

11209

45

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado



Plegadura Transmesentérica con Sondas de Foley para
manejo Quirúrgico de la Obstrucción Intestinal por
adherencias Post-Operatorias.

Trabajo de Investigación Clínica
Para Obtener el Grado en la Especialidad de

Cirujano General

P R E S E N T A:

Dr. José Froylán Romeo Cárdenas Suárez

Hospital de Urgencias "Villa"

Dirección General de Servicios Médicos
del Departamento del Distrito Federal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE URGENCIAS "VILLA"

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL

DISTRITO FEDERAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

PLEGADURA TRANSMESENTERICA CON SONDAS FOLEY PARA
MANEJO QUIRURGICO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL -
POR ADHERENCIAS POST-OPERATORIAS.

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA PARA OBTENER EL
GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL.

REALIZO: DR. JOSE FROYLAN ROMEO CARDENAS SUAREZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR

JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL DE URGENCIAS "VILLA"
DR. JOSE C. MONTE MARGALLI

ASESOR DE LA TESIS
DR. FRANCISCO M. BARRERA MARTINEZ.

México, D.F. a 31 de Diciembre de 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES.

PACIENTES Y METODOS.

RESULTADOS.

CONCLUSIONES.

COMENTARIO.

RESUMEN.

BIBLIOGRAFIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES.

Porque me dieron todo sin escatimar esfuerzo,
mi agradecimiento eterno.

SR. FROYLAN CARDENAS DIAZ.
SRA. JOAQUINA SUAREZ DE CARDENAS.

Con Amor

A MI ESPOSA MARIA.

Por su paciencia y apoyo constante a
pesar de los momentos difíciles.

Con todo mi Amor

A MIS HIJAS
ISSIS ARIZBETH
CYNTHIA DENISSE

Por ser un estímulo constante
de superación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con Cariño

A MIS HERMANOS.

ISABEL, LUCINA, MA. DEL CARMEN, JOAQUIN Y ALEJANDRA.

Porque se superen siempre.

AL RECUERDO INBORRABLE DE TOMITA

Por ser una llama de aliento en mis horas
de estudio.

A Mi ABUELITA Y TIOS.

SRA. LUCINA MORENO PORRAS
SR. ANTONIO SUAREZ MORENO
SR. ELICEO SUAREZ MORENO

Con agradecimiento por sus consejos y
apoyo para mi carrera.

A MIS SUEGROS.

SR. HUMBERTO CANO AMAYA
SRA. MANUELA ZAMAYA DE CANO

Con cariño por su confianza y apoyo

CON CARINO

A MIS CUÑADOS.

CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO POR
TODAS SUS ENSEÑANZAS. A LOS PRO-
FESORES DEL CURSO.

DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR.
DR. LUIS GARCIA HIRAZOQUI
DR. SERGUIO UGARTE BURCK
DR. MARIANO HERNANDEZ LOPEZ
DR. JOSE C. MONGE MARGALLI
DR. JAIME SANTOS
DRA. GRACIELA ZERMEÑO

En Especial

Para quien supo ser más que un maestro

DR. FRANCISCO M. BARRERA MARTINEZ.

Mis gracias.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES

Por ser un estímulo a mi superación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CON AGRADECIMIENTOS POR SUS ENSEÑANZAS.

DR. JUAN TOSTADO ARELLANO.
DR. ELEAZAR BARRIENTOS.
DR. FRANCISCO HERNANDEZ.
DR. VICTOR MENENDEZ

CON TODO MI RESPETO.

A MIS PACIENTES.

A LOS DOCTORES :

RAMON VARELA DE LA HOZ.
EDUARDO MANCERA.
BELMAR TOLEDO SIBAJA

Por su confianza y aliento.

CON AGRADECIMIENTO Y CARIÑO A:

DRA. MA. GUADALUPE G. DE SOTA.
DR. ARTURO DEL CASTILLO VENEGAS.
DR. DANIEL MORA DEHESA.

CON GRATITUD A MIS AMIGOS

POR SU APOYO INCONDICIONAL



MI AGRADECIMIENTO A LOS
COMPAÑEROS QUE COLABORARON PARA
ELABORAR ESTE TRABAJO.

ESPECIALMENTE AL

DR. GABRIEL GONZALEZ GUAJARDO

DRA. MA. ANTONIA PEREZ ISLAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A TI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"GRACIAS A LAS POLITICAS CONSERVADORAS
SE HAN PERDIDO MUCHAS VIDAS".

Wangesteen.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Las adherencias post-operatorias han sido y continúan siendo un problema para el cirujano que de una u otra forma se enfrenta a ellas, ya sea referidas o resultado de sus propias intervenciones.

La reducción del porcentaje de la mortalidad de la -- obstrucción intestinal y de la cirugía abdominal por adheren- cias, es muy satisfactorio para todos los que se interesen - en este problema, gracias a la agudeza diagnóstica y a un -- sentido común quirúrgico superiores que deben prevalecer en- todo buen cirujano y no ser presa de políticas conservadoras exágeradas, que nos llevan a desenlaces fatales. (3)

La causa más común de obstrucción del intestino del-- gado, en la actualidad lo constituyen las adherencias post-- operatorias, y de hecho lo han sido siempre, mismas que se - producen como consecuencia de una o varias cirugías previas- (2)(3)(5).

El aumento constante de la cirugía gastrointestinal, - ginecológica, etc., así como la cirugía traumática en todas- sus variantes y la alta incidencia de peritonitis y las cau- sas químicas de adherencias que de una u otra forma se acom- pañan como resultado un aumento similar de esta complica- - ción. (3)(6)

El porcentaje con que se presenta esta patología, va- ría para diferentes autores, con cifras que van del 70%, 80%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

y 90% (2)(3)(5), acompañada muy de cerca por hernias internas a través de orificios mesentéricos no suturados (3) o de separación de las capas más profundas de la pared abdominal con el consiguiente atrapamiento de asas del intestino delgado, ya que este último resulta el más afectado hasta en un 65% en relación con cifras del 14% para el intestino grueso, (2) (4), se ha reportado en Hospitales infantiles como 7a. causa de obstrucción intestinal (4) (9).

Existen múltiples causas predisponentes dentro de la etiología de las mismas, que no serán analizadas en el presente trabajo, sino el problema que representan cuando se enfrenta este problema, sin embargo como causa general señalaremos, que más del 95% de los casos, se señala alguna cirugía previa sobre cavidad abdominal, (2), (3), (4), (5), y principalmente aquellas patologías que pudieron cursar con procesos peritoneales agudos, como apendicitis aguda, colecistitis complicadas, peritonitis consecutiva a traumatismos cerrados o abiertos, como ocurrió en nuestra serie, además de otro porcentaje que es causado por procesos inflamatorios previos no quirúrgicos, como cuadros ginecológicos, enteritis, colecistitis de repetición, etc. (3)(4)(5)

Cabe señalar que la morbilidad de infección de la pared abdominal se encuentra en relación directa con los hallazgos de la intervención, y que si existen lesiones que interesaron la luz intestinal, o enterostomías descompresivas,

condicionarán una igualdad en la tasa de infecciones. (6) (7)

La tasa de morbilidad y mortalidad, tiene una prevalencia relativamente baja, (6) y los resultados a largo plazo - son favorables hasta en un 73% (6), y el riesgo de recurrencia varía del 6.1 al 10% (6), (7), hacen que se continúe manejando esta patología por la resolución quirúrgica temprana, ya que se ha observado menor número de complicaciones, - estancia intrahospitalaria y problemas transoperatorios. - - (8) (1)

La tasa de mortalidad ha sido pequeña fluctuando del 11.5% al 38.5%, sin que esta sea debida al método, sino a patologías coexistentes. (6), (8) pero en todos los casos se - ha comprobado en las necropsias, permeabilidad del tubo gastrointestinal.

El manejo que se recomienda para esta complicación -- post-operatoria, es lo más temprana posible, dando margen -- únicamente para mejorar las condiciones generales del pa- - ciente, generalmente después de las primeras 24 Hrs., de manejo conservador y a falta de mejoría clínica demandará la - laparotomía exploradora. (6), (8), (10)

La obstrucción real de la luz intestinal, como consecuencia de una anastomosis, angulaciones extremas de las - - asas intestinales, o volvulos parcial o completo son situaciones que deben tomarse en cuenta, pero que invariablemente serán candidatos de exploración quirúrgica temprana. (3) (8)

En vista de que el dolor súbito es uno de los sínto-- mas pivotes de este cuadro, deberán tomarse en cuenta otras-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

posibilidades diagnósticas, ya que puede presentarse como ab
dómen agudo, (4), (5) teniendo la obligación de descartar --
ileo adinámico, pancreatitis aguda, oclusión vascular entre
otras (2) (3), cabe señalar que aunque el dolor es brusco, -
este presenta ciertas características que lo hacen especial,
con su tipo, generalmente cólico, en oleadas y con peristal-
tismo vigoroso que nos hablan de la lucha por vencer un obs-
táculo que entablan las asas intestinales, aunque esto resul-
ta poco frecuente conforme ha transcurrido el tiempo, pu- -
diendo encontrar escaso o nulo peristaltismo, lo que puede -
prestarse a errores, las características del vómito, que es
otro de los síntomas acompañantes, nos puede orientar al - -
diagnóstico, cuyas características nos orientaran en cuanto-
a su evolución, así como el antecedente de cirugía previa, -
ayudan definitivamente a establecer el diagnóstico, acompaña-
do de estudios de laboratorio y gabinete, con datos como leu-
cocitosis normal o con bandemia en la fórmula blanca y la --
presencia de imágenes de ileo, edema interasa o niveles hi-
droaéreos en los rayos X. (3) (4). Hallazgos que dependerán-
de si existe o no complicación intestinal.

Aunque muchas de las enfermedades susceptibles de - -
diagnóstico diferencial se pueden manejar conservadoramente,
deberá tenerse buen juicio clínico con la evolución de estas
y si se sospecha la presencia de adherencias, decidir una in-
tervención inmediata si se quiere tener una probabilidad ra-
znable de éxito y de supervivencia. (8) (9).

HISTORIA.- Para el manejo quirúrgico de esta complicación se han descrito múltiples técnicas, representando un reto para quienes se dedican a esta ciencia.

No está dentro de las finalidades de este trabajo analizar las causas etiológicas, sino de resolver el problema ya planteado, tratando de que no vuelvan a comprometer la luz intestinal, en períodos subsecuentes, ya que como es sabido una vez presentadas es casi seguro que se vuelvan a presentar. (2)

Antecedentes.

NOBLE en 1939, describió una técnica de plegadura intestinal, empleando sutura de asa-asa, previo acomodamiento de las mismas, (3), reportándose una serie de complicaciones como fístulas enterales, procesos peritoneales, etc. (3)

WRITE en 1956, propone una técnica que consiste en "ferulización del intestino delgado empleando una sonda larga semirrígida, intraluminal, y sacada a través de cecostomías, dejando las sondas por un período de 10 días, con las complicaciones esperadas, y el peligro si se había realizado alguna anastomosis. (3)

CHILDS PHILLIS en 1960, reportaron una técnica modificando la propuesta por Noble, que consistía en una plicatura del mesenterio usando material de sutura del tipo de la seda, pasada a través del mesenterio, reportándose también algunas complicaciones, granulomas, lesiones vasculares, y cierto grado de recurrencia. (3) (7) (10).



FERGUSON en 1967 y McCarthy 1970, reportaron una modificación a la técnica anterior, usando en lugar de 2 ó 3 sedas que entraban y salían sobre el mesenterio, este autor -- usa una sola seda que recorre todo el mesenterio, con las -- consiguientes complicaciones. (12)

BLANCO BENAVIDES en 1982, ha reportado una modificación más empleando para la plicatura mesentérica 2 sondas de foley, colocadas a cada lado del mesenterio y sacadas por -- contravertura sobre la pared anterior del abdomen, con lo -- que se supone se le da más consistencia al intestino fijado, retirándose dentro de las 2 semanas siguientes a su aplicación, usándose además como mecanismo de drenaje, reportando buenos resultados, mismo procedimiento se ha empleado en el presente estudio, con los resultados satisfactorios según se verá más adelante. (1)

PACIENTES Y METODOS

Se estudiaron 17 pacientes al azar en forma prospectiva, durante el período comprendido entre el 10. de marzo al 31 de diciembre de 1982, los cuales ingresaron a los Hospitales de Urgencias Médico Quirúrgicas de "La Villa", Dr. Rubén Leñero y Xoco, dependientes de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

De los 17 pacientes 8 ingresaron al Hospital de Urgencias "La Villa", 8 al Hospital Dr. Rubén Leñero y uno al Hospital de Xoco. A los pacientes se les aplicó la técnica de Blanco Benavidez, después de haberseles liberado las adherencias efectuándose plicatura mesentérica con sondas de Foley de calibre 20 con globo de 30 con cuyos detalles se mencionarán más adelante.

No se efectuó selección de pacientes ya que se realizó en aquellos que ingresaron a los Hospitales mencionados, con el único requisito de presentar cuadro oclusivo, en el que se diagnosticó adherencias postoperatorias, usando como parámetros valuatorios, la historia clínica, cuadro clínico-sugestivo, antecedentes de cirugía previa y los estudios de laboratorio y gabinete que se explicarán más adelante.

Tomando en cuenta además los criterios de inclusión y exclusión que se mencionan a continuación, además de valoración preoperatoria, para decidir el momento adecuado de intervención y de si maneja como urgencia o se difiere en caso de mejorías.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE INCLUSION

1.- Pacientes de cualquier edad y sexo, en quienes se estableció el diagnóstico de oclusión intestinal por adherencias.

2.- Paciente con historia de cuadros repetitivos de Obstrucción Intestinal manejados médicamente y que se resolvieron satisfactoriamente.

3.- Pacientes que en su primer cuadro oclusivo no mejoraron clínicamente con el manejo conservador establecido.

4.- Pacientes que fueron reintervenidos por otra causa y en quienes se encontró adherencias.

5.- Pacientes reintervenidos por abscesos residuales o cuadros peritoneales agudos en los que se observó tendencia adherente y filante del líquido intraperitoneal.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1.- Paciente con Oclusión Intestinal por otra causa - que no sean adherencias. (hernias externas, hernias internas por efectos mesentéricos no suturados, o por cirugía gástrica).

2.- Padecimientos intraluminales obstructivos.

Como se mencionó anteriormente es de suma importancia la valoración preoperatoria misma que se estableció en todos los pacientes normando los criterios de manejo conserva-

dor y estableciendo una vigilancia estrecha sobre la evolución del padecimiento, además de descartar los posibles diagnósticos diferenciales, como es sabido el dolor del cuadro en cuestión es de aparición brusca, en oleada, con hiperactividad peristáltica, la presencia de vómitos y ausencia de evacuaciones e imposibilidad para canalizar gases son datos de suma importancia, que fueron utilizados junto al antecedente de cirugías previas como datos primordiales para establecer el diagnóstico.

El estudio del paciente se complementó con exámenes de laboratorio (BH, OS, EGO, y amilasa sérica y urinaria cuando se sospechó otra etiología).

Se les practicó además estudios de RX simples y con medio de contraste hidrosoluble cuando fue posible, o con pequeñas cantidades de bario, ya que estos estudios ayudan a establecer el diagnóstico en más del 95% de los casos.

La presencia de leucocitosis con o sin bandemia en la forma blanca, imágenes de ileo, niveles hidroaéreos ausencia de gas en colon y recto, etc., o imágenes repetidas en los estudios de contraste fueron de utilidad diagnóstica y pronóstica.

Una vez hecho el diagnóstico se manejaron todos los pacientes con medidas conservadoras, consistentes en cuidados generales, ayuno, sonda nasogástrica corta tipo levin, si se dispone de ellas puede ser de utilidad sonda largas tipo Miller Abott, administración de líquidos parenterales y corrección del desequilibrio ácido básico, antibioticoterapia del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tipo de la ampicilina, como se mencionó a falta de mejoría - clínica todos los pacientes, excepto 2 pacientes, fueron manejados quirúrgicamente como urgencia, los 2 mencionados se manejaron en forma diferida programados, ya que mejoraron -- clínicamente y se decidió a intervenir quirúrgicamente.

Como se mencionó anteriormente no hubo selección previa de pacientes, invariablemente todos los pacientes fueron del sexo masculino, con edades que fluctuaron de 16 a 45 - - años con una media de años.

No se tomaron en cuenta otras variables menores, como raza, escolaridad, cultura, dedicación, etc., por carecer de importancia para el estudio.

ALGUNAS CONSIDERACIONES TECNICAS

1.- El abordaje se efectuó invariablemente por laparotomía media supra e infraumbilical, sin tomar en cuenta cicatrices previas fuera de la línea media. Foto (1) o figura -- (1).

2.- Se liberaron todas las adherencias encontradas, - cortando las bridas laxas y fibrosas de extremo a extremo y no solamente lisis de las mismas. Foto (2) y (3)

3.- Suturando todos los despulimientos serosos siempre y cuando no se encontró muy inflamado el intestino, cuando ocurrió esto se prefirió dejar la zona intacta, si existiera compromiso vascular es preferible efectuar resección y

anatomosis.

4.- Se evitó la angulación excesiva, tomando en cuenta vueltas de 20 a 30 cm. de longitud. Foto (4) o Figura 2.

5.- El líquido intestinal secuestrado se extrajo por medio de la sonda nasogástrica introducido en estómago, es decir regresando el contenido intestinal a la cámara gástrica.

6.- Una vez acomodadas las asas intestinales, se pasó una pinza larga a través del mesenterio entre la segunda y la tercera arcada o en la primera si ésta no comprometía la circulación. Fotos (5,6 y 7) Figura 3.

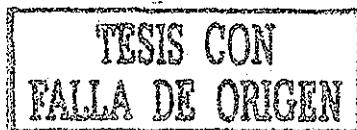
7.- Se utilizaron sondas de Foley del número 20 con globo de 30 cc, inflado con 8 cms de solución estéril para que no quedara a tensión como sucede con el globo de 5 cc, aunque se puede usar este último sin mayor contraindicación. Foto (8) Fig. 2.

8.- Las sondas fueron secadas por contravertura sobre la pared anterior del abdomen a cada lado de la herida quirúrgica traccionándolas levemente. Foto 9 y 10. Figura 1.

9.- Dejándolas a drenaje por gravedad o con succión si el caso lo ameritó.

10.- Las sondas fueron retiradas a intervalos diferentes de tiempo, que fluctuaron entre 6 y 15 días con un promedio de 7 días.

11.- Al retirar las sondas se corroboró que los globos se encontraran completamente vacíos.



12.- Al retirar las sondas se tomó cultivo de las puntas de las sondas.

13.- Cuando existió infección de la pared abdominal - se protegió los orificios de entrada de las sondas con bol-- sas colectoras.

14.- La vía oral se restableció sin ninguna contrain- dicación que no fuera dada por la cirugía gastrointestinal - propia.

CRITERIOS DE EVALUACION.

Se valoró el resultado en base a tres criterios: clí- nico, de gabinete y bacteriológico.

Clínicamente se consideró como éxito la desaparición- total de la sintomatología que motivó la intervención, esto - durante el período que duró este estudio, o recidiva si es - que la hubo, que por los límites de tiempo no se puede ha- - blar de curabilidad.

En cuanto a estudios de gabinete se efectuó tránsito- intestinal con medio de contraste a los 15 días y 3 meses -- subsiguientes a la cirugía.

Bacteriológicamente se tomó cultivo de las puntas de- las sondas al momento de retirarlas, y por separado si hubo- infección concomitante de la herida quirúrgica.

R E S U L T A D O S

De los 17 pacientes estudiados, todos correspondieron al sexo masculino (100%), las edades fluctuaron entre 16 y 45 años con una media de 25 pacientes. Gráfica 1.

A todos los pacientes se les efectuó la técnica de -- plicatura mesentérica con sonda foley número 20 con globo 30 cc el globo fué inflado con 8 cms. de agua. Las sondas fueron dejadas un mínimo de 6 días y un máximo de 15 días, en dos pacientes se dejó 15 días, en dos pacientes 12 días, en cinco pacientes 8 días, en 8 pacientes seis días; en vista de la buena evolución y de que las adherencias se forman rápidamente (a partir de las 3 hrs. de postoperatorio (2) se optó por dejarlo únicamente 6 días, sin que existiera alguna alteración significativa, además de que en las reintervenciones efectuadas por causas ajenas a la técnica se observó una perfecta formación de las asas fijadas. Gráfica 2.

La mortalidad ocurrió en 3 pacientes (17.6%); en los cuales clínicamente y en la necropsia se comprobó la permeabilidad del tracto gastrointestinal. La morbilidad ocurrió en 10 pacientes (58.2%) principalmente dada por infección de la pared abdominal, los gérmenes cultivados en la herida quirúrgica no se encontraron en los cultivos de cavidad, los cuales reportaron E. Coli y estafilococo aureus en el 18%; el resto no se reportó crecimiento bacteriano y en las heridas quirúrgicas se encontraron gérmenes como E. Coli pseudo-mono entre otras. Gráfica 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los pacientes manejados fueron vigilados desde el momento de la cirugía hasta la fecha límite de este trabajo, - sin que hubieran presentado recurrencia de los 17 pacientes, uno fué vigilado por 3 meses; 2 se vigilaron por 7 meses, 2- por 6 mdses, 6 por dos meses y el resto (6 pacientes) se ope- raron en el último mes de estudio, sin datos clínicos de re- currencia durante su control post-hospitalario, el tiempo - de estancia hospitalaria fué necesario para resolver su pato- logía de fondo, el promedio fue de 10 días. Gráfica 3.

Por los datos encontrados en la valoración preoperato- ria se encontró que 12 pacientes (70.5%), la obstrucción in- testinal se presentó durante el primer mes de postoperatorio tres pacientes (el 17.6%) la presentó durante los primeros-- 3 meses; dos pacientes (el 11.8%) la presentó a los dos - - años un paciente de estos dos últimos fué operado 6 meses an- tes por un cuadro oclusivo, fuera de esta institución; y uno más fué operado cuatro meses antes también por cuadro oclusi- vo, sin haberse efectuado ninguna maniobra fijadora.

De los 17 pacientes 15 (88.2%) tuvieron el anteceden- te de una cirugía previa, dos pacientes (11.8%) tuvieron múl- tiples cirugías previas.

La causa predisponente y más frecuente fué cirugía - traumática, la cual se presentó en 13 pacientes (76%) con - antecedentes de cuadros de peritonitis, el resto (4 pacien- tes los que corresponden al 24%) fué por causa médica (tres apendicitis y una pancreatitis), con antecedente también de

peritonitis, de estos cuadros el 70% se presentó en el momento de la plicatura mesentérica sin ser contraindicación a la técnica.

Dentro de la cirugía traumática predisponente el 90% correspondió a lesiones de intestino delgado y colon, el resto a lesión de viscera maciza.

Dentro de los datos clínicos que se recogieron en los 17 pacientes estudiados, en primer lugar el 100% presentó antecedentes de operaciones abdominales, dolor cólico por oleadas, se presentó en el 100%, la distensión abdominal se presentó en el 70.5% de los casos, en el 29.5% restante no presentó distensión abdominal, por el manejo inmediato y además por tratarse en todos ellos de obstrucción dentro de los primeros 20 cm., de y cyuno, losa vómitos de contenido gastrobiliar y en ocasiones con tendencias fecaloides se presentaron en el 88.2% Peristaltismo de lucha se encontró en el 76.2%, Leucocitosis de 10,000 a 14,000 se encontró en el 76% fiebre de 37.5 o más se presentó en el 70.5% Hernias internas en más de una orificio interno se encontró en el 24% de los casos. Datos radiológicos sugestivos (distensión de asas, edema interasa, etc.) se hallaron presentes en el 76%, ausencia o disminución de peristaltismo en el 11.8%, en 5 de estos pacientes se practicó estudio radiográfico con medio de contraste, (bario), encontrando imágenes repetidas y retardo en el paso del medio de contraste, estos resultados se muestran en la gráfica No. 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Complicaciones.- Cabe señalar que las complicaciones encontradas ninguna se debió al método empleado, sino que -- como se mencionó formaron parte de los procesos patológicos de fondo, es decir la infección de pared que se presentó en el 58.2% de los casos estuvo relacionada con cuadros peritoneales agudos al momento de la plicatura, en 2 pacientes se reventó el globo regándose el contenido en la cavidad peritoneal sin que repercutiera en la evolución o en el manejo de las sondas.

De los pacientes que fallecieron como se mencionó anteriormente ningún caso se debió a la técnica empleada pero hubo oportunidad de corroborar transoperatoriamente en más de una vez la adecuada formación de las asas intestinales, - como en el caso del paciente número 6, que fue reintervenido en 3 ocasiones después de la plicatura, por diversos motivos, fistulización duodenal motivada por la primera cirugía, y en quien las asas plegadas no mostraron ninguna dificultad técnica, y fueron dejadas intactas, el paciente falleció un mes después por sepsis abdominal.

Lo mismo ocurrió con el paciente número 7, el cual fue reintervenido en una ocasión después de la plicatura mesentérica encontrándose, las asas intestinales en adecuado ordenamiento, el paciente falleció 20 días después por sepsis abdominal. Por último el paciente número 15 el cual se reintervino por la complicación obstructiva en cuestión, donde se le realizó la plicatura mesentérica, por las condiciones pro

pias de su patología de inicio, el paciente falleció 8 días-después, por sepsis abdominal, cabe señalar que en los 3 --- pacientes fallecidos, se pudo corroborar en las respectivas-necrosias la permeabilidad de la luz intestinal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Tomando en cuenta lo breve del presente estudio, así como de sus carencias en cuanto a parámetros de valoración - además del número reducido de pacientes estudiados, que de ningún modo tratan de dar conclusiones definitivas, que nos conduzcan a pensar que el método es todo lo efectivo que nosotros quisiéramos, para el manejo de las adherencias post-operatorias, tan reveldes en las mayorías de las veces.

Si podemos dar pequeñas conclusiones obtenidas en base a nuestra experiencia.

1.- Que la Obstrucción intestinal es un cuadro agudo y grave, que debe resolverse tempranamente si se quiere obtener resultados satisfactorios, en las primeras 24 hrs., de ser posible.

2.- Que debe restablecerse hasta donde sea posible la homeostasis en cuanto a líquidos y electrolitos de estos pacientes, antes de ser intervenidos quirúrgicamente.

3.- El manejo conservador con succión gástrica, deberá establecerse de inmediato en cuanto se decida un manejo definitivo.

4.- El tratamiento quirúrgico deberá ser lo más inmediato posible, cuando existan datos de compromiso intestinal (estranjamiento, etc.)

5.- En cuanto al método empleado consideramos que es útil, sencillo de aplicar y con buenos resultados en nuestra

serie.

6.- Que los cuadros de peritonitis en el momento de la plicatura no es contraindicación para efectuarlo.

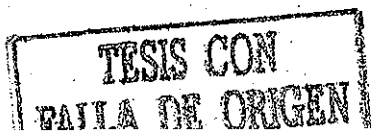
7.- Que es suficiente un promedio de 7 días para el re tiro de las sondas, excepto cuando se continúen usando como drenaje de la cavidad abdominal.

8.- En vista de los buenos resultados obtenidos se -- propone como método profiláctico en aquellos casos en que se sospeche, por los antecedentes o por los hallazgos transoperatorios, que se formaran adherencias en lo futuro.

C O M E N T A R I O

El presente trabajo es un estudio preliminar que no trata de establecer comparaciones con otras técnicas empleadas para el manejo quirúrgico de esta patología sino de precedentes, que posteriormente puedan ser utilizados o el seguimiento de los mismos casos a largo plazo y poder establecer las complicaciones y desventajas o consolidar lo afectivo de esta técnica, para el difícil manejo de esta complicación postoperatoria, por desgracia tan frecuente.

En nuestra experiencia se obtuvieron buenos resultados, la técnica no es difícil de realizar, ni lleva largo -- tiempo quirúrgico que pueda ser perjudicial para el paciente, por lo que esperamos que en lo futuro se continúe investigando sobre el particular y además poder llegar a evitar--



serie.

6.- Que los cuadros de peritonitis en el momento de la plicatura no es contraindicación para efectuarlo.

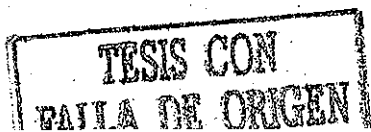
7.- Que es suficiente un promedio de 7 días para el re tiro de las sondas, excepto cuando se continúen usando como drenaje de la cavidad abdominal.

8.- En vista de los buenos resultados obtenidos se propone como método profiláctico en aquellos casos en que se sospeche, por los antecedentes o por los hallazgos transoperatorios, que se formaran adherencias en lo futuro.

C O M E N T A R I O

El presente trabajo es un estudio preliminar que no trata de establecer comparaciones con otras técnicas empleadas para el manejo quirúrgico de esta patología sino de precedentes, que posteriormente puedan ser utilizados o el seguimiento de los mismos casos a largo plazo y poder establecer las complicaciones y desventajas o consolidar lo afectivo de esta técnica, para el difícil manejo de esta complicación postoperatoria, por desgracia tan frecuente.

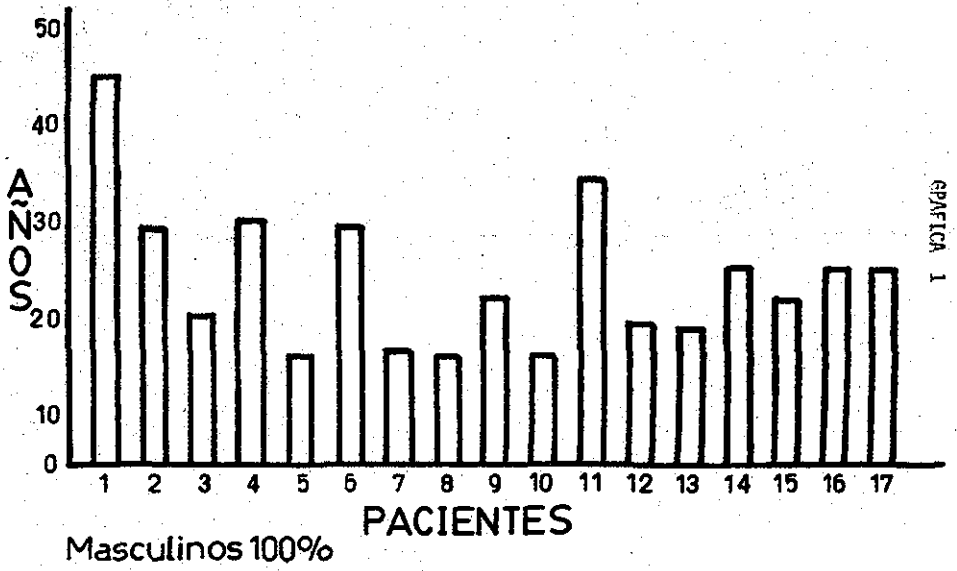
En nuestra experiencia se obtuvieron buenos resultados, la técnica no es difícil de realizar, ni lleva largo tiempo quirúrgico que pueda ser perjudicial para el paciente, por lo que esperamos que en lo futuro se continúe investigando sobre el particular y además poder llegar a evitar--



las o prevenirlas sin emplear ningún procedimiento quirúrgico, es decir atacando directamente la causa original, que -- por el momento no fue el propósito de este trabajo.

RESUMEN

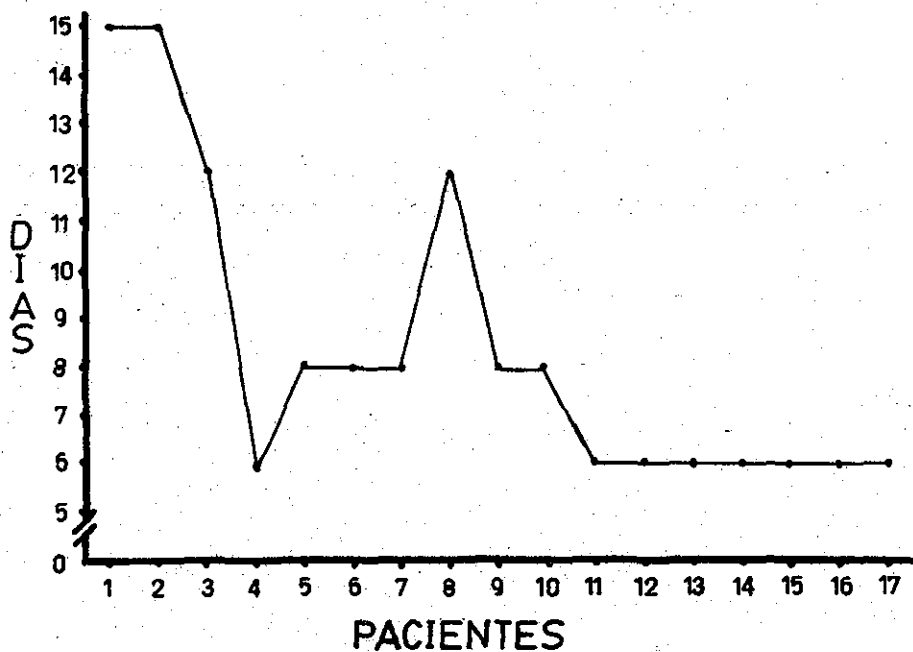
Se trata de un estudio preliminar, en el que se estudiaron 17 pacientes, con el diagnóstico de Obstrucción Intestinal por adherencias postoperatorias, manejándose quirúrgicamente, con plicatura mesentérica utilizando sondas de Foley (Técnica de Blanco Benavides), de estos pacientes todos fueron del sexo masculino, con edades de 16 a 45 años, con una media de 25 años, manejados dentro de las primeras 48 hrs., de evolución, excepto dos que se manejaron en forma diferida, todos con antecedentes de cirugía previa que vario de un mes antes hasta 2 años, encontrando como antecedente importante cuadros de peritonitis en las cirugías previas y también un 70% de los casos, cuadros peritoneales agudos al momento de la plicatura, con resultados a 7 meses satisfactorios, la mortalidad no atribuible al método fue del 17.6% -- con una morbilidad del 58.2%, dada principalmente por infecciones de la herida quirúrgica que estuvo en relación directa al grado de morbilidad de la patología de fondo. Obte-- niéndose muy buenos resultados para la finalidad de la técnica.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

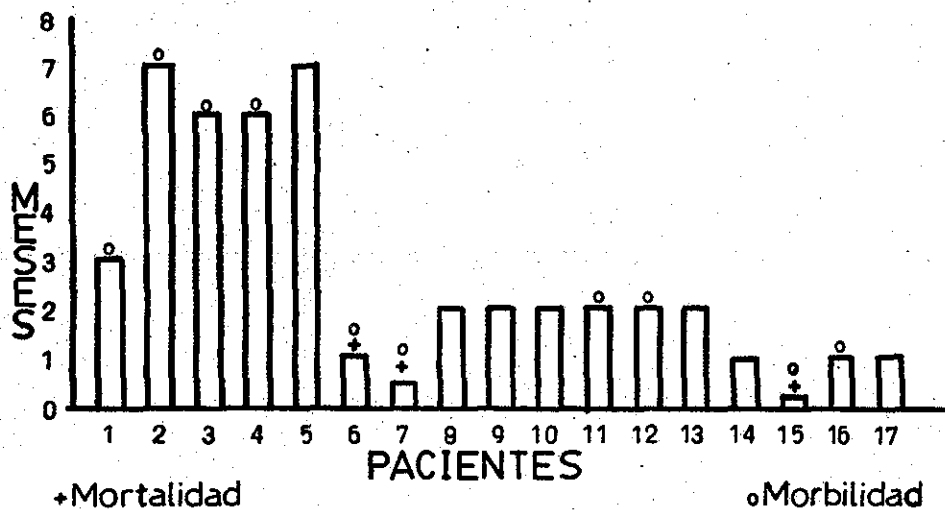
GRAFICA 2

PERMANENCIA DE LAS SONDAS



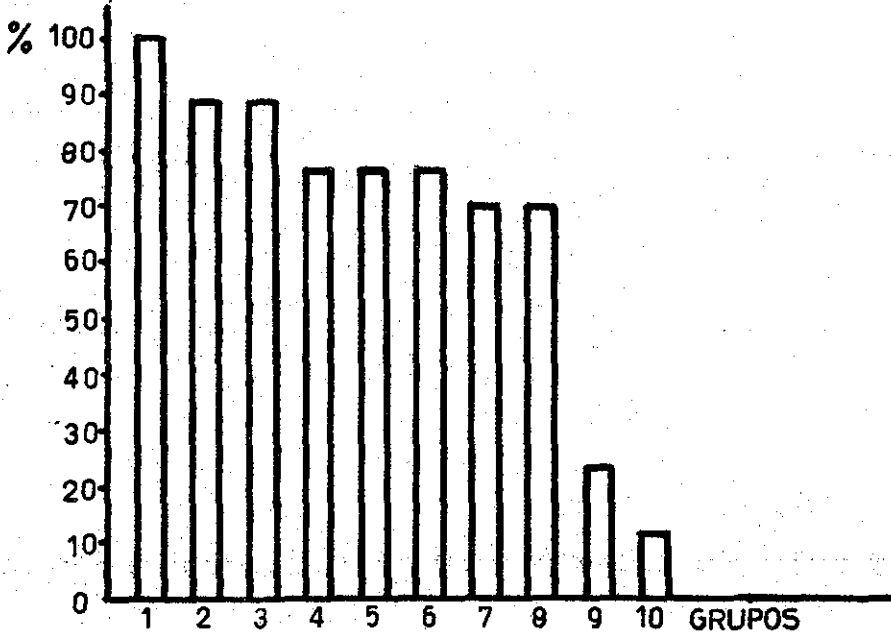
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTROL POST-OPERATORIO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

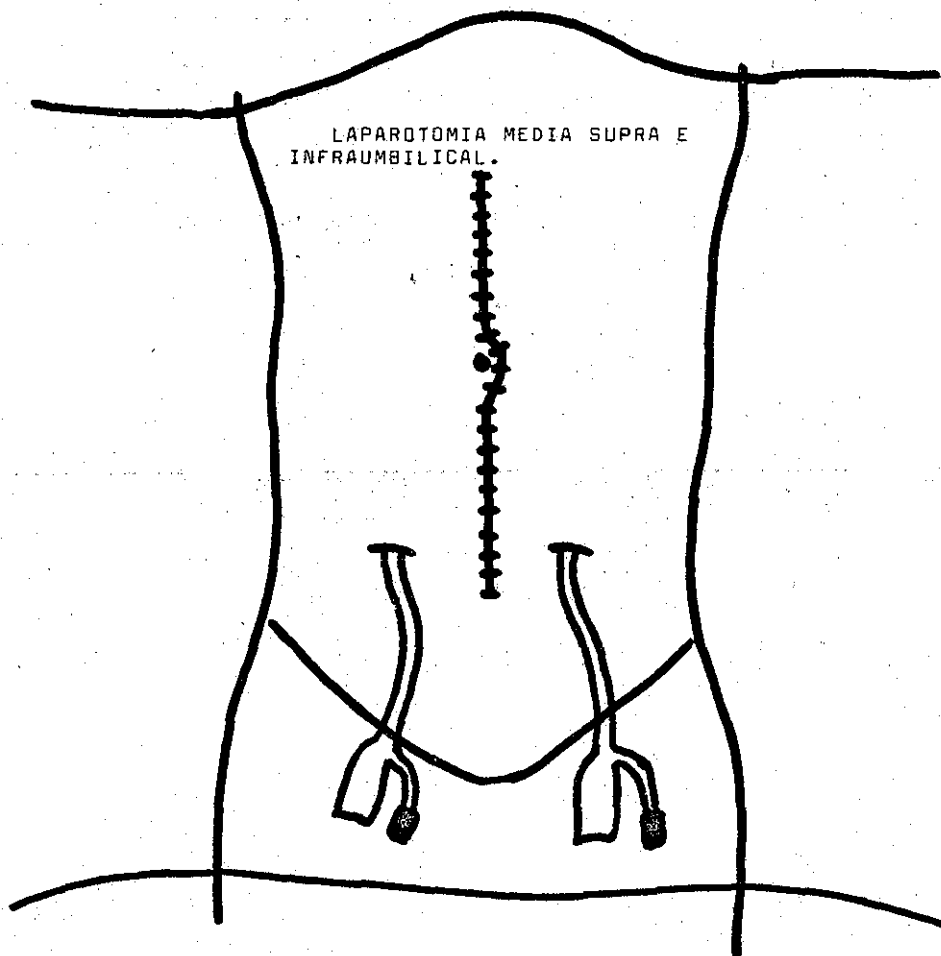
GRAFICA 4



GRUPOS	SINTOMATOLOGIA Y HALLAZGOS
1	ANTECEDENTE DE CIRUGIA
2	DOLOR COLICO EN OLEADAS
3	VOMITOS, AUSENCIA DE EXPULSION DE GASES
4	PERISTALTISMO DE LUCHA
5	LEUCOCITOSIS ENTRE 10000 Y 14000
6	DATOS RADIOLOGICOS
7	DISTENCION ABDOMINAL
8	FIEBRE DE 37.5 O MAS
9	HERNIAS INTERNAS
10	DISMINUCION O AUSENCIA DEL PERISTALTISMO

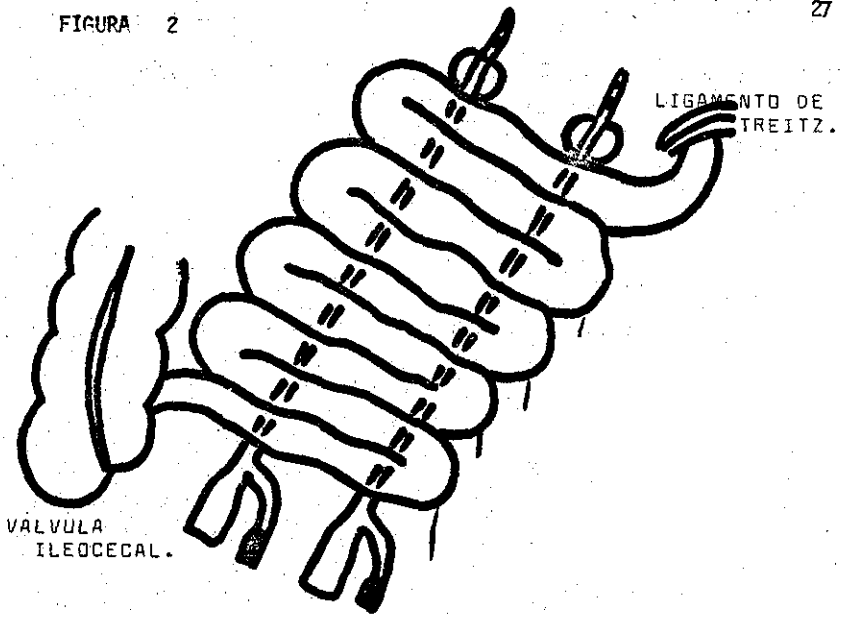
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 12



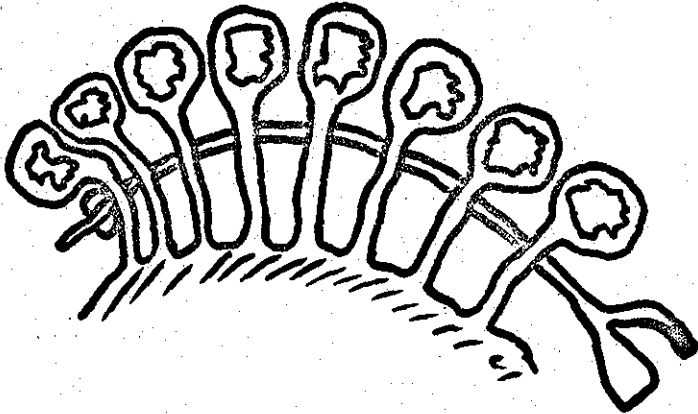
MODO DE SACAR LAS SONDAS POR
CONTRAVERTURA POR LA PARED ABDOMINAL.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



METODO DE PLEGADURA MESENTERICA CON
SONDAS DE FOLEY .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



VISTA LATERAL DE LA COLOCACION
DE LAS SONDAS DE FOLEY.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

29

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Blanco Benavides. Plegadura Transmesentérica con Sondas Foley en el Tratamiento de Adherencias Postoperatorias. Revista del Seguro Social I.M.S.S.
- 2.- Maingot R. Abdominal Operations. Tomo II, Pág. 2023-28. 7a. Ed. 1980.
- 3.- Curtis P. Artz-James De Hardy. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento. 3a. Ed. pp. 487-490.
- 4.- Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgico de Davis-Christopher. Tomo I. 11a. Ed. Pp. 864-866.
- 5.- Vicente Guarner Y Cols. Principios Fundamentales de la Cirugía. Tomo II, 1a. Ed. UNAM. Pp. 634-644.
- 6.- Joat J.L. Vaure P. Reflections Concerning the fixation of the small intestine, or of mesentery in the adult.- Rev. J. Crir (Paris). 1981 Feb. 118-2 Pp. 77-83.
- 7.- Kern F. Lehman L. Eckerte. Mesenteric Plication By, -- the Childs-Phillips method for the prevention and therapy of small intestino osdtructions. Experiences en - 148 cases. Chring (GERO). 1980 May 51(s) 308-12.
- 8.- Hofatetter S.R. Acute adhesive Obstructions of the - - small intestine.- Rev- Surgery Gynecol, and Obstet. -- 1981, Feb. 152(2) Pp. 141-144.
- 9.- Janik J.S.; Ein. SH.; Filar RM; Shandling B. An Assess ment of the surgical treatment of adhesive small bowel obstruction in Infants and Children. Rev. J. Pediatr.- Surg. 1981 Jun. 16(3) 225-35.
- 10.- Paulian D.; Fianu H.; Nicoar V.; Boldi F. et. al. Re--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sult of the Childs-Phillips Operation (34 casos of repeated intestinal occlusion). Rev. Chir 1979 Sep.Oct. - 28(5) 359-63.

11.- FERGUSON A.T. Et. Al. TRASMEENTERYC PLICATURE FOR OBSTRUCTION.- Rev. Am. J. Surg. 203 1967.

12.- Mc. Carty J.D. And Sharft T.J. A. SIMPLE INTESTINAL -- PLICATION Rev. Surg. Gynec. and Obstet. 121:1340 1970.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

" ME SENTI TRISTE
PORQUE NO TENIA ZAPATOS
SALI A LA CALLE Y VI UN HOMBRE
QUE NO TENIA PIES".

R. Tagore.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN