

PLICATURA INTESTINAL DE CHILD (MODIFICADA)

Dr. ALLENDE, D.A.
 Dr. DIAZ, G.T.
 Dr. OCHOA, H.J.
 Dra. MOLL, E.
 Dr. MONDINO, J.C.

(Servicio de Cirugía General - Hospital Privado)

RESUMEN

Se presentan 16 casos en los cuales se ha practicado la plicatura de Child.

Se describe la técnica modificada.

Se establece la prevención de recidivas obstructivas por adherencias y de cirugía extensa de colon como indicaciones para efectuar la técnica.

La prevención de la obstrucción de intestino delgado por adherencias posoperatorias obliga a tomar medidas en el acto quirúrgico. Estas pueden estar vinculadas a la modalidad de la ejecución quirúrgica o a algún procedimiento empleado para evitar la complicación.

Se presentan en este trabajo, 16 enfermos a los cuales se realizó la plicatura de Child para prevenir la recidiva de la obstrucción.

MATERIALES Y METODO

CASUISTICA

La operación de Child modificada fue practicada en dieciséis oportunidades.

Los pacientes fueron diez mujeres y seis hombres. Sus edades oscilaron entre los catorce y setenta y seis años.

En once casos se presentaron bridas asociadas al proceso oclusivo, en un caso existió vólvulo de ciego; en tres se efectuó colectomía total como operación primaria; cuatro presentaron vólvulo de intestino delgado (tres por bridas y uno con una hernia atascada).

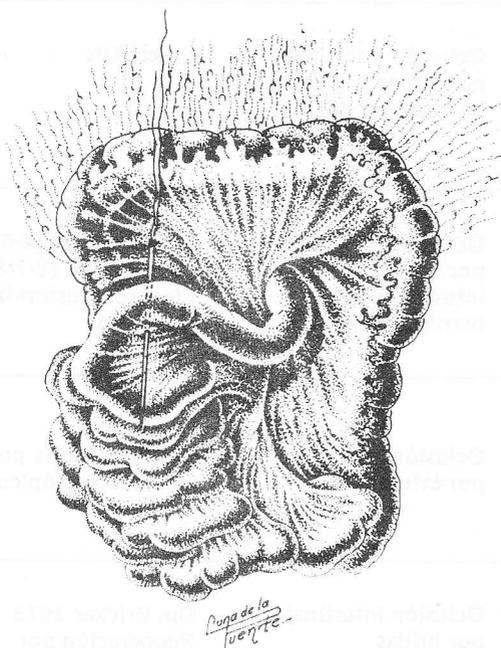
Seis habían tenido resecciones de intestino grueso como cirugía previa, una salpinguectomía por embarazo ectópico, uno, una operación de Bricker y reoperado por estenosis ureteral; en dos se efectuaron colostomías previas, en uno de

ellos se realizaron dos operaciones más (colectomía izquierda, cierre de colostomía) y en otro apendicectomía seguida por dos operaciones por fístula anal. Tres pacientes presentaron una oclusión por bridas en un episodio anterior.

La cirugía más frecuentemente asociada fue la enterólisis en once pacientes, colectomía total en tres y gastrostomía en tres casos, y anexectomía derecha en otra paciente.

Tres pacientes fueron reintervenidos posteriormente por causas ajenas a la operación, uno por colecistitis aguda, otro por cierre de colostomía y un tercero por resección de fístula intestinal y colectomía izquierda.

Figura 1



CUADRO Nro. 1

CASOS	INDICACION	CIRUGIA PREVIA	CIRUGIA ASOCIADA A LA OPERACION DE CHILD	CIRUGIA POSTERIOR
1	Oclusión intestinal por bridas	Colectomía total con ileorecteanastomosis por ca. de colon	Enterolisis	—
2	Oclusión intestinal por vólvulo de ciego	—	—	Colecistectomía por colecistitis aguda
3	Oclusión intestinal por bridas	Resección de ciego y colon ascendente. Ileotransversostomía por úlcera de ciego, absceso apendicular y tumor de ciego	Gastrostomía	—
4	Colectomía total	Colectomía derecha e izquierda parcial	Colectomía total con ileorecteanastomosis	—
5	Extensas bridas Oclusión por peritonitis.	Colectomía por megacolon tóxico. Ileostomía.	Anastomosis ileorectal. Enterolisis.	Cierre de ileostomía.
6	Oclusión intestinal por bridas y vólvulo de intestino delgado.	Enterolisis	Enterolisis	—
7	Oclusión intestinal por bridas, vólvulo de intestino delgado y hernia atascada.	Coloostomía: (2-6-87) Colectomía: (8-7-87) Cierre coloostomía: (12-8-87)	Enterolisis	—
8	Oclusión intestinal por bridas.	Salpingectomía por embarazo ectópico	Enterolisis	—
9	Oclusión intestinal por bridas	Op. Bricker 1973 Reoperación por estenosis ileal (19-8-87)	Anastomosis ileotrasversa enterolisis	—

10	Oclusión intestinal por vólvulo de intestino delgado.	Lap. exploradora coloostomía transversa por plastrom, anexial izq. y sigmoideo	Enteromía Colocación de malla de Marlex	Enteromía por perforación de intestino delgado: (2-8-87) Resección fístula intestinal: (26-8-87). Colectomía izq.: (8-10-87)
11	Colectomía total	—	Colectomía total con ileorectoanastomosis. Gastroostomía.	—
12	Oclusión intestinal por bridas y fístula cecal	Apendicectomía 1981 Operación por fístula cecal 1982 1984	Enterolisis Cecostomía Resección parcial de ciego.	—
13	Oclusión intestinal por bridas	Colectomía segmentaria más rectopexia con malla de Marlex (19-5-83) Enterolisis por oclusión intestinal (5-3-85)	Enterolisis	—
14	Colectomía total	—	Ileorectoanastomosis Gastroostomía Colectomía total	—
15	Oclusión por bridas (vólvulo)	Enterolisis por brida 1987. Apendicectomía	Enterolisis Resección de delgado	—
16	Oclusión por bridas	Apendicectomía. Quistectomía ovario izquierdo	Enterolisis. Anexectomía derecha	—

En el cuadro N° 1, se presentan las indicaciones, cirugías previas, cirugías asociadas y posteriores.

TECNICA

La plicatura del intestino se efectuó dejando libres la primera asa yeyunal y la última asa ileal.

Se forman asas de veinte a veinticinco centímetros de longitud mediante el paso de dos puntos en U; colocados a dos o tres centímetros del borde intestinal mesentérico y con una separación de cuatro centímetros. A tal efecto se utilizan agujas rectas cilíndricas, de aluminio de tres milímetros de diámetro con punta no cortante. El hilo es reabsorbible, catgut crómico 0. Los puntos se anudan sin tensión para no afectar la circulación de los vasos mesentéricos. (Ver fig. 1, 2 y 3).

RESULTADOS

No hubo problemas técnicos de relevancia en la cirugía. No se repitieron los episodios de oclusión (dos de los pacientes llevan dos meses de evolución).

La recuperación de la defecación ocurrió dentro de las primeras cuarenta y ocho a noventa y seis horas del procedimiento.

Dos de los pacientes presentaron cólicos intestinales de leve intensidad.

En los casos en que se asoció a colestomía, la anastomosis ileorectal se hizo entre ocho y dieciséis centímetros del margen anal. Los pacientes tienen de dos a seis deposiciones formadas y pastosas por día, no hay incontinencia ni deposiciones nocturnas.

No hay distensión abdominal marcada.

Figura 2

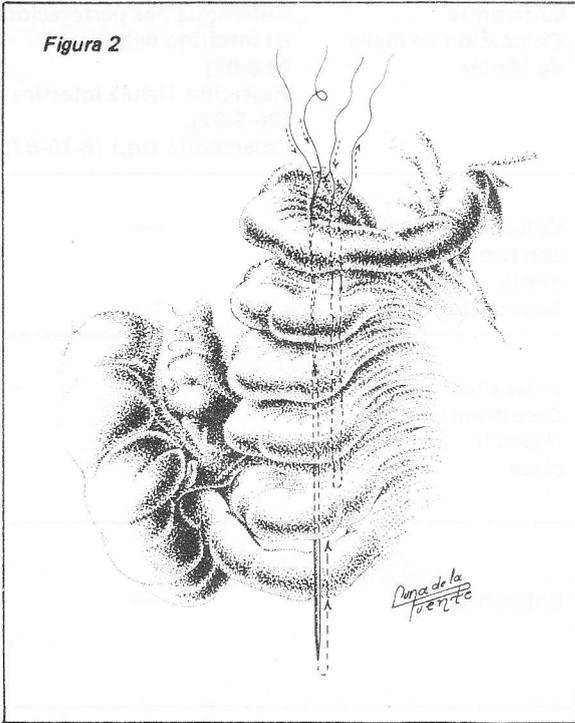
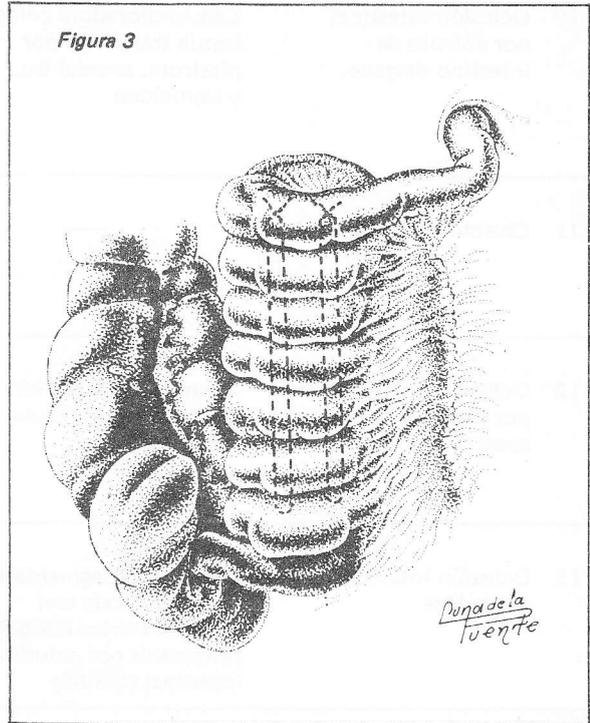


Figura 3



DISCUSION

La modificación de Child a la plicatura intestinal de Noble significó un verdadero progreso (1). Tres desventajas de la plicatura de Noble llevaron a buscar un cambio de la técnica manteniendo el principio de la misma, a saber:

- 1) La aparición de fistulas latero-entéricas.
- 2) El tiempo prolongado para realizar la plicatura.
- 3) La aparición de cólicos posoperatorios.

En el trabajo de Stel y colaboradores (2), sobre 7 casos relatados de la operación de Noble hubo 3 fracasos y una fistula intestinal. Quizás, en los mesenterios con poco tejido graso y muy laxos, convenga mantener los tres puntos del procedimiento original.

En la técnica de Child los puntos de seda, en número de 3, pasan a 3 mm del intestino. En el presente trabajo se modifica el procedimiento pasando 2 puntos con catgut crómico 0, un poco más alejados del borde mesentérico del intestino.

Ultimamente, se ha publicado que las adherencias son causas frecuentes de obstrucción, quizás las más frecuentes en el adulto, reemplazando así a las hernias estranguladas.

Las adherencias posoperatorias involucran todas las vísceras abdominales pero es el intestino delgado, sobre todo el ileon es el más afectado.

En una serie reciente, los autores encuentran a la cirugía colónica entre la causa principal de obstrucción intestinal por adherencias (4).

Con las precauciones actuales de cirugía pro-

lija, falta de cuerpos extraños (talco, etc.), las adherencias han disminuido. Las obstrucciones por las mismas pueden tratarse en forma conservadora, sin cirugía y cuando se opera en general no hay necesidad de resecar intestino.

Sin embargo, la repetición de episodios oclusivos obliga a tomar medidas para evitarlos. Tomando en cuenta esto en los enfermos que aquí se presentan, se ha realizado la plicatura para corregir episodios recidivantes de oclusión por adherencias en 11 pacientes, y se les ha practicado también en operaciones extensas de colon. No hubo recidivas de la oclusión ni problemas de tránsito. En las anastomosis ileo rectales, parecería que el tránsito es menos acelerado o que los enfermos consiguen un dominio mejor del intestino. Esto último es impresión subjetiva de los autores.

Tres enfermos tuvieron que ser reoperados por otra causa y la plicatura no dificultó la intervención.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Childs, W. A and R.B. Phillips: Experience with Intestinal Plication and a Proposed Modification. An. of Surg.
- 2) Stel, A., Sastre, J.J., Aguilar, O. (h): Operación de Noble en la oclusión intestinal iterativa. Rev. Arg. Cirugía, 8: 168, 1965.
- 3) Ellis, H.L M.Ch., F.R.C.S. Internal Overhealing: The Problem of Intraoperative Adhesions. World J. Surg. 4:303-306, 1980.
- 4) Mc Entee, G. et al: Cuurrent spectrum of intestinal obstruction. Br. J. Surg, 74:976-980, 1987.