

CIRUGIA EXPERIMENTAL SOBRE UN NUEVO METODO DE SUTURAS INTESTINALES

Tte. de Navio ALFREDO ALVARADO BARRERA



TRABAJO PRELIMINAR

Aunque los procedimientos actuales de suturas intestinales han llegado a un grado muy satisfactorio de perfección técnica, todavía persisten algunos problemas que ocasionalmente pueden acarrear complicaciones operatorias serias. El objeto de esta comunicación es el de dar a conocer una serie de observaciones de cirugía experimental sobre un nuevo método de suturas intestinales, orientado a resolver los problemas propios de este tipo de cirugía.

Los principales problemas a que me refiero son los siguientes:

- 1) Hemorragia a nivel de la línea de sutura.
- 2) Obstrucción producida por el fruncimiento de los tejidos hacia adentro, en las anastomosis intestinales terminotermiales.
- 3) Dehiscencia de suturas.

1. No es infrecuente en la práctica general tener complicaciones operatorias debidas a la pequeña, pero constante hemorragia, producida por un delgado vaso que comienza a sangrar por debajo de la línea de sutura, especialmente cuando se usa un método cerrado. A este respecto, Warren es partidario de que todas las suturas se coloquen bajo visión directa, lo que asegura una aproximación correcta y

una hemostasia adecuada (1). Shackelford también insiste en que es importante que todos los puntos sangrantes sean controlados antes de proseguir la operación, puesto que la hemorragia posterior hacia la luz quedará oculta e inaccesible para la ligadura (2). De aquí se desprende la ventaja que representa la sutura de tipo abierto sobre la de tipo cerrado, con el fin de prevenir la hemorragia, a nivel de la línea de sutura, especialmente en cirugía gástrica.

2. Numerosos autores están de acuerdo en recalcar que las suturas no deben invaginar demasiado los tejidos a nivel de la línea de anastomosis. Sobre este particular, Colock dice lo siguiente: "La obstrucción en el lugar de la anastomosis, a continuación de una resección primaria y sutura, ha ocurrido aun a cirujanos experimentados en cirugía del colon, y todos han hecho notar el peligro que existe en la excesiva constricción, debido a la anastomosis término terminal en este segmento del intestino". (3) Más adelante advierte que "debe tenerse especial empeño de no invaginar en exceso los bordes del intestino en la línea de sutura, a fin de evitar la obstrucción posterior, precoz o tardía (4).

Si estas consideraciones son aplicables al intestino grueso, con mayor razón habrá que tenerlas en cuenta en

la anastomosis cabo a cabo del intestino delgado. Por este motivo Warren aconseja que las suturas se coloquen bajo visión directa sin peligro de provocar un tabique obstructor (5). Bastos Ansart también advierte el peligro de las estenosis que se presentan bajo la forma de un anillo de estrangulación del intestino, producido por el fruncimiento de la pared, a lo cual se agrega el espasmo secundario de dicha pared, que completa el cierre del calibre intestinal (6). Thorek, consciente del peligro que representa la estrechez de la boca anastomótica, se muestra complacido al anotar que los cirujanos se están dando cuenta de que no es necesario invertir tanto tejido para hacer una anastomosis (7).

3. Las causas principales de la dehiscencia de suturas son las siguientes:

a) Insuficiente adosamiento de las serosas entre sí, que permiten la eversión de la mucosa, y

b) Desvitalización o traumatismo de los bordes del tejido suturado.

a. El insuficiente adosamiento de las serosas entre sí, puede ser debido al escaso número o deficiente colocación de los puntos, por lo cual Thorek aconseja que los puntos de sutura han de atravesar todas las túnicas del intestino seccionado y han de hallarse a la distancia de 3 o 4 milímetros uno

del otro y a la misma distancia del borde seccionado del intestino (8). También puede deberse a eversión de la mucosa, para lo cual se aconsejan procedimientos que inviertan la mucosa hacia la luz de la viscera, pues si algo de mucosa se proyecta hacia la línea de sutura, puede aparecer rezumamiento con la formación de una fístula o peritonitis (9). Con esta finalidad, Sweet recomienda el cierre del estómago en tres o cuatro planos de sutura (10), lo cual parece un poco exagerado pero que indica muy bien el peligro de que se produzca rezumamiento.

b. Entre las causas de desvitalización se cuentan la estrangulación de los tejidos al anudar demasiado tensas las suturas, la tensión exagerada en el sitio de la anastomosis y la compresión traumatizante o la cauterización de los tejidos que se van a suturar. En este sentido Colcock prefiere colocar una pinza intestinal con mandíbulas recubiertas de goma en los extremos del intestino que se va a suturar y la sección del mismo con el bisturí en vez de usar el termocauterío (11). También Thorek considera como esencial no traumatizar los extremos intestinales con pinzas, etc. (12).

Hasta aquí hemos hecho un resumen de los problemas principales que en la actualidad afectan a la cirugía gastrointestinal.

TENIENTE DE NAVIO

ALFREDO ALVARADO BARRERA

Oficial de Sanidad de la Armada Nacional. Doctorado en Medicina y Cirugía en la Universidad Nacional en marzo de 1957. Ha desempeñado los siguientes cargos: Médico Residente del Hospital Naval Esguerra López de la Base Naval ARC Bolívar; Médico Jefe del ARC Jamarly de la Fuerza Naval del Sur; Médico de la Sanidad Naval del Comando de la Armada; Médico del Hospital Militar Central de Bogotá y Oficial de Sanidad del Centro de Entrenamiento Naval ARC Barranquilla, donde actualmente presta sus servicios.

Requisitos de una sutura ideal

Es particularmente llamativo el hecho de que las diferentes escuelas de cirugía hayan adoptado en esencia las mismas normas para una correcta sutura gastrointestinal (13), (14), (15). Estas condiciones universales son las siguientes:

1) Debe ser hemostática, es decir, que debe controlar por sí misma la hemorragia de la pared visceral seccionada.

2) Debe ser impermeable, a prueba de rezumamiento de líquidos.

3) Debe coaptar perfectamente las superficies serosas sin que inyecte una porción excesiva de tejido, pues predispone a la obstrucción de la luz intestinal.

4) No debe desvitalizar los tejidos a nivel de la línea de sutura.

Según lo anterior la sutura ideal sería aquella que pudiera reunir a la vez estos cuatro requisitos, pero en la práctica se presentan algunos problemas técnicos que dificultan su realización.

PRINCIPIOS DEL METODO

El método propuesto sigue dos principios que hasta ahora han podido ser comprobados como básicos en cirugía gastrointestinal. Estos dos principios son los siguientes:

1) Afrontamiento íntimo de la submucosa, y

2) Adosamiento completo de las superficies serosas.

1. El afrontamiento íntimo de la submucosa fue, por casualidad, uno de los primeros métodos que se conocieron en cirugía intestinal. La sutura de "Los cuatro maestros" (Escuela Veneciana, 1520) unía los bordes de la herida lo mismo que una sutura de piel (17). Duverger, en 1846, realizó un progreso al reseca la mucosa que sobresalía de los bordes del intestino. Instintivamente este autor previó la importancia del otro principio básico, el adosamiento completo de la serosa (18). Fue Gross, en 1843, quien primero señaló que la sutura intestinal carecía de seguridad a no ser que los puntos comprendiesen toda o parte de la submucosa (19). Un siglo más tarde, en 1944, Burket insiste de nuevo en el papel desempeñado por la submucosa, demostrando que ella es la capa más importante para el cirujano, puesto que la serosa sola no alcanza

a sostener una sutura (20). Es tal la importancia que se le atribuye a este hecho, que varios autores, entre ellos Partipilo (21), Dennis (22), y Wagenseen (23), han preconizado la sutura en un solo plano. Sin embargo, Shackelford dice que "una anastomosis o sutura intestinal en un solo plano es probablemente insegura y debe evitarse, excepto para cerrar pequeñas aberturas, o cuando el procedimiento de dos planos es imposible" (24). En conclusión, hoy por hoy, los cirujanos están de acuerdo en que la submucosa es un elemento de primer orden en la cicatrización de una sutura gastrointestinal, y que para hacer la anastomosis más segura es necesario comprender todas las capas intestinales (25).

2. El adosamiento completo de las superficies serosas se logra mediante una ligera inversión de ellas. Sobre la importancia de este principio, Shackelford dice que "una sutura gastrointestinal bien realizada es notablemente segura dentro de una semana, si se han unido firmemente las superficies serosas" (26). Primitivamente Lembert comprendía, solo en la sutura, la túnica peritoneal (27), pero con el tiempo se demostró que este método era inseguro. El procedimiento de Toupet, en que preconizaba la inversión previa de la mucosa, no tenía en realidad otro objeto que el de facilitar un mejor adosamiento de la serosa (28).

Además de lo anterior, Moynihan, afirma, que todo método para ser aceptable, ha de combinar en el más alto grado posible dos principios esenciales: simplicidad y seguridad (16). El método propuesto también sigue estos dos principios esenciales, aun cuando aparentemente se muestre un poco complicado. Sin embargo esta aparente complicación teórica, paga con creces la gran seguridad que ofrece.

Descripción del nuevo punto de sutura.

Siguiendo los principios ya enumerados se ensayó un punto de sutura que reuniera los requisitos de la sutura ideal, sin apartarse de los principios básicos de las técnicas de suturas gastrointestinales. Este punto tiene la ventaja de ser a la vez perforante y seromuscular, motivo por el cual se le puede denominar "perforante-seromuscular" (P.S.M.). Es perforante porque atraviesa todas las capas del intestino, con el fin de asegurar de que se incluye la importante capa submucosa, y es seromuscular porque adosa e invagina la capa seromuscular. Entre las diferentes posibilidades de hacerlo hay tres modalidades que considero son las más eficientes y fáciles de ejecutar, y que no tienen entre sí ninguna diferencia en cuanto a los resultados sobre la cicatrización. El esquema de dicho punto es el siguiente: (Ver figura N° 1).

Material y métodos

La realización experimental de estas suturas ha tenido dos etapas:

Primera etapa. En esta se siguieron los procedimientos primitivos que pretendían hacer un afrontamiento borde a borde. Con tal fin, se hacía pequeña resección cuneiforme del intestino, seguida de anastomosis terminoterminal que restablecía la continuidad intestinal. Se utilizaban exclusivamente puntos P.S.M. de algodón, cuya modalidad de colocación era variable.

Segunda etapa. En esta se siguieron las normas actuales de la cirugía gastrointestinal empleando material absorbible en el plano interior. Se hacía pequeña resección cuneiforme de intestino, seguida de anastomosis terminoterminal o terminolateral, con el fin de restablecer la continuidad intestinal. Se usaban puntos P.S.M. de catgut gastrointestinal en el primer pla-

no, y puntos de Cushing separados de algodón en el segundo plano. Antes de hacer la resección se practicaba sistemáticamente el lavado intraintestinal del asa a resecar con una solución acuosa de cloranfenicol del 1 al 5 por ciento, que se inyectaba a través de la pared intestinal, por encima de la línea de sección.

Resultados

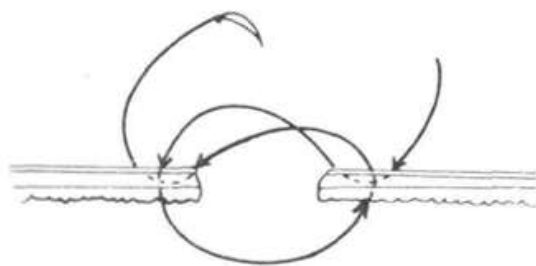
Los resultados de las dos series fueron completamente distintos. En la primera fueron poco satisfactorios; en cambio en la segunda fueron muy alentadoras.

Primera etapa. Para la clasificación de los resultados, el post-operatorio de los perros se dividió en tres períodos:

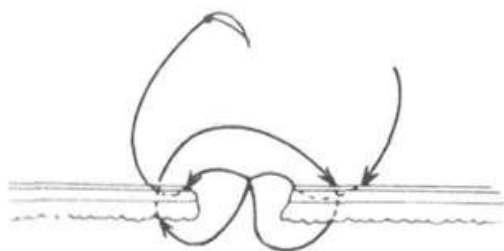
- 1) Inmediato, comprendido entre el 1º y 7º días.
- 2) Intermedio, comprendido entre los días 8º y 15º
- 3) Tardío, contado a partir del 16º día.

Los perros muertos durante los dos primeros períodos se consideraron como a consecuencia de la intervención quirúrgica. Esta clasificación se tuvo que hacer así en vista de que no nos era posible hacer las autopsias de todos los perros, ni tampoco seguir la evolución de ellos a largo plazo, ya que se trataba de animales que constantemente tenían que servir para otras prácticas de docencia. Algunos de ellos fueron sometidos simultáneamente a otro procedimiento quirúrgico, lo cual obviamente pudo falsear los resultados.

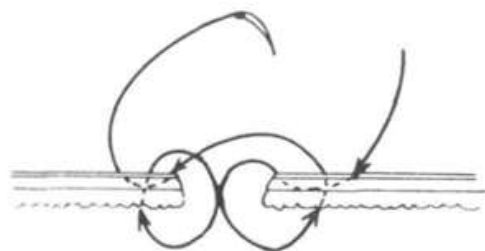
Se operaron 20 perros, 18 del intestino delgado y 2 del intestino grueso. Estos dos últimos sobrevivieron en buenas condiciones más de los 16 días. De todos los perros el 50 por ciento falleció en los dos primeros períodos, considerándose este porcentaje como fracaso de las suturas intestinales. El otro 50 por ciento sobrevivió y se con-



1 MODALIDAD



2 MODALIDAD



3 MODALIDAD

Figura Numero 1

sideró como éxito de las suturas. Es importante hacer notar que la mayoría de los fallecimientos (35%) ocurrió durante el primer periodo, y que el 15 por ciento restante falleció durante el segundo periodo. Se ve claramente que el periodo crítico del post-operatorio está comprendido entre los primeros ocho días después de la intervención.

En cinco autopsias que se hicieron, las causas del fracaso fueron las siguientes:

1) Necrosis de la mucosa alrededor de los puntos, con dehiscencia de la sutura: 3 casos.

2) Fistulización del punto en "U" mesentérico: 2 casos.

Los puntos de necrosis se encontraron desde las 18 horas hasta los 7 días después de la intervención, y al parecer se debió a intolerancia del material de sutura empleado. En cuanto a la fistulización del punto mesentérico, se presentó a los 4 o 5 días después de la intervención, y también se debió, por una parte, a la acción del material como cuerpo extraño, y por otra, a la falta de peritonización en ese sitio. En las autopsias no se comprobó ninguna muerte a causa de hemorragia a nivel de la línea de sutura.

En cinco reintervenciones que se hicieron en diferentes periodos del post-operatorio, los hallazgos anatómicos fueron satisfactorios en todos los casos. Estas observaciones se hicieron desde las primeras 24 horas, hasta un mes y medio después de la intervención. Se encontró que la cicatrización de las paredes del intestino fue más completa a medida que su tiempo de evolución era más largo. En ninguno de los casos se encontró estenosis a nivel de la línea de sutura, así como tampoco rebordes de la mucosa invaginada. En la última observación, la cicatrización de la línea de sutura era casi imposible de advertir a simple vista.

Conclusiones de la primera etapa

Como conclusiones de esta etapa, obtuvimos las siguientes:

1) Que no se puede confiar en un solo plano de sutura, pues por más eficientes que sean los puntos, si llega a fallar uno de ellos, se compromete toda la sutura.

2) Que el tipo de material de sutura influye poderosamente en la cicatrización, en el sentido de que el material inabsorbible actúa como cuerpo extraño retardando la cicatrización de los tejidos.

Segunda etapa. En esta serie se aprovecharon las conclusiones de la etapa anterior teniéndose en cuenta todos los requisitos de una buena sutura gastrointestinal. Con este fin se emplearon dos planos de sutura y se usó material absorbible para el plano interior. A estas dos modificaciones se debió el éxito de la técnica empleada.

Se operaron 7 perros con un total de 13 intervenciones, pues se reintervinieron 6 de ellos. El resultado de estas intervenciones fue satisfactorio en 12 casos. El único fracaso se debió a una peritonitis producida por la perforación de la pared por encima de la línea de sutura, ocasionada por dos palillos de dientes que el perro se había tragado y que por uno de sus extremos se incrustaron en un tricobozoar que se detuvo inmediatamente por encima de la línea de sutura. En realidad, esta muerte no se puede atribuir directamente a la sutura empleada.

Los resultados obtenidos en esta etapa se analizaron desde tres puntos de vista:

- 1º clínico.
- 2º Anatómico, y
- 3º Histológico.

1 Observaciones Clínicas

El post-operatorio fue satisfactorio en 12 casos y francamente malo en el caso del perro que murió de peritoni-

tis. Inicialmente los perros perdieron peso, pero lo recuperaron rápidamente a partir de la segunda semana. Al comienzo no se le dio importancia al tipo de alimentación, pero después de haberse presentado el caso de la peritonitis se decidió dejar una dieta exclusivamente líquida durante los primeros 8 días, pues ya comprobamos que este es el período crítico después de una resección intestinal.

2 Observaciones Anatómicas

Todas las seis piezas anatómicas obtenidas por intervención fueron satisfactorias en cuanto a la permeabilidad del calibre intestinal. En ninguna de ellas se observó anillo de constricción, ni soluciones de continuidad de las capas. El adosamiento de la mucosa fue tan completo, que difícilmente se podía diferenciar del resto de los repliegues mucosos. La serosa cicatrizó firmemente sobre toda la línea de sutura y en la mayoría de los casos demostraba ligero proceso de fibrosis. Hubo adherencias en las proximidades de las asas anastomosadas en tres de los seis casos reintervenidos, sin que ninguna de ellas hubiera comprometido el tránsito intestinal.

En la autopsia del perro muerto a los ocho días de intervenido, a causa de una peritonitis, se encontró gran cantidad de exudado sanguinolento de olor fétido dentro de la cavidad abdominal. Por encima de la perforación se observaban las asas intestinales muy dilatadas por la presencia de gases y líquidos. Los puntos de Katgut gastrointestinal de la anastomosis aparecieron fragmentados y reblandecidos y alrededor de ellos había tejido necrótico y purulento, con dehiscencia de toda la línea de sutura, excepto en el sitio de inserción mesentérica, es decir, en el llamado punto peligroso. Aquí resalta el buen resultado de haber reforzado este sitio con un punto en U seromuscular.

3. Observaciones Histológicas

En líneas generales, en los cortes microscópicos, se comprobó el afrontamiento histológico de todas las capas de la pared intestinal. En ninguno de ellos se observó interrupción de la capa mucosa por elementos de las otras capas, conservándose siempre la continuidad de ellas. Las glándulas en la línea de anastomosis estaban reducidas en número. En una pieza obtenida a los 35 días después de la intervención, había continuidad aparente de la muscular de la mucosa por medio de células fibroblásticas con láminas colágenas. En la capa serosa había reacción granulomatosa alrededor de los hilos de sutura. En una pieza obtenida a los 80 días, la muscular de la mucosa y las capas musculares se hallaban unidas por tejidos fibroconjuntivo que contenía frecuentes vasos sanguíneos y algunas células redondas y macrófagos. En otra pieza obtenida a los 110 días había reunión de las zonas musculares por tejido colágeno dentro del cual había vasos frecuentes y moderada cantidad de células redondas y macrófagos. En la zona peritoneal había esclerosis y restos de hilo. Como se podrá observar, en todos los períodos de cicatrización es común el hallazgo de tejido conjuntivo y colágeno. En los primeros períodos parece ser más frecuente el hallazgo de células fibroblásticas, en cambio en los períodos tardíos de la cicatrización predomina el tejido fibroconjuntivo. Es importante hacer notar la reacción del tejido al material de sutura inabsorbible, en todos los casos.

Conclusiones de la segunda etapa

1) El segundo plano de sutura constituye un factor de seguridad en las anastomosis intestinales.

2) La técnica empleada en esta etapa no produjo anillo de constricción intestinal en ninguno de los casos.

3) Se logró hacer un afrontamiento histológico de todas las capas de la pared intestinal.

4) El material de sutura inabsorbible obra como cuerpo extraño, aun en la capa seromuscular.

Teniendo en cuenta todas las observaciones anteriores y sus resultados alentadores se vislumbran las posibilidades del método propuesto, en cirugía humana.

Estas posibles aplicaciones son las siguientes:

a. Actualmente en estudio experimental sobre perros:

- 1) Suturas gástricas.
- 2) Suturas de intestino delgado.
- 3) Suturas de intestino grueso.
- 4) Suturas sobre vejiga urinaria.

b. Pendientes de estudio experimental:

- 1) Suturas de esófago.
- 2) Suturas esofagogástricas.

Resumen

1) Se hace un planteamiento de los principales problemas que en la actualidad afectan a la cirugía gastrointestinal.

2) Se establecen los requisitos de una sutura ideal, y con base en ellos se propone un nuevo método de sutura.

3) Se exponen los principios del método.

4) Se describe la técnica empleada en dos etapas diferentes de la investigación.

5) Se estudian los resultados de las dos técnicas seguidas durante la experimentación.

6) Se indican las posibles aplicaciones del método en cirugía humana.

Agradecimientos

El autor agradece la valiosa asesoría científica y técnica del Profesor Santiago Triana Cortés en la realización de la primera etapa de este trabajo experimental.

Asimismo, desea expresar sus agradecimientos a los doctores José Tomás Henao Sáenz y Alberto Morales Gil-ede por su generosa colaboración en la realización de la segunda etapa, lo mismo que al Dr. Hernando Latorre y Latorre, quien hizo las observaciones histológicas.

Bibliografía

- (1) Warren, K. W., *Práctica Quirúrgica de la Clínica Iahay*. 387, 1954, Buenos Aires, José Bernadés.
- (2) Shackelford, R. T., *Surgery of the Alimentary Tract*. 2:1103, 1955.
- (3) Colcock, B. P., *Práctica Quirúrgica Iahay*, 469, ep. cid.
- (4) *Ibid.*, 480.
- (5) Warren, K. W. of cid., 387.
- (6) Bastos Ansart, N., *Traumatología*, segunda edición, 305, 1952, Barcelona labor.
- (7) Thorek, M., *Técnica Quirúrgica Moderna*, segunda edición, 3:1986, Barcelona, Salvat.
- (8) *Ibid.*, 2035.
- (9) Shackelford, R. T., of cid., 2:259.
- (10) Sweet, citado por Shackelford, R. T., of cid., 1:158.
- (11) Colcock, B. P., of cid., 477.
- (12) Thorek M., of cid., 3:2033.
- (13) *Ibid.*, 3:1983.
- (14) Shackelford R. T., of cid., 1:236.
- (15) Guibé, M. y Quénu, J., *Cirugía de Abdomen* (Resumen de Técnica Operatoria), segunda edición española, 3:102-3, 1952, México D. F. Editora Nacional.
- (16) Moynihan, citado por Thorek, m., of cid. 3:1986.
- (17) Thorek, M., of cid., 3:1982-83.
- (18) Duverger, citado por Thorek, of cid., 3:1983.
- (19) Gross, S. D., citado por Thorek, of cid., 3:1984.
- (20) Burket, W. C., citado por Thorek., of cid., 3:1985.
- (21) Shackelford, R. T., of cid., 2:1113.
- (22) *Ibid.*, 2:1123.
- (23) Wagensteen, citado por Shackelford, *Ibid.*, 2:1237.
- (24) Shackelford, R. T., of cid., 2:1032.
- (25) Thorek, M., of cid., 3:1984.
- (26) Shackelford, R. T., of cid., 1:236.
- (27) Thorek, M., of cid., 3:1984.
- (28) Guivé M. y Quénu, J. of cid., 3:107.