

# Hemicolectomía derecha por cáncer primitivo de colon

Dres. Andrés Colet<sup>1</sup>, Angeles Cassinasco<sup>2</sup>, Julio Iacopino<sup>2</sup>, Roberto Cilleruelo<sup>2</sup>, José Praderi<sup>3</sup>, Dante Pastro<sup>1</sup>, Gabriel Pombo<sup>1</sup>, Martín Harretche<sup>4</sup>, Alberto Estefan<sup>4</sup>, Raúl Praderi<sup>5</sup>

## Resumen

Los autores analizan una serie de 42 pacientes con cáncer de colon derecho recopilados desde setiembre/87 a setiembre/89. Fueron 23 mujeres y 19 hombres cuyas edades oscilaron entre 39 y 88 años con una media de 63 años.

Se realizó en todos los pacientes hemicolectomía derecha centrípeta. No se drenó el peritoneo salvo en la urgencia.

La mortalidad operatoria fue de 2,3% y la global de 6,9%. Hubo una falla de sutura y 11 supuraciones parietales. Se destaca el aumento de la incidencia del cáncer de colon y se plantea un algoritmo de estudio para pacientes de riesgo.

**Palabras clave:** Colon  
Neoplasmas

## Summary

The authors analyse a series of 42 patients that were operated on because of cancer of the right colon between September 1987 and September 1989. They were 23 females and 19 males between 39 and 88 years old with a media of 63 years.

Classical centripetal right hemicolectomy was performed in all cases. Peritoneum was not drained except in urgency. There was 2.3% operative mortality and 6.9% global mortality. There was one suture failure and 11 parietal suppurations. The authors point out the rise in the incidence of cancer of the colon and outline a study algorithm for patients at risk.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» (Director Prof. Dr. Raúl Praderi), Facultad de Medicina. Hospital Maciel. Montevideo.

<sup>1</sup> Asistentes de Clínica Quirúrgica. <sup>2</sup> Residentes de Cirugía. <sup>3</sup> Médico Cirujano del M.S.P. <sup>4</sup> Profesores Agregados de Clínica Quirúrgica. <sup>5</sup> Profesor de Clínica Quirúrgica.

Presentado como Tema Libre al XL Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1989.

**Correspondencia:** Dr. A. Colet.  
Larrobla 922 (3). Montevideo. CP 11700.

## Introducción

En los últimos años ha aumentado en forma importante la incidencia del cáncer de colon, y sobre todo del derecho. Lamentablemente nuestro país no sólo no escapa a esta situación sino que es uno de los que tiene mayor frecuencia.

Uno de sus motivos tal vez sea que actualmente los médicos generales sospechan y diagnostican más frecuentemente este cáncer por su sintomatología más significativa: anemia, tumor palpable y fiebre.

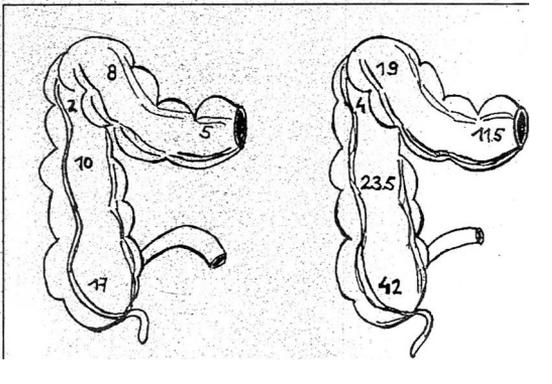
Otro factor tal vez sea el autodiagnóstico realizado por algunos pacientes. Esto es debido a que la educación de la población es un factor preponderante en la determinación del cáncer precoz.

Asimismo existen exámenes paraclínicos como el Weber, el Cromo 51 y últimamente el Hemoocult Slide Test, que es más sensible que los anteriores<sup>(1)</sup>, que permiten pesquisar ante mínimos sangrados, posibles indicios de una patología neoplásica colónica.

Pero también queremos destacar que en demasiados casos se producen demoras diagnósticas injustificadas a pesar de una clínica clara. Esto puede ser debido a que en pacientes con incontinencia esfinteriana el colon por enema no llega al colon derecho. Asimismo la fibrocolonoscopia a veces por mala preparación del colon o por carencias técnicas no visualiza más allá del transverso.

Nosotros consideramos que ante una clínica clara, con radiología y endoscopia evidente no es necesario esperar la confirmación histológica, aunque este punto es discutible.

Un aspecto que nos preocupa es la burocracia administrativa mutual que no sólo provoca estas demoras diagnósticas sino también terapéuticas y vemos a estos pacientes pasear sus cánceres durante semanas o meses por la ciudad.



**Figura 1.** A la izquierda, se representa la topografía de los cánceres operados en números totales. A la derecha, se muestra el porcentaje de acuerdo a la localización en el colon derecho.

## Material y método

Se analiza una serie de 42 pacientes intervenidos de hemicolectomía derecha (HCD) por cánceres primitivos de colon derecho y transverso proximal entre setiembre de 1987 y setiembre de 1989.

Diez enfermos fueron operados en la Clínica Quirúrgica «3» del Hospital Maciel y los restantes 32 fueron intervenidos por tres de nosotros (R.P., A.E. y M.H.) en otros hospitales de Montevideo.

Esta serie abarca 23 mujeres y 19 hombres.

Sus edades oscilaron entre 39 y 88 años, con una media de 63 años.

El diagnóstico en la mayoría de los casos fue clínico, radiológico y endoscópico.

La topografía del cáncer como se señala en la figura 1 correspondió a: ciego: 17 (42%); colon ascendente: 10 (23,5%); ángulo derecho: 8 (19%); colon ascendente + ángulo derecho: 2 (4%) y transverso proximal: 5 (11,5%).

En 8 casos (19,5%) debió realizarse cirugía de urgencia por hallarse en oclusión o suboclusión. El resto fueron intervenciones de coordinación.

La preparación del colon fue mecánica en enemas seriados o Manitol<sup>(2)</sup> y en la totalidad de los casos se realizó antibióticoterapia profiláctica con Tinidazol o Metronidazol y un aminoglucósido que se extendió entre una dosis preoperatoria inmediata y 3 a 10 días de posoperatorio.

La incisión utilizada en 38 casos (90%) fue la transversa de flanco derecho realizando incisiones medianas sobre todo en la urgencia o ante diagnóstico incierto.

## Comentario

La operación básica realizada fue la HCD en la totalidad de los casos. No realizamos la ligadura del

colon. Tampoco utilizamos el «no touch technique», ni la hemicolectomía centrífuga<sup>(3)</sup>.

Según Wiggers y col en un estudio multicéntrico de hospitales holandeses, tanto con el «no touch technique» como con nuestra técnica, los resultados son similares<sup>(4)</sup>.

Se procede a la disección retroperitoneal de arriba a abajo, teniendo especial cuidado en la resección del tronco de Henle para poder realizar la exéresis oncológica correcta de los ganglios mesocolónicos.

Es importante considerar las variaciones anatómicas del tronco de Henle<sup>(5)</sup>.

Se realizó HCD ensanchada a pared abdominal en 1 caso, a cresta iliaca derecha en 1 caso, y en 3 pacientes se practicó colecistectomía simultáneamente.

Hemos realizado recientemente una HCD con duodenopancreatectomía cefálica por invasión neoplásica duodenal que no figura en esta serie por no encontrarse en el lapso estipulado de 2 años (setiembre del '87–setiembre del '89).

La anastomosis utilizada fue la ileo–transversotomiatérmino–terminal en 9 casos (21%), látero–lateral en 32 casos (76,7%) y término–lateral en 1 caso (2,3%).

Frente a una oclusión de colon por cáncer realizamos la resección y anastomosis en agudo teniendo la precaución de aspirar el contenido del delgado, pudiendo realizarse la anastomosis término–terminal ya que el íleon está dilatado<sup>(6)</sup>.

Indistintamente se ha realizado sutura en mono o biplano sin notar grandes diferencias. En este último caso se utiliza un plano de lino. El material de sutura usado fue el ac. polilactínico 910 (Vycril).

En la mayoría de los casos no dejamos drenajes peritoneales salvo en la urgencia.

Un caso de esta serie había sido operado años antes de un cáncer de recto realizándose una operación de Dixon y actualmente presentaba un doble cáncer de ciego y ángulo derecho.

Se destacan dos complicaciones posoperatorias. En un paciente se constató falla de sutura el séptimo día debiendo ser reoperado en 5 oportunidades realizándose demolición de anastomosis y toilette peritoneal, falleciendo. En 11 pacientes (26%) se produjo supuración parietal, pero debemos destacar que 6 de ellos (54%) fueron operados en el Hospital Maciel donde hay mayor prevalencia de infecciones, los enfermos tienen taras asociadas más depauperantes que los pacientes mutuales y por ser un hospital docente, la morbimortalidad es mayor.

En cuanto a la mortalidad operatoria registramos un solo caso (2,3%) por falla de sutura. En el posoperatorio alejado se constataron dos muertes (4,6%) por recidiva tumoral que correspondía a cánceres exteriorizados (uno del Hospital y uno del CASMU).

En contraste con la bibliografía consultada encontramos por ejemplo para Evans y col en una estadística nacional de USA de hace 10 años la mortalidad encontrada por cáncer de colon fue del 17% (7).

## Discusión

En esta comunicación pretendemos destacar la creciente incidencia del cáncer de colon en todo el mundo y más que nada en nuestro medio, con predominio del derecho como lo expresan las estadísticas internacionales (8-12).

Por esa razón debemos realizar un diagnóstico precoz y una terapéutica pretendidamente curativa rápida y efectiva sin detenernos en perfeccionismos diagnósticos que sólo nos llevan a demoras injustificadas y muy perjudiciales para el paciente.

Según Bond (1) el colon por enema sólo detecta 60-70% de los cánceres tempranos y la fibrocolonoscopia 90% aproximadamente.

Debemos realizar una operación simple y sistematizada para conseguir buenos resultados operatorios (4,8,13-15).

No ponemos (salvo de urgencia) drenajes peritoneales porque aumenta la frecuencia de infección de fuera-adentro.

La mortalidad operatoria fue de 2,3% y la global de 6,9%.

A pesar que esta serie tiene un follow-up muy breve que va de los 2 meses a los 21 meses con una media de 11,5, nos interesa destacar los buenos resultados inmediatos realizando antibióticoterapia profiláctica, cirugía sistematizada y no drenando el peritoneo.

## Conclusiones

Esta pequeña estadística nos lleva a las siguientes conclusiones:

- 1) El diagnóstico debe ser precoz y la terapéutica temprana y efectiva, no esperando el perfeccionismo diagnóstico cuando la clínica es clara. Con motivo de esto último se puede utilizar un algoritmo de estudio para pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo: el estudio del Hémoocult Test y posteriormente si es positivo la fibrocolonoscopia, coincidiendo con la bibliografía internacional (1,16,17).
- 2) Se debe realizar siempre una correcta preparación mecánica del colon y antibióticoterapia profi-

láctica en una dosis preoperatoria y luego continuarla en el posoperatorio según cada caso.

- 3) En lo posible realizar incisiones transversales que tienen menor índice de evisceraciones (que no hubo en esta serie) y eventraciones.
- 4) Salvo en la urgencia, no dejar drenajes peritoneales.
- 5) Esta operación se puede realizar como cirugía paliativa ya que es un excelente procedimiento que cursa generalmente sin complicaciones importantes.
- 6) En nuestras estadísticas la mortalidad registrada es baja.

## Bibliografía

1. Bond JH. Screening and early diagnosis of colon cancer. In: Najarian J, Delaney J. Progress in gastrointestinal Surgery. Chicago: Year Book Med Pub, 1989: 562.
2. Harretche M. Preparación del colon con Manitol. Cir Uruguay 1980; 50: 461.
3. Suiffet W. Colectomía centrífuga. Aislamiento oncológico. En: Colectomía derecha por cáncer (M.R.). Cir Uruguay 1971; 41:64.
4. Wiggers T, Jeekel J, Arends JW, Brinkhorst AP, Kluck HM, Luik CI et al. No-touch isolation technique in colon cancer: a controlled prospective trial. Br J Surg 1988; 75: 409.
5. Chizzola M. Fundamentos anatómicos. En: Colectomía derecha por cáncer de colon (M.R.) Cir Uruguay 1971; 41: 50.
6. Praderi R, Delgado B, Maquieira G, Aguiar A, Mazza M. Emergency resection for Acute Neoplastic Obstruction of Left Colon. Chir Gastroenterol 1974; 8: 291.
7. Evans JT, Vana J, Aronoff BL, Baker HW, Murphy GP. Management and survival of carcinoma of the colon: results of a national survey by the American College of Surgeons. Ann Surg 1976; 188: 716.
8. Jarvinen HJ, Ovaska J, Mecklin JP. Improvements in the treatment and prognosis of colorectal carcinoma. Br J Surg 1988; 75:25.
9. Slater G, Haber R, Aufses A. Changing distribution of carcinoma of the colon and rectum. Surg Gynecol Obstet 1984; 158: 216.
10. Finnish Cancer Registry. Cancer Incidence in Finland, 1982. Helsinki: Cancer Society of Finland, 1986.
11. Rhodes JB, Holmes FF, Clark GM. Changing distribution of primary cancer in the large bowel. JAMA 1977; 238: 1641.
12. Grahremani GG, Dowlathahi K. Colorectal Carcinomas: Diagnostic Implications of their Changing Frequency and Anatomic Distribution. World J Surg 1989; 13: 321.
13. Peloquin AB. Cancer of the colon and rectum: comparison of the results of three groups of surgeons using different techniques. Can J Surg 1973; 16: 28.
14. Sugarbaker PH, Corlew S. Influence of surgical techniques on survival in patients with colorectal cancer. A review. Dis Colon Rectum 1982; 25: 545.
15. Fazio VW, Philipshen SJ. Techniques for the resection of colon cancer: an appraisal of the no-touch isolation technique. In: Beahrs OH, Higgins GA, Weinstein JJ. Colorectal Tumours. Philadelphia: Lippincott, 1985: 159.
16. Letsou G, Ballantyne GH, Zoon MJ, Zucker KA, Moolin IM. Screening for colorectal neoplasms. A comparison of the fecal occult blood test and endoscopic examination. Dis Colon Rectum 1987; 30: 839.
17. Grossman S, Milos JL. Colonoscopy screening of persons with suspected risk factors for colon cancer. Gastroenterology 1988; 94: 395.