

HOSPITAL DOCENTE  
“MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL”  
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### SUTURA DEL TUBO DIGESTIVO, EN MONOPLANO, EXTRAMUCOSA, DISCONTINUA, CON BORDES INVERTIDOS

Por:

Dr. José Miguel Pérez Morales<sup>1</sup>, Lic. Rafael Machado Rodríguez<sup>2</sup> y Dra. Lourdes Fauré Vergara<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Cirugía. Hospital Docente “Mártires del 9 de Abril”. Sagua La Grande, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: [mmorales@capiro.vcl.sld.cu](mailto:mmorales@capiro.vcl.sld.cu)
2. Licenciado en Información Científico-Técnica y Bibliotecología. Asistente. Filial de Ciencias Médicas. Sagua La Grande, Villa Clara. e-mail: [sagua@undosovcl.sld.cu](mailto:sagua@undosovcl.sld.cu)
3. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar. Hospital Docente “Mártires del 9 de Abril”. Sagua La Grande, Villa Clara. e-mail: [Lfaurév@undoso.vcl.sld.cu](mailto:Lfaurév@undoso.vcl.sld.cu)

**Descriptor DeCS:**

TECNICAS DE SUTURA  
ANASTOMOSIS, QUIRURGICA

**Subject headings:**

SUTURE TECHNIQUES  
ANASTOMOSIS, SURGICAL

Entre los múltiples problemas técnicos difíciles que se plantearon los cirujanos del siglo XIX, estaba el de unir los cabos seccionados de los órganos huecos, específicamente vasos sanguíneos e intestino. Los conocimientos que existían hasta ese momento los legó la antigüedad, como resultado de la observación de varios individuos. La sutura intestinal es parte de esa historia observacional; hay informes<sup>1</sup> de la práctica de este procedimiento desde el año 600 a.n.e, pero los de mayor relevancia comienzan en 1826, con los trabajos de Jobert y Leubert. La primera anastomosis en intestino delgado la realizó Disfenbach en 1836, y la de colon Raybard<sup>2</sup>, en 1843<sup>2</sup>. Desde esos mismos momentos apareció una temible complicación: la dehiscencia de sutura, y surgió una gran pregunta: ¿cuál es el método mejor?

Los métodos aplicados a lo largo de la historia han sido los siguientes:

1. Sutura perforante total (bordes invertidos y evertidos)
2. Sutura en dos planos
3. Sutura en monoplano, extramucosa, discontinua, con bordes invertidos
4. Sutura en monoplano, extramucosa, continua, helicoidal

Desarrollamos esta investigación científica desde 1982 hasta 2004, donde se aplicó la sutura intestinal en monoplano, extramucosa, discontinua, con bordes invertidos (SIMEDI) a 580 pacientes, en un total de 25 enfermedades que requirieron tratamientos quirúrgicos, como: anastomosis, enterorrafia, cierre de un extremo intestinal o ambos.

En varios pacientes, por su enfermedad de base, se necesitó más de una sutura, por lo que el procedimiento se aplicó 703 veces en 580 pacientes. Hubo 11 que presentaron complicaciones dependientes del procedimiento quirúrgico (10 dehiscencia de suturas y una obstrucción gástrica, después de gastroyeyunostomía tipo Roux en Y, por cáncer gástrico); 73 pacientes presentaron

complicaciones no dependientes de la técnica quirúrgica. Solo en el 1,9 % de ellos se produjeron complicaciones relacionadas con la SIMEDI, por lo que los resultados en este sentido son satisfactorios.

Thonsom<sup>3</sup> revisó los resultados de las otras técnicas y en todas hubo más de un 6 % de complicaciones. Beling<sup>4</sup> señala un 3 % de estas al aplicar la sutura en monopiano, extramucosa.

Sí tenemos en cuenta las veces que se aplicó el método (703), las complicaciones dependientes de la técnica fueron 1,5 %, lo que avala sus excelentes resultados.

Se realizaron 348 operaciones electivas y 232 urgentes; se presentaron complicaciones en ocho y tres pacientes respectivamente, lo que representa 2,4 % para las electivas y 1,7 % para las urgentes. Al aplicarle la prueba de Ji cuadrado, se hallaron resultados no significativos entre ambos grupos, por lo que el carácter de la operación no influyó en los resultados; ello se debe a que todos los cirujanos fueron adiestrados en esta técnica. Varios autores<sup>5,6</sup> coinciden con estos criterios.

En cuanto a las complicaciones relacionadas con la forma anastomótica, es de señalar que se practicaron todas, y en la combinación término-lateral más cierre de un extremo, predominaron las complicaciones dependientes de la sutura. Asimismo, las enfermedades que presentaron más complicaciones fueron las neoplasias gástricas y de colon, aspecto ya informado por otros autores<sup>7,8</sup>. Los órganos anastomosados que más se complicaron fueron esófago con estómago y esófago con yeyuno.

Los resultados, al aplicar la SIMEDI en cualquier segmento del tubo digestivo, fueron muy alentadores en este trabajo y en muchos otros de la bibliografía mundial<sup>9,10</sup>, por lo que consideramos que debe generalizarse la práctica de esta técnica en toda la provincia e incluirse en los programas de la especialización en Cirugía.

### **Referencias bibliográficas**

1. Townsend C. Sabiston textbook of surgery. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001.
2. Halsted WS. Circular suture of the intestine. An experimental study. Am J Med Sci. 1987;94:436-61.
3. Thonsom KL. Revisión del desarrollo de la sutura intestinal: principios y técnicas. J Surg. 1990;80(5):337-84.
4. Beling CA. Single layer and to rend intestinal anastomosis. Am J Cast. 1957;27:374-9.
5. Snoj M. Single layer in gastrointestinal anastomosis. Br J Surg. 2003;70(5):418-40.
6. Tanibura S. Single layer gastrointestinal anastomosis. Eur J Surg. 2004;60(2):1380.
7. Largegren L. Single layer anastomosis after intestinal resection. Am J Surg. 2002;178:24.
8. Felig D. Single layer suture. Am J Surg. 2002;15:123.
9. Cohen M. Single layer suture for cancer disease. An Surg. 2004;450(23):234.
10. Oleaey D. Extramucosal single layer anastomosis in intestinal resection. Gastroenterology. 2003;114:36.