

Resección y anastomosis en una etapa en las complicaciones agudas del cáncer de colon *

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

La resección y anastomosis en una etapa, como tratamiento quirúrgico urgente de las complicaciones agudas de colon, va ganando cada vez más adeptos. Esta táctica comenzó a realizarse desde 1930, pero recibió mayor impulso a partir de 1950 (4, 16, 17) en base a los adelantos en anestesiología, metabolismo y antibioticoterapia (4, 5, 11, 14, 15, 16, 17).

En nuestro medio, Cendán (3), Praderi (12) y nosotros (1), hemos adquirido experiencia favorable con esta táctica, aunque hemos recurrido a menudo al tratamiento clásico, desfuncionalizando previamente el colon.

Los nuevos conceptos se aplicaron primero al colon derecho (16), frente a los que preconizaban las derivaciones internas en una etapa previa para reseccionar después (13). Savage (14) en una estadística de 92 cánceres ocluidos realizó resección y anastomosis primaria en 14 de 19 pacientes de oclusión de colon derecho, en 7 de 12 localizaciones en transverso, en tanto sólo se adoptó la resección primaria en 19 casos de cáncer de colon izquierdo. Teniendo en cuenta que el cáncer de colon se topografía en el 33 % de los casos en el lado izquierdo, frente a un 10 % de topografía derecha (10) y que el episodio oclusivo es mucho más frecuente en la localización izquierda (2), queda claro que frente a un episodio agudo por cáncer de topografía derecha, el cirujano encontrará mayores oportunidades de emplear la conducta de resección anastomosis primaria.

En esta oportunidad queremos simplemente comunicar nuestra experiencia en

el tratamiento de 7 enfermos de cáncer colónico con complicación aguda, en quienes se practicó resección y anastomosis primaria, como contribución a dilucidar una táctica quirúrgica que aún se está lejos de poder estandarizar en sus indicaciones.

Aunque sin valor estadístico, señalamos que, de nuestras 7 resecciones-anastomosis primarias, 3 corresponden a episodios agudos por cáncer de colon derecho. Podríamos decir que en esta localización del cáncer, frente a complicación aguda, serán sólo las contraindicaciones las que nos apartarán de realizar la conducta en una etapa. Puede haber incluso elementos que fuercen, con carácter más o menos imperioso, este temperamento (11). El enfermo del caso Nº 3 de nuestra serie, ingresó en grave estado de shock, con contractura generalizada por peritonitis difusa. Se trataba de una perforación colónica supralesional a cáncer obstructivo de colon ascendente. Se hizo tratamiento quirúrgico de la peritonitis, hemicolectomía derecha con ileotransversostomía termino-terminal. Tuvo un buen postoperatorio. Desde luego que en estos casos la fase de reanimación es primordial. La rehidratación y reposición electrolítica se harán con criterio fisiopatológico y no puede omitirse la intubación nasogástrica y la antibioticoterapia parenteral intensiva.

En las complicaciones del cáncer obstructivo izquierdo, la conducta de resección y anastomosis primaria ha sido más discutida y es menos usada (6). Las ventajas son, en cierto sentido, obvias: una operación en lugar de tres y una rápida convalecencia (14). Se señala una mortalidad algo menor y una reducción de la

* Trabajo del Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas (Director: Prof. Adj. Walter García Fontes) y de la Clínica Quirúrgica del Prof. J. E. Cendán (Hospital Maciel).

morbilidad (5). Pero la incriminación fundamental que se le hace a la derivación externa previa, es la prolongación del período de espera aceptable, de un par de semanas hasta dos o tres meses (14). En estas circunstancias las posibilidades de un tratamiento radical del proceso canceroso puede disminuir notablemente. En dos de nuestros casos (4 y 7) fue necesario complementar la operación radical practicada primariamente con colostomía transversa. En el caso N° 4 se realizó a los seis días por sospecha, que no se confirmó, de fuga anastomótica; y en el caso N° 7 se llevó a cabo en el momento de la intervención por alteraciones de la pared del colon transverso. En esos casos no se pudo evitar al paciente, por lo tanto, la repercusión síquica y la eventualidad de complicaciones que da la colostomía. Pero, aparte de que en el primer enfermo quizá pudo haberse obviado la derivación externa, creemos que aun realizándola se brindó a los pacientes mejores posibilidades de un tratamiento radical y oportuno de sus lesiones.

Entendemos que la colostomía transversa contemporánea de la resección y anastomosis se debe efectuar con similar criterio al que se tiene en la cirugía colónica fuera de episodio agudo. Esto es, cuando por alguna razón, después de efectuada la anastomosis, se tema una dehiscencia y como dice Goligher (6), no tanto para prevenirla como para hacerla menos peligrosa y facilitar su tratamiento si se produce. Alternativamente se puede usar una cecostomía (9) con algunas ventajas, pero quizá con menor seguridad.

La conducta de resección y anastomosis en cáncer obstructivo izquierdo tiene su mayor indicación en la oclusión intestinal con válvula ileocecal incompetente (casos 3 y 4). En estos casos el riesgo de necrosis isquémica presente en la oclusión bipolar se ha alejado y la urgencia de una intervención para evitar una perforación diastásica es más remota o no existe. Se puede tomar por tanto un lapso conveniente para esperar los resultados de la decompresión por intubación intestinal y equilibrar humoralmente al paciente. Se puede operar en estos casos con intestino mediano o levemente distendido. En el acto quirúrgico se completará la decom-

presión por ileotomía y aspiración del intestino delgado por un lado, y vaciamiento del colon hacia el segmento a reseñar si es necesario por otra parte. La ileotomía la realizamos con incisión mínima, transversa, en borde mesentérico, como insistía Larghero (8). Subrayamos que en los casos intervenidos la resección se hizo con criterio oncológico, salvo en el caso N° 2 en que se realizó una resección segmentaria por tratarse de una enferma anciana.

Ante la oclusión intestinal aguda, cerrada, por cáncer de colon izquierdo, la decisión táctica puede ser difícil. Series de autores que en principio son partidarios de una terapéutica de resección-anastomosis primarias, no incluyen esta conducta en esas circunstancias (15). En nuestra serie figuran tres casos (N°s. 1, 4 y 7) en esta situación que fueron tratados por resección y anastomosis primarias. En uno de ellos (N° 7) se agregó una colostomía transversa por lesiones diastásicas a ese nivel.

Es en estos casos en que creemos que debe darse de una manera más completa las exigencias de buen estado general del paciente, ausencia de enfermedades concomitantes y conveniente estado local del intestino y suturar, para plantear una conducta de resección y anastomosis. El intestino debe ser de tamaño relativamente normal, estar libre de edema y con un buen aporte sanguíneo (4), después de las maniobras quirúrgicas de decompresión.

Windsberg (17) concede especial importancia a las maniobras para el vaciamiento del colon distendido y ocupado por materias. Después de la punción con aguja y jeringa del colon, se coloca clamp distal. Luego de efectuada la sección inferior se hace incisión por encima del tumor y por expresión desde el ciego se vacía el contenido colónico en un recipiente colocado en el piso y convenientemente aislado por campos de la zona operatoria.

Si existieran razones para una resección primaria y por las maniobras expuestas no se lograra un cabo proximal con las características antes anotadas (4), puede estar indicado una exteriorización del cabo proximal.

Un diagnóstico precoz de oclusión cerrada de colon favorecerá por lo tanto la indicación de resección-anastomosis primaria.

En nuestro medio desempeña importante papel en la determinación las condiciones circunstanciales de equipo quirúrgico y anestesiológico.

Nuestra limitada experiencia coincide, por lo tanto, con la de los autores (4, 14) para los cuales la resección y anastomosis primarias en la oclusión cerrada por carcinoma izquierdo estará limitada a casos seleccionados de enfermos no obesos, sin procesos patológicos generales, en los cuales las maniobras quirúrgicas de decompresión son efectivas. Como la mayoría de los autores que se ocupan de este tema (4, 5, 7, 11, 14, 15, 16) hemos practicado la anastomosis terminoterminal. Pero juzgamos interesante la posición de quienes, como Zollinger (18), en las anastomosis colorrectales prefieren un a unión lateroterminal.

La presencia de metástasis hepáticas o ganglionares, difíciles de tratar radicalmente, serían también indicaciones para algunos (14) de resección y anastomosis primarias, para evitar una colostomía a enfermos sin posibilidades de un tratamiento presuntamente curativo.

La localización del tumor en el colon transversal hará jugar las distintas consideraciones que hemos realizado, pero en general se tiende a una posición de resección-anastomosis, sobre todo si por alguna razón no es preciso recurrir a extensa resección (caso N^o 2).

CONCLUSIONES

Creemos que no puede afirmarse que la conducta de resección-anastomosis ante la oclusión aguda por cáncer de colon, sea el procedimiento de elección y sustitutivo de las conductas consagradas de derivación, pero evidentemente señala una tendencia a tener en cuenta, sobre todo con los matices analizados. Indudablemente es positiva una actitud que para una correcta decisión exige una laparotomía que permita, en el acto quirúrgico, la corroboración o no del diagnóstico clinicorradiológico.

La actualmente desechada "cecostomía ciega" (13), o una colostomía transversa de iguales características, hacen posible persistir en un eventual error diagnóstico, de fatales consecuencias cuando se deja evolucionar un vólvulo sigmoideo por ejemplo, o una oclusión de delgado por adherencia al tumor (2) que exigirían un tratamiento quirúrgico directo (14).

CASUISTICA

Caso 1.— 62 años (figs. 1 y 2). Cuadro de oclusión intestinal que culmina episodios de oclusión intermitente. Oclusión de tipo bipolar, sin participación peritoneal de fosa iliaca derecha. La intervención confirma el diagnóstico y revela cáncer de sigmoide. Después de la resección y vaciamiento intestinal se logró adecuado diámetro para anastomosis terminoterminal. Tuvo una trombosis de miembro inferior izquierdo que evolucionó bien. Actualmente, cuatro años después, está en buenas condiciones en el control clinicorradiológico. Sólo presenta leve edema perimaleolar.

Caso 2.— 79 años (fig. 3). Oclusión intestinal aguda. Tumoración en región paraumbilical derecha. La radiografía muestra oclusión de colon con válvula ileocecal incontinente. En la operación se comprueba cáncer de colon transversal derecho. Se realiza colectomía segmentaria y anastomosis terminoterminal. Evolución sin incidentes. Control clinicorradiológico a un año y medio, normal.

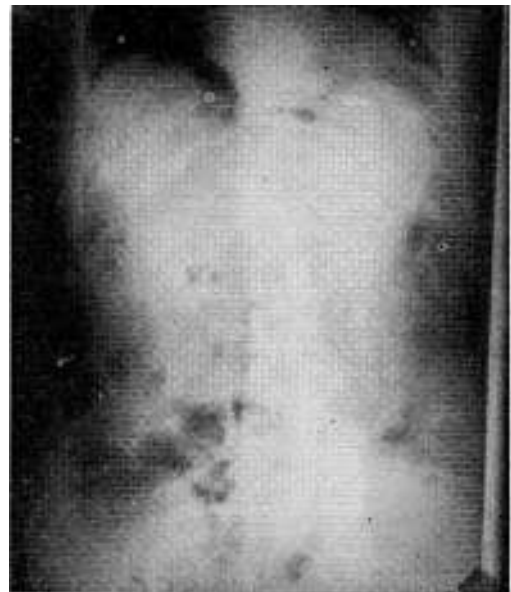


FIG. 1.

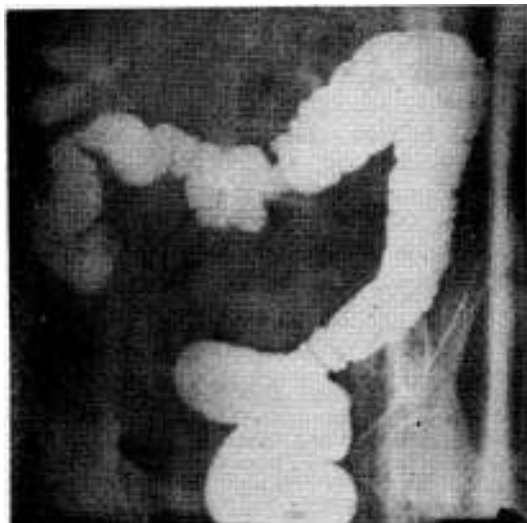


FIG. 2.



FIG. 3.

CASO 3.—64 años (figs. 4, 5 y 6). Ingresa por peritonitis aguda, difusa; 48 horas antes le efectuaron estudio radiológico con enema baritado. Tiene grave estado de shock. Se hace reanimación. La radiología revela neumoperitoneo. En la intervención se comprueba efracción colónica próxima a cáncer de colon ascendente. Hay materias fecales en la fosa iliaca derecha. Tratamiento de la peritonitis. Hemicolectomía derecha con ileotransversostomía terminoterminal. Se deja drenaje del Douglas y de la zona patológica. Evolución postoperatoria sin incidentes. Lleva dos años de operado y presenta controles clínico-radiológicos normales.

CASO 4.—43 años (fig. 7). Oclusión intestinal aguda. Oclusión intermitente previa. La radiología muestra oclusión de colon con válvula ileocecal abierta. En la intervención se comprueba oclusión intestinal por cáncer sigmoideo, con pequeñas adenopatías yuxtacólicas. Se hace vaciamiento por colotomía yuxtalesional. Se efectúa hemicolectomía izquierda con criterio oncológico y anastomosis ter-



FIG. 4.

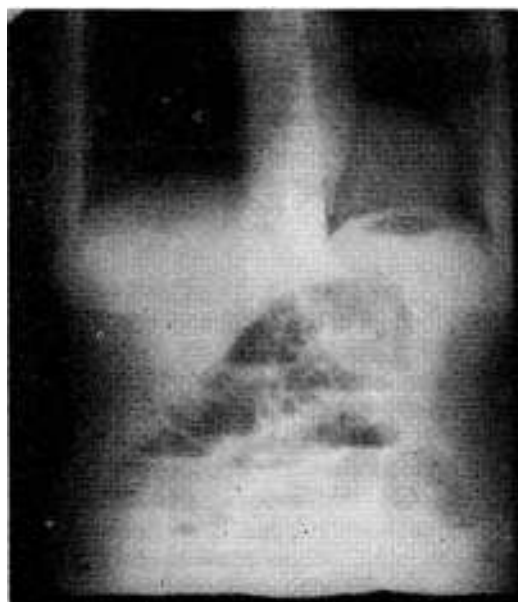


FIG. 5.

minoterminal. Se deja drenaje de Penrose lateroanastomótico. Al 5º día tiene distensión abdominal y dolor en zona operatoria. Se plantea duda sobre posible fuga anastomótica, por lo cual se hace colostomía transversa derecha. Evoluciona bien. La radiología no revela dehiscencia de sutura. Cierre de la colostomía. Al año y medio de operado está bien (los ganglios yuxtacolónicos están colonizados).

CASO 5.— 65 años (fig. 8). Oclusión intestinal de colon con 20 horas de evolución. Se palpa tumefacción paraumbilical derecha, dolorosa. La radiología revela niveles hidroaéreos en el delgado y ausencia de gases en todo el colon. En la operación se comprueba cáncer de colon ascendente invaginado, distensión de intestino delgado. Se hace vaciamiento de todo el intestino delgado y se practica hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa terminoterminal. Tuvo una buena evolución.

CASO 6.— 57 años. Oclusión intestinal de 6 horas de evolución. La radiología muestra oclusión cerrada de colon. Se planteó la posibilidad de vólvulo sigmoideo. En la intervención se confirma la existencia de una oclusión bipolar de colon por cáncer estenosante de colon descendente bajo. Se hace evacuación del contenido colónico. Hemicolectomía izquierda previa ligadura de la arteria mesentérica inferior y anastomosis terminotérmica. A un año de la intervención está bien.

CASO 7.— 70 años. Oclusión intestinal aguda con gran distensión. En la intervención se comprueba oclusión de colon con válvula ileocecal competente por cáncer estenosante de sigmoide. El colon transverso presenta alteraciones isquémicas de su pared, por lo que se exterioriza en forma de colostomía transversa derecha. Se practica hemicolectomía izquierda. Tiene un buen postoperatorio. Hace pocas semanas de la intervención y no se ha efectuado el cierre de la colostomía.

RESUMEN

Presentamos siete casos de complicación aguda por cáncer de colon, en los que se practicó resección y anastomosis, sin mortalidad y sin fuga anastomótica evidenciable. Esta conducta debe tenerse muy en cuenta en la localización derecha y aun transversa del tumor será —si es posible por otras circunstancias— lo aconsejable ante enfermos con complicación peritoneal; se planteará, balanceando otras circunstancias, en cáncer obstructivo izquierdo con válvula ileocecal incompetente y podrá considerarse como un procedimiento alternativo en pacientes en buenas

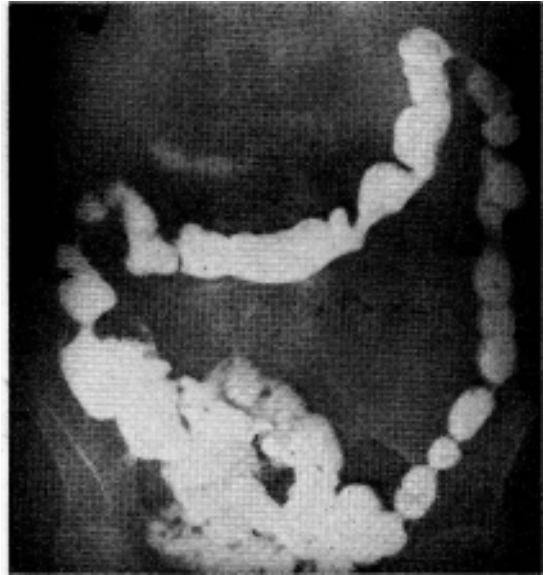


FIG. 6.

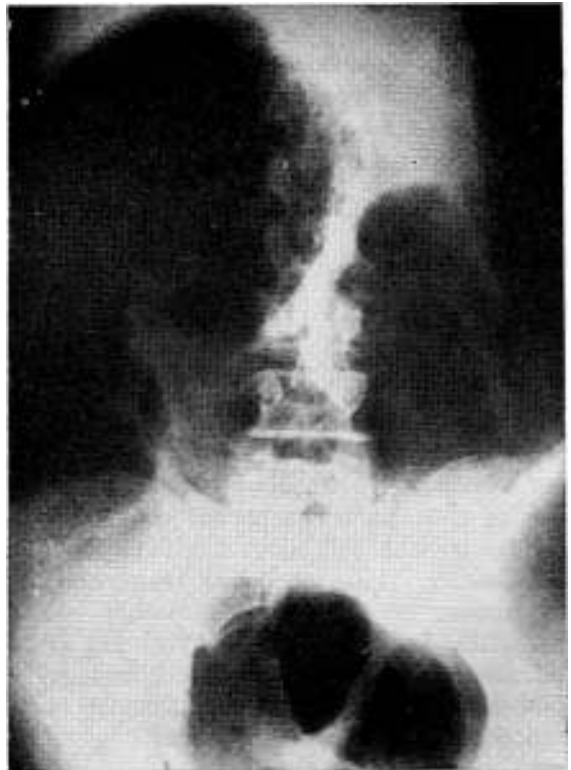


FIG. 7.— Radiografía simple de abdomen. Síndrome oclusivo de colon —tipo bipolar— con gran distensión colónica por carcinoma de colon izquierdo.

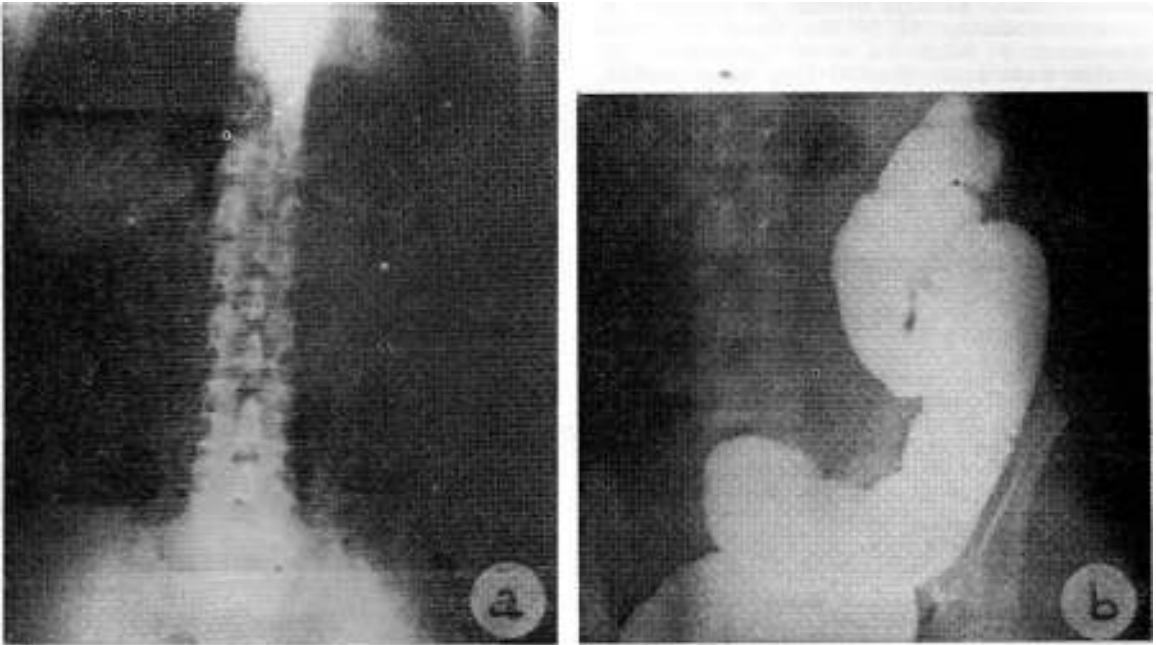


FIG. 8.— a) Radiografía simple de abdomen de pie por síndrome oclusivo por carcinoma de colon descendente con esfínter ileocecal incompetente. b) Colon por enema confirma lesión-estenosis (carcinoma) causa de la oclusión.

condiciones generales y locales (logradas por decompresión quirúrgica) en la oclusión bipolar de colon.

En todos los casos es imprescindible un correcto y meditado balance clínico y una juiciosa valoración de las posibilidades de lugar y equipo con que se cuenta.

RÉSUMÉ

Presentation de sept cas de cancer du côlon avec complications aiguës, traités par résection et anastomose, sans mortalité et sans pert anastomotique évidente. Ce traitement doit être considéré dans la localisation droite et même transverse de la tumeur et devra —si possible— être conseillé dans le malade avec des complications peritoneales. Ce traitement se posera, entenant compte d'autres circonstances, dans le cas de cancer obstructif gauche avec une valvule iléo-cecal incompetante et pourra être considéré comme un précédé alternatif dans des malades en bonnes conditions générales et locales

(par décompression chirurgical) dans l'occlusion bi polaire du côlon.

Dans tous les cas un jugement clinique correct s'impose, ainsi qu'une judicieuse valoration des possibilités de lieu et d'équipe disponible.

SUMMARY

Seven acute colon carcinoma complications are presented. Resection and anastomosis were made without deads or anastomotics faillures. In patients with peritoneal complication this technique is to be considered specially in right and even transverse localization. It can also be considered in left obstructive carcinoma with incompetent ileo-cecal valve and as alternative procedure in patients with good general and local conditions with complete obstruction of the colon of the closed-loop type.

A correct and medium clinical balance needed in all cases taking into account the possibilities of the equipment.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASNER, B., RODRIGUEZ, V. y BALBOA, O. Resección en la urgencia de las complicaciones de las neoplasias colónicas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 40: 113, 1970.
2. CANTOR and REYNOLDS. *Gastrointestinal obstruction*. Williams. Baltimore, 1957.
3. CE. DAN ALFONZO, J. Comunicación personal.
4. GREGG, R. O. The place of emergency in the management of obstructing and perforating lesions of the colon. *Surgery*, 37: 754, 1955.
5. GERBER, A., THOMAS, R. J. (Jr.), REISWIG, O. K. and VANNIX, R. S. Experiencias with primary resection for acute obstruction of the large intestine. *Surg. Gynec. Obst.*, 115: 593, 1962.
6. GOLIGHER, J. C., GRAHAM, N. G. and DE DOMBAL, F. T. Anastomotic dehiscence after anterior resection of the rectum and sigmoid. *British Journal of Surgery*, 57: 109, 1970.
7. NICKEEL, D. F. and DOCKERTY, M. B. Five year survival rate of completely obstructing annular carcinoma of descending colon and sigmoid. *Surg. Gynec. Obst.*, 87: 519, 1958.
8. LARGHERO, P. Precisiones de la técnica de enterotomía. *Día Médico Uruguayo*, 29: 4401, 1963.
9. Mac DONALD, O. Métodos de decompresión en cirugía abdominal. *Clín. Quir. N. Amer.*, 273, febrero 1964.
10. MAINGOT, R. *Abdominal operations*. Lewis. London, 1961.
11. MADDEN, J. and TAN, P. T. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon, with abscess of diffusing peritonitis. *Surg. Gynec. Obst.*, 113: 646, 1961.
12. PRADERI, R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 123, 1967.
13. QUENU, J. *Oclusion intestinal*. Paris. Doin, 1953.
14. SAVAGE, P. Immediate resection with end to end anastomosis for carcinoma of the colon presenting with acute intestinal obstruction. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 63: 38, 1970.
15. ULIN, A. W., ERLICH, E. W., SHOEMAKER, W. C. and AZORSKI, J. A study of 227 patients with acute large bowel obstruction due to carcinoma of colon. *Surg. Gynec. Obst.*, 108: 267, 1959.
16. WAGENSTEEN, O. *Intestinal obstruction*. Charles C. Thomas, Springfield, 1955.
17. WINDSBERG, E. Intestinal obstruction of the distal colon due to malignancy: single stage decompression and resection. *Surgery*, 46: 305, 1959.
18. ZOLLINGER, R. M. *Resección anterior por cáncer rectosigmoideo*. Curso Prof. Etala. Buenos Aires, agosto 1970. (Inédito.)