HEMI-COLECTOMIA DERECHA EN UN TIEMPO CON ANASTOMOSIS ILEO-COLICA TERMINO-TERMINAL VALVULAR (*)

Profeso· Dr. José Alberto Caeiro

La cirugía del colon ha progresado considerablemente en estos últimos años, con resultados brillantes inmediatos y alejados tanto en lo anatómico como en lo funcional. Cirugía de responsabilidad por la índole del terreno en que se actúa, hoy, con el perfeccionamiento de la técnica, con el mejor conocimiento de las lesiones; con indicación operatoria oportuna y precoz; y finalmente con la ayuda de los antibióticos, la cirugía del colon da seguridades mayores, con una disminución apreciable en el índice de la mortalidad. Las afecciones quirúrgicas del hemicolon derecho, que comprende los segmentos, ceco-apendicular, colon ascendente, ángulo derecho y mitad derecha del transverso, son las más beneficiadas con estos progresos técnicos, que permitan la amplia extirpación de todo este sector con las mayores garantías de cura.

La importancia de cada uno de estos factores, que contribuyen al éxito de esta cirugía, deben ser considerados aisladamente, para poder establecer las ventajas de cada uno de ellos. *El mejor conocimiento en la evolución de la lesión y su diagnóstico precoz,* permite establecer de inmediato el grado de operabilidad. Se evita de este modo llegar a la intervención quirúrgica cuando la extensión de la lesión, las adherencias con órganos vecinos, los procesos inflamatorios reaccionales de los mesos, el cierre más o menos completo de la luz del intestino comprometen seriamente la vida del enfermo, o las dificultades locales sean tales, que hagan impracticable una operación radical.

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 12 de noviembre de 1947.

La indicación operatoria oportuna y precoz, facilita que un enfermo en buenas condiciones de resistencia, con una preparación adecuada, tolere con éxito el trauma quirúrgico, y lo que es más importante, haga factible la operación en un tiempo que en la cirugía del colon derecho es la más indicada. En particular en las neoplasias, esto es de enorme importancia, pues la lesión, todavía es pequeña y poco extendida, facilitando por esta causa la resección del tumor y de sus zonas ganglionares de la manera más amplia posible. Por lo común las operaciones en dos tiempos, intraperitoneales o extraperitoneales (tipo Mikuliez), alargan considerablemente el período curativo, que en ocasiones es muy perjudicial para los enfermos por el tiempo que tardan en reintegrarse a la vida ordinaria. Estas son la consecuencia de indicaciones que han llegado tardíamente, ya sea por falta de diagnóstico, o por tratamientos médicos que han demorado inútilmente la intervención. Estas pérdidas de tiempo, no sólo agravan las lesiones, sino que alejan la posibilidad de las operaciones en un tiempo, *o las hacen inoperables,* perdiendo así los pacientes la única posibilidad de curación.

La incorporación definitiva de los antibióticos, ha mejorado en forma apreciable los resultados de la cirugía del colon. Hoy son indispensables para disminuir o anular la virulencia microbiana del colon, efecto que favorece fundamentalmente en la buena evolución del proceso de cicatrización de las suturas. Su administración en el pre y post-operatorio, es de rigurosa indicación. Pero sin restarle la importancia que tienen, conviene recordar siempre, que los antibióticos reducen las complicaciones infecciosas, favoreciendo al máximo la evolución de una técnica correcta y cuidadosa, pero que no ponen a cubierto, como algunos pretenden, las complicaciones sépticas, producto de operaciones deficientes, o mal ejecutadas.

El perfeccionamiento de la técnica, es sin duda el factor que más ha contribuído a mejorar los resultados de la cirugía colónica. Los nombres de Hartman, Quenú, de Gosset, Duval, Pauchet, Paul-Mikuliez, Mayo, Rankin, Miller,Hochenegg, Lahey Lockart Mummery, Wangesnsteen, para no citar sino a los más vinculados a la evolución de esta cirugía, demuestran el progreso de la técnica

francesa, alemana y americana. En el Plata: Copello, Prats, Pasman, Navarro, Finochietto, Ceballos, Stajano, Bidart Malbran, Alberto Gutiérrez, Canónico y otros, han continuado las etapas con éxitos crecientes.

Desde la época inicial de esta cirugía siempre ha predominado en el criterio de los cirujanos, la idea de las operaciones radicales intraperitoneales en un tiempo, pero las dificultades para combatir la infección, y la elevada mortalidad obligaron a recurrir a las operaciones por etapas, extraperitoneales de mayor tranquilidad inmediata y de resultados más seguros, pero muy penosas para el enfermo. La incorporación rutinaria de la sulfamida, de la penicilina y últimamente de la estreptomicina, los mejores métodos de anestesia y la severidad cuidadosa en la ejecución de las suturas, ha permitido nuevamente y esta vez con todo éxito, volver a las operaciones intraperitoneales en un tiempo, con todas sus variantes.

La cirugía del colon derecho es la que más se ha beneficiado con estos progresos, pues la mejor irrigación de los segmentos ileocólicos permite que las anastomosis tengan el máximo de seguridad y el resultado funcional sea más perfecto. Sin embargo, las uniones ileocólicas corrientes ya sean término-terminales, látero-lateral o término-lateral, a pesar de que queden anatómicamente perfectas, en lo que se refiere a su función adolecen del inconveniente de permitir el reflujo del contenido del colon hacia el íleon. Esta perturbación que se conoce con el nombre de "colonización del intestino delgado", constituye la dilatación permanente del intestino delgado en una extensión variable vecina a la anastomosis, dando origen a una verdadera *ileitis terminal por dilatación*, que provoca molestias dolorosas, algunas veces muy intensas y persistentes. La válvula ileocecal y su reservorio inmediato, el ciego, tienen función bien definida al permitir la acumulación en la porción dilatada del intestino grueso del contenido líquido, evitando la válvula el retroceso de este contenido, y de los gases hacia intestino delgado. Cuando este mecanismo es alterado por afecciones que hacen insuficiente la válvula, se originan manifestaciones ileales muy molestas y cuya patología actualmente se conoce muy bien.

Como se comprende, la resección de todo el segmento ileo-

cecal, seguida de una amplia anastomosis que facilita el tránsito del contenido intestinal en cualquier dirección, ocasiona un estado permanente de reflujo ileal, con molestias acentuadas, que algunas veces mejoran en el correr del tiempo si se llega a una adaptación funcional por parte del intestino delgado.

Esta modificación anatómica del segmento delgado, bien demostrada en las radiografías, se acompaña de trastornos funcionales algunas veces muy penosos, como son los cólicos, el hiperperitaltismo, la distensión del abdomen, sensaciones de plenitud, etcétera, que traducen bien a las claras, los inconvenientes en el tránsito intestinal, en el segmento próximo a la anastomosis. Estos fenómenos son más evidentes en las uniones ileocólicas por colectomías segmentarias derechas. La explicación es simple: el intestino delgado vuelca su contenido líquido en el colon, donde se concentra por absorción de líquido, siendo necesario, para hacer progresar estas materias de mayor densidad, contracciones potentes por parte del colon lo que ocasiona el reflujo que deja sentir sus efectos en los segmentos del intestino delgado próximos a la unión, ocasionando así, una distensión ileal en forma permanente, con todas las consecuencias funcionales que ya hemos descripto.

Bidart Malbran, en su tesis de profesorado sobre "Cirugía del colon derecho "en 1939, hace notar estas alteraciones en el funcionamiento del intestino delgado después de las uniones ileocólicas, con radiografías post-operatorias muy ilustrativas, aconsejando en una de sus conclusiones, las ventajas de la implantación del íleon sobre el colon, en forma término lateral, para evitar así las dilataciones secundarias del intestino delgado.

Esto que sucede en las colectomías segmentarias derechas, también se lo observa en las resecciones totales del intestino grueso.

En las colectomías totales, estas perturbaciones son menos acentuadas por la razón que la anastomosis ileosigmoidea se encuentra próxima al recto, lo que facilita la evacuación rápida del intestino. La dilatación del intestino delgado vecina a la anastomosis se puede observar en las placas radiográficas de estos casos, pero funcionalmente los trastornos que provoca son poco molestos, predominando en cambio un estado diarreico.

Es indudable que con el tiempo, en muchos enfermos existe una adaptación funcional inmejorable, pero creemos que es de buena técnica, salvar o evitar en lo posible todo inconveniente que pueda ser corregido con una operación adecuada. Es así, que estudiando los resultados en la función alejada de las bocas ileocólicas hemos buscado subsanar este inconveniente de la amplia comunicación de los segmentos intestinales, ocasionados por la desaparición de la válvula ileocecal, creando una barrera artificial, que impida el retroceso del contenido del colon hacia el íleon.

Caucci (La Chirurgia del cieco, 1921) y más tarde Ogyig, (Brit. Jour, Surg., Julio 1931, recomiendan dejar la válvula ileocecal fija al íleon e implantarla nuevamente sobre el segmento cólico. La operación teóricamente es viable y se citan éxitos. Pero muchas veces hay inconvientes de orden técnico que hacen difícil, en determinados casos esta operación; como también razones de orden anatómico, como es el caso de los tumores del ciego, que impiden conservar parte de sus paredes.

Mucho más sencillas son las técnicas que preconizan la invaginación del cabo central (íleon) dentro del periférico (colon) de acuerdo a la manera aconsejada por Lockart-Mummery (Diseases of the rectum and colon, 1934), para las anastomosis cólicas izquierdas y que no es más que un método derivado del ya descrito hace algunos años para las anastomosis intestinales por Doyen y por Delbet (Monod et Vanvert, 1908) y que se titulan métodos por invaginación y sutura. Kerloc (Chirurgia de la valvula ileocecale 1913 y Donatti (Chirurgia del abd men) han descripto la creación de una válvula ileocecal artificial al nivel de la anastomosis, con el objeto de impedir el reflujo cólico.

Especiamente Donatti ejecuta una anastomosis terminal del íleo y lateral del colon con una doble sutura invaginante que permite la introducción del intestino delgado dentro del colon, formando así una válvula análoga a la ileocecal.

Dentro del orden de estas ideas hemos planeado la técnica que presentamos en 1939 y que lleva el título de esta comunicación y cuyos buenos resultados nos ha permitido adoptarla en forma definitiva.

Esta técnica se funda en la fisiopatología de las uniones intestinales, que demuestran que las mejores anastomosis son las

término terminales. Se ha practicado la unión ileo-cólica término-terminal, invaginando el extremo del íleo a la manera usada por Delbet Doyen pero con suturas que mantienen distendido el segmento cólico. Se forma así una válvula de acuerdo a la construcción de Donatti, *suficiente y resistente* que facilita ampliamente el paso del contenido del íleo hacia el colon, pero que impide en forma absoluta el retroceso del contenido del colon hacia el intestino delgado. La válvula así formada en todos los enfermos que hemos operado hasta la fecha, ha cumplido su misión, perfectamente.

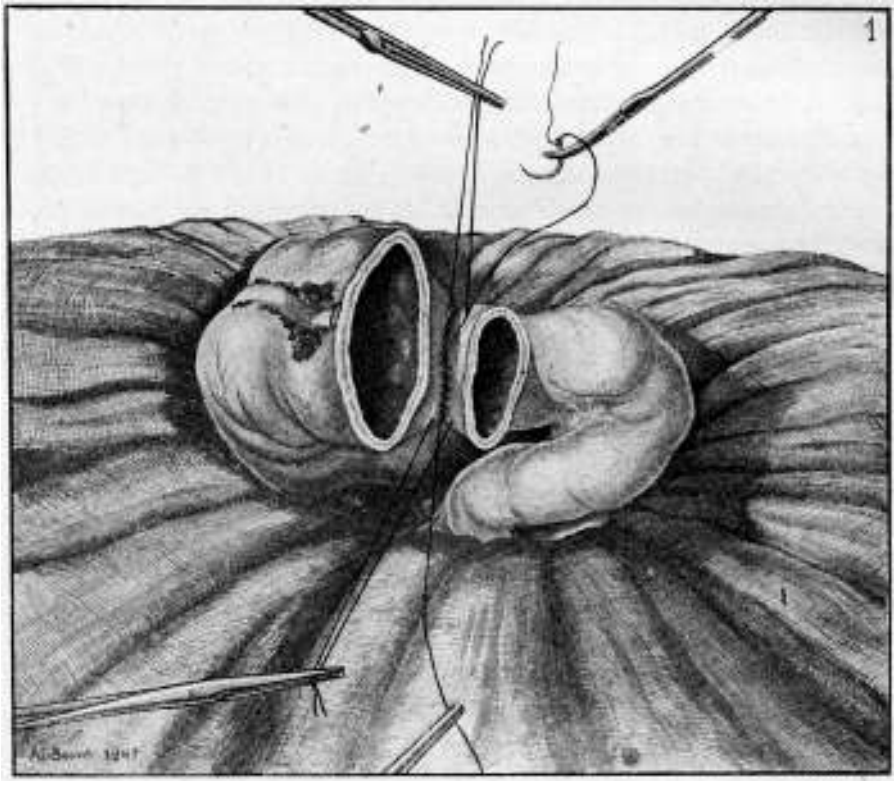

FIG. 4
Anastomosis. Puntos guías. - Seroserosa posterior

Técnica operatoria

1er. tiempo. — Terminada la resección del segmento íleo cólico y bien desgrasado el cabo correspondiente al colon, lo mismo

que aislada la porción del intestino delgado, sin empleo de clamps, se procede a iniciar la sutura de ambos segmentos en forma término terminal, previa coprostasia a distancia del sitio de la sutura. El uso de la aspiración puede ser necesaria.

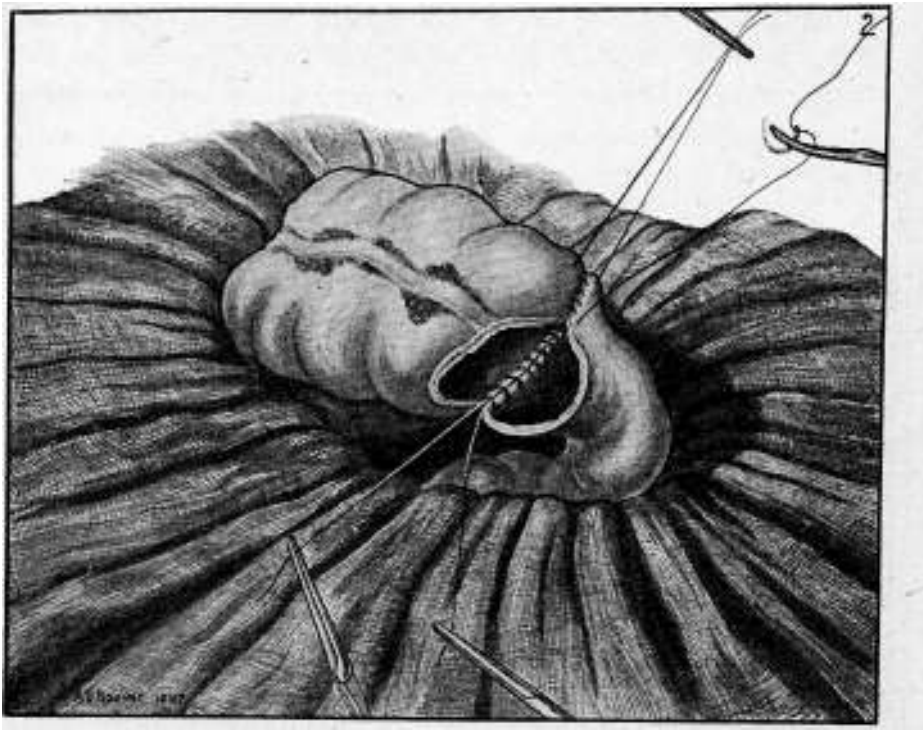

FIG. 2
Anastamosis. - Perforante posterior y anterior

2º tiempo. — Fijación con dos hilos guías a un cm. de las bocas de los dos segmentos intestinales. La sección del intestino delgado por ser mucho más pequeña que la cólica, es necesario distenderla para que coincida con el diámetro de la boca correspondiente al colon. Se procede inmediatamente a iniciar con hilo de lino la primera sutura continua sero-serosa que afronta y fija fuertemente el intestino delgado al colon (Fig. Nº 1).

3er. tiempo. — Con aguja atraumática y catgut cromado Nº 1 se ejecuta la sutura continua perforante posterior a puntos pasa-

dos, que afrontan y cierran herméticamente el borde posterior de la anastomosis.

Terminado el segmento posterior, se continúa la perforante anterior con una sutura simple. Si es necesario, se puede practicar puntos de tipo Conell sobre el segmento cólico. Se termina la sutura perforante anterior con la técnica corriente. (Fig. Nº 2).

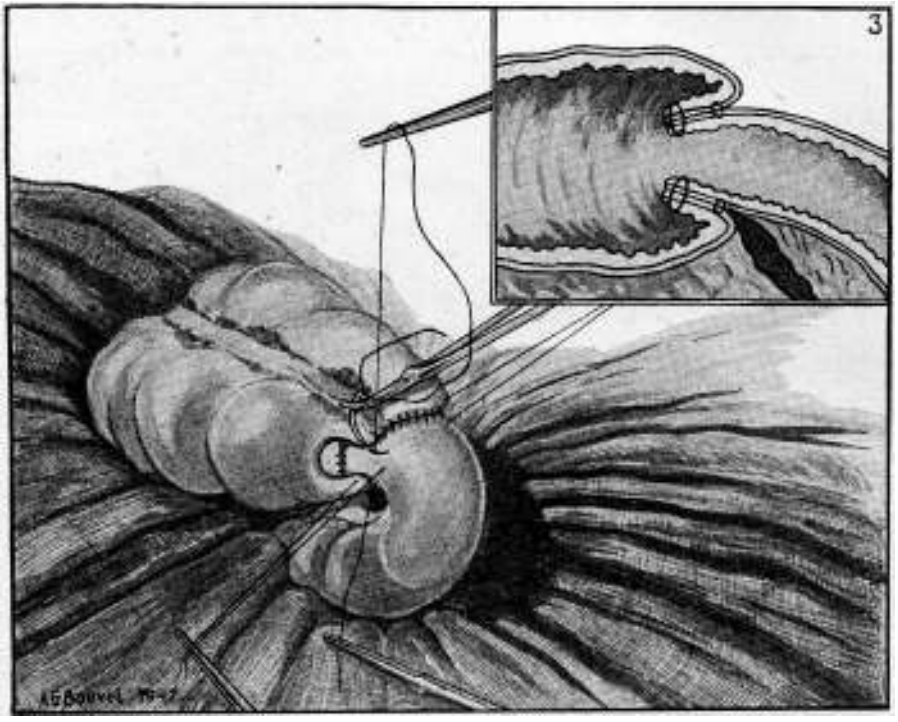

FIG. 3
Anastomosis. - Terminal-sero-serosa anterior. — Recuadro: Corte esquemático de la boca de las suturas

4º tiempo. — Se cambian los campos y se inicia la sutura de peritonización anterior continua bien cerrada y con hilo de lino fino. Terminada la anastomosis queda una boca término-terminal, bien adaptada con el diámetro mayor tranversal. (Fig. 3).

5º tiempo. — La anastomosis terminada, cuyo diámetro mayor es transversal, es invaginada dentro del segmento cólico en una profundidad de 2 cms. Inmediatamente se procede con tres hilos

guías puestos equidistantes, a triangular la circunferencia intestinal, a nivel del punto en que se va a invaginar nuevamente. Esta maniobra permite mantener la invaginación al mismo tiempo que la luz intestinal permanece abierta. De inmediato se ejecuta una sutura seroserosa con hilo de lino en cada uno de los tres lados del triángulo equilátero formado por la tracción de los hilos guías. (Fig. Nº 4).

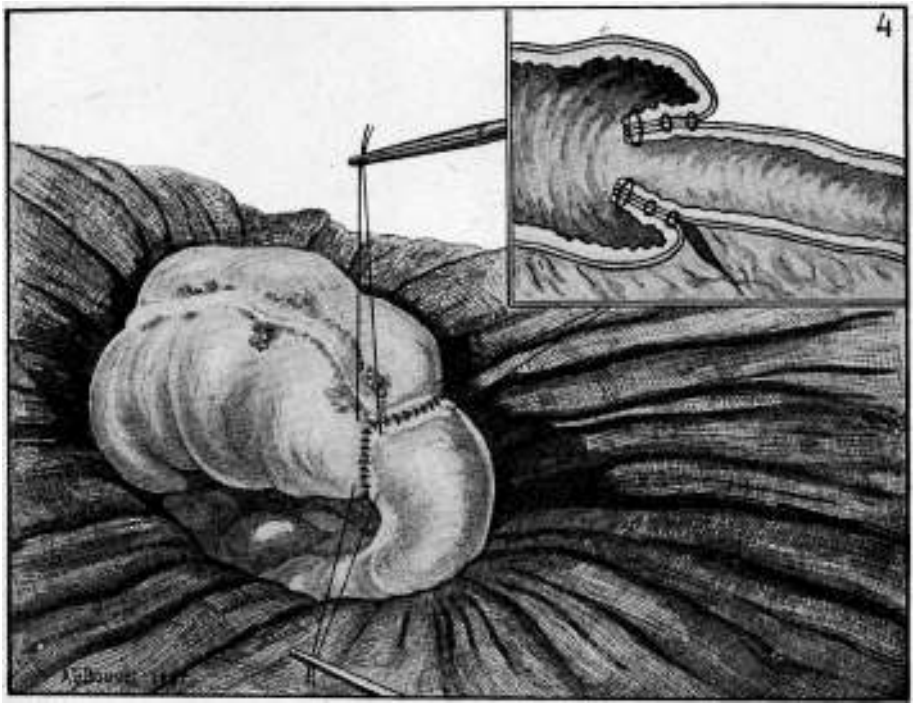

FIG. 4
Triangulación con puntos guías. - Sutura sero-serosa invaginante
Recuadro: Vista de la invaginación y de las suturas

6º tiempo. — Sobre esta sutura triangular terminada, se vuelve a practicar, en la misma forma del tiempo anterior, una nueva invaginación de 1 cm. de profundidad y nuevamente se ejecuta una segunda triangulación siguiendo la misma técnica. Una nueva sutura seroserosa de peritonización con hilo de lino mantiene la invaginación y la dilatación de la luz intestinal, en la misma forma que la anterior (Fig. Nº 5).

Una vez terminada la totalidad de la anastomosis se procede a la sutura con puntos separados, del meso-colon con el mesenterio para cerrar el espacio que queda entre ambos.

Terminada la operación el intestino delgado queda introducido dentro del segmento cólico. La primera sutura que establece la

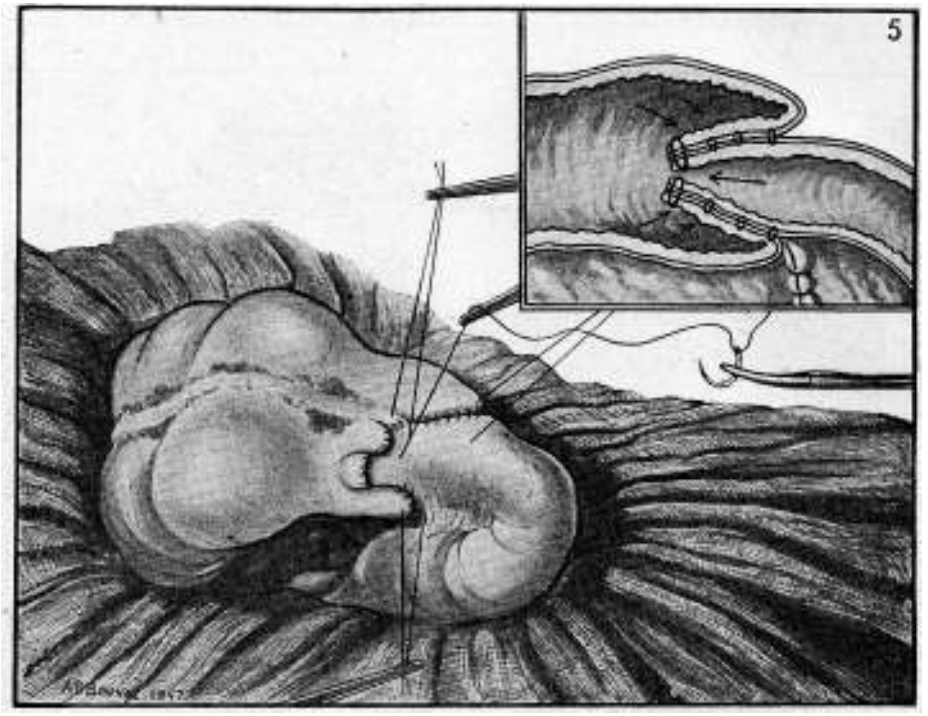

FIG. 5
Triangulación, segunda sutura invaginante. — Recuadro: corte esquemático

nueva boca íleo-cólica ha formado una *anastomosis bivalva* que permite que los bordes se adosen y se mantengan en contacto. En cuanto a las dos suturas sero-serosas de triangulación, tienen abierta la luz del intestino grueso, facilitan el cierre de la boca transversal. Al mantenerse distendido el colon por las suturas de triangulación, se forma en éste un verdadero fondo de saco que es comparable a la constitución de un ciego. La distensión que dentro de este ciego artificial, se hace por gases o por materias fecales, facilita el adosamiento de los labios de la neo-boca, la cual queda flotando en el centro del fondo de este saco cólico. El cierre será

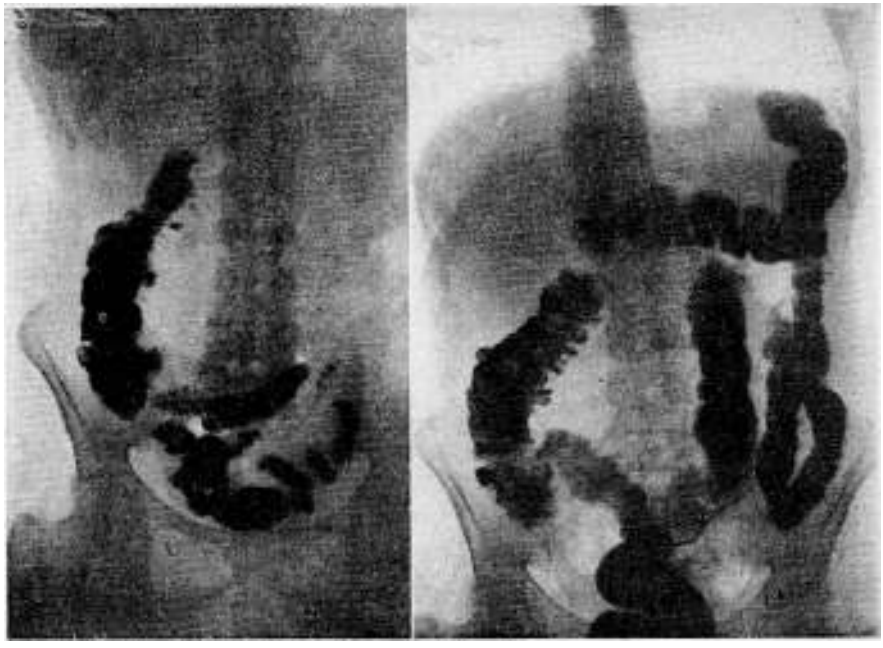

FIG. 6 - A FIG. 6 - B

Cáncer del ángulo derecho: a) por ingestión; b) por enema

FIG. 7 - A FIG. 7 - B

Colectomía valvular a) por ingestión; b) por enema. - Válvula suficiente

tanto mayor y más hermético, cuando más grande sea la presión de los gases en el interior del colon, no permitiendo así el reflujo hacia el intestino delgado que, a su vez, por la orientación y la forma de la anastomosis, puede descargar sin inconveniente su contenido dentro del intestino grueso. La posición de las suturas triangulares y la fijación del meso-colon y mesenterio impiden una invaginación intestinal. Al cerrar la laparotomía se deja una banda de goma dividida en forma que cabalgue sobre la línea de sutura que se retira al 4º ó 5º día.

Estudio funcional

El examen de más interés para comprobar el funcionalismo de la anastomosis, lo constituye el control radiográfico. Primero, por la ingestión de la mezcla opaca para poder observar si existen retenciones o dilataciones del íleo en las inmediaciones de la unión con el intestino grueso y segundo, radiografía por enema. Estas últimas son las de mayor valor pues el inyectar el enema a presión permite visualizar con toda facilidad si existe o no insuficiencia de la válvula neo formada, y si la substancia opaca pasa al intestino delgado.

Las radiografías por ingestión han permitido apreciar en todos los casos, el pasaje sin dificultad a través de la anastomosis, lo mismo que no hay signos que revelen dilatación o extasis-ileal. (Fig. 7 - a).

Las radiografías tomadas después del enema a presión, revelan en todas las observaciones, la detención de la substancia opaca a nivel de la válvula artificial. El bismuto llena bien todo el intestino grueso, que lo distiende, pudiéndose observar la sombra del colon cortada, en forma neta a nivel de la anastomosis, como si en ese sitio hubiera un obstáculo que impide el paso (Figura 7 - b).

Resultados

Desde el año 1942, que presenté en la Academia Argentina de Cirugía los resultados de los primeros enfermos operados con la técnica valvular hemos intervenido once enfermos más, por diversas lesiones del colon derecho, donde fué posible practicar la

hemicolectomía derecha en un tiempo, con anastomosis ileocólica término-terminal valvular. El tiempo y la evolución posterior, ha confirmado la bondad y eficacia del método. No hemos tenido mortalidad ni complicaciones inmediatas o alejadas. Los enfermos en ningún momento han acusado trastornos abdominales, ni dolores del tipo cólico. Mueven su vientre regularmente y sin dificultad y ninguno de ellos ha tenido síntomas objetivos o subjetivos de distensión abdominal. Por lo común todos sin excepción han movilizado su intestino espontáneamente al 5º ó 6º día de la intervención, y las pequeñas molestias inmediatas a la operación, se han corregido rápidamente al reanudar los enfermos su vida habitual, por lo general, dentro de los 15 ó 20 días siguientes.

Los reparos que en ese entonces se plantearon al presentar los primeros casos, del peligro de una posible invaginación intestinal "preparada por el cirujano" no se ha producido. Los enfermos todos controlados radiográficamente demuestran hasta la fecha (algunos tienen 8 años de operados) la ausencia de toda complicación orgánica a consecuencia de la técnica valvular.

El balance clínico, funcional y radiológico que acusan los enfermos al tiempo de su operación, permiten asegurar que esta modalidad técnica es útil y aconsejable, y que sus ventajas sobre los procedimientos comunes, son reales por ser de ejecución sencilla y de resultados inmejorables.

Dr. Stajano. — Aparte de la grandisima alegría de ver entre nosotros a nuestro amigo Dr. Caeiro, tengo que agregar a satisfacción de haberle oído, sobre un tema de cirugía cólica que tiene que interesar a todos los cirujanos, dado que es una cirugía que no deja de dar miedo todavía, a pesar de todos los antibióticos, del perfeccionamiento técnico de la cirugía actual, y de todos los medios adyuvantes; tanto de anestesia como de la sangre gota a gota, o transfusiones masivas en la forma que hacemos corrientemente en la gran cirugía.

El Dr. Caeiro trae a colación un asunto trascendente y es el que se refiere a un método técnico que permite conjurar el inconveniente de la enfermedad ileal, por reflujo que todos hemos visto y que conocemos de tiempo atrás. Yo no me olvido de una conferencia que dió el Profesor Duval en Montevideo, haciendo la descripción de esa enfermedad retrograda "la colonización de íleon", con la distensión en forma triangular cerrada, en forma de estrecho en la anastomosis íleo-cólica de la íleosigmoidostomía con toda la sintomatología del cuadro clínico que todos conocemos; esa misma enfermedad ileal se observa en las anastomosis

íleo-cólicas a distintas alturas del colon, íleo-transverso, y la técnica del Dr. Caeiro tiende a conjurar ese grave inconveniente. Yo, por lo pronto, detengo mi atención, para tener muy en cuenta esa técnica que él preconiza y yo prometo utilizarla en la primera oportunidad, teniendo en cuenta los resultados inmediatos y lejanos de esa operación. Digo que los voy a tener muy en cuenta porque creo que el interés de las conversaciones y el cambio de ideas entre cirujanos es decir lo que uno ha visto, es decir lo que uno teme, y decir lo que uno ha hecho, porque es en ese intercambio que uno saca enseñanzas.

Después de haber oído al Dr. Caeiro, tal vez modifique mi criterio en lo que respecta a las anastomosis íleo-cólicas. Yo he tenido tendencia, por algunos casos que he visto, mios, como de otros cirujanos, a resistirme a las anastomosis término-laterales del colon, y he tenido adversión porque todas las anastomosis término-laterales en todas las vísceras huecas que se unen entre sí (la cirugía del uréter, tal la cirugía del colédoco, tal la cirugía del intestino delgado y grueso) porque en esas anastomosis término-laterales no sé si me habrá tocado en suerte observar sólo a mi algunos casos de distensiones por encima de la boca. La anastomosis término-lateral concluye con una estenosis relativa de ese orificio y se hace una dilatación retrógrada del ansa o de la víscera que se anastomosa. O es un esfínter fibroso, o es un esfínter muscular en la víscera lateral que recibe la anastomosis terminal del intestino delgado y en ese sentido, en la experiencia que hemos hecho en nuestra clínica y la que yo he hecho antes de estar en ella, he hecho siempre la látero-lateral con resultados tardíos excelentes.

De manera que la comunicación del Dr. Caeiro haciendo esa anastomosis tan amplia, casi hace una oral total entre íleon y colon, a pesar de la desproporción tan grande que existe entre el ansa ileal y el ansa cólica. Bien, en esa forma, me es más simpática la anastomosis término-terminal y yo prometo, de acuerdo con esos detalles técnicos, realizarla en la primera oportunidad y seguramente utilizarla con la preparación de la válvula que propone, pues en esa experiencia que él expone, ha reducido y suprimido la enfermedad del reflujo. Evidentemente tenemos que agradecerle al Dr. Caeiro que nos aporte un método que da tantas seguridades.

Yo voy a agregar, aparte de esas ventajas que he recogido, otras sugestiones de esa experiencia que también son distintas a mi manera de actuar: yo me he resistido siempre a hacer cirugía cólico en un tiempo, y me he resistido a hacerla porque he vivido la época en que los cirujanos eran partidarios de la cirugía de un tiempo y operaban y mataban en un alto porcentaje. Es cierto que no habían antibióticos, y aunque hacían técnicas correctas, suturas perfectas, los enfermos se morían a los 6, 7, 8 días por defectos y fallas de la sutura.

Yo he visto a partidarios, campeones de la cirugía en un tiempo, y he ayudado y presenciado, y no me convencieron nunca porque de muchos enfermos que operaban les iba bien, pero de repente tocaba uno o dos que

iban mal y ese peligro, y ese alerta constante de la casualidad en aquella época, me hizo desterrar por completo el empleo de la cirugía en un tiempo. Las cosas han cambiado y la evolución del criterio es una cosa natural, de manera que yo, posiblemente, que no he querido operar en un tiempo en este tipo de cirugía cólica derecha, prometo realizarla en un tiempo con todas esas garantías. Además dejo constancia con este motivo — de que la cirugía en 1 tiempo de resección y anastomosis — cuando la practique — será completada por otro elemento de seguridad y es la *sección esfinteriana posterior*, que yo realizo hace muchos años en la cirugía colo rectal y que motivó varias comunicaciones en esta Sociedad, veo con satisfacción que distinguidos cirujanos que no la practicaban o la criticaban hoy la adoptan naturalmente con todas esas excelencias e inocuidad.

Espero tener la suerte de decirle al Dr. Caeiro, que lo acompaño en toda la línea en esta táctica y de acuerdo con sus ideas, y técnica, modificar mi criterio que hasta hoy era de operar en dos tiempos: a) la anastomosis modesta y sencilla, la íleo transversostomía látero-lateral siempre, nunca término-lateral, y b) la extirpación en un segundo tiempo del hemicolon. Además no he tenido la suerte de tener tantos casos precoces, me he encontrado con rocesos muy grandes, a veces en obstrucción, y que comportan un tratamiento previo de la sub-oclusión, y luego todo el tratamiento que comporta la lesión neoplásica, con la extirpación y la reconstrucción del tránsito. No sé si me he expresado concretamente sobre mi manera de pensar, que es la que tenía el Dr. Caeiro antes de utilizar su método. De hoy en adelante pensaré mucho en su técnica y me felicito mucho de haberlo oído.

Dr. Prat. — He oído con mucho interés la brillante e interesante comunicación del Profesor Caeiro, comunicación que encara dos cuestiones fundamentales: una, la cirugía del colon derecho, en un tiempo y la segunda; la técnica especial, en que hace el abocamiento término-terminal del íleon al colon que constituye un enchufamiento del íleon dentro del colon, de manera que viene a reconstituir una especie de válvula sustitutiva de la ileocecal.

Indudablemente, que la primera cuestión responde a ese dogma ya establecido en la cirugía del colon, de que ésta en el derecho, se realiza en un tiempo y en el izquierdo, en varios tiempos; dogma que hoy día con los progresos de la cirugía, tiende a modificarse, a perfeccionarse pues hay cirujanos que preconizan esta cirugía en un solo tiempo, que hasta cierto punto está justificado y que a veces se puede hacer, pero con más peligros que en el lado derecho.

Debo decir que en mi práctica, no he aplicado esta interesante técnica del Dr. Caeiro aunque la conocía, puesto que los trabajos de nuestros fraternos colegas los cirujanos argentinos, nosotros los seguimos día a día como si fueran los nuestros, por el Boletín de la Academia de Cirugía Argentina.

Creo, no sé si estoy transcordado, pero podría decir que nunca o casi

nunca, he hecho la anastomosis término-terminal del íleon y colon y casi siempre, en los casos de cirugía del colon derecho, he hecho la anastomosis término lateral, con sección del íleon en su parte terminal y lo anastomosaba ya sea cerca del ángulo derecho, generalmente en la parte media o más lejos aun. Con esta práctica me ha ido muy bien y sería ingrato si le hiciera cargos o reparos a esta anastomosis que me ha dado excelentes resultados. No puedo quejarme de sus resultados, pero es posible que haya cirujanos que han quedado desconformes con ella y los que ha citado el Dr. Caeiro, son evidentemente ciertos y puede ser que a mí mismo me toque ahora comentar en este momento, algo muy parecido, que voy a mencionar dentro de un momento. ¿Qué es lo que hemos observado en estos casos? En estas anastomosis término lateral íleo-cólica, lo primero que hemos observado, es una marcha normal, regular; ya sea en los pacientes que operábamos en un tiempo, pero los más, en dos tiempos, porque nos hemos encontrado frente a neoplasmas del colon derecho sumamente avanzados, muy pegoteados, muy extendidos, con infecciones grandes; en otros casos de tuberculosis cólica, nos hemos encontrado con casos semejantes, y entonces, tratando de resguardar la seguridad a la técnica brillante, los hemos operado en dos tiempos. Los resultados han sido indudablemente muy buenos, aunque técnicamente no tan brillantes como los intervenidos en un solo tiempo. Generalmente después de estas anastomosis que evolucionan bastante bien observamos diarreas intensas en el post operatorio, pero al tiempo, generalmente, unas dos o tres semanas, el intestino se regularizaba bastante y llegaba un momento en que parecía que la función intestinal se hacía casi normalmente. Esto es lo que ha hecho decir que la anastomosis término-lateral del intestino reconstituye un esfínter espontáneo y normal y es eso lo que contribuye a dar una funcionalidad regular.

Precisamente en esta Sociedad de Cirugía, no hace mucho, se trató el tema y teniendo en cuenta que en ese momento habíamos observado dos o tres casos casi consecutivos de estas anastomosis, me comprometí ante la Sociedad de Cirugía a hacer estudiar por nuestro Jefe de Radiología, el Dr. Zerboni, la funcionalidad de estas bocas anastomóticas y para tratar de ver si podíamos llegar a la conclusión de la existencia de ese esfínter íleo-cólico, en esta anastomosis, formación de la que tanto se habla. En este momento se está estudiando este asunto. El ayudante de investigación del Instituto está encargado de este trabajo, no podemos establecer aun los resultados porque no hemos completado los trabajos de investigación como para poder sacar conclusiones, pero sí puedo adelantar que en el día de hoy concurrió a mi consultorio, un enfermo que operé hace 14 años en el Hospital Pasteur por un tumor en el colon derecho, que fué catalogado como cáncer de colon, cáncer de colon ascendente. Durante la operación quedamos en la duda, diagnóstica de si era un cáncer o una tuberculosis, pero como era una lesión muy avanzada fué que nos decidimos a realizar una derivación íleo cólica transversa y le pedimos al enfermo que después de su intervención en un 2º tiempo volviera para extirparle el tumor.

El enfermo evolucionó muy bien, la tumefacción fué reduciéndose, hasta que desapareció completamente; el enfermo no quiso saber más nada de operarse nuevamente. Han transcurrido 14 años, el enfermo tuvo un funcionamiento normal de su intestino y se encontró perfectamente bien, al punto de considerarse curado. En abril de este año empezó a sentir trastornos y es ahora que aparecen trastornos funcionales, recién a los 14 años de operado, tiene grandes dolores, crisis diarreicas, ruidos intensos, con un típico síndrome de Kœnig.

El Dr. Zerboni que examinó a este paciente en el Instituto de Clínica Quirúrgica, le encuentra es enosis del intestino delgado, de manera que estudiaremos cuidadosamente a este enfermo para establecer un diagnóstico preciso de su afección y de la evolución de su anastomosis. De cualquier manera es una anastomosis íleo-cólica que ha estado funcionando perfectamente bien durante 14 años y de los otros pacientes no hemos tenido noticias de fracasos tanto de los casos míos como de los de los asistentes del Instituto que han practicado también esta técnica.

Ahora bien, después de los comentarios hecho en los enfermos de nuestra práctica, con la posibilidad de que nuestro último caso presente esas complicaciones tardías; si analizamos la técnica propuesta por el Profesor Caeiro, indudablemente tenemos que confesar que ella constituye un perfeccionamiento excelente; perfeccionamiento bien significativo no sólo en la técnica, sino que busca la conservación fisiológica y biológica del funcionamiento intestinal. Cirugía que se ciñe a los conceptos que deben tenerse fundamentalmente en cuenta para tener éxito en terapéutica y esto no es sólo en la parte técnica, sino que el Dr. Caeiro nos trae también la comprobación experimental de los resultados de esta cirugía y ha realizado una prueba de fuego, como es la de hacer un enema opaco, que demuestra perfectamente, que esa válvula creada por el cirujano, es perfectamente continente.

Los cirujanos por lo general nos caracterizamos por ser mutiladores, pero en este caso, si bien somos mutiladores en el sentido de extirpar la parte del órgano que contiene la lesión, pero por el contrario se realiza un acto operatorio en que la funcionalidad puede ser tan regular y tan buena, que parece haberse reconstituído la funcionalidad normal que tenía el enfermo antes de operarse. En ese sentido, declaro que me satisface ampliamente esta técnica y que me es grato felicitar al Dr. Caeiro por esa técnica y por los resultados brillantes que ha tenido.

Dr. Larghero. — En el estado actual de la técnica y de los recursos auxiliares medicamentosos, puede afirmarse que la cirugía del colon en 2 o más tiempos "ha vivido". Como el Dr. Caeiro, hacemos la cirugía del colon en un tiempo, porque es tanto o más segura del punto de vista vital que la otra, es más completa como cirugía de cáncer y acorta considerablemente el plazo de hospitalización. Cuando la oclusión intestinal no impone la derivación previa, la exéresis en 1 tiempo, permite dar de alta a los enfermos entre los 8 y 12 días.

El procedimiento valvular que propone, mejora la parte funcional y agrega seguridad a la sutura, un riesgo de invaginación según lo ha demostrado mi experiencia. En la cirugía del colon en 1 tiempo, hacemos sistemáticamente la esfinterotomía anal posterior submucosa e incompleta; se suprime con ello los riesgos de distensión del colon y la funcionalidad del esfínter se recupera completamente en 12 ó 15 días; reivindicamos la prioridad del empleo de la esfinterotomía en nuestro medio, ya que la aconsejamos en 1943 (1), en nuestra comunicación sobre heridas del intestino grueso, hecho a esta misma Sociedad. Comparto con el Dr. Caeiro su opinión sobre las ventajas de la incisión oblicua por disociación, cuya técnica fué descrita por Constantini.

La aconsejábamos en el mismo trabajo citado sobre heridas de abdomen con lesión de intestino grueso, como la incisión de elección para el abordaje y tratamiento de las lesiones del ciego colon ascendente.

Desde hace años la empleamos a izquierda como incisión de elección para el tratamiento de las rupturas del bazo, tal como será descripto en un trabajo a publicarse el año próximo en colaboración con el Dr. F. Giuria, basado en 22 rupturas esplénicas.

Prof. Dr. J. A. Caeiro. — Ante todo deseo agradecer los conceptos elogiosos que han expresado mis distinguidos amigos, los Profesores Prat y Stajano, que les acepto como una expresión generosa de amistad, afecto que retribuyo de todo corazón.

Este tipo de anastomosis que aconsejo, con las modificaciones adaptadas tiene beneficios que son una realidad, como se puede apreciar por el resultado funcional y por el control radjológico.

Es indudable que para hacer estas operaciones es ventajoso actuar en tumores poco avanzados en su desarrollo y con pocas adherencias, pero de todas maneras con movilizar el cabo cólico y el delgado, la anastomosis valvular se puede efectuar sin inconvenientes.

La relación del Dr. Prat es muy interesante, y puedo reforzarla con un caso muy similar que hemos tenido oportunidad de operar, donde se confirma lo referido por el Prof. Prat.

Las operaciones de resecciones colónicas del lado derecho, seguidas de anastomosis, pueden hacerse fácilmente en un tiempo, pues los caracteres anatómicos y la nutrición de los segmentos a suturarse, permiten uniones seguras y firmes, razones por la cual la consideramos como operación de elección. En el lado izquierdo la situación es totalmente diferente. Aquí ante todo debe primar la seguridad del enfermo, y para ello el cirujano debe saber usar oportunamente los métodos por etapas o con derivaciones previas.

---

(1) P. Larghero Ibarz. — Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay. Tº XIII, Nos. 10, 11, 12. 1943.