

ARTICULOS ORIGINALES

Resección y descenso de cáncer recto-sigmoideo a los 77 años, con restablecimiento eutáxico, orgánico y funcional

Dres. Eduardo Palma, José L. Florio, Luis Falconi, Manuel Nuchowich, Máximo Castilla y Roberto Rico Pena

RESUMEN

Se presenta una observación de neoplasma recto-sigmoideo úlcero-infiltrante a los 77 años de edad. Se efectuó tratamiento oncológico radical por vía abdominal, con resección recto-sigmoidea, descenso del colon y conservación del canal anal. El tratamiento se efectuó en varios tiempos: a) doble ostomía simultánea previa: ileostomía con esfínter y cecocolostomía, b) resección ensanchada recto-sigmoidea y descenso del colon; c) cierre de la doble ostomía. La anatomía patológica mostró: Adenocarcinoma úlcero infiltrante, parietal, difuso con permeación tumoral venular sub-serosa. Buena evolución: Paciente curado (1 1/2 año), con normal restablecimiento orgánico y funcional, sin recidiva y sin incontinencia. Esta observación muestra la utilidad de la programación recto-sigmoidea, con descenso y conservación del canal anal, junto con la realización previa de la doble ostomía simultánea, ileal y cecocólica.

SUMMARY

Resection and Lowering of a Rectosigmoid Cancer at the Age of 77, with Eutaxic, Organic and Functional Recovery

One case of ulcerative-infiltrative rectosigmoid cancer at the age of 77 is presented. Oncological radical treatment was done through an abdominal approach, with rectosigmoid resection, lowering of the colon and conservation of the anal canal. Treatment was performed at different steps: a- simultaneous previous double ostomy: ileostomy and sphincter and cecocolostomy; b- rectosigmoid widened resection and lowering of the colon; c- closure of the double ostomy.

The pathological studies showed: parietal infiltrative ulcerative adenocarcinoma with venous tumoral subserous permeation.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de Octubre de 1981.

Prof. Emérito de Cirugía; Cirujano del M.S.P.; Anatómo Patólogo del H. Italiano; Radiólogo del M.S.P.; Médicos del M.S.P.

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

Good evolution; cured patient (1 1/2 years), with normal functional and organic recovery without recidivation and without incontinence.

This case shows the advantage of an operative plan scheduled in steps and the coordination of the rectosigmoid resection, with the lowering and keeping of the anal canal, along with the previously done simultaneous double ostomy, ileal and cecocolic.

The authors present one case of a rectosigmoid neoplasm, that they consider of interest. In spite of the patient's age (77) a good therapeutical, oncological and functional result was obtained. This was due to the operative plan scheduled in steps and the coordination of rectosigmoid resection with the lowering and keeping of the anal canal, obtaining the cure and normal recovery of colon and perineo-anal function.

Palabras claves (Key words; Mots clés) MEDLARS: Rectal Neoplasms/ Ileostomy/Cecostomy; (Double ostomy)

INTRODUCCION

Presentamos una observación de neoplasma recto-sigmoideo, que consideramos de interés pues, a pesar de la edad avanzada del paciente, 77 años, se logró un excelente resultado terapéutico, oncológico y funcional. Ello se logró gracias a la programación operatoria en varios tiempos, coordinándose la realización previa de la doble ostomía intestinal, ileal y cecocólica, con la consecutiva resección recto-sigmoidea ensanchada y el descenso del colon al canal anal, obteniéndose la curación y el restablecimiento de la normalidad funcional colónica y perineo-anal.

OBSERVACION CLINICA

Paciente A.B., 77 años, urug. cas. Junio 1980.

Presenta desde hace 1 año emisión de gleras mucosas y discretas diarreas a repetición; hace 6 meses, aumentan sus trastornos, comenzando a expulsar mucosidades con sangre, materias con estrias sanguinolentas, teniendo luego pequeñas rectorragias, dolor en los esfuerzos de defecación, estreñimiento pertinaz, inapetencia y adelgazamiento progresivo. Las rectorragias y todos sus trastornos se acentuaron en el último mes.

Examen: Paciente delgado con estado general conservado, anemia moderada. Abdomen: Dolor a la presión en el hipogastrio, no hay hepatomegalia, ni ascitis; no se palpan tumoraciones. Tacto rectal: canal anal s/p, ampolla rectal normal en sus 2/3 inferiores; en la parte alta de la ampolla se palpa una tumoración dura, algo dolorosa a la presión, que sangra al contacto y se moviliza con el empuje digital. Exámenes de Laboratorio: *Hemograma:* Hb 70 % G.R. 3.660.000 V.G. 0.97. G.B. 6.700 V.E.S. 43 mm. *Katz* 22.5 *Azoemia* 0.5 gr/lit. *Glicemia* 0.94 gr/lit. *Creatinemia* 1.90 mgr. % *Coagulación* 7'30. *Sangría* 2'. Coágulo normal. *Orina:* Densidad 1.028. S/P. *Ex. Cardiológico* (7-VII-80) Sin signos clínicos de aortopatía, valvulopatías, agrandamiento cardíaco, ni insuficiencia cardíaca. Elec. Card. Gr. basal normal (Dr. R. Rico Pena).

Ex. Radiológico: "Mediante enema opaco se practicó estudio convencional bajo contralor radioscópico, descubriéndose una lesión estenosante y vegetante recto-sigmoidea, de aspecto proliferativo. El resto del colon mostró imágenes diverticulares sigmoideas e hipertonia" (Dr. M. Nuchowich) (Consultorio Las Piedras) (Fig. 1a)



Fig. 1 - a) El enema opaco muestra una lesión recto-sigmoidea estenosante, vegetante y ulcerada.

b) Pieza de resección recto-sigmoidea de 30 cm., con un tumor ulcerado, discoidal, que compromete las 3/4 partes de la circunferencia.

c) Sección longitudinal de la pieza que muestra el tumor vegetante, ulcerado, de 5 cm. de eje mayor, que infiltra todo el espesor de la pared, hasta la serosa.

La Fibroendoscopia confirmó la existencia de una lesión estenosante úlcero vegetante recto-sigmoidea. El *examen biopsico* estableció: Adenocarcinoma, cilíndrico, diferenciado, infiltrante (Dr. L. Falconi)

A pesar de la edad avanzada del paciente se tuvo en cuenta su buen estado general, humoral y cardiovascular, y la resistencia del paciente y su familia a aceptar un ano iliaco definitivo. Se decidió entonces preparar rápidamente al paciente y efectuar previamente una ostomía con derivación total de las materias fecales al exterior, para luego efectuar la recto-sigmoidectomía, con descenso del colon.

El paciente fue operado el 10-VII-80 efectuándose la doble ostomía, cecostomía e ileostomía simultáneas, con esfínter (7, 8, 9, 10, 11, 12) (Fig. 2a). Buena evolución. La ileostomía derivó al exterior todas las materias del intestino delgado obteniéndose la detransitación completa del colon. El vaciado total del colon se obtuvo mediante repetidos enemas evacuadores ano-rectales (izquierdos), completados con enemas ceco-colónicos (derechos), a través de la cecostomía. El goteo terapéutico directo, intracolónico, mediante suero fisiológico con antibióticos (Cloranfenicol y Estreptomicina) y sulfamidas, contribuyó grandemente a reducir el microbismo del intestino grueso; se completó la preparación del paciente con transfusiones.

La intervención quirúrgica radical fue efectuada el 18-VII-80, realizándose la movilización de todo el colon izquierdo, incluido el ángulo esplénico y la mitad del colon transverso. Se efectuó la resección ensanchada del recto-sigmoideos con resección de los mesos, rectal y sigmoideo y vaciamiento célula-ganglionar pelviano y precavo-aórtico. Se descendió ampliamente el colon izquierdo, exteriorizándose la mitad inferior del colon descendente a través del canal anal, en el cual se efectuó la esfinterectomía posterior a nivel del rafe. El colon exteriorizado no fue suturado al ano y fue abierto ampliamente, todo a lo largo de su Bandeleta antero-externa, constituyéndose en una colostomía de drenaje transanal. La mitad proximal del colon izquierdo quedó situada en la pelvis, para constituir el nuevo recto. (6, 13, 14, 15) (Fig. 3 d)

La evolución post-operatoria fue favorable continuando la ileostomía evacuando el contenido intestinal. El 28-VII-80 se efectuó la liberación de dos asas yeyunales proximales que se habían adherido, en el área sin peritoneo correspondiente al colon esplénico descendido.

Informe Anatómo-Patológico de la pieza operatoria de la tumoración en la ampolla rectal y pasaje recto sigmoideo: "Segmento de resección recto sigmoidea, de 30 cm. En la unión del tercio distal, y los dos tercios proximales, hay un tumor ulcerado, discoidal, que compromete las tres cuartas partes de la circunferencia, de borde elevado de 5 cm. de eje mayor. Infiltra todo el espesor de la pared, hasta la serosa. En el meso, se identifican 4 ganglios linfáticos, de hasta 9mm." (Fig. 1a, b)

"Microscópicamente se observan fragmentos de pared de recto, con un ADENOCARCINOMA, cilíndrico, diferenciado, infiltrante, parietal, difuso, ulcerado, con imágenes de permeación venular en la subserosa, por elementos tumorales".

"Los ganglios, están libres de colonización metastásica"

Dr. Luis M. Falconi

La evolución del paciente fue favorable con un tránsito intestinal normal, evacuando por la ileostomía materias pastosas, con períodos de emisión post-prandiales intermitentes. (10, 11, 12)

El 22-VIII-80 se efectuó la resección del segmento de colon prociendente y se evacuó un absceso perineal.

El estudio radiológico del intestino delgado efectuado mediante enemas opacos realizados por intubación del

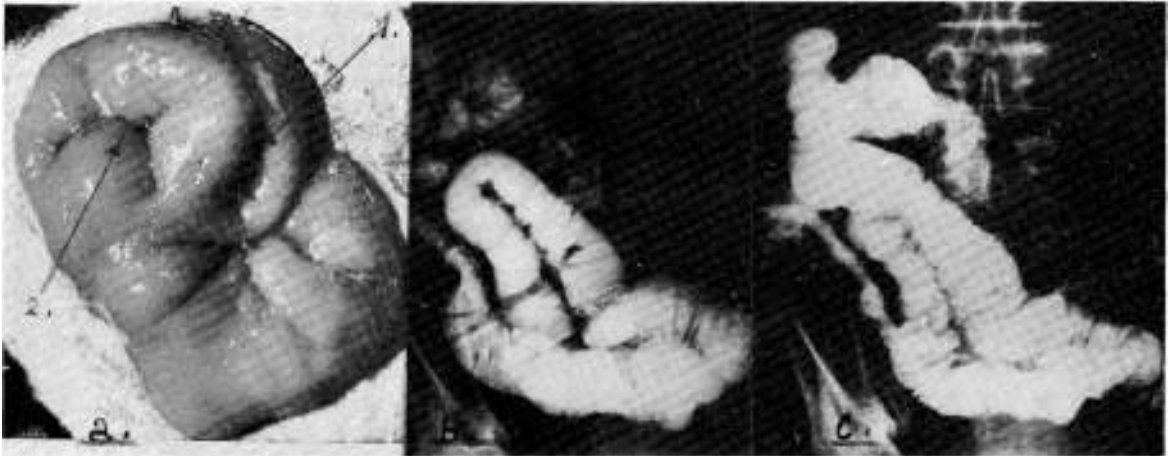


Fig. 2 - a) Doble ostomía simultánea: 1) Ileostomía con esfínter, autónómicamente continente, con derivación externa total de materias fecales, pastosas. 2) Ceco-colostomía, que permite efectuar enemas evacuadores directos del colon derecho.
 b) Enema opaco efectuado por el ostium de la ileostomía, con esfínter que muestra, a los 15 días, la dilatación de las 2 últimas asas ileales.
 c) Enema opaco por la ileostomía, a los 45 días; gran dilatación de las 2 últimas asas ileales. (colostomización).

ostium del esfínter ileo-cecal, en periodos post-operatorios sucesivos, de 15, 25, 35 y 45 días mostraron: "progresiva modificación del diámetro y del tono del fleon, con tendencia a un aspecto que podría catalogarse de colonización" (Dr. Manuel Nuchowich). (Fig. 2 b, c)

El paciente fue dado de alta del Sanatorio el 28-VIII-80, pasando a asistirse en su domicilio por un período de 2 meses, a los efectos de la cicatrización de sus heridas operatorias y recuperación de su estado general. Fue operado finalmente el 11-X-80 efectuándose el cierre de su ileostomía y colostomía.

El tránsito por el intestino grueso se restableció normalmente con evacuación por el ano de materias líquidas durante una semana y luego pastosas, con plena continencia anal, siendo dado de alta el 19-X-80.

El estudio radiológico final, post-operatorio (XI-80) efectuado mediante enema opaco mostró: "Las radiografías del post-operatorio muestra un colon sin lesiones, pero con una longitud totalmente disminuída, lo que está de acuerdo a la técnica quirúrgica empleada. Las modificaciones del ciego se deben a la amputación quirúrgica y sutura del retrofondo del ciego" (Dr. M. Nuchowich). (Fig. 3 b, c)

La evolución del paciente ha podido ser seguida regularmente durante 1 año. Su estado general es excelente; ha aumentado 13 Kgs. de peso (49 a 62 Kg.), alimentándose con buen apetito y régimen libre, siendo su tránsito intestinal normal, con 1 ó 2 deposiciones diarias, de aspecto normal y con total continencia anal. Trabaja mucho, maneja el tractor, etc.

COMENTARIOS

Esta observación muestra la gran utilidad de asociar previamente a la cirugía oncológica radical del cáncer rectosigmoideo la doble ostomía ileal y ceco-cólica. La programación y realización en varios tiempos de ambas intervenciones ha hecho posible que la operación radical fuese realizada con éxito en un paciente de 77 años, obteniéndose buena evolución, con restablecimiento del normal funciona-

miento del colon y del canal anal, con total continencia.

La doble ostomía se efectúa en la conjunción de los intestinos delgado y grueso y es de fácil realización, con un mínimo traumatismo; no se secciona parte alguna del mesenterio, ni del mesocolon, conservándose toda la vascularización e inervación de ambas vísceras. Ella permite efectuar de inmediato la detransitación total del colon, a la vez que efectuar mucho mejor su evacuación amplia, mediante la realización de enemas evacuadores por ambos extremos, el ano y la cecostomía. La ileostomía establece de inmediato la total derivación al exterior de las materias fecales; la conservación de su esfínter ileo-cecal autónómico, con la hipertonía funcional que se establece, a causa de su exposición al exterior, hace que las evacuaciones sean intermitentes, con mucho menos expoliación hidro-electrolítica y proteica del paciente. La hipertonía del esfínter determinó la estasis de materias en las últimas dos asas yeyunales que se dilataron y colostomizaron parcialmente; las materias se volvieron progresivamente pastosas, por la reabsorción en el íleon de parte de sus componentes.

Tres hechos dignos de ser señalados avalan la realidad de la colostomización de la terminación del íleon y la utilidad de la ileostomía con esfínter: a) la comprobación radiológica de la dilatación de las últimas asas ileales (Fig. 2 b, c) b) la formación de materias pastosas, de aspecto fecal; c) la mejoría del estado general y nutricional de nuestro paciente con aumento de peso, luego de la resección oncológica de su cáncer recto-sigmoideo, habiéndose mantenido de ileostomía, con total detransitación del colon durante 2 1/2 meses (antes de proceder a su cierre). El paciente tuvo buena función intestinal y asimilación, aumentando 14 Kg. de peso.

La intervención quirúrgica radical, con resección recto-sigmoidea ensanchada y movilización amplia del colon izquierdo y mitad del transverso pudo

realizarse sin dificultades, pues la doble ostomía previa no había creado adherencias, ni bridas, ni limitaciones de especie alguna, a diferencia de las que produce la clásica colostomía del colon transverso.

El cierre de la doble ostomía es de fácil realización y buena tolerancia. En las colostomías clásicas, para efectuar el cierre de la ostomía es necesario efectuar una operación importante de anastomosis colo-colónica. En la doble ostomía ileal y cecal es

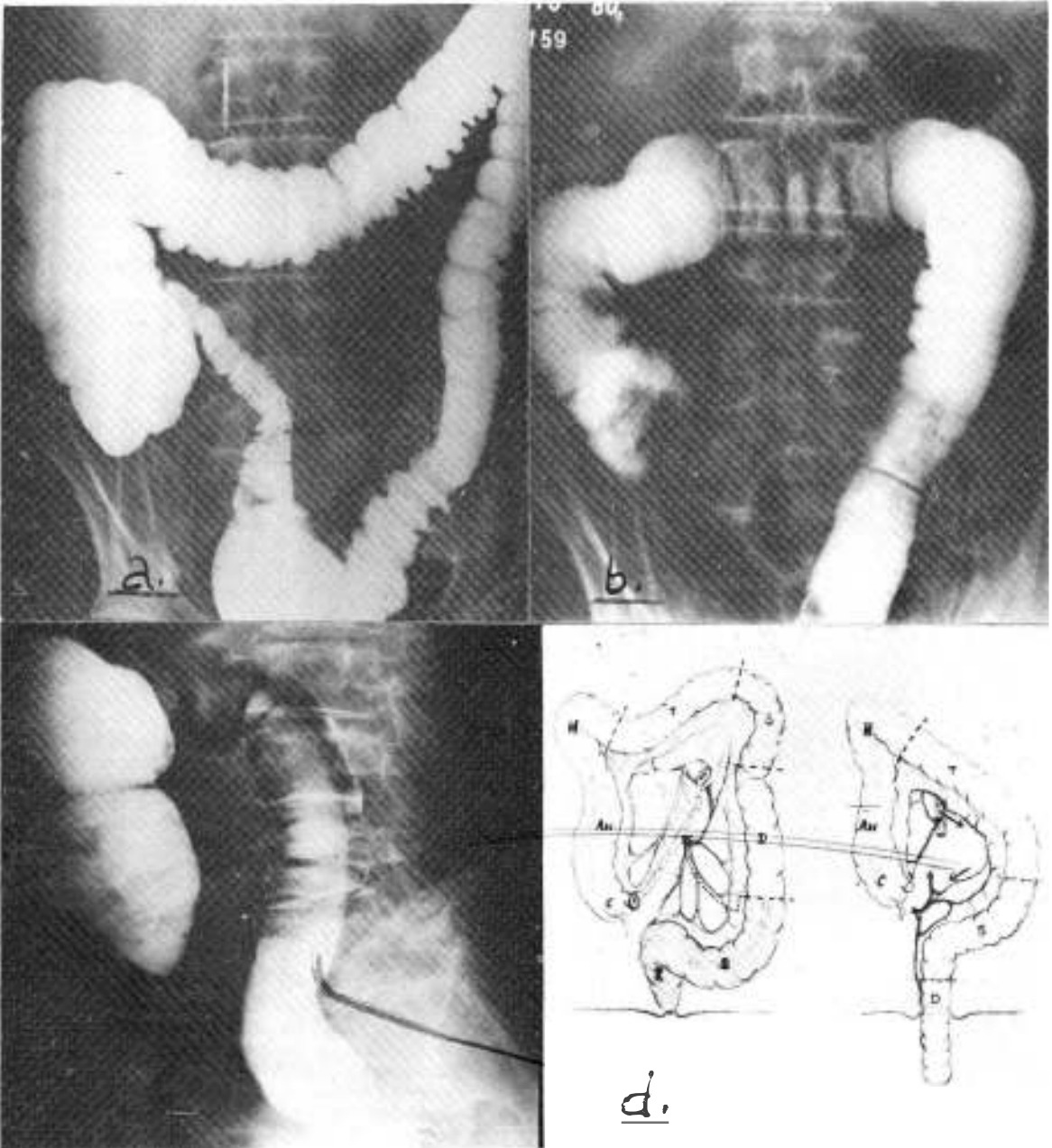


Fig. 3 - a) *Pre-operatorio*: El enema opaco muestra todo el cuadro del colon, con algunas imágenes diverticulares sigmoideas e hipertonia.
 b) *Post-operatorio*: Enema opaco: colon sin lesiones, pero totalmente disminuido de longitud, con desaparición del ángulo esplénico; ciego con amputación de su retrofondo, y escotadura en su zona de sutura del fondo.
 c) *Post operatorio*: El enema opaco muestra el colon derecho y ángulo hepático sin variantes; colon "transverso" móvil y en posición descendente; colon izquierdo móvil y constituido: por la zona izquierda descendida del colon transverso, por el ángulo esplénico y por la parte alta del colon descendente.
 d) *Esquema de la intervención*: R.S. -resección recto-sigmoidea; C.Asc. H. -ciego, colon derecho, y ángulo hepático; T. - colon transverso; -S. ángulo hepático y por la parte alta del colon descendente.

suficiente cerrar el retrofondo del ciego, sin necesidad de efectuar una operación de anastomosis entre el ileon y el ciego, pues se mantuvo siempre la continuidad tisular, patietal y vascular entre ambos intestinos.

En este paciente pudo efectuarse la resección oncológica radical mediante abordaje solamente abdominal, sin ningún tiempo perineal. Se extirpó además del recto, el colon sigmoide y el colon descendente inferior, conjuntamente con sus mesos, y se efectuó el vaciamiento célulo-ganglionar pelviano y cavo-aórtico.

La conservación del canal anal con su mucosa, sus esfínteres musculares, y todos sus vasos y nervios intactos, facilita grandemente su normalidad funcional futura. La sensación y el reflejo de expulsión del bolo fecal se establece perfectamente si se conserva toda la mucosa y los esfínteres del canal anal, junto con sus elementos vásculo nerviosos (13, 14, 15).

El pasaje del colon izquierdo a través del ano, sin efectuar sutura alguna (sin hilos de sutura, que son cuerpos extraños), y permitiendo que la fijación del colon se realice progresivamente por el tejido de granulación, cicatricial supra anal, evita gran número de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHIFFLET, A.: Surgery for cancer, of the lower rectum. The Perirectal fascia with references to conservative surgery and technic. *Dis. Col. Rect.*, 7: 493, 1964.
2. DEL CAMPO, J.A.: Diagnóstico y tratamiento del cáncer de recto. *Ac. Sindical* (Montevideo), 1: 293, 1939.
3. DELOYERS, L.: La bascule du colon droit permet sans exception de conserver le sphincter anal après les colectomies étendues du transverse et du colon gauche (rectum y compris). *Lyon Chir.*, 60: 3 1964.
4. GOMEZ FOSSATI, C.; BERGALLI, L.A.; CRESTANELLO, F.; HARETCHE, M.; KAMAID, E.: *Cir. Uruguay*, 47: 447, 1977.
5. NARIO, C.: Neoplasma rectosigmoideo. Aspectos clínicos y terapéuticos. *Prensa Med Argent*, 30: 1618, 1943.
6. PALMA, E.C.: Tratamiento quirúrgico del cáncer del recto, con conservación del canal anal. Congreso Asociación Latino-Americana de Proctología. 3o, 1: 393, 1963.
7. PALMA, E.C.; GUTIERREZ BLANCO, H.: Ileostomía Transcecal. Congreso de la Asociación Latino-Americana de Proctología 3o. 1: 161, 1966.
8. PALMA, E.C.; GONZALEZ VALES, H.; ARIAS, J.: Ileostomía con esfínter. *Cir. Uruguay*, 42: 267, 1972.
9. PALMA, E.C.: Ileostomía con esfínter, autónomamente continente. Actas Congreso Argentino e Internacional de Proctología. 5o, 2: 216-223, 1973.
10. PALMA, E.C.: Ileostomía con esfínter autónomamente continente. Acta Latino-Americana de Proctología. 19: 334, 1976.
11. PALMA, E.C.: Colostomie et Ileostomie simultanées. Ileostomie avec sphincter autonome et continent. *Lyon Chir.*, 73: 311, 1977.
12. PALMA, E.C.: Colostomía e Ileostomía simultáneas; ileostomía con esfínter continente autónomamente. Cuadernos chilenos de Cirugía. Congreso Anual A.C. of Surgeons 21o., 1: 273, 1977.
13. PALMA, E.C.: Resection rectale avec conservation du canal anal. *Lyon Chir.*, 74: 144, 1978.
14. PALMA, E.C.; ORONNOZ, L.: Poliposis familiar-Proctocolectomía subtotal con descenso del colon derecho al canal anal. *Cir. Uruguay*, 49: 65, 1979.
15. PALMA, E.C.; GUTIERREZ BLANCO, H.: Neoplasma de recto inferior; resección y descenso. Curación. *Cir. Uruguay*, 50: 158, 1980
16. VIOLA PELUFFO, J.C.: Aspectos urogenitales del tratamiento quirúrgico de los cánceres del recto. Congreso Uruguayo de Cirugía. 11o, 1: 151, 1960.