



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA
RESIDENCIA DE CIRUGÍA GENERAL
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA



**USO SISTEMÁTICO DE SUTURA
EXTRAMUCOSA CONTINUA EN UN
PLANO EN CIRUGÍA
GASTROINTESTINAL**

AUTOR: Dr. Luis A. Herrera Hoyos

TUTOR: Dr. Eduardo Amaya Rocha

Cochabamba, Marzo de 2006

INDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCION	2
III.	JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	4
IV.	OBJETIVOS	4
	III. 1) GENERAL	4
	III. 2) ESPECIFICO	4
V.	MARCO TEORICO	5
VI.	HIPOTESIS	7
VII.	MATERIAL Y METODOS	7
	DISEÑO DE LA MUESTRA	8
	UNIVERSO	8
	VARIABLES	8
	DETALLES DE LA TECNICA	9
	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	10
VIII.	RESULTADOS	11
IX.	CONCLUSIONES	13
X.	RECOMENDACIONES	14
	ANEXOS	15
	BIBLIOGRAFIA	27

I. RESUMEN

El presente trabajo es un estudio prospectivo experimental y longitudinal, con el propósito de describir el comportamiento de la sutura gastrointestinal extramucosa continúa en un plano, evaluando sus ventajas y por lo tanto de esta manera poder comparar de forma subjetiva con la sutura gastrointestinal en dos planos.

El universo está constituido por treinta y tres (33) pacientes intervenidos de forma electiva o urgente, en el servicio de Cirugía General del Hospital "Clinico Viedma" en el período comprendido entre marzo de 2005 a enero 2006; de ellos veintiséis (26) operados urgentemente para un 79 % con diagnóstico de trauma abdominal mas lesión gastrointestinal, y siete (7) electivos para un 21 %, a los que se le realizo anastomosis colo rectal. Fueron excluidos aquellos pacientes con desnutrición sepsis abdominal y diabetes descompensada.

En relación a la edad la mayoría se encuentra entre los 20 a 45 años, sin embargo los paciente sometidos a anastomosis colo Rectal la edad fue superior a los 50 años. El sexo no fue tomado en cuenta por no tener relevancia para este estudio.

Se realizó sutura continua extramucosa en 13 lesiones de I. Delgado, de los cuales a 2 se les realizo reseccion intestinal mas anastomosis, también se ralizo 15 colorrafias, 4 gastrorrafias y 7 colo rectoanastomosis.

El tiempo quirúrgico fue de menos de 2 hrs. en la mayoría de los pacientes.

La dehiscencia de sutura fue de cero y solo se presento una estenosis en una paciente con colo rrectoanastomosis baja. La alimentación oral se inicio al 2º día en la mayoría de los paciente y al 4º dia en las colo rectoanastomosis.

PALBRAS CLAVES: SUTURA GASTROINTESTINAL EXTRAMUCOSA CONTINUA EN UN PLANO, DEHISCENCIA DE SUTURA, ESTENOSIS ALIMENTACION VIA ORAL.

II. INTRODUCCION

La sutura intestinal ha sido durante años una preocupación de los cirujanos, que en lucha contra la dehiscencia y la estenosis, han buscado diferentes procedimientos que van desde la sutura en 1, 2 y hasta 3 planos, es así que, la selección de la técnica a utilizar en la sutura digestiva constituye todavía un aspecto controversial y de discusión hoy en día. El logro de una adecuada y segura anastomosis gastrointestinal ha sido una preocupación y reto en el que hacer diario de los residentes y especialistas en cirugía general (1 y 2) .

En 1826 Jobert y Leubert establecieron las bases científicas de la sutura intestinal; en 1843, Raybard realizó la primera anastomosis del colon y Disfeubach la primera termino terminal del intestino delgado en 1936. Y desde entonces, empezó a plantearse un gran interrogante acerca de la dehiscencia de sutura, que es la más temida de las complicaciones de éste proceder.

Desde 1887 Halsteed (3) destacó las ventajas de la sutura gastrointestinal en un plano, preconizando la inclusión de la submucosa en el plano de sutura; pues opinaba que un segundo plano era perjudicial por considerarlo más traumático, más lento, menos económico y reduce la boca de la anastomosis. Estos argumentos fueron ratificados en el transcurso del tiempo por varios autores (4, 5, 6, 7 y 8) .

Pierre Jourdan (9) , conjuntamente con Duburg, introdujeron en 1931 en Francia, de forma experimental y clínica la sutura en un plano. De igual forma, Wangensteed usaba esta técnica en la primera resección conservadora por Carcinoma de recto, en 1945.

Más tarde, Pierre Jourdan, reconocido como el pionero de la sutura intestinal en un plano sin toma de la mucosa, destacó la superioridad de esta técnica; la cual brinda mejor apariencia al “rostro interno” de la anastomosis, respetando al máximo las redes vasculares de los cortes anastomóticos y le conserva a la boca sus posibilidades de expansión

diametral. Muchas décadas después lo confirma Chapuis Y. en su trabajo titulado "Suture des tuniques digestives en un plan: Hommage à Pierre Jourdan, son promoteur" (10).

En la opinión de Zoedler y colaboradores (12), la sutura en un plano ha demostrado clínico y experimentalmente ser superior a la de dos planos con respecto a la reducción de la luz intestinal, la estrangulación del tejido y a la resistencia anastomótica después del quinto día de haberla realizado.

En Cuba, la sutura en un plano se empezó a utilizar en 1972, en el servicio de Cirugía general del Hospital Clínico-Quirúrgico "10 de Octubre" por el profesor Hermán Pérez Oramas, basándose en la experiencia adquirida en Francia por el Dr. Gerardo de la Llera (13).

Posteriormente, de Diego publica en 1976 su Trabajo de Terminación de la Residencia de "Sutura gastrointestinal y biliodigestiva en un plano". Respectivamente en 1982 y 1985 los doctores Zulema Canasí Piñeiro y Alberto Marrero Figueroa publicaron también sus tesis intitulados "Sutura digestiva en un plano"; y en 1995 en la Revista Cubana de Cirugía apareció publicado un trabajo titulado "Uso sistemático de la sutura continua extramucosa en cirugía de colon" (14, 15 y 16).

De forma similar sucede en las anastomosis colono rectal, donde las capas musculares del muñón rectal sostienen los puntos con mucha dificultad, por la ausencia de serosa. Y cuando realizamos una anastomosis digestiva de este tipo en dos planos en la parte baja de la pelvis, no es fácil colocar los puntos, fundamentalmente en la cara posterior, por donde se produce la filtración, siendo más fácil a este nivel la anastomosis en un plano en forma continua.

En la opinión de Juan Manuel Astiz y colaboradores (16), la técnica de la sutura continua extramucosa en las anastomosis intestinales es superior a la de dos planos respecto a la

resistencia anastomótica después del quinto día del postoperatorio, la reducción de la luz intestinal y la estrangulación del tejido. Este autor y su equipo de trabajo han usado durante 32 años la sutura en un plano, mediante surjet extramucoso en 863 pacientes, realizándoles 904 anastomosis gástricas, yeyuno ileales y colono rectales; llegando a la conclusión de que el método es sólido. Este criterio es, además, reforzado por muchos otros (17, 18, 19 y 20).

III. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Basándose en lo anteriormente planteado, en las valiosas experiencias de los distintos profesores del servicio de Cirugía General de nuestro hospital y en la ausencia de un trabajo investigativo relacionado con el tema en nuestro Hospital, es que decidimos llevar a cabo un estudio prospectivo experimental y longitudinal en el cual se espera demostrar las ventajas de la sutura gastrointestinal extramucosa continua en un plano teniendo esta el mínimo de complicaciones.

Si partimos del principio que una sutura óptima es aquella que tenga, hemostasia adecuada, sutura impermeable, menor estenosis, máxima resistencia, irrigación adecuada de los bordes, lesión mínima en el segmento de la anastomosis y que evite la producción de adherencias, no vemos cuál de ellos viole la sutura continua extramucosa.

IV. OBJETIVOS

1.- OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la eficacia de la sutura extramucosa continua en un plano en cirugía gastrointestinal

2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Valorar la existencia de dehiscencia con la sutura continua extramucosa en un solo plano
- Valorar la existencia de estenosis con esta técnica de sutura

- Determinar que otro tipo de complicaciones se presentan con esta sutura
- Determinar en que segmento del tubo gastrointestinal la sutura tiene mejor pronóstico

V. MARCO TEORICO

Como paso previo al análisis estadístico, creemos que resulta imprescindible exponer algunos aspectos importantes que constituyen la base y principios de la sutura gastrointestinal en un plano, así como los detalles de las técnicas utilizadas en nuestro trabajo investigativo.

Una anastomosis digestiva debe ser segura y para alcanzar este éxito, se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- . Hemostasia.
- . Impermeabilidad.
- . Calibre adecuado.
- . Resistencia.
- . Satisfactoria irrigación de los bordes.
- . Mínimo trauma que impida las adherencias.
- . No tensión en la línea de sutura (21, 22, 23 y 24)).

Todos estos factores fueron estudiados detenidamente mediante la introducción de la microangiografía, investigación que trata de hacer visible el patrón vascular de los distintos tipos de anastomosis en la sutura con la inversión de capa simple. Estos estudios angiográficos plantean igualmente que la continuidad histológica de la mucosa y la recuperación de las capas musculares ocurren más rápidamente utilizando los métodos de sutura monopiano y que la cicatrización puede ser más rápida. Lo que justifica la generalización mundial en el uso de este