

25
2ej 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



CIUDAD DE MEXICO
Servicios DDF
Médicos

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza
Departamento de Posgrado
Curso Universitario de Especialización en:
Cirugía General

"HEMICOLECTOMIA DERECHA CON ILEOTRANSVERSOANASTOMOSIS PRIMARIA EXTERIORIZADA, EN LESIONES DE COLON DERECHO Y VALVULA ILEOCECAL"

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a :

Dr. Alberto Espinosa Mendoza

para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Director de Tesis: Dr. Francisco Javier Retana Márquez

1990

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	10
DISCUSION Y COMENTARIOS	16
CONCLUSIONES	18
RESUMEN	20
BIBLIOGRAFIA	22

INTRODUCCION

Muchos cirujanos han tratado de encontrar una forma de tratar las lesiones del colon que son graves por sí mismas para practicar un cierre primario (1).

Actualmente siguen existiendo controversias en el manejo inicial de éstas lesiones. En general, estas pueden ser tratadas por exteriorización, resección y colostomía o reparación primaria tomando en cuenta para ello criterios ya establecidos. El problema es la seguridad de la ileostomía contra el cierre primario y el papel de la exteriorización (2, 3, 4).

Nallathambi y Cols. en 1987, tras una amplia revisión comparativa entre las lesiones exteriorizadas y colostomía, concluye que la reparación exteriorizada es una alternativa más segura y superior que la colostomía en trauma de colon (5, 6).

Una justificación para la reparación primaria de las lesiones de colon con exteriorización, es la alta morbilidad estrechamente asociada al cierre de colostomía (7, 8).

De acuerdo a la severidad de la lesión, las heridas

de colon derecho se han manejado mediante cierre primario, hemicolectomía con anastomosis ileocólica primaria o colostomía por exteriorización. Nallathambi en 1987 reporta 19 casos con anastomosis ileocólica primaria en lesiones de colon derecho, en pacientes altamente seleccionados sin morbilidad significativa. Aduciendo que la colostomía o ileostomía debe ser usada selectivamente en pacientes inestables (9, 10).

El criterio quirúrgico convencional en pacientes con lesiones severas de colon derecho y válvula ileocecal, es manejarlo mediante hemicolectomía derecha con ileostomía terminal y fístula mucosa del remanente colónico distal (11, 12, 13).

En marzo de 1988 en el Hospital General de Urgencias Villa de la D.G.S.M.D.D.F., se inició un protocolo de estudio en el cual se puso en práctica una nueva técnica quirúrgica propuesta, para el manejo y resolución de lesiones severas de ciego, colon derecho y válvula ileocecal. Dicho procedimiento consistió en realizar la ileotransversocanastomosis de primera intención, exteriorizandola para su vigilancia durante un lapso aproximado de 10 días. Si esta no presentaba dehiscencia se reintegraba a la cavidad abdominal. Las bases para la realización de esta técnica se fundamentaron en la hipótesis de que la ileotransversocanastomosis primaria exteriorizada nos ofrece un amplio margen de seguridad, evi-

tando la realización de una ileostomía temporal y las potenciales complicaciones que conlleva la misma, disminuyendo la estancia hospitalaria. Evita además el hecho de esperar 40-60 días para un nuevo internamiento y efectuar una anastomosis de los estomas exteriorizados, anulando la posibilidad de someter al paciente a un nuevo estrés quirúrgico. Nos proporciona además abreviación importante del tiempo quirúrgico así como del período de resolución definitiva del problema.

Los resultados de dicho protocolo de estudio, fueron alentadores, más no del todo concluyentes debido al pequeño tamaño de la muestra. Por lo que decidimos continuar el seguimiento de dicho trabajo con la finalidad de formar una muestra más significativa, y de esta manera confirmar la efectividad de nuestra técnica propuesta.

El objetivo de este trabajo es, por lo tanto, confirmar que puede realizarse ileotransversoanastomosis primaria sin riesgo al dejarla exteriorizada y para ser reintroducida a los diez días a la cavidad una vez que se haya comprobado su integridad. Proporcionando al paciente con esto las ventajas ya referidas anteriormente.

MATERIAL Y METODO

Para el estudio se tomaron en cuenta 40 pacientes los cuales ingresaron al Hospital General y de Urgencias Villa de la Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.

Se seleccionaron a pacientes con el antecedente de herida penetrante de abdomen por proyectil de arma de fuego o instrumento punzocortante con lesiones de colon derecho, llevándose a cabo posteriormente la elección en dos grupos por método aleatorio simple.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes entre 15 y 65 años de edad, de ambos sexos con:

1.- Heridas por proyectil de arma de fuego perforantes de colon o válvula ileocecal.

2.- Heridas por instrumento punzocortante penetrantes de colon derecho o válvula ileocecal en los cuales existiera: contaminación de cavidad, lesiones asociadas, que el paciente hubiera cursado con choque hemorrágico al momento de su admisión y que hubieran pasado más de 6 horas de la agresión.

Los criterios de exclusión fueron:

Menores de 15 años, mayores de 65 años. Que hubieran transcurrido más de 72 horas de el inicio de la lesión. Lesiones asociadas severas (vasculares o viscerales) que implicaran tener que reducir al máximo el tiempo quirúrgico, y pacientes con sepsis evidente.

Los criterios de eliminación fueron:

Pacientes que fallecieron durante el acto quirúrgico o en las primeras 72 horas como resultado de lesiones secundarias no relacionadas con el problema en estudio.

FORMACION DE GRUPOS :

GRUPO "A" (TESTIGO):

Se incluyeron 20 pacientes, todos del sexo masculino (100%), con edades entre 19 y 30 años, con una media de 24.5 años, los cuales fueron manejados mediante el procedimiento quirúrgico convencional.

La técnica quirúrgica consistió en realizar hemicolectomía derecha, así como ileostomía terminal tipo Brooke, con fístula mucosa del remanente colónico distal, seguimiento

y cierre posterior a 40 días, mediante ileotransversoanastomosis término terminal en un solo plano con seda 000 y puntos de Lembert, (todos los segundos tiempos fueron manejados con anestesia general y mediante laparotomía exploradora).

GRUPO "B" (ESTUDIO):

Se incluyeron a 20 pacientes, todos también del sexo masculino (100%), con edades entre los 18 y 29 años, con una media de 25.2 años, los cuales fueron manejados con la técnica propuesta.

Previa realización de hemicolectomía derecha, se procedió a realizar ileotransversoanastomosis término terminal en un solo plano con seda 000 y puntos de Lembert. Posteriormente se colocó un asa de Penrose a través del mesenterio abierto. Se realizó apertura del sitio de exteriorización en lugar diferente a la herida de laparotomía, con el calibre suficiente para evitar estrangulamiento de asa o bien oclusión intestinal, verificando para ello el paso de 3 dedos del cirujano. Posteriormente se fijaron los extremos del penrose a la piel, colocándose posteriormente gasas húmedas con solución salina al 0.9% sobre la anastomosis exteriorizada, manteniendo irrigación continua durante 10 días.

Una vez corroborada la integridad y cicatrización de la anastomosis, y previo ayuno de 8 horas, se llevó al

paciente a quirófano donde previo bloqueo peridural, asepsia y colocación de campos estériles, se procedió a liberar el asa de la piel, tcs, aponeurosis y peritoneo. Se corroboró por última vez la permeabilidad de la anastomosis, verificando hemostasia y se procedió finalmente al cierre por planos.

Los mecanismos de lesión, áreas afectadas del colon lesionado, extensión de la lesión así como la presencia de los criterios de inclusión en ambos grupos, pueden verse a continuación en las siguientes tablas (pág. siguiente).

En el plan de tabulación se utilizaron métodos paramétricos como son mediana y promedio. Medidas de dispersión utilizando la desviación estándar y el nivel de significancia, así como el uso de la "T" de Student como método inferencial.

MECANISMOS DE LESION

	GRUPO A	GRUPO B
HDA POR PAF	17	16
HDA POR IPC	3	4
TRAUMA CERRADO	0	0

AREAS AFECTADAS

	GRUPO A	GRUPO B
VALVULA ILEOCECAL O CIEGO	2	3
COLON ASCENDENTE	13	13
ANGULO HEPATICO	5	4

EXTENSION DE LA LESION

	GRUPO A	GRUPO B
BORDE MESENTERICO	8	12
PERFORANTES	18	20
PENETRANTES	2	0

HORAS DE EVOLUCION DE TRANSCURRIDA LA LESION

	GRUPO A	GRUPO B
MAS DE 6 HORAS	8	9
MENOS DE 6 HORAS	12	11

OTROS FACTORES DE RIESGO

	GRUPO A	GRUPO B
CHOQUE	4 (20%)	6 (30%)
LESIONES ASOCIADAS	16 (80%)	16 (8%)
CONTAMINACION DE CAVIDAD	18 (90%)	16 (80%)

LESIONES ASOCIADAS

	GRUPO A	GRUPO B
INTESTINO DELGADO	12	14
VEJIGA	0	1
HIGADO	3	3

RESULTADOS

Los resultados fueron valorados en función de varios parámetros o variables, que fueron fundamentalmente el tiempo de estancia hospitalaria, tiempo de resolución del problema, tiempo quirúrgico y las complicaciones que se presentaron.

Es importante señalar que en cuanto a la edad promedio de ambos grupos (24.5 años Grupo A y 25.3 años Grupo B), no hubo diferencia significativa ($P > .005$).

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA TOTALES:

En el grupo "A" (control), comprendió la suma de los días hospitalarios del primero y segundo tiempo quirúrgicos. En el Grupo "B" (estudio), desde el ingreso del paciente hasta un día posterior al reingreso del asa a la cavidad abdominal (momento en que se dió de alta), encontrándose lo siguiente: el grupo control (20 pacientes) arrojó una media de 16.2 días de estancia hospitalaria (sumando los días de estancia de los dos procedimientos), con una desviación estándar de ± 10.2 . Mientras que en el grupo en estudio (20 pacientes), se encontró una media de 12.05 días, con una desviación estándar de $\pm .97$, habiendo una diferencia significativa con un nivel de significancia de 0.05 y ($P < .005$).

TIEMPO TOTAL DE RESOLUCION DEL PROBLEMA:

En el grupo control se sumaron los días de hospitalización del primero y segundo tiempo quirúrgicos así como del tiempo comprendido entre la realización de dichos tiempos. En el grupo en estudio se tomaron en cuenta los días comprendidos entre el ingreso del paciente y el alta del servicio (un día posterior a la reintegración del asa a la cavidad), observándose lo siguiente:

El grupo "A" (control) requirió de un promedio de 69.1 días para la resolución definitiva del problema, con una desviación estándar de ± 41.9 . Contrastando con los 12.05 días del grupo "B" (en estudio), con una desviación estándar de .97. Habiendo una diferencia significativa, con un nivel de significancia de 0.05 y ($P < .005$).

TIEMPO OPERATORIO (1er. Tiempo):

El primer tiempo operatorio requirió en el grupo testigo un promedio de una hora con cuarenta y dos minutos con una desviación estándar de ± 39.7 . Mientras que para el grupo en estudio fue de 1 hora con 40 minutos con una desviación estándar de ± 38 , no habiendo diferencia significativa con un nivel de significancia de 0.05 y ($P = .6348$).

TIEMPO OPERATORIO (2o. Tiempo):

El segundo tiempo quirúrgico requirió en el grupo testigo un promedio de 3 horas con 20 minutos con una desviación estándar de ± 132.7 . El tiempo operatorio reportado en el grupo en estudio fué en promedio 20.01 minutos con una desviación estándar de ± 17.9 habiendo una diferencia significativa con un nivel de significancia de 0.05 y ($P < .005$).

Es importante señalar que todos los pacientes del grupo "A" (testigo), requirieron para su manejo en el segundo tiempo, de anestesia general, mientras que el grupo "B" (estudio), fueron manejados mediante bloqueo peridural.

TIEMPO OPERATORIO TOTAL:

Se obtuvo sumando la duración de los dos tiempos quirúrgicos. El grupo testigo reporta un tiempo operatorio total promedio de 4 horas con 12 minutos con una desviación estándar de ± 199.9 . para el grupo en estudio un promedio de 2 horas con 1 minuto y una desviación estándar de ± 33.2 , encontrándose una diferencia significativa con un nivel de significancia de 0.05 y ($P < .005$).

COMPLICACIONES:

En el grupo testigo se reporta infección de herida quirúrgica en 3 pacientes (2o. tiempo quirúrgico).

En el grupo en estudio reporta infección de herida quirúrgica en el sitio de exteriorización de anastomosis, posterior al reingreso a la cavidad abdominal, en 5 pacientes. Se presentó también un caso de dehiscencia de anastomosis (es importante hacer notar que en este único caso, el paciente demostró escasa cooperación en cuanto a los cuidados del asa exteriorizada), por lo que se maduró el estoma manejándose como ileostomía.

MORTALIDAD:

No se observaron defunciones tanto en el grupo "A" (testigo), como en el grupo "B" (estudio), (0%).

TIEMPO DE HOSPITALIZACION: (DIAS)

	GRUPO A	GRUPO B
\bar{X}	16.2	12.05
S	10.2	.97
P	< .005	

TIEMPO TOTAL DE RESOLUCION DEL PROBLEMA (DIAS)

	GRUPO A	GRUPO B
\bar{X}	69.1	12.05
S	41.9	.97
P	< .005	

1er. TIEMPO QUIRURGICO (HORAS)

	GRUPO A	GRUPO B
\bar{X}	1:42	1:40
S	39.7	38
P	.6348	

2o. TIEMPO QUIRURGICO (HORAS)

	GRUPO A	GRUPO B
<u>X</u>	3:20	0:20
S	137.7	17.9
P	< .005	

TIEMPO QUIRURGICO TOTAL

	GRUPO A	GRUPO B
<u>X</u>	4:12	2:01
S	199.9	33.2
P	< .005	

DISCUSION Y COMENTARIOS

En el presente estudio, se efectuó una comparación entre el manejo convencional de lesiones de válvula ileocecal y colon derecho contra la anastomosis ileocólica primaria exteriorizando la misma y con reintegración a la cavidad abdominal 10 días después, una vez corroborada la permeabilidad y buen estado de la anastomosis. El procedimiento quirúrgico propuesto en el trabajo reduce y por mucho, el período de resolución definitiva del problema.

Al verificar las tablas, podemos darnos cuenta que la edad, mecanismo de la lesión, extensión de la misma, tiempo transcurrido de la agresión, así como la presencia de factores de inclusión, fueron muy similares en ambos grupos.

Al lograr una muestra más representativa en el estudio, la efectividad del procedimiento subió a un 95% (90% anterior). Presentandose en un solo paciente dehiscencia de la anastomosis, esto en la primea fase del protocolo, es importante señalar además que el paciente no mostró cooperación para el cuidado de la misma.

En 5 pacientes del grupo en estudio se presentó infección de la herida en el sitio donde se encontraba exterioriza-

da el asa (posterior a la reintroducción de ésta a la cavidad), por lo que será importante valorar el manejo de cierre primario diferido a todos los pacientes en quienes se realice dicha técnica.

A todos los pacientes del grupo en estudio, les fue aplicado un bloqueo peridural para la reintroducción del asa a la cavidad abdominal, en contraste con el grupo testigo en el cual todos requirieron de anestesia general, así como la realización de una herida laparotómica exponiendo al paciente con esto a un mayor riesgo anestésico-quirúrgico.

Un aspecto importante en el buen funcionamiento de esta técnica propuesta, es el hecho de realizar una adecuada concientización al paciente en cuanto a la importancia del buen cuidado de la anastomosis exteriorizada.

CONCLUSIONES

Después de haber completado el estudio en una muestra de tamaño más significativo, se CORROBORO lo siguiente:

1.- El tiempo de hospitalización así como el tiempo total de resolución definitiva del problema fue mucho más corto en el grupo en estudio, comparado con el grupo testigo. Por lo que podemos decir que la anastomosis ileocólica primaria exteriorizada es un método efectivo y seguro que disminuye de manera importante el período de resolución del problema.

2.- El tiempo operatorio se reduce de manera importante en el grupo estudiado comparado con el grupo testigo.

3.- El procedimiento de reintegración de la anastomosis exteriorizada es técnicamente fácil y rápida de llevar a cabo.

4.- Se demostró que la anastomosis ileocólica exteriorizada es técnicamente factible, así como el buen funcionamiento de la misma al paso de material intestinal.

5.- Se demostró que para el procedimiento de reintegración del asa exteriorizada no se requirieron los procedi-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

mientos de preparación utilizados en el grupo testigo.

6.- Es factible evitar el uso de ileostomías temporales en lesiones severas de colon derecho.

7.- La anastomosis exteriorizada no requiere medidas sofisticadas para su cuidado y manejo, siendo este muy sencillo de llevar a cabo.

8.- La herida de sitio de exteriorización, debe manejarse como cierre primario diferido, posterior a la reintegración del asa a la cavidad.

RESUMEN

En el presente estudio se hizo una comparación entre el método convencional de manejo de lesiones severas de válvula ileocecal y colon derecho y la técnica propuesta de anastomosis ileocólica primaria exteriorizada.

Se estudiaron 40 pacientes divididos en dos grupos "A" (testigo), "B" (estudiado), con edades promedio de 24.5 y 25.2 años respectivamente. Todos ellos del sexo masculino.

El período de estancia hospitalaria fue de 16.2 para el grupo testigo y de 12.05 días para el grupo estudiado. El periodo total de resolución del problema fue de 69.1 días para el grupo testigo y de 12.05 días para el grupo estudiado. Los tiempos operatorios en la primera cirugía fueron similares en el grupo "A" y "B", siendo de 1 hora cuarenta y dos minutos y una hora cuarenta minutos respectivamente. Habiendo una diferencia significativa en el segundo tiempo quirúrgico, 3 hrs. con 20 minutos en el grupo testigo y tan solo 20.1 minutos en el grupo estudiado. Dando un tiempo operatorio total de 4 hrs. con 12 minutos para el grupo testigo, contra dos horas con un minuto del grupo estudiado.

Las complicaciones se presentaron de la siguiente

forma: en el grupo testigo hubo infección de herida quirúrgica en 3 pacientes (posterior al 2o. tiempo quirúrgico). En el grupo estudiado 5 pacientes presentaron infección en el sitio del asa exteriorizada posterior a la reintegración de ésta a la cavidad peritoneal.

Se concluye que la ileotransversoanastomosis primaria exteriorizada, es un método seguro que disminuye el tiempo operatorio, de hospitalización y de resolución definitiva del problema.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Exteriorized primary repair of colon injuries. Okies-Bricker y Cols. The American Journal of Surgery. (1972).
- 2.- Primary repair of colon injuries. Hasmonai M. y Cols. Israel J. Med. (1983).
- 3.- Traditional treatment of colon injuries an effective method. Cook A. Levine Ba. y Cols. Arch, Surg. (1984).
- 4.- The injured colon. Burch JM Brock JC y Cols. Ann Surg. (1986).
- 5.- Penetrating colon trauma. Adkins RB JR y Cols. J. Trauma (1984).
- 6.- Penetrating colon injuries exteriorized repair vs. loop colostomy. Nallathambi MN; Ivatury RSR y Cols. Trauma (1987).
- 7.- Evaluation of antibiotic therapy and surgical technique in cases of homicidal wounds of the colon.

- 8.- Colostomy closure after colon injury, a low morbidity procedure. Crass RA Salbi F. J. Trauma (1987).
- 9.- Agresive definitive management of penetrating colon injuries. Nallathambi MN: Ivantury RSR. J. Trauma (1984)
- 10.- Penetrating right colon trauma. The ever diminishing role for colostomy. Nallathambi MN: Ivatury RSR y Cols. Ann-Surg. (1987).
- 11.- Exteriorized primary repair of colon injuries. Okies. Bricker. The Am. J. of Surg. (1984).
- 12.- Exteriorización de lesiones colonicas y de anastomosis de alto riesgo una alternativa segura en el manejo del paciente traumatizado. Roque Guiris Andrade. Trabajo de Investigación Clínica (1987). D.G.S.M.D.D.F.
- 13.- Evaluating of three methods for managing penetrating colon injuries. Mulherin Sawyers. J. Trauma (1975).