

MARIO SANTILLÁN V.*

**COMPLICACIONES
DE LA CIRUGIA
GASTRODUODENAL
E INTESTINAL.**

COMO EN TODA cirugía, en la Gastroduodenal, pueden presentarse complicaciones postoperatorias precoces o tardías, que varían de un 20 a un 30%, según los diferentes autores. Nosotros hasta la fecha hemos tenido un minimum de complicaciones que probablemente apenas pasen del 10% (cuadros).

En caso de absceso subfrénico, el paciente presenta dolor en Hipocondrio derecho, principalmente sobre un sitio específico, elevaciones térmicas muy altas en agujas y gran ataque al estado general, frecuentemente en los primeros quince días del postoperatorio, otras ocasiones esta complicación se presenta tardíamente por proceso abscedado residual, antiguamente ésta era una complicación muy delicada, ahora lo importante es hacer el diagnóstico, pues con los antibióticos en la mayoría de los casos podemos controlar este proceso sin tener que recurrir a la reoperación y canalización amplia como se efectuaba anteriormente.

La hemorragia postoperatoria puede presentarse:

a) *Inmediata.* El enfermo operado de cualquier tipo de intervención sobre estómago o duodeno, puede sangrar en poca cantidad los dos o tres primeros días, sobre todo cuando se llevan a cabo intervenciones de tipo cerrado, pero va disminuyendo lentamente el sangrado hasta desaparecer. Cuando se presenta una hemorragia masiva en las primeras horas del postoperatorio se demostrará por: baja brusca de la

* F.A.C.S. F.A.C.G. Profesor de la Escuela Nacional de Medicina. Miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Cirujano del Hospital de la Raza, I.M.S.S.

P. A., pulso débil filiforme. Sudoración abundante, sensación de agotamiento intenso y sueño, además la sonda de Levine dejará en la mayoría de los casos, gran cantidad de líquido hemático o francamente hemorrágico, hematemesis abundantes intermitentes, sobre todo si la sonda se ha tapado con coágulos, (hecho frecuente). Agregamos a éste síntoma cardinal la presencia de melena abundante y repetida.

Casi siempre se debe ésto a defecto en la sutura gastroyeyunal o gastroduodenal que puede dejar un vaso abierto por donde va a estar fluyendo sangre continuamente, es por ello que actualmente se ha vuelto a preferir las técnicas de anastomosis abiertas, para ligar todos los vasos que sangran, en lugar de las técnicas cerradas (usando la pinza de Wangsteen).

b) Hemorragias tardías. Complicación menos frecuente que la hemorragia precoz, puede deberse a necrosis parcial de la sutura anastomótica que cede al tratamiento médico y sobre todo no es tan intensa como la anteriormente descrita, ésta se manifiesta casi siempre por melena de mediana intensidad persistente, con un ligero ataque al estado general del paciente.

Una complicación muy rara, actualmente, pero de extraordinaria gravedad, es la hemorragia intraperitoneal, por ligadura incompleta, falta de ligadura o eliminación por defecto de ligadura de vaso o vasos importantes, principalmente la coronaria estomáquica. Vasos de curvatura mayor gastroepiploicos o gastroduodenal, pancreaticoduodenales.

No cabe duda que en estos casos de hemorragia postoperatoria inmediata, el tratamiento deberá ser instituido lo más rápidamente posible:

1. Recuperar al paciente la sangre perdida. Nunca dejar sólo a este procedimiento el tratamiento definitivo, si el paciente sigue sangrando.

2. Reintervención identificando la anastomosis gastroyeyunal o gastroduodenal, se abre para ver fácilmente el sitio donde sangra, ligadura cuidadosa de los vasos que sangran y cierre de la Anastomosis. Cierre de la pared por planos y vigilar de cerca al paciente.

Retención gástrica postoperatoria *a.* Precoz y *b.* Tardía.

a. Precoz. Cuando la retención gástrica se presente en los primeros días del postoperatorio, generalmente se debe a edema de boca anastomótica, sobre todo cuando es más o menos chica. Anastomosis gastroduodenal, pero si pasa varios días y no cede al reposo y a la succión gástrica continua, pasa entonces a convertirse en:

b. Tardía. Manifestación de retención gástrica tardía por los vó-

mitos continuos o intermitentes cada vez que el enfermo ingiere alimentos blandos o líquidos, llegando el paciente a tener miedo de tomar algo por el vómito inmediato que presentará, este tipo de complicación es sin duda el más frecuente (14%). Se puede presentar como se ha dicho antes, continuando una retención precoz o como síntoma inicial en los primeros 15 días del postoperatorio, cuando el paciente inicia su alimentación blanda o dura.

Puede presentarse muy tardíamente por mala situación de la boca anastomótica (gastroentero simple muy alta por estenosis del píloro) o bridas.

Se presenta también más frecuentemente en las anastomosis retrocólicas. Debiéndose principalmente a:

- a. Boca anastomótica pequeña, deficiente.
- b. Asa yeyunal de la gastroentero muy corta o al contrario muy larga.
- c. Puntos de fijación del mesocolon mal puestos que cierren la anastomosis o mesocolon corto.
- d. Adherencias postoperatorias alrededor de la boca anastomótica.

El tratamiento de esta complicación se efectuará en el caso de simple edema de boca con succión gástrica para poner en reposo al estómago o mejor dicho a la boca anastomótica, efectuando lavados con soluciones bicarbonatadas. Recuperarle al enfermo sus electrolitos y elementos necesarios para su nutrición.

En caso de que no ceda la obstrucción al tratamiento médico entrará al capítulo de la obstrucción anatómica y sólo la reoperación podrá solucionar el problema, rehaciendo una gastroyeyuno o gastroduodenoanastomosis estrechas o liberando bridas que ocluyan el asa yeyunal o el duodeno.

Pancreatitis aguda postoperatoria. Hemos observado este proceso en gran número de casos operados pasando casi desapercibido ya que cede en los primeros días con el tratamiento médico instituido por la operación llevada a cabo, sin embargo en algunos casos el cuadro pancreático domina y un examen de diastasis circulantes nos aclaran el diagnóstico; puede llegar a producir fenómenos graves peritoneales y obstructivos tardíos sobre duodeno o sobre yeyuno.

Dehiscencia de suturas.

- a. Gástricas o gastroyeyunales.
- b. Duodenales.

Complicación grave por fortuna poco a poco se va haciendo más rara, debido al cuidado que se toma en las suturas. En la mayoría de los casos, los pacientes mueren por cuadro peritonítico agudo si no se reoperan rápidamente sobre todo en las dehiscencias gastroyeyunales, ya que las duodenales a veces pueden dar margen a un proceso fistuloso que se localiza y da oportunidad o reoperación más o menos tardía. Se presenta generalmente entre el quinto y séptimo día, después de la intervención.

Como ya se indica, el tratamiento es la reoperación inmediata para reparar la dehiscencia lo mejor posible y canalizar ampliamente el peritoneo.

El Dumping después de las operaciones gástricas con anastomosis correcta gastroyeyunal o gastroduodenal, es frecuente que se presente en forma poco intensa y vaya desapareciendo lentamente. Pero cuando persiste en la mayoría de los casos, se ha debido a Gastroyeyunostomía de asa larga, acompañándose de vómitos. En estos casos, conviene reintervenir al enfermo, para llevar a cabo un corto circuito entero-entero, corrigiendo de esta manera el trastorno de tránsito yeyunal o convertir una anastomosis gastroyeyunal en gastroduodenal con entero-entero término-terminal, notando la recuperación del paciente rápidamente.

Cuando se ha practicado una gastroyeyunostomía o una gastrectomía parcial con gastroyeyunostomía de cualquier tipo existe el peligro de una ulceración postoperatoria yeyunal que dará el paciente manifestaciones dolorosas a veces más intensas que las de la úlcera gástrica o duodenal por la cual se operó o presentar hemorragias muy severas en ocasiones que llevan hasta la anemia aguda grave, manifestada solo por melena tardía precedida del cuadro clínico de anemia aguda que hay que saber valorar, para reintervenir al paciente lo más pronto posible y no entretener una reoperación que debe hacerse. Cuando no hay la complicación hemorrágica intensa, puede el paciente no recurrir al médico por temor a una nueva operación, complicándose el proceso ulceroso yeyunal con procesos fistulosos a gastroyeyuno o fístulas gastroyeyuno-cólicas, que sólo podrán ser tratadas quirúrgicamente.

Fístulas gástricas postoperatorias. Son aquellas que quedan después de retirar la sonda gástrica de una gastrostomía previa y que no cierra espontáneamente en los primeros días; después de su extracción, el paciente pierde contenido alimenticio y jugo gástrico por la fístula por lo cual debe operarse siendo esta operación muy sencilla, pues sólo con-

siste en liberar al estómago de la pared y cerrar la fístula en dos o tres planos.

Es frecuente ver en los enfermos operados de úlcera gástrica o duodenal perforada, hacer en el postoperatorio ileus paralítico, este proceso cede al tratamiento médico y succión gastro-intestinal con sonda de Miller-Abbott, muchas ocasiones y como otra complicación presentan los enfermos:

Eventración postoperatoria en el 6º y 7º día del postoperatorio, ya sea ocasionando ésta el ileus o el ileus la causa de la eventración. Debiendo tratar quirúrgicamente en cuanto se hace el diagnóstico, esta complicación, y ver la causa de ella. (muchas veces se debe a: gasa olvidada en el vientre, dehiscencia de sutura. hemorragia intraperitoneal, falta de sutura peritoneal, hemorragia extraperitoneal, falta de sutura peritoneal, hemorragia extraperitoneal, etc.).

Trombosis venosas. Esta complicación es relativamente frecuente, se presenta en los primeros días del postoperatorio, manifestándose por elevaciones de temperatura y dolores intensos de miembros inferiores, así, como edema de los mismos. El tratamiento será en primer lugar de tipo médico a base de reposo, anticoagulantes y antibióticos sólo en caso de que no ceda, se recurrirá al tratamiento quirúrgico para quitar el trombo, que se localiza casi siempre en la vena femoral y ligadura de la misma, tanto del miembro afectado como del lado opuesto.

Una complicación que debe desaparecer después de las operaciones sobre estómago es la anemia perniciosa postgastrectomía ya que con el uso de las vitaminas, sobre todo la B-12 y el extracto hepático crudo, nuestros enfermos recuperan el factor antianémico de Castle.

COMPLICACION EN OPERACIONES TUMORALES.

Operaciones por tumor maligno. De los tumores malignos el más frecuentemente operado, es el carcinoma gástrico de localización:

1. Antropilórica.
2. En el cuerpo.
3. Fundus gástrico, sobre todo en gran curvatura gástrica.

Actualmente hay la tendencia en cáncer gástrico de llevar a cabo intervenciones amplias con la extirpación ganglionar concomitante pero no tan amplias y mutilantes como antiguamente. En ocasiones la sola

extirpación del primario mejora mucho al enfermo. Sin embargo como sigue siendo la terapéutica quirúrgica la única solución para tratar el Ca. gástrico cuando es resecable, la que da frecuentemente complicaciones debido a su variedad de técnica y a veces a la especial que se tenga que llevar a cabo en el momento de intervenir. De estas complicaciones la más grave sigue siendo la hemorragia postoperatoria inmediata, sobre todo en los casos de carcinoma infiltrante de tipo ulcerado, ya sea por el estado de las paredes gástricas, por el estado de infiltración no perceptible en el sitio de la anastomosis o por el sangrado en la palpación o toma de biopsia transoperatoria que deja una porción sangrante sobre un tejido infiltrado. Más raramente por mala sutura anastomótica o vasos no ligados correctamente, por lo cual se recomienda con más insistencia las anastomosis abiertas y sutura intermitente con ligadura aislada de los vasos que sangren.

La hemorragia tardía se presenta por vómitos de color negro de sangre digerida o melena intermitente que muchas veces se debe a la evolución propia del padecimiento con infiltración cancerosa sobre la anastomosis o sobre la gastrostomía.

Los fenómenos obstructivos de boca anastomótica la mayoría de las ocasiones son debidos a infiltración cancerígena y no a error quirúrgico. Los vómitos van siendo más y más frecuentes acompañados de sangre pura o digerida. El estudio radiológico demostrará el proceso estenosante y sólo una nueva operación podrá mejorar al paciente.

Cuando se ha practicado gastrectomía total con anastomosis a intestino delgado, puede obstruirse la boca esófago-yeyunal por falla quirúrgica, por obstrucción del mesocolon, por esofagitis y por reflujo, por bridas; manifestándose principalmente por disfagia progresiva y gran ataque al estado general, llegando hasta la afagia con regurgitaciones precoces. Cuando el tipo de anastomosis es término-lateral y yeyuno-yeyuno de corto circuito, la obstrucción se puede presentar en cualquiera de los dos sitios anastomóticos con las manifestaciones clínicas conocidas. El pronóstico es más grave si la obstrucción se desarrolla en la anastomosis esofágica, pudiéndose diagnosticar con precisión con un buen estudio radiológico. La terapéutica también será distinta. Reoperar a un enfermo para reconstruir una anastomosis esófago-yeyunal o simplemente ampliar una boca de corto circuito.

Muchos de estos enfermos se operan en muy malas condiciones generales, debido a proceso estenosante o infiltrante y la operación más pequeña produce en ellos un shock operatorio que trae como com-

plicación la muerte, en las horas que siguen a la operación. Se comprende que en operaciones en las cuales se pueda hacer una extirpación total del proceso tumoral más fácilmente puede presentarse esta fatal complicación.

La eventración postoperatoria debido principalmente al mal estado de los tejidos, a la infiltración parietal del cáncer o a la presencia de ascitis que se reproduce muy rápidamente para distender las paredes y dar facilidad a la eventración o evisceración precoz que requiere reoperación inmediata.

En las operaciones por tumores benignos tipo pólipo o adenoma en realidad no hemos tenido ninguna complicación ya que se han llevado a cabo operaciones mínimas, sin resección gástrica, sin embargo de las que se reportan más frecuentemente es la hemorragia intragástrica y la reoperación para ligar el vaso que sangra por medio de la gastrotomía.

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE INTESTINO DELGADO.

Las operaciones sobre intestino delgado, son principalmente debidas a proceso oclusivo, otras veces perforativo, o fistuloso, ocasionadas por diferentes causas:

Procesos oclusivos:

- a. Intrínsecos. Por proceso tumoral, benigno o maligno. Invaginación, intususcepción, parásitos, etc.
- b. Extrínsecos. Tumores (de preferencia ganglionares). Linfo-granulomas.
- c. De las mesentéricas.
- d. Presencia de cuerpos extraños (gasa)..

Estas u otras causas de padecimiento intestinal, originan intervenciones sobre el intestino que trae como consecuencia complicaciones de las cuales mencionaremos las más frecuentes:

ILEUS.

a. *Paralítico*. El enfermo operado continúa con meteorismo y distensión de asas intestinales muy acentuadas, aumentando gradualmente cuando tenemos la seguridad de que se debe a proceso paralítico, éste cederá con el tratamiento médico instituido de: Succión intestinal

continua con sonda de Miller-Abbott. Aplicación de sueros para tener en nivel los electrolitos y medicación que estimule la contractilidad intestinal. Tipo prostigmine.

b). En los casos de Ileus mecánico por bridas, cuerpo extraño, tumor, etc., el enfermo mejorará mucho con la succión intestinal, continua usando la sonda de Miller-Abbott o cualquiera otra de este mismo sistema, pero deberá ser reoperado, lo más pronto posible para evitar lesiones intensas que pueden llegar hasta la perforación de las asas intestinales.

El diagnóstico casi siempre se hace con un buen estudio clínico y radiológico, demostrando éste asas delgadas muy dilatadas, niveles líquidos y a veces masas compactas donde se encuentra el problema.

La obstrucción de boca anastomótica cuando se tiene la seguridad de haberla hecho bien, que se presenta en los primeros días del postoperatorio puede deberse a edema de la misma, pero si continúan los fenómenos obstructivos o aumentan con toda seguridad se debe a oclusión mecánica definitiva que se manifiesta por aumento progresivo de las asas intestinales y como consecuencia de ello la distensión exagerada de las paredes del vientre. La ausencia de eliminación de gases y nuevamente la presencia de vómitos fecaloides a pesar de la succión.

En estos casos no debe uno esperar sino reoperar al enfermo para corregir la boca anastomótica y mejorar rápidamente el estado general del paciente.

En los casos de operación por perforaciones agudas del intestino delgado por proceso infeccioso. Salmonellosis. Esta complicación más frecuente es la formación de fístulas estercorales o la nueva perforación, en el primer caso conviene tratar a los enfermos médicamente y posteriormente, si no cierran espontáneamente las fístulas reoperarlos pero en mejores condiciones, si es que mejoran pues algunos mueren en el postoperatorio tardío. En el segundo caso las nuevas perforaciones se presentan en pacientes muy que difícilmente resisten otra intervención.

Pancreatitis aguda. Postoperatoria. Esta complicación es relativamente frecuente, si pensamos en ella cuando operamos enfermos en los cuales se tiene que llevar a cabo maniobras sobre el páncreas sobre todo en cabeza.

(Un caso de pancreatitis aguda inmediata, en un enfermo operado de úlcera duodenal y divertículo de cuarta porción del duodeno, habiéndosele practicado gastrectomía parcial con gastroenterostomía, tipo Hoffmeister y búsqueda cuidadosa del divertículo sin encontrarlo pero

disecando casi todo el duodeno. El enfermo presentó obstrucción completa postoperatoria a los seis días del asa anastomótica como a cinco centímetros de la gastroyeyunostomía precólica, asa corta por haberla envuelto totalmente el epiplón mayor, debido al proceso pancreatítico agudo, además se encontró gran cantidad de manchas de esteatonecrosis generalizadas, pero sobre todo en el mesenterio y el páncreas aumentado de volumen y edematoso con huellas de hematomas en su cara anterior.

El tratamiento fue la liberación del epiplón y las adherencias al estómago y yeyuno y revisión de la boca anastomótica.

Dehiscencia de suturas. Complicación mucho muy grave ya que generalmente termina con la vida del enfermo, o le deja fístulas estercoreales de evolución muy delicada, sobre todo en su balance electrolítico, ya de antemano muy alterado y que a la larga muchos de estos enfermos mueren, con cuadro peritonítico, muy marcado, acompañado en ocasiones de hemorragias profusas que terminan con la muerte.

Si es posible debe intentarse la reoperación para revisar las suturas y corregir la dehiscencia, así como ligar bien los vasos que sangran y canalizar ampliamente, además de la succión intestinal bien vigilada.

Eventración postoperatoria. Quizá sea la complicación más frecuente en este tipo de cirugía, debido a las condiciones en que se operan estos enfermos, en ocasiones, las menos, se produce una evisceración precoz que requiere reintervención inmediata, otras veces la eventración se presenta en el postoperatorio tardío en que puede prepararse con toda calma al paciente para su plástic de pared y en esta forma quedar totalmente resuelto el problema.