

11209
2 y 17



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TESIS DE POSTGRADO

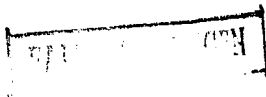
“ CIRUGIA INCIDENTAL ”

QUE PRESENTA EL

Dr. Eduardo Becerril Flores

Para Obtener la Especialidad en :

CIRUGIA GENERAL



1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1. PROBLEMA
2. HIPOTESIS
3. ANTECEDENTES
4. OBJETIVOS
5. JUSTIFICACION
6. DISEÑO
7. RECURSOS
8. ASPECTOS ETICOS
9. RESULTADOS
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFIA

1. PROBLEMA .

Sin duda alguna la cirugía incidental ocupa un lugar muy -- importante dentro de la cirugía general, ya que suele ser -- relativamente común en la práctica de cualquier procedimiento quirúrgico.

Es por todos conocido el hecho de que cuando se planea alguna intervención quirúrgica, en muchas ocasiones se realiza cirugía incidental, ya sea por un diagnóstico erróneo o por vecindad con la patología original. Un ejemplo de estas situaciones ocurre cuando sospechamos abdomen agudo por un -- cuadro de apendicitis aguda, y resulta que la patología causal del abdomen agudo pudo ser una salpingitis, entonces de acuerdo al criterio del cirujano se realiza la apendicectomía, aún sin encontrar patología en dicho órgano.

Otro caso es cuando se realiza apendicectomía por apendicitis aguda y durante la exploración se encuentra algún divertículo de Meckel, por consiguiente también de acuerdo al -- criterio del cirujano se realizará la diverticulectomía. Y como éstos, existen muchos ejemplos, o situaciones reales en las que el cirujano tiene que decidir en el momento mismo de la intervención quirúrgica original, la situación de realizar o no una cirugía incidental.

El problema de: ésta situación consiste en considerar todos los factores que en un momento dado pudieran -- apoyar a este tipo de operaciones, o bien, considerar las -- desventajas por las que se desistiera en realizarlas. Ya -- que a nivel institucional ésto pudiera repercutir en varias

áreas, principalmente en la enseñanza, dado el hecho de -
que la gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas son
realizadas por médicos residentes, es decir personal en -
periodo de adiestramiento. Por lo que de alguna forma u -
otra repercute directamente sobre el paciente, y que desde
luego, a nivel privado pudiera repercutir con alguna acción
legal.

Como vemos, resulta un problema real que conlleva
a un estudio adecuado de éste tipo de situación que con mu
cho, la gran mayoría de los cirujanos, si no es que todos,
nos tendremos que enfrentar alguna vez durante nuestro -
ejercicio diario de la actividad quirúrgica.

2. NI P O T E S I S .

El hecho de que la cirugía incidental ocupe un lugar muy importante durante la actividad de todo cirujano, conlleva a plantearse varias razones para poder justificar dicho procedimiento.

Algunas de ellas son las ventajas que en un momento dado puede ofrecer ésta conducta, como por ejemplo: cuando a una paciente determinada se le practica una cesárea, en una gesta III ó IV, y no se ha contemplado con la paciente la posibilidad de una salpingoclasia, evitando una cirugía posterior con todos los riesgos ya conocidos, y argumentando tal vez, que era necesario realizar dicho procedimiento.

Otra razón que justificaría este procedimiento es que por lo general, el tiempo que lleva es menor al de la cirugía original. Y si a esto agregamos el tiempo de hospitalización y sobre todo costos, que a últimas fechas es y será un tópico de trascendental importancia, vemos que en un tiempo quirúrgico podemos resolver situaciones que llevarían dos o más intervenciones quirúrgicas.

Por lo que, considero que la cirugía incidental es factible realizarla, ya que ofrece ciertas ventajas como es el de evitar problemas quirúrgicos en el futuro, sobre todo para padecimientos que se presentan con relativa frecuencia como es el caso de apendicectomía.

3. ANTECEDENTES .

Aproximadamente del 10 al 15% de los pacientes que son sometidos a intervención quirúrgica en el servicio de cirugía general, sufren de algún tipo de cirugía incidental, como lo demuestran algunas series norteamericanas.

Sin embargo, poco se ha escrito en nuestro medio relacionado con el tema. De ahí que no contemos con series o artículos recientes, donde se mencione la frecuencia de éste tipo de intervenciones.

Pero, lo que sí se menciona es que la cirugía incidental que más frecuente es realizada es la apendicectomía. De hecho, se ha escrito algo sobre apendicectomía profiláctica.

Por lo que el presente estudio va encaminado a revisar la frecuencia de cirugía incidental en nuestra unidad quirúrgica, así como para conocer los tipos de cirugía incidental que son realizados. Considerando también su repercusión administrativa.

4. OBJETIVOS .

Constituyen las metas hacia las cuales están orientados los intereses de este estudio, tratando de ser lo más factible y trascendentes, y son:

- 1° Exponer la frecuencia de cirugía incidental en el C.H. "Dr. Fernando Quiros Gutiérrez".
- 2° Analisar sus complicaciones y cómo evitarlas.
- 3° Analisar la mortalidad.
- 4° Demostrar factores asociados tales como tiempo de hospitalización y costos.
- 5° Correlacionar ventajas y desventajas sobre el procedimiento mencionado.

5. JUSTIFICACION .

Ningún cirujano está exento durante su actividad de realizar alguna vez, cualquier procedimiento que se considere cirugía incidental. En nuestro hospital existen muchos casos en los cuales ha surgido la necesidad de realizarla, y por consiguiente la mayoría de los cirujanos y residentes de cirugía, si no es que todos, hemos efectuado alguna vez durante nuestra carrera una cirugía incidental.

El término "CIRUGIA INCIDENTAL" implica la realización de un procedimiento diferente al planeado y se efectúa generalmente al término de la operación original, con la idea de prevenir problemas futuros o de corregir patología que se descubrió durante el procedimiento quirúrgico.

Dado que este tema es relativamente frecuente y poco se ha escrito sobre él, nuestro propósito es analizar la conveniencia de realizar la cirugía incidental, o bien sus desventajas de realizarla, con fundamento sobre los objetivos ya establecidos. Ya que en nuestra unidad médica, se efectúa un número considerable de intervenciones quirúrgicas que dan lugar a cirugía incidental, situación que se ha de presentar a la par con otras unidades de la misma institución así como de otras instituciones.

6. DISEÑO.

Los elementos de estudio serán sujetos a las siguientes condiciones:

6.1. TIPO DE INVESTIGACION:

- A) Observacional
- B) Longitudinal
- C) Prospectiva
- D) Transversal
- E) Retrospectiva
- F) Comparativa

6.2 GRUPOS DE ESTUDIO:

Pacientes sometidos a todo tipo de cirugía general y en quienes se realizó cirugía incidental.

6.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todos los pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica en el servicio de cirugía general durante el período comprendido entre el 10. de enero al 31 de diciembre de 1986.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

- A) Ser pacientes del H.G. "Dr. Fernando Quiros Gutiérrez"
- B) Haber sido operados por cirujanos y/o residentes del servicio de Cirugía General.
- C) Habérseles efectuado cirugía incidental, sin importar el tipo de cirugía original, ya fuera de urgencia o - electiva.
- D) Se incluirán a todos los pacientes de todas las edades y de ambos sexos.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- A) Se excluirán los pacientes que hayan sido sometidos a laparotomías blancas o negativas.
- B) Se excluirán los pacientes operados por las áreas - de Ginecología, Oftalmología, O.R.L. y Máxilo-Facial

6.6 CRITERIOS DE ELIMINACION.

Se eliminarán a los pacientes que por causas no relacionadas a la intervención (ejem. alguna enfermedad - primaria como la diabetes) modifiquen el curso postoperatorio, aunque éste ya se haya incluido en la investigación.

6.7 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se analizarán a todos aquellos pacientes que hayan - sido sometidos a cirugía incidental durante el período comprendido entre el 1o. de enero al 31 de diciembre de 1986. En base a experiencia propia y en revisión de expedientes.

La investigación se revisará y dividirá en dos grupos:

- A. Aquellos a los que se les realizó cirugía urgencia.
- B. Aquellos en los que fue programada o electiva.

Concluyendo su frecuencia, porcentaje de complicaciones y mortalidad; así como el análisis de otros factores - como el tiempo de hospitalización y costos.

6.8 ANALISIS DE DATOS.

Se manejarán variables de tipo nominal como el sexo y la edad de los pacientes; de tipo cuantitativo continuo como el tiempo de cirugía, tiempo de hospitalización y costos. Se compararán los pacientes sometidos a cirugía de urgencia con la electiva y así como los pacientes a los que no se les realizó cirugía incidental.

H.G. "DR. FERNANDO QUIROZ GTZ."

DR. FELIPE HUERTA
Asesor de Tesis

DR. EDUARDO BECERRIL
Presenta Tesis Postgrado

CEDULA DE RECOLECCION DATOS

Nombre: _____
Expediente: _____
Edad: _____
Sexo: _____

.....
Padecimiento Original _____
Cirugía Electiva _____ Cirugía de Urgencia _____
Nombre de la Cirugía _____
Cirugía Incidental _____
Nombre de la Cirugía Incidental _____

.....
Antecedentes de sintomatología por el órgano sometido
a cirugía incidental: SI _____ NO _____

Enfermedades asociadas: _____

.....
Aspectos Quirúrgicos:

- A) Técnicamente: FACIL _____ DIFÍCIL _____
- B) Tiempo de la operación: _____
- C) Complicaciones: _____

.....
Tiempo de Hospitalización _____

Costos Aproximados _____

7. RECURSOS .

Los recursos humanos estarán a cargo de los médicos adscritos y residentes del servicio de cirugía general. Los físicos corresponden al archivo de notas quirúrgicas.

8. ASPECTOS ETICOS .

Todo paciente que es sometido a tratamiento quirúrgico - conlleva un riesgo, éste variará de acuerdo a la edad del paciente, su estado nutricional, padecimiento causal y en fermedades concomitantes.

Hay otro aspecto fundamental inherente al cirujano, y es la habilidad, experiencia y sus conocimientos, que también condiciona un riesgo para el paciente.

Por todo esto, cuando a un paciente se le somete a estudio, debemos ser honestos y reconocer nuestras lími taciones, apoyándose en cirujanos de mayor experiencia - para evitar riesgos innecesarios; y sobre todo brindarle al paciente una seguridad y bienestar, que con mucho es - la principal meta del cirujano.

Sobre todo, en éste estudio donde la cirugía in cidental depende del criterio del cirujano, el cual está obligado a documentarse, a dialogar con sus maestros y a poner en práctica sus conocimientos, para elevar la calidad de la cirugía.

9. RESULTADOS .

Se realizó una revisión retrospectiva y prospectiva de los expedientes quirúrgicos de pacientes operados, en los que se realizó cirugía incidental, comprendidos en el período del 10. de enero al 31 de diciembre de 1986. Los datos recolectados incluyeron: nombre; edad; sexo; expediente; padecimiento original; tipo de cirugía (electiva o urgencia) tipo de cirugía incidental; complicaciones; aspectos quirúrgicos; tiempo de hospitalización y costos.

En todos los pacientes se estudió su evolución inmediata y mediata. Las complicaciones tales como cuadros de oclusión intestinal por adherencias, se excluyeron ya - que ésta situación es relativamente común para cualquier - tipo de intervención quirúrgica en la cavidad abdominal.

Se obtuvo el porcentaje global de cirugía incidental, especificando por orden de frecuencia el tipo de cirugía realizada. Se compararon las cirugías electivas con - las de urgencia, así como los diagnósticos preoperatorios con la cirugía incidental, es decir, con los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos.

Así tenemos que entre el 10. de enero al 31 de diciembre de 1986, se operaron en nuestra unidad médica un - total de 1686 pacientes que incluían a las áreas de cirugía general, cirugía pediátrica, oncología, urología, cirugía cardiovascular, cirugía reconstructiva y proctología. Predominando los casos de cirugía incidental en el área de cirugía general, siguiéndole en frecuencia cirugía pediátrica, con 5 casos de oncología, 2 de urología y uno de - proctología. No encontrando reportes de cirugía incidental en cirugía cardiovascular y cirugía reconstructiva.

El total de casos con cirugía incidental fue de 69; de los cuales 40 eran femeninos y 29 masculinos. Teniendo como edad mínima 4 años y como máxima 72 años, habiendo una media de 27 años de edad.

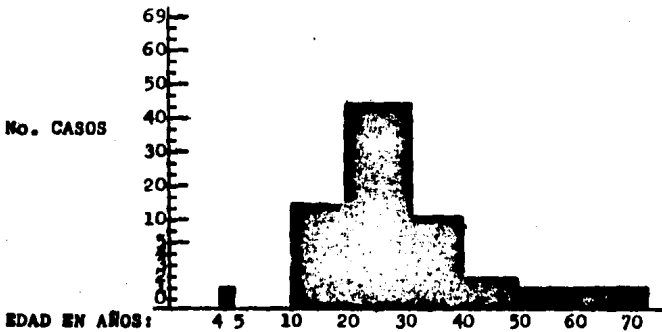
Lo que resulta en las siguientes tablas.

TABLA 1. CASOS DE C.I. EN RELACION CASOS TOTALES	
Total de casos	1686 = 100%
Casos de C.I.	69 = 4.03%

TABLA 2. CASOS DE CIRUGIA INCIDENTAL	
Masculinos	29 = 42.1%
Femeninos	40 = 57.9%
TOTAL	69 = 100%

TABLA 3. RELACION DE CASOS DE C.I. POR SERVICIOS	
Cirugía General	43 casos = 62%
Cirugía Pediátrica	18 casos = 26%
Oncología	5 casos = 7%
Urología	2 casos = 2.8%
Proctología	1 caso = 1.2%
TOTAL	69 casos = 100%

TABLA 4. TIPO DE CIRUGIA CON CIRUGIA INCIDENTAL	
Urgencia	44 casos = 63.7%
Electiva	25 casos = 36.3%
TOTAL	69 casos = 100%



Es decir, que el 4.03% de todas las cirugías realizadas en nuestra unidad médica se les efectuó algún tipo de cirugía incidental.

Encontrando que la cirugía incidental más frecuente fue la apendicectomía, la que se realizó en 51 casos, de los cuales 31 eran femeninos y 20 masculinos.

TABLA 5. TIPO DE CIRUGIA INCIDENTAL	
Apendicectomía	51 casos = 73.9%
Otras C.I.	18 casos = 26.1%
TOTAL	69 casos = 100%

En cuanto a los diagnósticos preoperatorios, por lo que respecta a los casos de cirugía de urgencia la Oclusión Intestinal fue el diagnóstico más frecuente, siguiéndole en frecuencia la Adenitis Mesentérica y en tercer lugar los de patología ginecológica; habiendo un caso de perforación uterina posterior a la extracción de DIU.

Y por lo que respecta a la cirugía programada el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue Quiste de Ovario; siguiéndole en frecuencia la panhisterectomía y por último las hernias inguinales.

TABLA 6. TIPOS DE CIRUGIA INCIDENTAL CON EL DIAGNOSTICO PREOPERATORIO A SU INGRESO A QUIROFANO.

No. Casos	Dx. preoperatorio	Cirugía incidental
14	Oclusión Intestinal	Apendicectomía
9	Adenitis Mesentérica	Apendicectomía
6	Apendicitis Aguda	Resección Quiste de Ovario
4	Piosalpinx	Apendicectomía
3	Quiste de Ovario	Apendicectomía
3	Embarazo Ectópico	Apendicectomía
3	Apendicitis Aguda	Diverticulectomía
1	Perforación Uterina	Apendicectomía
1	Apendicitis Aguda	Hemicolectomía por laceración mesentérica superior
<u>44 casos</u>		

1° CIRUGIA DE URGENCIA.

10	Quiste de Ovario	Apendicectomía
4	Panhisterectomía	Apendicectomía
3	Plastia Inguinal	Apendicectomía
2	Hernia Inguinal	Hidrocelectomía
1	Hidrocele	Quiste Cordón Esper- mático.
1	Eventración	Exéresis glándula de Bartholin.
1	Tumor Vesical	Plastia de Pared
1	Hemorroides	Lipoma Glúteo
1	Vaguetomía	Esplenectomía
1	Plastia del Hiato	Esplenectomía
<u>25 casos</u>		

2° CIRUGIA PROGRAMADA

La evolución prácticamente no se modificó con respecto a la cirugía original habiendo encontrado solo tres complicaciones en los 69 casos y fueron: (1) un caso con absceso de pared al cual se le había realizado histerectomía de urgencia por perforación uterina debido a extracción de DIU y que se le efectuó apendicectomía incidental; éste caso se resolvió en dos meses. (2) Otro caso que se le realizó apendicectomía era un cuadro de oclusión intestinal el cual se complicó con trombosis mesentérica, teniendo un postoperatorio tórpido - desarrollando sepsis peritoneal y posteriormente muerte; éste cuadro tardó una semana. Y (3) un caso de vaguectomía troncular, que cursó con esplenectomía incidental y que posteriormente se complicó con un cuadro suboclusivo intestinal y una neumonía; tardando un mes en resolverse el problema.

Por lo que respecta al tiempo de hospitalización - no hubo modificación significativa con relación al tiempo de la cirugía original, excepto en los casos de complicados ya señalados. Siendo 3 días como promedio de tiempo de hospitalización en los casos programados y 4 días para los casos de urgencia.

Por lo que se traduce en gastos a nivel institucional, tomando en cuenta que es de \$21,000.00 diarios, en lo siguiente: A) Para los casos programados: \$63,000.00 y

B) Para los casos de urgencia: \$84,000.00.

Solo variando éstos, para los casos complicados. Sin embargo los costos no se modifican por la cirugía incidental.

TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA INCIDENTAL		
No. Casos	Cirugía Original	Cirugía Incidental y Complicación.
1	Histerectomía(Urgencia)	Apendicectomía/Abceso de Pared (2 meses)
1	Oclusión Intestinal por Trombosis Mesentérica (Urgencia)	Apendicectomía/Sepsis Peritoneal (MUERTE: 7 días)
1	Vaguetomía + Píloroplastia (Cirugía programada)	Esplenectomía/Sub-oclusión intestinal + Neumonía (un mes)

MORBILIDAD 3 casos = 4.3%

MORTALIDAD 1 caso = 1.4%

10. CONCLUSIONES .

El presente estudio concluye con el porcentaje global de cirugía incidental realizado en nuestra unidad médica y es de 4.03% es decir, un porcentaje relativamente bajo - para el gran volumen de pacientes que se operaron durante el año de 1986. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos y residentes de cirugía, han realizado alguna vez, un tipo de cirugía incidental. Que con mucho, no deja de ser un tópico de interés en nuestro ambiente.

Que con mucho, la apendicectomía fue la cirugía incidental más frecuente realizada, con un porcentaje de presentación de 73.9%.

También se encontró que el sexo femenino fue el más afectado; predominando entre las edades de 25-30 años.

Por otro lado, el porcentaje de complicaciones fue de 4.3% con el 1.4% de mortalidad.

Y por lo que respecta al tiempo de hospitalización y costos, solo se modificó en los casos donde se presentaron las complicaciones.

Por lo que a manera de conclusión general podemos resumir que: "la CIRUGIA INCIDENTAL es factible realizarla, pues ofrece más ventajas que desventajas, ya que se previenen problemas a futuro; sin embargo, habrá que limitarse a efectuarla en aquellos casos en que ésta se pueda realizar sin contaminar el campo quirúrgico, sin prolongar indebidamente el tiempo de la operación y sobre todo sin comprometer en nada la vida del paciente."

B I B L I O G R A F I A

1. SADIL V., et al. Is the search for a Meckel's diverticulum and its excision within the framework of an appendectomy always justified? *Chirurg* 1984;55:182.
2. HOLLENDER L.F., et al. Supplementary appendicectomies. Clinical and Medicolegal Aspects. *Chirurg* 1984;110:621.
3. GRISHIN I.N., et al. Surgical treatment of postoperative ventral hernias after appendectomy. *Khirurgiia* 1984;6:1720.
4. BUTSENKO V.N., et al. Errors in the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Vestn Khir* 1984;132:111.
5. TSYGOMENKO I.T., et al. Combination of foreign body of the peritoneal cavity and phlegmonous appendicitis. *Klin Khir* 1984;4:54.
6. COHN K.H., et al. Misadventures in surgical residency:- analysis of mistakes during training. *Curr Surg* 1985;42:278.
7. T. COPELAND M., The incidentally discovered adrenal mass. *Ann Surg* 1984;2:116.
8. SHAMBURGER R.C., et al. Arterial injuries during inguinal herniorrhaphy. *Ann Surg* 1984;2:83.
9. SCARABELLI C., et al. Splenectomy in the radical surgical treatment of ovarian carcinoma. *Minerva Ginecol* 1985;37:37.
10. COHN R. The surgeon and the cost of medical care. *Ann J Surg* 1985;150:2.
11. BONGARD F., et al. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease. A prospective analysis. *Am J Surg*;1985;150:90.
12. COULTER A., et al. Socioeconomic variations in the use of common surgical operations. *Br Med J* 1985;20:187.

13. THALAYASINGAM B., Acute appendicitis and infections mononucleosis. Br Med J 1985;13:140.
14. SCHULLER H.M., et al. Slipping of the upper femoral epiphysis masked by acute appendicitis. Neth J Surg 1985;37:94.
15. BALTHAZAR E.J., et al. CT evaluation of pancreatic injury following splenectomy. Gastrointest Radiol 1985;10:139.
16. CHOI S., et al. Lesser curve ischemia after proximal gastric vagotomy and esplenectomy: conservative management with endoscopical surveillance. World J Surg. 1985;9:643.
17. SPENCER R.F., et al. Appendicitis unusual combined pathology in a femoral hernia. J R Coll Surg Edinb 1984;29:255.
18. TSIRIKHOV E.I., et al. Simultaneous herniotomy, - appendicectomy and lowering of the testis into the scrotum. Khirurgia (Mosk) 1984;8:138.
19. CIESLIK R., et al. Mesenteric lymphadenitis of the ileocecal region simulating acute appendicitis. Pol Tyg Lek 1984;16:543.
20. FERETIS C.B., et al. Prophylactic cholecystectomy during splenectomy for beta thalasemia homozygous in Greece. Surg Gynecol & Obstet 1985;160:9.