

Colectomías derechas ensanchadas

Dr. LUIS PRADERI *

Los neoplasmas de colon derecho justifican por su biología, crecimiento y extensión en frecuentes situaciones, la ampliación de la exéresis, más allá del intestino y de su meso, constituyendo resecciones ensanchadas.

La cirugía cancerológica del colon ha evolucionado y evoluciona permanentemente; al principio toda la atención se fijó en el tumor, las posibilidades de exéresis y los problemas de la continuidad digestiva.

Más tarde se estudian las vías de diseminación linfática y se suma a las exéresis los vaciamentos alejados de grupos ganglionares. Pero el crecimiento tumoral "in situ" cuando desborda las barreras del órgano, colon en nuestro caso, fue considerado hasta hace unos años como situaciones que justifican solamente las operaciones paliativas tipo drenajes simples o cortocircuitos. Los patólogos no tenían oportunidad de estudiar estas piezas, como señalan Taylor, Dockerty y Dixon (74).

Es con Turner, Babcock, Gilchrist David Colby, Mayo, Dixon, Olson y Brunshwig que se impulsan las resecciones más amplias (74). Actualmente con la experiencia recogida siguiendo este criterio desde hace años, existen estadísticas que avalan los resultados y definen las conductas a adoptar (33).

Creemos que el conocimiento de los procedimientos más agresivos, su táctica y su técnica es un factor decisivo en el logro de los buenos resultados. Es con este propósito que realizamos este trabajo.

Analizaremos:

- 1º) Definición y concepto.
- 2º) Fundamentos.
- 3º) Indicaciones.

- 4º) Bases anatómicas y patológicas.
- 5º) Exploración y diagnóstico intraoperatorio.
- 6º) Conducta terapéutica en particular.
 - A) Vaciamiento linfoganglionar.
 - B) Adherencia a vísceras o estructuras vecinas.

1º) DEFINICION Y CONCEPTO

Se considera hemicolectomía derecha ensanchada cuando la exéresis incluye:

- a) Linfadenectomía de territorios más allá de los correspondientes a los grupos epi, paracólicos y centrales de la mesentérica superior.
- b) Ablación parcial o total de vísceras vecinas invadidas o adheridas al proceso tumoral.
- c) Resección parcial o total de estructuras anatómicas como láminas conjuntivas, aponeurosis, músculos, vasos sanguíneos, etc., adheridos o infiltrados al proceso tumoral.

2º) FUNDAMENTOS

Las exéresis ensanchadas se justifican por razones de orden técnico, estadístico y cancerológico.

1) *La invasión directa de otra víscera, no es un impedimento absoluto a la cura definitiva del cáncer* [Del Campo, 1956 (18)].

Esta afirmación se explica en el análisis patológico y en los resultados de estas intervenciones se ha demostrado que:

- a) *la ampliación de la exéresis no aumenta la tasa de mortalidad en grado apreciable* (59);

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

- b) *las resecciones más agresivas* dan mejores resultados en las sobrevividas, comparadas con estadísticas de tasa de reseabilidad más baja (37, 59);
- c) *la adherencia* a otra víscera puede no ser de naturaleza neoplásica sino *inflamatoria* (48, 52);
- d) la extensión de vecindad suele ser limitada al foco, según muestra el estudio histológico (41 %, Sugarbaker).

II) La técnica ensanchada es un procedimiento paliativo, de necesidad, cuando debe resolver los casos de tumores:

- a) abscedades;
- b) sangrantes;
- c) penetrados;
- d) perforados;

logrando reducir el dolor, mejorar el estado toxiinfeccioso general, y evitar complicaciones, haciendo la sobrevida más confortable.

III) La ampliación de la exéresis siguiendo una técnica adecuada y con la experiencia adquirida:

- a) no agrava el acto operatorio;
- b) aumenta la seguridad del acto operatorio [Patel y Leger (59)].

Es adoptando esta conducta que la operabilidad aumentó al 90 % [Loygue (37)], con una tasa de mortalidad global del 8 %, y una curación a 5 años del 50-60 % (59).

La sobrevida a 5 años en el conjunto de neoplasmas colónicos operados en forma radical y paliativa asciende al 30 % (Loygue).

Según Miller, Boruchow y Fitts (52) en un análisis de 284 casos de carcinomas de colon perforados (26 % del total), las sobrevividas a 5 años oscilaron según el órgano envuelto. Citan así 2 casos a estómago con sobrevividas del 100 %; 2 casos a vesícula con 50 %; 7 casos a otro segmento de colon con 42,9 %; 74 casos a pared abdominal anterior y posterior con 23 %; etc.

En suma, según estos autores la tasa de sobrevida se modifica muy poco en tumores adherentes (24,2 %) y tumores en general (25,8 %). Moersch considera el 16 %

de sobrevida a 5 años en neoplasmas adherentes a uno o más órganos.

Estas cifras de follow-up se han logrado gracias al perfeccionamiento en la técnica, base de este trabajo. La reseabilidad en tumores adherentes en uno o más tiempos asciende así al 85,6 % para Miller con una mortalidad operatoria en este grupo del 2,8 % (48, 52).

Hemos querido dar estos datos globales para enfatizar los fundamentos de estas resecciones y repito una frase de Donaldson: "Debe procurarse ser agresivo y lograr la resección primaria, pues lo que mata es el proceso y no la operación".

3º) INDICACIONES

Ante todo hemos de decir que estas intervenciones pueden ser realizadas con dos criterios:

Radical o curativo. Tumor francamente extirpable, aun con adherencia a una víscera vecina. La ampliación de la exéresis se justifica plenamente, pues la intervención en base a esta extensión retoma su carácter de radical [Loygue (37)].

Paliativa o de necesidad. Tumor que ya diseminado por vía linfoganglionar o con metástasis hepática, ha perdido su carácter de radical, pero se justifica la exéresis para quitar foco infectado y sangrante [Loygue (37)].

La indicación surge de:

- 1) *Correcta exploración operatoria*, que nos enseña: tipo de tumor y sus complicaciones, extensión locoregional, invasión linfoganglionar.
- 2) *Balance general del enfermo.*
- 3) *Análisis de la situación particular de cada caso.*
- 4) *Experiencia quirúrgica.*

Es decir que la decisión de una hemicolectomía derecha ensanchada, como toda técnica que escapa al procedimiento quirúrgico standard y que lleva implícito una mayor agresividad, debe ser adoptada en el curso del acto operatorio con el equilibrio que surge del conocimiento de la patología, de la técnica y de la experiencia del equipo.

4º) BASES ANATOMICAS Y PATOLOGICAS

No he de referirme a la extensión por la vía linfoganglionar en los mesos y espacios celulosos, pues es de todos conocida, sino a las formas de crecimiento tumoral en contigüidad, que crea procesos adherentes o fijos a órganos y estructuras vecinas.

Tres hechos son importantes a considerar:

El primer hecho es saber que *la fijación puede ser de naturaleza neoplásica o inflamatoria.*

Segundo, *la fijación de naturaleza inflamatoria es muy frecuente alcanzando según Miller y Bornchow al 54,8 % en una serie de 213 casos de tumores con (48, 52).*

Tercero: macroscópicamente las adherencias contraídas pueden adoptar grados diversos. Pueden ser laxas, de fácil liberación, casi seguramente inflamatorias y llegar hasta las adherencias cerradas precursoras de una penetración o fistulización en una víscera vecina. Escapando a la denominación de adherencias y entrando en la categoría de plastrones y abscesos existe toda una gama de formas anatómicas de presentarse el problema.

Cuando la fijación es por infiltración neoplásica admite, como señala Del Campo (17, 18), tres grupos de posibilidades:

- a) *Primera etapa:* la adherencia está circunscripta y aún no se ha extendido en los linfáticos y adenopatías de la víscera invadida.
- b) *Segunda etapa:* la invasión se ha diseminado hasta los ganglios de la víscera invadida.
- c) *Primera y segunda etapa d'emblée:* casos en que la comunidad de irrigación linfática intervisceral hace que la fijación implique ya la invasión ganglionar.

Estas breves consideraciones patológicas bastan para enseñar que debe considerarse en particular cada caso antes de adoptar la decisión quirúrgica.

Estos hechos, sumados a las distintas estructuras de los órganos o vísceras invadibles, sugieren que en cada una se ofrecerán diferentes condiciones favorables o de resistencia a la invasión tumoral.

5º) EXPLORACION Y DIAGNOSTICO OPERATORIO

Una última instancia antes de adoptar la conducta más ventajosa podrá evidenciarnos desde aquellos casos de indiscutible carcinomatosis peritoneal hasta las sorpresas de grandes tumores que creíamos hasta ese momento inextirpables, y que con el buen criterio y la exacta valoración de todos los factores en juego podemos resolver satisfactoriamente.

No he de entrar en la consideración de casos particulares sino sentar normas o elementos que puedan orientar en la decisión.

- 1) La diferenciación entre fijación inflamatoria o neoplásica es exclusivamente del resorte histológico.
- 2) Los elementos anatómicos de carcinomatosis deben hacerse desistir de operaciones amplias, siempre que no coexista con tumores complicados; entendiéndose por tales la abcedación, la fistulización o el sangrado.
- 3) El drenaje simple, las ligaduras vasculares, las exteriorizaciones son de malos resultados y sólo se justifican cuando están contraindicados otros procedimientos.

6º) CONDUCTA TERAPEUTICA EN PARTICULAR

La técnica del procedimiento standard, se constituye en ensanchada por dos problemas que aunque pueden coexistir merecen ser estudiados por separado.

- A) Vaciamiento linfoganglionar.
- B) Adherencia a vísceras o estructuras vecinas.

A) Vaciamiento linfoganglionar.

De acuerdo a la técnica descrita, las disecciones comienzan por los pedículos vasculares, vale decir en la zona de confluencias linfáticas.

La disección y exéresis de los grupos principales de ganglios ubicados en la ve-

ciudad de la vena mesentérica superior es, pues, un hecho de rutina y obligado en la técnica standard.

La ampliación de la exéresis sólo se justificaría a los grupos retroperitoneales látero e intercavaoárticos. No hemos de repetir conceptos ya muy conocidos en nuestro medio después de los trabajos de Del Campo (17, 18), donde se precisan las maniobras para alcanzar los gruesos colectores precavaoárticos infrarrenales. Sólo resta mostrar una lámina, en que se ha levantado la tercera porción duodenal evidenciando la zona de la vena renal izquierda, como elemento clave de esta disección. La sección de las ramas cólicas o derechas en su origen y terminación sobre los vasos mesentéricos, desnudan el segmento inframesocólico y lateromesentérico derecho del duodenopáncreas, facilitando enormemente la maniobra de acceso al retroperitoneo.

B) Adherencia a vísceras y estructuras vecinas.

Enumeración:

—Superiores:

- Hígado.
- Vesícula.
- Pediculo hepático principal.
- Estómago. Ligamento gastrocólico.

—Anteriores:

- Pared abdominal: total, parcial; con o sin perforación; con o sin abscesación.
- Colon sigmoideo.
- Ansas delgadas.

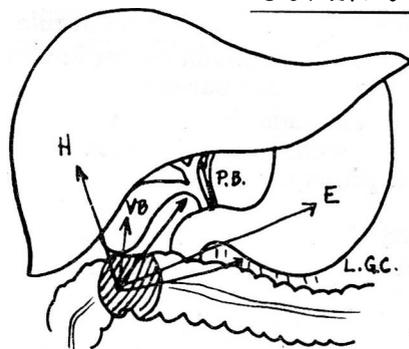
—Inferiores:

- Utero, anexos.
- Ligamentos anchos.
- Vejiga.

—Posteriores y laterales:

- Duodeno.
- Páncreas.
- Riñón.
- Uréter.
- Pediculo y lámina genital.
- Pared posterolateral: músculo y aponeurosis (con diafragma); vasos ilíacos.

INVASIONES VISCERALES SUPERIORES



ANTERIORES

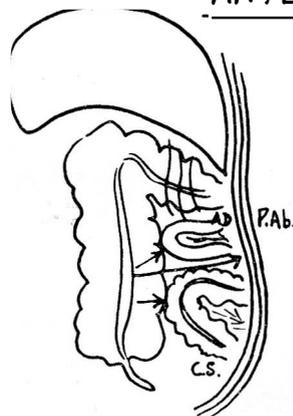


FIG. 1.—Invasiones viscerales. Superiores: hígado, vías biliares, estómago, ligamento gastrocólico. Anteriores: pared, asas delgadas, sigmoideas.

Extensión a hígado.

La invasión al hígado (69, 77) puede ser de dos tipos:

1º) *Invasión por contigüidad.*— Generalmente es el lóbulo derecho, menos frecuente, pero posible el lóbulo cuadrado. A menudo incluye la zona de la vesícula constituyendo una masa de difícil diferenciación. La invasión de la superficie a la profundidad obliga a reseca, si es posible, en block el tumor con el sector de parénquima hepático; está contraindicado pretender separar el hígado por:

- 1) probable abertura del tumor;
- 2) diseminación por penetración intratumoral;
- 3) dejar una superficie cruenta y sangrante.

Se consideran como factores favorables para intentar la exéresis:

- vecindad al borde libre hepático;
- área de invasión contorneable;
- extensión limitada en profundidad y superficie del parénquima;
- zona alejada de gruesos vasos (vena cava, vena porta y pedículo hepático principal).

Técnica de resección hepática. Pueden plantearse desde las resecciones atípicas hasta las hepatectomías regladas. Generalmente se consideran más indicadas las primeras, dado que no debe ser importante el sacrificio de parénquima.

Es útil aconsejar para las resecciones atípicas, la sección del parénquima con di-

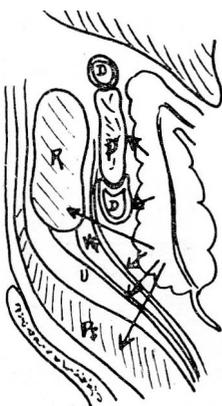
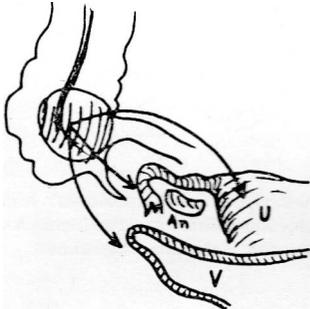
gitoclasia y ligadura por separado de los pedículos. el empleo del bisturí eléctrico, la sutura con material reabsorbible con puntos en V simples o apoyados sobre bandas aponeuróticas.

Debe cuidarse la peritonización y drenaje de la superficie cruenta.

2º) *Metástasis aislada.*— Dado que su significado y su patogenia es totalmente diferente a la invasión de vecindad, el enfoque terapéutico es también diferente y escapa a las consideraciones generales de este trabajo. Lo planteamos para enfatizar la diferencia.

En resumen, la adherencia a hígado se considera grave, de mal pronóstico y frecuentemente impide la exéresis. Hemos visto en dos oportunidades esta situación, con neoplasmas irresecables. Frecuentemente se asocia a otras extensiones viscerales. Seneque y Anrouseau, citados por Roux, dos casos de hepatectomías con éxito, una con sobrevida de 4 años (69).

INVASIONES VISCERALES INFERIORES



POSTERIORES

Extensión a vesícula.

Puede adoptar formas diversas desde la adherencia a la invasión con simple infiltración, abscedación o fistulización (69). Destacamos las dificultades operatorias para reconocer si estamos frente a una coledoclitiasis o a una litiasis con pericolecistitis, fístula biliar, o neoplasma de vesícula invadiendo colon, o si corresponde a un neoplasma de ángulo derecho invadiendo vesícula situación menos frecuente.

Suelen ser grandes tumores, con mucho componente inflamatorio, de allí que se operan en etapas agudas o subagudas y todo se basa en la exploración operatoria.

Fuera de estas dificultades debe diferenciarse la zona invadida, fondo o cuerpo de bacinete, pues en este último caso la extensión por las vías linfáticas de la vesícula al pedículo principal hacen inoperante la exéresis.

En lo que respecta a la técnica luego de decidida la extirpación, aconsejamos la colecistectomía del fondo al cuello, dado que la masa tumoral dificulta el abordaje primero del pedículo.

Miller y Bornchow citan dos casos de invasión vesicular; se realizó colecistectomía simultánea (un caso de sobrevida a 5 años) (12, 52).

FIG. 2.— Invasiones viscerales. Inferiores: útero, anexos, vejiga. Posteriores: páncreas, duodeno, riñón, uréter, psaos.

Es preciso, pues, antes de decidir la exéresis, comprobar la indemnidad del pedículo hepático principal, explorando su cara anterior y posterior luego de atravesar el epiplón menor. Se debe tratar de pasar por la cara inferior del lóbulo derecho hasta el hiato de Winslow contorneando la zona adherida.

Extensión a pedículo hepático.

Esta eventualidad no existe en forma aislada; siendo habitual la invasión conjunta a hígado, vesícula y duodenopáncreas (54).

Implica una situación muy grave, con invasión de vainas linfoganglionares de un confluente, como es el pedículo hepático principal.

Las posibilidades de resecciones ensanchadas en estas situaciones, prácticamente no se justifican.

Extensión a estómago y ligamento gastrocólico.

Consideramos que aunque no exista invasión del ligamento gastrocólico, la hemicolectomía derecha por cáncer, debe extirparlo en todo su sector derecho incluyendo el grupo ganglionar subpilórico. Debe despojarse así la gran curva gástrica y el segmento móvil del duodeno, de su arcada vascular, para descender con el epiplón mayor hacia el colon.

En la invasión al estómago existen grados de extensión que podemos sistematizar en forma creciente a gran curva, caras gástricas y pequeña curva.

El alcance de la pequeña curva es índice de extensión grado 2, es decir, muy importante con participación de los ganglios de la coronaria, o sea carcinomatosis celiaca.

Técnica (54). Se basa en una buena exploración.

1) Abrir ligamento gastrocólico bien a la izquierda y explorar transcavidad y extensión tumoral por la cara posterior del estómago.

2) Despojar de la arcada vascular la gran curvatura y el segmento móvil del duodeno, tratando de alcanzar la retrocauidad por la derecha hasta unirse al decolamiento izquierdo.

3) Levantar el mesocolon transversal y mirar a su través para pesquisar invasión de páncreas y pedículo mesentérico superior, lo que lo hace inextirpable.

4) Sección en cuña amplia del estómago con o sin inclusión del píloro.

Extensión a pared abdominal anterior.

Es un hecho relativamente frecuente en los neoplasmas derechos por ser grandes masas muy productivas y por la vecindad anatómica normal del ciego y colon ascendente a la pared anterior (33 %).

Merrill y col. analizan una serie de 121 casos con invasión de la pared anterior; 2,4 % de los neoplasmas colónicos (48). Según Sugarbaker son el 2 %, para Mayo el 1,5 % (73).

A los efectos de decidir la táctica y técnica debemos saber:

1) La invasión puede extenderse en profundidad desde el peritoneo y subperitoneo hasta los planos cutáneos.

2) La invasión puede adoptar diversos grados, desde la infiltración hasta la abscedación y fistulización, esta última poco frecuente.

3) La invasión parietal implica cambios anatómicos de carácter inflamatorio como edema, congestión, trombosis venosa y diseminación linfática. La inflamación es un hecho constante.

4) Según Merrill y col. la invasión neoplásica (40 %) es menos frecuente que la inflamatoria (60 %). La abscedación es común (40 %) (48).

5) La cirugía es el único recurso, pues la radioterapia postoperatoria en la recidiva no da resultado (Merrill, 6 casos) (48).

Técnica. Se plantean dos situaciones:

a) *Invasión confirmada con abscedación o fistulización.* La incisión debe contornearse ampliamente la zona invadida, para penetrar en tejido sano, y trasponiendo los distintos planos parietales lejos del tumor, entrar en cavidad peritoneal libre.

b) *Tumor grande presumiblemente adherido a los planos profundos de la pared.* La incisión cutánea puede cruzar la zona tumoral, pero a medida que profundizamos estar alerta a la aparición de síntomas inflamatorios (edema, sangrado en napa, congestión, trombosis venosa, etc.).

En tal caso alejarnos hacia las comisuras para luego de entrar a la cavidad peritoneal, poder incindir la pared contorneando ampliamente la zona de adherencia. Quedará así un medallón de toda o parte de la pared abdominal sujeto a la masa tumoral.

Es obvio señalar que la resección parietal se practicará en casos de abscedación aun con criterio paliativo y coexistiendo con signos de carcinomatosis.

La amplia extirpación de pared anterior puede crear problemas en el cierre, obligando al empleo de colgajos rotados, plastias libres o pediculadas de fascia lata.

No aconsejamos el empleo de materiales plásticos, por las condiciones generales y locales de estos enfermos.

La elección entre operaciones paliativas de drenaje o derivación, y procedimientos de exéresis, suele ser difícil o discutible, dado que a la abscedación o fistulización puede asociarse grave estado general, estados toxicoanémicos severos, edades avanzadas, etc.

Extensión a colon sigmoideo y ansas delgadas.

Es un hecho relativamente frecuente; Miller, Bornchow y Fitts en su serie de 284 casos de neoplasmas perforados, señalan 18 casos de adherencia a ansas delgadas, y 7 casos a otro segmentos de colon, obteniéndose un porcentaje de sobrevividas a los 5 años de 27,8 % y 42,9 % respectivamente (52). Esto prueba la eficacia relativa de la resección combinada.

Desde el punto de vista técnico, lo único que merece considerarse es la amplitud de la exéresis; supeditada a la invasión del intestino exclusivamente o del mesenterio con o sin adenopatías neoplásicas. Se justifica en algunos casos la biopsia extemporánea de las adenopatías.

La invasión del delgado se resolverá fácilmente si interesa un ansa móvil y larga.

Las contraindicaciones dependen, pues, del grado de invasión mesentérica, que pueden obligar a resecciones muy amplias de yeyunoíleon. En los neoplasmas derechos no existe posibilidad de invadir el ángulo duodenoyeyunal o sus vecindades, hecho considerado como contraindicación absoluta. Finsterer, citado por Roux y Car-

cassonne, realizó 20 veces resección de delgado con 12 sobrevividas de más de 5 años.

La adherencia de dos segmentos cólicos, en nuestro caso sigmoides a colon derecho, puede plantear serios problemas o contraindicar la exéresis según el grado de invasión al colon adherido y su meso.

Extensión a útero, anexos, ligamentos anchos.

Situación frecuente en los tumores izquierdos, puede verse en los tumores de ciego. No plantean problemas de conducta quirúrgica, pues son órganos prescindibles, de exéresis relativamente sencilla. Se aconseja realizar así la histerectomía total con anexectomía (69).

Sólo debemos agregar la posible confusión con procesos primariamente genitales, lo que ha llevado a que los ginecólogos en el afán de precisar el origen, recurran a maniobras de liberación visceral, con el consiguiente peligro de siembra neoplásica pelviana e infección consiguiente.

Extensión a vejiga.

La invasión de vejiga es generalmente signo de gravedad, pues son neoplasmas muy extensos o en etapa de carcinomatosis abdominal.

Es una extensión más frecuente en los tumores izquierdos. En 59 casos de neoplasmas colónicos perforados en vejiga, sólo 1 correspondía al ciego [Taylor-Dockerty, Mayo Clínica, 1907-1946 (74)].

La adherencia puede estar abscedada o fistulizada; en la estadística de Taylor-Dockerty-Dixon, 14 abscedadas (23,7 %) y 4 casos de fístula vesicocólica. La reseabilidad en esta serie fue del 75 % y la adherencia era tumoral sólo en $\frac{1}{3}$ de los casos (74).

Frente a la adherencia vesical deben considerarse dos factores: 1) con o sin fístula; 2) zona de la vejiga invadida.

La presencia de fístula obliga a adoptar una conducta activa, sea por derivación de ambos órganos (derivación colónica y talla vesical) o de resección vesical y sutura. Con respecto a la zona vesical los neoplasmas derechos no ofrecen problemas, pues adhieren a la cúpula que es más fácilmente extirpable y con posibilidades de cierre inmediato.

Extensión a duodenopáncreas.

Frecuencia. Según Phillips, Dockerty y Waugh (1955) la fijación a duodenopáncreas constituye el 19 a 24 % (24 en 136 casos) (17).

Para Bertrand y Gilbertas (1956) de 71 casos de neoplasmas del ángulo hepático el 20 % adhieren a duodenopáncreas (17).

Formas de extensión y significado. Como para las otras extensiones, la adherencia puede ser simple, de tipo inflamatorio o neoplásica invadiendo de preferencia el ángulo 2-3 o las zonas vecinas y la cabeza del páncreas. El grado más avanzado es la fistulización en duodeno, constituyendo como todas las fístulas cólicas internas una grave situación, con gran repercusión digestiva y general. La invasión del duodenopáncreas reviste entonces gran importancia por:

- 1) la gravedad de la fístula duodenocólica;
- 2) la invasión de un órgano encrucijada o zona de confluencia linfática;
- 3) la vecindad con elementos de gran jerarquía, vena porta, mesentérica, etcétera;
- 4) las dificultades en reseca la zona invadida por su fijeza y sus relaciones anatómicas;
- 5) las dificultades en cerrar una brecha de 2ª-3ª porción duodenal, que exponen a falla de sutura y fistulización.

Según lo dicho, la resección radical debe comprender la duodenopancreatectomía cefálica sumada a la hemicolectomía derecha (37); operación de gran magnitud con cuatro anastomosis y grandes dificultades técnicas cuya indicación depende de una exploración correcta y de un equilibrado balance de las resistencias del enfermo (17, 59).

Es por estas razones que existen operaciones paliativas por lo general impotentes para excluir la fístula o la progresión del neoplasma.

- 1) Resección parcial del duodeno, incluyendo o no una cuña de páncreas con cierre inmediato (59).
- 2) Derivaciones tipo gastroenterostoma e ileotransversostoma sin resección tumoral (69).

- 3) Derivación exclusión, como se muestra en el esquema [Gallagher, H. W., 1960 (28)], consistente en sección del antro gástrico, colon transversal e íleon terminal; tierra del antro distal, del íleon distal, seguido de tres anastomosis; gastroyeyunal, proximal colónica a yeyuno, e ileocolostónica.

Desde 1960, Gallagher con una casuística de dos casos, y siguiendo las sugerencias de Linton (1944), preconiza la realización simultánea de la hemicolectomía y la duodenopancreatectomía (28).

La principal dificultad es decidir la intervención, aconseja Gallagher, posponer al máximo el momento de los gestos quirúrgicos que obligan a concluir con la resección.

Técnica (18). Diremos algunos tiempos que son de interés:

- a) Movilización de la cara posterior de duodenopáncreas y del colon derecho como en operación standard.
- b) Exposición del pedículo M.S. sobre tercera porción duodenal.
- c) Abertura del ligamento gastrocólico y desde la transcavidad, ver si está libre el origen de las asas cólica derecha media e ileocólica.
- d) Exponer hepatocolédoco.
- e) Exposición de la vena porta previa sección de las asas gastroduodenal y gastroepiplónica derecha.
- f) Liberar el cuello del páncreas de la vena porta, demostrando la reseccabilidad.
- g) Sección del estómago y de las vías biliares.
- h) Sección de las asas cólica media, superior e ileocólica, seguida de la sección del colon transversal y del íleon.
- i) Sección del yeyuno y pasarlo junto con el **uncus** pancreático por debajo del pedículo M.S.
- j) Sección del páncreas y remoción de la pieza.

Otros recursos técnicos. Entre las intervenciones paliativas de resección, figura la extirpación de un medallón duodenal.

Las dificultades del cierre duodenal y/o la posible fistulización son de todos conocidas.

No debe olvidarse aquí la posible realización de la aposición serosa de un ansa yeyunal próxima. Este procedimiento que se conoce como operación de Thal, es sencillo, de rápida ejecución y da más seguridad al cierre.

Extensión renoureteral.

Las adherencias a uréter o riñón no son contraindicaciones absolutas a la exéresis combinada, a condición de que se conozcan en forma suficiente el valor del riñón opuesto (59, 69).

Como corolario surge que frente a los neoplasmas de colon derecho, debe realizarse un estudio urográfico y urológico completo al igual que para los tumores de recto. Hemos puesto en práctica este criterio, con buenos resultados.

La invasión renal puede estar limitada a las estructuras perirrenales; de allí la posibilidad de una exploración de la logia renal, antes de tomar decisión. Frente al uréter, la exploración minuciosa no ofrecerá dudas.

Cuando la resección del uréter toma una gran extensión y no pueda restablecerse la continuidad por sutura terminoterminal o implantación, debe realizarse, lógicamente, la nefrectomía (69).

El problema en estos casos es adoptar la decisión, y no existen de orden técnico.

En caso de fístula ureterocólica, la resección colónica y ureteral obligada, debe seguirse en la mayoría de los casos de la ablación renal correspondiente [Schwartz y Bergmann (69)].

Extensión parietal posterior.

En este último capítulo incluimos las diversas posibilidades de extensión a las estructuras posteriores, vale decir, lámina genital (venas espermatícas o uteroováricas), músculos y fascias, ramas nerviosas del plexo lumbar y vasos ilíacos.

Con respecto a la lámina genital repetimos lo ya señalado por nosotros en 1960 (15, 64): la fascia de coalescencia de Toldt que separa el colon de estos vasos y linfáticos, es una barrera o plano avascular en condiciones normales, pero en con-

diciones patológicas pueden constituirse en verdaderas zonas de conexión venosa y linfática (64).

Por lo tanto creemos que la lámina genital debe incluirse en la resección en forma sistemática.

La musculatura posterior y lateral (psaos diafragma ilíaco(cuadrado lumbar, músculos anchos) suele estar invadida con frecuencia.

Se repiten aquí las mismas consideraciones que para la pared anterior (48).

La ampliación de la exéresis por lo general no tiene trascendencia, si se procura buena hemostasis y cubierta del área cruenta.

RESUMEN

Se estudian la táctica y técnica de los procedimientos quirúrgicos de resecciones ensanchadas a la hemicolectomía derecha, comprendiendo dos capítulos: a) la extensión del vaciamiento linfoganglionar a los grupos periaórticos cavos; y b) las resecciones de vísceras o estructuras vecinas adheridas o infiltradas por el tumor.

Se comienza por fundamentar las ablaciones viscerales por razones de orden técnico, estadístico y cancerológico.

Las indicaciones del procedimiento se agrupan en cirugía curativa o radical y cirugía paliativa en tumores complicados. Se analizan los tipos anatómicos de las adherencias inflamatorias (54,8 %) o neoplásicas, su diagnóstico y exploración operatoria.

El capítulo principal es el análisis en particular de la conducta quirúrgica para cada órgano o víscera invadida, poniendo especial énfasis en la adherencia o duodenopáncreas, riñón, uréter, pared abdominal anterior y posterior, etc.

En el estudio se señala: frecuencia, formas anatómicas y diversas tácticas y técnicas con sus resultados.

RÉSUMÉ

Etude de la tactique et de la technique des procédés chirurgicaux de résections élargies à l'hémi-cholectomie droite comprenant deux chapitres: a) l'extension

de l'évacuation lympho-ganglionnaire aux groupes péri-aortiques caves; et b) les résections de viscères ou de structures voisines présentant des adhérences ou infiltrées par la tumeur.

L'auteur donne tout d'abord les raisons d'ordre technique, statistique et cancérologique justifiant les ablations viscérales.

Les indications du procédé se groupent en: chirurgie curative ou radicale, et chirurgie palliative dans les cas de tumeurs compliquées. Analyse des types anatomiques des adhérences inflammatoires (54,8 %) ou néoplasiques, leur diagnostic et l'exploration opératoire.

Le chapitre principal consiste en l'analyse de la conduite chirurgicale indiquée pour chaque organe ou viscère envahi, en particulier pour les adhérences dans le duodéno-pancréas, le rein, l'uretère, la paroi abdominale antérieure et postérieure, etc.

L'étude fournit des indications sur la fréquence, les formes anatomiques et sur les diverses tactiques et techniques avec leurs résultats.

SUMMARY

The tactics and techniques of surgical procedures in enlarged right hemicolectomies are studied and divided into two chapters: a) extension of lymph-node emptying to the periaortic groups of the cava; and b) resection of contiguous viscera or structures adhered to or infiltrated by the tumor.

Visceral ablations are justified on the grounds of technical, statistical or cancerological reasons.

The procedure is divided into curative or radical surgery and paliative surgery in cases of complicated tumors. Anatomical types of inflamatory (54,8 %) or neoplastic adhesions, their diagnosis and operatory exploration are analyzed.

The main chapter contains a detailed analysis of the surgical conduct for each invaded organ or viscera, with special emphasis on adhesions of the duodenum-pancreas, kidney, ureter, anterior and posterior abdominal wall, etc.

The study includes frequency, anatomic forms and different tactics and techniques, as well as their results.

Bibliografía

1. AULT, G. A technique for cancer isolation and extended dissection for cancer of the distal colon and rectum. *Surg. Gynec. Obst.*, 105: 467, 1958.
2. BARMES, P. Physiologic resection of the right colon. *Surg. Gynec. Obst.*, 94: 723, 1952.
3. BARRINGER, P. P., DOCKERTY, M. B., WAUGH, J. M. and BARGEN, J. A. Carcinoma of the large intestine. A new approach to the study of venous spread. *Surg. Gynec. Obst.*, 98: 62, 1954.
4. BOREHAM, P. Implantation metastasis from cancer of the large bowel. *Brit. J. Surg.*, 46: 103, 1958.
5. CAEIRO, J. A. Hemicolectomía derecha en un tiempo anastomosis ileocólica terminoterminal valvular. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 19: 85, 1948.
6. CASPARIS, H. Lymphatics of the omentum. *Anat. Record*, 15: 93, 1918.
7. CLIFTON, E. E. and AGOSTINO, D. The effect of nitrogen mustard on circulating cancer cells and pulmonary metastasis from an experimental cecal carcinoma. *Surg. Gynec. Obst.*, 113: 160, 1961.
8. COHN, I. (Jr.), FLOYD, E. C. and ATIK, M. Control of tumor implantation during operations on the colon. *Ann. Surg.*, 157: 825, 1963.
9. COLE, W. H. Precautions in the spread of the carcinoma of the colon and rectum. *Ann. Surg.*, 140: 135, 1954.
10. COLE, W. H., PACKARD, D. and SOUTHWICK, H. W. Carcinoma of the colon with special reference to prevention of recurrence. *J.A.M.A.*, 155: 1549, 1954.
11. COLE, D. R., ROUSSELOT, L. M., SLATTERY, J. and CONTE, A. N. Absorption patterns of intraluminal injected 5-Fluoracil in the isolated right colon of the dog. *Surgery*, 55: 252.
12. COPELAND, E., MILLER, L. and JONES, R. S. Prognostic factors in carcinoma of the colon and rectum. *Am. J. Surg.*, 116: 875, 1968.
13. CHIFFLET, A. Estudio anatómicoquirúrgico del ángulo duodenoyeyunal. *An. Fac. Med. Montevideo*, 17: 383, 1932.
14. CHIFFLET, A. El abordaje en las trombosis de la vena cava. La exploración operatoria de la tercera porción del duodeno. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 530, 1951.
15. CHIZZOLA, M. E. Movilización del colon derecho en vistas a la cirugía del cáncer. Consideraciones anatómicas. *Día Médico Uruguayo*, 38: 349, 1962.
16. DELARMOY, E., LAGACHE, G. et SOOTS, G. E. A propos des anastomoses digestives d'un plan. *Mem. Acad. Chir. Paris*, 83: 405, 1957.
17. DEL CAMPO, J. C. Cáncer del colon derecho. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 22: 633, 1951.
18. DEL CAMPO, J. C. Cáncer de colon. Tratamiento. *VII Congr. Urug. Cir.*, 1: 9, 1956.
19. DESMAREST, E. *Le caucer du coecum*. These pour le Doctorat en Medicine. Paris, G. Jacques, 1908.
20. DEVINE, H. and DEVINE, J. *The surgery of the colon and rectum*. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1948.
21. DUVAL, P. *Traitement chirurgicale du cancer du colon pelvien*. These pour le Doctorat em Medicine. Paris, G. Steinheil Editor, 1902.
22. ECONOMOU, S. G. and COLE, W. H. Chemotherapy of cancer of the alimentary tract. *Surg. Clin. N. Amer.*, 42: 1147, 1962.
23. ENGEL, H. C. Cancer cells in the blood; a 5-9 year study. *Ann. Surg.*, 149: 457, 1959.
24. FREDET, P. *Péritoine. Traité d'Anatomie Humaine*. Poirier-Charpy. Paris, Masson, 1901, IV, 869.
25. FINOCHIETTO, E. y R. *Técnica quirúrgica*. Ts. 12, 13 y 15. Edit. Ediar, Buenos Aires, 1949.
26. FISCHER, E. R. and TURNBULL, R. B. (Jr.). The cytologic demonstration and significance of tumor cells in the mesenteric venous blood in patients with colo-rectal carcinoma. *Surg. Gynec. Obst.*, 100: 102, 1955.
27. FRIEDRICH. Citado por MOYNIHAN (55).
28. GALLAGHER, H. W. Extended right hemicolectomy. The treatment of advanced carcinoma of the hepatic flexure and malignant duodenocolic fistula. *Brit. J. of Surg.*, 47: 616, 1960.
29. GOLIGHER, J. D., DUKES, C. E. and BUSSEY, H. J. R. Local recurrences after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Brit. J. Surg.*, 39: 199, 1951.
30. GOSSET, J. *Cancer du colon droit*. Paris, Masson Cie., 1933.
31. GROSSI, C. E., COLE, D. R. and ROUSSELOT, I. M. Intraluminal chemotherapy with nitrogen mustard in stimulated cancer of the colon in the rat. *J. Surg. Res.*, 4: 334, 1964.
32. HARGREAVES, A. W. and KEDDIC, N. C. Colonic anastomosis. *Brit. J. Surg.*, 55: 774, 1968.
33. HORSLEY, Sh. and ROWE, D. Carcinoma of the colon and rectum. *Amer. J. Surg.*
34. JOURDAN, P. A. A propos de la suture a plan unique des tuniques digestives. *Acta Chirurg. Belg.*, 54: 765, 1955.
35. KIRSCHNER, M., GULEKE, N. y ZENKER, R. *Opeyaciones en la cavidad abdominal*. Labor, 1954.
36. LAHEY, F. H. Resection of the right colon and anastomosis of the ileum to the transverse colon after the Mikulicz plan. *Surg. Gynec. Obst.*, 54: 923, 1932.
37. LOYGUE, J. Le traitement des cancers des colons. *J. Chir.*, 87: 499, 1964.
38. MARELLA, M. S. La oclusión postoperatoria del delgado en las colectomías por cáncer. *VII Congr. Urug. Cir.*, 181, 1956.
39. MARELLA, M. S. und DEL CAMPO, A. Die einschichtige darmnaht. *Zentr. Chir.*, 92: 632, 1967.

40. MARELLA, M. S. y DEL CAMPO, A. Suturas intestinales en un plano. *El Día Médico Uruguayo*, 34: 35, 1967.
41. MAYO, C. H. and HENDRICKS, W. A. Carcinoma of the right segment of the colon. *Ann. Surg.*, 83: 357, 1926.
42. MAYO, Ch. H. *Cirugía intestinal*. México, Interamericana, 1956.
43. MAYO, Ch. H. *Surgery of the small and large intestine*. Chicago, Year Book Publ., 1955.
44. Mc DONALD, G. O., EDMONDSON, J. L. and COLE, W. H. Prevention of implantation of cancer cells in the wound by irrigation with anti-cancer agents. *Am. J. Surg.*, 101: 16, 1961.
45. Mc GREW, E. A., LAWS, J. F. and COLE, W. H. Free malignant cells in relation to recurrence of carcinoma of the colon. *J.A.M.A.*, 154: 1251, 1954.
46. Mc KITTRICK, L. S. Principles old and new of resection of the colon for carcinoma. *Surg. Gynec. Obst.*, 87: 15, 1948.
47. Mc KITTRICK, L. S. and WHEELLOCK, F. C. (Jr.). *Carcinoma of the colon*. Springfield, Ill., Ch. C. Thomas, 1954.
48. MERRIL, J., DOCKERTY, M. and WAUGH, J. Carcinoma of the colon perforating out the anterior abdominal wall. *Surg.*, 28: 662, 1950.
49. MEROLA, L. *Obras completas*. T. I: Anatomía. Montevideo, El Siglo Ilustrado, 1911.
50. MEROLA, L. *Vista de conjunto de la región retroperitoneal por la desinserción del mesenterio. Notas Anatómicas*. Montevideo, El Siglo Ilustrado, T. 2, 1921.
51. MEROLA, L. y CAPRIO, G.: *Tejido celular subperitoneal. Anatomía quirúrgica*. Obras completas, T. I. El Siglo Ilustrado, 1911.
52. MILLER, L., BORUCHOW, I. and FITTS, W. An analyses of 284 patients with perforative carcinoma of the colon. *Surg. Gynec. Obst.*, 123: 1212, 1966.
53. MOORE, G. E., BURKE, E. M., SKJORTEN, F., KONDO, T. and BADILLO, J. Appraisal of tumor cells spread into the peritoneal cavity. *Surg. Forum*, 10: 17, 1960.
54. MOUCHET, A., MARQUAND, J., GARCIN, J. P. et HUM, R. Cancers du colon droit. A propos d'une serie de 61 cancers du colon droit. 141 hémicolectomies droites. *J. Chir.*, 85: 17, 1963.
55. MOYNIHAN, B. *Abdominal operations*. Philadelphia-London, W. B. Saunders Co., 1916.
56. OKINCZYC, J. *Traitement chirurgical du cancer du colon*. Paris, Steinheil, 1907.
57. ORR, N. W. A simple layer intestinal. *Brit. J. Surg.*, 56: 771, 1969.
58. PAITRE-LACAZE-DUPRET. *Práctica anatomoquirúrgica ilustrada*. Salvat, Barcelona, 1937.
59. PATEL, J. et LEGER, L. *Nouveau traité de technique chirurgicale*. Paris, Masson Cie., 1969, T. XI.
60. PEYTON BARNES, J. Physiologic resection of the right colon. *Surg. Gynec. Obst.*, 94: 722, 1952.
61. PHELAN, J. and NADLER, S. H. A technique of hemicolecotomy for carcinoma of the right colon. *Surg. Gynec. Obst.*, 126: 355, 1968.
62. POMERANZ, A. and GARLOCK, J. H. Post-operative recurrence of cancer de colon due to desquamated malignant cells. *J.A.M.A.*, 158: 134, 1955.
63. POTH, E. J. A technique for suturing bowel. *Scrg. Gynec. Obst.*, 91: 657, 1950.
64. PRADERI, L. A. *Cirugía del ángulo esplénico del colon. Fundamentos anatómicos de la exéresis*. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 185, 1960.
65. RANKIN, F. W. and GRAHAM, A. S. *Cancer of the colon and rectum*. Springfield, Ill., Ch. C. Thomas, 1945.
66. REYBARD, M. de L. *Ann. Chir. Fr. Etrangère*, 2: 493, 1844. Citado por Mc KITTRICK (47).
67. REIFFERSCHIED, M. *Cirugía del intestino*. Barcelona, Ed. Labor, 1965.
68. ROUSSELOT, L. M., COLE, D. R., SLATTERY, J., GROSSI, C. E. and GONZALEZ, F. M. Intraluminal chemotherapy adyuvant to operations for cancer of the colon and rectum. *Ann. Surg.*, 162: 407, 1965.
69. ROUX, M. et CARCASSONNE, F. *Les cancers du colon*. Paris, Masson Cie., 1955.
70. ROUVIERE, H. *Anatomie des lymphatiques de l'homme*. Paris, Masson Cie., 1932.
71. SHACKELFORD, R. T. *Surgery of the alimentary tract*. Philadelphia-London, W. B. Saunders, 1956.
72. SMITH, R. R., THOMAS, L. B. and HILBERG, H. W. Cancer cells contamination of operating wounds. *Cancer*, 11: 53, 1958.
73. SUGARBAKER, E. D. Coincident removal of additional structures in resections for carcinoma of the colon and rectum. *Ann. of Surg.*, 123: 1036, 1946.
74. TAYLOR, E., DOCKERTY, M. and DIXON, C. The prognosis in carcinoma of the colon perforating into the urinary bladder. *Surg. Gynec. Obst.*, 96: 193, 1953.
75. TURNBULL, R. B. (Jr.), KYLE, K. and WATSON, F. R. Cancer of the colon. The influence of the no-touch isolation technic on survival rates. *Ann. Surg.*, 166: 420, 1967.
76. VINK, M. Local recurrence of cancer in the large bowel. *Brit. J. Surg.*, 41: 431, 1954.
77. WELT, H. *Chirurgie du colon*. Paris, Masson Cie., 1960.

Discusión

Dr. Mainetti: Quiero felicitar a los integrantes de este panel por la brillante exposición que han efectuado. Refiriéndome rápidamente a mi experiencia en colectomía derecha, puedo decir que he usado generalmente la técnica de arriba hacia abajo, pero desde hace un tiempo uso el método del aislamiento tumoral oncológico propuesto por Turnbull y cuyas estadísticas han demostrado que los resultados han mejorado notablemente en cuanto a supervivencia. Yo quisiera agregar sólo una pequeña cosa que se refiere a la extensión de la exéresis. Creo que en los tumores avanzados de colon derecho y sobre todo cuando juega el sector preduodenal, la duodenopancreotectomía cefálica si hay ganglios sobre todo en ese sector, normalmente puede ser una operación de profundidad como las que hacemos habitualmente, sino que debería ser una operación de principio desde el punto de vista oncológico porque todo el territorio linfático va al eje mesentérico, y la única manera, como dice Del Campo, de hacer un buen vaciamiento linfático es limpiar sobre la vena. Yo lo he hecho en forma profiláctica en estas operaciones, pero me he arrepentido alguna vez. No recuerdo bien la estadística, pero por lo menos tengo cuatro o cinco casos en que he tenido que hacer la colectomía derecha con duodenopancreotectomía por razones de necesidad, por estar invadido el duodeno o por estar perforado con fistulas coloduodenales. Y recuerdo dos casos en que por hacer una resección parcial del páncreas, porque el tumor estaba pegado al páncreas, los dos casos se me complicaron. Uno lo pude salvar con una reoperación. Esa enferma con la colectomía derecha y la duodenopancreotectomía duró más de dos años, después de dos años y medio vino a concretar una lesión del hígado. Y el otro no se pudo salvar porque hizo una fistula pancreática a consecuencia de la sutura del páncreas. El otro no se pudo salvar porque en realidad yo fui a un Congreso, lo dejé en manos de mis colaboradores y no hubo la decisión de la reoperación. De manera que en estos casos yo prefiero antes que hacer una operación parcial sobre el duodeno o el páncreas hacer una duodenopancreotectomía cefálica. Que si la técnica se domina bien y creo que hay que dominarla, porque es la operación oncológica fundamental del abdomen superior, la duodenopancreotectomía, si la técnica se domina bien como el enfermo no está icterico no hay mucho más riesgo quirúrgico con la duodenopancreotectomía cefálica en estos casos si no se cometen graves errores técnicos que son los que cometimos ayer, que son los que abonan más del 50 por ciento de la mortalidad en la duodenopancreotectomía.

Dr. Cendán: El desarrollo de esta Mesa ha sido completísimo y no creo que pueda agregar absolutamente nada a lo ya dicho. Con todo, quiero transmitir mi experiencia en lo que se refiere a algunas variantes en la apreciación de determinadas técnicas.

En primer lugar, desde el punto de vista cancerológico no discrepamos, porque seguimos también la técnica de Turnbull. En lo que se refiere al restablecimiento de la continuidad usamos la anastomosis que nosotros llamamos terminolaterolateroterminal. Es decir, es una viejísima técnica de los más antiguos tratados, como el de Kocher, que consiste sencillamente en aumentar la luz del ileon y la del colon si es necesario, seccionando el borde antemesentérico en la forma en que se mostró aquí. Esa anastomosis la hacemos teniendo muchísimo cuidado en distintos puntos que son fundamentales. Yo creo también en lo que dice el Prof. Marella que probablemente los resultados de la cirugía dependen de los resultados de la anastomosis. Creemos que es muy importante insistir en no usar clamps. No se justifica utilizarlo en el colon si está limpio, y si no está completamente limpio, la expresión digital permite colocarlo en condiciones.

En segundo lugar, después de haber hecho una muy correctísima limpieza del cabo colónico distal que va a ser suturado, nosotros sistemáticamente resecamos la mucosa para estar más seguros de la asepsia.

En tercer lugar, desde el punto de vista de la anastomosis usamos el monoplano, pero no usamos el monoplano seromuscular subseroso, sino el monoplano total, es decir, hacemos una serie de puntos que entran más allá de los cuatro milímetros por el borde seroso, transcurren habitualmente en la submucosa, toman el borde mucoso de uno de los cabos, luego el borde mucoso del otro a un milímetro de distancia del borde y salen a cuatro milímetros del otro lado. En esta forma se consigue una invaginación de la zona seromuscular que da mucha seguridad. Insistimos en que estos puntos no pueden ser puntos simples, sino que deben ser puntos en U, es decir pasar dos veces el hilo en la misma forma para después, al realizar el nudo, la sutura no sea invaginante. Creemos que son detalles de mucha importancia. Empezamos, como lo ha indicado el Dr. Marella, la anastomosis por la zona difícil, es decir la zona mesentérica y la terminamos en la zona distal. En esta forma una incongruencia de cabos puede ser corregida en cualquier momento, colocando la raqueta en uno o en otro de los cabos.

En lo que se refiere a la preprotección de la anastomosis cuando la cirugía se hace en estados no oclusivos del colon derecho, no me

preocupa para nada. Una simple sonda nasogástrica soluciona el problema. Cuando se trata de una oclusión completa que es ileal o coloileal y sobre todo cuando está evolucionada, no confiamos en la sonda nasogástrica, tampoco en la gastrostomía y tampoco en la sonda de Cantor, que es justamente en estos casos donde más se indica y donde discrepamos. En estos casos nosotros desde hace ya unos cuantos años utilizamos la ileostomía a la Witzel realizada entre 30 y 50 centímetros de distancia de la zona anastomótica que durante los primeros días abundante cantidad de líquido, desgravitando la zona de sutura. Con la ileostomía derecha no sólo se desgrava la zona de sutura, sino que al facilitar la evacuación del intestino se evita una de las complicaciones más importantes, que nosotros la hemos tenido en este tipo de cirugía, que es el íleo del delgado provocado por la retención de un intestino que no recobra su movilidad y su función, sino al cabo de 48, 72 o más horas. Con la ileostomía derecha nosotros logramos que todo el sector yeyunal rápidamente esté en condiciones de funcionar y eso nos permite evitar toda la terapéutica parenteral de mantenimiento. Muy precozmente al segundo o tercer día, nosotros reponemos la vía oral, que nos parece la mejor manera de mantener las condiciones humorales.

Por último, en cuanto a peritonización, desde hace muchos años nosotros no peritonizamos. Lo aprendimos con Montenegro en 1944 y desde entonces lo hemos seguido. No hemos tenido problemas de ninguna clase, por el contrario hemos visto accidentes con peritonización. Uno de los principales, al que no se le da realmente el valor que tiene y al que ha hecho referencia el Prof. Marella al decir que no es la peritonización cerrada, es la acumulación retroperitoneal del exudado y especialmente los hematomas retroperitoneales que son causas de íleos y causa de muerte. Nosotros no peritonizamos y hemos tenido ocasión de reintervenir enfermos, varios de ellos y hemos comprobado con gran sorpresa que si uno no supiera que no fueron peritonizados, la peritonización al cabo de ocho a diez meses es perfecta. En cuanto a las intervenciones en los tumores avanzados y en los fistulizados, yo creo que hay que distinguir, que el cirujano no se debe detener frente a estas extensiones porque como muy bien lo ha dicho el Prof. Del Campo desde hace muchos años la extensión en proximidad no tiene el pronóstico que tiene la extensión linfática o la extensión por las vías naturales. Nosotros hemos tenido ocasión de hacer operaciones extensivas en casos muy avanzados tanto en vísceras como en parénquimas (el hígado, por ejemplo). Con respecto a esto quiero recordar un caso que lleva actualmente seis años de sobrevivida, que sería un neoplasma de ciego invadiendo toda la pared anterior del abdomen derecho y la pared posterior. Lo consideramos inoperable, tratándose de una persona de 28 años. A pesar de eso y dada la situación imposible de solucionar desde el punto de vista de una operación paliativa de drenaje local, nos

decidimos a hacer una operación que considerábamos paliativa. Practicamos una resección de toda la pared anterior de la fosa ilíaca derecha, extirpamos el psoas ilíaco y lógicamente hicimos una hemicolectomía derecha con anastomosis. El peritoneo anterior lo suturamos al peritoneo de la fosa ilíaca, es decir el cono superior de la pelvis y dejamos vacía toda la zona que corresponde a la fosa ilíaca interna. Colocamos mechas en esa zona y aproximamos los músculos. Rápidamente esa área se pudo cerrar y al cabo de un año ese enfermo pudo demostrar que en cirugía se puede creer en milagros. Ese enfermo hace actualmente una vida normal.

Dr. Suiffet: Desde luego que el consenso unánime de los congresales, de los integrantes de la Mesa y del Coordinador, es escuchar al Prof. Del Campo en algún comentario sobre el tema, dada su versación y el hecho de haber sido el maestro de esta cirugía. Desde luego sin excluir a todos los demás.

Prof. Del Campo: Entiendo que la colectomía derecha por cáncer de colon es siempre una cirugía interesante. La primera hemicolectomía que tuvo andamiento en el colon fue la colectomía derecha. Se obtenían en ese momento mejores resultados en el cáncer del colon derecho que en el cáncer del colon izquierdo, quizás porque se habían probado las técnicas mejor. Actualmente esas nuevas técnicas de colectomía dentro del colon izquierdo, parece ser que los resultados frente a la colectomía derecha son inferiores y a través de las publicaciones que uno ve, uno encuentra justificado esto, porque nociones oncológicas no son tenidas tan en cuenta en el colon derecho como en el colon izquierdo. Yo voy a señalar dos o tres cosas

La primera es que la extensión hacia la región lumboaórtica no es fácil de solucionar en la hemicolectomía derecha. La invasión de la zona lumboaórtica se hace en los tumores superiores del colon derecho por vía directa hacia la parte superior. En la parte inferior del colon derecho, es decir en el ciego, se hace por vía inferior yendo directamente a la zona lumboaórtica inferior. En cuanto a las técnicas que uno ha visto publicadas últimamente, se publicó hace cuatro años una técnica de hemicolectomía derecha diciendo que no se reflejaba los fundamentos anatómicos de la misma en la técnica corriente y se acerca casi milimétricamente a la técnica que yo señalaba desde el año 1951, es decir a la liberación o disección de la rama mesentérica superior como límite a la resección mesentérica. En este sentido hay que señalar también que no son las mismas las necesidades del sector inferior del colon derecho que las necesidades del sector superior. Las necesidades a ser tenidas en cuenta por lesiones del ciego o de la parte media del colon ascendente en la técnica están bien; pero hay un punto que es crucial a la cirugía del colon derecho, es la del sector

preduodenal que es donde entraba según algunos viejos trabajos anatómicos. El verdadero ángulo cólico derecho pues es el primero que se fija en el periodo embrionario. En ese momento las directivas o los límites de la exéresis no están bien fijados. Aquí se pasa uno tanto en lo que respecta a invasión visceral como en lo que respecta a invasión linfática. No alcanzan con los límites de la zona lumboaórtica inferior infrarrenal y no alcanza tampoco con extender la exéresis del colon más aquí o más allá. La zona infraaórtica linfática preaortocava subrenal no es una zona que sea independiente de la zona suprarenal y en estos casos es que se ve. Hay aquí una invasión que no sólo es invasión directa del duodeno, sino que es invasión directa y linfática al mismo tiempo, que hace que las resecciones no sean suficientes. En ese sentido yo creo con el Dr. Mainetti que la clave de la solución de los problemas oncológicos bravos del vientre superior, tanto en lo que respecta al páncreas como en lo que respecta al cáncer de pílora como en lo que respecta al cáncer de colon derecho prerrenal, hay que ir a la cirugía pancreática y que está perfectamente justificado algo que puede ser mayor que lo que el enfermo puede soportar pero que se impone desde el punto de vista lógico, que es el hacer la duodenopancreotomía como él la viene haciendo. Es una cirugía que para mí está terminada pero que para la generación que viene está completamente abierta por su utilidad.

Otra cosa interesante: señaló el Dr. Suiffet la técnica de Turnbull.

Vi la presentación de Turnbull en el Congreso del American College of Surgeons hace dos años en Atlantic City e indudablemente era una técnica que dejaba el tumor para el final, pero la técnica fue para mí decepcionante, contrariamente a lo que me decía justo en ese momento el Prof. Mainetti que lo había visto operar y había encontrado muy bien los resultados frente a la otra operación, es decir a la operación que toca el tumor de entrada y en que se puede diseminar la contaminación. En lo que respecta a la sutura, practico la laterolateral yuxtaterminal. Desde el punto de vista de la sutura es singularmente una lateroterminal, laterolateral. Sin embargo quien me vea operar diría que estoy con los principios de... Porque invagino tanto el muñón ileal como el muñón cólico en tal forma que no queda ningún divertículo ni en el colon ni en el íleon que es lo que se ha señalado como muy conveniente a la laterolateral.

Vuelvo a agradecer a los integrantes de la Mesa que me han citado.

Dr. Bosch: Quiero felicitar a la Mesa por la brillante exposición. Personalmente no tengo nada que agregar sino referir mi experiencia obtenida. En lo que se refiere a extensión, comparto lo expuesto por los integrantes de este panel. Comparto totalmente lo expresado por el Dr. Mainetti.

En materia de tiempos quirúrgicos hemos ido variando también. En los últimos tiempos estamos modificando el tipo de cirugía como lo ha expresado el señor Presidente.

En materia de anastomosis hemos practicado siempre, quizás por costumbre y por ese motivo quizás dio buenos resultados, la anastomosis terminolateral.

En materia de resultados o fallas de suturas realmente, creemos no haber tenido.

En materia de seguridad para las suturas intestinales estamos haciendo finalmente casi en forma común la sutura.

Dr. Suiffet: Antes de clausurar esta reunión le vamos a solicitar a los miembros de la Mesa si desean hacer algún comentario muy breve sobre lo que se ha expuesto con posterioridad de los relatos.

Dr. Mérola: Quiero decir que me siento orgulloso de haber podido participar en la primer reunión donde se ha hecho algo que se refiere a la teoría de la medicina operatoria, sin la cual los cirujanos se van a transformar muy pronto en idóneos de la cirugía y no en cirujanos. Muchas gracias.

Dr. Marella: Me quiero referir nada más que a un punto que en parte fue omitido pero que está en el texto referente a la exposición del Prof. Cendán, y no lo dije por el apresuramiento en la exposición, cuando se trató el tema de cáncer de colon por el Prof. Del Campo, hace más de diez años en un Congreso de Cirugía, presenté un trabajo sobre la peritonización, la necesidad de la peritonización imperiosa. Con gran sorpresa el Prof. Cendán en aquel momento sostuvo que la peritonización después de la colectomía no era necesaria. Este fue un problema que nos preocupó posteriormente y no fuimos tan estrictos en la peritonización a partir de lo sostenido por Cendán. En el año 65 durante una estadía en el St. Marks de Londres, observamos con gran sorpresa que allí en las colectomías izquierdas y en las amputaciones abdominoperineales hacían la peritonización estricta del fondo pelviano, pero en el resto no hacían la peritonización. Preguntándole a Lloyd Davies, que en aquel momento estaba junto con Nauthon Morgan en la dirección del St. Mark's, dijeron que ellos no tenían miedo a las superficies desperitonizadas y sí tenían miedo a los orificios que pudieran quedar sobre todo en el fondo pelviano. Esto terminó de corroborar la impresión que tenía y los conceptos vertidos por Cendán que habían tenido origen en su estadía en el Brasil con Montenegro, y desde entonces nuestro criterio es el siguiente: Los orificios en el piso pelviano deben ser suturados cuidadosamente pero las superficies desperitonizadas en la pared abdominal no tienen necesidad de ser peritonizadas. Por otro lado el Prof. Cendán ha sostenido un criterio que tiene validez particular, que si se llega a peritonizar y ahí está

el último esquema del trabajo nuestro, esa peritonización no debe ser completa porque el riesgo de una peritonización completa es el hematoma que queda detrás, que se infecta y es causa de íleo postoperatorio.

Dr. Suiffet: Ha llegado a su fin esta reunión y no vamos a hacer ningún comentario de orden técnico dada la brevedad del tiempo, porque cada uno de los puntos tratados y analizados puede ser desarrollado in extenso. Simplemente queremos agradecer en primer lugar a las autoridades del Congreso por la designación de que han sido objeto los miembros de la Mesa y particularmente el coordinador. En segundo lugar a los congresales que han

tenido la paciencia de tolerar estas tres horas de trabajo, no sabemos si con provecho o sin él. De cualquier manera lo que decíamos al comienzo, de la responsabilidad que recaía sobre nosotros al iniciar este tipo de reunión, creemos que por lo menos se ha justificado la inquietud que nos llevó a promoverla. Ustedes lo dirán en el futuro si es conveniente en este tipo de reunión realizar mesas redondas de técnica quirúrgica que tienen un carácter docente y de divulgación de las técnicas perfectamente conocidas, pero que motivan la participación de cirujanos experimentados que pueden volcar sobre todo el resto de los congresales conceptos utilizables después de la tarea diaria. Muy buenos días. Muchísimas gracias.