

Resección en la urgencia de las complicaciones agudas del neoplasma colónico

Dres. BORIS ASINER, VICTORIANO RODRIGUEZ DE VECCHI
y OSCAR BALBOA *

Presentamos nuestra experiencia.

La idea de solucionar en la urgencia la complicación presente y el carcinoma que la motivó, fue iniciada en la tercera década de este siglo, siendo reactualizada por Madden, G. Crile, A. Gerber y col., etc.

Constituye un cambio de frente de la conducta "normativa" en las complicaciones agudas, oclusivas o peritoneales del carcinoma colónico.

Se apoya en los adelantos de la cirugía, anestesia, antibióticos, etc. Estadísticas de cirujanos de experiencia en esta orientación, muestran que la morbimortalidad que resulta de ella es aun menor que por cirugía convencional en "etapas". Lógicamente requiere experiencia quirúrgica. La cirugía en "más de una etapa" —"escalonada"— (con inicial decompresión o desfuncionalización, derivación, colostomía proximal cuando el problema está vinculado al tránsito interferido, colónico, —oclusión—) intenta solucionar sólo la complicación. En otra etapa se efectúa el tratamiento de la lesión causal. Igual estrategia en el tratamiento de la contaminación peritoneal aguda —peritonitis—, siendo posible el drenaje, derivación y drenaje, drenaje y cierre, con tratamiento posterior de la lesión causal, procedimientos relacionados a la gravedad de la situación. Sin embargo, ya hay autores que aceptan que cuando el origen de la complicación es en el colon derecho, la hemicolectomía de ese lado es aconsejable.

Las orientaciones señaladas actualmente son objeto de revisión con enfoque más activo en la conducta. Se sostiene que la

resección primaria de la lesión es necesaria para obtener recuperación, "...que es mandatoria aun en presencia de complicaciones...", que lógicamente se trata de solucionar. Era habitual tratar la complicación y luego, en plazo aceptable, breve, efectuar la exéresis de la lesión del neoplasma, con criterio oncológico. En condiciones supuestas de menor riesgo y menor morbimortalidad. Esta estrategia, dicha de menor riesgo, intentando fraccionar ese riesgo, está sin embargo gravada en la práctica, de acuerdo a datos estadísticos, con cifras de morbimortalidad más altas aun que las de la táctica reseccionista primaria. Son frecuentes problemas colaterales que inciden en los resultados finales y que no son satisfactorios muchas veces. La táctica "primaria" sería pues de resultados finales mejores. La estrategia a cumplir estaría condicionada a razones de valoración vinculadas a: tipo de complicación presente y grado, mal estado general, asociaciones lesionales importantes, senilidad y eventual obesidad.

La existencia de metástasis no sería una contraindicación absoluta. En muchos casos, estas condiciones han persistido en el postoperatorio inicial, aun en el plazo en que se debió resolver la segunda instancia definitiva, y no fue posible en esta etapa, oportunamente, resecar el neoplasma colónico originario de la complicación. Lamentablemente se pierde la oportunidad de detener la evolución, o por lo menos obtener un postoperatorio de mejores perspectivas (lesiones secundarias ya avanzadas en el segundo tiempo). Por otra parte, la morbilidad y complicaciones por la primera intervención "escalonada" (ej. supuración de herida operatoria, etc., complicaciones postoperatorias, etc.) puede interferir con la intervención nueva requerida. Finalmen-

Trabajo del Departamento de Emergencia, Hospital de Clínicas. Director: Prof. Adj. García Fontes y de la Clínica Quirúrgica "F", Servicio del Prof. Héctor Ardao. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 2 de julio de 1969.

* Cirujano Jefe de Sala. Departamento de Emergencia, Hospital de Clínicas. Docente Adscrito de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

te, otras veces es el paciente que no acepta la intervención planeada. Por lo expuesto y respetando las circunstancias supuestamente insalvables antedichas y en una actitud más radical, los partidarios de la resección "primaria" aumentan, como lo muestran frecuentes publicaciones sobre el tema. Fundamentalmente sea por cirugía en "una etapa" o "en más de una", son radicales frente a la lesión neoplásica originaria, resección, aun durante la complicación... "La responsabilidad primordial del cirujano en la emergencia es erradicar la enfermedad causal..." (G. Crile).

Para optar por una u otra táctica, varios son los hechos a considerar:

- tipo de complicación presente, oclusión o peritonitis;
- grado e intensidad de la complicación presente;
- tiempo de evolución;
- condiciones generales y posibilidad de su nivelación, respuesta terapéutica a la "Reanimación" seriadamente controlada;
- resultado de la exploración y condiciones locales —inventario lesional—;
- condiciones del ambiente quirúrgico y experiencia del cirujano;
- asociaciones mórbidas lesionales en otros sectores del organismo (condición cardiovascular, broncopulmonar, urinaria, etc.).

Sin embargo, Madden expresa gráficamente su experiencia, sumada a otros, diciendo: "La sentencia que el paciente está tan enfermo, que sólo puede soportar procedimientos mínimos de urgencia quirúrgica, debe ser sustituida por la de que el paciente está tan enfermo que sólo una resección primaria puede recuperarlo..."

La lesión determinante de la contaminación peritoneal puede ser de topografía:

- colon derecho*: ciego, colon ascendente, transverso derecho;
- colon izquierdo*: transverso izquierdo, colon descendente, sigmoide o sigmoide rectal.

La efracción —perforación— necrosis isquémica y permeación, puede estar ubicada en:

- zona *yuxtalesional*: 50 % estadísticamente, por perforación de la lesión o porque la perforación está cercana a la lesión;
- zona *alejada*, lejos de la lesión (por ej. cuando está en el ciego en oclusión intestinal bipolar, evolucionada por lesión sigmoidea y perforación diastásica).

Veamos sucintamente los casos de nuestra serie:

1) Paciente de 62 años. Cuadro de oclusión intestinal que culmina episodio de oclusión intermitente. Oclusión de colon. No participación peritoneal de F.I.D. El estudio radiológico simple de abdomen es confirmatorio (fig. 1). Reanimación controlada. La intervención confirma la existencia de lesión neoplásica en sigmoides. Distensión de ciego, colon ascendente y transverso, con asas delgadas no muy distendidas. Descompresión y vaciamiento intestinal desde zona a reseca (aspirativa, cuidadosa, previo bloqueo de la zona con compresas). Compresas calientes sobre el marco colónico. Resección con margen de unos 10 cm. a partir del borde macroscópico de la lesión, proximal y distal, incluyendo el sector de meso correspondiente. Ligadura pedicular de la mesentérica inferior y bloqueo intestinal previos. Buenos latidos paracólicos. La aspiración en el sector remanente, logra adecuado diámetro intestinal para anastomosis terminoterminal. Evolución inmediata postoperatoria, buena. Trombosis venosa de M.I.I. poco extensa, que mejora con medidas conservadoras. Actualmente (3 años después) en bue-



FIG. 1.



FIG. 2.

nas condiciones, leve edema maleolar. Control radiológico actual (fig. 2).

2) Paciente de 79 años con cuadro oclusivo claro. Distensión abdominal predominando en hemiventre derecho. Tumoración palpable, sensible, paraumbilical derecha. Movilizable sobre todo en sentido longitudinal. El estudio radiológico (figs. 3 y 4), confirma oclusión de posible topografía colónica (ascendente, ángulo o transverso derecho), con esfínter ileocecal incontinente (oclusión coloileal). Previa Reanimación, es operada. Neoplasma de colon transverso derecho. Vaciado por aspiración con igual técnica que en el anterior desde el sector a resear. Se realiza co-



FIG. 3.— Radiografía acostada.

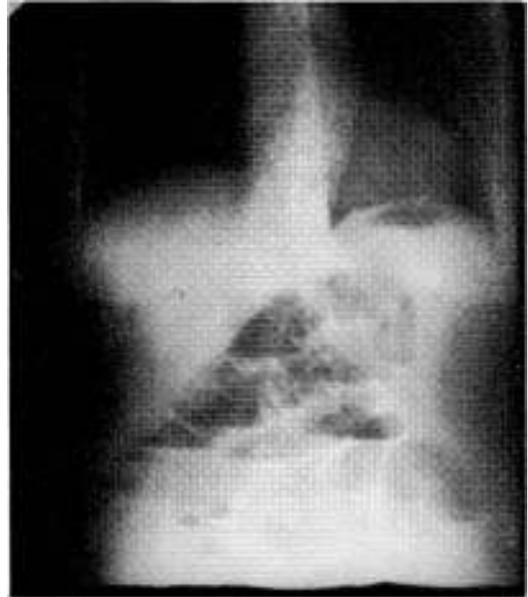


FIG. 4.— Radiografía de pie.

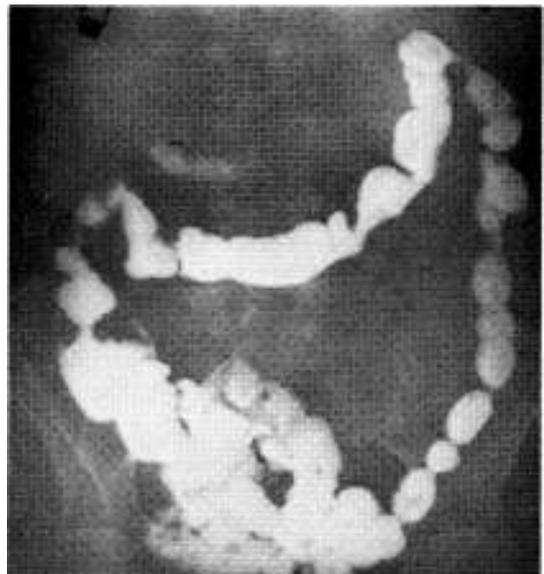


FIG. 5.— Radiografía control.

lectomía segmentaria, resección con margen colónico de unos 8 cm. del meso incluyendo epipión. Ligadura de cólica media en su origen. Anastomosis terminoterminal. No se realizó hemicolectomía en razón de la edad de la paciente. Evolución sin incidentes. Control clínico y radiológico s/p., lleva un año y medio de operada (fig. 5).

3) Paciente de 64 años con síndrome peritoneal agudo difuso. Contractura generalizada,



FIG. 6.

y neumoperitoneo. Diagnóstico, al ingreso a Servicio de Emergencia, posible úlcera gastroduodenal perforada. Examinado por nosotros comprobamos: antecedentes de trastornos intestinales, por lo cual hace 48 horas se le realizó colon por enema (fig. 7). No sabe su resultado. El máximo de la signología está en hemivientre derecho. Grave estado de shock. Planteamos que la peritonitis puede estar vinculada a perforación colónica, de cecocolon en paciente con lesión estenosante, a la que se agregó la obturación por barita. Úlcera estercoral. Mientras se inicia intensa reanimación (suero, plasma, sangre, por cateterismo venoso, intubación nasogástrica y succión, contralor hemodinámico y de diuresis horaria, etc.), se agregan antibióticos a dosis altas. El estudio ra-



FIG. 7.

diológico simple de abdomen muestra neumoperitoneo y aerocolia (fig. 6). La laparotomía comprueba que hay materias fecales en la F.I.D., y ocupando un sector de la logia mesenterocólica derecha, e insinuándose hacia la pelvis. Efracción colónica cercana a una lesión en colon ascendente de aspecto neoplásico. Limpieza cuidadosa, aspiración y bloqueo con compresas. No se hace lavado. Se realiza hemicolectomía derecha con ileotransversostomía terminoterminal. Avenamiento del Douglas y de la zona donde estaba ubicado el sector visceral colónico resecaado, gotera lumbar directa al flanco. Evolución postoperatoria sin incidencias. Lleva casi 2 años de operada. Control radiológico (fig. 8).

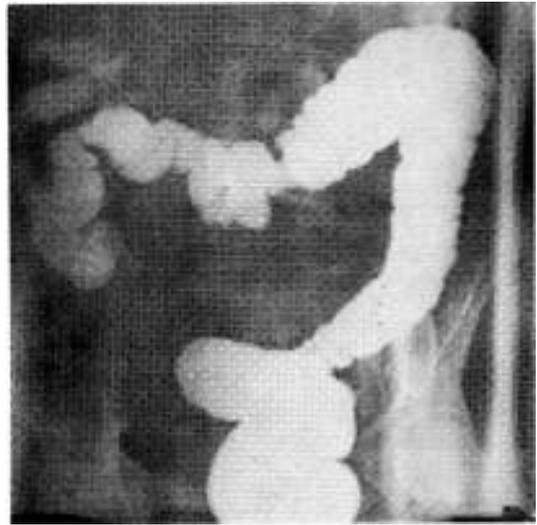


FIG. 8.

Analizaremos los aspectos:

A) *De diagnóstico.* La clínica, anamnesis y el examen pueden ubicar el origen de la posible complicación presente —oclusión intestinal o peritonitis—, y su origen colónico por lesión neoplásica posible. El estudio radiológico simple de abdomen de pie y acostado, permite reconocerlas y aun plantear el eventual factor causal inicial —carcinoma colónico— que las determinó. Cuando se trata de un cuadro oclusivo, el estudio contrastado de colon por enema puede ser necesario; adicional. Sabido es que el colon por enema posibilita reconocer la lesión, su topografía y posible extensión, pero también se debe saber, que si no se toman las medidas para la eliminación baritada in-

testinal, él puede resultar factor causal, determinante de complicación. Impactación baritada que puede desarrollar una oclusión bipolar y a su vez evolucionar a la perforación (caso de la paciente 3).

En lo referente al estudio radiológico simple, digamos que cuando se comprueba neumoperitoneo e importante aerocolia y sobre todo niveles de topografía colónica, se debe plantear que la complicación—consecuencia de la oclusión bipolar evolucionada— esté vinculada a perforación colónica. Que la salida del gas al peritoneo tenga ese origen.

Sabido es que el hallazgo clínico y radiológico de un neumoperitoneo puede ser debido a:

- Perforación gastroduodenal (úlcera gastroduodenal, ansa anastomótica yeyunal).
- Lesión de intestino delgado, traumatismo cerrado, infección (ej. tifoidea), neoplasma de intestino delgado perforado, en general tardío.
- Perforación colónica —por lesión necrótica— oclusión bipolar “evolucionada”, cerrada (esfínter ileocecal continente) —por vólvulo y necrosis— por perforación colónica en enfermedad diverticular colónica (diverticulitis) —por úlcera simple de colon—.
- Causas supuestamente critogenéticas (discutible).

Resulta fundamental la correlación clínicoradiológica. Estos pacientes tienen los signos clínicos vinculados a la lesión causal, tanto en sus antecedentes como en el examen, y deben ser investigados siempre.

En la *peritonitis*, dolor a la compresión y decompresión, con máximo en zona lesional de contaminación. Tacto rectal, dolor, y a veces ocupación del Douglas. Repercusión general en acuerdo al grado, desarrollo y tiempo de evolución del síndrome peritoneal.

B) *De la táctica. Para los neoplasmas de colon derecho:* La resección primaria en la urgencia, hemicolectomía derecha con anastomosis terminoterminal o variante terminolátero-lateroterminal. Ileotransversostomía es la más aceptada (la que preferimos). No tiene más riesgos que la

anastomosis realizada en cirugía de elección. Se debe hacer sobre sectores en buenas condiciones, bien irrigados, con criterio y táctica oncológica. La oclusión puede presentarse como lesión obstructiva aguda de colon derecho, con esfínter ileocecal continente, oclusión “bipolar”. Íleon no afectado, habitualmente en esta condición, no distendido (según tiempo de evolución). Será realizada la anastomosis entre él y el colon transversal, que aunque puede estar distendido, sin embargo no resulta mayor inconveniente. Tampoco de gran riesgo, si se efectúa con precaución de descompresión, vaciamiento. Puede ser realizado desde el sector que se va a resear, colotomía con buen aspirador y el campo cuidadosamente protegido, o aun desde el íleon, incluido luego en la resección. La eventual interferencia vascular parietal por el desarrollo y mantenimiento de la oclusión, tampoco resulta de significación, sobre todo por el uso adicional de compresas calientes y la adjudicación de minutos de espera, mientras se prosigue la disección. Cuando por el examen se observa el cese de la distensión, y buenas condiciones de irrigación en los cabos a anastomosar, *que sangran bien*, se realiza la anastomosis. Se evitará tensión en la línea de sutura y estenosis. Resulta pues posible, con la estrategia señalada, efectuar la hemicolectomía derecha, superando obstáculos.

Las *contraindicaciones posibles, pero no definitivas*, para esta táctica, son:

- experiencia limitada de cirujano y/o ambiente quirúrgico insuficiente;
- mala condición del paciente;
- lesión muy extensa, existencia de metástasis (no es contraindicación absoluta; la aislada puede ser reseada...);
- considerable distensión colónica que sea controlable...;
- peritonitis muy evolucionada;
- eventual obesidad... disección laboriosa.

Por otra parte, aun con esfínter ileocecal incompetente y distensión del íleon—no muy extensa—, es preferible la hemicolectomía derecha, creando buenas condiciones para la anastomosis, vaciado y aspiración por colon o por el íleo que se va a resear, etc.

Si las condiciones son muy deficitarias y persisten contraindicaciones, se realizará la simple decompresión —derivación—.

Para los neoplasmas de colon transversal obstruido, ángulo esplénico o colon descendente proximal: Hay autores que hacen la hemicolectomía derecha, extendida. Cuando es posible realizarla, tienen la ventaja de reseca la lesión y el colon distendido y efectuar una anastomosis entre el sector colónico remanente y el íleon terminal. Anastomosis entre intestinos no distendidos y el sector sigmoidocolónico. El manejo y la movilización en esta circunstancia es laborioso. Sólo lesiones no muy evolucionadas, y sin grandes adherencias, son pasibles de esta estrategia. Es preferible en estas circunstancias la simple derivación colostómica (Goligher).

Para el neoplasma del descendente bajo o sigmoideorrectal alto: La resección primaria para algunos autores también puede hacerse. Tal como en la cirugía "en una etapa" en cuanto al riesgo. Madden señala que cuando la anastomosis es baja, anastomosis por debajo de la flexión peritoneal, una ostomía coincidente transversal derecha es aconsejable.

CONCLUSIONES

Es posible que el estado general de los pacientes con oclusión intestinal por neoplasma colónico no esté muy afectado, sin anemia ni hipoproteinemia y que la alteración humoral, metabólica, aún no tenga importante significación. Usualmente es tardía, en complicaciones "evolucionadas". Igual, aunque con menos posibilidad, en lo referente a las perforaciones y peritonitis en casos de carcinoma colónico.

La clínica, el estudio de laboratorio y también el radiológico "simple de abdomen", pueden servir para valorar la situación. Por otra parte, es posible, por breve "Reanimación" preoperatoria (transfusiones, sueros, hidratación, etc., succión nasogastrointestinal, antibióticos, etc.), poner en marcha la "nivelación" y disminuir los riesgos operatorios. Por el inventario lesional durante la laparatomía, se resolverá por cirugía "en una etapa" —resección

primaria— con anastomosis o, a veces, cirugía "en más de una etapa", con tratamiento de la complicación, aunque con resección de la lesión como tendencia (operación tipo Hartmann, etc.). Los medios de "Reanimación", mejores anestésicos y los adelantos de la Cirugía, permiten ser más "activo" en la urgencia. Las estadísticas de autores con experiencia analizada, muestran que la morbimortalidad por esta estrategia no sólo no sobrepasa a la de la cirugía en etapas, sino que es menor. Imprescindible resulta tener experiencia para cumplir la cirugía de resección. *Extirpación de la lesión y tratamiento de la complicación presente en el mismo acto quirúrgico.* Fundamental es que la intervención se base sobre diagnóstico de certeza —verificar su topografía y extensión— que orientará a la táctica adecuada. Selectiva para cada caso particular, pero siempre por resección primaria cuando es posible, siendo la anastomosis, efectuada o no en el mismo acto operatorio.

RESUMEN

Se presentan 3 casos de complicaciones agudas de cáncer de colon tratados con "resección primaria" y anastomosis inmediata con buena evolución.

Se analiza este enfoque terapéutico activo señalando sus indicaciones.

RÉSUMÉ

Présentation de trois cas de cancer du côlon avec complications aiguës, traités par une résection primaire. Bonne évolution.

Analyse de cette position thérapeutique active, avec les indications correspondantes.

SUMMARY

The paper presents three cases of acute complications of colonic cancer which were treated by a primary resection and had a good evolution.

This active therapeutical approach and its indications, are analyzed.

BIBLIOGRAFIA

1. CRILE, C. (Jr.). Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122-123, 1954.
2. FERGUSON, L. K., BOLAND, J. and THOMEN, F. J. Anterior segmental resection for carcinoma of the upper rectum, rectosigmoid and sigmoid. *Surgery*, 52: 741, 1962.
3. GERBER, A., THOMPSON, J. R., REISWIG, O. K. and VANNIX, R. S. Experiences with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *S. G. O.*, 115: 593, 1962.
4. GOLIGHER, J. C. and SMIDDY, F. G. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Brit. J. Surg.*, 45: 270-274, 1957.
5. GREGG, R. O. The place of emergency resection in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754-761, 1955.
6. MADDEN, J. and TAN, P. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon with abscess or difusing peritonitis. *S. G. O.*, 113: 646, 1961.
7. RYAN, P. Emergency resection and anastomosis for perforated sigmoid diverticulitis. *Brit. J. Surg.*, 45: 611-616, 1958.
8. SAMES, C. P. Resection of carcinoma of the colon in the presence of obstruction. *Lancet*, 2: 948, 1960.
9. WITOWSKI, L. J., PONTIUS, G. V. and ANDERSON, R. E. Primary hemicolectomy for perforated lesions of the right colon. *Arch. Surg.*, 74: 741, 1957.