RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE HARTMANN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO*

*RESULTS HARTMANN SURGERY IN A UNIVERSITY HOSPITAL**

Dr. Miguel Martín Chenú Bedoya[1], Dr. Cesar Ramón Vázquez Ramírez[2]

RESUMEN

Objetivos: Determinar las causas que justificaron el procedimiento de Hartmann y describir los resultados de la cirugía. **Método:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transverso donde se analizaron todos los pacientes a quienes se les realizó la cirugía de Hartmann en el período de enero del 2006 a diciembre del 2010. Las variables analizadas fueron las causas que motivaron la intervención quirúrgica así como la morbimortalidad postoperatoria, la frecuencia de re intervenciones y la restauración del tránsito intestinal. **Resultados:** Las causas que motivaron la cirugía fueron: oclusión intestinal baja (19 casos: 68%), peritonitis aguda (9 casos: 32%). Un total de 11 pacientes (39%) presentaron 1 o más complicaciones en el posoperatorio. Las más frecuentes fueron dehiscencia del muñón rectal, evisceración e isquemia de la ostomía con 3 casos cada una. Se re operaron por complicaciones a 7 pacientes (25%). Se restableció el tránsito intestinal a sólo 6 pacientes (27%). La mortalidad global fue de 6 pacientes (21%). **Conclusión**: La oclusión intestinal baja por cáncer colorectal fue la principal indicación que motivó la intervención de Hartmann. La frecuencia de reintervención y de restauración del tránsito intestinal fueron bajas.La morbimortalidad de la operación de Hartmann en esta serie fue elevada.

Palabras claves: Operación de Hartmann, morbilidad, mortalidad.

SUMMARY

Objectives: To determine the causes that justified the Hartmann procedure and describe the results of surgery. **Procedure:** Retrospective, observational, descriptive, transverse cut which analyzed all patients who underwent Hartmann surgery in the period January 2006 to December 2010. The variables studied were the diseases and complications that led to surgery and postoperative morbidity, the frequency of re interventions and restoration of intestinal transit. **Results:** The indications for surgery were intestinal occlusion (19 cases: 68%), acute peritonitis (9 patients: 32%). A total of 11 patients (39%) had 1 or more postoperative complications. Re operated on 7 (25%) complicated patients. Intestinal transit was reconstructed in 6 patients (27%). Overall mortality was 6 patients (21%).

Conclusion: The low intestinal obstruction by colorectal cancer was the main indication prompting the intervention of Hartmann. The frequency of reoperation and restoration of intestinal transit were lows. The morbidity and mortality of Hartmann operation is high.

Key words: Hartmann's operation, morbidity, mortality.

INTRODUCCIÓN

La operación de Hartmann es un procedimiento frecuente dentro del arsenal terapéutico para el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas urgentes del colon. A pesar de ser una intervención utilizada principalmente para resolver la urgencia, actualmente genera controversia por ser un procedimiento riesgoso y por requerir de una segunda intervención, tampoco exenta de riesgos, para la restauración de la continuidad del tránsito intestinal.

Los objetivos de este trabajo son determinar las causas que justificaron el procedimiento de Hartmann y describir los resultados de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transverso donde se han analizado todos los pacientes a quienes se realizó la cirugía de Hartmann en el período de enero del 2006 a diciembre del 2010 en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica (Sala X) de la Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Asunción.

Todos los procedimientos se han realizado sin preparación colónica.

Las variables analizadas fueron las causas que motivaron la intervención quirúrgica así como los resultados de la cirugía, teniendo en cuenta la morbimortalidad postoperatoria, la frecuencia de re intervenciones y la res-

* ***Trabajo ganador de la Beca para el II Curso de Cirugía Videolaparoscópica 2011 - Organizado por la Sección Paraguaya del International College of Surgeons (Convenio con la Sociedad Paraguaya de Cirugía).***

1. *Especialista en Cirugía General.*
2. *Residente de Cirugía General.*

Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Asunción.

titución del tránsito intestinal.

Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el programa Microsoft- Excel 2010.

RESULTADOS

La serie presentada incluye un total de 28 pacientes de los cuales 18 (64%) fueron del sexo masculino y 10 (36%) del femenino. El rango de edad osciló entre 31 y 82 años (promedio: 61 años). La estancia hospitalaria tuvo un promedio de 14 días. En el 50% de los casos (14 pacientes) la cirugía fue realizada por médicos residentes de cirugía general bajo supervisión y la otra mitad por cirujanos con mayor experiencia.

Las causas que motivaron la cirugía fueron oclusión intestinal baja en 19 casos (68%) y peritonitis aguda en 9 casos (32%). De los 19 casos de oclusión intestinal, 8 fueron por cáncer colorectal, 7 por megacolon chagásico (4 fecalomas y 3 vólvulos del sigmoides) y 4 por diverticulitis aguda complicada (masa inflamatoria diverticular crónica sin respuesta al tratamiento médico); de los 9 casos de peritonitis aguda, 7 fueron por diverticulitis aguda complicada, 1 por cáncer colorectal y 1 por megacolon chagásico, todos perforados.

Un total de 11 pacientes (39%) presentaron 1 o más complicaciones en el postoperatorio. Las más frecuentes fueron dehiscencia del muñón rectal, evisceración e isquemia de la ostomía con 3 casos cada una. También ocurrieron infección de la herida operatoria, infección periostomía e infección urinaria en 2 casos cada una; también se presentó oclusión por bridas, neumonía intrahospitalaria y absceso intraabdominal en un caso cada uno.

Fueron reintervenidos 7 pacientes (25%); 3 por isquemia de la ostomía, 3 por dehiscencia del muñón rectal y una por oclusión intestinal por bridas. Sólo esta última complicación apareció cuando la cirugía lo realizó un cirujano con experiencia, las demás complicaciones que necesitaron ser re operadas fueron hechas por cirujanos en formación.

De los 22 pacientes que sobrevivieron se restableció el tránsito a sólo 6 de ellos (27%).

La mortalidad global en esta serie fue de 6 pacientes (21%); 5 de los cuales presentaron cuadros de peritonitis aguda y un paciente con oclusión intestinal.

DISCUSIÓN

En esta serie la causa más frecuente de enfermedad cólica fue la diverticulitis aguda complicada seguida del cáncer colorectal complicado, situación similar a la observada en otras series.[1]

La causa que motivó la cirugía fue principalmente la oclusión intestinal al contrario de otros estudios en los que la peritonitis aguda fue el motivo más frecuente[1-2]. Esto se debería a que en nuestra casuística además del cáncer colorectal obstruído, se ha encontrado varios casos de megacolon chagásico complicado con oclusión intestinal, ya sea por fecaloma o vólvulo del colon sigmoides.

En la mayoría de las series la morbilidad tras la intervención de Hartmann se basa en una heterogeneidad de entidades patológicas y oscila entre el 9 y el 70%.[3] En este estudio la morbilidad fue poco más de un tercio, bastante menos que otras publicaciones[4] ; no obstante las complicaciones que se presentaron con más frecuencia fueron más complejas y requirieron re intervención en más de la mitad de los casos. Esto se podría deber a que las complicaciones que necesitaron re intervención aparecieron cuando la cirugía fue realizada por cirujanos en formación, lo que denota la importancia de la experiencia en la práctica de una técnica quirúrgica meticulosa.

La restauración del tránsito intestinal varía en los distintos estudios llegando a altas tasas en las series que incluyen sólo pacientes con patología benigna. Solamente algunos pacientes intervenidos que sobreviven a la urgencia colónica serán susceptibles, por el mismo riesgo quirúrgico, de recibir una restitución del tránsito intestinal. [5-6-7] En este estudio, al no discriminar pacientes con patología benigna o maligna, la frecuencia de restauración del tránsito intestinal fue baja. Esta tasa inferior a la de otras publicaciones se podría deber al estado clínico del paciente al que se le practica esta intervención (riesgo quirúrgico elevado).[8-9]

En los últimos años, además, el interés por la cirugía en un tiempo[10], la cirugía laparoscópica[11] o incluso el tratamiento no quirúrgico, como la colocación de prótesis en los casos de oclusión intestinal[12]; ha provocado que la intervención de Hartmann se realice en pacientes con muy mal estado general, a menudo de edad avanzada y con cuadros muy evolucionados, factores que determinan la alta tasa de mortalidad de las series más recientes.[1] En nuestro trabajo aproximadamente un quinto de los pacientes fallecieron en el postoperatorio por alguna complicación, cifra elevada en general para otras series.

CONCLUSIÓN

La oclusión intestinal baja por cáncer colorectal fue la principal indicación que motivó la intervención de Hartmann.

La frecuencia de reintervención y de restauración del tránsito intestinal fueron bajas.

La morbimortalidad de la operación de Hartmann en esta serie fue elevada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parés D; Biondo S; Miró M; Fraccalvieri D; Julià D; Frago R; García-Ruiz A; et al. Resultados y factores pronósticos de mortalidad en la intervención de Hartmann. Cir Esp. 2005; 77:127-31.
2. Berretta S, Barbagallo E, Bonanno S, D'Agata A, Berretta M, Vagnoni G. Our experience with the Hartmann's operation in colorectal emergencies. Chir 2000;55(4):247-51.
3. Núñez C, Enrique J; Poblador R, García A, Carracedo R. Morbilidad y mortalidad tras la intervención de Hartmann por peritonitis de origen diverticular (grados III-IV de Hinchey). Cir Esp. 2008; 84:210-4.
4. Codina-Cazador A; Farres R; Olivet F; Rodríguez I; Roig J. Estado actual de la intervención de Hartmann en nuestro medio. Cir Esp. 2005;78:92-5.
5. Bade JJ, Eeftinck Schattenkerk M. The Hartmann procedure: five years experience. Acta Chir Belg. 1994;94(2):90-2.
6. Da Silva RG, De Castro Júnior GR, Ferreira CL, Da Luz MM, Da Conceição SA, Lacerda-Filho A. Restoration of intestinal continuity after Hartmann's procedure. Rev Col Bras Cir 2010;37(1):17-22
7. Chua CL. Surgical considerations in the Hartmann's procedure. Aust N Z J Surg. 1996 Oct;66(10):676-9
8. Roe AM, Prabhu S, Ali A, Brown C, Brodribb AJ. Reversal of Hartmann's procedure: timing and operative technique. Br J Surg. 1991;78(10):1167-70.
9. Antolovic D, Reissfelder C, Ozkan T, Galindo L, Büchler MW, Koch M, Weitz J. Restoration of intestinal continuity after Hartmann's procedure--not a benign operation. Are there predictors for morbidity? Langenbecks Arch Surg. 2011 Oct;396(7):989-96.
10. Kressner U, Antonsson J, Ejerblad S, Gerdin B, Pahlman L. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis: an alternative to Hartmann procedure in emergency surgery of the left colon. Eur J Surg. 1994;160:287-92.
11. Boulez J, Espalieu P, Fontaumard E, Meeus P. Laparoscopic colo-rectal surgery: analysis of 113 cases. Hepatogastroenterol. 1997; 44:40-4.
12. Mergener K, Kozarek RA. Stenting of the gastrointestinal tract. Dig Dis 2002;20:173-81.

AUTOR CORRESPONDIENTE:
Dr. Miguel Martin Chenú Bedoya
Dirección: Acá Carayá 314 c/ Capitán Carpinelli
Teléfono: 0981-465916
Email: martin_chenu@hotmail.com