



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ"
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

"LA ENFERMEDAD COLÓNICA COMO CAUSA DE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA URGENTE: EXPERIENCIA CLÍNICA"

NÚMERO DE REGISTRO: R-2011-3601-35

TESIS QUE PRESENTA:

DR. SAID EMMANUEL PÉREZ ZUBELDÍA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

ASESORES:

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
DR. PATRICIO SÁNCHEZ FERNÁNDEZ



MÉXICO D. F.

MARZO 2013



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.

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ
CIRUJANO GENERAL
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
U.A.E.M. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. SIGLO XXI

A mi esposa Lety
A mis hijos Ivan y Ana Karen

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	25

RESUMEN

TITULO. La Enfermedad colónica como causa de laparotomía exploradora urgente: Experiencia clínica

OBJETIVOS. Demostrar la alta frecuencia de patología colónica como causa de cirugía abdominal urgente en el Hospital Zona No.7 de Monclova Coahuila.

MATERIAL Y METODOS.

Se trató de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal realizado en el servicio de Coloproctología y Cirugía General del Hospital General de Zona No. 7 de Monclova Coahuila del 1 de abril del 2006 al 1 de abril del 2009. Se incluyeron pacientes adultos de 18 años de edad y mayores en los que se realizó una cirugía abdominal urgente y cuya causa fue por una patología primaria de colon. Se estudiaron variables tales como edad, sexo, hallazgos transoperatorios, complicaciones postquirúrgicas, días de estancia hospitalaria, mortalidad, estancia en Unidad de Cuidados Intensivos, etc. La información fue obtenida del expediente clínico y hojas de registro hospitalario, y los resultados plasmados mediante gráficas descriptivas.

RESULTADOS.

Un total de 288 pacientes fueron sometidos a cirugía abdominal urgente de abril del 2006 a abril del 2009, siendo la primera causa la apendicitis con 129 casos (44.79%), seguida de oclusión intestinal por causas no colónicas en 63 casos (21.87%), 52 casos (18.05%) correspondieron a una patología de origen colónico, y los 44 casos restantes (15.29%) por causas diversas.

De acuerdo a los criterios definidos en el protocolo del estudio, se incluyeron a 52 pacientes sometidos a laparotomía exploradora urgente por afección colónica, de los cuales 31 fueron hombres y 21 mujeres, con promedio de edad de 69 años de edad, siendo la causa más frecuente de cirugía urgente de causa colónica la enfermedad diverticular perforada en 19 casos (36.53%), seguida de la causa isquémica en 9 casos (17.3%), la oclusiva 6 (11.53%), hemorrágica 6 (11.53%), trauma abdominal 5 (9.61%), y 7 (13.46%) como otras causas. Se reportó una estadía hospitalaria de 23 días en promedio, y sólo el 21.15 % del total de casos estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las principales complicaciones postquirúrgicas observadas engloban padecimientos infecciosos e isquémicos. Así mismo se observó una mortalidad del 34.61% cuyas causas directas de fallecimiento se debieron principalmente a sepsis abdominal.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos revelan que la enfermedad colónica fue la tercera causa global de cirugía abdominal urgente después de la patología apendicular y la oclusión intestinal de causa no colónica. La patología colónica más frecuente fue la enfermedad diverticular complicada con perforación, las segunda a oclusión intestinal y la tercera fue la causa isquémica. En general, estancia hospitalaria prolongada y una alta mortalidad principalmente por sepsis abdominal importante y la consecuente afección sistémica grave.

PALABRAS CLAVE. Patología colónica urgente, Laparotomía exploradora, complicaciones

ABSTRACT

Title: The colonic illness as cause of an urgent exploratory laparotomy.

Objetives: To demonstrate the high frequency of colonic pathology as a cause for an urgent abdominal at Hospital Number 7, Monclova Coahuila.

Material and methods:

This summary deals about a retrospective, observational, descriptive and transversal study made in Coloproctology and Surgery Unit at the General Hospital Zone Number 7 in Monclova Coahuila, from April 1, 2006 and April 1, 2009. Adult patients of 18 years of age and older were included and to whom an urgent abdominal surgery was performed due to a primary pathology of the colon. Variables were studied, such as age, sex, trans operations findings, postsurgical complications, number of days staying at the hospital after surgery, death rate, time of staying in intensive C are, etc. The information was obtained from clinical files and hospital registers, and the results were given a form through descriptive graphics.

Results:

From April 2006 to April 2009, a total of 288 patients were submitted to an urgent abdominal surgery with 129 cases (44.79%) being appendicitis the primary cause followed by 63 cases (21.87%) of intestinal occlusions not related to the colon, 52

cases (18.05%) corresponded to a pathology of colonic origin, and the remaining cases (15.29%) were for diverse causes.

According to the defined judgment of the study's protocol, 52 patients were submitted to an urgent exploratory laparotomy for colon affection of which 31 patients were males and 21 were females, with an average age of 69, and the most frequent cause for an urgent colonic surgery was diverticular disease perforation with 19 cases (36.53%) followed by 9 cases (17.3%) with ischemic disease cause, the occlusive 6 (11.53%), hemorrhagic 6 (11.53%), abdominal trauma 5 (9.61%), and 7 (13.46%) from other different causes. It was reported an average of 23 days of hospital stay, and only 21.15% of the total cases were at the Intensive Care Unit.

The principal post surgical complications observed englobe infections and ischemic sufferings. Also a death rate of 34.61% was observed and whose direct causes of death were due mainly to abdominal sepsis.

Conclusions:

The obtained results reveal that the colonic illness was the third global causes of an urgent abdominal surgery just after the appendicular pathology and the intestinal occlusion with non colonic cause. The most frequent cause of colonic pathology was de diverticular colonic disease illness complicated with perforation, the second was the intestinal occlusion and the third was the ischemic cause. In general, a prolonged hospital stay and a high death were mainly for important abdominal sepsis and the consequent serious systematic affection.

Key words: Urgent colonic pathology, exploratory laparotomy, complication

1.- Datos del alumno:

Pérez

Zubeldía

Said Emmanuel

8661052756

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Cirujano General

50107120-2

2.- Datos del Asesor (es):

Blanco

Benavides

Roberto

Sánchez

Fernández

Patricio

3.- Datos de la Tesis

La Enfermedad colónica como causa de laparotomía exploradora urgente:

Experiencia clínica.

27p

2013.

INTRODUCCION

Los mayores cambios aparecidos en los últimos años en el diagnóstico de las afecciones colorrectales, se han presentado en aquellos cuadros de origen incierto como lo que sucede en hemorragias de tubo digestivo bajo ó también en casos de perforación colónica, cada vez son frecuentes los casos en los que la imagenología convencional ha sido complementada por estudios de gabinete más complejos y costosos, con la finalidad no sólo de confirmar un diagnóstico, sino también el de conocer muchas detalles propios del padecimiento como: afección a otras estructuras vecinas, colecciones, y en el caso de tumores, su extensión, profundidad y diseminación a distancia.¹

Donde se han producido mayores modificaciones, ha sido en el campo del tratamiento quirúrgico, intentando evitar las colostomías e intervenciones en dos tiempos.² Existen diversos trabajos publicados por grupos pioneros en este tipo de cirugías, obteniendo excelentes resultados en estudios prospectivos controlados de paciente a los que se les realizó un procedimiento en un sólo tiempo en cirugía urgente, pero la sospecha es que cuando se han intentado hacerlos de forma rutinaria en hospitales no especializados, los resultados parecen ser peores, lo que ha llevado a regresar a las colostomías, es decir, que en la práctica cotidiana, las nuevas técnicas se siguen aplicando de forma bastante menor de lo deseado. Es probable que la falta de métodos sofisticados de diagnóstico y de especialización en la atención de padecimientos específicos en muchos hospitales, influya directamente en la obtención de un diagnóstico

preciso, y con ello, una falta de estrategia quirúrgica anticipada al manejo quirúrgico definitivo urgente. 3

Se sabe que una de las causas de cirugía colónica urgente más frecuentes es la enfermedad diverticular complicada con micro perforaciones, en donde la evolución postoperatoria tiene menor morbilidad y mortalidad que otras patologías colónicas como:

todas las entidades que causan obstrucción, neoplasias localmente avanzadas, enfermedades inflamatorias, etc. También los procedimientos colónicos que comprenden resecciones totales o subtotales, isquemia, edad avanzada y patologías subyacentes en el paciente son precursores de efectos adversos en la evolución postoperatoria y ensombrecen el pronóstico. En la perforación colónica, la intensidad del cuadro clínico dependerá de algunos factores como el tamaño de la perforación (micro o macroscópica), el grado de contaminación extra colónica y la capacidad del organismo para contener la perforación y la contaminación resultante. A pesar del avance de las técnica quirúrgicas, el desarrollo de antibióticos de mayor espectro y unidades de cuidados intensivos mejor equipadas, la cirugía colónica urgente sigue siendo un procedimiento de gran riesgo, por su alta mortalidad, debido a que puede existir desde una afección local como absceso, regional como una peritonitis purulenta o fecal, hasta una disfunción multiorgánica.⁴ La probabilidad de la infección en las heridas abdominales varía del 1 al 13% en cirugía intestinal electiva, pero en el caso de una cirugía complicada, ello dependerá del grado de contaminación de ésta y el uso adecuado de antibióticos específicos, los cuales han contribuido con cambios favorables sorprendentes en la incidencia de infecciones de origen digestivo. 5

Las causas de laparotomía urgente de origen colónico son diversas, como por ejemplo, las de tipo isquémico, siendo la principal causa de dolor abdominal agudo la colitis isquémica, ésta ocurre en el 90% de los casos en personas mayores de 60 años, sin embargo no es privativa de los pacientes jóvenes, se cree que existen cambios anatómicos vasculares que favorecen su desarrollo, la etiología es multifactorial y la presentación clínica es variable, por lo que el diagnóstico está basado en una combinación de la sospecha clínica, endoscópica e histológica.⁶

Otro grupo son las enfermedades colónicas con perforación, en donde su importancia radica en la mortalidad tan alta asociada a esta condición, además, hay una elevada morbilidad requiriendo en muchos de los pacientes una unidad de cuidados intensivos, la creación de un estoma y probablemente estancia hospitalaria prolongada.⁷ Cabe resaltar que en los pacientes con estomas por perforación colónica izquierda, existe una alta dificultad quirúrgica para restaurar la continuidad intestinal, condicionando que hasta un 50% de los pacientes permanezcan con un estoma definitivo.⁸

La alta mortalidad de las patologías que condicionan perforación colónica con macroperforación, parece no haber tenido cambios significativos en las últimas dos décadas, probablemente por el desconocimiento del mecanismo exacto de su fisiopatología y por ende las estrategias para prevenirlas. Por otro lado ha habido un aumento en términos absolutos en su incidencia y mayor frecuencia de los factores asociados a su prevalencia como una dieta pobre en fibra, estreñimiento, etc.⁹

En grandes series se ha observado una importante asociación de perforación con ingesta de anti inflamatorios no esteroideos, los cuales inhiben la ciclo-oxigenasa y

la formación de prostaglandinas, a su vez, menor producción de mucina, disminuyendo la barrera protectora de moco a la agresión intraluminal. Los esteroides además, tienen un efecto inmunosupresor favoreciendo a que el organismo no tenga la capacidad para contener una perforación en estadios tempranos. Los opioides participan en modificar la mecánica intestinal aumentando la presión intraluminal del colon en reposo, así como hace más lento el tránsito colónico.¹⁰

Siendo la enfermedad diverticular complicada la causa colónica más frecuente de cirugía abdominal urgente, es necesario conocer con detalle las variables clínicas, y utilizar la mejor técnica quirúrgica indicada para cada tipo de complicación, con el fin de conseguir la menor morbilidad y mortalidad ya de por sí elevadas.

La enfermedad diverticular del colon está asociada con el estilo de vida occidental, y su incidencia aumenta con la edad, siendo un poco menor del 10% para individuos de 40 años de edad o menos, hasta un estimado del 50 al 60% en la novena década de la vida.¹¹ Aunque tan sólo el 15% de los paciente con diverticulosis tendrán síntomas asociados a infección o inflamación o diverticulitis. La tríada de sospecha se caracteriza por dolor de predominio en fosa iliaca izquierda, fiebre y leucocitosis.¹²

Con el advenimiento de la tomografía axial computada en los padecimientos colónicos como la diverticulitis, se han propuesto, mediante imágenes claras y no invasivas, nueva clasificaciones para determinar la estrategia terapéutica del problema además de tener una alta sensibilidad e impacto en los padecimientos agudos, por lo que actualmente es considerado el método de gabinete de

elección para el diagnóstico de enfermedad diverticular complicada de tipo inflamatorio.¹³

En 1921 Henri Hartmann descubrió el tratamiento para el cáncer recto sigmoideo, en donde reseca el tumor, cerraba el muñón distal y sacaba una colostomía. Boyden en 1951 utilizó este procedimiento para diverticulitis complicada, otras condiciones de su uso han sido vólvulos, perforación traumática, lesiones por radiación y fugas anastomóticas.¹⁴ Las cirugías de urgencia del colon izquierdo durante la primera mitad del siglo pasado se realizaron en 3 tiempos, lo que comprende la formación de una colostomía inicial, en un segundo tiempo la resección de la lesión, y finalmente la restitución intestinal, sin embargo esto produjo una alta morbi-mortalidad acumulada.¹⁵

No fue sino hasta la década de los 70's que el procedimiento de Hartmann se hizo muy popular, las ventajas incluyeron la resección del colon enfermo con derivación y cierre del muñón distal, disminuyendo el número de traumas quirúrgicos y disminuyendo las complicaciones y la mortalidad, así como el tiempo de estancia hospitalaria y mayor seguridad de una anastomosis posterior. Sin embargo las desventajas que demuestra son que implica un segundo tiempo quirúrgico en todas sus implicaciones. Se considera esta posibilidad en una enfermedad neoplásica con obstrucción o perforación o en pacientes mayores con comórbidos. Por otro lado, padecimientos benignos en pacientes estables, una anastomosis primaria puede ser considerada una elección.¹⁶

Otra de las causas de laparotomía urgente es la fuga anastomótica, la cual ocurre por diversos factores asociados al paciente, técnica y tejidos al momento de realizar el procedimiento.¹⁷ Algunos factores que influyen directamente en la

formación de una dehiscencia son, grado de inflamación, obstrucción, desnutrición, anemia severa, niveles de albúmina, uso de esteroides, etc.¹⁸

El 25% de los diverticulitis harán perforación, aunque se ha considerado como regla de oro la resección de la perforación, colostomía y cierre del muñón, estudios recientes señalan que se puede realizar con un adecuado margen de seguridad una anastomosis primaria en una diverticulitis con peritonitis purulenta, lo cual no se ha hecho rutina por su poca popularidad debido a resultados en hospitales no especializados.¹⁹

Por lo anterior se pretende conocer con más detalle las características que rodean a esta afección en nuestro medio, esencialmente la participación del colon como órgano involucrado en las laparotomías urgentes, así como las principales entidades patológicas causales de su afección, no sólo para observar el comportamiento de la patología colónica quirúrgica en la región, sino detectar fallas en el proceso diagnóstico y tratamiento que sirvan para otorgar al paciente, una mejor calidad en la atención, ya sea mediante en una guía de criterios clínicos uniformes que hagan pensar siempre al clínico la posibilidad de causa colónica, además de otras causas comunes de abdomen agudo.

OBJETIVOS.

Se demostró una frecuencia de patología colónica como causa de cirugía abdominal urgente en el Hospital Zona No.7 de Monclova Coahuila.

JUSTIFICACIÓN

Una de las claves para el conocimiento en todos los ámbitos de la ciencia, consiste en determinar las características de los fenómenos que nos rodean, como identificarlo, saber cuál es su impacto y considerar si de acuerdo a ello, es factible de manipular para beneficio de un grupo de personas. El área de la salud tiene un profundo compromiso con la investigación, con el propósito de aumentar la calidad de vida y la sobrevivencia de la población y ocupa un papel sobresaliente en la búsqueda de conocimientos de campos distintos al de la salud.

Según las distintas áreas geográficas de nuestro país, se pueden apreciar un sinnúmero de costumbres, climas, idiomas, niveles socioeconómicos, etc., que inciden invariablemente en la prevalencia de padecimientos, los cuales llegan a identificar a grupos poblacionales que comparten muchas características de vida.

La zona norte del país, ejemplifica lo anterior, las características dietéticas como el alto consumo de grasas de origen animal, la escasa ingesta de fibra, que es inversa a la de harinas refinadas, forma un factor relacionado a enfermedades cardiovasculares, metabólicas y desde luego digestivas.

Desde el año de 2006, he tenido la oportunidad de observar algunos padecimientos digestivos más que en otros sitios del país, sin embargo no existe ninguna referencia al respecto para asegurarlo.

Motivo por el cual es necesario primero recabar información general para situarnos con más claridad y verdad acerca del supuesto fenómeno que he observado.

Una vez obtenida la información necesaria, se pretende utilizarla como referencia y consulta para otros trabajos más específicos, con el propósito de identificar

posibles causas de ciertos padecimientos, y así evitarlos o modificarlos y mediante la prevención o el diagnóstico oportuno.

Uniformar criterios y acciones encaminadas a mejorar la atención del paciente y elevar la calidad del servicio médico y paramédico.

Lo anterior no será posible de no empezar a conocer el pasado para evitarlo o mejorarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo del 1 de abril del 2006 al 1 de abril del 2009, en el departamento de Cirugía del Hospital General de Zona No. 7 IMSS. Monclova, Coahuila.

El universo de trabajo comprendió a todos los pacientes de 18 años de edad en adelante de ambos sexos, en los que se realizó una laparotomía exploradora urgente, y cuyo diagnóstico postoperatorio se debió a una patología colónica. Las variables consideradas fueron frecuencia, edad, sexo, enfermedades subyacentes crónicas degenerativas o asociadas a trastornos digestivos con sospecha de afección colónica (diarrea o estreñimiento crónicos, hemorragia digestiva baja, antecedente de diverticulosis, intestino irritable, etc.), hallazgos transoperatorios, cirugía realizada, estancia hospitalaria, mortalidad, entre otras.

La información fue obtenida del expediente clínico, así como la base de datos de quirófano de hospital, no se utilizó aquella información incompleta, o fuera del tiempo señalado dentro del cual se efectuaron los procedimientos quirúrgicos, o de aquellos menores de 18 años de edad.

Una vez recabada la información, se vertió en la sábana recolectora de datos para su descripción y elaboración de gráficas.

Finalmente formular la conclusión del trabajo de investigación.

RESULTADOS

Un total de 288 pacientes fueron sometidos a cirugía abdominal urgente del 1 abril del 2006 a 1 abril del 2009, siendo la primera causa la apendicitis con 129 casos (44.79%), seguida de oclusión intestinal por causas no colónicas (hernias de pared o por adherencias, etc.) en 63 casos (21.87%), 52 casos (18.05%) correspondieron a una patología de origen colónico, y los 44 casos restantes (15.29%) por otras causas.

De acuerdo a los criterios definidos en el protocolo del estudio, se incluyeron a 52 pacientes sometidos a cirugía abdominal urgente por afección colónica, la cual fue la tercera causa de cirugía abdominal urgente de forma global durante el tiempo descrito, de estos pacientes, 31(59.61%) fueron hombres y 21(40.38%) mujeres, con promedio de edad de 69 años de edad (rango de 46 a 92 años de edad), siendo la causa más frecuente de cirugía abdominal urgente de causa colónica fue la enfermedad diverticular perforada en 19 casos (36.53%), la cual afectó el 95% al colon sigmoidees exclusivamente, resolviéndose en el 100% de los casos mediante colostomía terminal, resección del segmento afectado, cierre distal y lavado con drenajes de cavidad peritoneal.

La enfermedad isquémica fue la segunda causa de cirugía abdominal urgente en 9 casos (17.3%), con afección en todos los casos de colon izquierdo y ocasionalmente, además, afectando recto también. Sólo en dos casos hubo afección de intestino delgado, el trastorno circulatorio se debió a colitis isquémica.

La oclusión intestinal fue la causa en 6 casos (11.53%), de la que fueron por neoplasia maligna en 4 casos (66.67%), vólvulo sigmoideo en un caso (16.66%) y

estenosis cicatrizal por diverticulitis de repetición previa a nivel de colon sigmoides en un caso (16.66%).

La hemorragia estuvo presente en 6 casos (11.53%), las causas de sangrado fueron enfermedad diverticular en 4 casos, en ambos casos se documentó hematoquezia debido enfermedad diverticular pancolónica con inestabilidad hemodinámica, anemia aguda persistente a pesar de transfusiones múltiples, lo que ameritó colectomía total en ambos casos.

El trauma abdominal 5 (9.61%) fue otra causa frecuente, siendo en 2 de ellas debido a herida de instrumento punzocortante que afectó a colon transverso, dos más por proyectiles de explosivo y arma de fuego respectivamente y uno más, por trauma abdominal cerrado debido a una caída de 10 metros de altura.

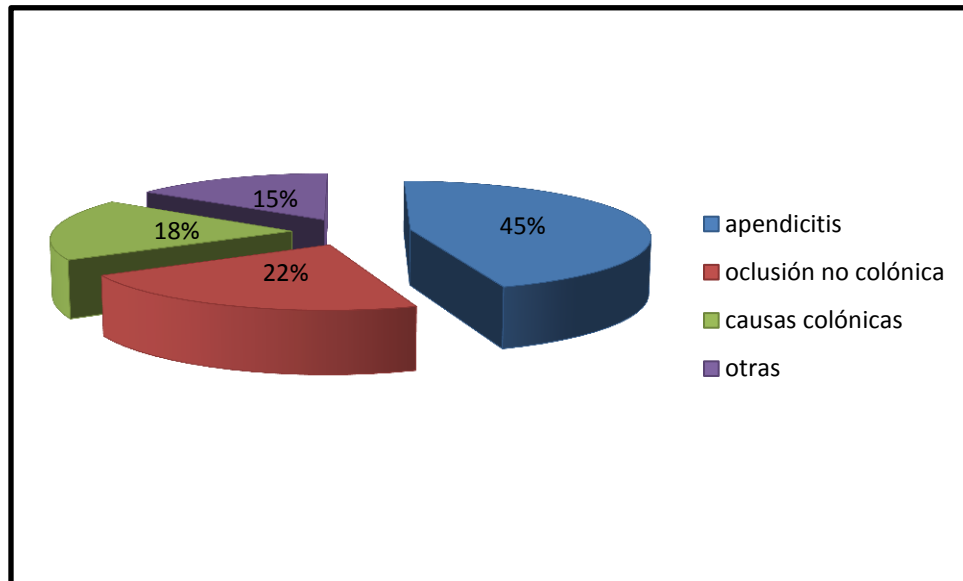
7 casos fueron por causas diversas (13.46%) como diverticulitis sin respuesta a tratamiento médico, síndrome de Ogilvie, colitis ulcerativa crónica inespecífica severa sin respuesta a tratamiento, colitis tóxica, perforación por empalamiento, perforación de origen parasitario y enfermedad de Crohn.

Se reportó una estadía hospitalaria de 23 días en promedio, y más de una quinta parte (21.15 %) del total de casos estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

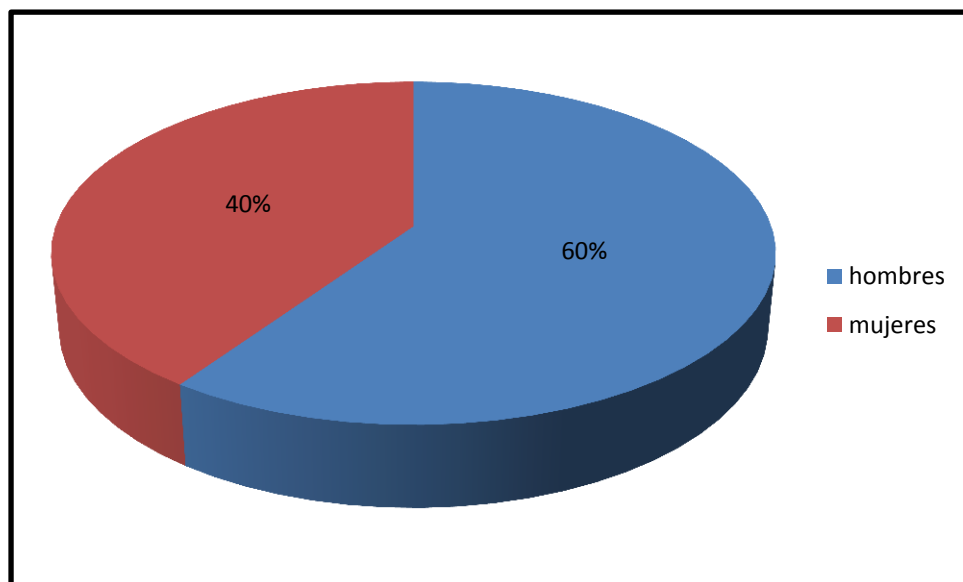
Las principales complicaciones postquirúrgicas observadas engloban padecimientos infecciosos e isquémicos. De los infecciosos (11 casos) se documentaron ejemplos de complicaciones leves como infección de pared abdominal hasta sepsis o íleo postquirúrgico debido a la formación de absceso residual, otras causas (2) fueron hemoperitoneo y oclusión intestinal por hernia interna postquirúrgica respectivamente. 3 Complicaciones extra intestinales postquirúrgicas se registraron: tromboembolia pulmonar, infarto y neumonía. Así

mismo se observó una mortalidad del 34.61% cuyas causas directas de fallecimiento se debieron principalmente a sepsis abdominal.

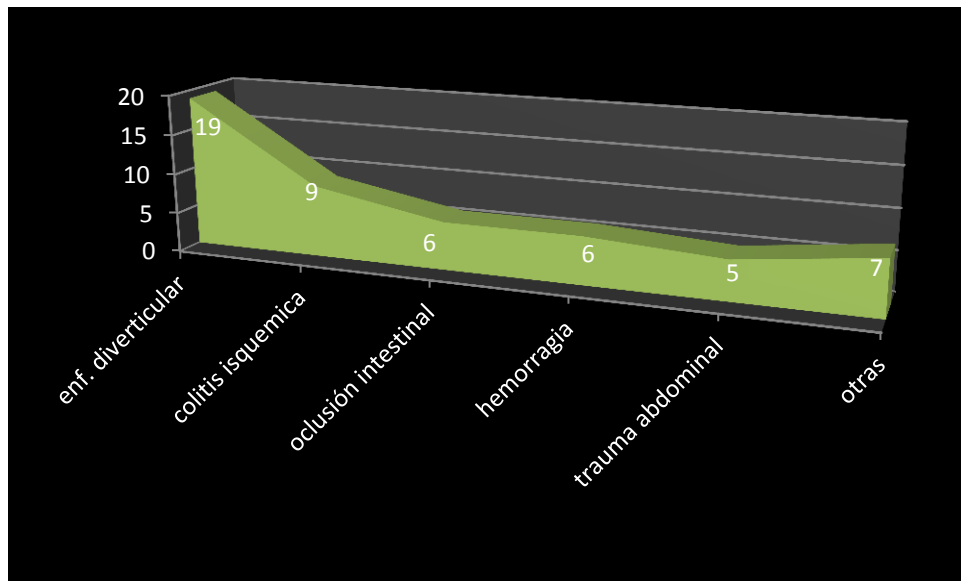
**PRINCIPALES CAUSAS DE CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE HGZ.No.7
MONCLOVA. COAHUILA 2006-2009.**



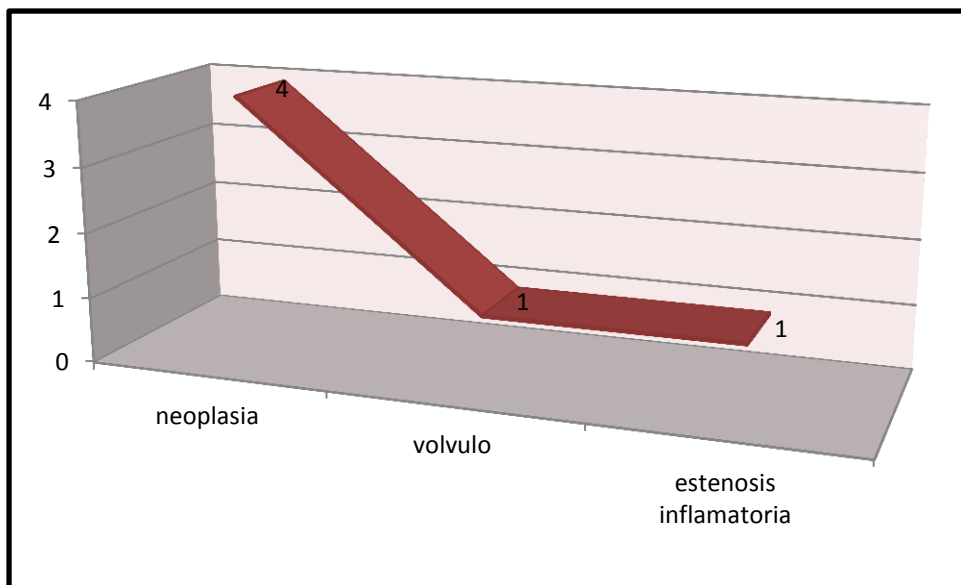
**DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL TOTAL DE CASOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL DE CAUSA COLÓNICA
HGZ.No.7. MONCLOVA.COAHUILA 2006-2009**



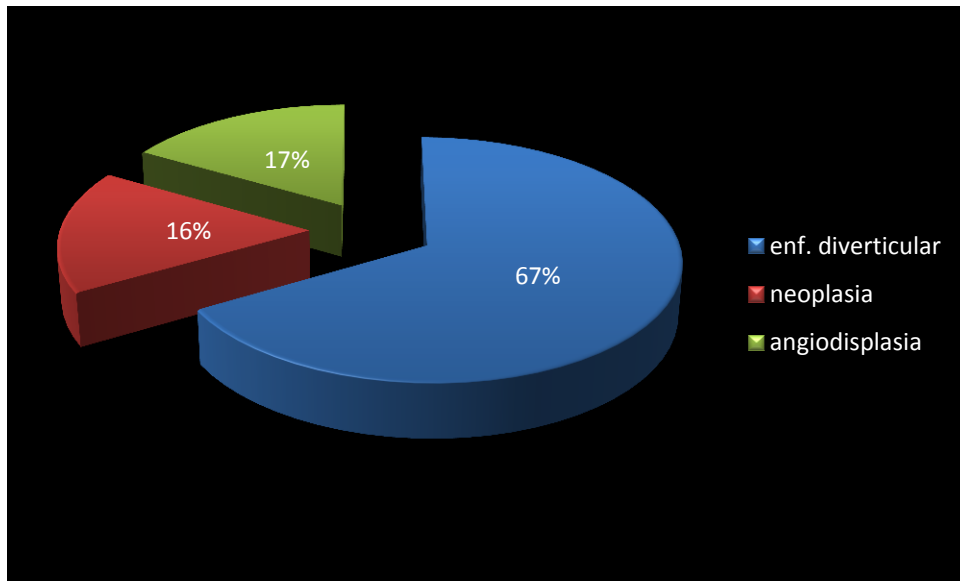
PRINCIPALES CAUSAS DE CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE POR PATOLOGÍA COLÓNICA HGZ. No.7 MONCLOVA.
COAHUILA 2006-2009



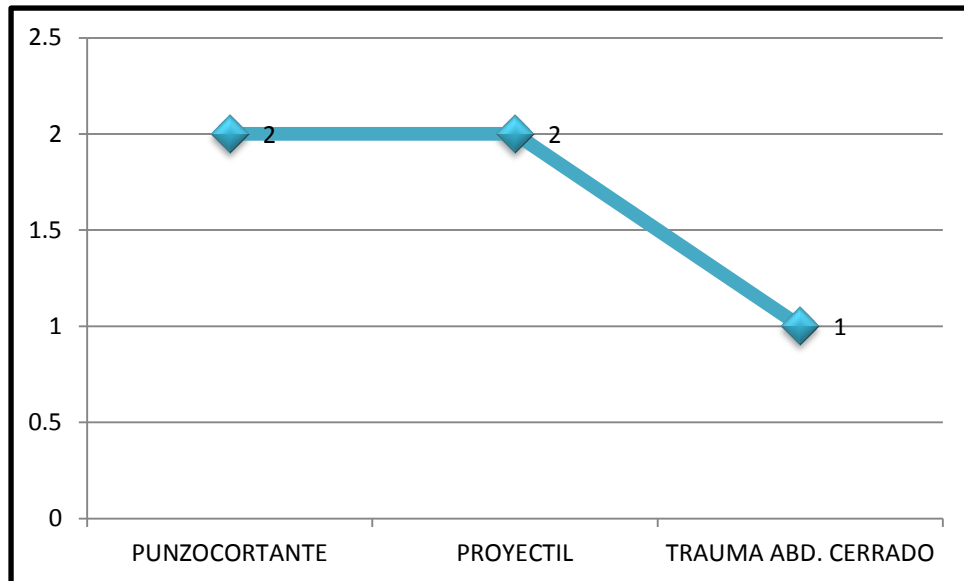
CAUSAS DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN CIRUGÍA ABDOMIAL URGENTE DE COLON. HGZ No. 7 MONCLOVA.
COAHUILA 2006-2009



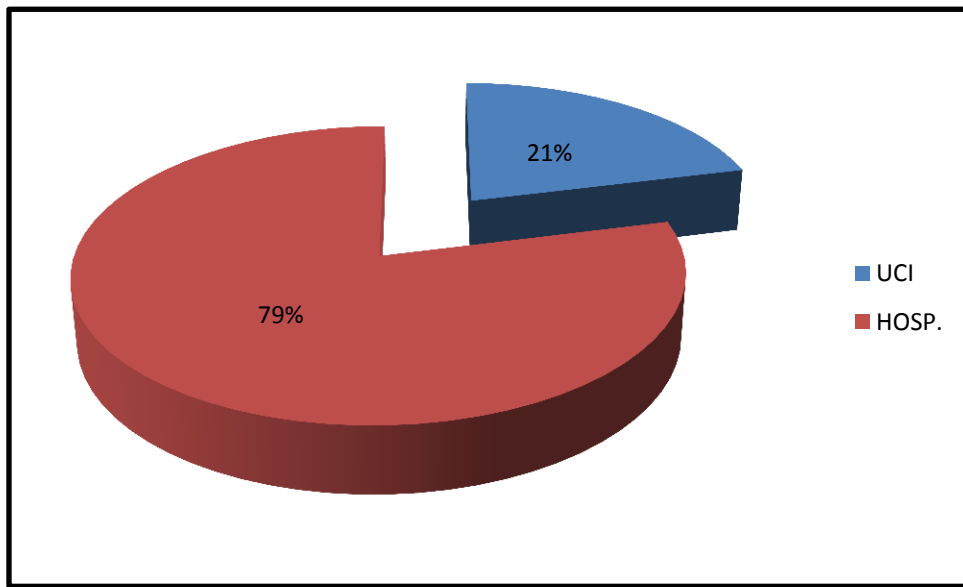
CAUSAS DE HEMORRAGIA EN CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE
DE CAUSA COLÓNICA HGZNo.7 MONCLOVA COAHUILA 2006-2009



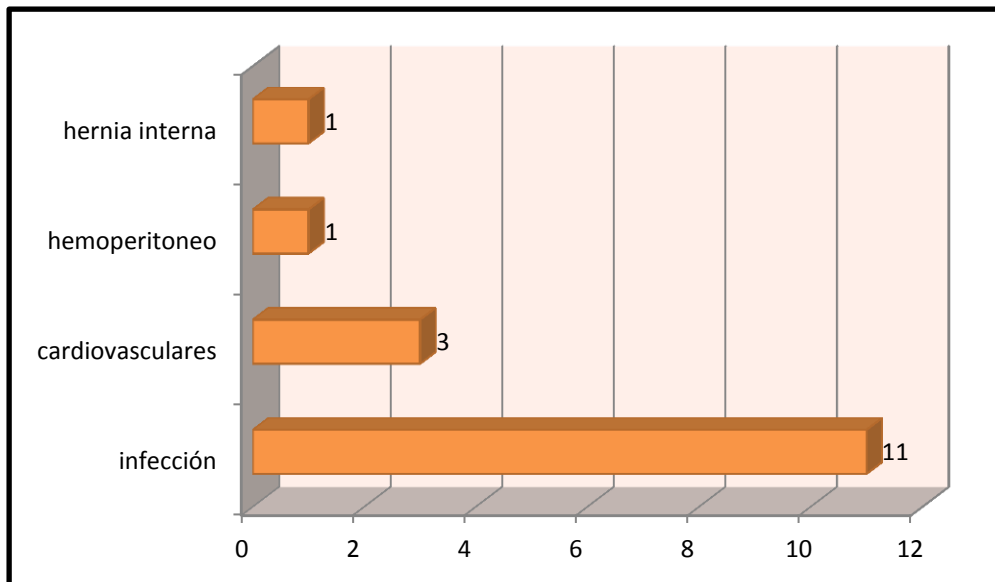
CAUSAS DE TRAUMA ABDOMINAL EN CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE DE CAUSA COLÓNICA HGZ.No.7
MONCOVA COAHUILA 2006-2009



PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REQUIRIERON DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POSTERIOR A CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE DE CAUSA COLÓNICA HGZNo.7 MONCLOCA COAHUILA 2006-2009



COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA ABDOMINAL URGENTE DE CAUSA COLÓNICA HGZNo.7 MONCLOVA COAHUILA 2006-2009



DISCUSIÓN

La experiencia obtenida en este estudio durante 3 años en pacientes sometidos a cirugía urgente por causa colónica, reveló que la causa más común de laparotomía exploradora por causa colónica fue la enfermedad diverticular complicada, siendo la perforación la complicación más frecuente seguida por la hemorragia y la oclusión colónica de origen diverticular, y aunque no se demostró en el presente trabajo, Biondo y cols. concluyeron en su estudio que además, la enfermedad diverticular fue un factor de mejor pronóstico que en aquellos pacientes en los cuales existieron otras patologías causales como la isquemia, la obstrucción, o la perforación de causa no diverticular. 1 Lo cual podría ser tema de otro trabajo de investigación considerando los resultados observados en el presente.

El procedimiento de rutina que se practicó invariablemente en esta unidad médica es el de dos tiempos quirúrgicos, que fue descrito a principios del siglo pasado, y que consiste en el drenaje y colostomía terminal, esta técnica fue empleada rutinariamente como procedimiento de elección en todos los casos independientemente de su causa.2-3

Esto probablemente se deba a la poca confianza del cirujano en realizar una anastomosis primaria habiendo una gran contaminación intra peritoneal o debido a las condiciones subyacentes del paciente, la falta de recursos técnicos y humanos para enfrentar las posibles complicaciones, limitando el daño a pesar de que ello tenga como consecuencia una segunda intervención, inclusive, más complicada técnicamente para efecto de restituir el tránsito intestinal.3

Aunque es ampliamente descrita la cirugía resectiva con anastomosis primaria en un tiempo quirúrgico en centros especializados, en cuyos trabajos han demostrado la similitud e inclusive, ventajas que con la técnica tradicional de dos tiempos quirúrgicos, en la morbilidad y mortalidad, y menor costo de hospitalización inclusive en estadios Hinchey III y IV, no parece ser un método muy popular en centros de segundo nivel de atención. 7,8,9.

Hicimos una revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a cirugía urgente por una causa colónica, y observamos que se trata de un fenómeno que conlleva una alta mortalidad. En la mayoría de las referencias bibliográficas existen factores asociados a mal pronóstico como la edad, patologías subyacentes, obstrucción, isquemia entre otras entidades presentes en la población estudiada en el presente trabajo. 4

La mortalidad registrada fue similar con lo reportado en estudios previos (alrededor del 35%).¹⁵

Una constante en la mayoría de la población del norte del país es la alta ingesta de carne roja, y baja cantidad de alimentos ricos en fibra especialmente en frutas y verduras, lo cual predispone a la presentación sintomática de la enfermedad diverticular, y puede ser el punto de partida para el advenimiento de posibles complicaciones. La dificultad para el tránsito colónico puede favorecer a la presencia de altas presiones en compartimentos colónicos, favoreciendo la hemorragia, la inflamación o la perforación diverticular. 7

Coahuila tiene especial predisposición a problemas derivados a la dieta y el sobre peso, lo que hace particularmente frecuente los trastornos de tipo digestivo, dentro

de ellos la enfermedad diverticular, el estreñimiento y las enfermedades anorrectales.

Lo anterior refuerza la idea de la prevención de muchas enfermedades digestivas tan sólo por la dieta y el ejercicio.

BIBLIOGRAFIA

1.- Biondo S, Jaurrieta E, Jorba R, et al. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in peritonitis and obstruction. *Br J Surg* 1997; 84: 222-5.

2.- Zorcolo I, Cobota L, Carlomagno N et al. Safety of primary anastomosis in emergency colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2003; 5(3): 262-9.

3.- Verge J, Del Río C, Calabuig R et al. Deseo y realidad en el diagnóstico y tratamiento del colon ocluido, perforado o sangrante a finales del siglo XX: Estudio multicéntrico de 38 hospitales. *Revista Mexicana de Coloproctología* 2005; 11(1): 8-18.

4.- Paton I, Mostafa G, Lincourt A. et al. Profile and significance of emergency colonic resections. *Am Surg* 2008; 74: 305-9

5.- Walz M, Paterson C, Seligowsky J et al. Surgical site infection following bowel surgery. *Arch Surg* 2005; 11: 1014-18.

6.- Koutroubakis J, Theodoropoulou A. Ischemic colitis: clinical practice in diagnosis and treatment. *World Gastroenterol* 2008; 14(48): 7302-08.

7.- Morris C, Harvey M, Stebbings L. et al. Epidemiology of perforated colonic diverticular disease. *Br M J* 2002; 78(925): 654-59.

8.- Schiling M, Maurer C, Kollmar O. et al. Primary vs secondary anastomosis after sigmoid colon resection for perforated diverticulitis (Hinchey III and IV). *Dis Colon Rectum* 2001; 44(5): 699-704.

9.- Ynag H, Huang H, Wang y. et al. Management of right colon diverticulitis: A 10-year experience. *World J Surg* 2006; 30: 1929-34

10.- Soumian S, Thomas S, Mohan P et al. Management of Hinchey II diverticulitis. *World J Gastroenterol* 2008; 21(47): 7163-69.

11.- Lamerriz W, Van Randen A, Bipat S et al. Graded compression ultrasonography and computed tomography in acute colonic diverticulitis. Meta-analysis of test accuracy. *Eur Radiol* 2008; 18: 2498-2511.

12.- Kaiser A, Jiang J, Lake J et al. The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography; Am J Gastroenterol 2005; 100: 910-17.

13.- Patrìti A, Contine A, Carbone E et al. One-stage resection without colonic lavage in emergency surgery of the left colon. Colorectal Disease 2005; 7: 332-38.

14.- John S, Teo S, Forster A et al. A prospective study of acute admissions in a surgical unit due to diverticular disease.. Dig Surg 2007; 24. 186-90.

15.- Frieri G, Pimpo M, Scarpignato C. Management of colonic diverticular disease. Digestion 2006; 73(1): 58-66.

16.- Salem L, Flum D. Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patients with diverticular peritonitis? A systematic review. Dis Colon Rectum 2004; 47(11): 1953-61.

17.- Abbas S. Resection and primary anastomosis in the acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature. *Colorectal Dis* 2007; 22: 351-57.

18.- Schwesinger W, Page C, Gaskill H et al. Operative management of diverticular emergencies. *Arch Surg* 2000; 135: 558-63.

19.- Seah D, Ibrahim S, Tay K. Hartmann procedure: Is it still relevant today? *J Surg* 2005; 75: 436-40.