

Trabajo del Instituto de Cirugía para Post Graduados. — Director: Prof. E. Blanco Acevedo

APLICACION DE LA TECNICA DE BROOKE PARA ILEOSTOMIAS AL ANO ILIACO IZQUIERDO DEFINITIVO (*)

Dr. H. Lorenzo y Losada

El objeto de este trabajo no es la publicación de una técnica original, sino mostrar la experiencia personal sobre un modo de construir los anos ilíacos izquierdos, ya empleado por otros, que beneficia el post operatorio inmediato y da un ano contra natura de funcionamiento muy satisfactorio para el paciente.

Hasta 1960 los anos ilíacos izquierdos los hacíamos exteriorizando el cabo proximal del sigmoide a través de una incisión de Mac Burney sin ningún otro artificio que fijarlo con algunos puntos a la pared, para evitar su retracción, dejándolo cerrado con un pequeño clan o con una simple pinza de Kocher. La pinza era retirada a las 48 o 72 horas si el paciente no se distendía mucho. Era muy conveniente una sonda de Cantor para evitar el ileus post operatorio, pero cierto grado de distensión y de dolor cólico eran difícil de evitar. Así mismo, por lo menos por 48 horas era mejor evitar la ingestión por boca. Por otra parte, en el post operatorio alejado se podían observar algunas estenosis del año, prácticamente en todos los casos, por un anillo cutáneo fibroso. La eventración alrededor del ano no era una complicación rara.

En una visita hecha en marzo de 1960 por el distinguido cirujano brasileño Daher Cutait, Presidente en ese entonces del futuro Congreso Internacional de Proctología de San Pablo de 1960 y con motivo de su organización, nos refirió su experiencia sobre la ileostomía hecha con la técnica de Brooke⁽¹⁾, y nos dijo que se podía aplicar perfectamente a la construcción del ano ilíaco izquierdo definitivo en la operación de Miles. Nos insistió a mi y al Profesor Leonidas Aguirre Mac Kay de Chile, que nos acompañaba en esa conversación, sobre sus ventajas, que serían:

1º) La no exposición al contacto del aire del peritoneo del asa exteriorizada protegida por su inversión en dedo de guante y por

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 27 de marzo de 1963.

otra parte el hecho de quedar desde el primer momento abierta, suprimen las dos causas principales de la distensión y dolores post operatorios (reflejos de origen peritoneal y asa cerrada).

2º) La cicatriz muco cutánea conseguida de primera intención, evita el tejido de granulación a nivel del orificio del ano contranatura y su ulterior transformación en un tejido fibroso.

Estos anos conocidos en la jerga proctológica, como anos de "Maduración precoz" han sido también construidos de otras maneras más o menos complicadas.

En el libro sobre Colostomías del Cirujano Chileno ya nombrado Leonidas Aguirre Mac Kay (2) se encuentra una buena exposición de la multitud de técnicas empleadas y en el Congreso de Proctología de San Pablo de 1960 se trató ampliamente este tema. No ha llegado aún a nuestras manos el tomo correspondiente, pero recordamos que existía una buena corriente de opinión hacia los anos de maduración precoz.

Lo más parecido que hemos encontrado a la técnica aconsejada por Cutait es la publicada por Kenneth Lemmer y Jhon Mehnert en Archives of Surgery en 1954 (3) y que ilustramos reproduciendo la figura correspondiente de ese trabajo.

Vamos ahora a decir lo que hemos hecho, insistiendo que esta idea nos fue transmitida por el Profesor Daher Cutait de San Pablo sin poder asegurar tampoco que sea original del mismo.

Nos parece una experiencia útil a divulgar porque beneficia evidentemente a los pacientes que son sometidos a una abdomino perineal por la técnica de Miles. También se podría extender a todo ano ilíaco definitivo, por otra operación (Hartman etc.).

La técnica es la siguiente:

1º) Se elige el punto donde va a ser hecho el ano ilíaco. Utilizamos el mismo punto en que se hacen las ileostomías definitivas, pero en el lado izquierdo-intersección entre 2 líneas, una que va del ombligo a la espina ilíaca anterior y superior izquierda y otra que va de la espina del pubis izquierda a la punta de la 9ª costilla. Este punto puede ser corrido algo hacia arriba si parece que va a quedar el anillo de la bolsa de protección apoyado sobre la espina ilíaca citada. Muy importante marcarlo con vientre cerrado pues con vientre abierto todos estos cálculos pueden fallar.

2º) Es necesario movilizar muy bien el sigmoide. Dejando la arcada marginal, mantener irrigado un trozo mayor de sigmoide que lo habitual porque debe exteriorizarse más allá de la pared no menos de 6 cm. de sigmoide. Si la existencia de ganglios impide esta conservación, no se puede emplear esta técnica, pero debe recordarse que los grandes pedículos hemorroidal superior y las sigmoideas no son problemas. Aún se podría ir más arriba, aplicando todo lo que se

conoce, de las técnicas de descenso. Lo que se precisa es un sigmoide exteriorizable en unos 6 c.c., sin tracción.

3º) Se hace una pastilla de piel de unos 2½cc a 3 de diámetro que se reproduce en la aponeurosis. Esta dimensión puede ser mayor en algunos sigmoides pero en general basta. Si no se quiere resecar

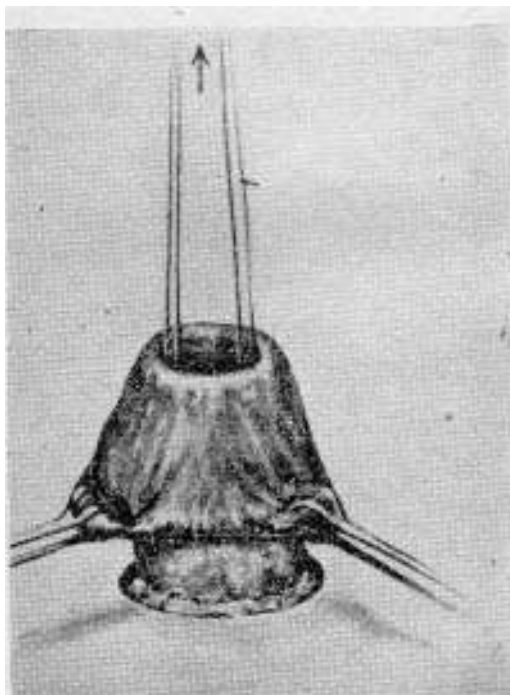


FIG 1. — Técnica de Brooke según Bacon (Ulcerative Colitis Lippincott, Phil U.S.A. 1958)

aponeurosis se puede seccionar en cruz a la misma con igual resultado, es decir que no apriete el colon; en cuanto al peritoneo conviene seccionarlo también en cruz con el mismo objeto. Los músculos deben ser solo separados. Es mejor que la exteriorización se haga a través del pequeño oblicuo y transversos divulsionados; alguna vez hemos caído sobre el borde del recto que hemos separado para adentro. En todas estas maniobras se colocan pinzas sobre la herida principal en los diversos planos, para mantenerlos paralelos y no favorecer desplazamientos ulteriores de planos que impiden el correcto funcionamiento del ano. Debemos aclarar que la incisión parietal ha sido en todos nuestros casos, una mediana infraumbilical con una prolongación oblicua hacia la izquierda que puede, si es necesario llegar hasta el reborde, y que se hace con sección del recto izquierdo cuando es amplia.

4º) Una vez exteriorizado el sigmoide se fija por dentro (como en la ileostomía a la Brooke) el peritoneo parietal sobre el meso preferentemente, para que no se retraiga, aunque no hay inconveniente en poner algún punto sobre el propio sigmoide. También debe cerrarse la gotera parieto cólica con 2 o 3 puntos. Damos si podemos



FIG. 2. — Paciente A. S. Ano íltaco a los 8 días de operado.

2 puntos a nivel de la aponeurosis a la pared lateral del sigmoide. Estos son mas fáciles de colocar desde afuera.

5º) Todo lo que viene después se puede hacer una vez realizada la peritonización y el cierre de la herida principal. Se pasan 2 puntos con una Reverdin como lo indica Brooke, puntos cuya lazada queda fuera y los 2 hilos con sus cabos adentro, a nivel de la mitad del sigmoide exteriorizado (uno en cara derecha y otro en cara izquierda); se tira de esos 2 hilos un poco y se procede a invertir como un dedo de guante la pared sigmoidea, de modo que quede hacia afuera la mucosa de la mitad más distal; de ese modo llevándola al contacto de la piel del borde de la pastilla, queda meso y cara peritoneal dentro de ese tubo invertido. Se fija el borde invertido en todas sus capas a la piel (o mejor como aconseja Brooke para la ileostomía al subdermis) por muchos puntos. Todos estos puntos y los anteriores se pueden hacer con algodón o lino fino. Pero los de fijación a la piel

sería interesante hacerlos con catgut semicrómico para que sea posible dejarlos sin extraer, dado que suele ser difícil sacar los de algodón. Una vez terminada la fijación debe controlarse si la angulación determinada por la aponeurosis o el peritoneo no es en arista muy



FIG. 3. — Paciente E. B. de P. Ano ílfaco a los 2 años y $\frac{1}{2}$ de operada.

viva. Si es así, algunas veces hemos soltado algún punto para hacer un pequeño debridamiento.

6º) El ano se deja abierto rodeado de gasa vaselinada, lo mismo que la herida principal pero sobre el intestino mismo debe ir una gasa simple porque la vaselinada puede ocluir y no dejar salir los gases. Esta gasa no se adhiere mucho porque lo que tapa es mucosa sana.

7º) Post operatorio. En las primeras 24 horas se le dan 2 litros de suero gluco fisiológico y otra terapia parenteral según los casos, cantidad que tendemos a disminuir. A las 12 horas se le permite ya agua por sorbos.

De lo que va de las 24 a las 48 horas generalmente 1 litro de suero I. V. casi siempre gluco fisiológico y por boca te, caldo, jugos en cantidades moderadas.

No colocamos sonda de Cantor en los 3 últimos casos. Prosti-

gmine desde las 36 horas. La expulsión de gases suele empezar antes pero siempre a partir del Prostigmine.

De las 48 hs. a las 72 hs. sólo utilizamos alimentación líquida vía oral salvo indicación especial.

La movilización del intestino se puede producir a las 48 horas o 72 horas. Nunca sucedió antes. Si al 4º día el paciente no movilizó el intestino se le indica aceite de ricino 25 grs. La deposición en esos casos fue siempre fácil y abundante. De ahí en adelante realimentar con un régimen de residuo moderado.

El aparato de prótesis de aro metálico y bolsa de plástico se puede colocar al 8º día sobre todo para la deambulación. La protección con pasta de aluminio debe ser mantenida unos 20 días pero después puede ser suprimida totalmente.

Ninguno de los 9 casos construidos de esta manera tiene tendencia a la estenosis. Mostramos por eso uno de 8 días y otro de 2½ años. Son prácticamente iguales.

En cuanto a los que funcionan mejor son aquéllos que se levantan sobre la piel del vientre alrededor de 1 c. a 1½. Para que ello suceda debe exteriorizarse 6 a 8 cc. del sigmoide a invertir. Esos 6 cc. se reducen a 3 o 4 con la inversión y a 1 cc. o 2 cc. con la retracción que siempre hay en mayor o menor grado.

La mucosa que queda exteriorizada tolera muy bien el contacto con la bolsa de plástico y los cuidados son banales. La piel tolera bien el metal y el plástico; mal la goma de ciertos aparatos con aro de goma y bolsa de plástico.

Una somera ilustración dietética permite a los enfermos conocer como se puede ablandar o secar sus materias y en todo caso, pequeñas dosis de 3 o 5 gotas de láudano para frenar el peristaltismo permiten al paciente un control de su ano altamente satisfactorio, compatible precozmente con todo tipo de actividad.

Indicamos la vuelta al trabajo en un plazo no mayor de 2 meses por considerar que es el mejor tipo de psicoterapia. La amistad con otros pacientes con igual situación completan la reintegración de estos pacientes a una vida lo más normal posible.

En nuestros 9 operados a partir de julio de 1960 todo lo dicho antes se ha reproducido en forma absolutamente similar. De todos estos enfermos ha fallecido el 1º a los 2 años. Hizo una recidiva perineal con invasión de vejiga y uréteres. Se trataba de un neoplasma de recto bajo, que invadía el canal anal y se exteriorizaba al ano. Se le hizo un Miles con amplia resección perineal y resección de la pared posterior vaginal. Radioterapia de ambas zonas inguinales.

Un caso en iguales condiciones anatómicas y con el mismo tipo de operación operado en el mismo mes y que corresponde a la foto

del ano a los 2½ años está bien. Pero no es éste el objeto de la comunicación.

Ninguno de estos enfermos ha tenido problema con su ano salvo un pequeño abcesito y que corresponde también a la enferma que falleció (por un hilo de la sutura muco cutánea que no fué extraído debidamente). La aplicación de las bolsas de plástico originariamente para ileostomías ha suprimido completamente el olor de materias, la deformación bajo los vestidos y el efecto de ventosa está muy disminuido. La discreta evaginación hacia afuera del ano, produce el vuelco directo en la bolsa, de materias que se mantienen sólidas por indicaciones dietéticas sencillas y pequeñas indicaciones terapéuticas.

El objeto de ésta comunicación es como dijimos al principio, tocar un punto si se quiere de técnica menor dentro de la gran técnica del Miles o similares, pero de enorme importancia para el paciente, que así aprovechará en condiciones confortables, los años de sobrevida que le agregó con adecuada extirpación quirúrgica su experto cirujano.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BROOKE B. N. Ulcerative Colitis. Edimburgh Livingstone. 1954.
- 2) AGUIRRE MAC KAY, LEONIDAS. — Colostomías. Santiago de Chile. Ed. del Pacífico, 1955.
- 3) LEMMER KENNETH E. MEHNERT JOHN H. — Colostomy. Archives of Surgery 68,463. 1954.