

# A propósito de 4 perforaciones diastásicas del ciego secundarias a cánceres del colon distal tratadas por colectomía primaria

Dres. Alberto Estefan, Bolívar Delgado y Daniel Pignata

Los autores presentan 4 observaciones personales de perforación diastásica de ciego por cáncer de colon distal en oclusión tratadas por colectomía en agudo.

No hubieron muertes postoperatorias.

En función de los resultados obtenidos aconsejan, en casos seleccionados, la colectomía primaria oncológica asociada al tratamiento correspondiente de la perforación y/o las lesiones necróticas del ciego como procedimiento de elección.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Intestinal obstruction.

## INTRODUCCION

La perforación diastásica (o diastática) del ciego (P.D.C.) secundaria a un cáncer del colon en oclusión constituye una entidad anatomoclínica infrecuente. Su incidencia varía entre el 2,8 % (5) al 17 % (1) de los cánceres en oclusión y del 0,4 % (10) al 3,3 % (1) de la totalidad de los cánceres del colon. Estas cifras justifican que raramente un cirujano pueda adquirir una experiencia personal en el tratamiento de esta enfermedad.

La P.D.C. es una de las complicaciones agudas más graves del cáncer del colon. Está gravada de una mortalidad que varía entre el 90 % (6) al 28 % (16). Contribuyen a su elevada mortalidad múltiples factores: tratarse de un cáncer en oclusión y con una peritonitis en evolución, diagnóstico habitualmente tardío, edad generalmente avanzada de los pacientes, pautas terapéuticas no bien codificadas.

La táctica quirúrgica frente a una P.D.C. secundaria a un cáncer del colon distal (ángulo esplénico descendente, sigmoides) incluye el tratamiento obligatorio (no discutible) de la perforación cecal, la peritonitis y la oclusión, y la posibilidad del tratamiento en el mismo acto operatorio (discutible) del cáncer. Las alternativas tácticas, pues, son: a) cecostomía

*Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi), Hospital Maciel, y Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar), Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.*

o exteriorización cecal; b) colostomía transversa derecha o supratumoral asociada a cecostomía o cierre de la perforación cecal; c) colectomía tipo Hartmann o con abocamiento de los cabos colónicos a la piel asociada a cecostomía o cierre de la perforación cecal; d) colectomía con anastomosis colo-cólica asociada a cecostomía o cierre de la perforación cecal; e) colectomía total o subtotal con íleo-colostomía o ileostomía.

Esta comunicación tiene por propósito presentar 4 observaciones personales de P.D.C. secundarias a cáncer del colon distal tratadas mediante colectomía primaria.

## CASUISTICA

Obs. 1.— C.R. 64 años. Sexo femenino. Antecedentes de trastornos del tránsito intestinal desde hace 7 meses. Ingresa (14/8/1973) por dolor cólico periumbilical con ruidos hidroaéreos y detención del tránsito intestinal de 4 días de evolución. Doce horas antes del ingreso refiere dolor continuo en hipocondrio derecho.

*Examen:* Mal estado general. Deshidratada. T. R. 38,5° C. P.A. 120/80 mm/Hg. Pulso poco amplio de 120 p/m. Distensión abdominal difusa pero predominando en flancos. Dolor a la compresión en hipogastrio. Ruidos hidroaéreos de timbre metálico. T. Rectal: ampolla vacía, Douglas discretamente doloroso. Rx. de abdomen de pie y acostado: dilatación marcada del colon y ciego cuyo diámetro mayor medido sobre el cliché era de 9,5 cm.; no gases ni niveles en el delgado. No neumoperitoneo.

*Operación (15/8/1973):* Incisión mediana supra e infraumbilical, peritonitis puriforme. Gran distensión del ciego y del colon. Cáncer en virola de la rama eferente del ángulo esplénico. Desgarro sero-muscular de la pared del ciego y colon ascendente a lo largo de la bandeleta anterior, con perforación puntiforme de la mucosa a nivel del fondo del ciego. Ampliación de la perforación cecal con aspiración y vaciado del colon. Colectomía incluyendo el colon derecho, transverso, ángulo izquierdo y colon descendente. Anastomosis íleo-sigmoidea látero-lateral en dos planos. Lavado profuso de la cavidad peritoneal. Drenaje de ambas goteras parietocólicas y del Douglas.

Presentado como Tema Libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre 1978.

Profesor Adjunto y Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Médico Colaborador. Fac. de Medicina.

Dirección: José H. Figueira 2303, Montevideo (Dr. A. Estefan).

*Anatomía Patológica:* Adenocarcinoma glanduliforme bien diferenciado que infiltra la sero-muscular; adenopatías metastásicas de las cadenas epi y paracólicas.

*Evolución:* Supuración de la incisión mediana que obliga al drenaje. Alta a los 17 días. Ultimo control el 31/7/1978: eventración supraumbilical; no hay evidencias clínicas de actividad oncológica.

Obs. 2.—J.S. 58 años. Sexo masculino. Ingres a por detención del tránsito intestinal para materias y gases desde 5 días antes. Dolor difuso en hemiventre inferior. Vómitos biliosos repetidos. A. Personales: fumador y bronquítico crónico. Dolores abdominales desde hace 3 meses; melenas, astenia, anorexia y adelgazamiento de 5 kgs. en los últimos 2 meses.

*Examen:* Mal estado general. Anémico. Adelgazado. Deshidratado. P.A. 100/60; pulso filiforme de 140 p/m. Abdomen difusamente distendido. Dolor en hemiventre inferior predominando en hipogastrio. Escasos ruidos hidroaéreos. T. Rectal: ampolla vacía, Douglas indoloro.

*Rx. de abdomen:* Dilatación marcada del ciego, ascendente, transversa y descendente; niveles en el delgado; neumoperitoneo. Se instituye tratamiento de reposición y antibioterapia, operándose a las 14 horas del ingreso.

*Operación (29/9/1975):* Incisión mediana supra e infraumbilical. Peritonitis fecaloidea. Perforación del fondo cecal de 1 cm. de diámetro con bordes esfacelados. Cáncer en virola del vértice del asa sigmoidea. Colectomía sigmoidea con cierre del cabo distal y abocamiento del cabo proximal al exterior (colostomía iliaca plana terminal). Resección de los bordes de la perforación cecal y cierre de la misma en dos planos de puntos separados. Toilette peritoneal. Drenaje del Douglas y de ambas goteras parietocólicas. Cierre de la pared en un plano y puntos totales extraperitoneales.

*Anatomía Patológica:* Adenocarcinoma bien diferenciado que no invade la serosa; no hay metástasis ganglionares.

*Evolución:* Trombosis venosa profunda en pierna izquierda. Alta a los 14 días. El 3/11/1976 se efectúa la reconstrucción del tránsito intestinal por anastomosis colo-rectal. Ultimo control en abril de 1978 sin evidencias de actividad oncológica.

Obs. 3.—R.C. 79 años. Sexo masculino. Ingres a por oclusión intestinal de 2 días de evolución.

*Operación (14/3/1971):* Incisión mediana supra e infraumbilical. Peritonitis fecaloidea. Perforación del ciego de 2 cms. de diámetro. Cáncer en virola del colon sigmoideo sin evidencias de diseminación ganglionar, peritoneal ni hepática. Colectomía sigmoidea y anastomosis colo-rectal término-terminal en dos planos. Resección de los bordes de la perforación cecal y cecostomía con sonda Pezzer gruesa. Lavado peritoneal. Drenaje del Douglas.

*Anatomía Patológica:* Adenocarcinoma diferenciado; metástasis en ganglios paracólicos.

*Evolución:* Sin incidentes destacables. Alta a los 16 días. Se retira la sonda de Pezzer a los 44 días. No hay control alejado.

Obs. 4.—R.S. 80 años. Sexo masculino. Detención del tránsito intestinal para materias desde hace 5 días y para gases desde hace 2 días. Dolores tipo cólicos con ruidos hidroaéreos. Vómitos. A. personales: tras-

tornos del tránsito intestinal y melenas. Fumador y alcoholista.

*Examen:* Mal estado general; deshidratado; anémico. P.A. 100/60, pulso filiforme de 130 p/m. Distensión abdominal generalizada; dolor y defensa en F.I. derecha; Douglas doloroso. Rx. de abdomen: oclusión cerrada de colon; no neumoperitoneo.

*Operación (14/7/1976):* Mediana infraumbilical. Peritonitis fecaloidea. Perforación de 3 por 4 cms. del ciego a lo largo de la bandeleta anterior. Ciego de aspecto cianótico. Cáncer del sigmoideo con adenopatías del tronco de la arteria mesentérica inferior. Metástasis en el lóbulo derecho del hígado. Resección del asa sigmoidea con cierre del cabo distal y abocamiento del cabo proximal a la piel. Exteriorización del ciego por la F.I. derecha. Lavado peritoneal. Drenaje del Douglas.

*Evolución:* Alta a los 23 días. Fallece el 28/1/1977 por diseminación neoplásica.

## DISCUSION

La P.D.C. con su consecuencia, la peritonitis, es siempre el resultado de una complicación previa del cáncer de colon: la oclusión. La disyuntiva táctica que plantea su tratamiento quirúrgico puede ser resumida en: 1) perforación cecal y peritonitis en una oclusión por cáncer, y 2) cáncer de colon con peritonitis secundaria a la perforación diastásica de ciego.

En la primera situación, el cirujano adoptará una táctica quirúrgica "conservadora" destinada a tratar la peritonitis, la perforación cecal y la oclusión, dejando para un segundo acto quirúrgico el tratamiento del cáncer.

En la segunda situación, la táctica se orientará a tratar en un mismo acto quirúrgico la peritonitis, la perforación cecal, la oclusión y el cáncer.

La respuesta a esta interrogante sólo puede encontrarse en los índices de mortalidad operatoria y de sobrevidas a largo plazo con una y otra táctica. Sin embargo, los datos estadísticos referentes a esta complicación del cáncer de colon son insuficientes en su número y dispares o incluso contradictorios en sus resultados.

Nosotros participamos del criterio "radical" sustentado por Madden (7, 8) en U.S.A., Thormore (14, 15) en Francia y Delgado (3, 4), R. Praderi (11, 12, 13) y Barquet (2) en nuestro medio, de efectuar, siempre que sea posible, la colectomía en agudo.

La colectomía primaria está indicada en situaciones bien definidas: cáncer reseccable con criterio curativo, peritonitis no evolucionada y relativo buen estado general.

La responsabilidad del cirujano frente a una peritonitis secundaria a una P.D.C. por cáncer del colon reseccable con criterio curativo no es exclusivamente la de salvar la vida del enfermo del episodio complicativo agudo. También debe necesariamente incluir la de ofrecer las mejores posibilidades de curación definitiva de la enfermedad de fondo mediante el único tratamiento posible, la colectomía oncológica.

La colectomía en agudo se fundamenta en:

1) Evitar la diseminación tumoral en el tiempo que transcurre entre la operación de salvataje y la colectomía oncológica.

2) Durante el segundo tiempo operatorio, la cirugía cancerológica es técnicamente más dificultosa.

3) La multiplicación de operaciones, multiplica paralelamente la morbimortalidad operatoria.

La resección en agudo no conlleva necesariamente la reconstrucción del tránsito intestinal en el mismo acto quirúrgico. La anastomosis en un tiempo debe reservarse para casos seleccionados de cánceres del colon transversal o ángulo esplénico en los cuales es posible efectuar una colectomía subtotal que incluya al tumor y al ciego perforado (Obs. 1). La anastomosis ileo-cólica que implica esta conducta posee un reconocido menor riesgo de dehiscencia.

En los cánceres de colon más distales (colon descendente, sigmoides) nos inclinamos por la colectomía oncológica con cierre del cabo distal y abocamiento del cabo proximal a la piel (operación tipo Hartmann) (Obs. 2 y 3) o abocamiento de ambos cabos intestinales a la piel.

La conducta con el ciego perforado variará de acuerdo al tipo y número de perforaciones, y al estado anatómico del ciego:

- a) perforación puntiforme, sin mayor compromiso parietal del ciego: resección de los bordes de la perforación y cierre de la misma o cecostomía sobre tubo.
- b) perforación cecal múltiple y/o gran compromiso parietal del ciego: cecostomía sobre tubo o exteriorización cecal.

Situación particular plantean las lesiones necróticas extendidas al colon derecho o incluso a sectores más distales del colon. En estos casos nos inclinamos por la conducta aconsejada por Mazza y cols. (9): la colectomía total o subtotal seguida de anastomosis ileo-cólica o ileo-rectal. La alternativa táctica es el cierre del cabo intestinal distal con ileostomía terminal.

## RESUME

### A propos de 4 perforations diastasiques du caecum par cancer du côlon en occlusion, traitées avec colectomie primaire

Les auteurs présentent 4 observations personnelles de perforation diastasiqve du caecum par cancer du côlon gauche en occlusion, traitées par colectomie en urgence.

Il n'y a pas eu de décès post-opératoires dans la série.

En fonction de ces résultats ils conseillent, dans les cas sélectionnés, faire en urgence la colectomie oncologique associée au traitement correspondant de la perforation et/ou des lésions nécrotiques du caecum comme procédé d'élection.

## SUMMARY

### Report on 4 Diastasic Perforations of Cecum by Distal Colonic Cancers in occlusion, Treated by Primary Colectomy

Report on 4 cases, treated personally by the authors, of diastasic cecum perforation by distal colonic cancers in occlusion, treated by colectomy as acute cases. There were no postoperative deaths.

Render, in selected cases, the performance of primary oncological colectomy associated with treatment of perforation and/or necrotic lesions of cecum as elective procedure.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADOLFF M, LAMPERT M, OTTENI F, NOUZZA E. Plaidoyer en faveur de la colectomie d'emblée en cas de cancer colique vu en urgence (a propos de 62 observations). *J Chir*, 102: 45, 1971.
2. BARQUET A, KAMAID E. Cirugía colónica de emergencia. *Cir Uruguay*, 40: 120, 1970.
3. DELGADO B, CASSINELLI D. Mortalidad en la resección primaria del cáncer de colon en occlusión. *Cir Uruguay*, 46: 7, 1976.
4. DELGADO B. Fundamentos de la resección primaria del colon en agudo. *Cir Uruguay*, 40: 104, 1970.
5. DENNIS C. Treatment of large bowel obstruction. *Surgery*, 15: 713, 1944.
6. GOLIGHER JC, SMIDDY FG. The treatment of acute obstruction and perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br J Surg*, 45: 270, 1957.
7. MADDEN JL. Treatment of perforated lesions of the colon by primary resection and anastomosis. *Dis Colon Rectum*, 9: 413, 1966.
8. MADDEN JL, TAN PY. Primary resection and anastomosis in the treatment of perforated lesions of the colon, with abscesses or diffusing peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 646, 1961.
9. MAZZA M, TROTSCHANSKY J, MULLER G. Neoplasma de sigmoides. Oclusión cerrada de colon. Colectomía total, ileosigmoidostomía. *Cir Uruguay*, 44: 48, 1974.
10. MERSHERIMER LW, MILLER EM. Diffuse peritonitis secondary to intestinal perforation complicating malignant lesions of the colon. *Surg Gynecol Obstet*, 99: 436, 1954.
11. PRADERI R, DELGADO B, AGUIAR A, MAZZA A. Emergency resection for acute neoplastic obstruction of the left colon. *Chir Gastroenterol*, 8: 291, 1974.
12. PRADERI R. Técnica y resultados de las resecciones primarias del cáncer de colon en agudo. *Cir Uruguay*, 40: 108, 1970.
13. PRADERI R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. *Cir Uruguay*, 37: 123, 1967.
14. THOMORET G. A propos de 20 perforations coliques non traumatiques, avec peritonite. Plaidoyer pour le traitement d'emblée de la perforation et sa cause. *Ann Chir*, 27: 183, 1973.
15. THOMORET G, DUBOST C, VAILLANT J. La colectomie idéale dans les cancers compliqués du colon. *Mem Acad Chir*, 87: 846, 1961.
16. SIBILLY A, CHEMORIN C, MATHEY B, JUNG F. Perforations distatiques d'origine néoplasique. *Ann Chir*, 31: 201, 1977.