

SUTURAS AUTOMÁTICAS Y SU APLICACION EN CIRUGIA UROLOGICA

Dr. Mocellini Iturralde, Juan A. - Dr. Fernández, Héctor - Dr. Rovegno, Agustín - Dr. Desmery, Ricardo

Introducción

La primera presentación de suturas con agrafe en el tubo digestivo le corresponde al profesor Humer Hultl en 1908. A partir de entonces continuaron los avances sobre esta línea de investigación, y en los últimos veinte años se llegó en algunos centros de cirugía general a utilizar sistemáticamente diversos tipos de suturas mecánicas.

Se han desarrollado instrumentos precisos y de fácil manejo que permiten llevar a cabo rápidamente la sección, cierre y anastomosis del tubo digestivo en procedimientos quirúrgicos de diversa índole. Pero, sin duda, el logro de mayor trascendencia con estos métodos es la realización de anastomosis colorrectales a escasos centímetros del margen anal.

Presentamos a continuación la aplicación que tienen las suturas mecánicas con agrafes en la cirugía de reemplazo vesical, según nuestra experiencia en el Centro de Estudios Médicos e Investigaciones Clínicas y en el Centro de Urología y Nefrología.

Material y método

Desde marzo de 1980 hemos operado con esta técnica nueve enfermos, en los cuales fue necesario realizar cirugía de reemplazo vesical con asa de intestino delgado. En siete de ellos se practicó ileocistoplastia; cuatro de estos pacientes padecían papilomatosis vesical múltiple, dos eran portadores de vejiga neurogénica con uréterohidronefrosis bilateral, y uno tenía una microvejiga tuberculosa. En los dos restantes, pacientes con carcinoma de vejiga, se realizó cirugía de derivación mediante operación de Bricker.

Instrumental

Hemos utilizado la autosutura con agrafes metálicos, empleando los aparatos denominados TA 55 y TA 90 para suturas y anastomosis, y el GIA para sutura, sección y anastomosis digestiva.

Procedimiento

Expuesta el asa de intestino que se planea aislar, se procede a la sección del mesenterio y luego a la sutura automática y sección de un extremo mediante el GIA.

En el otro extremo, se sutura con el TA el borde de la porción intestinal, por la que se continuará el tránsito, seccionándose proximalmente el borde del asa aislada, pero sin suturarla, ya que será abocada en este caso a piel. Si se trata de una ileocistoplastia, se actúa en ambos extremos del asa aislada con el GIA.

Bibliografía

1. Figueroa, M.; Mocellini Iturralde, J. A.; Molino, O.; Salas, R.; Desmery, R., y Rovegno, A.: "Suturas automáticas en cirugía abdominal". Rev. Argent. Cirug., 38:169, 1980.
2. Haisted, W. S.: "End to end suture of the intestine by Buk Head method. Preliminary communication". J. Am. Surg. Assoc., 28:256, 1910.
3. Haisted, W. S.: "Blind-end circular suture of the intestine: closed end abbutted and the double diaphragm punctured with a knife introduced per rectum". Ann. Surg., 37:356, 1922.
4. Heifetz, C.: "Technique of single-layer end-to-end intestinal anastomosis by «triangulation»". Surg. Clin. N. Am., febrero, 1966.
5. Kalinina, T. V.: "The use of the apparatuses PKS 25 and 5 K in the clinic in mechanical sutures in surgery of the gastrointestinal tract". Moscú, 1964. Cit. Ravitch. Ann. Surg., 791, 1979.
6. Mc Guinthy, Ch. P.; Kasten, M. C.; Kinder, J., y Hunt, R.: "Update on stapled bowel anastomosis". Missouri Medicine, marzo 1979, pág. 145.
7. Mc Guinthy, Ch. P.: "A new method of bowel anastomosis". Ann. Surg., 165:917, 1967.
8. Otte, J. B.; Kestens, P. J., y Pringott, J.: "Rétablissement de la continuité colo-rectale après opération de Hartman, par anastomose selon la technique de Duhamel simplifiée par l'emploi de l'agraffue américaine GIA". Acta Chir. Berg., 1975.
9. Nance, F. C.: "New techniques of gastrointestinal anastomoses with EEA Stapler". Ann. Surg., 189:587, 1979.
10. Ravitch, M. M., y Steinchen, F. M.: "A stapling instrument for end-to-end inverting anastomosis in the gastrointestinal tract". Ann. Surg., 1979.

La reconstrucción del tránsito es por anastomosis laterolateral con GIA. Debe introducirse cada rama del instrumento en cada uno de los cabos, procediéndose entonces a la sutura y sección. Previo control estricto de la hemostasis intraluminal, se cierra el orificio dispuesto para el ingreso del GIA, usándose ahora el TA.

Comentarios

Fue sorprendente la difusión alcanzada por las suturas automáticas en los últimos años. Su aplicación en las anastomosis colorrectales bajas ha dado solución a un difícil problema de la cirugía general, pero también fueron ampliamente aceptados por otros procedimientos quirúrgicos sobre el tubo digestivo, así como para resecciones pulmonares.

Los resultados que obtuvimos con esta técnica fueron excelentes, y hasta el momento no se ha presentado ninguna complicación.

Creemos que el aspecto más valioso del uso de las suturas automáticas en la cirugía urológica referida, es la rapidez con que se realiza el tiempo intestinal.

La sección y sutura del asa, así como la restitución del tránsito, ocupa sólo algunos minutos. El cirujano dispondrá entonces de toda su atención para el tiempo urológico: anastomosis ureteral e incorporación del asa intestinal al cuello vesical o a la piel, según el caso, etapas que no relatamos ya que escapan al objetivo de esta presentación.

Insistiremos en los beneficios que significa para el enfermo abreviar el tiempo de anestesia y el acto quirúrgico, especialmente si está comprometido por un proceso neoplásico.

La contraindicación en la aplicación de las suturas automáticas está vinculada con la calidad de los tejidos a anastomosar. Así, cuando las paredes intestinales se hallan engrosadas o debilitadas por un proceso plástico previo, deberá desistirse de la aplicación de esta técnica.

Pese a la sencillez del procedimiento, queda vigente la necesidad del hábito en el manejo del intestino. La disección de los cabos intestinales que serán seccionados y anastomosados debe realizarse con el mismo cuidado que requieren las técnicas convencionales. Los efectos de la vitalidad vascular en los extremos es de trascendental valor.

La seguridad ofrecida por esta técnica es máxima, siendo resultado de la perfección y hermeticidad de la línea de sutura. De todas maneras, no pretendemos anteponerla a la seguridad ofrecida por las anastomosis practicadas por un cirujano bien entrenado.