COMUNICACION

ANASTOMOSIS MECANICA CON S.P.T.U. y E.E.A.

DRES. JUAN M. ASTIZ *, ARTURO HEIDENREICH **, GUSTAVO DEVEAUX y
MARIO BEAUDO

De los Servicios de Cirugía del Hospital Alemán, Buenos Aires y de la Clínica
Guemes, Luján, Provincia de Buenos Aires

En los últimos años el desarrollo de las anastomosis mecánicas ha sido motivo de llamativo inter-
és. Sin embargo aún no se han obtenido datos definitivos que señalen la superioridad de este tipo
de sutura sobre la manual, especialmente a nivel colorrectal.

Si bien es cierto que se reconoce que mediante el procedimiento automático se logran anastomosis
más bajas, con lo que se evita cierto porcentaje de colostomías definitivas, no está bien claro que este
tipo de sutura intestinal sea más rápido, limpio y tenga menos morbilidad que el procedimiento
manual. Por otra parte no se puede negar la incidencia que tienen las anastomosis mecánicas en los
costos operativos.

Con el propósito de estudiar nuestros resultados con las anastomosis digestivas mediante aparatos
de sutura terminoterminal, reunimos 65 procedimientos efectuados en los Servicios donde actuamos.
y 15 con E.E.A. De ellas 9 fueron esofagogástri-
cas, 15 esofagoyeyunales, 40 colorrectales y 1 íleo-
rectal. Se trató en casi todos los casos de neoplasias esofágicas, gástricas o rectocólicas.

Los cánceres del esófago fueron de 1/3 medio y se abordaron mediante laparotomía mediana supra-
umbilical de liberación y toracotomía posterolateral
derecha. La anastomosis esofagogástrica se efectuó intratorácica y bien alta.

En los cánceres del estómago que requirieron
gastrectomía total, se restableció la continuidad
mediante anastomosis esofagoyeyunal termino-
lar en Y de Roux.

Las anastomosis colorrectales se efectuaron lue-
go de resecciones anteriores oncológicas en todos
los casos, menos 2. De ellas 14 fueron altas y 26
bajas. En una oportunidad se restableció el tráns-
ito de una operación de Hartmann.

Complicaciones relacionadas con la anastomosis

La sutura mecánica tiene complicaciones que le
son propias o preponderantes y otras que compar-
te con la anastomosis manual. Las primeras son
principalmente intraoperatorias y entre ellas me-
cionaremos: herida al introducir el aparato, yun-
que no extraíble, lesión al extraer el aparato, pé-
dida anastomótica, falla total y hemorragia. estas
complicaciones parecen estar relacionadas más con
fallas del cirujano que con defectos del procedi-

Material y Métodos

Entre el 1º de enero de 1980 y el 31 de marzo
de 1985, se ejecutaron 50 anastomosis con S.P.T.U.

* Miembro Correspondiente Nacional.
** Miembro Académico Titular, Professor Adjunto de
Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos
Aires.

Leida en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del
12 de junio de 1985.
Las complicaciones postoperatorias son: dehiscencia, estenosis, incontinencia y fístula rectovaginal.

Podemos mencionar también una serie de complicaciones que de alguna manera se relacionan con cualquier tipo de anastomosis: abscesos distantes, infección de la herida, hemorragia tardía, obstrucción por adherencias, ileo prolongado, etc.

La dehiscencia anastomótica puede manifestarse de acuerdo a Gárriz de 4 formas: 1) no sintomática, hallazgo radiológico casi siempre, sin significación clínica; 2) fístula estercérea; 3) absceso para-anastomótico y 4) infección generalizada de la serosa adyacente.

En este trabajo tomaremos en consideración únicamente las dehiscencias con manifestación clínica. No creemos útil ni conveniente la investigación sistemática radiológica precoz en las anastomosis colorrectales. En cambio sí lo es la radiología contrastada de rutina al 7º día en las anastomosis que comprometen el esófago.

Cuando se refiere estenosis o estrechez en el lugar de la anastomosis es necesario efectuar una cuidadosa definición. El criterio más estricto, diámetro menor de 18 mm, obviamente dará mayor frecuencia de la complicación, pero se considerarán numerosos pacientes asintomáticos y estrecheces que se dilatan espontáneamente. Creemos que deben considerarse como tales, sólo las que tienen exteriorización clínica.

La causa de la estenosis secundaria a anastomosis mecánica circular no está totalmente explicada. La reacción a cuerpo extraño es altamente improbable dado el material que se usa. Tampoco puede exclarse como secundaria a dehiscencias subclínicas con fibrosis que llevarían a estenosis, ya que la dehiscencia es tanto o más frecuente en las anastomosis manuales y las estenosis más raras. Cuando se establece una colostomía, Graffner notó mayor tendencia a la estenosis.

Para Waxman la estenosis podría estar relacionada con la cicatrización de capas seromusculares expuestas hacia la luz intestinal, con escasa tendencia a eubrirse rápidamente por mucosa, combinada con aplastamiento e isquemia de los tejidos. Este último factor parece jugar un papel preponderante y el exceso de denudación de los cabos intestinales puede ser la causa principal de la estenosis.

La incontinencia de grado variable es frecuente en las resecciones anteriores bajas pero es un fenómeno pasajero en casi todos los casos. La fístula rectovaginal es privativa de las anastomosis mecánicas muy bajas y su frecuencia es escasa.

**Resultados**

No hubo mortalidad en la presente serie. Las complicaciones intraoperatorias fueron 3, todas con S.P.T.U.; yunque no extraible por sección intestinal incompleta, que se atribuyó a defecto en el armado del aparato o a aproximación incompleta de los mangos. En un caso la anastomosis esofagoyeyunal se rehizo a mano; las otras 2 anastomosis colorrectales, se recubrieron en forma mecánica sin inconvenientes.

Entre las complicaciones postoperatorias podemos mencionar 6 estenosis: 2 se produjeron con el E.E.A. en anastomosis colorrectales bajas, 1 requirió colostomía transversa y el enfermo se negó a ulterior intervención, 1 evolucionó bien con dilataciones durante 1 año en que se descubrió recidiva anastomótica que obligó a colostomía, tratamiento radiante y citostáticos; las 4 restantes fueron halladas luego de operaciones con el S.P.T.U.; 2 esofagogástricas, se dilataron endoscópicamente y 2 esofagoyeyunal y colorrectal tuvieron que ser operadas. Esta última tenía una colostomía previa, que se mantuvo en el postoperatorio, era total y la corrección se logró, como recomendará Gárriz mediante colostomía longitudinal y sutura transversal con excelente resultado.

No hubo dehiscencias con manifestaciones clínicas ni radiológicas y no se produjeron supuraciones de la herida operatoria.

**Comentario**

En la comparación de los resultados de las anastomosis mecánicas entre sí y con las anastomosis manuales, debe tenerse presente que casi todos los estudios de la literatura fueron históricos, retrospectivos y secuenciales, en vez de prospectivos randomizados.

Es indudable que la anastomosis mecánica permite suturas colorrectales más bajas que las que se pueden efectuar a mano por vía abdominal. Ello ha llevado a un notable aumento del porcentaje de operaciones con conservación esfinteriana. En la experiencia de Bonadeo la proporción subió del 39 al 85% para los del 1/3 medio del recto y del 63 al 95% para los del 1/3 superior.

Según Graffner la sutura mecánica puede salvar hasta un 12% de rectos que de otra manera serían extirpados.

Para Waxman este tipo de anastomosis ha evitado en algunos centros que el 60% de pacientes con tumores bajos, padecieran colostomía definitiva.

Se le ha atribuido a la sutura mecánica el inconveniente de aumentar las recidivas pelvianas al
evitar colostomías definitivas 18, pero ello no es así. En realidad la operación básica y la disección rectal es similar a la amputación abdominopereinal. El cirujano criterioso debe siempre guardar un margen inferior adecuado.

En realidad la sutura mecánica, al lograr anastomosis más bajas, mejora los márgenes de seguridad en numerosas oportunidades 1-5, 12-22. Más que comparar recurrencias con resecciones anteriores anastomosadas a mano, siempre más favorables, habría que compararlas con amputaciones abdominoperineales.

Por otra parte hay que tener en cuenta que el anillo distal proporciona 1 cm más de margen y la facilidad de su estudio histológico 12.

Según Bonadeo 3 los resultados de la literatura permiten suponer que el aumento en la utilización de técnicas conservadoras por medio de suturas mecánicas, no disminuirá las perspectivas de curación en los pacientes con tumores del tercio medio del recto.

Una ventaja adicional de la anastomosis automática es la disminución de las colostomías transversas de protección. En un trabajo reciente, aún inédito, pudimos demostrar esa característica. La misma opinión tienen Gárriz 7 y Graffner 19, que no la usan en forma rutinaria en las anastomosis bajas. Heald 14 en cambio cree que en las anastomosis por debajo de los 7 cm, conviene efectuarla porque el riesgo de dehiscencia es mayor.

Pero el uso de la colostomía tiene un serio inconveniente, aumenta el porcentaje de estenosis postoperatorias.

Gárriz 8 mediante un cuidadoso estudio notó en la sutura mecánica un acortamiento del diez postoperatorio. Esa característica también nos ha llamado la atención a nosotros, aunque para Reiling 29 la intubación nasogástrica y los días de interrupción son similares a los de las técnicas convencionales.

Disentimos con Ravitch 28 en que la anastomosis mecánica es más fácil, limpia y rápida. No es más fácil ya que el error de técnica es siempre grave y con el procedimiento hay una serie de complicaciones intraoperatorias, casi todas dependientes de la destreza quirúrgica, que no se observan en las costuras manuales, y que llegaron al 15% en la encuesta de Smith 29. Tampoco es más limpia ya que incluye tiempos intraluminales de entrada y salida de un aparato en cierto medida voluminoso.

En cuanto a la rapidez, se puede tener en cuenta a Gárriz 8 y Lowdon 22, que opinan que la sutura mecánica disminuye el tiempo operatorio, sobre todo en las anastomosis esofágicas y rectales bajas, pero Reiling 29 cree que realmente no se gana tiempo, ya que la ejecución de la anastomosis lleva poco tiempo. En realidad, la mayoría del mismo se consume en la exploración, movilización, resección y cierre del abdomen. Creemos que en este factor, como en otros referentes a los resultados operativos, en mucho depende la ubicación del cirujano en la curva de aprendizaje normal de un procedimiento nuevo 24. Es evidente que a mayor experiencia más rapidez, eficiencia y mejores resultados 15, 17-21. Es difícil comparar un procedimiento en proceso de maduración con otro que se ha realizado con una frecuencia muchísimo mayor.

La dehiscencia anastomótica, o mejor dicho su ausencia, marca la seguridad del procedimiento anastomótico. Creemos que deben tenerse en cuenta únicamente las dehiscencias con manifestaciones clínicas: fístula, absceso, peritonitis o pleurésia.

La pequeña fístula colorrectal asintomática, buscada y hallada por Goligher 11 en el 25% de sus anastomosis mediante enema de gastrografía al 7º día del postoperatorio, no tiene significado clínico. Por otra parte no nos parece conveniente hacer ese tipo de maniobra diagnóstica en cierto modo agresiva, en una sutura en vías de curación y en un paciente que no la necesita.

En los trabajos de la literatura no siempre es fácil comparar resultados. Left 21 destaca que su promedio de dehiscencias sintomáticas en cirugía colorectal fue del 8,4% más alto que el de las hechas a mano. Pero las fístulas se produjeron en la mayoría de los casos a niveles en que la sutura manual hubiera sido imposible.

Tanto Lowdon 22 como Postlethwait 27 destacan mucho menor fistulización con las anastomosis esofágicas torácicas mecánicas. En cambio Santangelo 31 no obtuvo buenos resultados con ese tipo de anastomosis en el cuello. Estos datos pueden volver a actualizar la discusión entre los que prefieren anastomosis cervicales con dehiscencias poco peligrosas y los que se inclinan, como nosotros, por las anastomosis intratorácicas altas, usando la "sutura mecánica", en los carcinomas de tercio medio e inferior del esófago 31.

El estudio de Gárriz 8 parece definitivo. Compuesta 111 resecciones colónicas con anastomosis manuales terminoterminales con 25,2% de dehiscencias y 10,8% de mortalidad, con 74 anastomosis mecánicas de las mismas características, con 1 dehiscencia y 1 muerte (1,85%). Resultados similares obtiene Kennedy 39.

En nuestra serie no hemos tenido dehiscencias clínicas ni mortalidad, lo que representa una mejo-
ría sobre los resultados obtenidos con la anastomosis manual y con la amputación abdominoperineal y están de acuerdo con los resultados obtenidos por Gárriz y Bonadeo.

Como ya vimos la estenosis es más frecuente con las anastomosis mecánicas que con las manuales y más comúnmente observada con los cartuchos chirios que con los de 31 o 32 mm. En la encuesta realizada por Smith sobre 3.594 casos, halló 8,8% de estenosis pero sólo el 0,4% requirió reparación quirúrgica. Evidentemente la estenosis es un problema de la anastomosis mecánica, pero habitualmente puede ser dilatada. Perera y colaboradores en un trabajo experimental y comparativo observaron en una anastomosis mecánica mayor necrosis y cicatrización por segunda, lo que podría explicar la mayor tendencia a la estenosis. Estos hallazgos no coinciden con los hallados por Santángelo y colaboradores en un estudio anterior, quienes creyeron haber demostrado la superioridad de la anastomosis mecánica sobre la manual en las variables clínicas y anatomopatológicas encontradas.

Tuvimos 6 pacientes con estenosis postoperatorias (9,2%) y debimos operar 2 de ellos, lo que representa un porcentaje elevado. Ello se explica porque la colorrectal, contemporánea a colostomía previa había hecho una membrana total ya descripta por Waxman y la esofagoyeyunal ocurrió luego de larga evolución.

Merece mencionarse el original trabajo de Polglase quien en 1981 efectuó un estudio comparativo en perros entre E.E.A. y sutura manual y sacó las siguientes conclusiones: 1) La sutura mecánica produce menos infección de tejidos por lo que tal vez produzca un restablecimiento del tránsito más precoz. 2) El edema de la línea anastomótica es similar, lo que hace pensar que hubría que mejorar el sistema mecanico para reducir el trauma compresivo entre cartucho y yunque. 3) La anastomosis mecánica es más hermética, lo que reduciría la necesidad de colostomías protectoras. 4) La cicatrización mucosa es más lenta en las suturas automáticas, lo que explicaría en parte la frecuencia de la estenosis.

Otro hecho de destacar es que la ejecución de esta técnica permite una confección uniforme de las anastomosis, aun cuando intervengan distintos cirujanos, siempre que se cumplan todos los cuidados exigidos. Eso no es posible conseguirlo con anastomosis convencionales.

La comparación entre S.P.T.U. y E.E.A. no parece demostrar supraciencias evidentes. Ambos instrumentos trabajan de la misma manera pero difieren en 3 aspectos: 1) el costo operativo, 2) carga manual o mecanismo descartable y 3) disposición geométrica de las grampas (el E.E.A. produce una doble fila de agravos y la S.P.T.U. una sola).

Blanney comparó 31 procedimientos con S.P.T.U. y 29 con E.E.A. y no halló ventajas en cuanto a complicaciones locales y uso. El E.E.A. resultó más fácil de usar y mantener, pero el S.P.T.U. fue mucho más barato. Considera que la selección del aparato será dictada por consideraciones especiales: costo inicial, costo por anastomosis, facilidad de uso, mantenimiento y preferencia del cirujano.

Keane mediante un estudio en perros comparó ambos instrumentos y observó que la S.P.T.U. crea una anastomosis más satisfactoria. Atribuye ese resultado a que sus grampas tienen un cierre ajustable. Por otra parte, sin poder determinar si sus resultados son transpósables, sus hallazgos sugieren que las complicaciones como dehisencias y estenosis pueden ser mayores con el E.E.A.

Graham que ya en 1981 tenía una experiencia muy grande con S.T.P.U. y moderada con E.E.A. presenta resultados excelentes, comparables con los mejores logrados con E.E.A. Reconoce que el E.E.A. tiene menor riesgo de error operatorio, aunque su costo por anastomosis es mucho mayor. Tal vez el instrumento americano sea el indicado para el cirujano rectal y esofágico ocasional, pero si el uso es regular y las consideraciones financieras son importantes, el modelo soviético puede ser el más apropiado.

Ravitch opina que la anastomosis con el aparato ruso es más débil por tener menos broches y en una sola hilera. Sin embargo estos argumentos son materia de discusión ya que si bien 2 hileras de agravos pueden dar mayor soporte, aumentan el intestino invaginado y disminuirán la irrigación en la zona de contacto. El primer inconveniente puede dificultar la extracción del aparato y el segundo aumentar el porcentaje de estenosis. En un reciente estudio experimental efectuado en Bélgica y que comparó suturas mecánicas con una sola fila de agravos (S.P.T.U.) y con dos filas (Proxima) se obtuvieron resultados muy similares en cuanto a cicatrización y resistencia con ambos instrumentos. Los autores afirman que la adecuada preparación intestinal y cuidadosa técnica quirúrgica son infinidad de más importantes que la elección entre ambos tipos de aparato.

Fasching y Moritz obtienen con el E.E.A. y el S.P.T.U. iguales resultados, pero destacan que el diseño del segundo hace más fácil su extracción y prefieren su sistema con una sola fila de
grampas ya que produce menos invaginación e isquemia de los cabos intestinales.

En nuestra experiencia el S.P.T.U. fue siempre fácil de extraer. Sólo hubo dificultades en 3 casos en que por defectos operativos no se produjo la sección total de los anillos. Con el E.E.A. no hubo dificultades de extracción.

Nuestro porcentaje de estenosis de 8% con S.P.T.U. es aceptable y comparable con los valores hallados en la literatura.

El principal inconveniente del S.P.T.U. es sin duda su armado y mantenimiento. En este tema no hay lugar para errores, por lo que si bien el desarmado y la limpieza puede ser confiado a una buena enfermera, su armado y puesta a punto debe ser responsabilidad del cuerpo médico. Errores de armado costaron, al principio de nuestra experiencia 2 complicaciones intraoperatorias y la ruptura de una cuchilla.

También se han descrito defecto de armado con el E.E.A. pero son excepcionales: 0,8% en la recopilación de Smith.

Donde la diferencia entre ambos aparatos es notable es en el costo operativo. El costo del S.P.T.U. amortizando el aparato es 15 veces menor por anastomosis que el E.E.A. y 150 veces menor luego de amortizado. Fasching determinó que la sutura con la pistola rusa es más barata que la sutura manual con 2 planos, 1 plano y mecánica con E.E.A., en ese orden de gasto creciente.

En nuestro país éste es un tema de suma importancia. Lamentablemente la accesibilidad al instrumento soviético y a sus repuestos es difícil. Parece haber poco interés en difundir y facilitar su uso por los responsables de su comercialización.

CONCLUSIONES

La anastomosis mecánica circular es un procedimiento por lo menos tan seguro como los procedimientos manuales. Los resultados obtenidos por Gárriz y Bonadeo y los nuestros son superiores a la mayoría de los obtenidos en nuestro medio con la sutura manual.

El uso de suturas automáticas permite realizar anastomosis hasta límites muy bajos, imposibles de alcanzar por vía abdominal con técnica manual. Esta facilitación de ninguna manera debe hacer variar la indicación oncológica. Sin embargo en resecciones paliativas se puede evitar en ocasiones la colostomía permanente. Pero su uso no ahorra el cumplimiento de los 10 mandamientos de la buena anastomosis: 1) firme aproximación de los tejidos, 2) buena irrigación de los cabos, 3) ausencia de tensión, 4) cierre a prueba de agua, 5) hemostasia de los bordes, 6) establecimiento de una luz adecuada, 7) ausencia de contaminación, 8) remoción de líquidos del entorno anastomótico, 9) cierre de defectos mesentéricos, 10) prevención de hipertensión luminal.

Las suturas mecánicas no dejan de tener inconvenientes y complicaciones específicas e inespecíficas. De ninguna manera reemplazan los preceptos de una cirugía delicada y meticulosa. Su confección necesita un aprendizaje cuidadoso, que debe ser posterior al aprendizaje de la sutura manual.

RESUMEN

El uso de la anastomosis mecánica circular ha despertado llamativo interés. Sin embargo aún no se han obtenido datos definitivos que señalen la superioridad de este tipo de sutura sobre la manual, especialmente a nivel colorrectal.

En este trabajo se presentan 65 anastomosis digestivas termointerminales efectuadas con los aparatos S.P.T.U. de fabricación soviética y E.E.A. de origen estadounidense.

Se analizan los resultados y complicaciones y se concluye que este tipo de anastomosis es un procedimiento seguro y que permite efectuar anastomosis colorrectales más bajas, por lo que evita un porcentaje de colostomías definitivas, además ahorra colostomías temporales de protección. Sin embargo su uso no evita el riguroso cumplimiento de las normas técnicas y oncológicas.

El instrumento soviético S.P.T.U. proporciona resultados comparables con el E.E.A., con mayor trabajo de mantenimiento pero con costos reducidos.

SUMMARY

Sixty-five end-to-end digestive anastomoses effected with S.P.T.U. and E.E.A. staplers are presented. The results and complications are analyzed, concluding that this procedure permits lower colorectal anastomosis, avoids a percentage of definitive cholestomies, and diminishes the number of temporary protection cholestomies.

Both staplers give similar results, but the S.P.T.U. has a lower cost.
BIBLIOGRAFÍA


**DISCUSION**

Dr. Fernando Bonadeo: * En el servicio de Cirugía del Hospital Italiano de Buenos Aires empleamos las suturas mecánicas desde diciembre de 1979. Desde entonces se han realizado 446 anastomosis consecutivas y resecciones colorrectales. De ellas, 265 fueron manuales y 181 mecánicas.

Con el fin de expresar mejor nuestras indicaciones, diremos que todas las anastomosis extraperitoneales fueron mecánicas, por el contrario el 75% de las intraperitoneales se realizaron manualmente.

No tenemos experiencia con el modelo SPTU. En 143 oportunidades empleamos el equipo EEA y en 38 el ILS.

De las 181 anastomosis mecánicas, 162 quedaron sin protección colostómica; 7 tenían colostomía previa por obstrucción y en 12 casos se realizó colostomía simultánea para proteger suturas extraperitoneales muy bajas.

Tuvimos 6 fallas totales inherentes a deficiencias de los equipos, que resultaron en el fracaso de la sutura. Con el modelo EEA observamos una sola falla, no se produjo la sección y los clips metálicos cerraron normalmente. Al reexaminar el equipo notamos la ausencia del anillo plástico del yunque, es decir que una correcta revisión previa hubiera permitido detectar el problema con anticipación. En 5 de las 38 anastomosis con el modelo ILS, se rompió la rosca del vástago en el momento del disparo. En 3 casos se pudo rehacer la anastomosis en forma manual y en 2 restantes se terminó con una operación de Hartmann.

No hemos tenido problemas intraoperatorios. Los mayores inconvenientes se presentaron en la ejecución de la jereja distal en anastomosis colorrectales. La imperfección de esta jereja determinó defectos groseros en 2 casos que obligaron a desmoratar la anastomosis y terminar con un descenso en un caso y con una operación de Hartmann en el otro.

Con respecto a las complicaciones postoperatorias, en 91 anastomosis intraperitoneales no hubo ninguna dehiscencia y la mortalidad fue cero. Por el contrario, 10 de las 90 suturas extraperitoneales fellaron (11.1%); 5 curaron con síntomas mínimos y curaron sin reoperación. Los 5 casos restantes presentaron manifestaciones sépticas y fueron reoperados, falleciendo 1 enfermo.

Por último, entre las complicaciones alejadas, el Dr. Astiz se ha referido a las estenosis. En nuestra serie, no observamos ninguna estenosis sintomática ni debimos reoperar por esa causa. Sin embargo en algunas anastomosis bajas que quedan al alcance del dedo, la evaluación por el tacto en el postoperatorio temprano permite detectar un breve anillo, a modo de diaphragma, que se dilata sin mayor dificultad en forma digital y pronto adquiere un calibre satisfactorio. Es difícil saber si este problema ocurre más frecuentemente con las anastomosis mecánicas. Lo que creemos es que es más frecuente su detección por el hecho de quebrar muchas de estas suturas al alcance del dedo.

**CIERRE DE LA DISCUSION**

Dr. Juan M. Astiz: La experiencia del Dr. Bonadeo es realmente numerosa. Estamos de acuerdo con todo lo que él ha dicho.

**A PROPOSITO DEL ACTA**

Dr. Eduardo R. Trigo**: En el Departamento de Cirugía del Hospital de Agudos Dr. I. Pirovano, desde el 19 de abril de 1981 hasta la fecha, hemos utilizado el instrumento de sutura mecánica E.E.A. en la confección de 176 anastomosis digestivas. La experiencia con la que quiero contribuir comprende 59 pacientes que presentaban patología esofagógástrica y 17 colorrectal. (se proyecta).

---

* Miembro Asociado Titular.
** Miembro Académico Titular.
Leída en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 19 de junio de 1885.

En patología esofágica se confeccionaron 31 anastomosis, distribuidas en 26 operaciones de Biondi, 1 operación de Cámara López, 1 operación de Kettle y 3 transecciones esofágicas por vías san- grantedes. Hubo como complicaciones postoperatorias 4 dehiscencias parciales de la anastomosis con una muerte (se proyecta).

Por patología gástrica se efectuaron 28 anastomosis, 23 gastrectomías totales con interposición de yeyuno, 2 gastrectomías totales con montaje en Y de Roux y 3 gastrectomías subtotales (Pean-Billroth I). Se presentaron 2 dehiscencias parciales.
ANASTOMOSIS MECANICA

con 1 muerte y 1 caso de refluo intenso (se pro-
yecta).

En patología colorrectal se confeccionaron 31
hemicolectomías derechas, 79 hemicolectomías iz-
quierdas, 2 colectomías totales y 5 reconstruccio-
nes de Hartmann, sumando un total de 117 anas-
tomosis. Hubo 2 dehiscencias parciales (los pa-
cientes fallecieron) y 2 hemorragias en hemicolec-
tomías derechas que evolucionaron bien. La téc-
cica empleada fue la habitual. Una sola modifica-
ción realizamos con respecto a la técnica, que es-
triba en efectuar un plano de sostén de la anas-
tomosis con ácido poliglicólico 3/0 para disminuir
t la tensión de la misma. Tuvimos inconvenientes
técnicos intraoperatorios, falta de continuidad de
ta sutura, atribuidos a la ausencia de algunos gan-
chos en el cartucho (revisar siempre la unidad).
En varias oportunidades fracasó el uso de la pinza
jareadora en el esófago y el recto bajo por lo
que preferimos realizar en estos lugares un hemi-
coide de nylon monofilamento (se proyecta).

Las complicaciones postoperatorias fueron: 8
dehiscencias parciales de la anastomosis; 4 en anas-
tomosis esofagogástrica por operación de Biondi,
falleciendo 1 de estos pacientes; 2 en anastomosis
esófago-eyunal por gastrectomía total; 2 dehiscen-
cias colectorales; 2 hemorragias intraluminales en
2 hemicolectomías derechas que se cohibieron es-
pontáneamente y 1 caso de refluo en anastomosis
esófagoeyunal por gastrectomía total (se proyecta).

Conclusiones: Los aparatos de sutura mecánica
permiten: realizar una anastomosis donde el tiempo
aséptico se reduce al mínimo, una anastomosis
segura desprovista de los factores subjetivos de
una manual, efectuar suturas donde las anastomo-
sis manuales son de difícil o imposible realización,
y son instrumentos de fácil manejo y gran ver-
satilidad. Su éxito radica en una indicación correc-
ta y una ejecución minuciosa con rigor técnico pre-
ciso.

Dr. Juan C. Milanese*: Deseamos expresar nues-
tra opinión respecto a las anastomosis mecánicas
con el instrumento E.E.A. En base a la experien-
cia adquirida podemos asegurar que con su ejemplo
se consiguen anastomosis terminoterminales hermé-

ticas y por lo tanto mucho más seguras que las
anastomosis manuales y en ello radica su enorme
beneficio. No obstante, es dable destacar que el
proceso de cicatrización colónica depende en parte
de las premisas técnicas bien conocidas y descrip-
tas por los autores, pero se debe insistir en la im-
portancia de los factores biológicos que, dependien-
tes de la vascularización de los extremos, metabo-
ismo y síntesis del colágeno y sepsis infra y/o
extraluminal, alteran en forma decisiva en este sec-
tor del aparato digestivo el complejo proceso de
cicatrización.

Estos factores biológicos continúan siendo la cau-
sa de fallas anastomóticas a pesar de la perfecció-
tena conseguida con el empleo del E.E.A. y son
los que deben ser correctamente evaluados antes
de decidir en determinados casos la anastomosis co-
lorrectal o colocólica. En cuanto a las demás com-
paraciones que continuamos siendo discutidas, creemos
superada la etapa de su evaluación y comparación
ya que tanto el tiempo para realizar una u otra
anastomosis, con respecto a la luz, el tipo de cica-
trización y la infección, en la actualidad se tiene
suficiente experiencia como para señalar las ven-
tajas a favor de la sutura mecánica.

En la altura de las anastomosis, factor invocado
como muy ventajoso, pensamos que para el espe-
cializado, si bien facilitó la confección técnica, no
modificó sus posibilidades ya que existen tácticas
que posibilitan alcanzar en forma manual iguales
resultados.

Sobre un total de 43 anastomosis colorrectales,
3 ileocócicas y 1 ileorrectal, debemos señalar que
sólo tuvimos 1 falla técnica que exigió el empleo
de 2 cartuchos en 1 anastomosis y 2 fugas anasto-
móticas efectuadas en colectomías con sepsis abdo-
mal presente. No hemos tenido inconvenientes
para el retiro del yunque y sólo en una oportunidad
detectamos una estenosis alejada que no exigió rein-
tervención, hasta el año de la operación; esta com-
pliación podría ser relacionada con sepsis
perianastomótica sin expresión clínica.

Por último deseamos insistir que si bien las anas-
tomosis mecánicas constituyen un gran progreso en
cirugía colorrectal, no se debe minimizar ningún
procedimiento por patología del sector en los
que la experiencia en la especialidad continúa sien-
do imprescindible, para evitar tratamientos inade-
cuados por fallas en la magnitud de la resección o
por disminuir los índices de resecabilidad frente a
patologías avanzadas.