

**RESULTADOS DE LA
RESTITUCION DEL TRANSITO
INTESTINAL DESPUES DE LA
OPERACION DE HARTMANN**

C.N.S. - COCHABAMBA - 2000

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	2
III. RESUMEN	7
IV. OBJETIVOS	8
V. MATERIAL Y METODOS	8
VI. TIPO DE INVESTIGACION	9
VII. UNIVERSO	9
VIII. VARIABLES	9
IX. CRITERIOS DE INCLUSION	10
X. CRITERIOS DE EXCLUSION	10
XI. PROCESO	10
XII. RESULTADOS	11
XIII. CONCLUSIONES	13
XIV. RECOMENDACIONES	14
XV. ANEXOS	15
XVI. BIBLIOGRAFIA	22

RESULTADOS DE LA RESTITUCION DEL TRÁNSITO INTESTINAL

DESPUÉS DE LA OPERACIÓN DE HARTMANN

LINTRODUCCION: En las urgencias quirúrgicas del colon que requieren algún tipo de resección parcial del órgano, hay dos alternativas: abocar ambos extremos a manera de una colostomía doble, o bien realizar una intervención tipo Hartmann con cierre del muñón distal y colostomía terminal.

Es muy angustiante para el paciente sometido a una intervención por abdomen agudo, el constatar una colostomía después de su operación, sobre la cual no fue advertido previamente por su cirujano.

El tener una colostomía es una situación relativamente limitante, que tiene muchas implicancias en lo social y económico y hacen sentirse al paciente anormal y minusválido.

Surge pues la necesidad de reconstruir el tránsito dentro de un plazo prudente.

La reconstrucción del tránsito colónico después de la operación de Hartmann es aparentemente más laboriosa y difícil, que restablecer una colostomía doble.

El propósito de este trabajo es analizar la morbi-mortalidad de la reconstrucción del tránsito colónico después de la operación de Hartmann.

II. MARCO TEORICO: COLON-RECTO: El colon mide aproximadamente 90 a 150 cm de longitud, se extiende desde el ileon al recto. La porción más ancha es el ciego, disminuyendo de diámetro, hasta llegar al sigmoides, cuya porción más estrecha tiene un diámetro aproximado de 2.5 cm.

Las capas de la pared del colon incluyen: mucosa, submucosa, músculo circular interno, músculo longitudinal externo y serosa.

El colon ascendente, el descendente y la superficie posterior de los ángulos hepáticos y esplénicos del colon suelen ser retroperitoneales, en tanto que el ciego, colon transverso y sigmoides, son intraperitoneales.

Irrigada por ramas de la arteria mesentérica superior, mesentérica inferior y arteria de Drummond. El drenaje linfático sigue el riego arterial del colon, los ganglios situados en la pared del intestino (epicólicos), a lo largo de su borde interno (paracólicos), alrededor de las arterias mesentéricas (intermedios) y alrededor del origen de las arterias superior e inferior (principales). Inervados por nervios simpáticos y parasimpáticos.

FISIOLOGIA: El colon es mucho más que un receptáculo y un conducto para los productos finales de la digestión.

Este órgano absorbe agua, sodio y cloruro, y secreta potasio, bicarbonato y moco, es el sitio de digestión de ciertos carbohidratos y proteínas. Proporciona el ambiente para la producción bacteriana de vitamina K.

El intestino grueso aloja una población microbiana densa cuyas bacterias constituyen casi un tercio del peso seco de las heces. Cada gramo de estas últimas contiene 10 a la 11 a 10 a la 12 bacterias, con predominio de las anaerobias sobre

las aerobias, por un factor de 10 a la 2 a 10 a la 4. Las especies mas comunes son bacteroides. Echerichia Coli.

Estas bacterias endógenas suprimen el desarrollo de microorganismos patógenos, tienen una acción importante en el catabolismo de carbohidratos y proteínas, participan en el metabolismo de múltiples sustancias (bilirrubinas, acidos biliares, estrógenos y colesterol), y producen ciertos elementos benéficos como la vitamina K.

El gas del colon puede provenir del aire deglutido , difusión de la sangre y producción intraluminal.

Cinco gases constituyen hasta 98 % del gas del colon: nitrógeno, oxígeno, dióxido de carbono, hidrógeno y metano. Una persona normal elimina unos 600 ml de flatos diarios (varían de 200 ml a 2000 ml / día).

OPERACIÓN DE HARTMANN: Descrita por el francés Henry Hartmann en 1921 para el tratamiento del cancer rectal proximal.

Es uno de los tratamientos quirúrgicos recomendados, en casos de urgencias colónicas, cuando el intestino no está preparado. Suele researse el segmento afectado , cierre del segmento distal y hacer una colostomía proximal.

La resección de Hartmann es un tipo de resección de compromiso que se utiliza en ocasiones para el cáncer rectal. Incluye resear recto, colon sigmoides o ambos y una colostomía terminal, pero evita las anastomosis y disección perineales del recto distal y el perineo.

Este procedimiento se utiliza con mayor frecuencia para el tratamiento de diverticulitis del sigmoides, pero puede usarse para el tratamiento de cáncer de

recto si ha existido una gran obstrucción o sepsis que impide una anastomosis segura.

También es útil en pacientes de edad avanzada o muy inestables en los que es posible lograr un borde distal adecuado , pero no es apropiada la anastomosis porque el procedimiento no debe prolongarse o es posible que el esfínter no funcione de manera adecuada en una anastomosis muy baja. Si no existe alguna razón para anticipar una obstrucción distal del segmento rectal puede cerrarse el extremo distal y dejarse en la cavidad peritoneal.

Si hay alguna estrechez o cualquier otra obstrucción distal, se hace una fístula mucosa con el recto distal.

Cuando se practica la operación de Hartmann suele anticiparse que es una situación temporal que concluirá finalmente con una anastomosis colorrectal para restablecer la continuidad intestinal.

En ocasiones esta anastomosis final no es segura ni factible y el procedimiento de Hartmann se constituye en la operación definitiva.

Por esta razón es necesario elegir de manera cuidadosa el sitio del estoma, porque estas colostomías "temporales" pueden volverse "permanentes".

LA RESTITUCION DEL TRANSITO COLONICO después de esta operación de Hartmann presenta algunos problemas técnicos, como ser las lesiones residuales, el descenso del cabo proximal liberando el ángulo esplénico del colon para evitar tensiones en la sutura y otros factores como la anatomía del paciente.

Las complicaciones de este procedimiento pueden deberse fundamentalmente a problemas técnicos como una mala preparación pre operatoria colónica, una mala

técnica quirúrgica, a enfermedades asociadas que influyen en el estado inmunológico del paciente, siendo la complicación mas temida la dehiscencia de la sutura anastomótica, y complicaciones posteriores como hernias incisionales, fistula entero-cutanea, obstrucción intestinal, ya sea por bridas y adherencias o estenosis de la boca anastomótica.

A pesar de estas complicaciones esta cirugía de reconstrucción del tránsito tiene escasa morbi-mortalidad en manos especializadas que siguen un esquema de técnica quirúrgica bien establecida.

A continuación se describirá brevemente algunos de los casos más frecuentes en los que se realiza la operación de Hartmann.

VOLVULO COMPLICADO: El vólvulo es un trastorno con torcimiento de un segmento del intestino lleno de aire alrededor de su mesenterio estrecho, que origina una obstrucción que puede causar estrangulamiento y gangrena. Los sitios mas comunes son sigmoide, ciego y transverso.

Los síntomas mas importantes es el dolor abdominal, cólicos, distensión y estreñimiento intenso u obstipación. La presencia de leucocitosis , fiebre o pruebas de irritación peritoneal en el examen fisico sugiere gangrena intestinal. La radiografía simple de abdomen puede establecer el diagnóstico.

Si se sospecha gangrena o el paciente tiene signos de irritación peritoneal es necesario hacer una exploración quirúrgica urgente.

DIVERTICULITIS COMPLICADA CON PERITONITIS: La enfermedad diverticular en colon, cuando se complica con perforación y salida de heces de la

luz a la superficie serosa del colon, con contaminación fecal peritoneal generalizada diseminante, cuando las defensas peritoneales normales, no localizan de inmediato la infección causada por el divertículo perforado.

COLITIS ISQUEMICA: En un pequeño número de pacientes se encontrará isquemia grave que incluye el grosor total de la pared del colon. Esta situación se caracteriza por signos de necrosis intestinal con dolor abdominal intenso, peritonitis y toxicidad sistémica.

CANCER DE COLON COMPLICADO: Cuando esta patología se complica con: obstrucción y/o perforación, y cuando la neoplasia se encuentra muy baja, que no es posible exteriorizar el extremo distal del colon.

Otras patologías más frecuentes en nuestro medio, como el **FECALOMA**, que no puede resolverse con medios mecánicos, o cuando se complica con perforación y peritonitis estercorácea.

Otras causas de realización de esta cirugía son las **LESIONES PENETRANTES DEL COLON**, ya sea por arma blanca o por arma de fuego.