

Perforación rectosigmoidea proximal a un cáncer rectal.

Resección primaria de urgencia *

A propósito de 2 observaciones

Dres. BOLIVAR DELGADO, EDUARDO ANAVITARTE
y RUBEN VARELA SOTO

Justifica esta publicación la poca frecuencia y extrema gravedad de esta complicación. La resección primaria efectuada, creemos que es la mejor operación a realizar en esta situación, puede ser definitiva y probablemente curativa.

OBSERVACIÓN 1.— M. B. de V. Hospital de Clínicas. Registro Nº 226.250. Paciente de 61 años con antecedentes claros de síndrome rectal, que hace siete días se le efectuó un colon por enema. Desde ese momento, detención del tránsito de materias y gases. Este cuadro se ha agudizado el día del ingreso, apareciendo fuerte dolor abdominal, por lo cual ingresó al Departamento de Emergencia el 7-VI-65.

Examen.— Regular estado general; deshidratada; mucosas hipocoloreadas; se queja de intenso dolor abdominal. El examen de éste muestra que está distendido, doloroso, a predominio en F.I.D., existiendo una reacción peritoneal y un síndrome de lucha. Al tacto rectal se toca un cáncer del recto pelviano circunferencial, total y móvil.

Se interviene con el diagnóstico de oclusión por cáncer rectal y peritonitis por probable perforación diatásica cecal.

Operación (Dr. B. Delgado).— Transversa de hipocondrio derecho. Viene líquido fecaloideo del peritoneo, por lo cual se efectúa una mediana infraumbilical. Hay una oclusión cerrada del colon con distensión moderada del mismo; peritonitis difusa con materias fecales libres en el peritoneo. Existe en la cara anterior del recto, por encima del Douglas e inmediatamente por encima del borde macroscópico del tumor, una perforación de unos 2 cm. de diámetro. El resto del colon presenta un baritoma. El tumor rectal es del recto pelviano y móvil. No se palpan metástasis hepáticas ni adenopatías regionales.

Se discute la conducta a seguir. Se considera que, dado el tamaño de la perforación,

su topografía en relación al tumor y el aspecto de poca vitalidad, una sutura a ese nivel va a fallar, llevando a una fistulización neoplásica. Una conducta a seguir sería intentar la sutura, el mechado y efectuar una colostomía proximal. Se decide efectuar la resección por vía abdominal con colostomía iliaca izquierda. Liberación del recto. Ligadura de la hemorroidal superior. Sección del recto a la altura del recto perineal, pasando a una distancia aceptable del tumor. Cierre del cabo distal en dos planos, dejándolo subperitoneal. Resección del sigmoide y colostomía iliaca izquierda terminal. Se evacúa parcialmente el baritoma por la colostomía. Cierre de la gotera parietocólica. Drenaje en cigarrillo y mecha retrorrectales que se sacan por contraabertura perineal (paracoxígea). Cierre del peritoneo pelviano, usando el útero en la peritonización. Drenaje suprapúbico del Douglas. Cierre por planos.

Postoperatorio.— Suboclusión por el baritoma residual que cede con enemas. A los 17 días se eviscera, por lo cual es reintervenida, efectuándosele cierre de la evisceración.

Es dada de alta a los cincuenta y cinco días, en buenas condiciones.

Controlada ulteriormente (cuatro meses después), se encuentra perfectamente bien.

La anatomía patológica informó que se trataba de un carcinoma infiltrante parietal total sin adenopatías colonizadas; la resección fue realizada a buena distancia del tumor. La perforación anterior impresiona como del tipo mecánico.

Se le plantea a la paciente la realización (a los seis meses) de un "second look" con vistas de si es posible y aconsejable efectuarle una restitución del tránsito intestinal.

OBSERVACIÓN 2.— D. A. Hospital de Clínicas. Registro Nº 228.159. Paciente de 77 años; comienza un año antes del ingreso con diarreas, pujos y tenesmo, que se acompañaban en algunas oportunidades de dolor tipo cólico que calmaba luego de una debacle diarreica. Esta sintomatología se va acentuando hasta el 20-VII-65, en que comienza con dolor tipo puntada en el hemiventre inferior irradiado a posterior que fue aumentando hasta el mo-

* Trabajo del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, del Prof. Agdo. Dr. Walter García Fontes.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de octubre de 1965.

mento del ingreso. Se acompañó este cuadro de vómitos y de detención del tránsito de materias y gases.

Examen.— Febril; dolorido; quejoso; fascies ansiosa; piel y mucosas pálidas; lengua seca y saburral. El abdomen muy distendido, timpánico y muy doloroso a la palpación, impresiona como peritoneal.

Operación (21-VII-65; Dr. Anavitarte).— Mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo, sale pus amarillo, abundante y bien ligado. Se comprueba un sigmoides muy engrosado, lipomatoso y con gran cantidad de apéndices epiploicos; está perforado en su cara anterior por encima de una masa tumoral que ocupa la parte inferior del sigmoides y la parte alta del recto hasta por debajo del Douglas. El sigmoides es de meso corto e imposible de exteriorizar. Se procede a realizar la resección del sigmoides y la parte alta del recto, siguiendo la técnica de Hartmann. Cierre del muñón rectal en la parte más baja de la ampolla, quedando subperitoneal. Ano iliaco izquierdo. Cierre por planos de la pared abdominal.

Postoperatorio.— A los quince días se produce una dehiscencia de la laparatomía, quedando el delgado a la vista. Se trata con métodos conservadores; a los pocos días el intestino delgado se fistuliza, impresionando como que el asa fistulizada es alta y deriva casi totalmente el tránsito. El estado general desmejora y finalmente el paciente fallece a los cincuenta días de operado.

La anatomía patológica de la pieza operatoria mostró que se trataba de adenocarcinoma de recto infiltrante parietal total, pero sin ganglios colonizados.

COMENTARIO

La perforación espontánea (no traumática) que complica el curso de un cáncer rectal o colónico, es una muy grave y poco frecuente complicación (4, 10, 11, 12, 13). Acontece frecuentemente en pacientes de edad, con mal estado general y cánceres evolucionados, tal como aconteció en nuestras dos observaciones.

Mersheimer (10) da un 3% como frecuencia global de perforaciones con peritonitis difusa en el cáncer de colon.

Están divididas las opiniones en cuanto a la frecuencia en relación con la topografía de la perforación. Así, mientras que para algunos autores (5, 12) ella asienta con más frecuencia proximalmente al tumor predominando a nivel del ciego, en cambio para la mayoría de los autores consultados (7, 9, 10) ocurriría de preferencia a nivel del tumor, aun considerando solamente las perforaciones en peritoneo libre [85,7% para Mersheimer (10)].

Boukourou (1) no da una frecuencia relativa, pero sostiene que las perforacio-

nes a nivel del tumor son más frecuentes a nivel del colon izquierdo, mientras que las diastásicas lo son a nivel del colon derecho.

Para Moreau (11) las perforaciones proximales al tumor predominan al nivel del ciego (50%), hecho en el que concuerdan todos los autores, y su frecuencia disminuye a medida que nos aproximamos al obstáculo. La perforación proximal yuxtatumoral, como la de nuestras observaciones, es la menos frecuente.

Mientras que las perforaciones al nivel del tumor son provocadas por la necrosis de éste y las cecales son predominantemente diastásicas, para las yuxtaproximales al tumor, sobre todo en el sector bajo, parece predominar como patogenia la ulceración estercorácea por impactación fecal (5, 13). En nuestra observación 1 creemos que esa fue la patogenia en causa, a lo que se sumó la existencia de un baritoma; en cambio, en la observación 2, la perforación impresionó más como de tipo inflamatorio, a pesar de que la anatomía patológica no puso en evidencia tal hecho ni la existencia de diverticulosis. En la observación 1 se sumaba al hecho de la perforación yuxtatumoral, la concomitancia de una oclusión de colon, concomitancia ésta muy poco frecuente.

En la serie de Mersheimer (10) sobre 21 perforaciones de colon (18 a nivel del tumor y 4 diastásicas cecales), refiere que en 4 casos la perforación fue precedida en los cuatro días previos por la administración de un enema opaco, lo cual para el autor precipitó la perforación. En la observación 1, dicho enema fue realizado siete días antes y creemos que no actuó directamente provocando la perforación, sino facilitándola, al completar una oclusión intestinal y provocar la formación de un fecaloma-baritoma.

La gravedad de esta complicación ha sido enfatizada por todos los autores, en cifras de mortalidad que varían, pero dentro siempre de cifras elevadas: Boukourou (1), 20%; Moreaux (11) en una revisión de 40 casos, 67%; Mersheimer (19), 85,7%; Goligher (5) 90%.

En cuanto a la conducta terapéutica a seguir en las perforaciones de colon, existe una tendencia actual a efectuar la resección primaria de elección, que es considerada como el procedimiento que da los mejores resultados (4, 5, 6, 8, 10, 11).

Cuando la perforación es del cáncer o asienta en su inmediata vecindad, la resección es el procedimiento casi obligatorio a seguir (1, 8). El restablecimiento de la continuidad intestinal se debe dejar, en la mayoría de los casos, para una segunda operación.

En los segmentos cólicos móviles se puede efectuar la resección-exteriorización. En el sector sigmoideo bajo o rectal alto, la resección tipo Hartmann, como la efectuada en nuestros casos, es el procedimiento de elección (3, 12).

En este tipo de perforaciones, cuando asientan en sectores cólicos no exteriorizables, la sutura de la perforación, el mechado, el drenaje peritoneal y la colostomía proximal, constituyen una pobre solución de necesidad por ser seguida de una alta morbimortalidad y predisponer a la fistulización y cancerización local.

Aun considerada como operación definitiva, la resección efectuada en nuestras observaciones puede ser una solución cancerológicamente buena, como ha sido puesto de manifiesto por los trabajos de Deddish (2) para tumores con esa topografía.

La evisceración que ocurrió en nuestros dos pacientes, pone de manifiesto la deficiencia del terreno; creemos que esta complicación pudo ser evitada, usando en el cierre parietal puntos de apoyo totales.

RESUMEN

Se presentan dos observaciones de perforaciones yuxtaproximales en cánceres de recto.

Se señala su poca frecuencia y elevada mortalidad.

Se refieren datos acerca de su patogenia.

Se insiste en el concepto de que la resección primaria en esta situación es el procedimiento casi obligatorio y es el que fue utilizado en estas observaciones (operación de Hartmann).

RÉSUMÉ

On présente deux observations de perforations juxta-proximales dans les cancers du rectum.

On signale leur fréquence et leur mortalité élevée.

On signale les données à propos de leur pathogénie.

On insiste sur le concept de ce que la résection primaire dans cette situation est le procédé presque obligatoire et c'est celui qui fut utilisé dans ces observations (opération de Hartmann).

SUMMARY

Two cases of juxta-proximal perforations in cancer of the rectum, are reported upon.

Their rare occurrence, high mortality rate and features concerning their pathogenesis are surveyed.

Primary resection in these situations is practically mandatory and was used in both cases (Hartmann's operation).

BIBLIOGRAFIA

1. BOUKOUROW, S. et PECHITCHR, R. Les perforations des cancers du côlon et du rectum. *Mem. Acad. Chir.*, 84: 271, 1958.
2. DEDDISH, M. R. and STERNS, M. W. (JR). Anterior Resection for carcinoma of the Rectum and Rectosigmoid Area. *Ann. Surg.*, 154: 961, 1961.
3. DELGADO, B. La oclusión intestinal en el cáncer de colon. Consideraciones sobre algunos aspectos del tratamiento quirúrgico. Trabajo presentado a la Beca "Dr. Manuel Albo". (Inédito.) Montevideo, 1964.
4. DONALDSON, G. A. The Management of Perforative Carcinoma of the Colon. *N. England. J. M.*, 158: 201, 1958.
5. GOLIGHER, J. C. and SMIDDY, F. G. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Brit. J. Surg.*, 44: 270, 1956.
6. GREGG, R. O. The place of emergency resection in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
7. HUGHES, E. S. R. *Surgery of the colon.* Livingstone Ltd. Edinburgh and London, 1959.
8. MADDEN, J. L. and TANPY. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or diffusing peritonitis. *Surg. Gynec. Obst.*, 113: 646, 1961.
9. Mc LANAHAN, S. and GILMORE, W. E. Spontaneous Perforation of the colon. *Ann. Surg.*, 139: 833, 1954.
10. MERSHEIMER, W. L. and MILLER, E. M. Diffuse peritonitis secondary to intestinal perforation complicating malignant lesions of the colon. *Surg. Gynec. Obst.* 99: 436, 1954.
11. MOREAUX, J. et COULOIGNER, J. Les perforations diastásiques du coecum du côlon. *J. Chir.*, 85: 139, 1963.
12. ROUX, M. et CARCASSONNE, F. Les cancers du côlon. Masson. Paris, 1955.
13. SHEPHERD, J. A. *Surgery of the acute abdomen.* Livingstone Ltd. Edinburgh and London, 1960.