

Fundamentos de la resección primaria del cáncer de colon en agudo

Dr. BOLIVAR DELGADO *

La complicación aguda de un cáncer de colon plantea al cirujano el doble problema del tratamiento del cáncer y de su complicación.

Se ha sostenido durante mucho tiempo que en esa circunstancia de urgencia sólo debe ser tratada la complicación, dejándose para un tiempo ulterior el tratamiento del tumor (7).

Los malos resultados de esta conducta por un lado, y por otro el adelanto experimentado en cirugía en general y en la de colon en particular durante los últimos años, han llevado al planteamiento de resolver simultáneamente la enfermedad causal y su complicación, disminuyendo en lo posible el número de actos operatorios (3, 6, 9, 21, 24, 39).

Esto queda refrendado por la expresión de Crile (6), que el Prof. Abel Chifflet a menudo citaba, cuando al defender la cirugía en un tiempo dice que "en cirugía las causas de mortalidad son en general debidas a la afección que queda y no a la operación efectuada".

Esta posición ha sido defendida por nuestra Clínica desde hace muchos años (9, 11, 32, 33).

La resección primaria se plantea en dos circunstancias determinadas: como operación de elección o como operación de necesidad. La resección primaria con criterio paliativo merece un párrafo aparte.

La resección de elección es la más discutida. Se plantea fundamentalmente frente al cáncer complicado de una oclusión y en pacientes con condiciones generales aceptables. El tema debe debatirse entre resección primaria o derivación y resección secundaria.

Los argumentos más importantes en contra de la resección primaria son:

1) El paciente se encuentra en una situación grave; la derivación es una operación menos riesgosa. A este argumento oponemos el de que las operaciones de derivación tienen en estas circunstancias elevada mortalidad (1, 4, 9, 12, 14, 15, 16, 24, 37, 38), difícilmente superada por la resección primaria (17, 20, 35, 37, 41, 42).

En una revisión efectuada por nosotros (9) sobre 42 cánceres de colon en oclusión operados en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas, encontramos que se realizó una derivación en un 93 % con una mortalidad del 25,6 %.

En la estadística de nuestra Clínica estudiada por Praderi (34) se aprecia un porcentaje de mortalidad en resecciones primarias muy inferior al señalado.

2) El colon distendido es difícil de manejar y tiene su permeabilidad aumentada, lo cual hace que el peligro de contaminación peritoneal sea muy grande.

Para evitar esto es que consideramos imprescindible como primer gesto quirúrgico la decompresión intraoperatoria previa a la exploración que decidirá sobre la posibilidad de una resección. Sobre esta decompresión intraoperatoria se ha insistido mucho en nuestro medio (8, 9, 30).

3) En la cirugía en un tiempo en agudo existe gran peligro de falla de sutura por la septicidad del medio, las alteraciones anatómicas de los cabos a anastomosar (edema, desvascularización, infección), etc.

Estos argumentos en contra, no lo son de la resección primaria, sino de la resección con anastomosis, circunstancias que no son equivalentes.

Y queremos insistir en que defendemos fundamentalmente la resección primaria,

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chifflet. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de junio de 1969. Sesión de homenaje al Prof. Abel Chifflet.

* Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

sin que ello condicione obligatoriamente la anastomosis.

En el cáncer de colon izquierdo en oclusión cerrada, el peligro está en la lesión cecal (7, 8, 30, 31), cuyo estado comanda la posible resección. Si ésta es factible, la realización o no de la anastomosis dependerá del estado anatómico de los cabos a anastomosar.

En la oclusión abierta la urgencia es menor. La intubación del delgado con la desgravitación correspondiente y la adecuada reposición humoral del paciente, lo colocan habitualmente en condiciones aceptables para una resección con anastomosis primaria.

Pero en el colon izquierdo se puede resecar sin necesidad de restituir obligatoriamente el tránsito. La exteriorización de ambos cabos o sólo del proximal con cierre del distal son buenos procedimientos, tanto como primer tiempo de una operación escalonada o como solución definitiva, pero recordamos, como dice Lewis (21), que la cirugía en un tiempo tiene una menor mortalidad en pacientes con gran riesgo quirúrgico, que la realizada en varios tiempos.

En el cáncer de colon derecho en oclusión se discute menos (9, 14, 16, 18, 32, 33, 35, 37). Pero en esta topografía resecar significa prácticamente tener que restituir el tránsito.

En la oclusión cerrada no hay elementos de gran amenaza para la sutura; el cabo cólico distal y el delgado no están o están poco comprometidos. En la oclusión abierta el riesgo es comparable, tanto si se reseca como si se deriva (ileo-transversostomía) (9).

4) No es posible realizar en plena oclusión y en condiciones de urgencia una resección cancerológicamente aceptable.

Esto es negado, por lo menos en lo que al colon derecho se refiere, por autores como Savage (35).

No hemos encontrado referencias en la literatura consultada de que la resección primaria de elección tenga una menor sobrevida alejada ni mayor número de recurrencias locales que las operaciones seriadas, salvo el caso particular de la resección-exteriorización que no lo consideramos aquí por ser una resección de necesidad (9).

A toda esta argumentación discutida agregamos, que en un alto porcentaje de casos que en algunas estadísticas llega al 60 % (9), la operación de derivación realizada en el primer tiempo queda como definitiva por causas diversas (condiciones generales del paciente, complicaciones postoperatorias, negativa a una nueva operación, extensión tumoral, etc.). Esto conduce a que en las operaciones seriadas el índice de reseabilidad es bajo y fácilmente superado por la resección primaria (10).

Las operaciones de derivación tienen además mortalidad importante (25,6 %) (9); si se le agrega la de las sucesivas operaciones y se tiene en cuenta el alto porcentaje que no se resecan, se llega a la conclusión de que el cáncer de colon en oclusión tratado por operaciones seriadas tiene pocas posibilidades de sobrevida alejada. Sin embargo, en operaciones de resección primaria se señala una sobrevida de 5 años que oscila alrededor del 25 % (14, 27, 29).

Se sostiene que el hiperperistaltismo intestinal provocado por la oclusión favorece la diseminación linfática y venosa del cáncer (42). Esta diseminación estaría también favorecida en las operaciones de derivación por la desgravitación, que al disminuir la presión intraluminal favorece la reposición brusca de la circulación linfática de ese territorio.

Esto último es un argumento de gran valor en pro de la resección primaria (9).

La resección primaria de necesidad se plantea en circunstancias tales como (9): necrosis del ciego, perforación del cáncer con absceso local o peritonitis, oclusión-estrangulación, etc. Todas ellas tienen de por sí elevada mortalidad.

La necrosis extensa del ciego, tal como se observa en las oclusiones en asa cerrada, evolucionadas y secundarias a un cáncer del colon distal, es una situación de enorme gravedad y elevada mortalidad (5, 11, 16, 26). La resección del asa necrosada busca como finalidad evitar la peritonitis por ruptura intraperitoneal y la toxemia a punto de partida de ese foco. Esta resección está indicada, aun en casos desesperados, como la única posibilidad de salvación (18).

Como esta resección es proximal a un cáncer obstructivo, no se restablecerá la

continuidad del tránsito intestinal y el tratamiento del cáncer causal quedará para una etapa ulterior o se podrá intentar realizar una colectomía total con ileo-rectostomía.

La perforación del tumor con absceso local y/o peritonitis es también una situación de extrema gravedad (1, 11, 16, 26). Es tratada habitualmente con procedimientos conservadores (drenaje, cierre y drenaje, derivación, exteriorización o combinación de procedimientos) habitualmente con malos resultados, imputables en gran parte a que se mantiene la fuente de contaminación peritoneal bacteriana y neoplásica (21).

Los mejores resultados han sido obtenidos con la resección primaria (13, 21, 22, 23, 36, 40).

La oclusión-estrangulación (vólvulo, invaginación) es poco frecuente y predomina en los segmentos móviles del colon que son los más aptos para la resección, la cual deberá ser realizada sin devolvular ni desinvaginar el segmento tumoral (9) para evitar la posible diseminación neoplásica.

La hemorragia por ulceración del tumor raramente llega a tener entidad tal que motive una resección de urgencia (2).

La resección primaria del cáncer complicado con criterio paliativo se plantea fundamentalmente en presencia de metástasis hepáticas (9).

Se sostiene que en colon la mejor operación paliativa es la resección. Cuando este cáncer está en oclusión también esta conducta se plantea. Dado su criterio paliativo, exige una resección de menor amplitud y por tanto de menor riesgo.

Permite una sobrevida, si no más larga, por lo menos más confortable (35).

RESUMEN

Frente al cáncer de colon con una complicación aguda, el tratamiento conservador y en operaciones seriadas ha tenido pobres resultados. Estos, según la experiencia de los últimos años de diversos autores y la propia, han mejorado con la resección primaria. Esta tiene un índice mayor de resecabilidad y menor morbimortalidad.

Se discuten los argumentos en pro y en contra de esta conducta.

En los cánceres del sector izquierdo, la restitución del tránsito en el mismo acto que la resección primaria se hace en casos de elección. En el colon derecho en cambio es casi obligatoria.

Hay situaciones de necesidad en donde la resección primaria de urgencia es menos discutida.

Esta resección es también la mejor operación paliativa en el cáncer complicado que presente además metástasis hepáticas.

RÉSUMÉ

Dans le cancer du côlon avec complication aiguë, le traitement conservateur et par des opérations en série n'a donné que de maigres résultats. D'après l'expérience acquise au cours de ces dernières années par différents auteurs, y compris celui de cet article, de meilleurs résultats s'obtiennent par la résection primaire. L'indice est supérieur quant aux possibilités de réséquer et inférieur pour la morbi-mortalité.

On discute le pour et le contre de cette opération.

Dans les cancers du secteur gauche, le rétablissement du passage en même temps que la résection primaire se fait dans certains cas. Par contre dans le côlon droit elle est quasi obligatoire.

Il y a des cas d'urgence dans lesquels la résection primaire est moins discutée.

Cette résection est aussi la meilleure opération palliative dans les cas de cancer compliqué avec, en outre, une métastase hépatique.

SUMMARY

In colonic cancer with acute complications, the conservative treatment consisting of staged operations, has shown very poor results. Such cases, according to the experience of different authors, as well as my own, during the last few years, have improved with primary resection. This technique has a higher resectability rate and a lower rate of morbimortality.

Arguments for and against this procedure are discussed.

In cancers of the left side, transit restoration is performed in the same procedure as primary resection, in selective cases. In the right side cancer it is an almost compulsory procedure.

There are cases wherein urgent primary resection becomes necessary and it is less controvertible.

This resection is also the best paliative operation in cases of cancers with complications which also present liver metastasis.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERS, J. H. and SMITH, L. L. A comparison of cecostomy and transverse colostomy in complete colon obstruction. *Surg. Gynec. Obst.*, 95: 410, 1952.
2. AMESTI, F. DE and AMESTI, F. DE (Jr.). Indications and technics for performing cecostomy and colostomy. En G. T. PACK and I. M. ARIEL: *Treatment of cancer and Allied Diseases*, vol. 5: 603, 1962. Harper and Brothers, New York.
3. BELDNIG, H. M. Acute perforated diverticulitis of the sigmoid colon with generalized peritonitis. *Arch. Surg.*, 74: 511, 1957.
4. BERRY, R. E. L. Acute obstruction of the colon. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1373, 1955.
5. BOUKOUROW, S. et PECHITCHER, R. Les perforations des cancers du colon et du rectum. *Mem. Acad. Chir.*, 84: 271, 1958.
6. CRILE, J. (Jr.). Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surg.*, 35: 122, 1954.
7. DEL CAMPO, J. C. Cáncer de colon. Tratamiento. Relato al 7º *Congr. Uruguayo Cir.*, 1960.
8. DEL CAMPO, J. C. Obstrucción en asa cerrada de colon. Táctica operatoria. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 15: 244, 1944.
9. DELGADO, B. La oclusión intestinal en el cáncer de colon. *Consideraciones sobre algunos aspectos del tratamiento quirúrgico*. Beca "Dr. Manuel Albo", 1964. Facultad de Medicina de Montevideo. (Inédita.)
10. DELGADO, B. Cáncer de colon. Análisis de 275 observaciones. *Día Méd. Uruguayo*, 31: 160, 1964.
11. DELGADO, B., ANAVITARTE, E. y VARELA SOTO, R. Perforación rectosigmoidea proximal a un cáncer rectal. Resección primaria de urgencia. A propósito de 2 observaciones. *Rev. Cir. Uruguay*, 36: 182, 1966.
12. DENNIS, C. Treatment of large bowell obstruction. *Surg.*, 15: 713, 1944.
13. DONALDSON, G. A. The management of perforative carcinoma of the colon. *N. England J. M.*, 258: 201, 1958.
14. GERBER, A., THOMPSON, R. J., REISWIG, O. K. and VANNIX, R. S. Experiences with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *Surg. Gynec. Obst.*, 115: 593, 1962.
15. GILBERTSEN, V. A. Results of treatment of bowell cancer. *Ann. Surg.*, 157: 198, 1963.
16. 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.
17. GREGG, R. O. Survey of intestinal obstruction. *Surg.*, 33: 506, 1953.
18. GREGG, R. O. The place of emergency resection in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surg.*, 37: 754, 1955.
19. HUGHES, E. S. R. *Surgery of the colon*. Livingstone Ltd., Edinburgh and London, 1959.
20. LATASTE, J. et ROBIN, B. Traitement des cancers du gros intestin en oclusion. *Presse Med.*, 75: 1725, 1967.
21. LEWIS, M., CAPPS, W. and GAZZANIGA, D. Primary resection of the colon for perforating and obstructing lesions. *Dis. Col. Rect.*, 10: 352, 1967.
22. MADDEN, J. L. Primary resection in the treatment of perforating lesions of the colon. *Ann. Surg.*, 31: 781, 1965.
23. MADDEN, J. L. and TAN, P. Y. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or difusing peritonitis. *Surg. Gynec. Obst.*, 113: 646, 1961.
24. Mc CURE, W. S., IOVINE, V. M. and MILLER, D. Resection and primary anastomosis in diverticulitis of the colon. *Ann. Surg.*, 145: 683, 1957.
25. MICHEL, M. L. and Mc COFFERTY, E. L. Acute obstruction of the colon. *Arch. Surg.*, 57: 774, 1948.
26. MOREAUX, J. et COULOIGNER, J. Les perforations diastasiques du coecum du còlon. *J. Chir.*, 85: 199, 1963.
27. NICKELL, D. F. and DOCKERTY, M. B. Five year survival rate in cases of completely obstructing annular carcinoma of descending colon and sigmoid. Pathologic study. *Surg. Gynec. Obst.*, 87: 519, 1948.
28. ORMAECHEA, C. Consideraciones sobre 74 observaciones de cáncer de colon. 7º *Congr. Uruguayo Cir.*, 2: 218, 1956.
29. PETROV, B. A. Cáncer de colon. *Am. J. Surg.*, 101: 172, 1961.
30. PIQUINELA, J. A. La obstrucción cerrada de colon. Directivas terapéuticas. 1º *Congr. Uruguayo Proct.*, 1: 340, 1963.
31. PIQUINELA, J. A. Obstrucción en asa cerrada de colon. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 18: 398, 1947.
32. PIÑEYRO, J. R. *Hemicolectomía derecha de urgencia por cáncer de colon*. Monografía inédita. Montevideo, 1968.
33. PRADERI, R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 123, 1967.
34. PRADERI, R. Técnica y resultados de la resección primaria del cáncer de colon en agudo. *Cir. Uruguay*, 40: 108, 1970.
35. SAVAGE, P. T. The management of acute intestinal obstruction. A critical review of 179 personal cases. *Brit. J. Surg.*, 47: 643, 1960.
36. SHEPHERD, J. A. *Surgery of the acute abdomen*. Livingstone Ltd., Edinburgh and London, pág. 578, 1960.
37. ULIN, A. W., EHRlich, E. W., SHOEMAKER, W. C. and AZORSKY, J. A study of 227 patients with acute large bowell obstruction due to carcinoma of the colon. *Surg. Gyn. Obst.*, 108: 267, 1959.
38. WANGENSTEN, O. H. *Intestinal obstructions*. Ch. C. Tomas. Springfield, 1955.
39. WAUGH, J. M. and WALT, A. J. An appraisal of one stage anterior resection in diverticulitis of the sigmoid colon. *Surg. Gyn. Obst.*, 104: 690, 1957.
40. WELCH, C. The treatment of combined intestinal obstruction and peritonitis by refunctionalization of the intestine. *Ann. Surg.*, 142: 739, 1955.
41. WELCH, C. Intestinal obstruction. *West. J. Surg.*, 67: 90, 1950. Citado por Gerber (14).
42. WILDER, T. C., DOCKERTY, M. B. and WAUGH, J. M. A clinico pathologic study of obstructing carcinomas of the right portion of the colon. *Surg. Gyn. Obst.*, 113: 353, 1961.