

Sobre riesgos de las anastomosis intestinales

Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez ^I

I Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Consultante. Hospital Universitario Amalia Simoni. Camagüey, Cuba. baap@finlay.cmw.sld.cu

Nada es más frustrante y que deprima tanto al cirujano como la dehiscencia de una anastomosis intestinal (gastro-intestinal, ilea- cólica, pancreato-bilio-digestiva, esófago-gástrica) aunque en igual medida, las bronquiales, vasculares, urológicas etc. Las suturas intestinales pueden ser de diversos tipos: a) dos planos borde a borde, b) un plano extramucoso, c) un plano extramucoso y submucoso, d) un plano total posterior y anterior extramucoso etc. A su vez, pueden realizarse de forma mecánica o manual, videoasistida o a cielo abierto, a puntos sueltos o continuos.

Me referiré a las intestinales por ser de las más frecuentes y recordaré algunos detalles. Una anastomosis confiable debe ser hermética, sin sangrado activo, no estenosante y sin riesgo de acodadura y/o hernia interna; además, para considerarla ideal debe ser fácil de efectuar, reproducible y que se pueda enseñar y aprender fácilmente. Hay factores a considerar, inherentes al enfermo que contribuyen al fallo de la anastomosis, a) contaminación bacteriana, b) edema y/o inflamación del lugar, c) mala perfusión, ejemplo shock, d) diabetes mellitus, e) uso prolongado de esteroides, f) malnutrición y g) enfermedad maligna de base. También hay factores técnicos como, a) mala vascularización de los tejidos, b) mucha tensión en la línea de sutura, c) hemostasia deficiente (sangrado activo, hematoma, ligadura en masa electrocauterio indiscriminado), d) rudeza al manipular los tejidos, e) no cerrar adecuadamente los defectos o brechas mesentéricas y f) no hacer una revisión final cuidadosa.¹⁻⁴

Recomendaciones prácticas finales

Asegurarse que el sitio de la anastomosis tenga, un buen aporte de sangre, sin tensión, con buena hemostasia y sin comprometer el riesgo sanguíneo, tratar gentilmente los tejidos. Usar técnica invertida serosa a serosa o invertida con mínima exposición de mucosa. Cierre de las brechas mesentéricas. La sutura puede ser mecánica o manual. Puede hacerse en uno o dos planos extramucosa. Puede reforzarse la línea de sutura con sustancias al efecto, ejemplo. Cola de fibrina u otra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sheridan CB, Zromski N, Mattar S. How to always do a safe anastomosis. Contemporary Surgery.2008; 64(2): 68-74
2. Goto T, Kawasaki K, Fujino Y. Evaluation of the mechanical en-to end anastomoses. Surg Endosc.2007;21:508-11.
3. Choy PY, Bissett IP, Docherty JC, Parry BR, Merrie AE .Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses, Cochrane Database of Systematic reviews.2007; (3)
4. Perez Morales, Jose Miguel y Moy Hernandez, Eida maría. Sutura intestinal monopiano, extramucosa, discontinua, a bordes invertidos: Su aplicación en 22 anos. Rev Cubana Cir. 2007; 46(2)

Recibido: 15 de enero de 2010

Aprobado: 7 de abril de 2010

Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez. Email: baap@finlay.cmw.sld.cu