

Ileostomía con esfínter y colostomía simultáneas

Dr. Eduardo C. Palma

Se presentan los resultados de 41 observaciones en que se utilizó el fondo del ciego para efectuar la Colostomía e Ileostomía simultáneas, mediante la movilización y exteriorización del ciego y de la extremidad distal de la última asa ileal, y la amplia apertura del fondo del ciego.

La operación fue bien tolerada, con buena evolución en 40 pacientes (97,6 %) y una muerte (2,4 %). Se obtuvo derivación total de las materias, con desfuncionalización del colon y buen funcionamiento autonómico del esfínter ileo-cecal, con emisión intermitente y espaciada de las heces.

La doble enterostomía fue utilizada con buenos resultados como operación complementaria asociada en 17 pacientes en que se efectuó colectomía izquierda por cáncer y 2 por sigmoiditis complicada. La mortalidad secundaria fue del 12 %.

La doble enterostomía fue utilizada con buenos resultados, como operación asociada complementaria, en 15 obs. de oclusión intestinal grave y en 5 obs. de peritonitis con oclusión. La mortalidad secundaria fue de 20 % y 40% respectivamente.

La Ileostomía con esfínter y colostomía simultáneas, fue utilizada con buenos resultados en 2 observaciones de colitis ulcerosa hemorrágica grave intratable medicamente. Mejorados los pacientes, se efectuó proctocolectomía total, conservándose la ileostomía con esfínter y curándose los pacientes. Se produjo la colonización de la última asa ileal, evacuándose las heces autonómicamente en 3 ó 4 periodos por día.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Colon-Surgery / Ileum-Surgery.

Existen numerosas técnicas de cecostomía, pero la derivación externa de las materias fecales que se obtiene en todas ellas es sólo parcial; las contracciones del ciego y del colon impulsan las materias hacia el ascendente y al colon transversal.

Las cecostomías reducen la tensión en el colon, dando salida a los gases, pero derivando sólo parcialmente las materias fecales.

La colostomía del transversal da buenos resultados; esto ha hecho que suplante a la cecostomía como operación de derivación externa de las materias fecales.

La técnica que preconizamos realiza la derivación externa simultánea del colon y del intestino delgado.

Se efectúa mediante un solo acto operatorio y en el mismo lugar anatómico. La colostomía y la ileostomía quedan adyacentes, pero son enteramente independientes, y a la vez conservan todas sus conexiones vasculares y nerviosas. La ileostomía presenta un esfínter terminal funcionando y continente autonómicamente.

El concepto esencial del procedimiento consiste en efectuar las derivaciones externas en la zona de continuidad del intestino delgado con el colon.

El fondo del ciego no ha sido valorado debidamente por los cirujanos hasta el presente, como zona de elección para la cecostomía.

La técnica que preconizamos utiliza el fondo del ciego para efectuar simultáneamente la colostomía y la ileostomía. (Fig. 3)

El esfínter ileo-cecal, con su inervación y sus vasos, constituye un complejo anatómico y funcional de gran importancia, que los cirujanos no han utilizado hasta el presente. Su conservación constituye otra de las bases fundamentales de la intervención que describimos. (Fig. 2)

Los movimientos peristálticos del íleon terminal impulsan el quilo intestinal hacia el ciego. -Las contracciones del fondo del ciego inician la progresión ascendente de las heces hacia el colon derecho.

La operación que realizamos desplaza el ciego y el íleon hacia afuera, lo que determina un cambio en su situación y en sus relaciones respectivas. El íleon se aboca normalmente en el ciego de manera perpendicular, formando un ángulo aproximado de 90°. La técnica propuesta al desplazar hacia afuera conjuntamente el ciego y el íleon terminal, cambia sus relaciones recíprocas: la última asa ileal queda paralela al cuerpo del ciego. (Fig. 3)

Las operaciones de cecostomía habituales efectúan la apertura del cuerpo del ciego. La técnica que preconizamos abre ampliamente el fondo del ciego lo que impide que sus paredes, al contraerse, puedan hacer avanzar las heces hacia el colon ascendente.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 1º de junio de 1977.

Profesor Emérito de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: 21 de Setiembre 2385. Montevideo (Dr. E. Palma).

Estas dos maniobras de la técnica originan cuatro hechos fundamentales: 1) el retrofondo del ciego pierde toda posibilidad de hacer progresar el quilo intestinal hacia el colon derecho; 2) la terminación del intestino delgado queda abocada al exterior, constituyéndose una ileostomía, que deriva al exterior todo su contenido; 3) el cuerpo del ciego queda también abocado al exterior, constituyéndose una colostomía amplia, en el comienzo del intestino grueso; 4) la ileostomía conserva su esfínter ileo-cecal, con todas sus conexiones vasculares y nerviosas. (Fig. 3)

La ileostomía clásica es una intervención que implica la sección transversal del intestino delgado y en parte del mesenterio, con ligadura de algunos vasos y el abocamiento del cabo proximal del ileon a la piel. Es inconviniente dando salida casi continua al quilo intestinal, lo que produce pérdidas importantes del contenido intestinal, con sus correspondientes consecuencias de irritación cutánea, desequilibrio hidroelectrolítico y proteico. Se acompaña con frecuencia de complicaciones: serositis, edema y estenosis de la neo-boca, supuraciones, peritonitis regional, fístulas, adherencias intestinales, hernias internas, obstrucciones intestinales, etc.

Se han descrito varias modificaciones tendientes a corregir sus inconvenientes. Black y Thomas recubrieron la ileostomía con injertos de piel; pero se originaron a menudo fibrosis subdérmicas y retracciones cicatrizales obstructivas, además de serositis, fístulas, etc.

Warren y McKittrik (16) efectuán incisiones radiadas en la ileostomía para impedir la estenosis. Brooke (1, 2) describió un importante perfeccionamiento consistente en la inversión en "puño de camisa" del extremo del ileon proximal y su sutura a la piel. Turnbull (12, 13) ha completado la técnica de Brooke invirtiendo solamente la mucosa y la sub-mucosa del ileon exteriorizado, al que previamente despoja de su peritoneo y gran parte de su túnica muscular.

Recientemente Turnbull mejoró su técnica para invertir la mucosa del ileon realizando solamente incisiones longitudinales (2) y transversales (2) del peritoneo y de las túnicas musculares, en vez de resecarlas.

La ileostomía tipo Brooke, o Brooke-Turnbull es la mejor tolerada y ha dado buenos resultados. Pero no está libre de complicaciones, y sobre todo tiene el inconveniente de todas las ileostomías: carece de esfínter, en la zona de abocamiento cutáneo, que regule la salida del quilo intestinal.

Diversas tentativas de derivación externa del ciego, y del ileon, con conservación del esfínter ileo-cecal, han sido realizadas: la colostomía transcecal preconizada por Ulin, Erlich y Shoemaker (14); la ileostomía con cecostomía trans-ileal, de Viaggio (15); la ileostomía trans-apéndice-valvular; la ileostomía trans-ceco-valvular, preconizada por Laffite, Suire y Des Menards (cit. por 3), Longuet (4) y Oeconomos (5); la fístula cecal con prolapso ileal [Schmieden (11)].

Todas estas técnicas han sido abandonadas, por sus serics inconvenientes, complicaciones, drenaje insuficiente del ileon y la continuidad del pasaje de materias hacia el colon ascendente.

La ileostomía con cecostomía transileal [Viaggio (15)], (Fig. 1-a) con drenaje del ileon y del ciego a contracorriente, es ineficaz y genera múltiples complicaciones infecciosas locales. Las ileostomías transceco-valvulares simples [Longuet (4)], [Laffite, Suire, Des Menards (cit. por 3)] (Fig. 1-b) o con aspiración continua [Oeconomos (5)] (Fig. 1-c) drenan sólo parcialmente las materias del ileon, continuando el pasaje de materias fecales al colon ascendente.

La fístula cecal con prolapso ileal [Schmieden (11)] (Fig. 1-d) es una concepción que ha fracasado en la práctica; el drenaje al exterior del ileo es imperfecto, continuando el tránsito de materias hacia el colon ascendente o produciéndose un prolapso externo progresivo del ileon. La adherencia fija del ostium ileal y la pared cecal interna al orificio fistuloso efectuado en la pared antero-externa del ciego (Schmieden), no se produce: las mucosas no se adhieren fijamente entre sí. El prolapso del ostium ileal a través del orificio fistuloso, que sea del tamaño exacto, para que todo el contenido ileal se vacíe afuera, sin contacto con el ciego, y que esa exactitud del tamaño del orificio evite el prolapso del ileon a través de la válvula de Bauhin (Schmieden) no se realiza en los hechos: el ostium ileal no es una especie de "tapón" que se encaja exactamente en el orificio fistuloso de la pared opuesta del ciego; la última asa ileal y su ostium, son órganos móviles, contráctiles, con peristaltismo. El autor no menciona el esfínter ileo-cecal, a pesar de su gran importancia funcional.

Hemos establecido una técnica de enterostomía simultánea de colon e ileostomía con esfínter, autónómicamente continente (6, 7, 8, 9, 10). La colostomía decomprime el colon y la ileostomía con conservación del esfínter ileo-cecal hace que ella no tenga las deficiencias funcionales de otras ileostomías.

TECNICA DE COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA CON ESFINTER, SIMULTANEAS

Se efectúa el abordaje de la fosa ilíaca interna mediante una incisión de McBurney ensanchada (Gosset-Weir), con apertura amplia del peritoneo. Explorado el abdomen, se levanta el ciego y se incinde el peritoneo en su contorno: lateralmente a lo largo del colon ascendente, en la zona de reflexión de la serosa que va de la pared posterior del abdomen al ciego, y en la terminación del mesenteric, teniendo gran cuidado de no lesionar el uréter, ni los vasos genitales. (Fig. 3-a).

Se decola luego el ciego, y parte del colon ascendente, y las zonas correspondientes del mesocolon y mesenteric, de manera de hacerlos móviles y pasibles de ser exteriorizados, (Fig. 3-a) Al exteriorizarse, se lleva fuera del

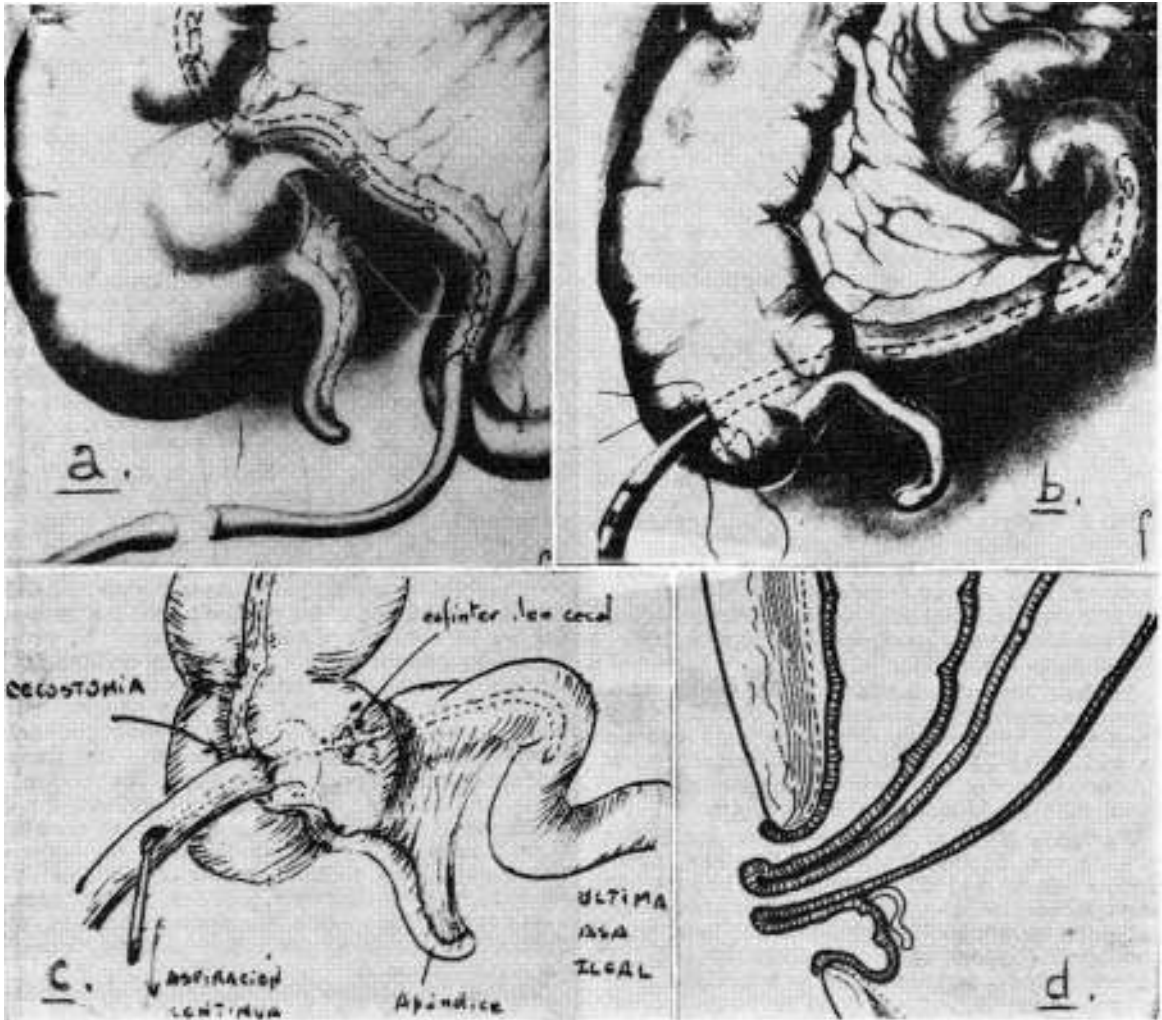


FIG. 1.—Ileo-Cecostomías: a) Viaggio: Ileostomía con cecostomía transileal. b) Longuet-Laffite, Suire, Des Menards: Ileostomía trans-ceco-valvular. c) Oeconomos: Ileostomía trans-ceco-valvular con aspiración continua. d) Schmieden: Fístula Cecal con Prolapso Ileal.

abdomen el fondo y el cuerpo del ciego, que llevan tras sí la terminación de la última asa ileal. (Fig. 3-b)

El ciego queda entonces orientado en sentido antero-posterior, formando un ángulo de 90° aproximadamente con el colon ascendente. (Fig.)

El fondo del ciego queda en posición anterior. Se reseca el apéndice. Se cierra entonces por planos parcialmente la pared del abdomen, teniendo especial cuidado en el cierre del peritoneo, que se sutura con puntos sueltos, en su mitad interna, el último de los cuales, fija la terminación del íleon y su abocamiento en el ciego. Los músculos transversos y pequeño oblicuo son suturados con puntos sueltos en la mitad interna de la incisión. El fondo del ciego y el íleon terminal salen libremente a través de la mitad lateral externa, de la incisión.

La incisión de piel y tejido celular subcutáneo queda en gran parte abierta, colocándose sucesivamente, en el tejido celular subcutáneo, y rodeando al ciego, dos collarettes apretados de gasa impregnada con vaselina líquida, sulfas y antibióticos, de manera de evitar toda posibilidad de pasaje del contenido intestinal a la pared y a la cavidad abdominal.

La vaselina favorece la producción rápida de adherencias, que cierran herméticamente la herida.

Protegida la piel con pomada de aluminio, se efectúa una amplia abertura del fondo del ciego, inmediatamente o varias horas más tarde, según la urgencia del caso. Los dos labios de la incisión de las paredes del ciego caen a los lados, quedando ampliamente expuesta la cavidad cecal, viéndose en la parte central el ostium terminal de la ileosto-

mía y la saliencia en forma de anillo de la mucosa que cubre el esfínter ileo-cecal; a su lado y un poco más arriba se observa el ostium amplio, transversal y con mucosa, de la colostomía del ascendente. (Fig. 3-c)

Las dos enterostomías están una al lado de la otra, pero completamente independientes. (Fig. 3-c).

La exteriorización y exposición al aire del ostium ileal y de la mucosa cecal que recubre al esfínter originan un aumento de la tonicidad del esfínter ileo-cecal y la modificación de su ritmo de apertura, el que se hace progresivamente menos frecuente y luego en períodos cíclicos post-prandiales. Esta modificación del tono del esfínter y de sus reflejos autonómicos de apertura están vinculados a las variaciones producidas en las mucosas del ostium ileal y de la mucosa cecal, por los cambios de temperatura, variación de su humedad, desaparición de la tonicidad cecal y de su peristaltismo, ausencia de contacto de la mucosa con las materias fecales cecales, etc.

La ileostomía se hace continente, funcionando el esfínter autonómicamente y con períodos cíclicos de apertura, de características post-prandiales.

Luego de unas pocas semanas, la última asa ileal aumenta su diámetro y disminuye su peristaltismo, volviéndose funcionalmente colónica. Las heces se vuelven pastosas y aún moldeadas. (Fig. 4)

TECNICA DE LA COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA EN LA OCLUSION INTESTINAL

En los casos de oclusión intestinal, con gran dilatación de asas delgadas, la ileostomía puede ser usada para efectuar la decompresión operatoria del intestino. En estos casos dos equipos actúan: el cirujano con un ayudante, y mediante una amplia laparotomía, efectúa el tratamiento del proceso oclusivo intestinal, en tanto otro ayudante efectúa la aspiración decompresiva de manera retrógrada del intestino delgado, introduciendo en la ileostomía un tubo de goma, largo, grueso, con extremo romo y con varios orificios, al que se hace avanzar por el íleon, a la vez que se efectúa la aspiración decompresiva de los gases y líquidos. A medida que progresa el vaciamiento del íleon, las asas van recobrando su calibre, disminuyendo la evisceración y las dificultades operatorias. El avance del tubo de aspiración se efectúa de manera coordinada entre los dos equipos; el cirujano, actuando asépticamente, va guiando en el abdomen (por fuera de las paredes del intestino) el extremo de la sonda, en tanto el otro ayudante empuja el tubo de goma y efectúa la aspiración. De esta manera, puede irse enhebrando y evacuando el intestino delgado en toda la extensión necesaria sin abrir el intestino delgado, ni producirle ningún daño.

La decompresión aspirativa se facilita, si el tubo de goma es de doble corriente, con un tubo fino para inyectar suero por su extremi-

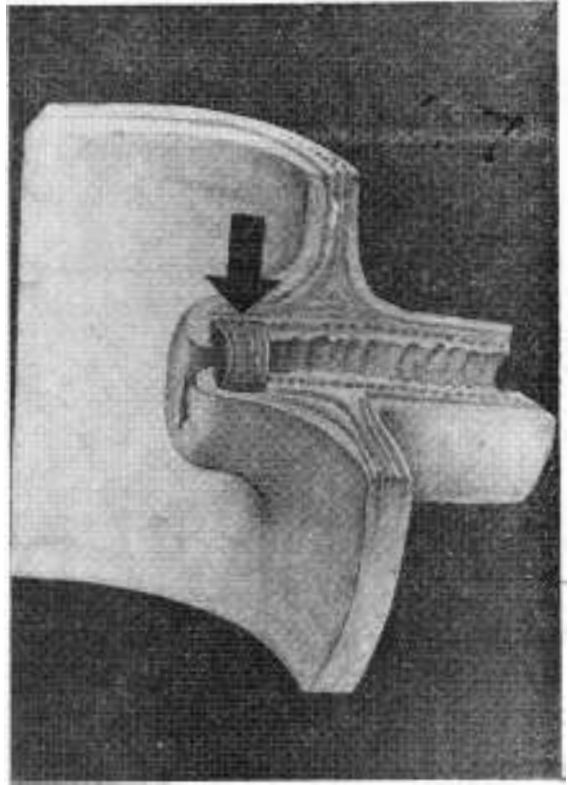


FIG. 2.—Corte esquemático de la terminación del íleon en el ciego, mostrando la saliencia formada por el esfínter muscular ileo-cecal y su recubrimiento por la mucosa intestinal.

dad, y una canulación de gran calibre, para efectuar la aspiración.

En casos de oclusión intestinal colo-ileal, se efectúa también la decompresión aspirativa del colon derecho y el transverso, a través de un tubo colocado en el ciego ascendente.

TECNICA DE CIERRE DE LA ENTEROSTOMIA SIMULTANEA DE COLON E ILEON

La ileostomía que se preconiza, utiliza para exteriorizar el íleon terminal, un área del colon de casi nula importancia funcional: el fondo del ciego.

Si, una vez curado el paciente de su afección principal, está indicado cerrar las enterostomías, ello puede efectuarse fácilmente, resecaando solamente el fondo del ciego, sin tener que actuar sobre el íleon, ni en la unión ileo-cecal. (Fig. 6) La técnica de cierre, se realiza en 4 tiempos, 2 sépticos y 2 asépticos. 1º) se incide circularmente la piel a $\frac{1}{2}$ cm. de la mucosa cecal, y luego de colocar gasas con antibióticos dentro del ciego, se cierra hermética y provisoriamente la cecostomía, efectuando sutura continua de la bandeleta resistente, de piel adherente, a los bordes de la cecostomía. 2º) Se liberan las adherencias del cie-

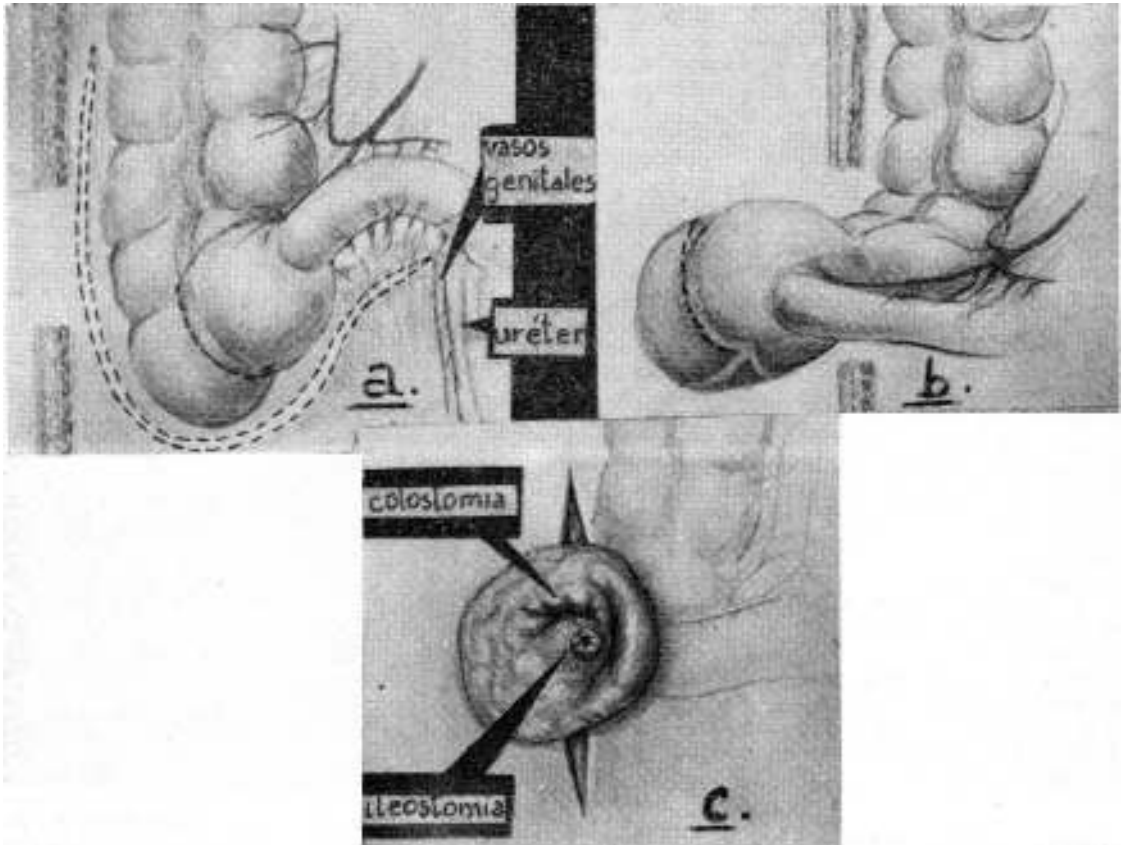


FIG. 3.—Dibujo esquemático de la Colostomía e Ileostomía simultáneas, con Esfínter Autónómicamente Continente: a) Las líneas punteadas muestran la incisión del peritoneo lateralmente a lo largo del colon ascendente, alrededor del ciego y en la inserción del mesenterio; tener gran cuidado de no lesionar el uréter, ni los vasos genitales. b) El ciego ha sido exteriorizado, trayendo tras sí el íleon terminal. c) Abierto ampliamente el fondo del ciego, se establecen las dos ostomías, adyacentes pero completamente independientes: la Colostomía y la Ileostomía con esfínter.

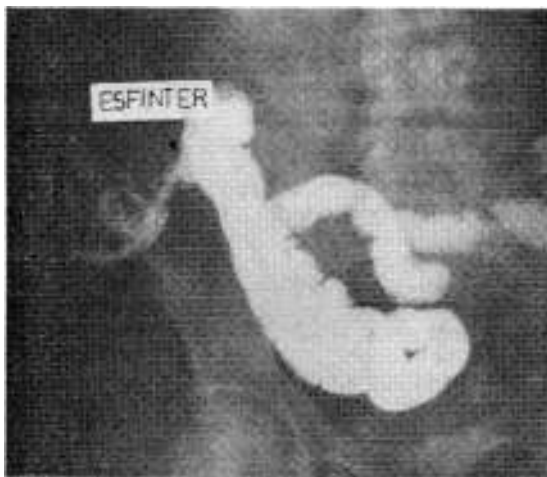


FIG. 4.—Radiografía del íleon terminal: la última asa ileal ha aumentado su diámetro y disminuido su peristaltismo, haciéndose funcionalmente colónica.

go y del íleon de los planos parietales. 3º) Luego de proteger la herida operatoria con compresas húmedas impregnadas de antibióticos, se reabre la cecostomía, se reseca el fondo del ciego, junto con la bandeleta de piel adherida y se cierra el ciego, con 2 planos de sutura. 4º) Se reintroducen el íleon y el ciego al abdomen, y se cierran los planos parietales, dejando un drenaje de seguridad.

TECNICA DE LA ILEOSTOMIA DIRECTA, CON ESFINTER

Cuando la curación del paciente no puede obtenerse a causa de la gravedad y extensión de la afección del colon, siendo necesario efectuar la colectomía total, puede realizarse la extirpación del colon en tanto se conserva la otra enterostomía, la ileostomía con esfínter funcionando, a la que denominamos "Ileostomía Directa, con Esfínter".

La ileostomía directa con esfínter consiste en anastomosar a la piel la terminación de la úl-

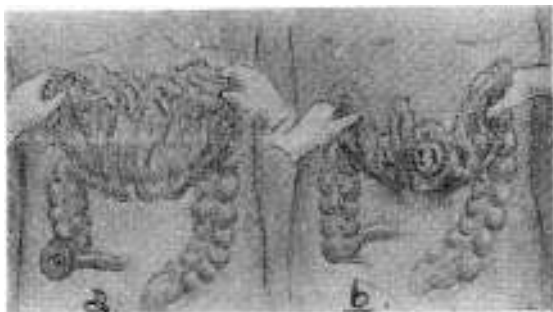


FIG. 5.— a) Colostomía e ileostomía simultáneas: la cavidad peritoneal está completamente libre de adherencias. b) Colostomía transversa: hay muchas adherencias colo-parietales y epiploicas en el centro del abdomen.

tima asa ileal, conservada íntegramente junto con el esfínter ileo-cecal.

Para ello, se recciona la pared del ciego de manera de contornear circularmente la última asa ileal, conservando junto con el esfínter el collarate de mucosa del ciego que lo recubre. El mesenterio con todos sus vasos y nervios es también conservado. (Fig. 9)

La última asa ileal se exterioriza a través de la pared abdominal, en la fosa iliaca interna derecha, quedando la mucosa del ciego que recubre el esfínter a nivel de la piel. Alrededor del asa se colocan dos collarates con antibióticos y sulfas e impregnadas de vaselina, situándolos en el tejido celular subcutáneo, rodeando al ciego, de manera de impedir el pasaje de contenido intestinal a la pared y a la cavidad abdominal, evitando la posibilidad de infecciones y flemones parietales.

OBSERVACIONES Y RESULTADOS

La Enterostomía Simultánea de Colon e Ileostomía con Esfínter se realizó en 41 pacientes, 25 hombres y 16 mujeres. Las edades oscilaron de 29 a 81 años.

La doble enterostomía se efectuó en 19 pacientes en los que se realizó resección del colon izquierdo o del transverso; en 2 casos por sigmoiditis complicada, en 14 observaciones por cáncer de colon, de los cuales 9 del sigmoide, 5 del descendente, 1 del rectosigmoides, 1 del transverso y 1 del ángulo esplénico. En 13 pacientes se efectuó en el mismo acto operatorio la doble enterostomía y la colectomía ensanchada. En 6 enfermos graves, la colostomía e ileostomía se realizó como operación derivativa inicial, preparatoria, para efectuar más tarde la colectomía en mejores condiciones.

La Enterostomía simultánea fue realizada en 15 observaciones de oclusión intestinal grave, en pacientes con gran distensión abdominal, en que no había sido posible efectuar la decompresión intestinal, mediante la intubación con sonda de Cantor, por la parálisis y acodamiento de asas delgadas.

La Doble Derivación fue también realizada en 5 pacientes con peritonitis y oclusión intestinal.

La ileostomía con esfínter y colostomía fue realizada en 2 enfermos jóvenes, con colitis ulcerosa hemorrágica grave, de 32 y 27 años respectivamente, de larga evolución y rebelde a la terapéutica médica. La ileostomía puso en reposo total al colon, y la colostomía permitió completar el tratamiento médico de la colitis ulcerosa, mediante el goteo medicamentoso directo del intestino grueso. Los pacientes mejoraron apreciablemente; cuando 6 meses después se cerraron quirúrgicamente las enterostomías, recidivaron severamente los trastornos de la colitis ulcerosa. Se efectuó entonces procto-colectomía total, conservándose un pequeño collarate de mucosa cecal recubriendo al esfínter. El asa ileal terminal fue íntegramente conservada, y abocado su ostium terminal a la piel.

En todas las observaciones las enterostomías se realizaron fácilmente, sin inconvenientes; fueron bien toleradas en 40 casos (97,6%), y hubo 1 caso de muerte (2,4%), imputable a la gravedad del paciente y a fallas técnicas en su realización.

Hubieron 5 complicaciones postoperatorias menores: 2 supuraciones parietales, 2 fístulas y 1 prolapso. Todas curaron quirúrgicamente.

La ileostomía derivó enteramente las heces al exterior.

Se observó directamente el funcionamiento del esfínter ileo-cecal, con sus contracciones, cierres y aperturas. La exposición del ostium ileal al exterior, con menor temperatura y humedad, en relación con el aire ambiente y carente del contacto con las heces del ciego, modificaron la función del esfínter, aumentando su tonicidad y el cierre del íleon terminal.

La evacuación del íleon se realizó de manera autónomamente continente desde el comienzo en 30 observaciones (75,6%); 10 pacientes, con cuadros infecciosos graves, tuvieron

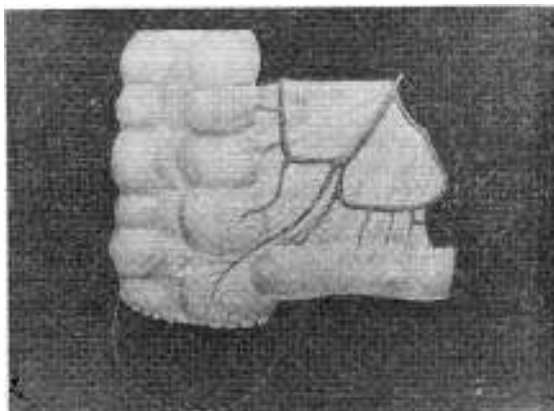


FIG. 6.— El cierre de la colostomía y enterostomía se efectúan fácilmente con sólo suturar el ciego y reseccar su fondo, conservándose intactos el íleon y la unión ileo-cecal.

ron inicialmente diarrea por la ileostomía (25 %). En el primer mes (5 fallecidos) 31 observaciones eran con ileostomías autónomamente continentes (88,6 %) y 4 (11,4 %) incontinentes.

En pacientes en los cuales la ileostomía fue controlada en su funcionamiento más de 1 mes, se observó la progresiva "colonización" del ileon terminal, disminuyendo el número de evacuaciones, y agrupándose en 3 o 4 períodos por día, siendo de consistencia pastosa, semi-sólidas o compactas. Esto fue aún más evidente en los 8 enfermos en quienes la ileostomía fue mantenida de manera permanente. (Fig. 4)

En 22 observaciones las enterostomías fueron cerradas quirúrgicamente, sin complicaciones, 14 con anestesia general y 8 con anestesia local. (Fig. 7)

Las Enterostomías fueron permanentes en 8 pacientes, todos con enterostomía autónomamente continentes (100 %).

En los pacientes colectomizados hubieron 2 muertes (12 %), en los enfermos operados por oclusión intestinal 3 (20 %), y en los de peritonitis con oclusión 2 muertes (40 %).

CONSIDERACIONES

Los resultados obtenidos con la técnica descrita han sido de gran interés. Se ha logrado con un solo acto operatorio, realizar simultáneamente la derivación de los dos intestinos, grueso y delgado.

El intestino grueso es colostomizado en su iniciación, quedando enteramente en reposo y desfuncionalizado transitoriamente, por todo el tiempo que fuere necesario. Se le conserva íntegro en su anatomía, vascularización e inervación, y se le mantiene en su situación anatómo-topográfica normal. A diferencia de la colostomía del transverso, no se crean adherencias coloparietales, ni epiploicas, etc., en la parte central del abdomen. La cavidad peritoneal queda enteramente libre y el cirujano puede realizar con total libertad cualquier intervención quirúrgica complementaria que fuese necesaria, pudiendo movilizar el colon transverso, el ángulo esplénico, efectuar resecciones, anastomosis, etc. (Fig. 5) Puede efectuarse cualquier terapéutica que fuere necesaria, lavado intestinal, goteo medicamentoso intraluminal, etc. (Fig. 8).

El intestino delgado es conservado también íntegro en su anatomía, vascularización e inervación, en toda su extensión y hasta en su extremo abocado a la piel. A diferencia de las ileostomías tradicionales, no se secciona el ileon, ni el mesenterio, ni sus vasos y no hay que hacer puntos de sutura del mesenterio, para evitar hernias internas; tampoco se originan adherencias en la cavidad abdominal, en la zona de la ileostomía. La mayor ventaja de esta operación consiste en la conservación del esfínter ileocecal, con toda su capacidad funcional; con ello la intervención brinda todos los beneficios de la ileostomía, con la derivación integral de las heces al exterior y desfuncionalización del colon, a la vez que evi-



Fig. 7.— Radiografía del colon e ileon, después del cierre de las enterostomías: La continuidad del ileon y del ciego es normal. El fondo del ciego ha sido resecado.

ta el grave inconveniente de la incontinencia permanente, la exfoliación hidrosalina y proteica, la irritación cutánea, etc.

La protección de la herida operatoria con antibióticos, sulfas y compresas vaselinadas, ha sido muy eficaz impermeabilizando la pared e impidiendo su contaminación por las heces. No ha habido infección alguna en 35 casos y solo pequeñas infecciones parietales en 3 observaciones.

La doble enterostomía simultánea es de fácil y rápida ejecución. Ha sido tolerada, sin producir shock en pacientes graves y puede ser realizada con anestesia local.

Una de sus mayores ventajas es su fácil reversibilidad. En 22 casos las enterostomías fueron cerradas, restableciéndose el tránsito intestinal normal, con la sola sutura del fondo del ciego, sin necesidad de efectuar operación anastomótica entre ileon y colon. (Fig. 6)

La colostomía e ileostomía simultánea ha sido utilizada como intervención de derivación complementaria en 19 colectomías izquierdas, con resultados netamente superiores a los de las colostomías del transverso, lo que ha hecho abandonar este tipo de colostomía. (Fig. 5)

La doble enterostomía fue de gran utilidad como operación complementaria en el tratamiento quirúrgico de 15 casos de oclusiones intestinales graves, haciendo posible la evacuación per-operatoria de líquidos y gases del in-

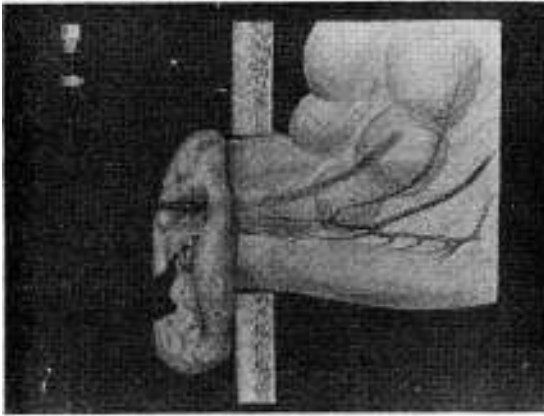


FIG. 8.—Colostomía e ileostomía en pacientes con colitis ulcerosa: la ileostomía mantiene el colon totalmente desfuncionalizado; la colostomía hace posible el tratamiento médico local de la colitis ulcerosa, mediante el goteo medicamentoso directo en el colon.

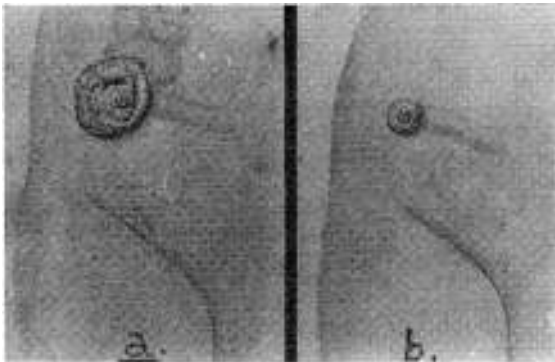


FIG. 9.—a) Colostomía e ileostomía en pacientes con colitis ulcerosa severa. b) Procto-colectomía total, con conservación de la ileostomía, con esfínter autónomamente continente.

testino delgado, sin efectuar enterotomías, evitándose el peligro de contaminaciones operatorias peritoneales. Además, la ileostomía mantuvo la decompresión permanente de la última asa ileal, facilitando la recuperación de su peristaltismo y favoreciendo su evacuación; la recuperación del peristaltismo y la evacuación de esta asa, favoreció la evacuación y recuperación del peristaltismo de la penúltima asa delgada, y así sucesivamente, todo lo cual ha sido de gran utilidad.

En la misma forma, la doble enterostomía, fue también muy útil, como operación complementaria, en el tratamiento quirúrgico de 5 pacientes con peritonitis y oclusión intestinal.

La ileotomía y colostomía simultánea dio excelente resultado en 2 casos de colitis ulcerosa hemorrágica grave, de larga evolución y rebeldes a toda terapéutica, permitiendo mejorar grandemente a los pacientes, y efectuar

meses después, la procto-colectomía total, con conservación de la ileostomía, obteniéndose la curación total de estos pacientes.

La Ileostomía Directa con Esfínter dio buenos resultados en estas dos observaciones de Procto Colectomía total, por colitis ulcerosa hemorrágica grave.

Estos hechos hacen que consideremos viable efectuar en el futuro la implantación de la Ileostomía con Esfínter en la ampolla rectal, en lugar de hacerlo en la piel, en pacientes en los cuales el recto y su mucosa se hallen en buenas condiciones.

En 35 pacientes en que la doble enterostomía se mantuvo más de un mes se produjo la colonización de la última asa ileal, lo que unido a un régimen alimenticio adecuado, completado con fermentos digestivos, hizo que las heces se hicieran pastosas, consistentes y aún sólidas, evacuando el intestino regular y autónomamente, en 3 o 4 períodos por día (de 15 a 30 minutos cada uno) $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ horas después de las comidas. (Fig. 7)

RESUME

Ileostomie avec sphincter et colostomie simultanées

On présente les résultats de 41 observations où le fond du caecum a été utilisé pour effectuer la colostomie et l'ileostomie simultanées, à travers la mobilisation et l'extériorisation du caecum et de la dernière anse iléale et du fond largement ouvert du caecum.

L'opération a été bien tolérée, avec une bonne évolution chez 40 malades (97,6 %) et une mort (2,4 %). L'on a obtenu la dérivation totale des matières et un bon fonctionnement autonome du sphincter iléo-caecal, qui permit la sortie intermittente et espacée des matières fécales.

La double entérestomie a été employée avec des bons résultats comme opération complémentaire associée, su 17 malades où l'on a effectué colectomie gauche par cancer et 2 sigmoïdites compliquées. La mortalité secondaire a été de 12 %.

La double entérostomie a été utilisée avec de bons résultats, comme opération complémentaire dans 15 occlusions intestinales graves et dans 5 péritonites avec occlusions. La mortalité secondaire fut respectivement de 20 et 40 %.

L'ileostomie avec sphincter et la colostomie simultanée ont été utilisées avec des bons résultats dans 2 colites ulcéreuses hémorragiques graves, intraitables médicalement. Après l'améliorement des malades, fut faite la procto-colectomie totale, conservant l'ileostomie avec sphincter, déterminant la guérison des malades. Il s'est produit la colonisation de la dernière anse iléale, avec évacuations autonomes 3 ou 4 fois par jour.

SUMMARY

Simultaneous ileostomy with sphincter and colostomy

Case material comprises 41 observations in which the end of the caecum was used for simultaneous colostomy and ileostomy; this was achieved by displa-

cing and exteriorizing out the caecum and distal end of last ileal loop, and opening wide the end of the caecum.

The operation was well tolerated, evolution was good in 40 patients (97,6 %) and there was one death (2,4 %). Total shunt of faeces was obtained, the colon no longer functioned and there was good autonomic ileo-cecal function with intermittent spaced discharge of faeces.

This double enterostomy was used with good results as complementary associate surgery in 17 patients who underwent left colectomy due to cancer; and in 2 due to complicated sigmoiditis. Secondary death-rate was 12 %.

The double enterostomy was also used with good results as an associate complementary operation, in 15 cases of grave intestine occlusion and in 5 cases of peritonitis accompanied by occlusion. Secondary mortality was 20 % and 40 % respectively.

Simultaneous ileostomy with sphincter and colostomy were used with good results in 2 cases of grave hemorrhagic ulcerous colitis that could not be treated medically. Once the patients had improved, total proctocolectomy was performed, the ileostomy with sphincter was maintained and the patients healed. Colonization of last ileal loop resulted and the faeces were automatically discharged in 3 or 4 daily periods.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BROOKE BN. Technique of ileostomy. Anais II Congr Inter Proctol 2º, Sao Paulo, 1960, 225 p.
2. BROOKE BN. The management of an ileostomy (including its complications). *Lancet*, 2: 102, 1952.
3. FINOCHIETTO R. Tratado de técnica quirúrgica. Operaciones abdominales. Buenos Aires Ediar 1949.
4. LONGUET. Citado por Finochietto R. T. 12: 237.
5. OECONOMOS N. Typhlostomie modernisées. *Presse Méd.*, 73: 20, 1965.
6. PALMA EC. Consideraciones sobre el problema terapéutico de la oclusión intestinal. *Bol Soc Cir Urug*, 12: 2, 1941.
7. PALMA EC, GUTIERREZ BLANCO H. Ileostomía transececal. *Congr Asoc Latin Americ Procto*, 3º. Santiago de Chile, 1966, 261 p.
8. PALMA EC, GONZALEZ VALES H, ARIAS J. Ileostomía con esfínter. *Cir Urug*, 42: 267, 1972.
9. PALMA EC. Ileostomía con esfínter autónomamente continente. *Anales Congr Arg e Intern Procto*, 5º. Mar del Plata, Arg. 1973.
10. PALMA EC. Colostomie et Ileostomie simultanées. *Lyon Chir*, 73: 311, 1977.
11. SCHMIEDEN V. Zökalfistel mit gewolltem Prolaps en Sauerbeuch y Schmieden: Chirurgische Operationslehre Bier-Braun-Kümmell. Leipzig. Barth. 1933. v. 3 p. 177.
12. TURNBULL RB. Physiopathology of ileostomy. *Anais Congr Inter Procto*, 2º. Sao Paulo, 1960, 219 p.
13. TURNBULL RB. Management of the ileostomy. *Am J Surg*, 86: 617, 1953.
14. ULIN AW, EHRLICH EW, SHOEMAKER WC. Transececal colostomy with notes on technique and management. *Surg Gynecol Obstet*, 107: 104, 1958.
15. VIAGGIO. Citado por Finochietto R. (3). Tomo 12: 257.
16. WARREN MC, KITTRICK LS. Ileostomy for Ulcerative Colitis. Technique, Complications, and Management. *Surg Gynecol Obstet*, 93: 555, 1951.

DISCUSION

Dr. GOLLER.—Hace muy pocos días con motivo de una nueva presentación del Dr. Palma sobre este tema, le comunicamos (como bien lo manifestó y con lo cual demuestra su altísimo sentido científico) que esta técnica por él preconizada había sido ya descrita

en el libro de Schmieden. No puedo precisar si fue Schmieden quien la describió, el hecho es que figura descrita en el libro de Sauerbruch y Schmieden.

Hoy escucho con gran sorpresa que el Dr. Palma coloca esta técnica descrita por Schmieden a un mismo nivel con las técnicas de Oecónomos, Viaggio y otros, que son técnicas distintas. En cambio la técnica que él preconiza y la descrita por Schmieden son muy similares.

Pero además escucho con gran sorpresa que el Dr. Palma interpreta de la técnica de Schmieden, muchas cosas tratando de leer entre líneas, cosas que Schmieden no dijo. Schmieden describe esta técnica muy sencillamente, muy escuetamente, sin entrar en el detallismo técnico tan brillante que presentó el Dr. Palma hoy a través de los diapositivos y la película. Pero Schmieden fue muy sencillo, y muy escueto, dando a conocer los fundamentos de la técnica. No creo que porque se realice una valva cecal de mayor tamaño, porque se exteriorice un poco más el ciego o porque se rodee al mismo de una gasa embebida con antibióticos y sulfas —que en la época en la que Schmieden describió esta técnica no existían— ello signifique que la técnica sea esencialmente distinta. Es prácticamente decir que el by-pass fémoro-poplíteo se realiza con técnica distinta porque en vez de realizar la anastomosis con un surget se haga con puntos separados.

Creo que lo importante es el fundamento de la técnica y ese es el motivo por el cual nosotros le dimos al Dr. Palma la cita de Schmieden, cita que al cabo de muchos años de trabajo él jamás había leído y por lo tanto nunca había citado, hecho corriente ante el gran número de fichas, que hace imposible llegar a dominarlas todas.

Pero de ninguna manera considero que el Dr. Palma pueda, al presentarla hoy, decir que la técnica descrita por Schmieden sea ineficaz, simplemente por que él lo crea así. Schmieden nunca dijo que fuera ineficaz, aunque el Dr. Palma así lo crea.

Schmieden lo que dice es lo siguiente, y lo voy a leer textualmente. Es relativamente cierto y con el título de "Fístula cecal con prolapso intencional" publicado en el Tratado de Técnica Quirúrgica, 6ª edición de Bier-Braun y Kümmell reeditado por Sauerbruch y Schmieden. Tomo III, pág. 177, Ed. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1933, dice así:

"La característica anatómica del ciego, con la desembocadura angulada del ileon, nos ofrece un medio, que nos permite de manera muy fácil (hecho que también destaca el Dr. Palma) obtener una evacuación total de las materias fecales a través de una fístula cecal lateral. (Schmieden no habla de cecostomía, sino de fístula cecal lateral que permite la total evacuación de las materias hacia el exterior, otra de las ventajas que preconiza el Dr. Palma). Si uno hace una fístula cecal un poco más grande que lo habitual, aproximadamente 4 x 3 cm., prestando atención de topografiarla justamente frente a la válvula ileo-cecal, la pared cecal medial junto con el ostium ileal, se aplican al orificio fistuloso. Dependiendo del tamaño de la fístula (y acá se habla de la dimensión, hecho fundamental para el Dr. Palma) el ostium ileal se prolapsa hacia afuera, de tal manera que todo el contenido ileal se vacía hacia el exterior, sin llegar en contacto con el ciego (esto está de acuerdo con lo que dice el Dr. Palma). Ello queda demostrado en la figura 247 (que es el diapositivo que mostró el Dr. Palma y que espero ustedes recuerden).

ILEOSTOMIA CON ESFINTER Y COLOSTOMIA SIMULTANEAS

En lo que respecta a la técnica queremos recalcar, que en estos casos es sumamente conveniente, aunque no imprescindible, suturar la piel al peritoneo en la forma que más adelante describiremos. Si el apéndice es fácilmente alcanzable se le extirpará, en caso contrario se le dejará. (Pequeña discrepancia con el doctor Palma, que siempre saca el apéndice, aunque no creo que eso sea una gran diferencia del punto de vista técnico). Es importante que la fistula sea suficientemente amplia (insistimos en la palabra amplia), no debiendo sin embargo exagerarse las medidas, porque un segmento del íleon puede hacer protrusión sobre la válvula de Bauhin progresivamente dilatada, lo que puede llevar a trastornos difíciles de solucionar.

Si más adelante la fistula debe ser cerrada, basta con empujar el pequeño prolapso, cerrando la fistula por vía extraperitoneal, como describiremos en el capítulo siguiente.

Esta forma de fistula descrita me resultó muy adecuada en muchos casos de colitis ulcerosa, porque muy fácilmente, lateralmente al prolapso se puede introducir un catéter de goma aceitado en el colon ascendente (y ya está hablando de una ileostomía y colostomía simultánea, como lo llama el Dr. Palma), para realizar irrigaciones con sustancias medicamentosas."

No veo que esta técnica pueda compararse con la de Oecónomus, Viaggio y muchos otros tipos de cecostomía, como insiste el Dr. Palma. Simplemente creo que estas dos técnicas, la presentada por el Dr. Palma y ésta descrita por Schmieden, son sumamente similares.

Creo que es evidentemente mérito del Dr. Palma el haber retomado una técnica antigua y haberle reconocido el valor que realmente tiene. Un hombre como Schmieden le debe haber reconocido algún valor a esta técnica. El hecho que sea desconocida actualmente, que se haya olvidado o mismo caído en desuso, no es un problema adjudicable a Schmieden, más bien es resultado de falta de información bibliográfica.

DR. GREGORIO.—El Dr. Palma trae nuevamente a consideración de esta Sociedad una técnica que no entro a discutir si es exactamente igual o no a la presentada por Schmieden, pero que de acuerdo a los datos que proporciona el Dr. Goller no difieren mucho. Lo importante en mi concepto es que el Dr. Palma que tiene una gran inquietud en todas estas cosas no agrega nuevos argumentos a la ya muy explícita exposición que hiciera hace 4 o 5 años, comentada por el Dr. García Capurro y quien habla en estos momentos. Las mismas apreciaciones hacemos en este momento: expresamos nuestra manera de pensar en el sentido de que esta técnica tiene sus ventajas perfectamente argumentadas por el Dr. Palma, pero tiene también sus desventajas. Las ventajas en nuestro concepto son cuando está bien indicada, es decir, como dice Schmieden en la colitis ulcerosa creo que no se puede discutir, me parece que es una excelente técnica. En las poliposis colónicas puede tener su aplicación. Mis discrepancias empiezan cuando se trata por ejemplo de neoplasma de colon. Si el neoplasma es del lado izquierdo no veo por qué al individuo ha de suprimírsele una buena zona de absorción de líquidos, de electrolitos, etc., como es el ciego y el colon derecho. A nivel del ángulo derecho del colon también hay un esfínter, el esfínter de Cannon, que si bien no funciona de la misma manera que el esfínter de la válvula íleo-cecal cumple funciones muy provechosas para el mantenimiento de la técnica de la co-

lostomía del transverso. En cuanto a las otras aplicaciones de la técnica, ahí sí tengo una profunda discrepancia: cuando se trata por ejemplo de un enfermo que ha hecho una oclusión intestinal, a nivel del intestino delgado, pensemos por ejemplo en las oclusiones intestinales por vólvulo del intestino delgado o por bridas; no veo por qué después de levantar el obstáculo que determina la oclusión intestinal procediendo o no a la evacuación del intestino delgado con el tubo de Pool, ha de dejársele al enfermo una ileo-cecostomía o una íleo-colostomía que en mi concepto embrolla un poco, alarga el postoperatorio, en mi concepto inútilmente. En primer lugar el enfermo se desnutre, se deshidrata, pierde vitaminas, electrolitos, pierde líquidos, hidratos de carbono, a través de una ileostomía inútil, que provoca una abreviación del curso normal que el quimo digestivo y el colónico deben cumplir. Creo que para estos casos no debe hacerse esta técnica. Creo que ella tiene una precisa indicación en la colitis ulcerosa y, como dije anteriormente en las poliposis extendidas a todo el colon.

DR. RAÚL PRADERI.—Nosotros conocíamos las inquietudes del Dr. Palma en relación a esta operación de cecostomía labiada, y queremos hacer algunas precisiones al respecto.

La ilustración de la presentación ha sido excelente. La película proyectada es un ejemplo de película médica. Pero el procedimiento plantea dos problemas: uno técnico, cuya prioridad puede ser polémica y otro táctico, la indicación. Lo que se ha descrito entra dentro de la vieja técnica de cecostomía labiada que fue la primera operación de derivación cólica que se hizo en cirugía colónica.

Los antiguos tratados de técnica quirúrgica muestran cómo los cirujanos, en los enfermos con obstrucción de colon izquierdo, realizaban la apertura amplia del ciego labiándolo. Esto se puede encontrar en cualquier libro viejo de técnica quirúrgica, como ya el Dr. Goller lo ha expresado. Las palabras de Schmieden muestran que este autor realizó una variación en la técnica consistente en hacer más grande el orificio de la pared cecal para que la cecostomía sea prociende. De esta manera se exterioriza la pared interna del ciego y la válvula íleo-cecal así el íleon se encuentre libre para poder evacuarse ampliamente. Se constituye en realidad una ileostomía. O sea que la única variación técnica que puede tener la cecostomía labiada es hacer grande el orificio para que no sólo se labie sino que se exteriorice totalmente la pared interna del ciego. Esta es la idea técnica, que el Dr. Palma ha presentado, y tiene el mérito de la reactualización de un viejo procedimiento.

Ahora bien, deseo señalar la etapa histórica de la cecostomía labiada en la cirugía de colon, porque fue el primer procedimiento que se realizó, el más simple. Cuando a un enfermo le estaba por estallar el ciego éste se exteriorizaba y se abría ampliamente. Desde luego que se prolapsaba la pared interna del ciego y el íleon se evacuaba, tal como se ve en las figuras mostradas por el comunicante con todo detalle. Este procedimiento de cecostomía labiada fue sustituido más tarde por la colostomía transversa de Wagensteen que posee virtudes que acaba de señalar el Dr. Gregorio. Permite que el sector derecho de colon con antiperistaltismo y batido que se extiende de la válvula íleo-cecal al esfínter de Cannon, absorba agua y solidifique las materias fecales. Así se puede obtener una colostomía con materias más pastosas o más sólidas. Es

mejor tolerada por el enfermo que la cecostomía que vierte líquido ileal. La colostomía de Wagensteen se utiliza todavía pero personalmente la aplico muy poco porque creo encontrarme en el tercer período histórico de la cirugía de colon. Es la etapa de la resección colónica precoz en la que no se realiza sistemáticamente la cirugía en 3 tiempos, porque no se requiere la cecostomía o la derivación supra-anastomótica o supra-estenótica porque hay otros procedimientos más simples. La cecostomía que se usa actualmente y que en la literatura contemporánea ha sido bien descrita, es la cecostomía sobre tubo. Esta técnica que practico permite realizar una cecostomía que se cierra sola al retirar el tubo y no requiere reoperar al enfermo para introducir y cerrar el ciego.

Las virtudes que señaló el Dr. Palma para la cecostomía son evidentes y también las comparto, consisten en que permite la aspiración del íleo, procedimiento que nosotros utilizamos. Pero no es necesario para ello hacer una cecostomía labiada pues la aspiración se puede hacer perfectamente, dejando una cecostomía sobre tubo.

Personalmente lo hemos explicado varias veces; leyendo esta Revista se verá que hay muchas cosas que ya están dichas, discutidas y resueltas. Si opero a un enfermo y quiero aspirarle el delgado, le hago una cecostomía pequeña con todos los cuidados que fueron señalados por el Dr. Palma. Introduzco un tubo de Pool en el delgado, lo aspiro, y con el mismo tubo o a veces con un aspirador de Finochietto, aspiro el colon derecho. Luego que está vacío el colon derecho y el íleon quede en buenas condiciones realizo la resección primaria del cáncer de colon izquierdo que provocó la oclusión. No insisto sobre el tema porque ya está extensamente explicado en varias publicaciones nuestras.

Resección primaria con o sin anastomosis, eso no interesa ahora. El hecho es que usamos la cecostomía para aspirar el delgado y después en vez de suturar el ciego, colocamos una sonda Pezzer o sonda rectal en el colon derecho a través del ciego transformándolo en una cecostomía sobre tubo. Hay infinidad de trabajos recientes sobre el tema. Esta cecostomía sobre tubo sirve para bajar la tensión en el colon, pero hay que manejarla con mucho cuidado, lavando el tubo y manteniéndolo permeable. Pero el principal fundamento de la técnica es utilizar el ciego para aspirar el íleon y el colon. La cecostomía es un recurso para no tener que suturar el ciego.

La cecostomía sobre tubo no es una cecostomía de-transitante, si utilizamos la nomenclatura que ha establecido nuestro colega Harretche aquí en Montevideo, porque no nos interesa de-transitar el colon; es una cecostomía que se cierra sola al sacar el tubo. Al enfermo no hay que operarlo de nuevo para cerrarla. Hay publicaciones recientes que van más lejos y describen colostomías transversas sobre tubo.

En la etapa actual de la cirugía colónica la cecostomía labiada casi no tiene lugar. Podría tener alguna indicación excepcional en la colitis ulcerosa por ejemplo, aunque hay ileostomías mejores que se usan en todo el mundo como la de Brooke. Pero lo que quiero señalar es que estamos discutiendo una operación pasada de moda, la cecostomía labiada, pues ahora vivimos la etapa de resección primaria de cáncer de colon en oclusión en la que la cecostomía sólo sirve para aspirar el colon. Hay muchos cirujanos ahora que ni siquiera utilizan la cecostomía para aspirar pues dejan los cabos cólicos abiertos. El retorno a una

técnica clásica que ha hecho el Dr. Palma creo que no está mal. Fue una presentación interesante, pero desde el punto de vista táctico es una operación antigua a la que le veo muy pocas indicaciones. Como demostró el Dr. Goller es claro que fue descrita hace mucho tiempo. Pero creo que la ileostomía pura con válvula ileocecal sería un procedimiento original si no existe documentación al respecto. La ileostomía con conservación de la válvula ileo-cecal y un medalloncito de ciego sin colon como se explicó recién, puede ser original. El comunicante ha señalado la presencia de mayor cantidad de fibras lisas circulares en la válvula que se comportarían como un esfínter. No es el concepto anatómico ni fisiológico que tenía la válvula de Bahuin pero sería interesante investigarlo. Nada más.

DR. LUIS PRADERI.— Ya hemos escuchado al Dr. Palma que ha hecho una brillante defensa de su técnica, además muy bien documentada. No voy a entrar en consideraciones, ni en comentarios que ya se han hecho. Hemos empleado la cecostomía, sin llegar a la forma definitiva de realizar esta técnica para hacer aspiración del intestino delgado en los cuadros oclusivos con cierre inmediato del ciego. Creo que eso es de un valor extraordinario, porque se evitan todas las fistulas post enterotomías que evidentemente se están viendo cada día más, y que han sido motivo de complicaciones severas, e incluso muerte de enfermos. No voy a entrar en el problema de la paternidad de la técnica, o en las modificaciones técnicas ya antiguas. Este procedimiento puede ser muy útil para aspirar el íleon a través del ciego pero evidentemente las complicaciones de fistulización del ciego y del intestino delgado, son enormemente menores.

La pregunta que quería hacerle al Dr. Palma es si cuando esta cecostomía se deja durante mucho tiempo y al mismo tiempo no se ha resecado el colon, no se constituye, como lo dice Schmieden en su trabajo, un prolapso del ciego y el delgado, o una prociencia de colon ascendente a través de la cecostomía.

DR. EDUARDO C. PALMA.— Agradezco a todos los integrantes de la Sociedad de Cirugía que han tenido la benevolencia de prestar atención a esta comunicación, y agradezco mucho al Presidente Dr. L. Praderi, al Dr. Raúl Praderi, al Dr. Gregorio y al Dr. W. Goller que han hecho comentarios sobre nuestra comunicación.

Respecto a la pregunta del Presidente debo decir que para evitar el prolapso se hace una puntada a la última asa ileal que la fija al músculo pequeño oblicuo, transverso y al peritoneo (la última puntada de cierre), que limita y deja un espacio suficiente nada más que para el pasaje al exterior del ciego y el íleon; se evita que haya prolapso del íleon, o que vaya a retraerse dentro del vientre. El íleon, más que el colon es un órgano móvil, funcionante, con peristaltismo, con tonicidad, que está en movimiento, cuando está sano, cuando no tiene adherencias (las adherencias podrían haberlo fijado), pero generalmente no hay adherencias, de manera que es importante darle una ancla justa, dejando 1 ½ cm. por fuera del vientre, o 2 cm. nada más. No se produce prolapso y no pasa nada, absolutamente nada.

En segundo lugar quiero agradecer al Dr. R. Praderi lo que ha dicho respecto a nuestra paternidad, internacional, de la ileostomía con esfínter. Personalmente hemos revisado la bibliografía, sin encontrar fichas

de ileostomía con esfínter autonómicamente funcionando, y en los congresos internacionales que hemos asistido (porque nos aconsejaron llevarla fuera del país, para darle divulgación, en Nueva Orleans en 1974, en el IV Congreso Internacional de Cirugía especializada de colon y recto, y en Salzburgo el año pasado, 1976, en el V Congreso Inst. Cir. Col. y Recto) nadie tenía conocimiento de una ileostomía con esfínter. Es la primera vez en la literatura internacional que se ha descrito la ileostomía con esfínter, de acuerdo con lo que yo he revisado, y consultado con especialistas europeos y norteamericanos. Puede haber algún japonés que yo no haya revisado, pero ello no entra en el conocimiento de los grandes especialistas, quienes se limitan solamente a discutir, en las sesiones en las cuales he asistido, entre las ventajas de la técnica de Brooke y las de la técnica de Turnbull. En segundo lugar respecto a las indicaciones, la ileostomía en casos graves de colitis ulcerosa, hemorrágica, rebelde a toda terapéutica médica, ya está totalmente adquirida; la desfuncionalización total del colon es básica para su tratamiento. De ahí han surgido una serie de procedimientos utilizando la capacidad biológica de la mucosa intestinal tremendamente resistente a las infecciones para cubrir el extremo cortado del ileon, ya sea con la técnica de Brooke o con la variante de superación de Turnbull. Estos mismos autores no tenían conocimiento que esa misma protección puede hacerse con la mucosa del propio ciego, como se hace en nuestra técnica. De esa manera no se producen infecciones, ni hay esa cantidad de linfangitis, adenitis, enteritis, fistula, abscesos, que se producen con la ileostomía corriente clásica.

Respecto a la otra indicación, en las oclusiones intestinales, me place profundamente que personas de experiencia como los Dres. L. Praderi y R. Praderi, aquí presentes hayan utilizado la aspiración retrógrada, ascendente del ileon, a través del ostium ileal, como hemos descrito. En materia de oclusión intestinal hay cantidad de situaciones diferentes. Frecuentemente no se necesita aspiración: se abre el vientre, se liberan las bridas, adherencias, se corrige un vólvulo, etc. y está todo resuelto. En otros casos la decompresión ya se ha hecho preoperatoriamente mediante la sonda de Cantor. Pero se sabe que muchas veces a pesar de todas las medidas terapéuticas de mantenimiento del equilibrio hidro-salino, proteico, los estimulantes, de la fibra intestinal, etc., etc., no se logra movilizar el intestino y hacer avanzar la sonda de Cantor, para poder efectuar por su intermedio la aspiración decompresiva, pre y per-operatoria. Al abrir el vientre se produce evisceración, con asas enormes, distendidas, con asas hiposistólicas o asistólicas y con éxtasis circulatoria, por la distensión de la pared intestinal, siendo necesario y fundamental, evacuar, desgravitar. En esos casos, durante muchísimos años hemos hecho evacuación de acuerdo con la escuela norteamericana, Wangensteen, y otros, haciendo pequeña enterotomía, en el intestino delgado, próxima al mesenterio y suturándola luego cuidadosamente. Hemos tenido sin embargo los accidentes que señala el Sr. Presidente: adherencias, fistulas, abscesos, etc., etc. Desde que desarrollamos este procedimiento no hacemos más desgravitación por enterotomía operatoria, sino que la hacemos por vía retrógrada a través del ostium ileo-cecal.

Respecto de las indicaciones complementarias de la cirugía radical, de exéresis del colon izquierdo, colon transversal, o colon esplénico, hay casos en los cuales se pueden hacer las resecciones en un tiempo, aún

estando en oclusión intestinal, pero hay casos en que por el mal estado del paciente, la gravedad de la oclusión, su insuficiencia cardíaca, o renal, etc., ello no es aconsejable, debiendo darse las mayores garantías al paciente, siendo preferible hacer la cirugía en 2, o a veces en 3 tiempos. En ese sentido durante muchísimo tiempo hacíamos la colostomía del transversal, pero hace algunos años que la hemos abandonado, por las razones antedichas. Respeto completamente que pueda seguirse haciéndola, y desde luego que en ese sentido la experiencia de cada uno es fundamental y el tiempo dirá en qué casos hay que hacer colostomía del transversal y en qué casos hay que hacer la colostomía e ileostomía simultánea, con esfínter. Debemos señalar que la ileostomía con esfínter no expolia al paciente. No es una ileostomía común, es una nueva ileostomía, es con esfínter, autonómicamente continente, y la absorción de materias intestinales, se efectúa perfectamente en el intestino delgado. El intestino grueso tiene una capacidad de absorción alimenticia muy limitada, un porcentaje que está por debajo del 10%; más del 90% se absorbe en el intestino delgado. De manera que eso no expolia al paciente, ni en proteicos, ni en distasas, ni desde el punto de vista hidro-salino. Por otra parte, el esfínter es autonómicamente continente y al poco tiempo mantiene completamente el contenido ileal, colostomizándose la última asa ileal. Además, esta técnica produce detransición del colon, lo que da una gran tranquilidad y a la vez tiene la gran ventaja de que en el acto operatorio el abdomen está libre de toda adherencia. Esta doble enterostomía es muy fácil de cerrar, sin necesidad de hacer una nueva operación importante, ni una anastomosis intestinal, como cuando hay que cerrar una colostomía del transversal. Desde luego que yo sé que hay casos en los cuales debe usarse y casos en los que es innecesaria.

Debo decir que la técnica que hemos presentado es enteramente original. No he retomado, no he revitalizado un procedimiento antiguo; nuestra técnica no es similar a la técnica de Schmieden; ellas son radical, totalmente diferentes. La nuestra es una colostomía e ileostomía simultáneas, en tanto la citada por el doctor Goller es simplemente una fistula cecal, lo suficientemente amplia para producir un prolapso parcial del ostium y del ileon. El propio autor así la denomina "Fistula cecal con prolapso intencional", y en toda su exposición emplea siempre la palabra fistula y orificio fistuloso, sin mencionar la palabra ileostomía, ni la de cecostomía. Se sabe la precisión y justeza con que se realizan los trabajos y publicaciones en Alemania.

En nuestra técnica el ciego es exteriorizado fuera del abdomen, junto con el pequeño segmento del ileon, y se describe en detalle la manera de realizarlo. En la técnica citada por el Dr. Goller el ciego y el final del ileon permanecen dentro del vientre. Sólo aconseja suturar a la piel el peritoneo cecal, alrededor del orificio fistuloso.

En la técnica que preconizamos el ciego al exteriorizarse es rotado horariamente 90° con respecto al colon ascendente. En el procedimiento referido por el Dr. Goller el ciego, permanece en su lugar, sin rotación.

En nuestra comunicación se abre totalmente, hemisféricamente el fondo del ciego, exteriorizado. El colon queda "defondado" y sin la zona donde comienzan las contracciones peristálticas del colon ascendente, cesando toda posibilidad de progresión de las materias

hacia el colon derecho. En la técnica que actualiza el Dr. Goller, se hace una fistula lateral, frente al ostium ileal pero el fondo del ciego permanece intacto, sin abrir y en funcionamiento.

En nuestra técnica, abierto ampliamente el ciego, las dos valvas del ciego caen a los lados cubriendo ampliamente la piel y la incisión operatoria. El peritoneo queda cubierto por la mucosa del ciego, con su gran capacidad biológica de defensa frente a las infecciones. En la técnica de Schmieden el peritoneo es suturado a la piel, sin protección frente a las infecciones.

En la técnica que presentamos hay dos orificios, dos ostium intestinales, la colostomía del ascendente y la ileostomía, próximas pero totalmente independientes. En la técnica que relata el Dr. Goller hay un solo orificio, la fistula cecal lateral, que tiene en su centro el prolapso del ostium ileal.

En nuestro procedimiento la ileostomía tiene esfínter, autonómicamente funcionante. Schmieden no menciona en ningún momento el esfínter.

Finalmente en el procedimiento de Schmieden, no se fija el ileon, debiendo éste prolapsarse "exactamente" lo necesario para ocluir la fistula cecal externa y

volcar su contenido al exterior. No estando fijado el ileon y siendo un órgano móvil, el propio autor señala el peligro del prolapso externo diciendo: "un segmento bastante largo de ileon, puede" "atravesar la válvula de Bauhin dilatada y llevar a complicaciones variadísimas".

A la inversa no estando fijado el ileon y siendo un órgano móvil; contráctil, con peristaltismo, no es fácil que pueda mantenerse inmóvil, con su extremo taponando la fistula cecal, pues de lo contrario si se contrae queda sin cubrir el orificio fistuloso, y el ileon volcaría su contenido en el ciego, en vez de ir al exterior.

No corresponde la afirmación del Dr. R. Praderi de que nuestra técnica es simplemente una variación de la vieja técnica de cecostomía labiada que está en todos los libros viejos de cirugía. Nuestro procedimiento es total y radicalmente diferente. Ello es evidente apenas se lea y conozca nuestra técnica. La técnica que preconizamos es moderna, de vanguardia y supera ampliamente a todas las existentes hasta este momento, en colostomía del colon derecho y a las ileostomías, no teniendo ninguna de las conocidas hasta la fecha esfínter, autonómicamente continente.