

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

ACTUALIZACION SOBRE RELAPAROTOMIAS

Dr. Octavio Ávila Zamora¹, Dr. Roberto Lantigua Barrios², Dra. Duleimis Reyes Viel³, Dra. Yindra Bustamante Realin⁴, Dr. Félix Bárbaro Santell Odio.⁵

RESUMEN

El acto de relaparotomizar un paciente sigue siendo una decisión difícil para el cirujano y su equipo médico. Además de la duda sobre lo adecuado y oportuno de su realización, se suma la mala reputación que esta tiene, tanto dentro del ambiente médico como fuera de éste. Se revisan sus modalidades, uso de índices predictivos, influencia sobre la mortalidad, entre otros aspectos actuales de este tema, para incrementar el arsenal teórico-práctico de nuestros cirujanos.

Palabras clave: LAPAROTOMIA/ rehabilitación; REOPERACION/ mortalidad; REOPERACION/ complicaciones.

INTRODUCCION

En la práctica médica actual, no existe situación más difícil que la desencadenada por las afecciones quirúrgicas del abdomen, por lo que el cirujano no deberá preocuparse más que de una cosa, la más imperiosa de todas: la hora quirúrgica.

La búsqueda de complicaciones postoperatorias en el interior del abdomen constituye un desafío singular debido a la dificultad para establecer un diagnóstico preciso; los signos físicos principales, sugestivos del cuadro abdominal agudo: sensibilidad dolorosa y rigidez, están presentes normalmente a causa del dolor de la incisión y la irritación peritoneal que acompaña a la manipulación quirúrgica de las estructuras intraabdominales.¹⁻³

¹ *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía General.*

³ *Especialista de I Grado en Histología. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

⁵ *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.*

La decisión de reoperar es crítica, y la actitud del cirujano es básica en este proceso importante de toma de decisiones.^{4,5} La negación de la posibilidad de una operación imperfecta es peligrosa para el paciente. Pusajó y colaboradores³, examinando complicaciones en un servicio quirúrgico muy activo, encontraron que cerca del 10 % de las complicaciones postoperatorias graves y que amenazaban la vida, eran iatrógenas.

Varias son las reflexiones realizadas por algunos autores sobre el tema, entre las cuales queremos expresar: "Los resultados del abstencionismo jamás llegaran a conocerse, las muertes por defectos de reintervenir, jamás serán explicadas"; " El disimulo es peor que la falta cuando ello le priva al operado de una posibilidad de supervivencia"; "Ante un operado en peligro, el cirujano digno de este nombre, no debe tener más que un objetivo: aportar una ayuda por todos los medios, la reintervención constituye una de estos medios".⁶⁻⁹ Conceptos y términos como: Presión intraabdominal (PIA), índices predictivos, abdomen hostil y otros, se han ido introduciendo aparejados al estudio de la sepsis intraabdominal grave y su manejo.

DESARROLLO

La necesidad de una reintervención abdominal de urgencia durante la convalecencia de un paciente laparotomizado representa un dilema para el cirujano y una situación de vital importancia para el paciente.

Las relaparotomías podemos clasificarlas, de acuerdo a su forma de realización, en:

Relaparotomía programada: La cual generalmente se decide desde el momento de la primera laparotomía. Usted programa la frecuencia y forma de realización de las relaparotomías subsecuentes desde la primera operación o primera relaparotomía realizada.

Relaparotomía a demanda: Establecida de acuerdo a la evolución del paciente y basada en el juicio clínico del cirujano y el equipo multidisciplinario que atiende al paciente (se pueden usar índices predictivos).

Es importante resaltar que el 2 % de los pacientes laparotomizados desarrolla sepsis intraabdominal postoperatoria; el 29 % de los casos que presentan este diagnóstico en la cirugía inicial persisten con ella y el

reconocimiento temprano con tratamiento oportuno de las complicaciones postoperatorias es crucial en la evolución de los enfermos.^{3,5,10-12}

La falla en el diagnóstico o control de un foco séptico abdominal puede desencadenar falla orgánica múltiple, y está documentado que se incide más en la disminución de la mortalidad cuando se previene la instalación de ésta que cuando se trata una vez manifestada.

Otros factores relacionados con aumento de la mortalidad son: edad mayor de 50 años, peritonitis en el procedimiento inicial, sepsis sistémica, desnutrición y cirrosis. No se ha establecido completamente que esté relacionada la reintervención en una o más ocasiones, el diagnóstico de la segunda intervención, la diabetes, el cáncer y el tiempo que tardó en desarrollarse la falla orgánica múltiple.^{2,13,14}

Al final, a pesar de los grandes avances de las técnicas diagnósticas, la necesidad de reoperar a un paciente grave depende del juicio clínico del cirujano.

MODELOS PREDICTIVOS

Los modelos predictivos se han convertido en herramientas eficaces, siempre que prime el sentido común y la experiencia en su uso. Para el médico dedicado al cuidado del enfermo crítico, respaldo de acciones éticas y legales, han sido elementos importantes a tener en cuenta a la hora de privar de una terapéutica o proceder a algún enfermo.

Como sucede con todas las decisiones que tienen un impacto sobre los cuidados del paciente, el médico debe ponderarse del conjunto de conocimientos médicos disponibles, los deseos de los pacientes, familiares y médicos, y la probabilidad de que los cuidados intensivos beneficien al paciente o no. A veces estas decisiones incluirán solo un juicio médico; otras veces, la elección reflejará una perspectiva ética, legal o filosófica.

Todas las escalas predictivas de uso en cuidados intensivos no son más que sistemas de valores numéricos para describir la posible evolución de la enfermedad del paciente. El primer modelo que sobrevivió a la crítica y vio la luz de la publicación médica fue el propuesto por William Knaus en 1981, que consistió en un conjunto de modelos a los cuales se le denominó de forma genérica *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*, conocido por las

siglas de **APACHE**, el cual viene siendo diseñado y actualizado por Knaus y otros autores desde finales de la década de los 70.

Otros de los índices predictivos usados es el índice predictivo para las reoperaciones abdominales (**ARPI**) que incluye ocho variables clínicas y dentro de ellas está el tiempo de decisión para reoperar.

MORTALIDAD

La mortalidad por reintervención abdominal varía del 13 al 100 %, en dependencia del grupo de pacientes que se esté estudiando. Así, tenemos que enfermos sin sepsis sistémica al momento de la reintervención tienen una mortalidad del 13 %, pacientes con absceso y falla orgánica múltiple del 50 % y sujetos con peritonitis difusa y falla orgánica múltiple del 100 %.

Una reintervención puede ser la única esperanza y la cirugía agresiva puede traer consigo una sobrevida de hasta el 52 %. Aún cuando existe la posibilidad de no encontrar alguna causa intraabdominal meritoria de tratamiento quirúrgico, es más desalentador el hallazgo de afecciones que requerían tratamiento quirúrgico en la autopsia, y en las cuales no se aplicó tratamiento alguno.

Para algunos autores la relaparotomía programada es considerada la piedra angular para el manejo del paciente con sepsis abdominal. Sin embargo, algunos registros indican que la relaparotomía programada no muestra mejores resultados que la relaparotomía a demanda.

Al comparar estos dos enfoques en un metaanálisis no se logró demostrar cuál es la mejor opción. Durante la primera laparotomía, un factor considerado vital para la evolución del paciente es el control del foco séptico. Esto es evidente cuando se compara una entidad con sepsis abdominal en la que se controla usualmente el foco séptico, (apendicetomía) con una en la cual no es posible (pancreatitis).

Si no se logra controlar el foco séptico en la primera operación quirúrgica, generalmente puede ser conseguido más fácilmente en una relaparotomía temprana comparada con una tardía. Otros factores que favorecen la evolución adecuada del paciente, además del control del foco séptico, son la reducción de la contaminación, el tratamiento de la infección residual y la prevención de la infección recurrente.

En un paciente muy grave la necesidad de reintervenir requiere un alto índice de sospecha basado en variaciones de la tolerancia a la glucosa, cambios en el estado de la conciencia y patrones hemodinámicos. Puede suceder que un paciente en estas condiciones no presente datos que orienten directamente a un problema intraabdominal y en esta situación debe ser monitoreado exhaustivamente con estudios del laboratorio, como: citometría, hemocultivo, cultivo de secreciones corporales, así, como con estudios de imagen que ayuden a decidir si amerita la cirugía o no.¹⁵⁻¹⁷

La utilidad de dichos estudios en este grupo de pacientes varía; para el ultrasonido es del 47 al 77 % y para la tomografía axial computarizada, del 54 al 92 %. Los estudios para abscesos intraabdominales con medicina nuclear oscilan en alrededor del 75 %. Esto varía mucho de acuerdo con lo que se esté buscando, teniendo la mejor sensibilidad para determinar la presencia de abscesos intraabdominales.^{3,7,9,18}

Se ha informado que los factores relacionados con la mortalidad en estos pacientes son la presencia de:

- Falla múltiple de órganos y sistemas al momento de la relaparotomía (mayor peso para falla renal y hepática).
- Diabetes mellitus.
- Extensión de la peritonitis (aumenta mucho con peritonitis generalizadas).
- Cirugía inicial de urgencia.
- Número de reoperaciones.
- Trombocitopenia.
- Retraso en la decisión de realizar la cirugía.
- Edad avanzada.
- Sexo.
- Origen de la sepsis.
- Desarrollo de fístulas intestinales.
- Calificación de APACHE II.
- Antecedentes de cirrosis o cáncer.

La mortalidad por infección intraabdominal está relacionada directamente con la severidad de la respuesta metabólica del paciente y sus reservas antes de la enfermedad, que se obtiene, principalmente, con la realización de la calificación de APACHE II. Valores superiores a 30 puntos demostraron más del 80 % de probabilidad de muerte; la cifra de 40 puntos o más fue 100 %

fatal en el estudio; el sistema APACHE II demostró mejor calibración y discriminación a las 24 horas que a las 48 horas.

Sin embargo, está demostrado que una calificación alta está relacionada directamente con la mortalidad. Es demasiado esperar a que el paciente desarrolle falla orgánica múltiple, pues la mortalidad está asociada con el número de órganos que tengan falla. Así, la mortalidad en caso de una falla orgánica es del 0-20 %, de dos órganos del 12-75 %, de tres órganos del 62.5-100 % y de cuatro órganos del 90-100 %.

De estas fallas, las más importantes son la renal y la hepática. La realización de una cirugía inicial de urgencia y el hallazgo de peritonitis generalizada también están relacionadas con una mayor mortalidad.¹⁹⁻²¹ Algunos pacientes con sepsis abdominal requerirán la realización de una nueva laparotomía para el control de la misma, en la mayoría de las ocasiones, la decisión de esta nueva cirugía se basa en el juicio clínico y criterio del cirujano.^{11,22-24}

El principal objetivo de la cirugía es el control del foco séptico.^{2,3,25,26} La realización de una cirugía programada o a demanda continúa en discusión. El desarrollo de falla orgánica, una calificación de APACHE II elevada, y la presencia de peritonitis generalizada al momento de la cirugía inicial, son los factores más importantes relacionados con la mortalidad.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La asociación de criterios clínicos, humorales e imagenológicos para tomar la decisión de la reintervención quirúrgica urgente sigue siendo la más empleada.
2. Las complicaciones que se presentan provocan menos daños cuanto más rápido sean diagnosticadas.
3. El modelo predictivo APACHE II, es el más usado y efectivo (mayormente cuando se calcula en las primeras 24 horas).
4. La falla múltiple de órganos, peritonitis generalizada y puntuación de Apache II elevada, son los factores que más se asocian a la mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Demmel N, Osterholzer G, Gunther B. Differentiated treatment strategy for peritonitis. *Zentralbl Chir.* 1999; 118(7):395-400.
2. Aviléz Cruz P. Peritonitis grave en cuidados intermedios. *Rev Cubana Cir.* 1996; 26(5):115-29.
3. Pusajo J, Bumashny E, Doglio G. Postoperative intrabdominal sepsis requiring reoperation. *ARPI Arch Surg* 1993; 128:221-5.
4. Costa. Intrabdominal complication. *WJ Surg.* 1994; (3):215-21.
6. The use of relaparotomies in emergency. *Klin KHIR.* 2001; 4:34-7.
7. Franz Mg, Norman J, Fabri DI. Increased morbidity of apendicitis with advancing age. *Am Surg* 1999; 61(1):40-4.
8. Bartels H. The therapeutical results of programmed relaparotomy in diffuse peritonitis. *Chirurg.* 2002; 63(3):174-80.
9. Costa. Intrabdominal complication of surgery. *WJ Surg.* 1996; (5):15-21.
10. Dellinger EP, Wertz MJ, Meakin JL. Surgical infection stratification system for intrabdominal infection. *Arch Surg.* 2001; 120:21-9.
11. Ferraris WA. Exploratory laparotomy for potential abdominal sepsis in patient with MOF. *Arch Surg.* 1998; 118:130-3.
12. Hay JM. Les ventres laissés. *Chirurgie.* 1999; 105:508-10.
13. Koperna T, Schulz F. Prognosis and treatment of peritonitis. *Arch Sur.* 1999; 131:180-6.
14. Kumar PS, Rao CS. Prognosis in intrabdominal sepsis. *Indian J Gastroenterol.* 1999; 14(1):8-10.
15. López Messa JB. Mortalidad, complicaciones y factores pronósticos en pacientes con sepsis de origen abdominal. *Med Int Esp.* 1998; 12:24-7.
16. Mondor H. *Abdomen agudo*: Barcelona: Toray-Masson; 1963.p. 3-1095.
17. Nitsem DI. Relaparotomy in patient with perforated gastric and duodenal ulcer. *Moscú: Khirurgia.* 2002; 2:30-5.
18. Pennicky FM. Planned relaparotomy in the surgical treatment of severe generalized peritonitis from intestinal origin. *W J Surg.* 2002; 17:762-6.

19. Wobber TH. Risk of postoperative septic complication after abdominal surgery. *Surg Ginecol Obst.* 1999; 171(1):59-62.
20. Rodríguez-Loeches J. Abdomen agudo en el postoperatorio. *Cir Abd.* 1996; 1:258-9.
21. Scharaden H. Prognostic factor in peritonitis. *Arch Surg.* 2002; 377(2):83-9.
22. Tiechman W, Whittman TH, Andreone PA. Scheduled reoperation (Etappenlavage) for diffuse peritonitis. *Rch Surg.* 1999; 121:46-52.
23. Zavernyl LG. Incidence of development and the results of treatment of postoperative peritonitis. *Klin Khir.* 1999; (4):30-2.
24. Tran DD, Van Omselene EB, Wensink AJ, Cuesta MA. Factor related MOF and mortality in a surgical intensive care unit. *Nephod Dial Transplant.* 1998; 4(9):172-8.
25. Uriarte Z. Resultados y factores pronósticos en la cirugía mayor en el anciano. *Barc Din.* 1999; 4(38):117-21.