

# Complicaciones en Cirugía Abdominal

Segunda parte

Por

Dr. Pablo Cruz Esparza \*  
Dr. Antonio León Pérez \*\*  
Dr. Rafael Delgado Ramírez \*\*\*  
Dr. Luis Montes de Oca Camacho \*\*\*\*  
Dr. Víctor Manuel Rojas Calvo \*\*\*\*\*

## COMPLICACIONES EN CIRUGIA GINECOLOGIA

El cirujano cuyo trabajo se limita a los órganos de la pelvis femenina, no goza de protección especial contra cualquiera de las complicaciones que ensombrecen la Cirugía General.

En este capítulo vamos a considerar en primer lugar las complicaciones que directa o indirectamente resultan de lesiones en las Vías Urinarias, Tubo Digestivo y Grandes Vasos.

En segundo término la hemorragia como resultado de lesión Vascular o alteraciones hemáticas concomitantes.

- 
- \* Director Médico de la Asociación Mexicana de la Cruz Roja.  
Profesor Titular de la Facultad Nacional de Medicina.  
Miembro de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.  
Miembro de la Asociación Mexicana de Angiología.  
Miembro de la Asociación Mexicana de Angiología.  
Miembro de la Sociedad Médica de la Cruz Roja Mexicana.
  - \*\* Sub-Director del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana.  
Coordinador del Curso Piloto de la Universidad Nacional Autónoma de México.
  - \*\*\* Médico Adjunto a los Servicios de Cirugía General y Gastroenterología del Hospital de la Cruz Roja Mexicana.
  - \*\*\*\* Médico Adjunto a los Servicios de Cirugía General y Gastroenterología del Hospital de la Cruz Roja Mexicana.
  - \*\*\*\*\* Médico Residente del Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana, Instructor del Grupo Piloto de la Universidad Nacional Autónoma de México.
-

En tercer lugar, las complicaciones Pulmonares e Intestinales y finalmente la complicación infecciosa inmediata o tardía.

#### 1.- Complicaciones de las Vías Urinarias.

- a) Infecciones post-operatorias de Vías Urinarias.
- b) Heridas de la Vejiga (Fistulas Vesico - vaginales).
- c) Lesiones de los uréteres.

a) Las infecciones de las Vías Urinarias, son las complicaciones Urológicas más comunes en la Cirugía Pélvica, y han sido fuente de preocupación para todos los Cirujanos Ginecológicos precavidos. Los microorganismos responsables se introducen directamente por manipulaciones instrumentales de las Vías Urinarias durante la intervención, o más a menudo en los sondeos pre y post-operatorios.

Para su prevención debe evitarse el sondeo sistemático antes o después de cirugía pélvica; si fuese necesario deberá efectuarse con asepsia escrupulosa, suavidad y una técnica atraumática que tienda a disminuir el porcentaje de infecciones.

Las infecciones de las Vías Urinarias consecutivas a Cirugía Pélvica, suelen responder con rapidez a la quimioterapia. Deben practicarse cultivos de orina y estudios de sensibilidad a los antibióticos para seleccionar el apropiado.

#### b) Heridas de la vejiga.

Las heridas de la vejiga durante intervenciones ginecológicas, con la consiguiente formación de Fístulas Vesico-Vaginales, aunque han disminuido notablemente, son aún bastante comunes y continúan siendo una de las complicaciones más penosas y molestas de la Cirugía Pélvica.

Si se reconoce inmediatamente que se ha perforado la vejiga o se ha lesionado su pared, la reparación suele ser sencilla y sin complicaciones, se moviliza suficiente pared vesical alrededor de la perforación o de la zona lesionada, para poder lograr un cierre preciso, en dos planos, sin tensión utilizando Catgut atraumático. Es importante para garantía colocar una sonda de Foley durante un lapso de 8 a 10 días.

El lugar donde más frecuentemente se lesiona la Vejiga, ocasionando la formación de fístula Vesico-Vaginal, es la pared posterior por encima del triángulo. No debe intentarse la reparación

hasta que la reacción inflamatoria haya desaparecido completamente y los tejidos nuevamente sean flexibles.

c) Lesiones de los Ureteros.

Las complicaciones ureterales posteriores a Histerectomía Abdominal común o por vía vaginal, invariablemente dependen de heridas operatorias. Aplastamiento, ligadura, sección completa o la resección parcial, tienen mayor tendencia a producirse con trastornos pélvicos que deforman la anatomía, desplazan el uréter y dificultan o hacen difícil su exposición y disección, en la zona de los pedículos vasculares, uterinos y ligamentos útero-sacros y cardinales.

**Prevención**

Además de utilizar técnica quirúrgica atraumática y cuidadosa, el factor más importante para evitar lesionar los Ureteros es conocer con exactitud su trayecto anatómico y la posición que guardan en todos los puntos de la disección y tener presente su constante proximidad y exposición a lesiones accidentales. Cuando se sospecha en el Pre-operatorio que la disección será difícil, es aconsejable cateterizar los Ureteros.

**TRATAMIENTO**

Si la lesión en el Uréter se reconoce de inmediato, la reparación se simplifica grandemente. Cuando por accidente se incluye en una ligadura el Uréter, puede ser suficiente con quitarla inmediatamente; si hay duda respecto al grado de daño ocasionando en la pared ureteral, es preferible resecar la zona traumatizada y hacer una Anastomosis Término-Terminal.

La resección completa o parcial del uréter se trata en la misma forma, con sutura continua o Anastomosis Término Terminal en una sola capa con puntos separados, usando Catgut Atraumático 0000, sobre una sonda ureteral a manera de guía o férula que se deja durante 14 a 21 días, exteriorizándola por la Uretra.

La zona de anastomosis deben drenarse extraperitonealmente durante 5 a 7 días por medio de un Penrose.

**2.—Lesiones del Tubo Digestivo.**

Es frecuente encontrar una o más asas intestinales firmemente unidos a los procesos patológicos de los Organos Pélvicos, y al intentar la disección puede lesionarse alguna Asa Intestinal,

Si el desgarró o la lesión afecta al intestino delgado y es pequeña, deberá suturarse exclusivamente en dos planos, el interno con Catgut y el externo con hilo delgado.

Si la lesión es más extensa o altera la irrigación intestinal, deberá practicarse resección intestinal con Anastomosis.

Si por el contrario es el colon el afectado deberá practicarse sutura en tres planos, si la herida es pequeña o puntiforme o Colostomía Temporal, con exteriorización de las bocas por contrabertura si la lesión es grande e irregular o interfiere su circulación.

### 3.—Lesiones de los Grandes Vasos.

Los Organos Pélvicos son muy irrigados y los vasos son propicios a sufrir daño, ya que son grandes de paredes delgadas y están solo protegidos por una delgada capa de peritoneo.

El cirujano deberá tomar todas las precauciones para prevenir hemorragias durante la operación, evitando el uso de pinzas traumatizantes o ligaduras masivas, y conociendo el trayecto implantación y relaciones de los principales vasos pélvicos.

#### Tratamiento

La identificación, pinzado del vaso sangrante, sin dañar las estructuras vecinas es lo indicado.

En caso de lesión de la vena Ilíaca o de sus colaterales, deberá practicarse la ligadura completa, previa identificación correcta del vaso y liberación de sus órganos vecinos.

Las lesiones de Arteria Ilíaca deberán tratarse con sutura o injerto.

## II.—HEMORRAGIA

La más común de todas las complicaciones hemorrágicas Post-operatorias es la Hemorragia Vaginal post-histerectomía habitualmente se debe a mala ligadura de la Arteria Uterina, o de los vasos vaginales superiores, casi nunca cesa con el taponamiento por lo que deberá intervenirse sin demora para ligar debidamente estos vasos.

Las alteraciones hemáticas concomitantes deberán tratarse de acuerdo con su etiología.

---

### III.—COMPLICACIONES PULMONARES

Las complicaciones pulmonares Post-Operatorias más frecuentes en Cirugía Ginecológica son:

- 1.—La Atelectacia Pulmonar.
- 2.—La Bronconeumonía.
- 3.—La Embolia Pulmonar.
- 4.—La Neumonía por aspiración y el Absceso Pulmonar.

### IV.—COMPLICACIONES INTESTINALES.

Las Infecciones Pélvicas Post-Operatorias pueden ser inmediatas o tardías:

Entre las inmediatas tenemos las infecciones de la herida con formación de abscesos parietales, cuyo diagnóstico y tratamiento no difiere de las que ocurren después de cualquier Intervención Quirúrgica Abdominal.

Entre las infecciones tardías tenemos:

- 1.—La peritonitis pélvica post-operatoria.
- 2.—El absceso pélvico residual.
- 3.—El absceso sub-frénico.

Las cuales se presentan después de intervenciones quirúrgicas de urgencia sobre todo cuando existe algún antecedente infeccioso. (Piosalpinx, Pelvipertonitis, signos peritoneales, etc.) El diagnóstico se basa en los datos clínicos, dolor, fiebre de Laboratorio (Leucocitosis, neutrofilia) y de gabinete.

El tratamiento deberá ser quirúrgico en todos los casos para la correcta canalización del proceso infeccioso asociado a la antibioterapia específica.

---

## CUADRO N° 1

## CIRUGIA GINECOLOGICA DE ELECCION

Revisión de 121 casos operados en el Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana de Enero de 1961 a Septiembre de 1963.

<i>Padecimiento más frecuente</i>		<i>Tipo de operación más empleado</i>		<i>Complicaciones</i>	
Fibromatosis uterina	35	Miomectomía	27	Absceso de pared	3
Cistocelc, colpocelc y rectocelc	23	Histerectomía abdominal o vaginal	25	Shock o hemorragia post-operatorio	3
Quiste de ovario	22	Colpoperinorrafia	23		
Prolapso uterino	19	Resección de quiste de ovario	22	Lesión de uretero	1
Retroversión uterina	6	Ligamentopexia	6	Lesión de vena iliaca	
Obstrucción tubaria	6	Plastia tubaria	6		
Carcinoma cérvico uterino	5	Resección de hidropiosalpinx	4	Bronconeumonía post neumonía	1
Hidro-piosalpinx	4	Extirpación de pólipo cervical	3	Dehiscencia de sutura	1
Pólipo exocervical	3	Operación de Lefort	3	Total de complicaciones	8%
Hiperplasia de endometrio	1	Legrado uterino	1		
Quiste Bartolínico	1	Extirpación de quiste bartolínico	1		

## CUADRO N° 2

## TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

<i>Diagnóstico</i>	<i>Tratamiento</i>
Absceso de pared	Debridación del absceso, antibióticos (previo cultivo y sensibilidad) y curación diaria.
Shock o hemorragia post-operatorio	Transfusión sanguínea, vasopresores, etc.
Lesión de uretero	Anastomosis término-terminal, sobre sonda uretral
Lesión de vena iliaca	Ligadura de la misma.
Bronconeumonía post-operatoria	Antibióticos, oxígeno, etc.
Dehiscencia de sutura	Sutura por segunda intención.

## CUADRO N° 5

## CIRUGIA GINECOLOGICA DE EMERGENCIA

Revisión de Casos Operados en el Hospital de la Cruz Roja Mexicana de Enero de 1961 a Septiembre de 1963.

<i>Padecimiento más frecuente</i>		<i>Tipo de Operación</i>		<i>Complicaciones</i>	
Embarazo ectópico roto	185	Salpingectomía	180	Absceso de pared	20
Quiste torcido de Ovario	72	Plastia tubaria	3	Eventración post operatoria	3
Pelvipерitonitis por		Resección de quiste de ovario	72	Oclusión intestinal por bridas	2
Piñ-salpinx roto	58	Extirpación del piñ. pinx y canalización	54	Absceso subfrénico	2
		Colpotomía	4	Absceso residual	8
Perforación uterina	3	Histerorrafia	2		
		Histerectomía	1	Colostomía	1

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN  
CIRUGIA UROLOGICA

Las complicaciones Post-Operatorias en Cirugía Urológica son frecuentes, sobre todo en donde no existe personal adecuado para el manejo de este tipo de enfermos.

Generalmente toda medida Post-Operatoria principal en esta Cirugía, es mantener un buen drenaje de las vías urinarias específicas, para cada caso según sus requerimientos. Esta es una de las principales causas, cuando hay defecto de drenaje que provocan la aparición de las complicaciones.

Aparte de las complicaciones propias de cada intervención, se presentan en el Sistema Urológico complicaciones propias, no conocidas por todos.

**Clasificación.**—Se pueden clasificar en Inmediatas, Mediatas y Tardías.

## A.—INMEDIATAS.

## I.—Sobre Riñones.

## a.—Anurias Reflejas.

Temibles en casos de contusión Renal y Nefrosis parciales de tipo reflejo-renal.

## b.—Hematurias severas o escasas.

c.—Bloque de Vías Urinarias Altas, generalmente en la unión pieloureteral por coágulos o remoción de cálculos en Nefrostotomías.

## d.—Bloqueo del sistema de drenaje por coágulos.

e.—Hemorragias mortales por la ruptura de la sutura o ligadura de la Arteria Renal en Nefrectomía.

## II.—Sobre Ureteros y Vejiga.

## a.—Salida de la orina inmediata por malas suturas.

## b.—Hemorragias masivas en capa escasas.

## c.—Ruptura del globo de la sonda de Foley.

## d.—Bloqueo del sistema de drenaje por coágulos.

## B.—MEDIATAS.

I.—Vías altas, Riñones, Ureteros (hasta  $\frac{1}{3}$  medio).

a.—Hemorragias progresivas o masivas, hasta los 21 días en que existe cicatrización Renal.

## b.—Taponamiento de sondas de Nefrostomía por coágulos.

c.—Insuficiencia Renal Aguda, unilateral por cicatrizaciones extensas.

d.—Rupturas de suturas con salida de orina y formación de fistula o vientre agudo con grandes infiltraciones.

e.—Bloqueo de ureteros con acodamiento por falta de fijación Renal o Renopexia, indispensable en grandes Lesiones Renales.

e.—Hidronefrosis debida a bloqueo completo de uretero por compresión del mismo en la sutura.

## g.—Infecciones generales (Abscesos).

## II.—Vías Bajas

Las mismas que las anteriores.

- a.—Hemorragia.
- b.—Salida de orina por ruptura o dehiscencia de sutura. Fístulas.
- c.—Por distensión.
- d.—Por taponamiento del sistema de drenaje.
- e.—Formación de fístulas.
- f.—Infecciones locales del Sistema Urinario y formación de abscesos.

### C.—TARDIAS.

Importantes por las secuelas que dejan difíciles de tratar, que determinan a la larga, lesiones parciales o totales irreversibles de los riñones.

Se pueden clasificar también en Altas y Bajas.

a.—Formación de estenosis que favorecen la infección con:

- |                              |   |  |   |                    |   |          |
|------------------------------|---|--|---|--------------------|---|----------|
| ALTAS                        | { | b.—Pielonefritis   | { | Benignas           |   |          |
|                              |   |  |   | Moderadas.         |   |          |
|                              |   |  |   | Severas.           |   |          |
|                              |   | c.—Hidronefrosis consecutivas.                                 |   |                    |   |          |
|                              |   | d.—Infecciones Renales Agudas o Crónicas en cualquier momento. |   |                    |   |          |
|                              |   | e.—Litiasis Renales o Ureteral.                                |   |                    |   |          |
| BAJAS                        | { | a.—Infecciones   | { | Benignas           | { |          |
|                              |   |  |   | Moderadas          |   | Cistitis |
|                              |   |  |   | Severas            |   |          |
|                              |   | b.—Estenosis Ureteral  | { | Extensa o múltiple |   |          |
|                              |   |  |   | Única o pequeña    |   |          |
|                              |   | c.—Fístulas Rebeldes - Vesico cutáneas.                        |   |                    |   |          |
|                              |   | d.—Litiasis Vesical.   |   |                    |   |          |
| e.—Absceso ureteral peniano. |   |  |   |                    |   |          |
|                              |   | f.—Fístulas Uretro Penianas.                                   |   |                    |   |          |

El diagnóstico de las complicaciones urológicas se manifiesta en forma objetiva: Estado de shock, hematuria, piuria, salida de orina, etc.

El tratamiento va ligado a la causa que origina la complicación.

#### A.- Vías Urinarias Altas.

1.--Para prevenir ruptura en la ligadura de la Arteria Renal, es necesario el uso adecuado de pinzas de pedículo, y doble ligadura con hilo torsal o sea del número 3.

Vigilancia estricta de la Hematuria Progresiva, buen drenaje de las sondas y canalizaciones, y si aumenta en forma severa. Re-intervención para practicar Nefrectomía.

2.--Tratamiento de la Infección.

a.--Urocultivo y antibióticoterapia específica.

b.--Dieta pobre en Proteínas los primeros días y abundante ingestión de líquidos.

c.--Urea, creatinina y general de orina, cada tercer día.

#### Tratamiento de la Litiasis.

Localizaciones del cálculo por urografía excretora y litotomía.

Fístulas altas.--Cateterización del uretero hasta pelvis renal e instalaciones de 5 cm. de Argirol al 2%.

#### B.- Vías Urinarias Bajas.

Hematuria.--En casos de Hematuria colocar doble sonda, una por talla y otra por uretra, mantenerla permeable constantemente y observar la cuantía de la hemorragia; nunca mantener distendida la vejiga porque se forman coágulos.

Si la hematuria es intensa, con estado de shock, reintervención del enfermo para cohibir la hemorragia.

Nunca debe retirarse la sonda hasta no obtener cicatrización de los tejidos, aproximadamente debe dejarse 18 días.

Infección - (Cistitis), Cambiar sonda ureteral, y lavado de la misma, Urocultivo y antibióticoterapia en periferia.

**Estricosis ureterales.**—Dilataciones progresivas y candelillas de Furacín.

**Litiasis Vesical y Ureteral.**—La primera se trata con Litolapaxia por cistoscopia, si el cálculo es pequeño y talla suprapúbica por cálculos grandes.

**Fistulas.**—Se colocará sonda ureteral a permanencia hasta que cierre la fistula, si no cierra se practicará Fistullectomía y nueva plastia uretral.

### CUADRO N° 3

#### CIRUGIA UROLOGICA DE EMERGENCIA

Revisión de Casos Operados en el Hospital de la Cruz Roja Mexicana de Enero de 1961 a Septiembre de 1963.

Revisión de 30 casos operados en el Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana de Enero de 1961 a Setiembre de 1963.

#### CIRUGIA UROLOGICA DE ELECCION

<i>Padecimiento más frecuente</i>		<i>Tipo de operación más empleado</i>		<i>Complicaciones más frecuentes</i>	
Adenoma prostático	10	Prostectomía	10	Sangrado post operatorio	2
Litiasis vesical	6	Cistolitolapaxia	6	Fístula vesical	1
Hidrocele	4	Tratamiento de Hidrocele	4	Absceso de pared	1
Tumoración renal	3	Nefrectomía		Absceso urinario	1
Criptorquidia uni o bilateral	3	Tratamiento de criptorquidea	3	Hematocele	1
Seminoma testicular	2	Extirpación de seminoma	1		
Nefrolitiasis y pielolitiasis	1	Vaciamiento de ganglios	1		
Ptosis renal	1	Nefropexia	1		

## CUADRO N° 4

## TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
Sangrado post-operatorio	Reintervención quirúrgica para ligar el vaso sangrante.
Fístula vesical	Aspiración continua con sonda de Pezzer. Curación diaria.
Absceso de pared	Debridación del absceso antibióticos. Curación diaria.
Absceso urinoso	Debridación del absceso, antibióticos y aspiración continua con sonda de Pezzer.
Hematocele	Reintervención quirúrgica para debridación y cohibir hemorragia.

## CUADRO N° 6

<i>Padecimiento más frecuente</i>		<i>Tipo de operación</i>		<i>Complicaciones más frecuentes</i>	
Ruptura de Uretra	25	Plastía de Uretra	25	Estenosis Uretral	2
Heridas de Vejiga	19	Sutura y colocación de sondas	19	Fístula Vesical	1
Heridas de Riñón por arma blanca o de fuego	18	Nefrectomía	15	Insuficiencia renal aguda	1
		Plastía de riñón	3		
Litiasis Vesical	4	Cistolitolapaxia	4	Absceso de pared	1
Hidrocele	3	Tratamiento de Hidrocele	3	Absceso urinoso	1

## CONCLUSIONES

En cirugía de vías biliares, las complicaciones más frecuentes son:

El lecho hepático sangrante y la lesión de la arteria cística.

La más grave es la lesión de la Arteria Hepática, que deberá ser reparada inmediatamente.

Si no se puede hacer la reparación de los conductos biliares extrahepáticos, cuando han sido lesionados, una operación derivativa está indicada.

Las hemorragias, peritonitis y fístulas se tratan quirúrgicamente, dependiendo de la evolución del cuadro clínico del enfermo.

La pancreatitis aguda que complica una operación de vías biliares, se trata médicamente.

En la colangitis resultante de la anastomosis colédoco-duodenal, se hizo gastrectomía sub-total para excluir aquella.

En el tubo digestivo:

Las peritonitis y absesos se deben tratar quirúrgicamente.

La fístula es una complicación frecuente en cirugía de emergencia. Las de tubo digestivo alto dan lugar a alteraciones metabólicas y las inferiores son muy sépticas.

El tratamiento de las fístulas depende de su localización en el tubo digestivo y del proceso patológico que la produjo.

En la oclusión mecánica el tratamiento es quirúrgico, y en el íleo adinámico y espástico, es médico.

En las hemorragias post-operatorias se debe de intervenir quirúrgicamente para cohibirlas.

En todas las complicaciones del tubo digestivo es muy importante el control hidroelectrolítico del paciente.

En Genito-Urinario:

---

La Cirugía electiva da menor incidencia de complicación que la Cirugía de Urgencia.

La complicación más frecuente fue el Absceso de Pared, y la más grave el absceso subfrénico.

Las complicaciones post-operatorias más importantes son las lesiones vasculares y del uretero, en el único caso que relatamos se practicó Anastomosis Término Terminal de uretero con resultados satisfactorios.

### BIBLIOGRAFIA

- BACCHINI, I. NOBILE F. Reoperations in failures of choledocho duodens  
tong. *Minerva Chir*, 15: 767-9. 15 Aug. 1960.
- DOC, C. E. Y HINMAN, F. Jr. Incidence of bacteriuria with indwelling cath-  
eter in normal bladders. *J. A. M. A.* 178:919. 1961.
- DILLON, T. F. Control of blod lass during gynecologic surgery. *Obst. and  
Gynec.* 19:428; 1961.
- DUPUY, R. et al. Complications of cholecystectomy by biliary lithiasis. *Rev  
Int. Hepat* 10:649-64-1960.
- F. MARSHALL SAMUEL DR. Y CLAUDE E. WELCH DR. Clínicas Quí-  
rúrgicas de Norteamérica. Complicaciones Quirúrgicas y su tratamiento  
Junio 1963. 741-754.
- GREEN T. H. J., MEIS J. V. ULFELDER, H. Y. CUNTIN R. R. Urolog  
complications of radical Wertheim Hysterectomy: Incidence etiology ma-  
nagement and prevention. *Obst. and Gynec.* 20. 293-1962.
- LOYUDICE, F. CORRAO F. Surgical stenosis of the common bile duct.  
Biliodigestive anastomosis *Bol. Cir. Buenos Aires*: 448-550 27.
- PARSONS, W. H. AKEL E. G. Major complications of biliary tract surgery.  
*Amer. Surg.* 27:261-8 Apr. 61.
- PENT D. Y JONES E. B. Result of early repair of Vesicovaginal fistula with  
preliminary treatment. *Am. J. Obst. and Gynec.* 80:1035, 1960.
- ROBINSON S. S. Pelvic abscess. *Am. J. Obst. and Gynec.* 78:250. 1961.