

APENDICOSTOMIA ENSANCHADA (*)

Dr. Rafael García Capurro

A propósito de una comunicación del Profesor José A. Piquinela leída en esta Sociedad en la sesión del 7 de mayo de 1947, comenté un caso de oclusión intestinal por cáncer del ángulo esplénico del colon, tratado por una apendicostomía como primer tiempo para salvarlo de su cuadro oclusivo. El buen resultado obtenido en ese caso me ha llevado a tratar por el mismo procedimiento otros enfermos con oclusión del intestino grueso, por la misma causa.

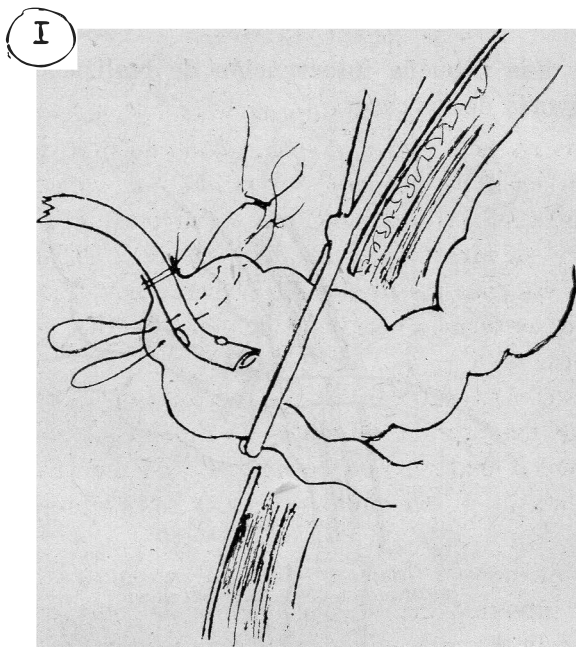
El ano contra natura es una intervención que debe evitarse siempre que sea posible. Ofende el estado psíquico del enfermo, requiere mucho material de curaciones, mucho trabajo del personal secundario y a menudo dificulta los tiempos operatorios siguientes.

Es siguiendo esta idea de evitar el ano contra natura que he drenado el intestino grueso por encima del obstáculo por medio de una apendicostomía en todos los casos de oclusión del mismo, por neo, que se me han presentado desde entonces. Hasta este momento he reunido 8 casos.

Creo conveniente exponer algunos detalles de la técnica con que hemos realizado estas apendicostomías que denominaremos ensanchadas, pero que también podrían llamarse cecostomías en la base apendicular. Por una incisión de Mc Burney exteriorizamos el ciego y el apéndice, aislamos este sector por medio de un clamp. Cortamos el apéndice a 1 centímetro de su base y lo dilatamos para permitir el pasaje de un tubo de algo más de 1 centímetro de diámetro. Atamos luego el apéndice firmemente en torno del tubo con lo cual obtenemos un cierre hermético. A continua-

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del día 27 de abril de 1949.

ción hacemos dos jaretas de invaginación en el ciego y lo fijamos al peritoneo parietal. Este cierre perfecto desde el primer momento, permite la formación de adherencias y defensas locales que evitarán toda contaminación del peritoneo o infección de la herida. Un tubo largo lleva las materias fecales a un bocal o un violín. Este tubo queda abierto y funcionando desde el momento



Fijación del tubo a la base apendicular.

de la operación (Esq. I y II). En caso de gran distensión del ciego hacemos una punción del mismo con una aguja gruesa al través de la base del apéndice para evacuar los gases. Antes de proceder a la apendicostomía.

En el post-operatorio tomamos las siguientes precauciones para el buen funcionamiento de este drenaje:

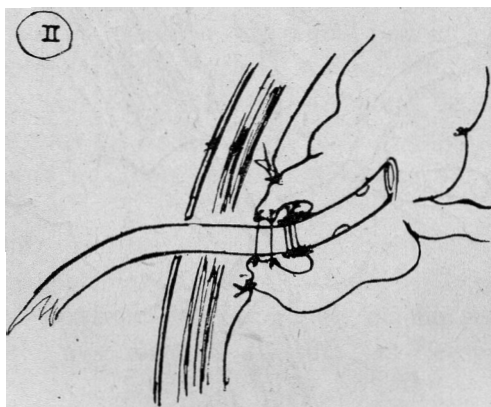
1º Mantener las materias bien blandas, dando diariamente una dosis de aceite mineral; 2º hacer por el tubo dos lavajes del colon por día. Puede hacerse cómodamente por el dispositivo indicado en un trabajo de W. Mac Fee. (Esq. III).

En todos los casos en que he practicado este tipo de drenaje

intestinal, el resultado ha sido ampliamente satisfactorio. Es indudable que los drenajes de este tipo deben ser vigilados en ambiente hospitalario por personal competente. En 10 a 15 días el estado general del enfermo debe ser levantado y la operación definitiva de resección y unión cabo a cabo, si es posible, podrá ser hecha.

Voy a enumerar las ventajas que le encuentro a este procedimiento:

1º Es una pequeña intervención de realización fácil en la enorme mayoría de los casos.



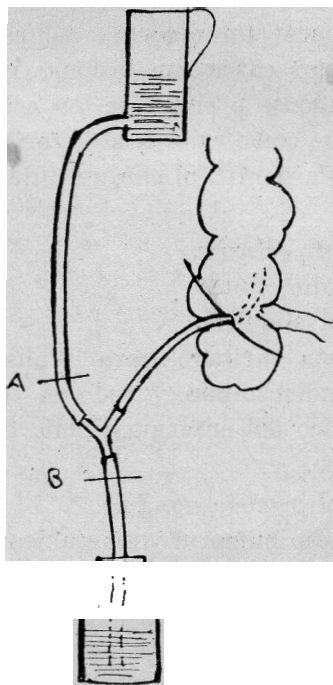
Sutura del ciego al peritoneo.

- 2º Limpio para el enfermo.
- 3º Limpio para el personal secundario.
- 4º Limpio para el cirujano que trabajará después sobre un abdomen prácticamente sano.
- 5º Respeta el psiquismo del enfermo, que en ningún momento se deprime como ocurre en los anos contra natura.
- 6º En los casos de dilatación marcada del colon se realiza con facilidad, pues es el lugar más fuerte de la pared del ciego.
- 7º No se corre peligro alguno dejando que el tubo funcione desde el primer momento.
- 8º Una vez retirado el tubo deja de funcionar de inmediato y cierra espontáneamente en muy pocos días. Se suprimen pues los tiempos para cierre del ano.

9º Dada la poca lesión de la pared no hay tendencia a eventraciones.

16. Hay una evidente economía de material y de tiempo de hospitalización.

Si bien en un comienzo pensé que este procedimiento también



Dispositivo para el lavaje intestinal según W. Mac Fee.

podría tener inconvenientes, puedo decir que hasta el momento sólo le he encontrado ventajas.

Considero que este drenaje está indicado en las lesiones del colon transverso descendente y sigmoide, en oclusión o sub-oclusión, exceptuando las lesiones recto sigmoideas en que se trabajará en el piso pelviano, en estos últimos casos deberá hacerse una derivación total de las materias por medio de un ano. La gran facilidad con que se desarrollan infecciones en el tejido celular de la pelvis hace que en estos casos sea preferible una derivación total de las materias.

También creo conveniente su realización en los casos complicados por infección o fijación de la lesión y siempre que se desee garantizar el resultado de la anastomosis asegurándose una decompresión por encima del obstáculo. Ya en 1923, P. Lockhart - Mummery aconseja una técnica de ilecostomía, que tanto en sus indicaciones, como en sus ventajas se asemeja mucho a lo realizado por nosotros.

Voy a hacer un esquema del estudio y del tratamiento a aplicarse en los casos con lesiones neoplásicas del colon transverso, descendente o sigmoide, en oclusión o sub-oclusión: para que quede más claro cuál es el lugar que creemos debe ocupar la apendicostomía dentro al conjunto de medidas a aplicar en estos casos.

A. *Período de oclusión:*

1º Estudio clínico.

2º Placa simple.

3º Enema baritado, para localizar nivel de la lesión.

4º Apendicostomía y todo el tratamiento correspondiente al estado tóxico del enfermo. Sonda de Miller Abott, etc. Tratamiento médico.

B. *Pasado el período agudo:*

5º Estudio humoral y sanguíneo y nuevo estudio de la localización de la lesión si es necesario.

6º Reedificación del enfermo. Plasma, sangre, aminoácido, vitaminas y antibióticos.

7º Nuevo estudio humoral pre-operatorio.

8º Operación de resección y sutura cabo a cabo, si es posible, pudiendo hacerse también una sección posterior del esfínter para asegurar la no distensión por debajo de la sutura.

9º Ocho días después, retirar el tubo de la apendicostomía.

Causa de Ingreso	Decompresión por	Nivel de la Lesión	Duración de la apendicostomía	Deja de Funcionar a los	Cierre espontáneo	Complic.
A. A. Oclusión	Apendicost.	ang. izq.	15 d.	2 d.	si	no
W. M. Sub ocl.		Sigm.	12 d.	1 d.	si	no
A. V. Oclusión		Recto Sig.	12 d.	2 d.	si	no
E. E. Sub ocl.		Descend.	36 d.	2 d.	si	Dolic.
M. G. Oclusión		Trans.	20 d.	2 d.	si	no
A. G. Sub ocl.	Trat. méd. Apend. previa	Signu.	2	2 d.	si	no
J. O. Sub ocl.		Descend.	34	10 d.	si	Ditb.
H. M. Sub ocl.		Sigm.	40	4 d.	si	no

Diré en resumen que:

La apendicostomía como yo la realizo, es una intervención de derivación intestinal útil, que permite solucionar los cuadros de oclusión en el tratamiento quirúrgico de las lesiones neoplásicas del colon en forma segura, limpia y rápida y que es aplicable a la gran mayoría de los casos.

Me parece conveniente, una vez hecho el diagnóstico, ir rápidamente a la decompresión del intestino por un drenaje quirúrgico.

Considero que a menudo se abusa de otros procedimientos como ser la decompresión con sonda y el llamado tratamiento médico que si bien pueden ser muy útiles y son un complemento indispensable, me parece que no nos dan las seguridades que da el drenaje quirúrgico, que realizado en la forma indicada exige poco trabajo del cirujano y pocas molestias para el enfermo y nos permite prepararlo mejor, al enfermo y al intestino, para los tiempos quirúrgicos siguientes.

Dr. Piquinela. — Yo le pediría al Dr. García Capurro que nos informara cuál era el estado de la pared del ciego en los casos que él presenta; dicho en otros términos: si se encontró frente a oclusión cerrada o a oclusión abierta de colon.

En realidad hay dos problemas; uno que llevaría muy lejos y es el problema de la apendicostomía en sus indicaciones y resultados de la oclusión cólica por cáncer, y otro que es el que me interesa más en estos momentos del punto de vista técnico y es saber si alguno de los ocho casos, encontró dificultades en el manejo del ciego; porque a juzgar por lo que he visto (en las oclusiones cerradas del colon hay a menudo una relativa tolerancia de la oclusión y un estado general conservado), el ciego se distiende extremadamente y se hace muy difícil de manejar.

En realidad la pregunta que quiero formular es fundamental del punto de vista técnico; la impresión que tengo es que después de cierto número de horas y especialmente en ocluidos de dos y tres días, como la distensión es grande, se crean lesiones necróticas en la pared cecal que hacen difícilmente manejable al ciego; en algunas intervenciones ha sucedido que el solo hecho de abrir la pared determine el estallido de la viscera, desaparecido el apoyo que en cierto sentido le prestaba la pared abdominal a la pared visceral profundamente alterada.

Dr. García Capurro. — Contestando al Dr. Piquinela le diré que solamente en un caso, el mismo caso que yo había citado cuando el Dr. Piquinela hizo su comunicación, fué en el que encontró el intestino dilatado...

Dr. Piquinela. — No me refiero solamente al intestino distendido sino al grado de lesión parietal creado en el intestino por la distensión y a las dificultades que él trae para manipular el ciego.

Dr. García Capurro. — En los casos que yo cité no tenía placa de esfacelo; en cuanto a las dificultades para manipular el ciego, creo que debe pensarse siempre mucho en la punción, debe puncionarse sin miedo. Yo proponía que siempre que fuera posible, la punción se hiciera a través de la base apendicular porque en ese lugar uno va a trabajar y extirpar y no dejaría otro orificio. Comprendo que hay casos en los cuales no se puede tener el apéndice primero en la mano, antes de hacer la punción, en ese caso yo puncionaría a nivel de cualquier bandeleta sin miedo alguno; esperaría que el intestino se desinflara bien y recién empezaría a manipular.

Creo que en la mayoría de los casos y con un poco de paciencia, en casi todos los casos, la punción puede desinflar al intestino lo suficiente como para que la manipulación pueda hacerse con facilidad.
