

# Cesárea segmentaria sin cierre de ambos peritoneos

Drs. José Terán Dávila, José Ángel Turmero

Hospitales Privados: Policlínica Las Mercedes, Clínica Santa Sofía y Centro Médico-Quirúrgico del Sur, Caracas.

## RESUMEN

**Objetivo.** Conocer si el dejar abierto el peritoneo visceral y parietal durante la cesárea, está en relación con un incremento en las complicaciones intra-operatorias o en el posoperatorio inmediato

**Ambiente.** Hospitales privados Policlínica Las Mercedes, Clínica Santa Sofía y Centro Médico Quirúrgico del Sur, Caracas, Venezuela.

**Método.** Estudio prospectivo descriptivo controlado de 5 años de duración, de 200 pacientes a quienes se les practicó cesárea segmentaria sin suturar ambos peritoneos y un grupo control de 100 pacientes a quienes sí se les suturó.

**Resultado.** Intraoperatoriamente en el grupo del no cierre hubo: reducción en 8 minutos del tiempo operatorio, disminución del número de suturas y no fue necesario el empleo de narcóticos para calmar el dolor y/o las náuseas que se presentaron en el 30% de las pacientes a quienes se les suturó el peritoneo. No hubo complicaciones en el posoperatorio inmediato y mediano en ambos grupos.

**Conclusión.** No cerrar el peritoneo visceral y parietal durante la cesárea segmentaria no afecta el posoperatorio inmediato y mediano. Sólo faltaría por investigar, a largo plazo, si existen diferencias entre estos dos grupos en lo que adherencias intra-abdominales se refiere.

**Palabras clave:** Cesárea. Cierre o no del peritoneo. Complicaciones.

## SUMMARY

**Objective.** To know if non closure of visceral and parietal peritoneum during cesarean section, is related to and increase in intraoperative or immediate postoperative complications.

**Sitting.** Private Hospitals: "Policlinica Las Mercedes, Clinica Santa Sofia and Centro Medico Quirugico del Sur, Caracas, Venezuela.

**Method.** A five years descriptive control prospective study, in 200 patients that underwent cesarean section without peritoneal closure, and a 100 patients control group to whom peritoneum was closed.

**Results.** During surgery in the non closure group there were: 8 minutes reduction in operative time, use of less sutures and no need for narcotics for pain treatment and/or nausea, present in 30% of the control group. There were no complications in immediate and mediate postoperative in both groups.

**Conclusion.** The non closure of visceral and parietal peritoneum during cesarean section does not affect the immediate and mediate postoperative period. It should be investigated, in long term, if there is any difference between these groups in intra-abdominal adhesions.

**Key words:** Cesarean section. Closure on non closure of peritoneum. Complications.

## INTRODUCCIÓN

Desde que Kerr en 1926 (1) indicó que durante la cesárea debe abrirse el segmento uterino en forma transversal, previa disección del peritoneo visceral, ha surgido la discusión sobre si resulta o no indispensable el cierre del mismo. En efecto, en los últimos veinte años los cirujanos han planteado la inconveniencia del cierre del peritoneo en la cirugía general incluyendo a la cesárea segmentaria (2).

Aunque desde 1949 se viene trabajando en ese sentido, en el modelo animal (3), sin embargo no es sino hasta 1977 cuando se realiza el primer estudio controlado en humanos por Hellis y Heddle en 326

pacientes a quienes les practican cirugía general por múltiples causas sin suturarles el peritoneo parietal (4). El resultado de este estudio reveló, cuando fue comparado con otro grupo a quienes se les suturó el peritoneo parietal, que no hubo diferencias en lo que se refiere a elementos como la edad y peso del paciente, tipo de incisión, intervención electiva o emergencia ni experiencia del operador, así como tampoco en la aparición de ileo, infección ni dehiscencia de la herida operatoria. Por lo tanto, los autores concluyen que el no cierre del peritoneo parietal no juega un papel importante en el restablecimiento posoperatorio del paciente.

Tulandi y col. en 1988, tampoco encontraron diferencias en la cicatrización de la herida operatoria después de la laparatomía realizada a 120 pacientes infértiles (63 con cierre del peritoneo parietal y 57 sin cierre); y además, tampoco encontraron diferencias en lo que respecta a adherencias intra-abdominales en ambos grupos cuando fueron evaluadas con una segunda laparoscopia (5).

Pero el primer estudio sobre el cierre o no del peritoneo realizado en cesárea fue el de Pietrantonio y col. en 1991; un grupo de 121 pacientes les suturó el peritoneo parietal y otro de 127 no lo realizó (6). En ambos grupos se suturó el peritoneo visceral y la incisión fue sólo la de Pfannestiel. Estos autores tampoco consiguieron diferencias entre ambos en lo que respecta a la indicación quirúrgica, tipo de anestesia, infección, hematoma, ni dehiscencia de la herida operatoria; por el contrario, encontraron menor tiempo quirúrgico y gastos económicos en el grupo sin suturar en comparación al otro. Los autores concluyen que el cierre del peritoneo parietal debe eliminarse en la operación cesárea porque no provee beneficios en el posoperatorio y, por el contrario, incrementa innecesariamente el tiempo quirúrgico y aumenta los gastos administrativos.

Posteriormente, Hull y col. (7), evalúan 59 pacientes con cesárea segmentaria y cierre del peritoneo parietal y visceral y las comparan con 54 a quienes se les dejó abierto. Estos autores tampoco encontraron diferencias en lo que respecta a la edad del paciente, indicación para la intervención, tipo de anestesia, ni tampoco en el posoperatorio inmediato en relación a la presencia de íleo e infección de la herida operatoria; pero sí reportaron en el grupo con sutura de ambos peritoneos un tiempo operatorio mayor, uso de narcóticos por el malestar que provocó la tracción del peritoneo parietal.

Más recientemente, en 1996, Irion y col. (8) comparan 145 pacientes con cesárea segmentaria y cierre de ambos peritoneos con 137 a quienes se les dejó abierto; y de nuevo, no consiguen diferencias en la morbilidad, permanencia hospitalaria, ni dolor materno, pero sí observaron una disminución del tiempo quirúrgico en el grupo del no cierre.

El peritoneo es un tejido laxo, muy delgado, que no es indispensable para darle fortaleza a la cavidad abdominal y posee además una excelente capacidad de cicatrización, la cual se realiza en los primeros cinco días, aunque sus hojas no sean afrontadas con el uso de una sutura (9,10). Por el contrario, cuando se realiza el cierre del mismo, no sólo puede provocar

la aparición de dolor, náuseas o vómitos en un porcentaje importante de las pacientes (por estimulación vagal) que amerita la administración de narcóticos, sino también, la probable formación de adherencias peritoneales debido a la isquemia y necrosis que ocasiona el material extraño de la sutura (7,11).

Por todas estas consideraciones, nos permitimos realizar un trabajo prospectivo donde evaluamos las diferencias intra y posoperatoria inmediata en un grupo de pacientes a quienes se les practicó cesárea segmentaria con cierre del peritoneo visceral y parietal y lo comparamos con otro grupo a quienes no se les suturó.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El material estuvo conformado por 300 pacientes cesareadas entre enero de 1991, y enero de 1997.

Múltiples fueron las causas para su intervención: desproporción feto-pélvica, cesárea anterior, primigestas con presentación podálica y distocia de dilatación, entre otras.

Todas las pacientes fueron intervenidas con la misma técnica quirúrgica y por el mismo equipo de cirujanos; además, también fue empleada la misma técnica anestésica (epidural), aunque con distintos anestesiólogos.

Se empleó antibióticoterapia profiláctica en todas las pacientes.

La totalidad de la muestra fue dividida en dos grupos:

Grupo A: integrado por 100 pacientes con cierre en forma continua del peritoneo visceral y parietal por separado, con catgut crómico doble cero. El tiempo promedio empleado en el cierre de ambos peritoneos fue de 8 minutos.

Grupo B: formado por 200 pacientes sin cierre de ambos peritoneos.

Fueron excluidas del total las pacientes que al momento de abordar la cavidad abdominal presentaron adherencias intra-abdominales.

## RESULTADOS

No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos con respecto a la edad de las pacientes, paridad y edad de gestación, así como tampoco en el tiempo de permanencia en la clínica.

En ninguno de los grupos hubo fiebre, endometritis, infección, ni dehiscencia de la herida operatoria.

No se llevó el tiempo transcurrido durante las intervenciones; sin embargo, se pudo establecer que en el grupo A se emplearon, en promedio, 8 minutos más para el cierre de los peritoneos.

A 30 pacientes (30%) del grupo A fue necesario administrarles por vía endovenosa medicamentos (narcóticos) destinados a calmar el dolor y/o náuseas producidos al traccionar el peritoneo parietal (estimulación vagal); situación que nunca se presentó en el grupo B.

## DISCUSIÓN

La cesárea segmentaria es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes del mundo y la inmensa mayoría de los obstetras cumplimos con el axioma quirúrgico que dice "todo tejido que sea abierto, debe ser cerrado" y por esa razón, el peritoneo visceral y parietal se suturan al practicar la síntesis de la misma. No obstante, los resultados obtenidos en muchos estudios, incluyendo el nuestro, demuestran claramente, que el estado clínico de la paciente, en el posoperatorio inmediato y mediato, es indistinguible cuando en la cesárea segmentaria se sutura o no el peritoneo visceral y parietal. Más aún, hubo ventajas intra-operatorias en el grupo B debido al no empleo de dos suturas que, aunque están hechas de un material de mínima reacción, sin embargo, pueden ser causa futura en la formación de adherencias peritoneales (7,12).

Por otra parte, este grupo también resultó favorecido debido a que no se emplearon analgésicos (narcóticos) para calmar el dolor o náuseas presentados como consecuencia de la tracción del peritoneo parietal que sí apareció en el 30% de las pacientes del grupo A. Más aún, al evitar el cierre de los peritoneos se acortó el tiempo intra-operatorio en 8 minutos aproximadamente.

Sólo falta por investigar, a largo plazo, si existen diferencias entre estos dos grupos en lo que a adherencias intra-abdominales se refiere.

Por último, es importante comentar que en nuestro país un gran número de cirujanos no sutura el peritoneo en muchas intervenciones quirúrgicas, incluida la cesárea segmentaria, tanto en la práctica privada como la hospitalaria y sin embargo, este trabajo constituye la primera publicación nacional, y la serie más numerosa hasta ahora publicada.

Podemos concluir que no cerrar el peritoneo visceral y parietal durante la cesárea segmentaria: no afecta el posoperatorio inmediato y mediato. No se administran narcóticos para calmar el dolor

durante el acto quirúrgico. Se ahorra el uso de dos suturas que pueden ser causa en la formación de adherencias peritoneales. Se disminuye el tiempo intra-operatorio y crea potenciales beneficios económicos por el ahorro de suturas, disminución en el uso de medicamentos anestésicos y disminución del tiempo operatorio que conduce a invertir menos tiempo de todo el personal que participa en el área quirúrgica.

## REFERENCIAS

1. Kerr JMM. The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. *Am J Obstet Gynecol* 1926;12:729-734.
2. Russell Malinak L, Young AE. Peritoneal closure: when and why. *Contemporary Ob/Gyn* 1997;42(7):102-112.
3. Robbins GF, Brunschwing A, Foote FW. Deperitonealization: clinical and experimental observations. *Ann Surg* 1949;130:466.
4. Hellis H, Heddle R. Does the peritoneum need to be closed at laparotomy? *Br J Surg* 1977;64:733.
5. Tulandi T, Hum HS, Gelfand MM. Closure of laparotomy incisions with or without peritoneal suturing and second look laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:536-537.
6. Pietrantonio M, Parsons MT, O'Brien WF, Collins E, Knuppel RA, Spellacy WN. Peritoneal closure or nonclosure at cesarean. *Obstet Gynecol* 1991;77:293-296.
7. Hull DH, Varner MW. A randomized of closure of the peritoneum at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1991;77:818-820.
8. Irion O, Luzuy F, Béguin F. Nonclosure of the visceral and parietal peritoneum at cesarean section: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:690-694.
9. Elkins TE, Stovall TG, Warren J, Ling FW, Meyer NL. A histological evaluation of peritoneal injury and repair: implications for adhesion formation. *Obstet Gynecol* 1987;70:225-228.
10. Buckman RF Jr, Buckman PD, Hufnagel HV, Gervin AS. A physiologic basis for the adhesion-free healing of deperitonealized surfaces. *J Surg Res* 1976;21:67-76.
11. Williams DC. The peritoneum. A plea for a change in attitude toward the membrane. *Br J Surg* 1953;42:401-405.
12. Mc Fadden PM, Peacock EE Jr. Preperitoneal abdominal wound repair: incidence of dehiscence. *Am J Surg* 1983;145:213-214.