

Técnica y resultados de la resección primaria del cáncer de colon en agudo

Dr. RAUL C. PRADERI *

TECNICA

Ya hemos visto en la comunicación del Dr. Delgado, que la exéresis del colon derecho en oclusión, es actualmente aceptada por casi todos los autores (4, 5, 12, 17, 20).

En ella se procede a practicar una hemicolectomía derecha, igual que cuando se opera en frío.

Al seccionar el íleon, se aspira evacuando el contenido de líquido y gas, pues como es sabido, las oclusiones del ciego o colon derecho, se comportan como obstrucciones de intestino delgado.

Si el tumor está situado en el ascendente o en el ángulo derecho, conviene resecar el colon, sin evacuar su contenido. Como el intestino grueso distal está vacío y el íleon fue aspirado, es fácil restablecer el tránsito.

En cambio, en las obstrucciones de colon izquierdo, la situación cambia, pues casi todo el intestino está distendido y no se puede manipular con comodidad.

Aspiración.

En estos enfermos es preciso decomprimir el colon como primera medida, sobre todo en las oclusiones cerradas. Esto se puede hacer de varias maneras:

1) Puncionando el intestino cerca del tumor, en un lugar comprendido en el área de resección a practicar. Así se extrae el gas y las materias líquidas, situadas por encima del obstáculo.

2) Luego de proteger con compresas el ciego, se realiza una apendicectomía sin

ligadura abriéndolo y aspirando su contenido y el del colon ascendente.

3) Se utiliza para ello un aspirador con camisa fenestrada, que luego se pasa por la válvula ileocecal, vaciando así todo el intestino delgado.

4) Se coloca en el ciego una sonda rectal, cuyo extremo queda en el colon ascendente, o una sonda Pezzer. Se hacen varias jaretas invaginantes y se saca el extremo de la sonda por un Mac Burney, transformando así el orificio en una cecostomía temporaria, que tiene la ventaja de cerrar sola al retirar el tubo (8, 15, 21).

5) Desde luego que todas estas maniobras se deben hacer cuidadosamente, para no contaminar el campo con materias fecales. El momento más peligroso es cuando se retiran los aspiradores. El contenido cólico que no se haya podido aspirar todavía, se desplaza hacia la pieza de resección, que se saca cerrada del vientre.

6) En algunos casos hemos también realizado una enterostomía de aspiración, por dificultad para pasar la válvula. Si es posible la evitamos.

En el cuadro siguiente se ve la conducta seguida en 19 casos de cáncer de colon izquierdo, reseçados en oclusión.

Aspiración

Cabos cólicos (todos los casos)	
Cecostomía	5
Enterostomía	5
Enterostomía + cecostomía	1

Resección.

Consideramos que los dos tiempos fundamentales de la intervención son la exéresis cancerológica del tumor y la derivación del tránsito intestinal de alguna manera: en forma de colostomía o si las condiciones

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Abel Chifflet. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de junio de 1969. Sesión de homenaje al Prof. Abel Chifflet.
* Docente Adscripto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

son muy favorables, restableciendo la continuidad digestiva.

Si el estado general del paciente es muy grave y se opera con anestesia local, no hacemos resección, pero esta situación es excepcional.

Personalmente, en los últimos cinco años, sólo hemos practicado dos colostomías de urgencia. Exceptuando desde luego los cánceres pélvicos inextirpables, en los cuales la única conducta factible es un ano iliaco o transverso.

Para tratar la oclusión y la lesión neoplásica, abordamos directamente el tumor, para poderlo explorar, apreciar su difusión y resecarlo si es necesario, por eso practicamos incisiones amplias, en donde sea necesario. Si el tumor ha infiltrado otras vísceras, preferimos hacer una exéresis amplia, aunque no se restablezca el tránsito después.

En la figura 1 se ilustra la conducta seguida con tres pacientes que operé en estas condiciones.

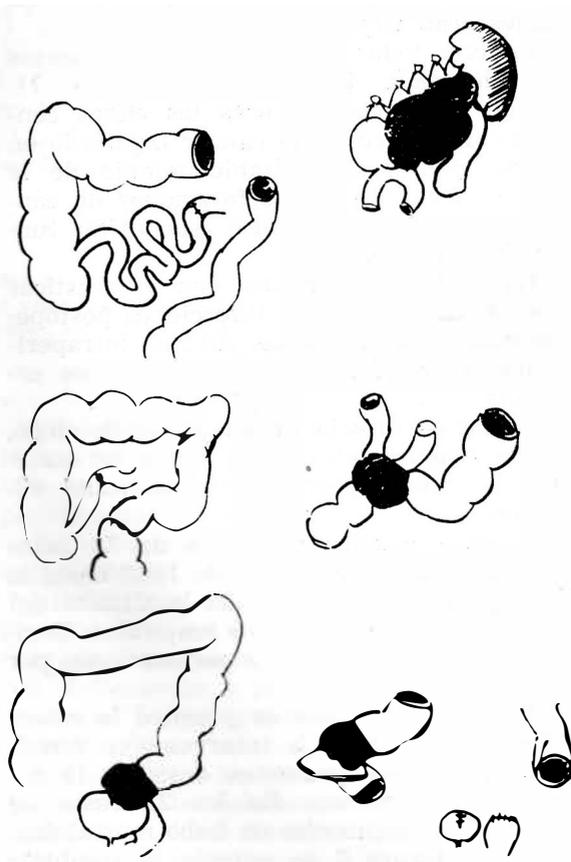


FIG. 1.— Tres casos de resección ensanchada de cáncer izquierdo.

Caso 1.— A. S. G. (Hospital de Clínicas, 207.029), 70 años, sexo masculino. Se operó el 19-8-966, con una oclusión abierta de ángulo esplénico. Tenía un enorme tumor que infiltraba el pedículo esplénico y el intestino delgado. Se hizo como se ve en la figura (arriba), resección en block y abocamiento a la piel de ambos cabos cólicos. Había un gran nódulo neoplásico en el lóbulo izquierdo de hígado y otro pequeño en el lóbulo derecho. Veinticinco días después se reoperó restableciendo el tránsito intestinal. No se hizo metastasectomía porque en el ínterin aparecieron imágenes osteolíticas en el cráneo. Pasó tres meses bien, falleciendo el 13-2-967, cinco meses después del cierre de la colostomía.

Caso 2.— M. C. de F. (Hosp. de Clínicas, 234.464). Paciente de 38 años, gran obesa, multipara, a la cual se le practicó una nefrectomía derecha por pionefrosis litiasica. Quince días después la vemos con una oclusión de delgado. La operamos el 23-2-966, encontrando la lesión señalada en la figura 1 (al medio); un cáncer de sigmoides infiltrando íleon. Se reseca y restablece la continuidad cólica e ileal en el mismo acto quirúrgico. Evoluciona bien, aunque dos meses después (16-4-966), la reintervenimos por un quiste supurado de ovario. Lleva tres años y medio de operada y no tiene recidiva.

Caso 3.— R. C. F. (Hospital de Clínicas, 230.917). Paciente de 63 años, sexo femenino, que ingresa con una oclusión de colon sigmoides. Se opera el 22-11-965; el tumor infiltraba el techo de la vejiga. Se hace la resección del sigmoides, incluyendo la mitad de la vejiga (fig. 1, abajo). Se practicó una operación de Hartmann cerrando el cabo rectal. La vejiga se suturó sobre una sonda Couvelaire. Como tenía una litiasis vesicular y dos pequeñas metástasis hepáticas, se reintervino primero practicando las metastasectomías y una colecistotomía y más tarde, el 16-4-966, restableciendo la continuidad cólica. Desde la última, la enferma vivió confortablemente durante un año. En 1967 aparecieron metástasis asintomáticas. La vimos por última vez en diciembre de 1967 con una carcinomatosis peritoneal.

De estas tres historias, queremos señalar algunos hechos: la aspiración del delgado se hizo en los dos primeros casos fácilmente, pues hubo que resecar parte de este órgano.

En la tercera paciente se practicó una cecostomía sobre tubo, que cerró espontáneamente al retirarlo.

La exéresis cancerológica del tumor primario fue completa en los tres casos, pues los que recidivaron, lo hicieron en otras áreas donde ya había metástasis.

Una de las enfermas curó y los otros dos vivieron confortablemente, sin colostomías, un tiempo apreciable en relación a la gravedad de sus lesiones.

Vemos aquí, que la exéresis primaria del cáncer de colon en oclusión, puede hacerse también como operación paliativa, ofreciendo al paciente una sobrevida mejor.

Restablecimiento del tránsito cólico.

Lo hacemos siempre en las colectomías derechas, pero como veremos más adelante, cerramos el colon sólo en seis casos, sobre un total de veintiún pacientes con neoplasmas de colon izquierdo resecaos de urgencia.

Queremos insistir aquí en la importancia de la *resección primaria, que es el gesto quirúrgico fundamental.*

El restablecimiento de la continuidad en el mismo acto operatorio, lo hacemos sólo en algunos pacientes seleccionados.

Al resecar el tumor en la primera intervención, se requiere sólo otra para restablecer la continuidad digestiva, es decir, que en general, operamos a nuestros pacientes en dos tiempos: resección y colostomía en el primero, y restablecimiento del tránsito en el segundo.

Hay otras maneras de operar las oclusiones de colon izquierdo en dos tiempos. Una de ellas es la vieja técnica de Brooke, que consiste en hacer una colostomía supratumoral y resecarla junto con el tumor en un segundo tiempo.

La otra consiste en practicar una colostomía transversa de urgencia y cerrarla en la reintervención, cuando se reseca el tumor. No utilizamos estos otros procedimientos.

RESULTADOS

La resección de urgencia en los cánceres de colon en oclusión, se practica desde hace tiempo, pero pese a ello, no son abundantes las estadísticas. En muchas no se especifica si se trata de oclusión por cáncer u otras causas, y si las resecciones son derechas o izquierdas.

Citaremos algunas: Lataste y col. (16), se refieren a 25 colectomías de urgencia por oclusión, entre las cuales 20 ideales, con una mortalidad operatoria de 16 %. En 19 casos se trataba de tumores izquierdos.

Petrov (14) practicó 43 colectomías en oclusión por cáncer con una mortalidad operatoria global de 49 %. Este autor no restablecía el tránsito en la intervención inicial. Si se excluye en esta estadística los casos de oclusión y perforación y los de carcinomatosis la mortalidad baja en 28 casos a 14 %.

Lewis (18) cita 13 casos de resección por oclusión y perforación sin mortalidad.

Donovan (5) practicó 20 colectomías derechas, con un 20 % de mortalidad.

Gregg (10), 12 resecciones, 8 por oclusión y 4 por perforación, entre ellas practicó 4 colectomías izquierdas.

Floyd (6) reseco 36 casos con una mortalidad de 17 %.

Gerber (7) reseco 10, entre los cuales había 3 tumores izquierdos, con 20 % de mortalidad.

Herrington (12) reseco 31 con 6 muertes. Smith (22) practicó 9 colectomías izquierdas con 22% de mortalidad.

Thomeret (23) reseco 19 cánceres, restableciendo el tránsito en 11 casos, 8 de los cuales eran izquierdos.

En casi todas las estadísticas se acepta la colectomía ideal derecha (2, 5, 9, 17), siendo como vemos pocas las cifras concretas de resección de cáncer izquierdo en agudo, con o sin restablecimiento de la continuidad. En las perforaciones de cánceres se acepta en general esta última conducta (1, 3, 18).

Herter (14) demostró con estadísticas que la morbilidad por infecciones postoperatorias, es igual en las suturas intraperitoneales practicadas de elección y de urgencia.

En las perforaciones diastásicas de ciego, existe acuerdo entre casi todos los autores (11) en resecar además, el colon derecho.

Nuestra estadística consta de 33 casos resecaos de urgencia, desde 1962 hasta la fecha, por los cirujanos de la Clínica del Prof. Chifflet, en distintos hospitales. Comprende 30 oclusiones y 3 perforaciones por cáncer de colon.

En todos los casos se practicó la resección del tumor en la intervención inicial. Fallecieron dos pacientes después de colectomías derechas. En los 21 casos de colectomías izquierdas no hubo mortalidad.

En la figura 3 se aprecia la conducta seguida en las oclusiones y perforaciones izquierdas.

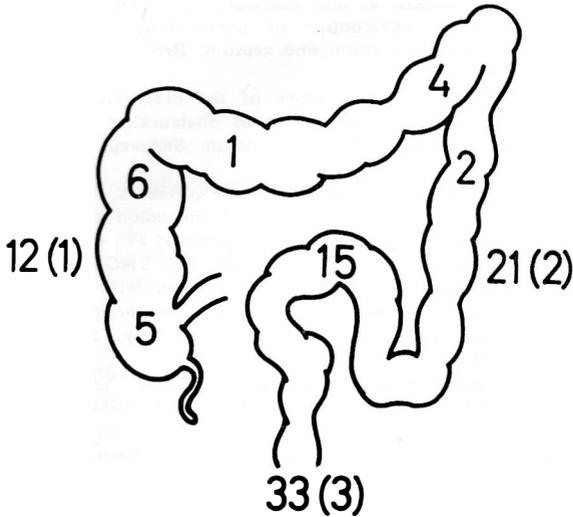


FIG. 2.— Se señala la topografía de los tumores resecados. Las cifras entre paréntesis indican los tumores perforados.

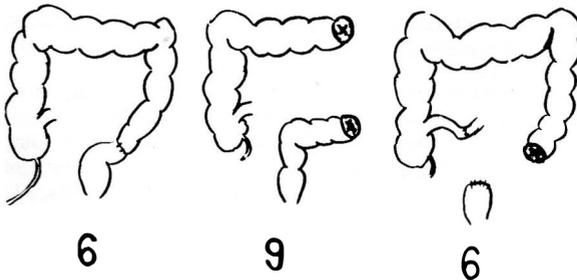


FIG. 3.— Conducta inicial en los cánceres izquierdos. En 6 casos, resección y anastomosis con cecostomía sobre tubo. En 9, resección y abocamiento de los cabos. En 6, operación de Hartmann.

En 6 casos se restableció el tránsito en la misma operación. En 3 de ellos se dejó una cecostomía sobre tubo, que cerró espontáneamente después.

En 9 enfermos se resecó el colon dejando exteriorizados los cabos; 5 de ellos fueron reintervenidos con éxito, restableciendo el tránsito. De los 4 restantes, dos han sido operados hace poco y otros dos no se cerraron, falleciendo a los 6 y 7 meses de la intervención por progresión de metástasis ya existentes.

A 6 pacientes se les cerró el cabo rectal después de la colectomía (operación de Hartmann). Tres de ellos fueron reintervenidos, restableciéndose el tránsito. Uno es muy reciente y otros dos fallecieron, 2 y 8 meses después de la operación.

En el cuadro siguiente se señalan las reintervenciones practicadas en los 33 pacientes. Todas ellas sin mortalidad.

Restablecimiento del tránsito	8
Metastasectomías hepáticas . . .	2
Exploraciones sin cierre	2
Cierre laparotomía dehisciente	1
Colecistectomías	2
Resección quiste ovario supurado	1

De los 33 operados sobreviven 18, 10 después de hemicolectomía derecha y 8 después de resecciones izquierdas.

Fallecieron hasta ahora 15 pacientes: 2 a consecuencias de la operación. Uno por falla de sutura después de hemicolectomía derecha y otro por evisceración y fistula ileal, 50 días después de una resección por perforación de cáncer sigmoideo (3).

Un paciente murió de un accidente vascular en el postoperatorio de una colectomía derecha.

Fallecieron 6 pacientes que tenían metástasis hepáticas (4) o carcinomatosis peritoneal (2), en la primera operación.

Un paciente que habíamos operado 3 años antes de un cáncer de colédoco, practicándole una duodenopancreatectomía cefálica, falleció a los 5 meses de una sigmoidectomía en agudo, por cáncer en oclusión. Este y los otros 6 enfermos murieron por recidiva tumoral.

RESUMEN

Se analiza la técnica utilizada para resecar en agudo los cánceres de colon en oclusión o perforación. Se resume una estadística de 33 casos resecados en agudo (21 izquierdos y 12 derechos) con una mortalidad operatoria total de 6 % y parcial para los cánceres izquierdos de 0 %.

Por ésta y otras razones, se aconseja resecar en agudo los cánceres de colon complicados.

RÉSUMÉ

Analyse de la technique utilisée pour la résection à l'état aigu des cancers du côlon en occlusion ou en perforation. Résumé d'une statistique de 33 cas de ce genre (21 gauches et 12 droits) avec une mortalité opératoire de 6 % au total et de 0 % pour les cancers gauches.

C'est à la suite de ces constatations, auxquelles viennent s'ajouter d'autres considérations, que l'on conseille la résection à l'état aigu des cancers du côlon compliqués.

SUMMARY

An analysis is made of the technique employed in the surgery of acute cases of cancer in the colon with occlusion or perforation. Statistics of 33 cases on which surgery was performed in the acute phase (21 of the left and 12 of the right side) are summarized. Total operatory mortality rate was 6 % with 0 % for left side cancers.

For this and other reasons, it is considered advisable to resect complicated cancers of the colon, in the acute phase.

BIBLIOGRAFIA

1. CROWDER, V. and COHN, I. Perforation in cancer of the colon and rectum. *Dis. Colon & Rectum.*, 10: 415, 1967.
2. DE BAKEY, M. *Year Book of General Surgery*, pag. 551, 1968.
3. DELGADO, B., ANAVITARTE, E. y VARELA SOTO, R. Perforación rectosigmoidea proximal a un cáncer rectal. Resección primaria de urgencia. *Rev. Cir. Urug.*, 36: 182, 1966.
4. DELGADO, B. Fundamentos de la resección primaria del cáncer de colon en agudo. *Cir. Uruguay*, 40: 104, 1970.
5. DONOVAN, A. and BEME, C. Emergency right colectomy. *Am. J. Surg.*, 109, 705, 1965.
6. FLOYD, C. and COHN, I. Obstruction in cancer of the colon. *Ann. Surg.*, 165: 721, 1967.
7. GERBER, A., THOMPSON, R. and REISWIG, O. Experiences with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *S.G.O.*, 115: 593, 1962.
8. GERBER, A. and THOMPSON, R. Use of tube cecostomy to lower the mortality in acute large intestinal obstruction due to carcinoma. *Am. J. of Surgery*, 110: 893, 1965.
9. 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.
10. GREGG, R. The place of the emergency resection in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
11. HERMANN, J., PAINE, J. and STUBBE, N. Acute obstruction with gangrene of the colon secondary to cancer of the sigmoid. *Surgery*, 57: 647, 1965.
12. HERRINGTON, J., LAWLER, M., THOMAS, Th. and GRAVES, H. Colon resection with primary anastomosis performed as an emergency and as a non planned operation. *Ann. Surg.*, 165: 709, 1967.
13. HERRINGTON, L. and GRAVES, H. Emergency and non planned removal of the left colon. *S.G.O.*, 126: 1045, 1968.
14. HERTER, F. and SLANETZ, Ch. Influence of antibiotic preparation of the bowel on complications after colon resection. *Am. J. Surg.*, 113: 165, 1967.
15. KING, R., KAISER, G., LEMPKE, R. and SHUMACKER, H. An evaluation of catheter cecostomy. *S.G.O.*, 123: 779, 1966.
16. LATASTE, J. et ROBIN, B. Traitement des cancers du gros intestin en occlusion. *Presse Med.*, 75: 1725, 1967.
17. LAWLER, M., SADLER, R. and STEPHENSON, S. Emergency right colectomy. *Am. Surgeon*, 33: 696, 1967.
18. LEWIS, M., CAPPS, W. and GAZZANIGA. Primary resection of the colon for perforating and obstructing lesions. *Dis. Col. Rectum*, 10: 353, 1967.
19. PETROV, B. Obstructive resection for ileus of the large intestine caused by tumor. *Surgery*, 61: 694, 1967.
20. PIÑEYRO, J. Hemicolectomía derecha de urgencia por cáncer de colon. *Monograf. Fac. Med. Montevideo*, 1968. (Inédito.)
21. PRADERI, R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 123, 1967.
22. SMITH, G., GOTT, V., CRISP, N. and PERRY, J. Intestinal obstruction due to primary neoplastic strictures of the bowel. *Surgery*, 37: 778, 1955.
23. THOMERET, G., DUBOST, C. et VAILLANT. La colectomie ideale dans les cancers compliqués du colon. *Mem. Acad. Chir.*, 87: 846, 1961.