¿ES UTIL CONTROLAR RADIOLOGICAMENTE LAS ANASTOMOSIS COLONICAS?


RELATOR: Dr. Hector D. Santangelo*** MAAC

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.
HOSPITAL “DR. JOSE M. CULLEN”, SANTA FE

RESUMEN

Se presenta un estudio prospectivo de 50 anastomosis colónicas controladas radiológicamente entre el séptimo y duodécimo día de postoperatorio. Se controlaron 12 complicaciones anastomóticas (24%), de las cuales sólo 4 (8%) fueron detectadas clínicamente y 10 (20%) radiológicamente. La mortalidad fue de 3 pacientes (6%) de los cuales 2 tenían dehiscencias anastomóticas. El colon por enema sistemático puso en evidencia un mayor número de fístulas anastomóticas, pero no resultó útil para fijar estrategias terapéuticas postoperatorias, pudiendo ser responsable de imágenes falsamente negativas que retardan una reintervención. Se recomienda limitar su utilización a aquellos casos donde la evolución postoperatoria es de interpretación difícil.

SUMMARY

A prospective study of 50 colonic anastomosis checked radiologically between seven and twelve days after the operation was presented. We had found 12 (24%) anastomotic complications, only 4 (8%) of them were detected clinically and 10 (20%) radiologically. The mortality was 6% (3 patients). 2 (75%) of these patients had an anastomotic dehiscence. The systematic colon enema showed the majority of anastomotic fistulas but it didn’t work to determine postoperative therapeutic strategies. We advised to limit its utilization only in those cases where the postoperative evolution is very difficult to interpreted because it can shows incorrectly negative image that to slow down the reoperation.

Palabras clave: colon - anastomosis - radiología

Rev. Argent. Cirug., 1993; 64: 45-49

* Jefe de Servicio
** Instructor de Residentes

Los Dres. Re. Francia, Sepúlveda, David, Mattarany y Nombarasco envían a esta Academia un trabajo donde formulan la pregunta de si es útil controlar radiológicamente las anastomosis colónicas en el postoperatorio inmediato.

Comienzan comentando que la complicación más frecuente y temida de una anastomosis intestinal es la dehisencia y siguen diciendo que la misma tiene una significativa importancia en cualquier sector del tubo digestivo, pero cuando el órgano en cuestión es el colon o el recto adquiere una mayor relevancia por la septicidad de su contenido y la gravedad de sus consecuencias. Asimismo, resaltan que en el momento actual esta grave complicación es la causa más importante de la morbibilidad y mortalidad que sigue a las anastomosis colónicas y rectales, independientemente de los adelantos técnicos y de la experiencia del cirujano actuante.

El porcentaje de fístulas colónicas postoperatorias es variable según distintos autores 1-3-5-8-9-11 y su frecuencia tiene relación con los medios de diagnóstico utilizados para ponerlas en evidencia 6-13-15. Por este motivo decidieron iniciar el estudio de sus anastomosis colónicas con el objeto de:

1) valorar la utilidad de la búsqueda sistemática de las fugas anastomóticas mediante la radiología del colon por enema y
2) establecer cuál es la verdadera frecuencia de fístulas que tienen a ese nivel en el medio en que actúan.

MATERIAL Y MÉTODO

Para responder a estos interrogantes iniciaron un estudio prospectivo de todas las anastomosis colónicas, a través del control radiológico de las mismas realizado a muy baja presión, entre el séptimo y el duodécimo día del postoperatorio.

Entre enero de 1988 y enero de 1990 estudiaron 50 pacientes, 38 hombres y 12 mujeres con una edad promedio de 55 años.

No hicieron selección alguna de enfermos. Las intervenciones quirúrgicas fueron programadas o de urgencia, por afecciones benignas o malignas del intestino grueso y del recto, y las anastomosis se efectuaron manualmente o con sutura mecánica. En 7 casos agregaron una colocostomía de protección durante el mismo acto operatorio.

Con el objeto de determinar la existencia o no de una complicación anastomótica los pacientes fueron evaluados en el postoperatorio inmediato en base a criterios clínicos y biológicos.

Desde el punto de vista clínico consideraron como indicadores de una probable complicación la existencia de: dolor y/o defensa abdominal, fiebre, meteorismo, íleo prolongado, diarrea pertinaz, problemas cardiovasculares inexplicables y derrame de líquido anormal o intestinal por el drenaje o la herida quirúrgica.

En los indicadores, que los autores llaman biológicos, incluyeron los exámenes de laboratorio, como la leucocitosis, la elevación de la azoemia y la existencia de hemocultivos positivos.

RESULTADOS

Re y colaboradores evalúan los resultados mediante el estudio clínico y radiológico determinando de esta manera 4 grupos de pacientes bien diferenciados:

A • Aquellos que tuvieron una evolución clínica asintomática (no complicada).
B • Aquellos que tuvieron una evolución clínica complicada (con 2 o más criterios de anormalidad).
C • Aquellos con un control radiológico de su anastomosis considerado normal.
D • Aquellos cuyo control radiológico fue considerado anormal.

Los pacientes agrupados de acuerdo a estas variables, los relacionaron entre sí y obtuvieron el siguiente diagrama:

<table>
<thead>
<tr>
<th>CLÍNICA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>D</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Del análisis del mismo surge que:

1) 31 pacientes no presentaron signos clínicos ni radiológicos de sufrir una complicación anastomótica.

    Conviene consignar que en este grupo falleció un paciente en el décimoquinto día del postoperatorio por un cuadro de tromboembolismo pulmonar, verificado por autopsia, comprobándose a su vez la normalidad de la sutura intestinal.

2) Otro grupo de 7 pacientes cursó una evolución clínica asintomática, pero el control radiológico demostró la pérdida de material de contraste a nivel de la anastomosis. De estos enfermos, ninguno presentó alteración clínica; el hallazgo radiológico sólo retardó en algunos días su alta
hospitalaria.

3) Por el contrario 12 enfermos presentaron una evolución clínica complicada. En 3 de ellos el colon por enema puso en evidencia una fistula anastomótica la que fue clínicamente manifiesta en 2 ocasiones. Uno de estos pacientes debió ser reintervenido comprobándose en el acto operatorio dehiscencia de la sutura con peritonitis localizada.

Los 9 restantes presentaron por lo menos dos signos de alarma clínica o biológica con un colon por enema normal. De ellos, 4 debieron ser reoperados, constatándose 2 dehiscencias anastomóticas con peritonitis localizada, una occlusión intestinal y un hemoperitoneum, ambos sin fistula.

En total debieron reinterven 5 pacientes por presentar signos clínicos de alarma, que justificaban dicha conducta: 3 de los cuales estaban fistulizados y en 2 de ellos el control radiológico fue considerado normal.

En resumen los autores detectaron 12 dehiscencias anastomóticas (22%) de las cuales 4 fueron clínicamente evidentes (8%). Por la radiología fueron detectados 10 (20%).

La mortalidad global fue de 3 pacientes (6%); 2 por dehiscencia, el otro por una causa ajena (tromboembolismo pulmonar).

**DISCUSSION**

Remarcan los autores, apoyados en la bibliografía, que la mortalidad operatoria en la cirugía colónica varía del 0,5 al 14% 6-7,14. La mayoría imputable a la aparición de una complicación anastomótica, ocasionando para la mayoría de los autores una de cada tres veces la muerte del paciente 5-6.

Esta circunstancia explica la vigencia y el permanente interés que este tema tiene en los ambientes quirúrgicos 1-2,3-9,13.

La fuga puede manifestarse clínicamente como fistula estercorácea, absceso paramamastomático o infección de la serosa adyacente.

En el trabajo se destaca que las causas que favorecen la presente complicación son numerosas y sólo explicables si se tiene en cuenta los múltiples factores que intervienen en la cicatrización de una sutura intestinal. Dentro de los mismos se pueden mencionar la edad 7-10, estado general, la naturaleza de la afección causante 5-6, la preparación colónica preoperatoria 16, la altura de la anastomosis, la minuciosidad de la técnica y el tipo de sutura empleada. En mayor o menor medida cada uno de estos factores juega un rol no despreciable dentro de los resultados publicados 5-7,8-9,11,14.

El Dr. Re y sus colaboradores consideran en ciertos casos de utilidad las colostomías de protección, a lo que el relator recuerda también, como lo recomiendan Bonadeo y colaboradores el uso de las ileostomías en asa.

Asimismo, en el trabajo se destaca la importancia de los métodos de diagnóstico que puedan utilizarse para poner en evidencia la complicación mencionada.

Distinguen tres formas de dehiscencia anastomótica:

1.- ciertas o verdaderas: fistulas exteriorizadas, peritonitis, evacuación de abscesos profundos, fugas radiológicas dentro de un contexto clínico anormal.

2.- probables o latentes: donde la aparición de líquido anormal por drenajes o herida quirúrgica, o la existencia de dos o más criterios clínicos y biológicos de anormalidad, hacen sospechar la presencia de una complicación anastomótica.

3.- asintomáticos: sólo demostrables por radiología o endoscopia y sin significación clínica.

Es indudable que la suma de criterios clínicos, radiológicos y endoscópicos aumentan considerablemente el porcentaje de fistulas diagnosticadas 11-12. A lo mencionado, el relator puede agregar que el tacto rectal, con los cuidados del caso, también es otro método útil para controlar la indemnidad de una anastomosis baja. En los enfermos con una anastomosis colónica o rectal complicada muchas veces se debe recurrir a la ecografía abdominal o la radiología computada. En el análisis de los casos presentados, encontraron 4 fistulas clínicamente objetivadas (8%), de los que sólo 7 casos (14%) fueron detectados por el colon por enema, llegando a 10 (20%) los enfermos diagnosticados con este método; pese a lo aparente que estos datos pueden parecer, piensan que sólo debe tenerse en cuenta las dehiscencias con manifestaciones clínicas, ya que aquellas asintomáticas curan ordinariamente sin complicación, no requiriendo gestos terapéuticos particulares.

Inversamente a esto, los pacientes que tuvieron una evolución clínica complicada, 12 de los casos, 5 (41%) debieron ser reoperados, 3 con fistulas, 2 de los cuales habían sido desconocidas al examen radiológico, ya sea por la mala interpretación o porque no existían en el momento del estudio. Es muy difícil incriminar a este procedimiento la génesis de dicha complicación. Los autores llaman la atención una vez más por el irreemplazable valor diagnóstico y pronóstico de los signos clínicos de alarma del postoperatorio, por sobre otros métodos de diagnóstico.

Coincido con los autores, cuando dicen que el colon por enema sistemático no resulta útil para fijar estrategias terapéuticas postoperatorias. Por otra parte puede ser responsable de imágenes negativas que retardan una actitud activa como en dos de los casos. El relator también está de acuerdo en que no es necesaria su práctica corriente, debiéndose limitar su utilización a ciertos casos clínicos especiales donde la evolución postoperatoria es de inter-
pretación difícil o cuando en un estudio prospectivo, como el presente, se desea cuantificar el porcentaje de fístulas asintomáticas.

BIBLIOGRAFÍA


DISCUSION

Dr. Fernando Bonadeo Lassalle* MAAC:Es evidente que el método más sensible para determinar la incidencia real de dehiscencias en anastomosis colónicas es el control radiológico contrastado por enema. Sin embargo el estudio sistemático de las anastomosis entre el 7° y 12° día del postoperatorio puede resultar peligroso por las posibilidades de generar de por sí una dehiscencia en una anastomosis no bien consolidada. Este hecho, aunque no es frecuente, ha sido informado en la literatura, es decir en paciente totalmente asintomático que a partir del estudio desarrolla un cuadro peritoneal severo por dehiscencia y que en algún caso derivó en la muerte del enfermo. Es por ello que en la literatura resulta cada vez menor el número de series que incluyen el control sistemático.

Nuestra conducta ha sido siempre la de evaluar clínicamente al paciente y recurrir al examen contrastado por enema sólo cuando la sospecha de dehiscencia no resulta clara. Consideramos que este estudio resulta de mayor utilidad en las anastomosis bajas y enfatizamos la necesidad de que el cirujano esté presente durante la realización del control para evitar mayores complicaciones.

Esta política nos impide conocer con exactitud la incidencia real de dehiscencias y nos limita a informar sólo la incidencia de dehiscencias asintomáticas, limitación que no consideramos seria, pues son estas las dehiscencias que realmente más interesa conocer.

Dr. Claudio Iribarren** MAAC FACS: También me adhierto a la conducta de no hacer un estudio con enema baritado entre el 7° y 12° días de un postoperatorio normal.

Quisiera preguntar a los autores si alguno de los 7 enfermos con dehiscencia radiológica pero evolución clínica normal, tenía colostomía transversa.

Con respecto al estudio radiológico postoperatorio del colon por enema, éste es en realidad una enema baritada a poca presión, con medio de contraste hidrosoluble o bario muy diluido y el cirujano presente durante el estudio, como ha dicho el Dr. Bonadeo.

Pienso que su única indicación sería el caso poco frecuente en el que la filtración evidenciada pudiera ayudar en la reinterven-

* Miembro Académico Titular
** Miembro Asociado Titular
ciación a elegir entre desmantelar la anastomosis o efectuar una colostomía transversa.

Dr. Juan C. Milanese* MAAC: El tema que relata el Dr. Santángelo, forma parte de una de las tantas incógnitas en el postoperatorio complicado de la cirugía colónica. Uno debe saber que las anastomosis colónicas deben cicatrizar por primera y sin complicaciones dentro de los 4 a 6 días del post-operatorio, ya que desde el punto de vista biológico, es el momento en que la producción del colágeno maduro sella este tipo de anastomosis. Es decir que hacer un control radiológico a partir del 7º o del 12º día, como plantean los autores significaría crear un aumento de tensión endotumoral innecesario y si estamos en presencia de elementos clínicos y biológicos de diagnóstico que permita sospechar, la existencia de una dehiscencia la exposición radiográfica con sustancia baritada deberá complicar aún más este postoperatorio. Pienso por ello que uno debe emplear métodos clínicos y/o radiológicos y/o por imágenes que no introduzcan ninguna sustancia de contraste dentro del abdomen que agravarían aún más esta situación. Por ejemplo, desde la simple placa directa de abdomen, el par radiológico, efectuado en posición decúbito dorsal y con el enfermo de pie, o la ecografía, pueden ser o constituirse en elementos muy importantes para el diagnóstico a partir del 6º día, demostrando la existencia de complicación acompañando a la clínica y la biología integradas, fundamentalmente me estoy refiriendo a las anastomosis altas o a las anastomosis del colon derecho, en donde el diagnóstico clínico endoscópico a veces no se puede realizar.

Para las anastomosis bajas, pensamos que el examen endoscópico es más que suficiente ya que las anastomosis normalmente cicatrizadas, dan una imagen endoscópica muy característica y las anastomosis dehiscentes también dan una imagen endoscópica muy característica.

Es decir que teniendo estos dos elementos de juicio más la clínica del enfermo, que está denotando la gravedad evolutiva de una anastomosis complicada sería suficiente como para determinar la necesidad de una reoperación o de una derivación a través de una colostomía para tratar de proteger la fuga o aumento de la dehiscencia por proceso séptico local. Pienso que debe haber sido Gallagher uno de los primeros que estableció este tipo de metodología, tratando de encontrar un porcentaje exacto de dehiscencias que no tenían exteriorización clínica, sacando esta circunstancia, pienso que este método diagnóstico no sería conveniente utilizarlo, no solamente por el hecho de que no es necesario para demostrar la complicación, sino por la posibilidad de la agravación secundaria al mismo.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Héctor J. Ré MAAC: Creo que no debe hacerse la radiología como evaluación de este tipo de complicaciones. Antes de esta comunicación no la realizamos ni como examen complementario, ni como rutina. Teníamos referencias de otras casuísticas sobre el número abultado de dehiscencias subclínicas que padecían los pacientes y refieren nuestros enfermos.

El hacer exámenes baritados puede ser peligroso por la sustancia en sí, pero no lo hemos comprobado, así como tampoco la progresión de lesiones incipientes al efectuarles el estudio radiológico.

Al Dr. Iribarren le respondo: 2 pacientes tenían colostomía, de los 7 pacientes con radiología positiva y sin sintomatología.

Pero lo importante es que 38 pacientes no tienen sintomatología y no se los reapare y cursan con evolución satisfactoria a pesar que algunos tenía radiología positiva. Eso es un hecho trascendente e importante.

No hemos visto o creemos no haber visto complicaciones imputables a la enema baritada.

Debo también ser sincero que la radiología que hacemos en el Hospital de Santa Fe tiene inconvenientes y falencias para no ser considerada parámetro universal. Probablemente haya un mayor número de fistulas. Los inconvenientes a superar son muchos y se suceden. Nos costó 2 años el reunir 50 casos bien documentados y protocolizados de manera de realizar el estudio y llegar a estas conclusiones en las que hay más dehiscencias radiológicas que clínicas. Fue un trabajo de investigación clínico prospectivo en un Servicio que tiene una residencia y que tuvo la inquietud y motivación de valorar sus anastomosis.

Volvemos a revalorizar y dar trascendencia como palabras finales a la clínica quirúrgica, tan olvidada a veces en desmedro de una aparatoología que con mayor comodidad se la solicita, ecografía, luego una tomografía... y se olvida que el examen y la interpretación clínica siguen siendo soberanos.

* Miembro Académico Titular