

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE LA GRAN CIRUGIA DEL CANCER UROGENITAL

Dr. López Blanco, O. A. - Dr. Carballa, E. A. - Dr. Waisenstein, C. J. - Dr. Scorticati, C. H.

Conclusiones

Los pacientes oncológicos sometidos a cirugía radical con derivación urinaria presentan una elevada morbimortalidad posoperatoria inmediata.

Las complicaciones más frecuentes y graves son las infecciosas, digestivas y quirúrgicas.

Requieren internación prolongada en terapia intensiva.

En el tratamiento de estos pacientes se remarca la conveniencia de:

- tratar la infección urinaria intensivamente en el preoperatorio, aun en los pacientes con obstrucción urinaria;
- obtener cultivos de orina preoperatorios en los que persisten infectados por obstrucción urinaria o instituir tratamiento en el posoperatorio inmediato;
- esterilizar el intestino en el preoperatorio como para cirugía colónica;
- tratar de prevenir la hemorragia digestiva alta por alarma, administrando alcalinos por vía oral, instituyendo alimentación precozmente, sedantes y apoyo psicológico;
- ante el ileo adinámico prolongado mantener conducta expectante, propiciar intervención quirúrgica sólo ante focos sépticos intraperitoneales definidos o causas mecánicas. Programar en estos casos una terapéutica parenteral como para 10 días. Instituir alimentación parenteral en los pacientes con mal estado general o de nutrición. No retirar S. N. G. hasta que haya tránsito intestinal evidente;
- reintervenir precozmente en las fístulas urinarias y en las llamadas evisceraciones cubiertas;
- pesquisar la aparición de acidosis hiperclorémica por síndrome de asa ileal;
- mantener los catéteres ureterales hasta la cicatrización de las heridas quirúrgicas de la neovejiga ileal, con el fin de permitir la recolección total de la orina y evitar dificultades en el balance hidrosalino;
- cultivar todas las secreciones, catéteres y drenajes;
- tratar agresivamente las infecciones;
- instituir tratamiento kinésico respiratorio desde el primer día del posoperatorio.

El paciente oncológico ofrece particularidades que aumentan el riesgo quirúrgico: edad avanzada, mal estado general y desnutrición, afección de sistemas en grado diverso por invasión local o metastásica, déficit inmunológico producto de quimioterapia o radioterapia previas o derivadas de su mal estado general. En las series de trabajos quirúrgicos urológicos se acostumbra a dividir los grupos de pacientes en no oncológicos y oncológicos, pues está comprobado que la morbimortalidad es significativamente superior en estos últimos (Schmidt, J. D., y col.: J. Urology, Vol. 109, Nº 2, pág. 204, 1973).

Material y métodos

Se consideraron 30 derivaciones urinarias con asa ileal aislada a las que en mismo acto operatorio se les efectuó cistoprostatectomía total o anexohistercistectomía total o cistectomía total.

Se trataba de un grupo de pacientes cuya edad promedio era de 59 años, 18 (60 %) tenían entre 60 y 79 años y 7 con más de 70 años.

La distribución por década de la vida era de 3 en la IV, 1 en la V, 8 en la VI, 11 en la VII y 7 en la VIII, 6 mujeres y 24 varones.

En cuanto al riesgo quirúrgico, 12 presentaban buen estado general y 18 tenían: ECG patológico, 5; ECG patológico más otra enfermedad asociada, 4; enfermedades asociadas, 6;

mal estado de nutrición, 3. Las enfermedades asociadas eran: diabetes, 4; hipertensión, 2; broncoenfisema, 2; TEC en tratamiento, 1; asma, 1.

Trece tenían alteraciones hidronefróticas en el urograma de excreción. Catorce pacientes (46 %) completaron terapia radiante previa.

Resultados

Mortalidad. Fallecieron 6 pacientes (20 %), a todos se les efectuó necropsia.

La infección fue la causa directa de la muerte en 4 de los pacientes y causa concomitante en los otros 2, que fallecieron por hemorragia digestiva.

Morbilidad. Se diagnosticaron 100 complicaciones en los 30 enfermos (es decir que todos presentaron 1 o más) con un promedio de 3,3 por paciente. No se observó diferencia en la morbimortalidad entre pacientes previamente irradiados y los que no lo fueron.

Las complicaciones digestivas, infecciosas y quirúrgicas fueron las más frecuentes. También fueron las más graves y las que condicionaron la mortalidad y el importante período de internación en terapia. El promedio de internación fue de 18 días con extremos entre 5 y 57 días. Lo expuesto evidencia el costo elevado por cada enfermo en cuanto a ocupación de camas. El número de complicaciones habla del elevado gasto en medicamentos y métodos auxiliares de diagnóstico.

Bibliografía

1. Rivillis, J.; Mc Andle, A.; Wlodeck, G. K., y Gud, F. N.: "Effect of elemental diet on gastric secretion". Ann. Surg., 179:226-229, feb. 1974.

2. Copeland, E. M.; Mc Fayden, B. V., y Dudrick, S. J.: "Intravenous hyperalimentation in cancer patients". J. Surg. Res., 16-241, marzo 1974.