

Colectomía clásica

Dr. LORENZO MEROLA *

El propósito de la operación clásica en el neoplasma de colon derecho, es el de reseca el colon ascendente hasta el transverso, incluyendo los últimos centímetros del delgado y parte del mesocolon movilizado por decolamiento.

Concurren varias ideas al establecimiento progresivo de una operación reglada. Preocupa en primer término el tumor, su abordaje y movilización, lo que condiciona la incisión y el decolamiento del meso fijo.

Se discute en segundo término, la resección "en largo" sobre el intestino. Se tiende, en otros sectores, superado el concepto de Lane de las colectomías totales para todo neoplasma, a realizar resecciones segmentarias. Pero en colon derecho se va pronto a la extirpación de todo el hemicolon. Se prefieren las suturas "enterocólicas" (ileocólicas), lo que lleva la sección al delgado y la sutura al transverso, pues se la considera una anastomosis "más funcional", "más fácil y segura".

Pero no todos resecan hasta la vecindad de la anastomosis. Desmarest (19) (1907), en su tesis sobre cáncer de ciego, anastomosa sobre el transverso, pero figura la sección distal en pleno ascendente.

A los autores de principios de siglo no les preocupó desfuncionalizar (destransitar o excluir unilateralmente) sectores aún importantes del colon: era común en esa época, reseca poco y anastomosar el ileon al sigmoides, dejando todo el colon como un divertículo.

Posiblemente la ileotransversostomía terminó por imponerse definitivamente cuando se prefirió, por veinte o treinta años, la operación en dos tiempos. En este terreno hubo una idea y vuelta al punto de partida: los autores de principios de siglo

[Ockinczyc (56) (1907)] propugnaban la operación en un tiempo.

Se aconsejó decolar, como lo enseñó Duval para el sigmoides, pero sólo lo necesario para movilizar el tumor y el colon a reseca. Se olvidó, o no se aplicó, su concepto príncipes: "El tratamiento ideal actual de todo cáncer, es la extirpación total del neoplasma, comprendido el sistema linfático tributario, troncos y ganglios" (1902).

No obstante los trabajos de Jamieson y Dobson (1907-09), citados por Rouvière (70), demoró muchos años la realización de maniobras con finalidad de vaciamiento ganglionar. Se aconsejaba la resección de "un triángulo de meso", sin analizar la disposición arterial ni la topografía de los grupos ganglionares otros que los paracólicos.

Vemos un ejemplo típico de esta manera de actuar en la citada tesis de Desmarest: "... esta resección triangular no será llevada demasiado lejos hacia la línea media, ya que los ganglios mesentéricos no están ordinariamente invadidos".

Y aún en 1956, Charles W. Mayo (42) nos dice: "Al decolar... a veces se observa el uréter, pero generalmente está algo por dentro de la zona de movilización".

Posteriormente la resección fue avanzando, siempre de manera centrípeta, hacia el hilio vasculolinfático del hemicolon derecho. Se tratan los pedículos arteriales selectivamente y se adecúa la resección intestinal a su ligadura, lo que, a su vez, permite reseca grupos ganglionares más centrales.

En la literatura corriente anglosajona, aun la reciente, no se jerarquiza la extirpación del receso derecho de la bolsa epiploica (67) o no se menciona el epiplón al describir la técnica de la colectomía derecha (71).

* Profesor Adjunto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

Un notable aporte a este tema fue la publicación de J. Gosset (30) (1933), el que precisó las maniobras quirúrgicas de manera brillante. Sus descripciones sobre la movilización del colon derecho permanecen en pie. La principal objeción es su poca audacia al mantenerse lejos de los vasos mesentéricos, ya que secciona el meso previamente decolado, verticalmente, a cierta distancia de aquéllos.

Como el autor se pliega a la operación en dos tiempos, se explica en parte su falta de acción quirúrgica hacia arriba y adentro, ya que se halla seguramente trabado por la anastomosis previa.

En nuestro país vimos realizar las colectomías derechas en dos tiempos en la década del cuarenta. Esta táctica, como en otros sectores, se mantuvo unos años más en los casos de oclusión (como se sabe no infrecuente en los neoplasmas del ángulo), pero fue sustituida habitualmente en los años cincuenta por la operación en un tiempo.

Y por fin, en la década que finaliza, otros avances técnicos dan la fisonomía actual a la operación. Ellos serán objeto de la exposición de otro de los ponentes.

La historia de la colectomía que nos ocupa, como la de otros sectores del colon, cursa tres etapas principales. En la primera, la obsesión es el tumor, su abordaje y movilización. En la segunda, la preocupación principal es la sutura. Y por fin se llega a la tercera, con sus técnicas amplias, regladas y definidamente oncológicas.

TECNICA

a) Incisión.

Incindir "sobre el tumor" (Pauchet, Lecéne, M. A. Gosset) cuando éste se palpaba, era la actitud de principios de siglo.

Posteriormente se generalizó una oblicua del flanco, que es inadecuada para la disección del tronco de los vasos y ligadura de las colaterales en su origen. Con el avance del tiempo se prefirieron incisiones más medianas.

Cuando se procedía en dos tiempos, se aconsejaba confeccionar la anastomosis por mediana, y realizar luego secundariamente, la resección por oblicua.

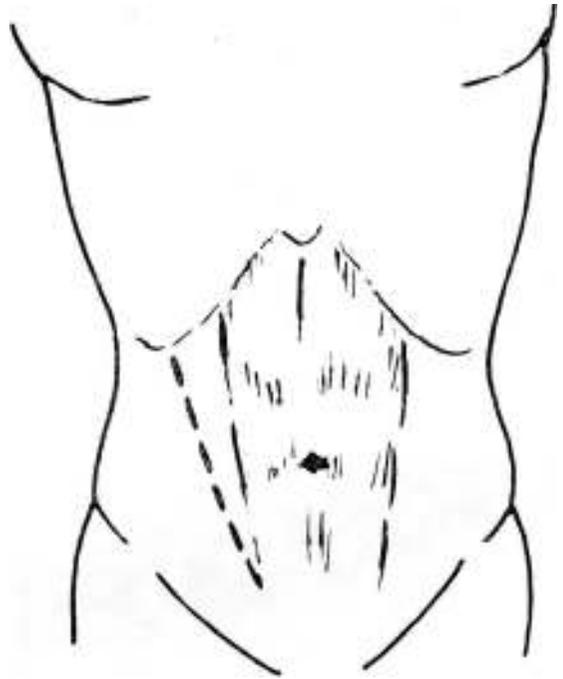


FIG. 1.—Incisión oblicua, condicionada por la topografía del tumor y la preocupación de su movilización. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

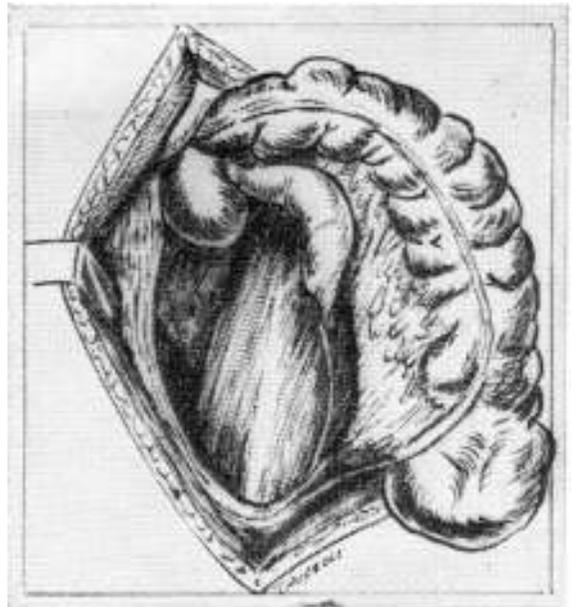


FIG. 2.—El decolamiento de derecha a izquierda levanta insensiblemente el ángulo II-III del duodeno y el uréter. Como se muestra, ambas estructuras deben ser separadas de la cara posterior del meso. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

b) Exploración.

La operación clásica no es propuesta en general como paliativa. Se aconsejaba existir en situaciones en las que hoy se practica, ensanchándola con el fin curativo, o realizándola con sentido paliativo.

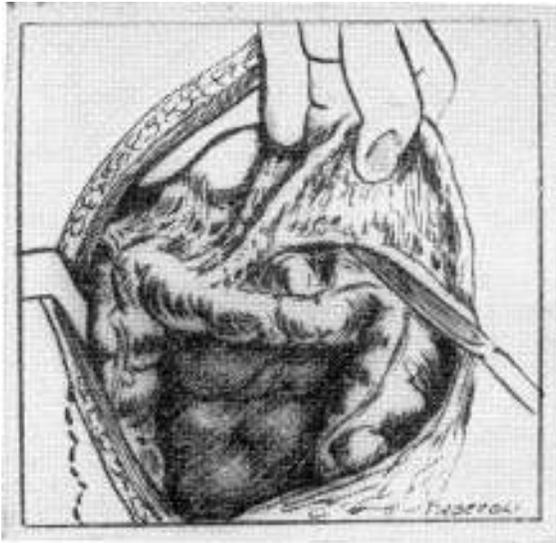


FIG. 3.—Técnica de Gosset. Comienza el decolamiento coloepiploico. Este se limita a la parte más derecha de los restos de la bolsa omental. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

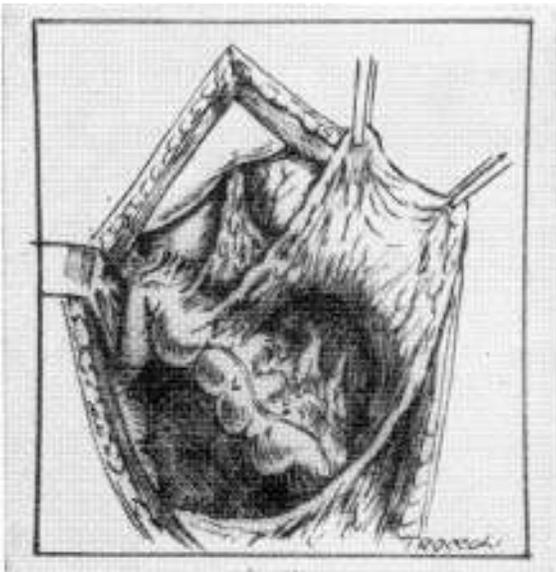


FIG. 4.—Se seccionará el epiplón mayor entre las dos pinzas, reseccándose con la pieza toda su porción derecha. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

Es interesante señalar que Jean Gosset (30) enseña una exploración muy completa de los territorios ganglionares (“por delante del duodeno” y “...los lateroaórticos”). Pero la operación aconsejada no movilizaba estos ganglios.

c) Movilización del colon.

Basándose en las ideas de P. Duval, expuestas para la movilización del colon izquierdo, fue al parecer Scudder (1904) quien realizó maniobra similar a la derecha.

El decolamiento de derecha a izquierda, por sección primera del peritoneo parietal posterior a lo largo de la gotera parietocólica, fue la maniobra generalmente aceptada por todos los autores. Este decolamiento pasa naturalmente por detrás del pedículo espermático o lumboovárico, del uréter y del duodeno II, pasándose insensiblemente de la fascia de Told a la de Treitz.

Si decolamos [Mérola (49)] de izquierda a derecha, desinsertando el mesenterio,

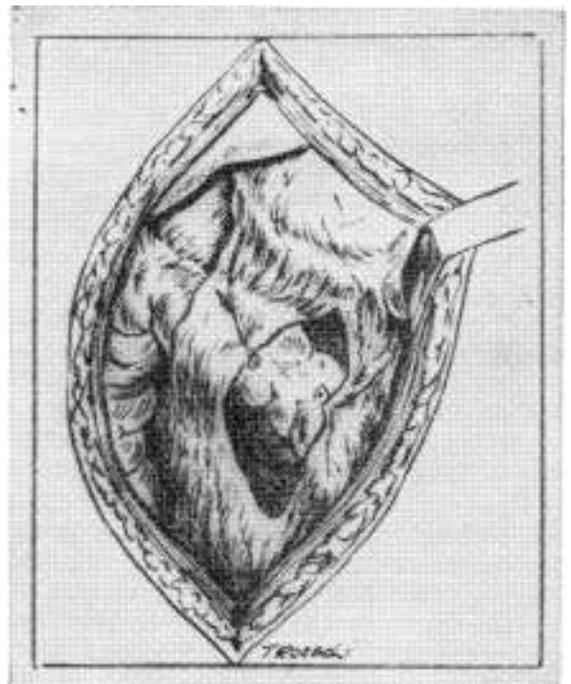


FIG. 5.—Todo está pronto para despojar el borde inferior del antro, reseccando o no la gastroepiploica derecha. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

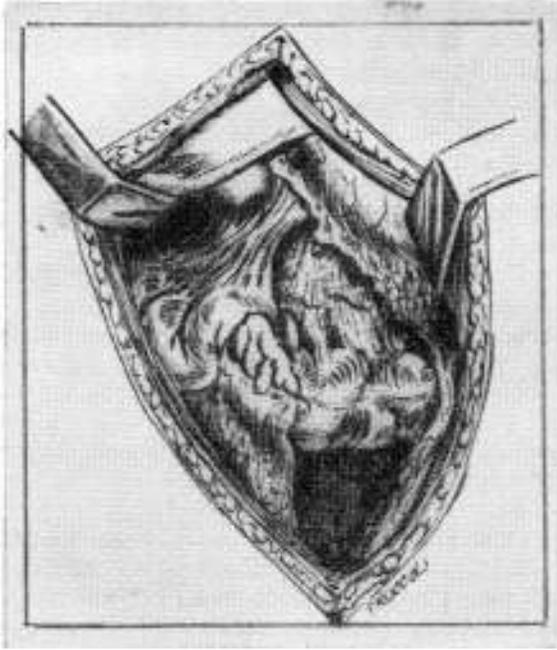


FIG. 6.— Se figuran las conexiones duodenocólicas, las que deberán ser destruidas en este momento. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

avanzamos en un plano más superficial y pasamos por delante de esas estructuras. Nos hemos apoyado para decolar, sobre la cara anterior de duodeno III. Hemos podido así destruir la conexión de la lámina infraduodenal con la cara profunda de la pantalla mesentérica.

La maniobra es poco práctica, o aun inconveniente para movilizar un cáncer del colon derecho, por su avance en un plano muy superficial.

Los elementos deben ser reconocidos e independizados de la cara posterior del mesocolon movilizado: el más frágil, el pedículo vascular de la glándula genital, es el de menor valor funcional. Lo hemos ligado sin inconvenientes, por rotura accidental del mismo.

Conviene recordar que los tres planos, digestivo, genital y urinario, se hallan superpuestos en el orden inverso al que los tres aparatos se sitúan en la pelvis.

La maniobra de “afuera hacia adentro” clásica, fue modificada por Jean Gosset, de quien imitamos algunas de sus ilustraciones. Este autor procede, con lógica, de “arriba hacia abajo”. Si el duodeno es el

peligro, podemos partir de su cara anterior, en supramesocólica. El nos conducirá como un riel, al buen plano. Pero, debemos previamente movilizar y reseca el receso derecho (o sus restos), de la gran bolsa omental. Esta es la idea que conduce a Gosset.

El despojamiento del borde inferior del antro gástrico, y del duodeno móvil, la ligadura de la gastroepiploica derecha y de la vena de Henle en la cara anterior del páncreas cefálico, son gestos previos, o complementarios, a la destrucción del aparato ligamentoso del ángulo hepático. Pero luego, en definitiva, se vuelve a actuar de manera convergente hacia el hilio del colon derecho.

¿Llegaban los clásicos hasta este hilio? Seguramente no, pues hasta llegan a desaconsejar las maniobras pertinentes. Y también seguramente no, pues se prefería operar en dos tiempos, lo que dificulta, o aun hace imposibles las maniobras de aproximación a los vasos mesentéricos preduodenales. No se pretende ensanchar la resección ganglionar, sólo se intenta asegurar la extirpación de los grupos paracólicos.

Con el paso de los años, aun sin llegar a las técnicas más modernas, se accedió



FIG. 7.— El colon sólo se halla retenido por pliegues frenocólicos. Se muestran el duodeno y el uréter por encima del colon movilizado. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

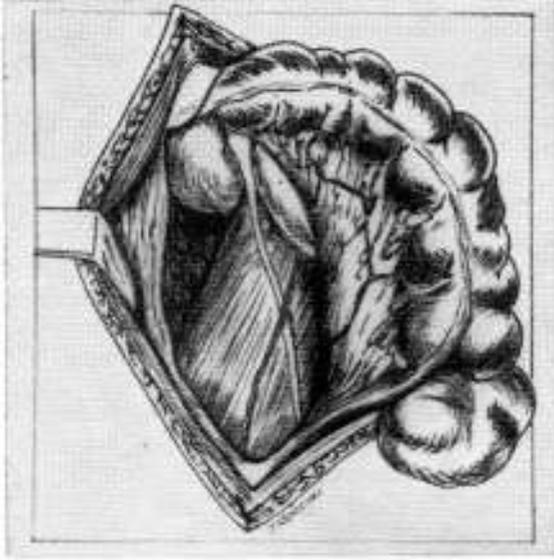


FIG. 8.—Aspecto esquemático del decolamiento clásico de afuera hacia adentro. Se muestran el polo inferior del riñón, el duodeno y el uréter, y vasos genitales reposando sobre el psoas. [Imitado de las ilustraciones de J. Gosset (30).]

bien, aunque siempre actuando de manera centrípeta, a los grupos ganglionares centrales.

Muchos buenos resultados se lograron aun con técnicas defectuosas. La explicación está en que, como ya lo señalan los autores de principios del siglo, no siempre las gruesas adenopatías que acompañan a los neoplasmas del colon muestran secundarismo epitelial.

d) Resección.

Antiguamente se resecaba, en general, poco delgado, sin que se buscara ganar zonas de mejor irrigación intestinal. Luego se trazaba una vertical hacia el transversal (a la derecha de la anastomosis, en las operaciones en dos tiempos) y se hacía en ese lugar la sección del colon.

Para dar una idea de lo económico de la resección, recordemos que se aconsejaba peritonizar uniendo los restos del mesocolon al peritoneo parietal remanente de la gotera parietocólica.

La resección varía con la topografía del tumor: la operación típica se aplica a los cánceres del ciego; para los del ángulo se

aconseja siempre avanzar sobre el transversal, hacia la izquierda, aun debiendo ligarse la cólica media.

Hemos pasado en revista la manera como se fue construyendo, a lo largo del siglo, la técnica de la colectomía derecha.

Desde 1879, en que Kraussold realizó la primera colectomía por cáncer del ciego, la inspiración de Chavennaz mostrando la "personalidad" de este cáncer, separándolo de los del resto del colon y la sentencia de Quenu (1901): "la terapéutica del cáncer de colon gana con ser estudiada por segmentos", mucho se ha progresado.

Pensemos que si en 1884 Billroth obtuvo una cura operatoria, no debe asombrarnos que a casi noventa años del comienzo de esta cirugía las técnicas hayan cambiado, aunque quizá no demasiado sustancialmente.

La preocupación mayor del cirujano se desplazó del tumor y su movilización a la sutura, y de ésta a los linfáticos satélites. Posteriormente se idearon artificios para evitar la difusión operatoria de la lesión, y se realizaron técnicas más radicales. Pero estos aspectos del problema ya escapan de nuestro objetivo.

RESUMEN

El autor analiza los fundamentos históricos de la llamada colectomía derecha, el abordaje del tumor, su movilización y la extensión de la exéresis del intestino.

Señala lo tardíamente que ingresó en la técnica corriente, el concepto de vaciamiento ganglionar.

Se estudian tres aspectos de la técnica quirúrgica: la incisión, la exploración y la movilización del colon derecho. Sobre este último punto, se analizan las dos maneras de decolamiento: de afuera hacia adentro, y a la manera de J. Gosset, de arriba hacia abajo. Se señalan sus ventajas e inconvenientes.

Y por último se señala el error, del punto de vista de la patología, de tratar la pieza a reseccionar de manera centrípeta, del tumor hacia el pedículo del hemicolon, sin bloqueo previo de sus vías de drenaje sanguíneo y linfático.

RÉSUMÉ

L'auteur analyse les fondements historiques de ce qu'il est convenu d'appeler colectomie droite, l'abordage de la tumeur, son déplacement et l'extension de l'exérèse de l'intestin.

Il signale combien la pratique de vider les ganglions a été incorporée tardivement à la technique courante.

Trois aspects de la technique chirurgicale sont étudiés: l'incision, l'exploration et le déplacement du côlon droit. Sur ce dernier point, les deux modes de décollement: de l'extérieur vers l'intérieur et du haut vers le bas à la manière de J. Gosset, sont analysés ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

Enfin l'auteur signale combien il est erroné, du point de vue de la pathologie, de traiter la pièce faisant l'objet de la résection de façon centripète, en allant de la tumeur vers le pédicule de l'hémicôlon sans avoir préalablement bloquée ses voies de drainage sanguin et lymphatique.

SUMMARY

The author analyzes the historical basis for the so-called right colectomy, the approach to the tumor, its mobilization and the extension of intestinal resection.

With special reference to the rather late date in which nodular emptying was incorporated into the usual techniques.

Three aspects of the surgical technique are studied: incision, exploration and mobilization of right colon. With respect to the latter, two ways of performing separation are analyzed: outwards—in J. Gosset's manner—and downwards, and their respective advantages and disadvantages are discussed.

Finally, the error, from the point of view of pathology of treating the part to be resected in a centripetal manner—from the tumor towards the pedicle of the hemi-colon—without previously blocking its blood and lymph drainage paths, is pointed out.