



11209
14.
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
SERVICIO DE GASTROCIROGÍA

**"FACTORES DE RIESGO PARA DEHISCENCIAS DE
ANASTOMOSIS INTESTINALES"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
P R E S E N T A:
DRA. SELENE GPE. CRUZ VARGAS

ASESOR DE TESIS: DR. PATRICIO R. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ



IMSS

MEXICO, D.F.

1999

277324

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

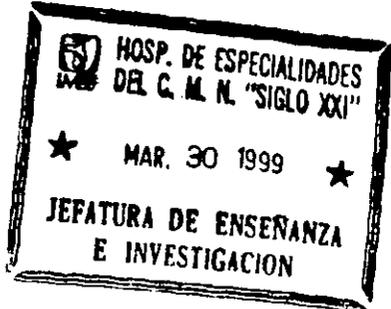
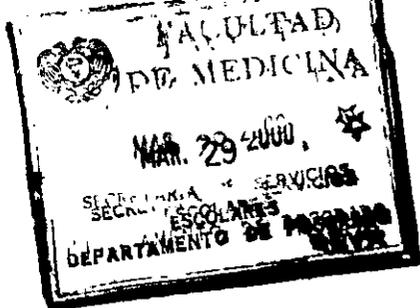


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



Niels R. Wachter Rodarte

DR. NIELS R. WACHER RODARTE.
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación.
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro social.

Roberto Blanco Benavides

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.
Profesor titular en el curso de especialización en Cirugía General
Universidad Nacional Autónoma de México.
Jefe del Departamento de Cirugía General y Gastrointestinal.
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Patricio R. Sánchez Fernández

DR. PATRICIO R. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
Asesor de tesis
Médico adscrito al departamento de Cirugía General y Gastrointestinal.
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

FACTORES DE RIESGO PARA ANASTOMOSIS
INTESTINALES
REVISIÓN DE 100 CASOS

AUTORES.

Cruz Vargas Selene Guadalupe, Arellano Jiménez Jorge., Sánchez
Fernández Patricio R, Blanco Benavides Roberto.

LUGAR DE REALIZACIÓN.

Servicio de gastrocirugía del hospital de Especialidades Centro Médico
Nacional S XXI. "Dr. Bernardo Sepulveda G." IMSS.

INDICE

<u>ANTECEDENTES</u>	<u>1-3 pag.</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>4</u>
<u>OBJETIVO</u>	<u>4</u>
<u>HIPOTESIS</u>	<u>4</u>
<u>MATERIAL METODO PACIENTES</u>	<u>5-11</u>
<u>RESULTADOS.</u>	<u>11-23</u>
<u>ANALISIS DE RESULTADOS</u>	<u>24</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>25</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>26</u>

ANTECEDENTES

De los procedimientos quirúrgicos realizados en el servicio de gastrocirugía, la resección intestinal y anastomosis surge de la necesidad de resolver diversas patologías tanto del intestino delgado como de colon. Por ejemplo algunas lesiones traumáticas con perforación o compromiso vascular, lesiones inflamatorias benignas y malignas, fistulas, gangrena del intestino por estrangulación dentro de una hernia interna o externa, la intususcepción irreductible y remoción de tumores también son indicaciones, entre otras patologías (1)

La extensión de las resecciones se determinan por el tamaño y la naturaleza de la lesión intestinal. Después de realizada la resección y contando con segmentos sanos y flexibles, con una buena irrigación puede realizarse una anastomosis. Es decir, se restablece la continuidad intestinal mediante una conexión artificial (Quirúrgica) (2)

Existen varias técnicas de anastomosis intestinales: termino-laterales, Terminal-terminal funcional, Terminal-terminal, Latero-lateral y Latero-terminal. Para realizarlas adecuadamente deben considerarse ciertas características: a) Tener un estoma adecuado b) Ser impermeables c) con líneas de sutura sin tensión d) no deberá comprometerse la irrigación asegurando al momento del cierre una vascularidad adecuada (1). Pueden ser manuales en uno o dos planos o realizarse mecánicamente mediante engrapadoras. En todas las anastomosis el principio básico consiste en que grapas o suturas, deben tomar submucosa para que la unión sea segura (3). Revistiendo también importancia lo señalado por Halsted desde 1887, en relación al papel de la mucosa en la cicatrización de las anastomosis gastrointestinales (4)

Las dehiscencias de anastomosis prevalecen como una complicación temible por su alta morbimortalidad, a pesar de los avances técnicos y los cuidados en la preparación del paciente la incidencia reportada es del 0% al 35%

Además de las consideraciones técnicas ya mencionadas, existen otros factores que contribuyen al éxito de una anastomosis. Observándose un incremento en los índices de dehiscencia de las suturas en pacientes mayores de 60 años. En aquellos que presentan albumina baja (5) o en los que tienen procesos malignos (6), el tiempo quirúrgico mayor de 220 min., la terapia con radiación preoperatoria, la diabetes no insulino dependiente y el empleo de drenajes en cirugía de colon (7)

Otros factores adicionales como la reducción del aporte de oxígeno (por hipoperfusión o Anemia) a los tejidos, la tensión de la línea de sutura, así también la sepsis intraabdominal y la preparación intestinal inadecuada (6) (8), se han asociado con un mayor número de fuga anastomótica.

Estos factores son aplicables de igual forma a suturas manuales y a las realizadas de manera mecánica, las cuales fueron formuladas por Hult y Fisher, a principios del siglo XX y empleadas a partir de los años 60s en EUA. (9).

Las dehiscencias son más comunes en anastomosis colónicas que en intestino delgado, muchos factores se han propuesto para explicar esta propensión dentro de los cuales se incluyen. El alto contenido Bacteriano y la presión intraluminal creada por el contenido colónico, se recomienda previo a la cirugía: lavado mecánico, dieta líquida libre en fibra y antibióticos (10).

El contenido de colágeno en la submucosa determina la resistencia del colon y esta integridad resulta importante para la cicatrización (11)

Hawley y cols demostraron que el colon tiene una mayor actividad colagenolítica que otras regiones del tracto gastrointestinal, por lo tanto se ha atribuido la dehiscencia de anastomosis a la actividad excesiva de las colagenasas en el postoperatorio inmediato postresección por obstrucción en algunos estudios experimentales (12).

En el caso de resección postobstrucción Goligher ha reportado una fuga anastomótica de 24% comparada con el 14% en los casos de resección y anastomosis sin obstrucción (13). Sin embargo con el desarrollo de técnicas operatorias más adecuadas se ha logrado reducir la incidencia de dehiscencias hasta un 7% (12).

También se reconoce una mayor incidencia de dehiscencias en las anastomosis colónica bajas (7.7%) a menos de 7 cm del margen anal en comparación a las realizadas por arriba de 7 cm del margen anal encontrándose una incidencia menor del 1% (7).

Las causas de dehiscencias de anastomosis intestinales incluyen factores generales que usualmente reflejan la naturaleza de la población y factores locales que se relacionan con la dificultad técnica durante la cirugía o violación en los principios básicos de la reconstrucción de la anastomosis. En la evaluación de los factores es de considerar la experiencia del cirujano para la realización de la anastomosis. En el estudio reportado por Vignali et al. la incidencia varía del 0.5% a más del 30% con 84 cirujanos (7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores que condicionan un aumento en la incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales en 100 pacientes operados en el servicio de gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N S. XXI ?

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que condicionan una mayor incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales. en los pacientes postoperados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI.

HIPÓTESIS.

La presencia de un mayor numero de factores de riesgo, condiciona una mayor incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales en los pacientes postoperados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades del C.M.N S XXI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores que condicionan un aumento en la incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales en 100 pacientes operados en el servicio de gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N S. XXI^o

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que condicionan una mayor incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales, en los pacientes postoperados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI.

HIPÓTESIS.

La presencia de un mayor numero de factores de riesgo, condiciona una mayor incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales en los pacientes postoperados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades del C.M.N S XXI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores que condicionan un aumento en la incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales en 100 pacientes operados en el servicio de gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N S. XXI ?

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo que condicionan una mayor incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales, en los pacientes postoperados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI.

HIPÓTESIS.

La presencia de un mayor numero de factores de riesgo, condiciona una mayor incidencia de dehiscencias de anastomosis intestinales en los pacientes postoperados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades del C.M.N S XXI.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Longitudinal. Descriptivo, retrospectivo y observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes ingresados al servicio de gastrocirugía quienes fueron sometidos a cirugía con anastomosis intestinal en el Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI:

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se revisaron 100 expedientes de pacientes sometidos a cirugía y en quienes se realizó algún tipo de anastomosis intestinal, en el periodo comprendido de Enero de 1995 a Noviembre 1998

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1 - Genero Indistinto
- 2.- Mayores de 18 años
- 3.- Pacientes sometidos a cirugía y se realizó anastomosis intestinales
- 4.- Con expediente clinico completo
- 5.- Pacientes operados en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Edad mayor de 18 años.
2. Pacientes sometidos a cirugía con anastomosis intestinal fuera del Servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes con expediente clinico incompleto

VARIABLE INDEPENDIENTE

- 1 - Estado Nutricional.
- 2.- Técnica Quirúrgica
- 3 - Enfermedades Metabólicas (Diabetes)
- 4 - Neoplasias Malignas y radioterapia
- 5 - Corticosteroides.
- 6.- Hipoxia Tisular (Choque hipovolemico. Anemia).
- 7.- Sépsis abdominal.
- 8.- Preparación Intestinal con antibióticos
- 9.- Sitio de anastomosis intestinal.
- 10.- Experiencia del cirujano en el procedimiento de anastomosis intestinal

VARIABLE DEPENDIENTE

- 1.- Dehiscencia de anastomosis intestinal

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

1. La Desnutrición (hipoalbuminemia menor de 3mg/dl) se correlaciona con una depleción de substratos (glutamina) indispensable en la troficidad intestinal. la deficiencia de vitaminas A, C y D así como el Zinc son determinantes para la proliferación de fibroblastos y por consiguiente formación de colágeno y cicatrización.(14)
- 2.- La Técnica quirúrgica para una anastomosis exitosa debe considerar los siguientes premisas: Asegurar el afrontamiento de

los tejidos. Considerar el tipo de anastomosis acorde al criterio y experiencia del cirujano, respetar la irrigación vascular y evitar la tensión de la línea de sutura que asegura finalmente una buena oxigenación tisular. (1),(3),(12).

- 3.- Las Enfermedades Metabólicas (Diabetes Mellitus, de larga evolución) ocasiona una micro y macroangiopatía que origina isquemia tisular y retardo en la cicatrización. En el caso de la uremia, interfiere con la función de los fibroblastos y síntesis de colágeno (7)
- 4.- La pérdida de peso y la desnutrición asociada con Cáncer pueden ser agravadas por las terapias agresivas (Radioterapia) que limitan la ingesta y absorción de nutrientes, así todos los pacientes desnutridos se encuentran en riesgo de complicaciones postoperatorias como infección, dehiscencia de suturas y mortalidad. Encontrándose reportes de dehiscencia en un 12.2% de los pacientes sometidos a radiación.(7),(14).
- 5.- Los Corticosteroides exógenos bloquean la cicatrización en la herida con cierre primario estos medicamentos interfieren importantemente si son administrados durante los primeros 3 días, después su efecto es muy reducido. disminuye la reacción inflamatoria y bloquea la síntesis subsiguiente de colágeno(7)
- 6.- Los tejidos con Hipoxia tisular con PO₂ baja aunada a anemia (con hematocrito menor del 20%) por choque hipovolémico, interfiere en el mecanismo de cicatrización debido al subaporte de sustratos que necesitan los fibroblastos para la formación de colágeno, reparar los tejidos lesionados y la neoformación de vasos sanguíneos.(7)
- 7.- La cavidad abdominal contaminada, las bacterias proliferan en un medio anaerobio que interfieren en la función del fibroblasto y la formación de colágeno. b) El tejido desvascularizado presenta una

pobre migración de los Leucocitos polimorfo nucleares(LPMN) que son el sistema de defensa contra gérmenes patógenos.

- 8.- Las dehiscencias son mas comunes en anastomosis colonicas que en las del intestino delgado, muchos factores se han propuesto para explicar esta propensión, dentro de las cuales incluyen el alto contenido bacteriano y la presión intraluminal creada por el contenido colonico, por lo que se recomienda previo a la cirugía: lavado mecánico, dieta liquida libre en fibra y la utilización de antibióticos (10)
- 9.- También se reconoce una mayor incidencia de dehiscencias en las anastomosis colónicas bajas (7.7%) a menos de 7 cm del margen anal, en comparación a las realizadas por arriba de 7cm del margen anal encontrándose una incidencia menor del 1%. (7).
- 10.- En la evaluación de los factores es de importancia tomar en cuenta la experiencia del cirujano para la realización de la anastomosis en el estudio reportado por Vignali y cols. La incidencia varia del 0.5% a más del 30% con 84 cirujanos (7).

VARIABLE DEPENDIENTE

- 1.- Dehiscencia de anastomosis intestinal.: Es la separación total o parcial de los bordes de dos segmentos intestinales posterior a un procedimiento quirúrgico previo para mantenerlos unidos.

PROCEDIMIENTO

Se llevo a cabo una selección de 100 expedientes de pacientes postoperados con anastomosis intestinal en el servicio de Gastrocirugia del Hospital de Especialidades de C.M.N.S XXI, de los cuales 50 presentaron como complicación postoperatoria dehiscencia de anastomosis y 50 pacientes en los que la evolución de la anastomosis fue favorable.

Los resultados obtenidos de los factores de riesgo en cada grupo fueron vaciados en las hojas de registro para posteriormente su análisis

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos de los 2 grupos fueron expresados mediante porcentaje media moda.

RECURSOS

Recursos propios del hospital.

I.- Humanos.

- a) Un medico de base adscrito al servicio de Gastrocirugia.
- b) Un médico residente del 4to año de Cirugia general

II.- Recursos materiales:

- a). Expedientes Clínicos
- b).-Hoja de recolección de datos
- c).-Computadora personal

III.- Recursos financieros. **No requiere Financiamiento.**

RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados de los factores de riesgo para dehiscencia de anastomosis intestinal, los pacientes fueron divididos en 2 grupos.

El Grupo A formado por 50 pacientes que presentaron dehiscencia de anastomosis y el grupo B formado por 50 pacientes en quienes la anastomosis fue exitosa.

II.- Recursos materiales:

- a). Expedientes Clínicos
- b).-Hoja de recolección de datos
- c).-Computadora personal

III.- Recursos financieros. **No requiere Financiamiento.**

RESULTADOS

Una vez obtenidos los resultados de los factores de riesgo para dehiscencia de anastomosis intestinal, los pacientes fueron divididos en 2 grupos.

El Grupo A formado por 50 pacientes que presentaron dehiscencia de anastomosis y el grupo B formado por 50 pacientes en quienes la anastomosis fue exitosa.

**CARACTERISTICAS DEL GRUPO "A"
CON DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS**

EDAD AÑOS	HOMBRES	MUJERES	PORCENTAJE
40 A 50	5	2	14%
51 A 60	8	5	26%
61 A 70	18	9	54%
71 A 80	1	2	6%
TOTAL	32	18	100%

En el grupo A de pacientes que presentaron dehiscencias de anastomosis intestinales predominó el grupo de edad de 51 a 60 años que corresponde aun 54%.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO "B" QUE NO PRESENTARON DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS INTESTINALES

AÑOS DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	PORCENTAJE
MENOS DE 40	6	2	16%
41 A 50	11	2	26%
51 A 60	13	6	38%
61 A 70	7	3	20%
<i>TOTAL</i>	37	16	100%

En el grupo B de pacientes que no presentaron dehiscencia de anastomosis el 80% son menores de 60 años.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS INTESTINAL

Comparación entre los Grupos A y B

INDICACION QUIRÚRGICA	GRUPO A		GRUPO B	
	No. Enf	%	No. Enf	%
CANCER DE COLON	22	44	8	16
CANCER DE RECTO	4	8	1	2
TROMBOSIS MESENERICA	11	22	4	8
OBTURACIÓN INTESTINAL	6	12	16	32
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	7	14	21	42
TOTAL	50	100%	50	100%

En el grupo A que presento dehiscencia de anastomosis intestinales el 44% predomino la indicación de resección por cancer de colon.

En el grupo B que no presento dehiscencia de anastomosis intestinales en el 42% la indicación fue enfermedad diverticular.

FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO "A" CON DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS INTESTINALES

PATOLOGÍA	DIABETES NID.	HIPOALBUMINEMIA
CA DE COLON	0	2/22
CA DE RECTO	0	2/4
TROMBOSIS MESENERICA	2/11	0
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	0	0
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	1/7	0
TOTAL	3/50 (6%)	4/50 (8%).

En el Grupo "A" de los pacientes con dehiscencia de anastomosis intestinal se observo que el 8% de presentaron hipoalbuminemia y el 6% fueron diabéticos.

FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO "A CON DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INTESTINALES

PATOLOGÍA	TIEMPO QUIRÚRGICO >220 MIN	RADIOTERAPIA.
CANCER DE COLON.	0	3/22
CANCER DE RECTO	2/4	0
TROMBOSIS MESENTERICA	3/11	0
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	0	0
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	0	0
TOTAL	5/50(10%)	3/50(6%)

En el grupo A. Los pacientes con dehiscencia de anastomosis intestinales, se observó que en el 10% el tiempo quirúrgico fue mayor de 220 min. y el 6% recibió radioterapia.

FACTORES DE RIESGO EN EL GRUPO "A" CON DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INTESTINALES.

PATOLOGÍA	RESECCIÓN < DE 7 CM DEL MARGEN ANAL	ANEMIA HTO MENOR DE 22.
CANCER DE COLON	0	1/22
CANCER DE RECTO	4/4	2/4
TROMBOSIS MESENTERICA	0	0
OBSTRUCCION INTESTINAL	0	0
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	0	3/7
TOTAL	4/50 (8%)	6/50(12%)

En el grupo "A" de los pacientes con dehiscencia de anastomosis intestinal se observa que un 12% presentó anemia con Hto menor de 22 y el 8% el nivel de resección fue a menos de 7cm del margen anal.

FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO "B" CON ANASTOMOSIS EXITOSA.

<i>PATOLOGÍA</i>	<i>DIABETES</i>	<i>HIPOALBUMINEMIA</i>
<i>CANCER DE COLON</i>	<i>0</i>	<i>2/8</i>
<i>CANCER DE RECTO</i>	<i>0</i>	<i>1/1</i>
<i>TROMBOSIS MESENERICA</i>	<i>2/4</i>	<i>0</i>
<i>OBSTRUCCIÓN INTESTINAL</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>ENFERMEDAD DIVERTICULAR</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>2/50(4%)</i>	<i>3/50(6%)</i>

En el Grupo "B" de pacientes con anastomosis exitosa, se observó que el 6% presento hipoalbuminemia y el 4% fueron diabéticos

FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO "B" CON ANASTOMOSIS EXITOSA

PATOLOGÍA	TIEMPO QUIRÚRGICO > DE 220 MIN	RADIOTERAPIA
CANCER DE COLON	0	0
CANCER DE RECTO	1/1	0
TROMBOSIS MESENTERICA	3/4	0
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	0	0
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	0	0
TOTAL	4/50 (8%).	0/50

En el grupo "B" de los pacientes con anastomosis exitosa, se observó que el tiempo quirúrgico prolongado mayor de 220 min fue de 8% y ningún paciente se sometió a radioterapia preoperatoria.

FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO "B" CON ANASTOMOSIS EXITOSA.

PATOLOGÍA	ANASTOMOSIS A < DE 7CM DEL MARGEN ANAL	ANEMIA HTO MENOR DE 22.
CANCER DE COLON	0	2/8
CANCER DE RECTO	1/1	1/1
TROMBOSIS MESENERICA	0	2/4
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	0	0
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	0	1/21
TOTAL	1/50(2%)	6/50(12%)

En el grupo "B" de los pacientes con anastomosis exitosa, se observo que en el 2% fue realizada a menos de 7cm del margen anal y el 12% presentaron anemia con hematocrito menor de 22.

INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN EL GRUPO "A" DE PACIENTES CON DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS.

PATOLOGIA No. FACTORES	I	II	III	IV	V	VI
CANCER DE COLON	7	13	0	1	1	0
CANCER DE RECTO	0	0	2	0	1	1
TROMBOSIS MESENERICA	1	2	0	0	0	0
OBTRUCCION INTESTINAL	0	0	0	0	0	0
ENF DIVERTICULAR	0	2	1	0	0	0
TOTAL	8/50 (16%)	17/50 (34%)	3/50 (6%)	1/50 (2%)	2/50 (10%)	1/50 (2%)

En los pacientes del Grpo A con dehiscencia de anastomosis intestinal predominó el subgrupo con dos factores de riesgo que representa el 34% de la muestra.

INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN EL GRUPO "B" CON ANASTOMOSIS EXITOSA.

PATOLOGIA/ No FACTORES	I	II	III	IV	V	VI
CA DE COLON	1	4	3	0	0	0
CA DE RECTO	0	0	0	0	1	0
TROMBOSIS MESENTERICA	2	2	1	0	0	0
OBSTRUCCION INTESTINAL	0	0	0	0	0	0
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	1	1	0	0	0	0
TOTAL	3/50 (6%)	7/50 (14%)	4/50 (8%)	0	1/50 (2%)	0

Los pacientes del Gpo "B" con anastomosis exitosa también predomina el subgrupo con 2 factores de riesgo que representa el 14%.

COMPARACION EN PORCENTAJES DE FACTORES DE RIESGO ENTRE EL GRUPO "A" CON DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS Y EL GRUPO "B" SIN DEHISCENCIA.

No.DE FACTORES	GRUPÓ "A" CON DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS	GRUPO B CON ANASTOMOSIS EXITOSA
I	16%	6%
II	34%	14%
III	6%	8%
IV	12%	0%
V	10%	2%
VI	2%	0%
TOTAL	70%	30%

La comparación entre el grupo A con dehiscencia de anatomosis y el Grpo B con anastomosis exitosa , demuestra que en el grupo A el 70% de los paciente tiene algún factor de riesgo vs. El grupo B donde el 30% de los pacientes presentó algún factor de riesgo.

ANALISIS DE RESULTADOS

Al finalizar el estudio observamos que en el total de 100 pacientes predomina el sexo masculino en un 69% y que por grupo de edad, con dehiscencia de anastomosis (Gpo "A") los mayores de 60 años es de un (86%) . En el grupo "B" los menores de 60 años representan el 80% del total.

La indicación quirúrgica de resección y anastomosis por Cáncer de colon corresponde al 44% de la muestra del grupo "A" y en el Grupo B la principal indicación de Cirugía esta representada por la obstrucción intestinal en un 32%.

El factor más frecuente observado en el grupo "A" que pereserto dehscencia de anastomosis fue la anemia con un 12%. en comparación con el grupo "B" también representa el 12%.

Los pacientes que recibieron radioterapia en el grupo "A" es el 6% comparado con el 0% del grupo "B" con anastomosis exitosa. En el caso del sitio de anastomosis intestinal a menos de 7cm del margen anal se observa que el grupo "A" con dehiscencia de anastomosis ocupa el 8% en comparación con el 2% sin dehiscencias.

En relación con el numero de factores de riesgo se observa que el el grupo con dehiscencia de anastomosis (Gpo "A") el 70% de los pacientes presento al menos 1 factor de riesgo en comparación con el 30% del grupo "B".

En el grupo "A" los pacientes con 2 factores de riesgo representan el 34% en comparación con el grupo "B" con 2 factores en solo 14%.

Con 4 a 6 factores de riesgo el el grupo "A" con dehiscencia de anastomosis: los pacientes predominaron con un 2, 10 y 2% vs el grupo "B" en donde se presentaron el 0,2 y 0% respectivamente.

Por lo tanto con 4 o más factores exiete 14% de pacientes con dehiscencia vs el 2% sin dehiscencia de anastomosis.

CONCLUSIONES

No existe solo un factor de riesgo, al que pueda atribuirse el incremento de dehiscencia de anastomosis intestinales, ya que no hay diferencias significativas al respecto. lo que puede concluirse es que a un mayor numero de factores coadyuvantes a la enfermedad de base por ejemplo (Edad, sexo, diábetes, administración de esteroides, estado nutricional, enfermedades malignas, manejo con radioterapia etc) interactuan para contribuir conjuntamente a la dehiscencia de anastomosis. Incrementando así la morbimortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Maingot et al. Operaciones Abdominales. Panamericana 8a ed. Tomo II pag. 1191-1211
- 2.- Zuidema et al. Cirugía del aparato digestivo Panamericana 3a de. Tomo V pag 290 a 310.
- 3.- Maingot et al. Operaciones Abdominales. Panamericana 8a ed Tomo I pag 325-348
- 4.- Zuidema et al Cirugía del aparato digestivo panamericana 8a de tomo IV pag 124-132.
- 5.- Bristian BR. et al. Protein status of general surgical patients. JAMA 1974; 230: 858-860
- 6.- Fielding LP, Stewart-Brown S. Anastomotic integrity after operation for large bowel cancer: A multicentric Study. Br Med J 1980; 281: 411-14.
- 7.- Vignali et al Factors Associated With the Occurrence of Leaks in Stapled Rectal Anastomoses: A Review of 1014 Patients. Journal of The American College of Surgeons. 1997, 185: 2: 105 -113.
- 8.- Schrock T R, Deveney C W et al. Factors contributing to leakage of colonic anastomoses. Ann Sug 1973; 177: 513-8
- 9.- Maingot et al Operaciones abdominales Panamericana 8a de tomo II. pag 1487-1489.
- 10.- Buckmirte M. et al. Effect of Bowel preparation and a Fiber-Free Liquid Diety on Expression of transforming Growth Factor and Procollagen in Colonic Tissue Preoperatively and Postoperatively Dis colon Rectum. October 1998. 1273-1280.
- 11.- Khoury GA. et al Large bowel anastomoses. Y. The Healing procces and sutures anastomoses. A review. Br J Surg 1983; 70: 61-3.
- 12.- Savge F J et al. Effect of colonic obstruction on the distribution of matrix metalloproteinases during anastomotic healing. British Journal of Surgery 1998; 85: 7275.
- 13.- Goligher Y et al Anastomoses after resection for colonic obstruction. Br Journal of Surgery 1988; 85: 72-75.
- 14.- Rombeau J L. Terapia Nutricional Total. FELANPE; 1997: 119-135