

LA SECCION POSTERIOR DEL APARATO ESFINTERIANO ANAL EN ALGUNA DE SUS INDICACIONES

Prof. Dr. Carlos Stajano

Es extraordinario lo que se ha progresado en próximamente treinta años, en lo que respecta a la cirugía del colon.

No me refiero a la parte técnica que en esa época vivía en pleno auge, pero si a la de sus resultados y éxitos, por cuanto hoy, el post-operatorio ha cambiado fundamentalmente y las evoluciones inmediatas y las mediatas cercanas de los 8 y 10 días, se han simplificado en forma extraordinaria.

Nuestros recuerdos del pasado nos dicen que las mejores técnicas, hechas por los mejores cirujanos y con las suturas más perfectas y los refuerzos más previstos, eran comprobaciones hermosas del momento operatorio, pero de esos enfermos era altísimo el porcentaje de mortalidad entre los 4 y 12 días, por infinitas causas de fracaso que no es del caso hoy analizar, pero entre las cuales contaba en primer término, la peritonitis al octavo o décimo día por dehiscencia total de las suturas en las anastomosis de las resecciones de segmentos cólicos, realizadas en un solo tiempo.

Este tema amplísimo nos permitiría extendernos sobre lo mucho que hemos cosechado, al aprovechar la experiencia de todos los cirujanos de la época, con sus tendencias y sus técnicas preferidas, en las numerosas afecciones cólicas que requerían intervención.

Un hecho real y dominante y por todos conocido es la distensión gaseosa y de materias líquidas que se opera en el colon durante el post-operatorio.

a) Distensión paralítica de las próximamente alrededor de 36 horas de todo post-operatorio abdominal. Período que ninguna sonda rectal permite aliviar por cuanto el tránsito de gases no

existe y el dolor en esos casos es puramente distensivo, y lo único que hace la sonda es irritar el esfínter.

b) Distensión real de las 36 a 40 horas en adelante por el torrente gaseoso y líquido que inunda el colon provocado por la peristalsis y que es contenido por el juego de los esfínteres. La tensión cólica en este momento hace peligrar las suturas, por distensión mecánica, en primer término, agravada por la hipersepsis del contenido cólico, que en las mejores condiciones actuales de preparación del enfermo, siempre es temible. La sonda a permanencia en el recto o el grueso tubo, son de rigor, y no siempre soportada.

Pues bien: hace muchos años que veíamos con repulsión algo que era axiomático en la cirugía cólica.

Me refiero a las derivaciones al exterior ileales, cecales, o cólicas por encima de una sutura, con el fin de aliviar la tensión de una anastomosis hecha en condiciones normales. Las hemos realizado, sin embargo, en todas las formas, aceptando las normas impuestas por los maestros de la cirugía, pero desde que pudimos obrar con criterio propio, las hemos ido abandonando lenta y progresivamente, dejando de practicarlas en forma sistemática, reservando ese gran recurso salvador para indicaciones de necesidad y de perentoria urgencia en ciertos casos de oclusión o de diversos procesos cólicos que imponen esa medida.

El objeto de esta nota es llamar la atención sobre una práctica que creo insuperable por su eficacia en el papel que se le exige, como lo es la esfinterotomía posterior ano-rectal en la grande y pequeña cirugía del colon. Llamo gran cirugía a toda la cirugía de extirpación con sus derivaciones y anastomosis, así como a la de las heridas del intestino. Llamo pequeña, a la corriente de los cierres de anos artificiales en cualquier tramo del colon.

Que es el aparato esfinteriano ano rectal, sino una verdadera represa, por detrás de la cual se contiene una fuerza viva de líquidos y gases, que son expulsados mediante una serie de reflejos combinados muy sensibles en el sujeto normal, pero fundamentalmente modificados en el operado de vientre y en especial en el cólico.

Pues bien: nuestra comunicación muy breve de hoy no hace más que dar a conocer una práctica que ya es sistemática en nuestro servicio y que consiste en la sección del aparato esfin-

teriano en su comisura posterior, en muchos actos de cirugía cólica donde se tengan que contemplar suturas en su pared. Sección técnicamente muy simple y a la cual se le exige el libre tránsito de gases y materias durante un número de días que son los críticos en la post-operación.

Su reintegración funcional se opera en forma perfecta ya en la proximidad de los 15 días y por último su eficacia es incomparable a ninguna otra derivación cólica, que en general se hace incompletamente, o no funciona en absoluto en muchos casos. Por otra parte cualquier ano cólico o cecal, impone un acto operatorio previo, siempre de mayor trascendencia que la simple sección esfinteriana. No queremos decir con esto que la sección del esfínter suprime las otras múltiples indicaciones obligatorias de los anos cecales o cólicos por detrás de un obstáculo. Solo digo que para nosotros es cada día más evidente la notable eficacia de esta sencilla operación que suprime cual ninguna otra la causa más constante y trágica de los desastres en la cirugía cólica y *muy especialmente de la sigmoideo-rectal*.

En resumen: Aconsejamos la sección posterior del aparato esfinteriano no obligatoria sino como coadyuvante:

a) en algun caso de anastomosis de derivación interna con el colon. Cecosigmoidostomía, ileocolostomías definitivas o previas a resecciones en segundos tiempos (varios casos que se presentan), demuestran que esta práctica no es en forma alguna primordial. Es un elemento más de seguridad.

b) La cirugía de extirpación y resección de segmentos cólicos que yo no he querido practicar jamás en un solo tiempo, puede tener para sus partidarios un acto complementario de seguridad en la sección posterior del esfínter. El caso reciente del Dr. Chifflet es alentador por múltiples aspectos (caso que se presenta).

c) En los casos de exteriorización de segmentos cólicos y resección dejando los cabos en cañón de fusil ya preparados (ano cólico para ser cerrado en un segundo tiempo), la sección del esfínter en este acto ha sido de eficacia coadyuvante evidente (casos que se presentan).

d) En las heridas de colon, sigmoide, o recto, por arma blanca o bala consideramos *impositiva* y obligatoria la sección

esfinteriana posterior, como complemento del tiempo abdominal del cierre de la herida.

Nuestro caso de herida rectal por bala con gran hematoma subperitoneal, es un ejemplo halagador. (Caso presentado).

e) La incorporación a la práctica corriente de esta pequeña grande operación, asociada a la medicación pre-operatoria con las sustancias actuales (sulfasuxidina y otros derivados) permiten vislumbrar una etapa de nuevas seguridades en esta cirugía aún peligrosa que nos reserva amargas sorpresas en ciertos casos.

f) Llamamos la atención a los que nos escuchan que colocamos el problema en su justo término. No hacemos generalizaciones de esta indicación operatoria. Es un arma de previsión que debe de utilizarse más en ciertos y determinados casos, así como sería exagerado el generalizarla para todos los de cirugía cólica.
