

Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo * **

Dr. RAUL C. PRADERI

Los antibióticos y la restauración correcta del equilibrio electrolítico han permitido en cirugía colónica sustituir las operaciones en varios tiempos por las resecciones primarias [Crile (2)], en diversos tipos de afecciones: colitis ulcerosa, colopatía diverticular, vólvulos, heridas, perforaciones.

Esta conducta se ha extendido a la cirugía del cáncer de colon en agudo. Entre otras cosas este criterio se basa en la tendencia de muchos autores a limitar la amplitud de la exéresis cancerológica haciendo resecciones menos extensas, pero con los mismos resultados estadísticos [Mc Kittrich (10), Ferguson (4), etc.]. Actualmente no se discute, salvo excepciones, la colectomía derecha en agudo, por cáncer de ciego o colon ascendente en oclusión.

El cabo ileal se aspira y como el cabo cólico no está distendido, es fácil hacer la anastomosis. Las estadísticas demuestran lo razonable de esta conducta [Delgado (3), Gerber (5), Goligher (6), Gregg (7), Savage (11), Ulin (13)].

En las perforaciones cólicas, no sólo por sigmoiditis, sino también por cáncer, se tiende a adoptar la misma conducta [Madden (9)].

El tratamiento clásico en tres tiempos (colostomía, resección, cierre) del cáncer de colon izquierdo en oclusión, tiene dos grandes inconvenientes:

1º) Las estadísticas demuestran [Delgado (3), Gerber (5) y Gregg (7)] que el 45 % al 60 % de estos enfermos *no vuelven a ser intervenidos*, es decir, que la colostomía constituye para ellos la operación única y definitiva. Esto se debe a que el

tumor es inextirpable desde el principio o en la reoperación, a que el enfermo no vuelve al cirujano o se niega a reoperarse, o simplemente porque falleció después de la primera operación.

2º) En los pacientes colostomizados que se reoperan, la mortalidad y morbilidad están gravadas por las dos reintervenciones, llegando a cifras muy altas (40 % de mortalidad total).

A la resección primaria se le critican dos cosas:

1º) La falta de preparación con antibióticos del colon. Sabemos que cada vez se le da menos trascendencia a este hecho y, por otra parte, siempre operamos administrando antibióticos por vía parenteral.

2º) La distensión colónica por gases y materias que dificulta las maniobras de resección y las anastomosis por incongruencia de los cabos. Se soluciona mediante la aspiración y evacuación correcta intraoperatoria, que en realidad constituye *la clave de este procedimiento*.

La aspiración se puede hacer en las oclusiones abiertas por una *ileotomía*, que permite a veces, pasando el aspirador por la válvula ileocecal, la succión de los gases cólicos (caso 1).

La *colotomía* de aspiración supratumoral en el intestino que va a ser resecado, y el ordeño del contenido cólico restante hacia la pieza de resección clampeada ulteriormente (casos 1 y 2).

La *cecostomía* sobre tubo, que permite evacuar el colon derecho y a veces el delgado, deja un drenaje de seguridad supranastomótico por el cual salen gases y materias líquidas en el postoperatorio inmediato. Tiene la ventaja de cerrar sola al sacar el tubo.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Profesor Abel Chifflet.
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 29 de noviembre de 1965.

Esta colostomía por encima de la resección fue propuesta por Von Haberer (8).

Algunos autores [Baronofsky (1), Gerber (5), Goligher (6), Smith (12), Wangenstein (14) y Welch (15)] han practicado colectomías izquierdas de urgencia, aunque en general lo aconsejan en casos seleccionados con muy buen estado general o en enfermos con metástasis a los que hay que darles una sobrevida confortable sin colostomía [Savage (11) y Gregg (7)].

Hemos practicado dos intervenciones de este tipo en pacientes cuyas historias pasamos a relatar.

Caso 1.— O. C. de S. Reg. N° 169.715. Hospital de Clínicas. Paciente de sexo femenino de 42 años. Constipación y rectorragias varios meses antes. Ingresa el 4-VI-62 con una oclusión abierta de sigmoide confirmada en las radiografías simple y contrastada de colon. Se intuba y equilibra electrolíticamente.

Primera operación (6-VI-62; Dr. R. Praderi, Dr. Fregeiro y Pract. Drexler): Anestesia general. Incisión mediana. Se confirma el diagnóstico, pues existe un neoplasma anular en el sigmoide. No hay adenopatías. Metástasis hepática de 1 cm. de diámetro en cara superior cerca del fondo de la vesícula.

Ileotomía, aspiración de gas y líquido de íleon y colon. Cierre por planos. Hemicolecotomía izquierda típica con ligadura de la mesentérica inferior por debajo del origen de la cólica izquierda superior. Anastomosis del ángulo esplénico con el recto.

Evoluciona sin incidentes. Le decimos a la paciente (es una enfermera) que tiene una litiasis vesicular para poder reseccarle la metástasis hepática.

Segunda operación (14-XI-62; Dr. R. Praderi, Dr. Fregeiro y Dr. B. Delgado): Anestesia general. El nódulo no ha aumentado de tamaño. Resección atípica del mismo. Evoluciona bien. Actualmente no tiene elementos de recidiva. Lleva tres años de operada.

Caso 2.— F. E. de E. Reg. N° 119-12-36. Sala 18, Hospital Pasteur. Paciente de sexo femenino de 44 años de edad. Antecedentes de dispepsia biliar. Constipación y adelgazamiento de cuatro kilos en los últimos tres meses.

Cuadro oclusivo de siete días de evolución con distensión y vómitos. Última deposición cinco días antes. Radiológicamente oclusión abierta de colon con poca distensión de delgado. Stop en la mitad del descendente en el enema opaco.

Operación (18-VII-65; Dr. Praderi y Dr. Matteucci): Anestesia general. Paramediana izquierda. Virola neoplásica en el descendente sin adenopatías. Existe también un mucocele apendicular y una litiasis vesicular a cálculos múltiples.

Se aspira el colon con tubo de Pool por un orificio en el ángulo izquierdo en el área a

reseccar. Apendicectomía y cecostomía fúndica sobre senda Pezzer, previa aspiración del ciego.

Se practica una hemicolectomía izquierda conservando la arteria hemorroidal superior y seccionando diez centímetros por encima de la unión rectosigmoidea. Anastomosis de ambos cabos en dos planos. La paciente es dada de alta y se encuentra muy bien actualmente.

RESUMEN

En ambos casos, si bien las condiciones eran favorables: mujeres jóvenes, oclusiones abiertas y buen estado general, el resultado fue bueno incluso en el primero con metástasis hepática.

RÉSUMÉ

On analyse les avantages du traitement des occlusions du côlon gauche pour cancer, dans une seule opération, en réséquant la tumeur et en rétablissant la continuité intestinale.

On rapporte deux observations ou cette méthode a été appliquée; l'une de ces observations, a 3 années de survie, malgré l'existence d'une métastase hépatique qui a été resequée au commencement.

SUMMARY

The advantages of treating left colon occlusions due to cancer in one single operation, are discussed. The procedure involves removal of the tumor and re-establishment of intestinal continuity.

Two cases where this approach was used, are reported upon. In one there was a 3 year survival despite the existence of a hepatic metastasis that was resected at an early stage.

BIBLIOGRAFIA

1. BARONOFSKY, I.—Primary resection and aseptic end-to-end anastomosis for acute or subacute large bowel obstructions. *Surgery*, 27: 664, 1950.
2. CRILE, G. (JR.)—Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
3. DELGADO, B.—La oclusión intestinal en el cáncer de colon. Consideraciones sobre algunos aspectos del tratamiento quirúrgico. Tesis. Beca Albo. Montevideo, 1964. (Inédita.)

4. FERGUSON, L. K., BOLAND, J. and THOMEN, F. J. Anterior segmental resection for carcinoma of the upper rectum, recto-sigmoid and sigmoid. *Surgery*, 52: 741, 1962.
5. GERBER, A., THOMPSON, R. and REISWIG, O. Experiences with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *S. G. O.*, 115: 593, 1962.
6. GOLIGHER, J. and SMIDDY, F. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Brit. J. Surg.*, 45: 270, 1957.
7. GREGG, R. The place of emergency resection in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
8. HABERER, H. von. Verbesserung unserer resultate bei dickdarmresektion, namentlich im subakuten und akuten ileus. *Arch. F. Klin. Chir.*, 167: 443, 1931.
9. MADDEN, J. and TAN, P. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or diffusing peritonitis. *S. G. O.*, 113: 646, 1961.
10. McKITTRICK, L. Resection for the colon for carcinoma in diseases of the colon and ano rectum. R. Turell, Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1959; Vol. 2: 123.
11. SAVAGE, P. The management of acute intestinal obstruction. *Brit. J. of Surgery*, 47: 643, 1960.
12. SMITH, G., GOTT, V., CRISP, N. and PERRY, J. Intestinal obstructions due to primary neoplastic strictures of the bowel. *Surgery*, 37: 778, 1955.
13. ULIN, A., EHRLICH, E., SHOEMAKER, W. and AZORSKY, J. A study of 227 patients with acute large bowel obstruction due to carcinoma of the colon. *S. G. O.*, 108: 267, 1959.
14. WANGENSTEEN, O. Intestinal obstructions. Charles Thomas, Springfield, 1955.
15. WELCH, C. Intestinal obstruction. *West. J. Surg. Obst. Gin.*, 67: 90, 1959.