J. GASTROENT. VOL 6 No 8, 1971.
- 8.- ARTO SIVULA. WICHMANN'S PLICATION IN THE TREATMENT OF RECURRENT INTESTINAL OBSTRUCTIONS DUE TO ADHESIONS.  
ACTA CHIR SCAND 131, 1966.
- 9.- MYRON B. CLOSE. TRANSMESENTERIC SMALL BOWEL PLICATION OR INTRALUMINAL TUBE STENTING.  
THE AM J SURG VOL 158. JUL 1969.
- 10.- A.K.AMIR-JAHED. MESENTERIC PLICATION FOR REDUNDANT SMALL BOWEL.  
THE CANADIAN J SURG. VOL 12 JUL 1969
- 11.-JOEL W. BAKER. STICHLESS PLICATION FOR RECURRING OBSTRUCTION OF THE SMALL BOWELL.  
THE AM J SURG VOL 116. AUG 1968
- 12.- JACK D. MC CARTHY. A SIMPLE INTESTINAL PLICATION.  
SURG GINECOL & OBST. DIC 1965.
- 13.- KROOK S.S. OBSTRUCTION OF THE SMALL INTESTINE DUE TO ADHESIONS AND BANDS.  
ACTA CHIR SCAND SUPPL 125.
- 14.- PERRY J. F. SMITH G.A INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY ADHESIONS A REVIEW OF 388 CASES.  
ANN SURG 142 :810 1955.
- 15.- ELLIS H. THE AETIOLOGY OF POSTOPERATIVE ABDOMINAL ADHESIONS.  
BR. J. SURG 50:10 1962.
- 16.- BAKER J.W. A LONG JEJUNOSTOMY TUBE FOR DECOMPRESSING INTESTINAL OBSTRUCTION SURG. GYNECOL OBSTET. 109:519, 1959.
- 17.- CHILDS WA. PHILLIPS RB. EXPERIENCE WITH INTESTINAL PLICATION AND A PROPOSED MODIFICATION.  
ANN SURG No 152: 258 1960.

- 18.- ELLIS H. THE CAUSE AND PREVENTION OF POST-OPERATIVE INTRAPERITONEAL ADHESIONS.  
SURG GYNECOL OBSTET 133:497, 1971.
- 19.- NOBLE, T.B. PPLICATION OF SMALL INTESTINE AS PROPHYLAXIS AGAINST ADHESIONS.  
AMER J SURG 35: 41-44 1937
- 20.- BAKER J.W. A LONG JEJUNOSTOMY TUBE FOR DECOMPRESSING INTESTINAL OBSTRUCTION  
SURG GYNEC & OBST 109: 519, 1959.
- 21.- GROSFELD J.L. GASTROINTESTINAL TUBE STENT PPLICATION IN INFANTS AND CHILDREN.  
ARCH. SURG 110: 594,1975.
- 22.- BLANCO-BENAVIDES R. A SIMPLE MODIFICATION OF THE CHILDS INTESTINAL PPLICATION METHOD. ARCH SURG 1977, 112: 86-87.

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

NOMBRE:

EDAD:

CÉDULA:

ANTECEDENTES PERSONALES (ENFERMEDADES CONCOMITANTES):

SEXO:

TELÉFONO:

NÚMERO DE CIRUGÍAS ABDOMINALES PREVIAS:

TIPO DE CIRUGÍAS:

ANTECEDENTES DE PERITONITIS:

CUADROS DE OCLUSIÓN INTESTINAL PREVIOS:

CIRUGÍAS POR OCLUSIÓN INTESTINAL O MANEJO CONSERVADOR EN CUANTAS OCASIONES:

ULTIMO CUADRO DE OCLUSIÓN INTESTINAL:

DURACIÓN DE CIRUGÍA (PLICATURA DE BLANCO):

PRESENCIA DE PERITONITIS:

ISQUEMIA INTESTINAL:

INDICACIÓN DE LA CIRUGÍA: TERAPÉUTICO:

PROFILÁCTICO:

CIRUGÍA ELECTIVA:

SEMIELECTIVA:

URGENTE:

{SE REALIZÓ OTRO PROCEDIMIENTO ADEMÁS DE LA PLICATURA}:

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:

DÍAS DE ESTANCIA EN EL SERVICIO:

COMPLICACIONES:

TIEMPO DE SEGUIMIENTO:

CUADROS DE OCLUSIÓN INTESTINAL RECURRENTE POSTERIORES A PLICATURA:

MUERTE:

No.