

11209

2 ej 97



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PLICATURA MESENERICA POR EL
METODO DE CHILDS-PHILLIPS.

TESIS

Que para obtener el Grado de:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

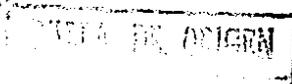
Presenta:

Dr. José de Jesús Zamora Martínez



IMSS

Puebla, Pue.



1986 - 1989



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.

INDICE:

	Página:
Introducción	1
Antecedentes	2
Fisiopatología	2
Enfoque de las adherencias	3
Indicaciones para la técnica	4
Descripción del método	4
Ilustraciones	6 a 11
Resultados	12
Presentación Caso 1	13
Presentación caso 2	14
Conclusiones	15
Sugerencias	15
Bibliografía	16

PLICATURA MESENTERICA POR EL METODO DE CHILDS-PHILLIPS.

INTRODUCCION:

Las adherencias y las bridas solitarias son la causa más común de obstrucción intestinal en el mundo occidental. Y la obstrucción debida a adherencias se ha hecho más común en proporción a la gran frecuencia de operaciones abdominales en el mundo técnicamente avanzado; en cambio en comunidades en desarrollo donde las laparatomías no son frecuentes la obstrucción por adherencias es poco común.

Las adherencias congénitas aunque comunes, sólo ocasionalmente causan problemas y de hecho las que dan origen a una obstrucción intestinal casi siempre van precedidas por una operación ó por una severa inflamación intraperitoneal local ó difusa (1,3).

Dentro de las causas de obstrucción intestinal, las adherencias ocupan un porcentaje hasta del 64% y de éstas a su vez las postoperatorias representan la mayor parte siendo las apendicectomías ó intervenciones ginecológicas quienes figuran en forma prominente en los análisis estadísticos. Con menor proporción la resección abdominoperineal del recto y la colectomía total tienen una alta incidencia de adherencias postoperatorias.

Aunque las adherencias postoperatorias pueden involucrar cualquier víscera intraabdominal, la obstrucción por esta causa habitualmente compromete el intestino delgado, especialmente el ileon.

Conocidas las posibles causas de las adherencias y los problemas que pueden ocasionar se han hecho muchos intentos para encontrar el modo de prevenirlas con resultados poco satisfactorios, permitiendo el establecimiento de obstrucción intestinal recurrente.

Se han preconizado diversos procedimientos quirúrgicos para evitar que las nuevas adherencias ocluyan el intestino delgado, básicamente de plicatura intestinal y mesentérica(1), siendo este el objeto de nuestro

trabajo, principalmente en cuanto a la descripción de la técnica ya que en nuestro medio es poco conocido el modo de efectuar la operación y el momento de utilizarla.

ANTECEDENTES:

Desde los primeros días de la cirugía abdominal los cirujanos se familiarizaron con las adherencias fibrinosas que se desarrollan a pocas horas del traumatismo quirúrgico.

Tanto cirujanos como patólogos a través de diversos razonamientos intentaron probar las teorías que demuestran la formación de adherencias.

El presente siglo ha sido testigo del mucho trabajo invertido en intentos de prevenirlas y los estudios de laboratorio revisados por Boys en 1942, Connolly y Smith en 1960 y Ellis en 1971 se pueden resumir en lo siguiente: prevenir el depósito de fibrina en el exudado peritoneal postquirúrgico, remover el exudado de fibrina por medio de lavado intraperitoneal, separar las superficies intestinales ó inhibir la proliferación de fibroblastos(3).

Majno y Weibel en 1973 estudiaron 298 necropsias de sujetos que habían sufrido laparotomías y en el 67% hallaron adherencias. Después de múltiples operaciones la incidencia aumentaba al 93%. (3).

En casos de adherencias diseminadas recurrentes se han aconsejado algunos procedimientos de plicatura diseñados para evitar las torsiones del intestino delgado pegotesado. En 1934 el cirujano finlandés Wichmann informó esta operación, la cual fué popularizada por Noble en 1937.

En 1959 Baker describió una técnica de inserción de un tubo que recorre toda la longitud del intestino delgado a través de una yeyunostomía el cual por su rigidez intrínseca prevendría la torsión aún cuando se desarrollaran adherencias.

Childs y Phillips en 1960 aconsejaron la plicatura de asas de intestino delgado con un patrón en serpentina (1,3,5).

FISIOPATOLOGIA:

La fibrina puede ser reabsorbida totalmente ó organizarse por el crecimiento de fibroblastos para convertirse en adherencias fibrosas estables.

Los grandes defectos peritoneales que se dejan abiertos y sangrando curan en pocos días apareciendo una nueva serosa. Si la lesión se acompaña de daño vascular (tejidos aplastados, suturados ó ligados), se desarro

llan adherencias. Experimentalmente si se impide el desarrollo de adherencias hacia un segmento de intestino privado de su irrigación por envoltura del mismo con una hoja de polietileno, invariablemente se produce gangrena. Sin embargo, si se permite el desarrollo de adherencias, el segmento de intestino permanece viable hasta cierto nivel crítico (Ellis, 1962).

La tesis de que las adherencias fibrosas se desarrollan en relación con áreas de isquemia y representan injertos vasculares en estos tejidos explica los hallazgos en los casos de adherencias adquiridas en la cavidad peritoneal (3).

Se forman adherencias con la línea de una anastomosis intestinal ó una cicatriz de laparotomía como resultado de los efectos estrangulantes de los puntos en los tejidos locales. Sabemos que una laparotomía efectuada algún tiempo después de una peritonitis generalizada, cuando toda la cavidad abdominal se ha recubierto con exudado fibrinoso, habitualmente revela poco en la forma de adherencias diseminadas; sin embargo, las bridas que están presentes se ubican en aquellas áreas donde ha ocurrido una intensa anoxia hística, vgr. el apéndice luego de una apendicitis aguda ó en la vesícula luego de una colecistitis gangrenosa. Robbins y cols. demostraron en 1949 que los grandes defectos de peritoneo pélvico luego de operaciones pélvicas radicales curan en forma lisa y sin adherencias.

La obstrucción intestinal debida a adherencias puede presentarse en el período postoperatorio temprano ó ocurrir en cualquier momento (meses ó años) después de una operación abdominal ó un episodio inflamatorio intraabdominal.

ENFOQUE DE LAS ADHERENCIAS:

Se han considerado como algo que debe evitarse ó prevenirse a toda costa, que deban destruirse y seccionarse en todo lugar y toda vez que se encuentren.

Con el conocimiento de cómo se establecen, el cirujano debe prevenir su desarrollo, controlar las que deben formarse inevitablemente para obtener sus efectos beneficiosos, pero evitar cuando sea posible el riesgo de obstrucción y, en aquellos pacientes con episodios repetidos de obstrucción poner en práctica el mejor manejo posible luego de la lisis de adherencias.

Este es el objeto de nuestro trabajo, es decir, la descripción de un método quirúrgico como tratamiento de la obstrucción intestinal recurrente y cuya finalidad es el control beneficioso de las adherencias evitando nuevos períodos oclusivos intestinales. (4,5).

INDICACIONES PARA LA TECNICA DE CHILDS-PHILLIPS:

Independientemente del manejo conservador en presencia de un cuadro obstructivo y de la indicación para someterlo a cirugía consideramos la siguiente: Obstrucción Intestinal Recurrente.

Para local consideramos algunos criterios de inclusión:

- a.- Paciente con 2 cirugía abdominales previas como mínimo.
- b.- Historia de cuadros de oclusión intestinal resuelta en forma espontánea ó por cirugía.
- c.- Oclusión intestinal aguda.
- d.- No importa edad ni sexo.

DESCRIPCION DEL METODO:

A.- Cuando la laparatomía está indicada en el postoperatorio temprano, la incisión se lleva a cabo a través de la herida reciente. Puede hallarse una asa de intestino adherida a la superficie serosa de la herida y con frecuencia esto ocurre en el sitio de una dehiscencia parcial de la sutura. Frecuentemente la obstrucción adherente se encuentra en el sitio del área quirúrgica.

En casos tardíos, es posible abrir el abdomen a través de la vieja incisión. Pero si la operación se hizo por un abordaje de tipo Mc Burney por ejemplo, se escogerá una mediana ó paramediana supraumbilical.

B.- Secciona las adherencias hasta localizar y liberar el sitio de obstrucción y de todo el trayecto de yeyunoíleon. Se descomprime el intestino preferentemente por ordeño retrógrado hacia el estómago donde el líquido puede aspirarse a través de una sonda nasogástrica. Debe repararse todo defecto anatómico encontrado. Fig. 1.

C.- Se procede al ordenamiento de las asas de intestino delgado a partir de unos 20 cm. del ángulo de Treitz en forma de paquetes utilizando pinzas de Babcock para traccionarlas formando un paquete cada vez con 3 ó 4 asas. Fig. 2 y 3.

D.- Se colocan 2 ó 3 puntos en U horizontal en mesenterio a 1.5 cm. de su inserción intestinal a trasluz para evitar la punción de alguno de los vasos. El material a utilizar es seda anacap No. 1 ó 2. Fig. 4 y 5.

E.- El nudo se aprieta cuidando de no estrangular los vasos mesentéricos permitiendo sólo la aproximación de las hojas del mesenterio. Fig. 6.

F.- Posteriormente se conforma otro paquete dejando libres unos 10 cm. de intestino entre cada uno. Si cada vez se toma un tramo de 25cm. aproximadamente conformaremos un máximo de 4 paquetes, los cuales al dejarlos libres en la cavidad adoptan la forma de serpiente. Fig. 6.

G.- El cierre de la cavidad y la consideración de drenajes va de acuerdo al caso en particular.

Ver esquemas anexos en las siguientes páginas.

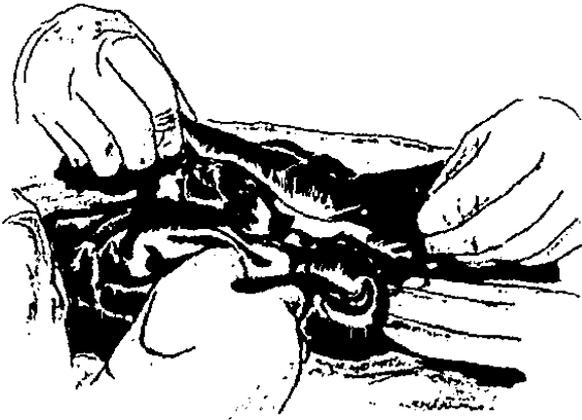


FIGURA 1.



Figure 2.

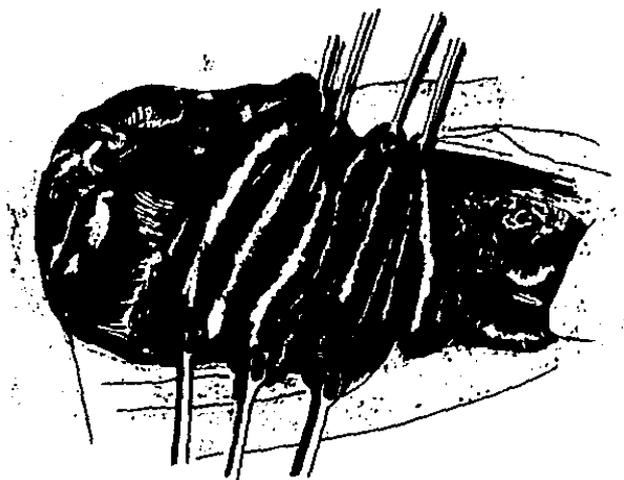


Figure 3.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

9



Figura 4.

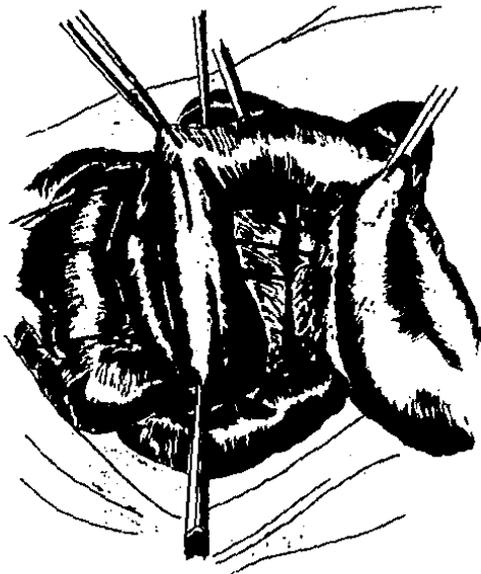


Figura 5.



Figura 6.

RESUMEN:

En el postoperatorio inmediato se presenta un íleo paralítico en - cerca de 2/3 partes de los pacientes.

Lehman L y cols. en 1982 (2) publica sus resultados en un grupo de 148 pacientes (99 adultos y 49 niños) en el Departamento Quirúrgico de la Universidad de Wurzburg. Tuvieron obstrucción intestinal recurrente como complicación temprana en 6.8% siendo necesaria una relaparatomía en todos estos casos. La obstrucción en forma de íleo paralítico se presentó como complicación tardía en 2.2%.

Los pacientes fueron observados con tránsito intestinal normal por un período de 2 a 11 años después del procedimiento (92%) y las muertes que se presentaron no se debieron a complicaciones del método.

El Dr. Anders Somell (5) en 1978 reporta sus resultados al utilizar el método en 29 pacientes a los que dividió en 3 grupos: 17 con obstrucción intestinal aguda, 6 cursando con peritonitis y 6 con obstrucción crónica. 19 de 26 pacientes tuvieron resultados considerados como buenos, 2 de ellos tuvieron dolor abdominal leve después de ingerir dietas abundantes en fibra. Los hábitos intestinales de los 19 pacientes variaron pero sin complicación. Ninguno de los pacientes perdió peso después de la operación y ninguno presentó obstrucción intestinal recurrente.

Resultados malos: 4 de 26 pacientes fueron reoperados después de un año. 2 de ellos cursaron con dolor abdominal después de la operación y los 4 tuvieron episodios diarreicos en varias ocasiones.

Resultados pobres: aparte de 3 pacientes que murieron en el postoperatorio (no por el procedimiento) en otros 3 los resultados se consideraron pobres ya que cursaron con dolor abdominal y distensión que se incrementaron; se relaparatomizaron y requirieron resección intestinal con enteroenteroanastomosis y sus condiciones desmejoraron.

PRESENTACION DE DOS CASOS:

CASO 1:

A.H.B.

Femenino de 48 años de edad.

AHF: abuela paterna diabética, padre finado por probable tromboembolia.

APMoP: no son de importancia.

APP: enfermedades propias de la infancia. Amigdalitis frecuentes — hasta los 5 años. Amigdalectomía a los 5 años. Apendicectomía a los 12 años. Colectomía a los 33 años. Safenectomía m.p.i. a los 35 años.

Plastia de pared en Marzo de 1977: hernia umbilical, salpingectomía derecha y salpingoclasia izquierda. Laparatomía exploradora por obstrucción intestinal por bridas el 12 de Julio de 1977. Plastia de pared el 2 de Enero de 1981: hernia postincisional. Reacción de cicatriz abdominal el 5 de Octubre de 1981. Vesicopexia el 14 de Oct. de 1982. Reconstrucción de pared abdominal el 19 de Julio de 1983. Esofagoscopia en Marzo de 1986. Nissen el 3 de Julio de 1987.

Desde 1977 cursa con múltiples cuadros oclusivos recurrentes conservadoramente ingresando a Hospital la última vez con un cuadro agudo de 24 horas de evolución siendo sometida a cirugía el 13 de Enero de 1988 efectuándose un Childs-Phillips sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato cursa con íleo paralítico y distensión abdominal moderada que cede al tratamiento conservador. Es dada de alta hospitalaria 7 días después sin presentar nuevos cuadros de oclusión a 13 meses de su cirugía efectuándose un tránsito intestinal en Enero de 1989 que muestra normalidad.

CASO 2:

D.P.M.

Masculino de 72 años de edad.

AHF: múltiples familiares diabéticos.

APP: Diabetes Mellitus tipo II.

Colecistectomía, ignora hace cuántos años. Apendicectomía 5 años antes del padecimiento actual. 3 cirugías por oclusión intestinal que se presentaron después de la apendicectomía. En todas tuvo manejo médico previo. Y en la tercera se resecaron 50 cm de fleon aproximadamente. En sus antecedentes quirúrgicos se reportan múltiples bridas firmes intestinales, y en todas estas ocasiones se hizo diagnóstico clínico y radiológico.

La última cirugía se reporta como laboriosa por la firmeza de las adherencias pero se llevó a cabo sin incidentes utilizando sonda anucap No. 2 en Enero de 1981.

Cursó con dolor abdominal durante 3 años que se interpretó como demasiado apretados los nudos mesentéricos. Pero durante el postoperatorio inmediato manifestó dolor abdominal importante durante 3 semanas y distensión abdominal moderada, por lo que se solicitó arteriograma el cual no se llevó a cabo por problemas técnicos. Mejoró espontáneamente y el seguimiento se hizo hasta 1987 con citas semestrales estando siempre asintomático por lo que se dio de alta en ese año.

CONCLUSIONES:

El procedimiento ha dado resultados buenos con nuestros pacientes, y las manifestaciones postoperatorias semejan las reportadas en la literatura.

Técnicamente la plicatura mesentérica es fácil y el tiempo depende del despegamiento del intestino, que como se ha mencionado, en ocasiones está todo involucrado.

Debe cuidarse el colocar correctamente los hilos para evitar la formación de hematomas en las hojas mesentéricas y luego ajustar los nudos sin estrangular los vasos.

Al no colocar suturas a nivel de la pared intestinal se evita el riesgo de fistulización y el órgano conserva su movilidad con menor posibilidad de presentar dolor postoperatorio. Además las nuevas adherencias permitirán la fijación ordenada del conducto; y si hay necesidad de volver a laparotomizar al paciente el despegamiento será factible, como es el caso de las operaciones oncológicas. La operación de Noble que utiliza puntos separados uniendo las asas intestinales ocasiona que materialmente se solden estas.

En el postoperatorio inmediato se debe mantener vigilancia estrecha ya que el íleo, como hemos mencionado, frecuentemente se presenta. Y la estancia hospitalaria depende del restablecimiento del tránsito intestinal.

SUGERENCIAS:

Creemos que vale la pena poner en práctica esta técnica ya que en nuestro medio hay una incidencia alta de casos de obstrucción intestinal aguda y recurrente, principalmente en hospitales de segundo nivel.

De las alternativas a ofrecer a este tipo de pacientes tal vez sea la menos cruenta.

Como ya dijimos, la experiencia que se tiene actualmente al respecto es prácticamente nula. Se puede iniciar un trabajo prospectivo a partir del nuestro y posteriormente difundir el método y publicar sus resultados.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Gutierrez-Samperio Cesar.
Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo.
México: Editorial Manual Moderno, 1988. Pág. 130.
- 2.- Lehman L, Kern E, Dusel W.
Clinical results of Child and Phillips mesenteric plication for the prevention and therapy of small intestinal ileus.
Zentrabl Chir 1982;107(23):1517-26
- 3.- Maingot, Schwartz, Ellis.
Operaciones abdominales.
Buenos Aires: Editorial Panamericana, 1986. Pág. 1171-76.
- 4.- Quénu Jean y cols.
Intervenciones sobre la pared abdominal y el tubo digestivo.
Barcelona: Editorial Toray-Masson S.A., 1968. Pág. 750-56.
- 5.- Somell Anders.
Mesenteric plication in the treatment of adhesive intestinal obstruction.
Acta Chir Scand 1978;144:255-59.
- 6.- Taylor-White Thomas.
Reoperative gastrointestinal surgery.
Boston: Editorial Little, Brown and company, Pág. 283-85.