

*Cirugía de algunas afecciones del colon sigmoideo
(cáncer y megacolon)*

Por el Dr. C. NARIO

(Discusión)

Dr. Armand Ugón. — El relatorio, lleno de claridad y de precisión que nos hizo el Dr. Nario, sobre tratamiento del cáncer sigmoideo y megasigmoideo, vuelve agradable a intervenir en la discusión, pues no se sabía sino suscribir a sus conclusiones.

Queremos solamente, fundamentándonos en nuestra experiencia de ocho casos de cáncer sigmoideo complicados o de oclusión o de peritonitis, insistir sobre dos puntos: la cecostomía en la oclusión baja y la peritonitis en neoplasma oclusivo de sigmoide.

1.º) Cecostomía y oclusión baja de colon.

Hemos practicado varias veces cecostomías en oclusiones avanzadas, con gran balonamiento, consecutivas a esquirros estenosantes del sigmoide que, ulteriormente, se mostraron extirpables. En estos enfermos, si bien se podía afirmar el asiento cólico de la oclusión, no se pudo precisar el asiento topográfico exacto, por no utilizar un elemento de diagnóstico hoy imprescindible, el examen radiológico por líquido opaco; estudio radiológico sobre cuya importancia ha insistido en una instructiva comunicación nuestro Presidente Dr. Del Campo.

Esta maniobra, simple e inofensiva, si es practicada bajo el control del mismo cirujano y como tiempo previo a la intervención que así no sufriría aplazamiento, es insustituible para la terapéutica óptima. En efecto, la cecostomía, operación de necesidad justificada por la imprecisión diagnóstica en enfermos graves, es una maniobra deficiente. La cecostomía para desintoxicar completamente a los enfermos debe ser muy amplia; con la consiguiente dificultad para el cierre y, aún así, es frecuente que persista un estado suboclusivo de colon, que agrava y dificulta la exéresis ulterior del sigmoide. Por esta razón, perdimos una enferma que, a pesar del ano cecal seguido a copiosos lavados, nunca pudo vaciar su colon, siendo intervenida en malas condiciones.

Por el contrario, precisado el asiento del obstáculo por los rayos X, el ano terminal sobre el descendente, operación tan benigna como la anterior, da toda seguridad de obtener la vacuidad cólica, haciendo có-

moda la técnica de la extirpación secundaria del intestino distal, adaptando la técnica de L. Murmez y Hartmann, para la exéresis del neoplasma del sigmoide no complicado.

2.º) Neoplasma oclusivo de sigmoide complicado de peritonitis.

Hemos observado tres casos. En uno de ellos, señora de 45 años, la oclusión databa de tres días y la afección de cuatro meses antes.

El estado general era bueno, los cólicos de mediana intensidad, el balonamiento discreto. Por un error, aún hoy bastante generalizado en nuestro medio, el médico prescribe un purgante. A las cuatro horas de tomar el aceite de ricino, la paciente, tiene un dolor de puñalada periumbilical, seguido de colapso y cesación de dolores colicoides. En estas condiciones vemos a la enferma, presentando el síndrome característico de peritonitis por perforación, presumiendo que la lesión asiente sobre el asa dilatada supraestriktural.

Intervención. — Eter, incisión mediana infraumbilical. Gases y materias fecales libres en el vientre. Neoplasma que sería fácilmente extirpable del sigmoide; el colon, dilatado, por encima del neoplasma, no presenta perforación visible. Al examinar el ciego, se constata una perforación del tamaño de una moneda de cinco centésimos, asentando sobre su cara externa. Los bordes de la perforación no permiten apreciar un proceso patológico anterior. Evidentemente, se trata de una perforación diastásica. Toilette del peritoneo. Cecostomía amplia. Cierre con drenaje.

La enferma fallece al tercer día con síntomas de peritonitis progresiva.

En los otros dos casos se trataba de peritonitis circunscrita de la pelvis.

En el primer enfermo practicamos un ano ilíaco izquierdo, con drenaje de la colección por el recto. El enfermo cura de su accidente pero estimamos, a priori, por el proceso inflamatorio anterior que no se justifica una reintervención con fines del exéresis a pesar de que clínicamente el neoplasma no data sino de cuatro meses. Muy probablemente nos hemos equivocado de conducta, pues este paciente vivió año y medio después del ano ilíaco.

El segundo caso, se refiere a una señora que, presentando una hernia crural izquierda, con frecuentes empujes suboclusivos, hizo equivocar la pista del médico tratante. Hasta que, a los siete meses de la iniciación clínica del síndrome, hace una colección supurada íleo-pelviánica, coexistiendo con oclusión intestinal; momento en que vemos a la enferma.

Intervención. — Con el Dr. Pérez Fontana.—Laparatomía infraumbilical. Gruesa masa inflamatoria pelviana en la que penetra el colon descendente. Al puncionar, pus cremoso. Antes de evacuar el absceso, con incisión ilíaca y exteriorización del colon descendente, para ano ilíaco definitivo. Evacuación de un litro de pus. Drenaje con Mickulitz. Cierre parcial.

Post operatorio.—Alta a los veinte días; a los dos meses ha aumentado ocho kilos.

2.a intervención.— Con ayuda del Dr. Agustoni, en Rosario.—Eter, amplia incisión paralela a la arcada. Extirpación fácil de todo el sigmoide, abandonando el cabo terminal; llama la atención las pocas adherencias existentes, contrariamente a lo que se podría suponer. Cierre. Post operatorio, simple. Hoy, a los trece meses de operada, la enferma presenta recidiva hepática.

Estos dos últimos casos, nos permiten afirmar, que la peritonitis no crea dificultades que imposibiliten la reintervención con fines radicales, y que ésta, de acuerdo con publicaciones recientes, puede dar sobrevidas de importancia y curaciones definitivas.

Dr. García Lagos.—Comparo en general, las ideas del informe del Dr. Nario. Soy partidario de la operación en dos o tres tiempos para los cánceres sigmoideos, pero creo que esa conducta se podrá modificar y que se llegará a operar en un solo tiempo, sin derivación previa y con sutura término-terminal el día que el diagnóstico precoz permita una intervención precoz. Cita dos operaciones que él ha efectuado en el último año, con resección y anastomosis término-terminal, que curaron con toda sencillez. El diagnóstico precoz se hizo en un caso por pequeñas enterorragia y expulsión de un fragmento del tumor. El Dr. Estol, amigo del enfermo, trajo el paciente y el análisis histológico de carcinoma atípico. El post operatorio fué sencillo, per-primam.

El otro caso fué operado precozmente gracias a una "trouville" de rayos X, cuando se estudiaba el tránsito intestinal por otras causas. El éxito operatorio de la operación en un tiempo fué completo.

En cuanto al cáncer del recto-sigmoide cree que no tiene nada que ver con el cáncer sigmoideo. Se podría aislar.

Recuerda que en casos complicados de oclusión se debe hacer la operación mínima: derivación externa. En cuanto al megacolon agudo, ya son conocidas por la Sociedad sus opiniones (1932).

Megacolon complicado por torsión: exteriorización del asa. Abertura al termo a las 24 horas. Resección al 8.º o 10.º día. Reconstrucción intraperitoneal (anastomosis término-terminal).

Si el asa está esfacelada: exteriorización y resección inmediata, etc.

Para el megacolon no complicado la exteriorización también es una operación recomendable por lo benéfica, pero se puede hacer la resección en un tiempo o en dos tiempos (ano en fusil).

Dr. Nario.—Agradece al Dr. García Lagos el apoyo a su autorizada opinión al informe de que es autor. Destaca que el único punto en que parecería haber divergencias, ésta es más aparente. En efecto, al tratar e incluir en el informe el neoplasma sigmoideo inferior lo han hecho teniendo en cuenta dos cuestiones: 1.º) Que la relación fuera lo más imparcial posible; y 2.º) Hacer resaltar bien su posición frente a este tipo de neoplasma en el sentido de considerarlo con un criterio de frontera y, tal vez, un poco alejado del motivo del informe. Esta última consideración al tiempo que coloca el punto en discusión en su verdadera situación, muestra que hay concordancia entre el autor del informe y el Dr. García Lagos.

Accidentes de la gastroenterostomía

Por el Dr. J. M. SILVA

(Discusión)

Dr. D. Prat.—El interesante informe del Dr. José M. Silva sobre accidentes de la gastroenterostomía, presentado a la reunión anual de 1932 de la Sociedad de Cirugía, nos dará ocasión para exponer nuestra experiencia personal sobre el tema y, de paso, comentar las opiniones vertidas en el mencionado informe. La gastroenterostomía, hecha por primera vez por Wölfler el 28 de Setiembre de 1881, es una operación que ha obtenido en su tiempo el mayor éxito quirúrgico, para luego ser acerbamente discutida y criticada como ocurre actualmente, en que se escriben memorias e informes sobre sus complicaciones o accidentes. La gastroenterostomía es una operación que ha estado al alcance de todos los cirujanos, tanto veteranos como improvisados, constituyendo una panacea terapéutica y por eso no es de extrañar que sus resultados fueran muy variables y heterogéneos. El aporte amplio de la experiencia de cada uno de nosotros, confirmada por una documentación precisa y honesta, es lo que contribuirá eficazmente a resolver los problemas terapéuticos de las afecciones gastroduodenales, y a precisar y determinar principios quirúrgicos que representen el tratamiento de elección y el mayor perfeccionamiento técnico. La premura del tiempo nos obliga a ser precisos y sintéticos.