

Cirugía colónica en emergencia

Dres. ALBERTO BARQUET y EMIL KAMAID *

CONSIDERACIONES GENERALES

Actualmente la cirugía de colon *en frío* se tiende a hacer en un tiempo con una adecuada preparación previa (régimen, limpieza mecánica, antibióticos, etc.). Pero hay un cierto porcentaje (5 % a 20 %) (14) en que las lesiones colónicas se presentan al cirujano como casos de emergencia o emergencia algo diferida (11, 19, 37), que no permiten incluso hacer un diagnóstico preoperatorio preciso y que plantean la disyuntiva de tener que actuar sobre un colon no preparado (obstrucción, vólvulo, perforación, inflamación aguda, hemorragia, etc.). Hasta hace poco tiempo la tendencia generalizada en estos casos era proceder en varios tiempos con operaciones mínimas y escalonadas.

El análisis de esa conducta demostró que no siempre es lo más adecuado. Así, por ejemplo: el cierre de una perforación siempre es precario y sujeto a la dehiscencia. El drenaje del foco, solo o asociado a una colostomía, no resuelve el problema, pues aquél puede mantener su autonomía lesional, extenderse y diseminarse. La exteriorización demostró ser una mala operación; además, si ella es posible, será factible la resección. Las derivaciones internas cumplen con el tránsito, pero no con el órgano enfermo. Es decir, que estos procedimientos y sus combinaciones son sólo paliativos y no cumplen con el postulado de Crile (6), universalmente aceptado (1, 9, 10, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 25, 26, 28, 29, 35, 37, 38, 40): "Es la enfermedad y no la operación la causa de la muerte y la primera responsabilidad del cirujano es erradicar la enfermedad".

La resección primaria, salvo raras excepciones, es posible en estas operaciones *no planeadas* (14, 15); tema que ya ha sido tratado en el seno de esta Sociedad.

El problema que deseamos comentar es la *conducta a adoptar con los cabos resultantes*, dado que se han aconsejado distintas tácticas condicionadas por la naturaleza de la lesión, su extensión lesional, su topografía a derecha o izquierda, el estado general del paciente, etc., lo que nos obliga a decir que los procedimientos no están todavía codificados. De ahí, la multiplicidad de métodos empleados:

- Resección con abocamiento de los cabos, juntos o alejados.
- Resección con abocamiento del cabo proximal y cierre del distal.
- Resección y anastomosis primaria con colostomía proximal.
- Resección y anastomosis primaria sin ano de seguridad.

Se presentan cinco casos⁷ de cirugía colónica de emergencia con lesiones variadas donde se ha empleado el último procedimiento, que consideramos el máximo ideal cuando es posible llevarlo a cabo. Cada uno de estos casos, por su variabilidad lesional, podría ser objeto de un estudio anatómico y crítico particular.

CASO 1.—Z. P. de F., 57 años. C.A.S.M.U. Reg. 50.683.

29-V-1968. Enviada del Interior por cuadro oclusivo de colon con 4 días de evolución. Antecedentes de cuadros subobstructivos.

Examen. Subfebril. Deshidratada. Algo obesa. Presión arterial, 14 y 8. Abdomen doloroso, uniformemente distendido.

Radiología. Gran distensión gaseosa de colon, preferentemente a derecha. En íleon y yeyuno distal gases y algunos niveles. El colon por enema no franquea el sigmoide, donde se aprecia una imagen estenótica irregular.

30-V-1968. *Hallazgos operatorios* (fig. 1). Peritonitis difusa por perforaciones diastásicas de ciego y ascendente. Neoplasma en virola de sigmoide.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Dr. Oscar Bermúdez y del Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de noviembre de 1969.
* Profesor Adjunto de Cirugía. Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

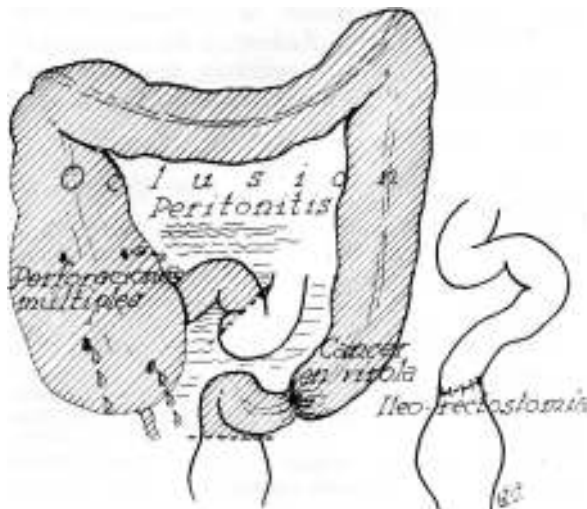


FIG. 1.

Procedimiento. Colectomía total. Ileorrectostomía primaria. Cierre sin derivación ni drenaje.

Anatomía patológica (Dr. Mautone). Adenocarcinoma de sigmoide.

Evolución postoperatoria. Flemón de pared. Diarrea leve en los primeros días.

9-VI-1968. **Control radiológico** (Dr. Capandeguy). Tránsito de delgado normal. Ileon colonizado. Buen pasaje en la unión rectoileal.

Evolución alejada. A los 17 meses en buenas condiciones.

Consideraciones.—Oclusión cerrada de colon por neo en virola sigmoideo, que provocó perforaciones diastásicas de cecoscendente, con peritonitis consecutiva. Radiología mostrando la estenosis sigmoidea y el balón cecal de más de 9 cm. de diámetro, límite superior de seguridad (21, 26).

Diversas conductas pueden ser planeadas en casos similares:

- Tratar la o las perforaciones de cecoscendente y luego cirugía escalonada.
- Cecostomía sobre la perforación en primer tiempo.
- Exteriorización de ciego (21).
- Escisión amplia de los tejidos que rodean la perforación, vaciamiento del contenido cecal y sutura sobre tejidos viables; a izquierda colostomía supra-estriictural (26).
- Plicatura sobre la perforación, reforzada con epiplón y drenaje, más ano transverso (25).

—Hemicolectomía derecha con ileotransversostomía y ano derivativo de transverso a la Mayo (tubo grueso que aboca extremo proximal del transverso a la piel (43).

—Colectomía subtotal y abocamiento de ambos cabos: íleon y sigmoide bajo (18).

—Colectomía subtotal con ileosigmoidostomía e ileostomía de seguridad (13).

Nosotros pudimos realizar la conducta radical máxima, contando para ello con un estado general reanimado en el preoperatorio. No demandó a un tiempo mucho mayor, que compensó con los resultados obtenidos. *No hemos encontrado en la literatura casos tratados como el nuestro.* Baronofsky cita un caso de oclusión cerrada por neo de sigmoide, luego de un enema de bario, realizando colectomía subtotal y anastomosis primaria, aunque no presentaba peritonitis, se tuvo dudas sobre la viabilidad del intestino proximal.

Todos los autores están de acuerdo en cuanto a la gravedad, indicando una mortalidad entre el 70 y 80 % (21, 25, 26), y cuando la peritonitis es difusa, lo consideran fatal (21, 26).

CASO 2.—E. F. de P., 60 años. C.A.S.M.U. Reg. 150.451.

3-IX-1968. Ingresa por oclusión incompleta y tumoración de flanco y F.I. izq. Radiológicamente niveles del delgado.

Antecedentes. Molestias dolorosas abdominales vagas y adelgazamiento marcado desde hace 10 meses. El estudio R.X. de todo el tubo digestivo resultó normal. Anaclorhidria.

Hallazgos operatorios (fig. 2). Invaginación cecocolónica por tumor de fondo cecal. Irreductible. Zonas esfaceladas. Peritonitis.

Procedimiento. Colectomía subtotal con ileosigmoidostomía primaria. Cierre sin derivación ni drenaje.

Anatomía patológica (Dr. Fontán). Adenocarcinoma de ciego.

Evolución. Perfecta. Al año aumentó 17 ½ kilos.

Control radiológico a los 2 ½ meses (Dres. Zubiaurre y Capandeguy). El tránsito de delgado se hace en horarios normales. Imagen de colonización del íleon. Buen relleno del sigmoide proximal con buena concentración y retención.

Consideraciones.—Invaginación secundaria por cáncer de ciego. Cabeza fija y cuello móvil. Segmento entre cabeza y cuello o segmento de invaginación de unos 15 cm.

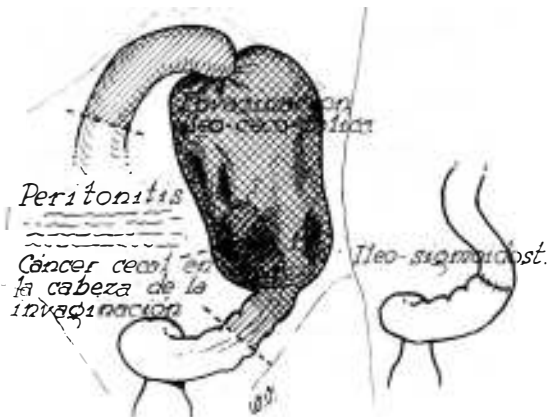


FIG. 2.

Largo trayecto de invaginación por defecto de coalescencia de colon derecho; el ciego móvil o flotante con el tumor invierte sus paredes y sigue tras la cabeza.

Invaginación irreductible, "fijada" por doble proceso: circulatorio e inflamatorio; el boudin o morcilla congestivo, edematoso, esfacelado y perforado, por haberse constituido una verdadera estrangulación, previas adherencias de la vaina al cilindro invaginado.

Los antecedentes de síndromes dolorosos de tipo cólico, esporádicos, deben interpretarse como crisis de inicio de invaginación con desinvaginación espontánea. La última crisis acompañada de alternancia de constipación y diarrea, condujo al cuadro suboclusivo, motivo de consulta.

Síndrome suboclusivo más masa palpable a izquierda más radiología mostrando gases en delgado, pero sin gases en colon; pensar siempre en invaginación (1).

En cuanto a la conducta terapéutica, al existir esfacelo y perforaciones obliga a la resección. Si se hubiera podido reducir la invaginación, la hemicolectomía derecha es lo que habitualmente se realiza (1, 35).

El hecho de ser irreductible nos obligó a la colectomía subtotal. Piensa Gregg (13) que en casos desesperados con gangrenas y perforaciones, más pacientes se han salvado con cirugía agresiva, aun colectomía subtotal, que mínima operación. Agrega que puede ser necesaria una ileostomía de seguridad temporaria.

Resta el problema de la conducta a tomar con los cabos, teniendo en cuenta la presencia de peritonitis con materias feca-

les. Se podría hacer el abocamiento de los dos cabos, tipo Lahey, o la restitución del tránsito con ileostomía de seguridad c sin ella. Esta última posición fue la que adoptamos.

CASO 3.—S. C. de I., 77 años. Hospital de Clínicas. Reg. 254.616.

2-IV-1967. Peritonitis difusa a predominio en hemiventre izquierdo. Operada a las 8 horas del inicio.

Hallazgos operatorios (fig. 3). Derrame peritoneal seropurulento. Diverticulosis colónica a predominio sigmoideo. Divertículo perforado de sigmoide.

Operación. Sigmoidectomía. Sutura primaria terminoterminal. Cierre sin derivación ni drenaje.

Evolución. Inmediata: buena. Alejada: tránsito normal. Aumento franco de peso. Eventración.

Control radiológico (11-VIII-1969). Colon por enema. No se observan secuelas de la sutura.

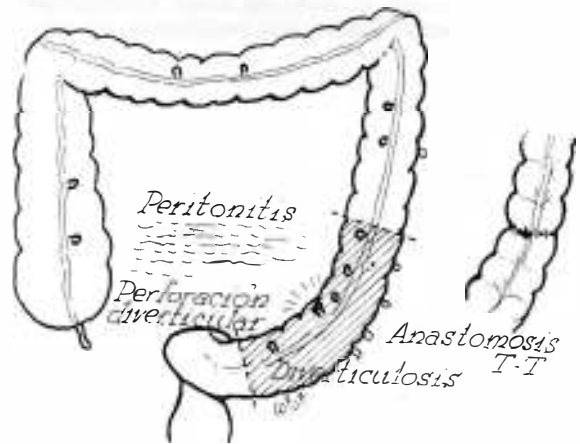


FIG. 3.

Consideraciones.—En la actualidad la cirugía de elección de la diverticulitis, puede efectuarse practicando la resección cólica en un tiempo, aprovechando fase inactiva del proceso inflamatorio, con mortalidad casi nula (24), aunque se citan complicaciones graves si esta resección se lleva a cabo cuando hay inflamación aguda (2).

Dentro de las complicaciones, las perforaciones son habitualmente localizadas. Las peritonitis difusas por perforación de un divertículo en vientre libre, como el caso nuestro, son raras (3). En estas situaciones la conducta aconsejada por la mayoría es colostomía proximal (en gene-

ral transverso) y drenaje a nivel de la zona de perforación (24, 31).

El intento de cerrar la perforación, aun con epiplón, no ofrece ninguna garantía por tratarse de una zona inflamada y rígida.

Colcock (3) aconseja la exteriorización tipo Mikulicz, si la perforación asienta en un segmento exteriorizable y no queda a tensión. De lo contrario, prefiere aplicar el método tipo Hartmann: resección del colon perforado, con abocamiento de cabo proximal y cierre del distal.

Madden (22, 23) es partidario de resección y anastomosis primaria, después de reestudiar las estadísticas de morbimortalidad con operaciones mínimas escalonadas y operación completa. Sólo en determinadas circunstancias agrega ano descompresivo.

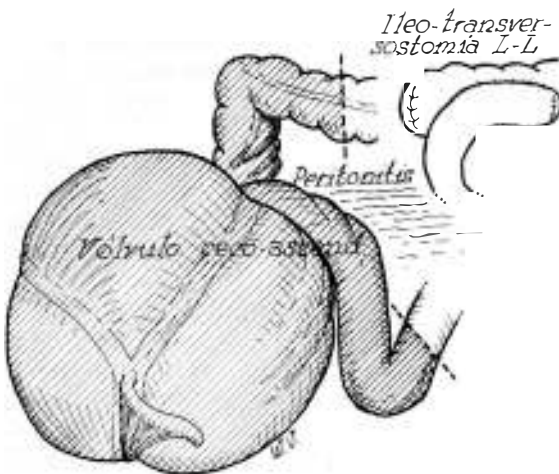


FIG. 4.

CASO 4.—R. V. G., 63 años. Hosp. de Clínicas. Reg. 151.356.

4-XI-1967. Ingres a por cuadro de oclusión intestinal de 48 horas de evolución.

Antecedentes personales. Diabetes severa. Arterítico (amputado de ambos miembros inferiores). Infarto de miocardio.

Estudio radiológico. Imagen de vólvulo ileocecoascendente.

Hallazgos operatorios (fig. 4). Vólvulo ileocecoascendente. Necrosis de zonas volvuladas. Peritonitis serohemorrágica.

Procedimiento. Colectomía derecha en block. Ileo-transversostomía. Cierre sin drenaje.

Anatomía patológica (Dr. J. de los Santos). Pieza de colectomía de color pardo oscuro con grandes áreas de necrosis y hemorragia.

Postoperatorio. Bueno desde el punto de vista quirúrgico. Complicado por cuadros de hipoglucemia.

Evolución alejada. Tránsito normal. Fallece a los 6 ½ meses por acidosis diabética y probable infarto de miocardio.

Consideraciones.—Han sido numerosas en esta Sociedad las contribuciones al tema, en su patología, clínica, radiología y tratamiento (5, 27, 28, 36, 40).

Sólo queremos destacar dos hechos:

1º) La edad avanzada y el estado general no impidieron el plan máximo ideal, que fue bien tolerado a pesar de los cargados antecedentes cardiovasculares y diabéticos. Creemos que el estado crítico del enfermo nos obliga a llevarlo a su estado fisiológico lo antes posible, como lo preconiza Ferguson. 2º) Practicamos la resección en block, sin detorsión, con el fin de prevenir las embolias y la reabsorción de supuestos productos tóxicos contenidos en el asa volvulada.

CASO 5.—F. A. de G., 80 años. Hosp. de Clínicas. Reg. 275.927.

19-VI-1968. Ingres a por oclusión cerrada de colon de 4 días de evolución.

Antecedentes de probable neo genital irradiado hace 1 año.

Hallazgos operatorios (fig. 5). Neoplasma en virola de sigmoide bajo. Nódulos metastásicos en lóbulo izquierdo de hígado.

Operación. Resección segmentaria de sigmoide. Sutura primaria terminoterminal previa decompresión del contenido proximal.

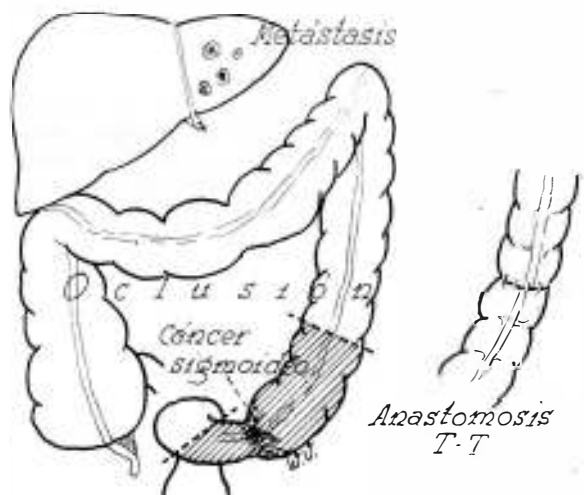


FIG. 5.

Evolución. Favorable, salvo fístula fecal al 7º día que cierra espontáneamente. Alta al mes en buenas condiciones.

Control radiológico. Pequeña fístula en zona de sutura.

Anatomía patológica (Dra. Chiossoni). Carcinoma epidermoide. Se interpreta secundario al neo genital.

Consideraciones.—Se trata de una resección segmentaria y anastomosis primaria de orden paliativo por sus metástasis hepáticas. Ese fue el criterio operatorio. Aunque este caso tiene la particularidad interesante de que el neo sigmoideo es, según la Cátedra de Anatomía Patológica, secundario al neo genital.

De cualquier modo, frente a un neo de sigmoideo obstructor, en una paciente de 80 años, con metástasis hepática, consideramos que la resección del tumor y causa de la obstrucción, con anastomosis primaria, es la operación ideal en este tipo de enfermo. Se obtiene un tránsito normal, el organismo se libera de un tumor con posibilidades de infección, hemorragia. Permite mejor sobrevida, menos penosa, sin los sufrimientos y depresión psíquica del tiempo que demanda las operaciones escalonadas, o peor aún, si termina su existencia con ano colostómico, cosa muy común (10, 11, 13, 22, 29, 34, 37).

Respecto a la resección segmentaria, si bien en rigor no corresponde a una operatoria oncológica, es tendencia de muchos autores.

Por otra parte, las estadísticas muestran que la supervivencia de los pacientes con cáncer obstructor es mucho menor que en pacientes sin obstrucción. Se justifica entonces la resección segmentaria en un paciente con vida limitada.

Respecto a la explicación que se da en el cáncer obstructor, sería la intensa motilidad peristáltica provocada por la obstrucción, incrementando la diseminación a través de los linfáticos (4). Pensamos que sería simplemente por el estado evolutivo mayor que representa tomar toda la circunferencia y llegar a la virola.

EVOLUCION DE LOS CASOS

Buena, salvo fístula fecal en el caso 5, que curó espontáneamente. Evolución alejada: dos evenciones. Mortalidad 0. Edad promedio 67 ½ años.

Respecto a la fístula, las estadísticas dan 11 % en las resecciones de sigmoide en frío (32), siendo más frecuente que en colon transverso y derecho. En nuestro caso no se trata de cabos mal preparados, sino debido a un error de técnica, por haber utilizado material no apropiado al finalizar la sutura.

En suma: tres casos de cáncer. Caso 1: oclusión cerrada y peritonitis. Caso 2: invaginación ileocecolónica y peritonitis. Caso 5: oclusión cerrada de colon. Caso 4: vólvulo ileoceco derecho gangrenado y peritonitis. Caso 3: divertículo sigmoideo perforado y peritonitis. Peritonitis en 4 casos.

TECNICA UTILIZADA

Estado y preparación de los cabos a anastomosar.—Le concedemos fundamental importancia. Luego de la resección entre clamps, sección de los cabos cólicos a distancia de ellos, previa descompresión del contenido intestinal. Elección de la sección en zona de buena vitalidad, sin edema y comprobando un riego sanguíneo adecuado. Le concedemos más valor como sangra al corte que a la topografía vascular por sus variaciones.

Lavado mecánico de los cabos con suero o algún desinfectante suave. Manipulación delicada para mantener los bordes netos, limpios, sanos, no aplastados. Evitamos clamps y pinzas, que producen malaxación de los tejidos comprometiendo la viabilidad. Nos manejamos con tractores y a cielo abierto.

Descompresión y evacuación del contenido intestinal proximal.—El vaciamiento de cabo proximal en el acto operatorio es otro tiempo fundamental para el éxito de la sutura anastomótica.

Varios métodos son propuestos (11, 15, 29, 34, 37).

En colon derecho se cuenta con la sonda Cantor o Levine de efectividad en las colioleales. La aspiración con trocar. Ileostomía o cecostomía.

Raymond Bernard aconseja ileostomía de descarga a la Witzel o mejor cecostomía. Sostiene que prolonga la intervención pocos minutos y no deja secuelas al retirar

el tubo; suprime los gases y líquidos intestinales, permitiendo además enemas a través de la sonda.

Creemos que estos métodos tienen poca acción sobre colon izquierdo. Luego de la resección, en un recipiente de boca angosta, suficiente para introducir el cabo intestinal, despinzamos y practicamos el vaciamiento del contenido intestinal. Tomamos grandes precauciones evitando la contaminación de peritoneo y planos parietales, haciendo cuidadosa protección con compresas.

El vaciamiento, al retirar gases y materias, modifica sustancialmente el cabo a anastomosar. La pared adelgazada e isquémica, se vuelve más gruesa, retoma el calibre y el peristaltismo.

La sección cólica a distancia de la zona despinzada, está habitualmente en las condiciones aptas requeridas para nuestra anastomosis.

Afrontamiento de cabos y sutura.— Realizamos monoplano, a puntos totales separados, aguja atraumática, lino 60, anudados en la luz intestinal.

Utilizamos un método simple para afrontar los bordes y hacer prolija sutura (ver figura 6). Comenzamos en la cara interna, colocando dos tractores a distancia simétrica del borde mesentérico (a y b), la más dificultosa y riesgosa referida a la dehiscencia. Luego se colocan los puntos a corta distancia entre ellos, colocamos nuevos tractores guías c y c', en la mitad de la circunferencia restante, que el ayudante mantiene tenso y evertiendo los bordes hacia la luz, de tal modo que la sutura se sigue haciendo fácilmente sobre los bordes parejos y en la luz intestinal. Se repite la maniobra con nuevos puntos guías en la mitad circunferencial restante. Luego de la sutura en cara posterior, también riesgosa, se finaliza en cara anterior. En los últimos dos o tres puntos de sutura, imposibilitado de hacerlos sobre los bordes evertidos, pasamos los puntos manteniéndolos sin anudar hasta el final. Esta pequeña zona sobre cara anterior, la reforzamos con seroseroso o aplicamos un apéndice epipleico.

Se conocen las ventajas de la sutura monoplano, por las publicaciones en el extranjero (Jourdan, Getzen, Heipetz) y en nuestro medio (Marella y A. del Campo).

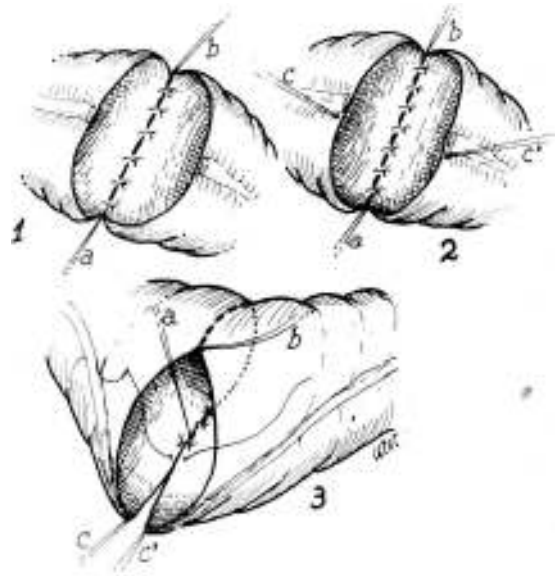


FIG. 6.

no invagina, no estenosa, luz intestinal más amplia, restablece el tránsito más rápidamente, no forma rodetes ni espacios cerrados, no compromete la vascularización.

El procedimiento Jourdan, como se acostumbra a llamarle en Francia y otros países, comprende la seromuscular y submucosa sin incorporar la mucosa. Creemos que los puntos totales son hemostáticos a diferencia del anterior y además la sutura resulta más sólida y hermética.

En cuanto al afrontamiento de ambos cabos, las realizamos sin tensión y circunferencias proporcionadas, condiciones requeridas para el buen éxito. Los métodos para obviar estos inconvenientes, descenso del ángulo esplénico, cortes oblicuos o cola lateral sobre el borde antimesentérico para adaptar la anastomosis terminoterminal, son perfectamente conocidos. No plantean problemas técnicos insolucionables.

Controlamos la anastomosis antes del cierre parietal por la posibilidad de fallas. La presencia de color violáceo que nos indica trofismo o vascularización dudosa. La hermeticidad, comprimiendo y ordeñando para pesquisar un escape que demuestra permeabilidad. Si se presenta alguno de estos defectos, no confiamos en la colostomía descompresora. No previene la falla de sutura (13, 22). Se debe recortar los cabos y rehacer la anastomosis (22, 37).

De lo contrario se debe renunciar a la anastomosis, cosa muy rara según Thomeret.

Lavado profuso de peritoneo.—Hacemos lavado con varios litros de suero fisiológico tibio, renovando hasta que sale limpio. Con ello logramos arrastrar mecánicamente los exudados, sangre, fibrina, materias fecales y por supuesto los gérmenes patógenos. Además la antibioticoterapia ejerce mayor acción y control bacteriano en peritoneo limpio.

No acostumbramos a dejar antibióticos en la cavidad peritoneal.

Progresión de la sonda Cantor a yeyuno.—Siendo excepcional el pasaje de la sonda en casos de oclusión o peritonitis hace años que practicamos la progresión de la sonda en el acto operatorio. Demanda algún tiempo y prolonga la intervención, pero los beneficios aportados son incalculables. En combinación con el anestesista, con maniobras de ordeño se realiza en el mismo acto la aspiración del delgado. Se evita así la enterotomía que presenta riesgos de dehiscencia y asegura además la aspiración en el postoperatorio. Está en condiciones de retomar más pronto el peristaltismo. El cierre de la pared se hace más cómodo y rápido.

Cierre de la pared con puntos de apoyo totales sobre tubo.—Tratándose de enfermos neoplásicos, desnutridos, con íleos peritoneales, etc., adoptamos las máximas garantías para evitar la evisceración.

No hemos dejado drenaje de la cavidad peritoneal.

COMENTARIOS

A partir de la segunda mitad de este siglo, comienza una nueva era en la cirugía colónica de emergencia. Los pobres resultados de la cirugía con operaciones mínimas y escalonadas, justificó que se intentaran nuevos métodos.

De acuerdo a las estadísticas de los últimos años, la morbimortalidad es mayor cuando se emplean operaciones escalonadas que procedimientos máximos. Esto que parece paradójal, es debido seguramente a que se agravia menos el estado general y tolera mejor una sola operación, que la

suma de operaciones, con sus anestias, traumas físicos, stress psíquicos, colostomías, etc., que van mermando la resistencia, multiplicando los riesgos locales y generales.

El mal estado general y edad avanzada no son obstáculos para realizar el plan máximo. Por el contrario, resiste mejor una operación ideal de resección que la suma de operaciones escalonadas. Se ha hecho clásica la frase de Madden: "El paciente está tan mal que no puede soportar otra cosa que una resección primaria".

En los cinco casos relatados la edad avanzada (promedio 67 ½ años) y el mal estado general, no impidió realizar el plan máximo ideal, no solamente la resección, sino la restauración primaria del tránsito, sin ano descompresivo, que fue bien tolerado en todos los casos, incluso en el enfermo con cargados antecedentes cardiovasculares y diabéticos.

Se consideraba prohibitiva la resección anastomosis primaria en presencia de peritonitis. Pero en función de los nuevos medios terapéuticos, los resultados estadísticos no le otorgan esa razón, por lo menos absoluta.

Este procedimiento ideal no es aceptado por la mayoría. Pero las estadísticas muestran que se debe evolucionar y hacer una reevaluación del método en la cirugía colónica de emergencia. Esto no debe extrañar. o es la primera vez que ocurre que la realización de operaciones más radicales produzcan menor tasa de morbilidad y mortalidad que operaciones mínimas. Basta recordar la evolución sufrida con la peritonitis de origen apendicular, donde antiguamente se era cauteloso, tímido; desde hace muchos años a ningún cirujano se le ocurre dejar un apéndice perforado drenando la logia. Y se podrían multiplicar los ejemplos.

Esta cirugía es menos revolucionaria de lo que aparenta ser y no nos debe llamar la atención que la cirugía de colon en agudo en un futuro próximo se realice en condiciones muy similares a la cirugía en frío.

No se pueden sentar principios en cirugía de emergencia y son los hallazgos operatorios y el estado del paciente los que orientan el sentido común del cirujano para la conducta a adoptar. Pero con la evolución de los métodos de anestesia, transfu-

sión, reanimación, antibióticos, sonda aspirativa, equilibrio hidroelectrolítico, etc., podemos habitualmente realizar procedimientos quirúrgicos de avanzada en cirugía colónica. Recordando que la clásica frase "curar a un enfermo en tres operaciones es mejor que matarlo en una", debe ser complementada según cita del Prof. Chifflet, "curar a un enfermo en una operación es mejor que dejarlo morir en tres".

RESUMEN

Se hacen las *consideraciones generales* sobre la conducta terapéutica en la cirugía de colon en los casos de urgencia. El planteo de tácticas variadas según el tipo de lesiones y complicaciones en operaciones no planeadas. La necesidad de reseca colon con el fin de erradicar la enfermedad causal.

Se plantea la conducta inmediata con los cabos resultantes, en colon cuyo contenido no ha sido preparado como operación de elección. Se citan los distintos procedimientos según las distintas escuelas.

Se presentan a continuación *cinco casos de lesiones variadas de colon*, donde se practicó resección y anastomosis primaria sin año de seguridad, con buena evolución.

Se detalla la *técnica utilizada*: elección y preparación de los cabos, previa descompresión y evacuación del contenido. Afrontamiento y sutura de los cabos en monoplano con puntos totales, indicando las ventajas que consideramos posee sobre el mismo procedimiento cuando no se incorpora la mucosa. Control de la anastomosis. Lavado profuso del peritoneo. Progresión de la sonda Cantor a yeyuno. Cierre de la pared con puntos totales.

Se hacen los *comentarios* que justifican los nuevos métodos radicales, que son pasibles de realizar apoyados en el tratamiento médico contemporáneo. Las estadísticas sobre las operaciones escalonadas o practicadas en una sola intervención, obligan a hacer una reevaluación y evolucionar a estos métodos de avanzada, que son menos revolucionarios de lo que aparentan ser. Se enfatiza en que no se pueden sentar principios de cirugía colónica en emergencia y son los hallazgos operatorios y el estado del paciente los que orientan el sentido común del cirujano para la conducta a adoptar.

RÉSUMÉ

Considérations générales sur la thérapeutique dans les cas de chirurgie d'urgence du côlon. Description des diverses techniques suivant les lésions et leurs complications dans les opérations improvisées. Nécessité de réséquer le côlon afin d'éliminer la cause pathologique.

Description de l'intervention immédiate, en ce qui concerne les extrémités qui en résultent, dans les côlons dont le contenu n'a pas été préparé comme dans les interventions préétudiées. Énumération des différents processus suivant diverses écoles.

Présentation, à la suite, de *cinq cas de lésions diverses du côlon*, où sont pratiqués la résection et l'anastomose primaire sans anus de sécurité, et qui tous ont eu des suites favorables.

Description de la *technique utilisée*: choix et préparation des extrémités après décompression et évacuation du contenu. Resserrement et suture des extrémités en monoplan avec points totaux. Avantages, à notre avis, de cette méthode sur celle où la muqueuse n'est pas incorporée. Contrôle de l'anastomose. Lavage abondant du péritoine. Progression de la sonde de Cantor pour le jéjunum. Fermeture de la paroi par points totaux.

Commentaires justifiant les nouvelles méthodes radicales appuyées sur le traitement médical actuel. La comparaison entre les opérations par étapes et celles pratiquées en une seule fois, amène à reconsidérer et à faire évoluer ces méthodes de pointe qui sont moins révolutionnaires qu'elles ne paraissent. On met l'accent sur l'impossibilité d'établir des normes en matière de chirurgie d'urgence du côlon. Ce sont les inspirations opératoires du moment et l'état du patient qui peuvent orienter le bon sens du chirurgien quant à la conduite à suivre.

SUMMARY

The paper contains *general considerations* on the therapeutical conduct to be followed in emergency colon surgery: on the use, in unplanned surgery, of different techniques according to the type of lesion and its complications; and on the need of colonic resection in order to eradicate the disease.

Other points refer to the immediate procedure employed on the resulting tips in a colon the contents whereof have not been prepared as in elective operations and to the different procedures employed according to the different schools.

Then the paper presents *five cases of different lesions of the colon* where resection and primary anastomosis without a safety a us was performed and which had a good evolution in all cases.

A detailed account of the *technique employed* is given: selection and preparation of the tips, after decompression and evacuation of the contents and terminal and monoplane anastomosis we believe this method is better because the mucose is not incorporated; control of anastomosis; through washing of the peritoneum; progression of Cantor's probe to the jejunum; closing of the wall with retention suture.

This is followed by *comments* supporting new radical methods, which contemporary medicine has made possible. Comparison of statistics on staged and singlestage operations indicate that a reevaluation of these advanced methods-which are less revolutionary than they appear to be becomes necessary. Stress is laid on the fact that it is not possible to establish the basis of emergency colonic surgery and that in selecting the procedure to be followed the surgeon should be guided by operatory findings and the state of the patient.

BIBLIOGRAFIA

- BARONOFSKY, I. Primary resection and aseptic end to end anastomosis for acute or subacute large bowel obstruction. *Surgery*, 27: 664, 1950.
- COLCOCK, B. Tratamiento quirúrgico de las diverticulitis. *Cl. Q. N. Am.*, 667, 1965.
- COLCOCK, B. Tratamiento quirúrgico de las diverticulitis complicadas. *Cl. Q. N. Am.*, 543, 1968.
- COLE, W. H. Carcinoma de colon. *Cl. Q. N. Am.*, 519, 1962.
- COSCO, H. Vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 25: 7, 1954.
- CRILE, G. (Jr.). Dangers of conservative surgery in abdominal emergencies. *Surgery*, 35: 122, 1954.
- CROWDER, V. and COHN, E. Perforation in cancer of colon and rectum. *Dis. of colon and rectum*, 10: 415, 1967.
- CHIFFLET, A. Indicaciones de la colostomía. Editorial. *Rev. Cir. Uruguay*, 36: 1, 1966.
- DELGADO, B., ANAVITARTE, E. y VARELA SOTO, R. Perforación rectosigmoides proximal a cáncer rectal. Resección primaria de urgencia. *Rev. Cir. Uruguay*, 36: 182, 1966.
- DONALDSON, G. A. The management of perforative carcinom of the colon. *N. England J. M.*, 158: 201, 1958.
- GERBER, A., THOMPSON, R. and REISWIG, O. Experience with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *S.G.O.*, 115: 593, 1962.
- GREENLEE, H. Técnica de hemicolectomía izquierda para carcinoma de colon descendente, sigmoide y rectosigmoide. *Cl. Q. N. Am.*, 105, 1961.
- GREGG, R. The place of the emergency resection in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
- HERRINGTON, J. L. and GRAVES, H. Emergency and non planned removal of the colon. *S.G.O.*, 126: 1045, 1968.
- HERRINGTON, J. L., LAWLWE, M., THOMAS, T. V. and GRAVES, H. A. Colon resection with primary anastomosis performed as a non planed operation. *Ann. Surg.*, 165: 709, 1967.
- HERRMANN, J., PAINE, J. and STUBBE. Acute obstruction with gangrene of the colon secondary to carcinoma of sigmoid. *Surgery*, 57: 647, 1965.
- HICKEY, R. y HYDE, H. Obstrucción neoplásica del intestino grueso. *Cl. Q. N. Am.*, 1157, 1965.
- KREMEN, J. Acute colonic obstruction secondary to carcinoma of sigmoid colon. *Surgery*, 18: 335, 1945.
- LATASTE, J. et ROBIN, B. Traitement des cancers du gros intestin en occlusion. *La Presse Medical*, 75: 1725, 1967.
- LEWIS, M. I., CAPPS, W. F. and GAZZANIGA, D. A. Primary resection of the colon for perforating and obstructing lesions. *Dis. Col. Rectum*, 10: 352, 1967.
- LICHTENSTEIN, M. E. and MYERS, W. H. Perforation of the cecum from obstructing carcinoma of the distal colon. *Am. J. of Surg.*, 101: 26, 1961.
- MADDEN, J. and TAN, P. Primary resection and anstomosis in the teatment of perforated lesions of the colon with abcess or diffusing peritonitis. *S.G.O.*, 113: 646, 1961.
- MADDEN, J. Treatment of perforated lesions of the colon by primary resection and anastomosis. *Dis. Col. Rectum*, 9: 413, 1966.
- MARSHALL, S. y YOUNG, W. Cirugía de urgencia en diverticulitis de colon. *Cl. Q. N. Am.*, 653, 1966.
- MERSHEIMER, W. L. and MILLER, E. M. Diffuse peritonitis secondary to intestinal perforation complicating malignant lesions of the colon. *S.G.O.*, 99: 436, 1954.
- MOREAUX, J. et COULOIGNER, J. Les perforations diastasiques du cecum. *J. Chir.*, 85: 199, 1963.
- PIQUINELA, J. A. Vólvulo de colon derecho. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 105, 1957.
- PRIARIO, J. C. y BONAVIVTA, L. Vólvulo de colon derecho. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 105, 1957.
- PRADERI, R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 123, 1967.
- QUENU, J. Occlusion intestinal. *Cl. Chir. de l'Hopital Cochín.*, 1952.
- RODKEY, G. y WELCH, G. Diverticulitis del colon: evolución de conceptos y tratamiento. *Cl. Q. N. Am.*, 1231, 1965.
- ROUSSELOT, L. y SPATTERY, J. Complicaciones inmediatas de la cirugía del intestino grueso. *Cl. Q. N. Am.*, 397, 1964.

33. ROUX, M. et CARCASSONNE, F. *Les cancers du colon*. Masson, Paris, 1955.
34. SAVAGE, P. The management of acute intestinal obstruction. *Brith. J. Surg.*, 47: 643, 1960.
35. SIERRA, J. A. Invaginación colónica en el adulto. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 196, 1967.
36. SUIFFET, W. Vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 25: 147, 1954.
37. THOMERET, G., DUBOST, C. et VAILLANT, J. La colectomie dans les cancers compliqués du colon. *Mem. de l'Académie Chir.*, 87: 846, 1961.
38. TROSTCHANSKY, J. Vólvulo de sigmoide. Conducta quirúrgica. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 191, 1967.
39. TURELL, R. *Enfermedades de ano, colon y recto*. Edit. Beta, Bs. As., 1962.
40. VARELA SOTO, R. y ORMAECHEA, C. La ileocollectomía derecha en el vólvulo de ciego. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 28: 445, 1957.
41. WAGENSTEEN, O. *Oclusión intestinal*. López Echegoyen, Bs. As., 1953.
42. WELTI, H. *Chirurgie du colon*. Masson, Paris, 1960.
43. WITKOSKI, L. J., PONTIUS, G. V. and ANDERSON, R. E. *Arch. of Surg.*, 74: 741, 1957.

DISCUSION

Dr. Suiffet: Vuelve a ser considerado en la Sociedad de Cirugía, a través del trabajo del Dr. Barquet, el tema de las resecciones colónicas en los procesos agudos.

Este problema se puede analizar desde distintos puntos de vista. Se puede comentar los aspectos conceptuales de este problema; se pueden analizar los casos presentados y se pueden estudiar aspectos técnicos mencionados. Son puntos de vista distintos.

En términos generales, hay un aspecto muy importante a precisar desde el comienzo; es necesario distinguir en este problema las resecciones colónicas en los procesos agudos, cuando esta operación se realiza como una operación de necesidad o como una operación de elección.

El Dr. Barquet ha presentado cinco casos. En tres de ellos fue una operación de necesidad, pues no había otra posibilidad. En las observaciones 1, 2 y 4, la conducta seguida fue exigida por el proceso patológico. Si bien son resecciones en etapa aguda, no se inscriben dentro de aquellas situaciones donde puede haber opción a otra táctica quirúrgica. Por tanto, la consideración de una resección en agudo, como una operación de elección, cabe sólo para las observaciones 3 y 5, es decir en aquellos casos en donde pudo haberse utilizado otra conducta frente a la situación. Peritonitis por perforación de sigmoiditis diverticular y de neoplasma, al parecer secundario, de sigmoide. Es en estos casos en los que hay que debatir si es más conveniente este tipo de intervención o las clásicas resecciones, con tiempos escalonados. La elección de una u otra conducta depende de diversos factores, que es necesario analizarlos cuidadosamente antes de tomar la decisión. En lo que respecta a la topografía lesional, es necesario destacar que en lo que respecta a los procesos patológicos del colon

derecho, no puede haber dudas. Es indiscutible que la resección en agudo es lo aconsejable. El problema cambia cuando se traslada la patología al colon izquierdo o a la unión recto-sigmoidea. Es aquí donde es necesario seleccionar cuidadosamente los casos, balanceando muy bien la situación, para no extender excesivamente esta conducta, a aquellos pacientes que pueden ser perjudicados por ella.

Es muy difícil analizar todos los aspectos de este problema. Estamos de acuerdo con la orientación definida en esta comunicación, pero es necesario evitar un exceso en su manejo, que pueda ser perjudicial para los pacientes. Son las situaciones donde un juicio crítico debe utilizarse, para no invalidar una táctica usándola inadecuadamente.

Dr. Perdomo: Quiero felicitar al Dr. Barquet por los resultados que ha obtenido en estos pacientes. Como el Dr. Suiffet, creo que algunos eran casos de necesidad y no había otra cosa para hacer. Hubo en todos buena evolución y ello sirve para felicitar al Dr. Barquet y sobre todo para felicitar a los enfermos. Bien hecha la cirugía y buenos enfermos se le presentaron al cirujano. Creo que si se presentara otra estadística similar el Dr. Barquet tendría otros resultados.

Desde que se ha abierto la discusión en materia de resección y cierre primario, en materia de resear y dejar los cabos exteriorizados y en materia de derivar y dejar por delante una lesión de colon, sobre todo en agudo, me ha parecido que la mejor actitud que había era observar que pasaba con los pacientes tratados de uno u otro modo. Y he podido ver todos los extremos: desde los malos casos con buena evolución —como los que nos trae el Dr. Barquet— hasta los muy buenos pero con mala evolución. Un ejemplo que recordamos: abertura y cierre primario del sigmoide, en frío y con preparación previa adecuada, para extracción de un pólipo, con desarrollo posterior de una peritonitis fecal por falla de sutura.

Otra situación que he observado varias veces es la falla del cierre de las colostomías en enfermos operados en frío y con todas las precauciones del caso. Naturalmente me he preguntado cómo es que estos casos desfavorables no son traídos a la Sociedad de Cirugía. Sería interesante que se trajeran también para evaluar todas las eventualidades de una misma realidad. Pienso que no es posible que en materia de cirugía de las lesiones del colon, quienes son partidarios de actuar mediante el cierre y reintegración primaria y debieran tener —razonablemente— el número mayor de complicaciones por falla de sutura, sean por extraña fortuna quienes no las padecen.

Entiendo que el cierre primario en las resecciones del colon debe ser una técnica reservada a los casos de necesidad y a los casos de elección. Me parece que llenadas esas condiciones uno puede sentirse autorizado para adoptar tal conducta.

Pero no debiera hacerse extensivo el procedimiento a aquellas situaciones en que —como

muy bien ya ha sido señalado aquí— el paciente corre riesgos no compensados por el beneficio que le trae la abreviación de su trance quirúrgico. Es preferible pasar todos los tiempos que la situación implique que jugarse todo a una sola carta. Porque, evidentemente, por más preparado que se esté, por más alertado que se encuentre el cirujano, si la complicación peritoneal se produce es muy posible que el paciente pague con su vida.

Desde luego, el paciente puede morir tanto en una como en tres operaciones, pero es razonable pensar que a igualdad de condiciones el tributo ha de ser mayor entre los cierres primarios, sobre todo en patología aguda del colon, y ello debiera obligarnos a ser cautos y estrictos en su indicación.

Dr. Raúl Praderi: Pese a la hora, me considero obligado a hablar por dos razones. La primera de ellas porque le pedí al Dr. Barquet que trajera estas observaciones. En segundo lugar, porque en la Sesión realizada en homenaje al Prof. Chifflet, fuimos relatores precisamente del tema "Técnica quirúrgica y resultados en las resecciones colónicas de urgencia por cáncer de colon".

En primer lugar, voy a felicitar al Dr. Barquet por el excelente resultado obtenido con sus observaciones, y por el interés de las mismas, sobre todo las dos primeras, que son excepcionales.

Cuando revisamos la bibliografía sobre ese problema, encontramos muy pocos casos de perforaciones diastásicas de ciego en neoplasmas, operadas con sobrevida. La conducta en general ha sido la resección o la derivación cecal, o la resección sigmoidea, pero no encontré ningún caso de resección de urgencia con el excelente resultado obtenido por el Dr. Barquet.

La segunda observación también es muy curiosa, es rara una invaginación tan avanzada de colon, y los resultados obtenidos también son muy buenos.

Nosotros habíamos visto un caso que fue publicado por el Dr. Delgado hace tiempo. Se trataba de una enferma con una invaginación procedente de cáncer de sigmoides. Hemos visto también invaginaciones de colon derecho, pero nunca con esta extensión.

En cuanto al problema conceptual, es muy extenso para tratarlo acá, pero centralizándose en como lo planteó Barquet al referirse a la resección primaria, ilustrando esa conducta con cinco observaciones, debo dar mi opinión.

Estoy de acuerdo también con las palabras del Prof. Suiffet, que ha señalado un hecho muy importante, y es que la conducta es muy distinta cuando se trata situaciones de necesidad, que cuando se trata de las otras situaciones.

Por ejemplo, en la primera y segunda observación, no sólo era de necesidad la resección, sino que era de necesidad la anastomosis, pues no entra a considerarse las otras dos posibilidades: no resecar, o anastomosar y derivar. En el primer caso, que se podía admitir tal vez el drenaje del ciego al exterior y la resección del lado izquierdo, pero prácticamen-

te fue un poco obligada la conducta quirúrgica por la situación anatomopatológica. Y creo que fue la conducta exacta y correcta la que se tomó y los resultados fueron muy buenos.

Chifflet insistía cuando se adoptaban nuevas técnicas, y fue lo que me aconsejó cuando empezamos a usar ciertos procedimientos de cirugía biliar, en establecer exactamente las limitaciones de la indicación. A veces una técnica muy buena se frustra en su indicación y en sus resultados, por aplicarla mal, porque el cirujano que la ideó o que la quiere poner en práctica se la aplica a todos los enfermos. Por eso me parece muy bien lo que ha puntualizado el Prof. Suiffet, y es posible que haya cirujanos que pretendan resecar todos los colones y cerrarlos todos.

Precisamente la cirugía de colon tiene en común con la cirugía biliar, y tiene más en común la cirugía de colon de urgencia con la cirugía biliar de urgencia, el hecho de aplicar exactamente la táctica quirúrgica, y usar el armamentarium técnico exactamente donde debe ser usado, y no hacer cirugía de confección aplicándosele a todos los enfermos los mismos procedimientos. Por eso, es así la serie que presentamos de 33 casos de cáncer de colon. No me voy a extender en el cierre de heridas de colon y en las resecciones de vólvulos que son cosas ya adquiridas.

En las resecciones de urgencia por cáncer de colon hay que adaptar la conducta a la situación. Barquet la adaptó y yo hubiera hecho lo mismo en los dos primeros casos. Pero discrepo en el cuarto caso, en el cual, frente a una perforación de colon en un viejo, en malas condiciones, por neoplasma, practicó una resección primaria, y después el enfermo hizo una fistula, complicación que evolucionó bien, pero que podría haber evolucionado mal.

Creo que en esas condiciones, en ese enfermo, yo personalmente, adoptando los criterios que señalábamos en aquella comunicación, hubiera realizado una resección y posiblemente le hubiera dejado una sonda en el ciego. El problema de la cecostomía o la colostomía transversa, o el drenaje supranastomótico o suprarresección, tiene dos razones de ser. Una, que nosotros hacemos la aspiración del colon para poder manejarlo dentro del vientre, a través del ciego, porque lo que surge inmediatamente cuando se opera un cáncer de colon en oclusión es que el vientre está lleno de asas distendidas con materias fecales y gases, y hay que tratar de que no se perfora, hay que hacerlo manipulable. Se vacía por los cabos de resección, pero no siempre por cabos izquierdos se puede aspirar totalmente.

Pero cuando se va a dejar colon, hay que aspirar lo que se va a dejar, y la manera más cómoda es a través del ciego. Como después de aspirado a través del ciego queda el orificio, lo más práctico es (en vez de cerrarlo) dejar allí una sonda en cecostomía, que sirve a su vez para degravitar gases. Bien lavada esa sonda puede ser muy útil. La cecostomía se cierra sola al sacar el tubo. Ella es útil, práctica, no agrega mortalidad ni morbilidad constituyendo esto la segunda razón para practicarla.

El otro problema es si se anastomosa o se dejan los cabos exteriorizados. Nosotros en

nuestra serie, creo que entre los 33 casos de resecciones primarias de colon en sólo cinco casos hicimos la reconstrucción primaria. Las dos primeras enfermas las presenté antes a esta Sociedad, eran dos mujeres jóvenes en excelentes condiciones, en las que se pudo hacer perfectamente la anastomosis primaria.

Pero en otros casos creemos que a veces es conveniente sacar mejor el tumor. En algún caso nosotros hicimos la resección de colon sigmoide más vejiga, y dejamos los cabos abiertos, agotamos nuestra energía quirúrgica y nuestra anestesia y la resistencia de nuestro enfermo, practicando una resección de colon bien amplia, para sacar el tumor del vientre del enfermo. El otro problema pasó a segundo término y lo resolvimos después haciendo una anastomosis en otra intervención.

Dr. Aguiar: Este tema de las resecciones en agudo por los neoplasmas de colon, se empezó a trabajar en la Clínica del Prof. Chifflet, aproximadamente hará unos cuatro o cinco años, como ya ha sido expuesto en las comunicaciones de los doctores Delgado y Praderi. Incidieron en la orientación de esta conducta muchos factores que creo vale la pena que se comenten. Son el punto de partida de un concepto que puede explicar esta conducta que tiende a ir solucionando un problema importante de la cirugía del colon.

Uno de esos aspectos fue, tal vez el primero, el que surgió de una estadística, que parcialmente mostró el Dr. Delgado, de todo el Hospital de Clínicas, de la evolución de los neoplasmas operados en agudo en oclusión, y a los cuales se les hacía una simple derivación. Aproximadamente el 50 %, cifras redondas, de esos enfermos no podían ser operados por diversos motivos, y de esos 50 % restantes, no llegaban a un 25 % los reseccables.

Creemos que esto es muy importante, y creemos también que es uno de los pilares en que se fundamentan las resecciones en agudo de los neoplasmas de colon. Desde luego que cabe insistir acá que todo lo que sea maniobras de cirugía oncológica con bloqueo venoso o bloqueo linfático, si no se va a hacer una resección de los ganglios segmentarios, primero, antes de desgravitar, se justifica totalmente en base a estos hechos.

La otra pequeña cosa que queremos decir, es la gravedad de estos enfermos. Yo recuerdo que el Prof. Chifflet nos insistía mucho, y era una frase que él atribuía a Madden: "El enfermo estaba tan grave —según Madden— que sólo le pude hacer una resección". Es decir, que lo que aparentemente puede ser de una mayor jerarquía desde el punto de vista de la intervención, es tal vez, en casos de gravedad. (neoplasma de colon en oclusión con enfermos graves), la única salida que se le puede ofrecer con chances a un enfermo. Yo repito esta frase porque nosotros la recordamos, y la recordamos muchas veces frente a un caso en donde compartimos el espíritu del autor al ha-

berla enunciado. Realmente, el hecho de solucionar el problema de la resección de su tumor, significa desde el punto de vista evolutivo un cambio muy grande para estos enfermos en relación a una simple degravitación del colon.

Por último, una pequeña cosa en relación a lo que ha presentado el Dr. Barquet. En lo que nos es personal, nosotros no hacemos anastomosis cuando existe una peritonitis, realmente le tenemos temor. Le tenemos a una sutura de colon en un colon no preparado, habitualmente con diferencia de calibre relativamente importante, con un ambiente infectado que rodea esa sutura. Nosotros no hemos hecho ninguna sutura de este tipo con peritonitis; realmente yo lo felicito porque es un resultado muy bueno, y personalmente repito que le tememos a esa conducta, que no invalida por supuesto, la resección con abocamiento de ambos lados, manteniendo todas las directivas de las resecciones de neoplasma en agudo, tal cual han sido expuestas acá. Muchas gracias.

Dr. Barquet: Agradezco, en primer lugar, la atención prestada a un tema que consideramos de gran importancia y de actualidad, y aunque sea brevemente, quisiera contestar a los distinguidos consocios que intervinieron en su discusión.

El Dr. Suiffet, en su planteamiento conceptual está de acuerdo con nosotros, en cuanto que es el sano juicio del cirujano experimentado, al balancear todos los factores en juego, el que va a determinar en definitiva, en cada caso, la conducta a seguir. Estamos de acuerdo con él, como lo expresamos en el trabajo, que cada caso merecería un análisis particular, lo que es obviado por razones de tiempo. En el caso 1 no había duda que la resección se imponía, pero la sutura primaria que realizamos (y lo hicimos así porque la enferma con una buena reanimación estaba con un estado general aceptable) no es la conducta habitual, tanto que en la literatura no hemos podido encontrar casos equiparables solucionados de esta manera. Lo mismo podemos decir del caso 2, donde en general se abocan los cabos para reintervenir en un segundo tiempo. Estamos de acuerdo que en la resección segmentaria de neo de sigmoides, en una paciente de 80 años, la solución fue paliativa; pero como él muy bien sabe, gente de mucha más experiencia que nosotros plantea este tipo de intervención en enfermos que se prevee con sobrepueda limitada. En este caso, en que además existían metástasis hepáticas, consideramos que había que darle la posibilidad de una sobrepueda más decorosa evitando el ano artificial.

Como se refirió a la fístula fecal, quiero aclarar dos cosas y no con fines de justificación: primero, que hubo una falla técnica por tener que emplear material completamente inadecuado al terminar la sutura; y segundo, que si recordamos que aun en cirugía en frío

Colcock da un 11 % de fistulas, no podemos esperar que en este tipo de cirugía en agudo ellas no se produzcan.

Al Dr. Aguiar, quiero aclararle que el caso del divertículo perforado no asentaba como es habitual en una zona de sigmoiditis con perisigmoiditis, lo que hubiera cambiado posiblemente la táctica empleada. Era un divertículo perforado en cavidad peritoneal libre, como si fuera una úlcera perforada, lo que nos permitió realizar la resección y la sutura sin ningún problema.

En cuanto a que no entiende como no le tenemos miedo a realizar una sutura de colon en plena peritonitis y tenemos temor de efectuar una enterotomía de aspiración, creo que incurre en una falacia, ya que se trata de dos problemas completamente distintos. Hemos realizado muchas enterotomías cuando la consideramos indicada y no creemos, como él dice, que sea enteramente anodina, ya que hemos visto fallar algunas con malas consecuencias para el enfermo. Por eso mismo no la prodigamos y cuando podemos enhebrar bien la sonda de Cantor, no la utilizamos. Le admito sí que discrepe con la sutura de colon, porque como ya dijimos es un tema controvertido y no pensamos dictar normas.

Reitero, y con ello quiero contestarle al Dr. Perdomo, que la conducta seguida en estos cinco casos ha surgido de la consideración de distintos trabajos sobre el tema, en especial los de Madden, Herrington, Thomeret, etc., y de la experiencia vivida cuando efectuábamos sistemáticamente operaciones en varios

tiempos. Seguramente todos hemos tenido pacientes en los que al ir a resecar en un segundo tiempo un tumor, nos hemos encontrado que se ha hecho irreseccable o ya presenta una carcinomatosis; o aquellos en los que las "pequeñas operaciones" se nos han complicado con problemas anestésicos, infecciones, etc.

En cuanto al drenaje peritoneal en casos de peritonitis, debemos decirle que no adoptamos una conducta sistemática, pero que en general confiamos más que en el drenaje, en un correcto lavado y secado del peritoneo y en una correcta técnica de anastomosis que, volvemos a insistir, consideramos que es uno de los pilares básicos de este tipo de cirugía.

Al Dr. R. Praderi, con quien hemos hablado largamente sobre el tema y cuya posición sobre el mismo ya conocíamos por haberle escuchado y leído sus trabajos, le agradezco su aliento para que presentáramos esta comunicación.

Para finalizar, quisiera dejar establecidos algunos puntos fundamentales. En primer lugar, que no siempre se puede realizar este tipo de cirugía. Que se debe emplear un muy sano juicio crítico para indicarla y seleccionar los casos, balanceando todos los factores en juego. Que se debe actuar llevando al enfermo en las mejores condiciones generales, usando todos los procedimientos de reanimación con que actualmente contamos. Que si bien no se debe tener el temor ancestral de realizarla, no debemos actuar con temeridad y sí sabiendo que estamos haciendo, en cada caso, lo mejor para el enfermo.