

Manejo abierto de las heridas quirúrgicas del recto subperitoneal

Dres. Jorge Bermúdez Villegas, Alejandro Esperón, Gustavo Veirano

Resumen

A través de un estudio clínico, los autores demuestran la posibilidad de dejar abiertas las heridas quirúrgicas del recto subperitoneal, sin infección ni trastornos de cicatrización. Este hecho lo corroboran a través de un estudio experimental en el perro. No se aclara sin embargo la explicación del porqué no se produce infección alguna, planteándose como hipótesis no demostrada la protección creada por la dilatación anal y en el perro el hecho de dejar la herida abierta alcanza para su protección. Se plantea la posibilidad de futuro de cambio de conducta en las heridas traumáticas del recto subperitoneal.

Palabras clave: Recto subperitoneal · heridas.

Summary

By means of a clinical study the possibility of leaving surgical wounds of subperitoneal rectum open, without the appearance of infection or healing disorders, is shown. This is supported with an experimental study in dogs. The reason why no infection occurs is not clear: a non-demonstrated hypothesis would be the protection created by anal dilation; in the case of dogs, leaving the wound open is enough for protection. The possibility of a change of management of traumatic wounds of subperitoneal rectum is established.

Introducción

Es clásico considerar que toda herida o apertura de la pared rectal, realizada en forma voluntaria o accidental, debe cerrarse cuidadosamente a fin de evitar la contaminación del espacio pelviperitoneal, cuyo tejido laxo se defiende pobremente de la infección y cuyas consecuencias podrían llegar a ser muy graves

Dpto. de Cirugía. Clínica Quirúrgica "A"

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de diciembre de 1989.

Correspondencia: Dr. Jorge Bermúdez, Osorio 1275, Montevideo.

(1-4). Por otro lado, hoy en día se acepta que el tratamiento adecuado de los abscesos por encima del elevador⁽²⁾ se tratan mediante la puesta a plano hacia la luz rectal. También se acepta que el manejo general⁽⁵⁾ de una herida contaminada o supurada debe ser abierta, evitando los espacios muertos.

Objetivos

Los autores pretenden demostrar, a través de la experiencia clínica de dos de ellos (J.B. y G.V.) y de un trabajo experimental de conjunto, que las heridas o pérdidas de sustancia del recto pueden dejarse completamente abiertas sin que por ello se produzca infección alguna ni provoque defecto de cicatrización.

Dos hipótesis se ofrecen a la vista para explicar este hecho:

- La herida dejada abierta luego de una resección endoanal queda protegida de la infección por el drenaje natural, consecuencia de la dilatación anal necesaria para la resección. Esta dilatación deja en forma transitoria una incontinencia que impide el acúmulo de materia en el recto facilitando además la salida de las secreciones.
- La herida no se infecta por el solo hecho de dejarla abierta, no habiendo disección de los bordes ni creación de espacios muertos.

Material y método

A) Faz clínica

Se tomaron como ejemplo las lesiones rectales reseca- das en forma de pared rectal completa y dejando las brechas ampliamente abiertas. Estas lesiones correspondían a 9 cánceres de recto, dos de ellos con tumor vellosa, un cáncer epitelial basaloide (Nº 8) y una úlcera solitaria de recto (Nº 10) con diagnóstico preoperatorio de adenocarcinoma (Tabla 1).

Tabla 1.

Nombre	edad	sexo	fecha	proced.	tamaño	natura	complic.
1. W.S.	81	M	X/78	H.Brit.	20mm	A-C	s/p
2. C.G.	72	M	4/VI/79	C.Gal.	35mm	A-C	s/p
3. F.S.	72	M	23/I/82	Imp.	15mm	A-C+PV	s/p
4. J.C.	76	M	25/X/83	H.Clin.	15mm	A-C	s/p
5. J.V.	82	M	29/IX/83	H.Clin.	25mm	A-C	s/p
6. G.G.G.	73	M	27/XII/83	H.Clin.	30mm	A-C	s/p
7. J.V.Ch	83	M	17/IV/84	H.Brit.	14x8cm	A-C+PV	hemorr
8. M.M. de R.	57	F	6/IV/85	H.Brit.	25mm	E.Bas	s/p
9. A.M.	53	M	2/VIII/85	Mercedes	40mm	A-C	hemorr
10. J.M.	76	M	12/VI/86	C.Gal.	30mm	U.Sol.	s/p
11. S.S.	58	M	27/VI/86	M.Ur.	35mm	A-C	s/p

Todos estos pacientes fueron operados por vía endoanal, luego de una amplia dilatación anal. Solo uno de ellos se cerró parcialmente (Nº 7) con finalidad hemostática a las 48 horas de posoperatorio (pieza de 14 x 8 cm). En la evolución se comprobaron dos hemorragias, una que obligó al cierre parcial, otra se repuso con sangre. La cicatrización por segunda se observó sin inconvenientes en todos los casos menos el Nº 9, irradiado con 4500R en el preoperatorio (fue el segundo que sangró). Este paciente, a los tres meses mantenía una lesión ulcerada del tamaño de la resección, cuya biopsia mostró A-C, por lo cual se realizó una amputación A-P, pero en cuyo examen no se encontró más que una úlcera rádica. Por ello, desde entonces cerramos las heridas previamente irradiadas.

B) Faz experimental

Se tomó como modelo experimental a perros de 15 a 20 kg, planteándose dos series: en una primera, de 17 perros, se pretendía evidenciar que las heridas rectales dejadas abiertas, sin protección de colostomía o de una dilatación anal-incontinencia, provocarían una infección pelviana. De producirse dicha infección, se realizaría una segunda serie a la cual se agregaría la sección esfinteriana que suponemos protegería de la infección por producir una incontinencia total.

El procedimiento realizado en la primera serie consistió en, a través de un anoscopio quirúrgico, reseca un fragmento de pared rectal de 15 a 20 mm de diámetro, con comprobación histológica de totalidad de la pared rectal por un lado, y comprobación manométrica de indemnidad de la función esfinteriana por otro. Los animales se sacrificaron al 7º y 14º días,

buscando sistemáticamente elementos de infección pelviana.

Resultados

Dos perros fallecieron por peritonitis y/o hemorragia por apertura accidental del fondo de saco de Douglas, descartándose de la serie.

En un solo perro de 15 de la serie 1 se comprobó en la autopsia una pequeña colección supurada perineal, con todas las heridas rectales granulosas y sin infección. Ello motivó que se abandonara la serie 2 ya que no había infección en la serie testigo (sin esfinterotomía).

En el curso de las autopsias se comprobó que el fondo de saco Douglas en el perro es muy profundo, casi hasta el piso pelviano. Este, por su lado, no es continuo, a diferencia del humano. Por ello, a nuestro criterio, resulta de poca validez para extrapolar datos al humano. Es posible que el mono sea mejor modelo experimental, pero no está a nuestro alcance.

Discusión

Si bien la investigación experimental realizada no aclaró las hipótesis planteadas, sobre todo el valor de la dilatación anal como protección de las heridas rectales, de la experiencia clínica y experimental surgen algunos hechos positivos:

1) Las soluciones de continuidad y/o pérdidas de sustancia de la pared rectal subperitoneal pueden ser dejadas abiertas sin riesgo de infección ni defecto de cicatrización (salvo sobre recto irradiado en cuyo caso aconsejamos el cierre primario). En casos de neo-

plasia, la cicatriz amplia y plana facilita el control digital evolutivo.

Dejar la herida abierta suprime un tiempo quirúrgico a veces dificultoso y, al no deformar la luz rectal, no se produce estenosis.

2) No habiendo posibilidad de un estudio prospectivo randomizado respecto al cierre o dejar la herida abierta y con o sin dilatación anal, ya que ésta es necesaria para la resección, no creemos posible afirmar si existe o no diferencia a favor de una u otra. Lo único que se puede afirmar es que se pueden dejar abiertas. Este hecho no lo hemos encontrado referido en ninguna publicación o texto, al contrario, todos enfatizan sobre la necesidad de un cierre cuidadoso⁽²⁻⁴⁾.

Nos planteamos una nueva línea de investigación en caso de heridas traumáticas de recto, sea por empalamiento o penetrantes de fuera adentro, en

cuanto a la posibilidad de realizar una amplia dilatación o esfinterotomía, sin la clásica protección de una colostomía.

Bibliografía

1. **Bermudez Villegas J, Falconi L, Rompani O, Veirano G.** Tratamientos conservadores en el cáncer de recto. *Cir Uruguay*, 1955; 55(1):1-9.
2. **Goligher J C.** *Surgery of the Anus, Colon and Rectum*. 5th ed. London: Bailliere, 1984.
3. **Hager T, Gall F P, Hermanek P.** Local excision of cancer of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1983; 26(2):149-51.
4. **Lock M R, Cairns D W, Ritchie J K, Lockart-mummery H E.** The treatment of early colorectal cancer by local excision. *Br J Surg* 1978; 65:346-349.
5. **Madeen J W.** Cicatrización de las heridas. En: Saliston, DC. *Tratado de Patología Quirúrgica*, 11ª ed, México: Interamericana, 1989, (514): 239-61.