

POSTOPERATORIO

El postoperatorio de las intervenciones por cánceres del recto tiene, además de los problemas comunes a toda la cirugía, ciertas particularidades que pueden considerarse en cuatro grupos:

1º) *Funcionalidad génitourinaria.*— La frecuencia de trastornos en este sistema es grande. Su interpretación, prevención y tratamiento requiere conocimientos especiales que corresponden al urólogo.

2º) *Síndromes de shock y hemorragia.*— Pueden ser graves. A veces se observa al terminar la operación o momentos después una baja importante en la presión, que obliga a pensar en primer término, en la hemorragia. El antecedente de una hemostasis operatoria mal conseguida, la salida de abundante sangre por los drenajes y el cuadro clínico de anemia aguda son elementos que obligan a reintervenir de inmediato al enfermo. Lo más frecuente, sin embargo, es que esa hipotensión no sea por hemorragia, sino por colapso periférico. Su prevención se hará practicando operaciones suaves, sin tracciones ni decolamiento agresivo, bloqueando con novocaína los elementos nerviosos antes de elongarlos o seccionarlos, administrando abundante sangre durante toda la operación, evitando cambios bruscos de posición en el enfermo anestesiado. Estas medidas han hecho desaparecer en nuestros enfermos los colapsos del fin de la operación.

Cuando se produce el colapso, debe hacerse la medicación correspondiente (cortigen, levofed, etc.) pero, fundamentalmente, hacer sangre en transfusiones importantes.

En horas o días siguientes a la operación debe pensarse, frente a un estado similar, en las hemorragias secundarias. El tipo de operación practicada y el desarrollo operatorio orientarán el diagnóstico, lo que unido al cuadro clínico y hematológico, decidirán al cirujano por la reintervención o por la terapéutica incruenta. Como noción general, recordemos que las hemorragias

pelvianas postoperatorias son habitualmente venosas, por encharcamiento sanguíneo y que ceden sin recurrir a reintervenciones, las que siempre dan cuenta de la hemorragia.

3º) *Síndromes intestinales*.— La distensión gastrointestinal que se presenta en algunos operados de cáncer del recto plantea uno de los problemas más serios del postoperatorio. Las causas de esta distensión son múltiples: íleo reflejo, íleo por peritonitis, oclusión intestinal, íleo por obstrucción vascular, desequilibrio humoral. Algunos de estos elementos puede ser el inicial, pero se produce luego una asociación de procesos, de los cuales, a veces, el más grave o más importante por la exigencia operatoria, no es el proceso inicial ni el más evidente. El diagnóstico completo tiene una gran importancia para hacer oportunamente una reintervención en una oclusión o una peritonitis y para tratar correctamente un desequilibrio humoral que puede ser fatal.

En previsión de estas posibles complicaciones, la operación debe ser correctamente conducida, metódica, suave, anatómica. Al terminar la operación deben quedar bien escritas todas las particularidades que puedan tener interés para la interpretación de un síndrome de distensión.

El postoperatorio debe ser dirigido, para prevenir la aparición de este síndrome y debe ser controlado, para recoger elementos de juicio para un diagnóstico causal por si el síndrome se presenta. Debemos saber que el proceso orgánico provocado por la operación que puede llevar a la peritonitis o a la oclusión, no lo podemos modificar en la conducción del postoperatorio, de modo que nuestra actuación debe dirigirse a evitar el íleo o el desequilibrio humoral, los que pueden llegar a ser graves por sí solos o desencadenando una oclusión o una peritonitis. Consideramos importante el mantenimiento de un correcto equilibrio humoral, en especial por la transfusión sanguínea; la movilización de todas las partes del enfermo desde el primer momento para lograr la funcionalidad activa vascular, y la oxigenación de todos los tejidos; la alimentación variada y estimulante, que interesa más en vistas al buen peristaltismo digestivo y a la buena nutrición que el supuesto reposo y limpieza del colon. No compartimos la posición de muchos cirujanos que tienen al enfermo intubado. Expusimos en el capítulo de preparación del enfermo las razones de nuestra posición. Nos parece perjudicial la sonda y la

expoliación digestiva y no queremos que la disminución de la distensión nos haga demorar los diagnósticos fundamentales en estas circunstancias, que son los de peritonitis u oclusión.

Bien operado y bien conducido el postoperatorio, la distensión abdominal es poco frecuente. Cuando la vemos, volvemos hacia atrás para encontrar alguna razón. La distensión constituida obliga a planear su tratamiento en relación con la posible naturaleza del proceso. Nuestra actitud es la de buscar la oclusión o la peritonitis desde el primer momento. Mientras las buscamos, hacemos tratamiento de los trastornos funcionales que pueden acompañar a tales procesos orgánicos o ser los únicos responsables. Hielo en el vientre para coordinar la actividad peristáltica; cambios de posición del enfermo para movilizar las asas y su contenido; aspiración gástrica para desencadenar movimientos peristálticos altos; excitantes intestinales suaves; mantener equilibrio humoral.

Hay que buscar la peritonitis, enmascarada por los antibióticos, los sedantes, el silencio reaccional postoperatorio. Hay que buscar la oclusión, enmascarada por el reposo intestinal. Estas búsquedas deben estar sistematizadas:

a) *Recordar el acto operatorio*: Considerar el tipo de operación practicada en vistas a posibles complicaciones, recordando las condiciones de las suturas intestinales, la existencia de superficies cruentas, las disposiciones que exponen a estrangulaciones intestinales.

b) *Estudio clínico*: Analizar la forma de comienzo y la evolución de los síntomas. Examinar el vientre sin olvidar la auscultación. Examinar bien las heridas operatorias, en busca de un flemón o de una dehiscencia.

Explorar cuidadosamente la pelvis por tactos rectal y vaginal.

c) *Análisis*: Muy poco o nada podemos obtener del laboratorio en vistas al diagnóstico positivo de oclusión o peritonitis. Su utilidad está en la valoración del estado humoral en vistas a su tratamiento.

d) *Radiología*: Pueden ser de utilidad las placas simples en diferentes posiciones para mostrar niveles regionales, estado del colon, neumoperitoneo, etc.

e) *Evolución horaria*: Con la idea de que siempre es posible que se trate de una peritonitis o una oclusión, el tratamiento intensivo de los fenómenos debe ser seguido de un nuevo estudio del enfermo en el curso de pocas horas. Se observan con frecuencia cambios que tienen gran valor diagnóstico.

En resumen, pocas veces tenemos actualmente en nuestros enfermos distenciones abdominales que antes fueron frecuentes. Cuando las observamos, planteamos la posibilidad de la oclusión y de la peritonitis y las buscamos fundamentalmente por el estudio clínico repetido. En la duda, somos intervencionistas.

4º) *Procesos regionales*.— En la región disecada se produce, lógicamente, serosidad y sangre. Hay, además, tejidos necrosados por disección isquemante y por ligaduras de pedículos. Si estos escombros no son abundantes los procesos de reabsorción y de reparación plástica conducen a la normalidad. Si, en cambio, son abundantes, se producen colecciones que exponen a complicaciones.

La infección de las regiones disecadas es un problema importante por la extensión de los tejidos decolados. Adquiere gravedad si los agentes son de mayor virulencia, si hay abundantes escombros y si la operación fue particularmente agresiva.

Se observan con cierta frecuencia, entre los cinco y quince días después de la operación, cuadros de depresión, anemia, deshidratación, más o menos febriles, que dependen de retención de escombros o de infección de las zonas disecadas. A estos mismos procesos deben referirse, en gran parte, las complicaciones venosas (trombosis, hemorragias, embolias) que constituyen las complicaciones más frecuentes de la cirugía del cáncer del recto. La prevención de estos procesos es fundamentalmente de orden operatorio y consiste en evitar despegamientos y disecciones inútiles, evitar ligaduras en masa, usar hilos finos, hacer disección instrumental anatómica y delicada y no dejar zonas sangrantes. El drenaje correcto de la pelvis es el mejor preventivo de todos estos procesos. El uso de antibióticos por vía parenteral en el postoperatorio es muy importante.

Cuando aparecen los síntomas de la infección pelviana poco beneficio se obtienen con los antibióticos. Es necesario hacer un

buen drenaje, ya sea removiendo un taponamiento oclusivo, colocando un drenaje retirado antes de tiempo, o haciendo un drenaje cuando no se había hecho. Como dijimos anteriormente, la pelvis debe drenarse por vía caudal (paracoccígea, vaginal, endorrectal) llegando más arriba de la lámina de sostén.

Las fallas de sutura en las anastomosis colorrectales es otra complicación pelviana a considerar. Las causas más frecuentes son los defectos de técnica. Nos referimos en capítulo anterior a la isquemia de los labios anastomosados por suturas irregulares y groseras, a la isquemia por tracción agresiva o por denuación exagerada, a desgarros parciales del recto; a la isquemia por tensión de los cabos anastomosados. No debemos sobreestimar la responsabilidad de la falta de peritoneo en la pared rectal en la producción de las fallas, pues, la cicatriz rectal es perfecta si se hace la operación técnicamente bien.

Un factor responsable de falla de sutura es la colección serohemática rodeando la zona suturada, que impide el proceso de incorporación perivisceral. Para evitarla es necesario hacer un drenaje correcto de la pelvis.

La falla de la sutura provoca un flemón pelviano que da repercusión general, fenómenos de distensión intestinal, trastornos urinarios. El diagnóstico se hace por un correcto examen pelviano. El flemón debe ser bien drenado de inmediato, pues, la colección purulenta agrava seriamente a la anastomosis. El drenaje conduce a la fistulización, que si es por abertura intestinal pequeña, evoluciona hacia la curación sin reintervención.

BIBLIOGRAFIA URUGUAYA

- BOSCH DEL MARCO y FOSSATI, A.—Método de estudio en la extensión linfática del cáncer rectal (11 observaciones). "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 16: 134-156; 1945.
- BUTLER, C.—Tratamiento radioquirúrgico del cáncer del recto. "Anal. Fac. Med. Montevideo", 12: 535-545; 1927.
- BUTLER, C.—Tratamiento radioquirúrgico del cáncer del recto. "Cong. Méd. del Centenario", Montevideo, 6: 262-270; 1930.
- CAPRIO, G.—Tratamiento del cáncer del recto en el Inst. de Radiol. de Montevideo. "Bol. del Inst. de Radiología", Montevideo, 47-53; 1943.
- CHIFFLET, A.—La travesía del perineo masculino. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 21: 539-549; 1950.
- CHIFFLET, A.—Extensión caudal de la exéresis en el cáncer del recto alto. A propósito de 4 observaciones de cáncer múltiple del recto. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 25: 313-324; 1954.
- CHIFFLET, A.—Entrada quirúrgica entre el recto y la vejiga. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", 26: 9-21; 1955.
- CHIFFLET, A.—"Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto". Imprenta Rosgal, 280 págs., 1956.
- CHIFFLET, A.—Principios directivos en la cirugía del cáncer del recto. "Soc. Arg. de Proctología", Buenos Aires, 14: 1-16; 1956.
- CHIFFLET, A.; DEL PORTILLO, L.; NAUTON MORGAN, Ch.; YODICE, A. y ORREGO, S. J.—Cáncer del recto. Mesa Redonda del "1er. Congreso Internacional de Proctología", 156-164; 1957.
- CHIFFLET, A.—Cirugía en el cáncer del ano. Nuevas técnicas en cirugía. "Clínica Quirúrgica B", Montevideo, 53-67; 1957.
- CHIFFLET, A.—Cáncer del recto, amputación o resección. "XI Congreso Peruano de Cirugía", Lima, 415-425; 1958.
- CHIFFLET, A.—Bases anatómicas para la cirugía del cáncer del recto. "Anais do 8º Cong. Brasil. de Proctología", Río de Janeiro, 60-69; 1958.
- CHIFFLET, A.—Tratamiento del cáncer del recto. "Cong. Interamericano de Cancerología", Buenos Aires, 1959.
- CHIFFLET, A.—La evolución de la cirugía de los cánceres del recto. "Curso Intensivo de la Clín. Quirúrg. B", 1959.
- Del CAMPO, J. C.—Diagnóstico y tratamiento del cáncer del recto. "Acción Sind", Núm. Científico, Montevideo, 1: 293-300; 1939.
- Del CAMPO, J. C.—Vaciamiento lumboaórtico. Técnica. Sugestiones. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 22: 388-398; 1951.
- Del CAMPO, J. C.—Cáncer de colon. Tratamiento. "7º Congreso Uruguayo de Cirugía", 1: 1-63; 1956.
- Del CAMPO, J. C.—Cirugía del cáncer del colon. "Cong. Interamericano de Cirugía", Río de Janeiro, 1956.

- Del CAMPO, J. C.—Vaciamiento lumbaoártico en el cáncer abdominal. "Soc. Cir. de Buenos Aires", 91: 6-16; 1957.
- DELGER, J. R.—Semiología de las alteraciones vesicales después de las exéresis del recto canceroso. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 29: 414-423; 1958.
- GARCIA RUSSICII, W.—Problemas urinarios en la amputación abdóminopereineal de recto. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 29: 352-364; 1958.
- LARGHERO, P.—Conservación del esfínter anal en la cirugía del cáncer del recto y rectosigmoideo. "El Día Médico Uruguayo", 19: 1050-1055; 1952.
- MENDY, J. C.—Cáncer de recto y estado grávidopuerperal. "Anal. de Ginecología", Montevideo, 1: 293-345; 1953.
- MEROLA, L.—"Anal. Fac. Med. Montevideo", 943; 1923.
- MORADOR, J. L.—Indicaciones operatorias en el cáncer rectosigmoideo. "Anal. del Ateneo de Clínica Quirúrgica", Montevideo, 17: 53-62; 1951.
- NARIO, C. V.—Las hepatitis satélites del neoplasma rectosigmoideo. "Soc. Cir. de Montevideo", 4: 78-84; 1933.
- NARIO, C. V.—Neoplasma rectosigmoideo. "La prensa Médica Argentina", 30: 1618-1627; 1943.
- PALMA, E. C.; Del CAMPO, F. y PEÑA, Y.—Pólipo rectal adenocarcinomatoso. Cirugía conservadora. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 29: 114-120; 1958.
- PALMA, E. C.; GIURIA, F.; TOBLER, H. y TAIBO, W.—Plastia de esfínter anal mediante el músculo gran glúteo. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 29: 297-306; 1958.
- PEREZ FONTANA, V. y CASTRO, E.—Tumores malignos musculares del recto. "Anal. Fac. Med. Montevideo", 23: 256-267; 1938.
- RODRIGUEZ ROCHA, O—Resección del recto por cáncer de la ampolla. "Curetaje" hipogástrico. "Anal. Fac. Med. Montevideo", 21: 670-677; 1936.
- ROGLIA, J. L. y LORENZO y LOSADA, H.—Cirugía conservadora del recto y cirugía del sigmoide distal. "Anales del Ateneo de Clín. Quirúrg.", Montevideo, 16: 25-34; 1950.
- TAJES, V. y LOPEZ ESTEVEZ, J. M.—La disfunción vesical en la resección del recto canceroso. "El Día Médico Uruguayo", 13: 186-191; 1945.
- TAJES, R. V.—Poliposis rectosigmoidea y cáncer. "El Día Médico Uruguayo", 19: 613-630; 1951.
- TAJES, V.—Cáncer de recto y operación de Babeock. "Clínica", Montevideo, 2: 89-95; 1953.
- TAJES, R. V. y SANTINI, A.—Cáncer del recto y embarazo. "El Día Médico Uruguayo", 21: 879-892; 1954.
- TAJES, R. V.—Las ligaduras previas de las arterias hipogástricas en la resección del cáncer del recto; sus complicaciones. "El Día Médico Uruguayo", 22: 553-562; 1955.
- TAJES, V. y SANTINI, A.—Hemorragia incontrolable postproctomía. "Síntesis Médica", 4: 2-9; 1959.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- AULT, G. W.—A Technique for Cancer Isolation and Extended Dissection for Cancer of the Distal Colon and Rectum. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 106: 466-477; 1958.
- BACON, H. E. and BERKLEY, J. L.—Refinements in Prevention of Recurrent Carcinoma Prior to and During Resection of the Colon and Rectum; Preliminary Report. "J. Internat. Coll. Surg.", U. S. A., 30-539; 1958.
- BACON, H. E.; DIRBAS, F.; MYERS, T. B. and PONCE DE LEON, F.—Extensive Lymphadenectomy and High Ligation of the Inferior Mesenteric Artery for Carcinoma of the Left Colon and Rectum. "Diseases of the Colon and Rectum", Philadelphia, 1: 457-465; 1958.
- BACON, H. E. e MCGREGOR, A.—Tratamiento del cáncer rectosigmoideo. "Rassegna Médica", Italia, 34: 11-14; 1957.
- BACON, H. E.; SAUER, I. and TRIMPI, H. D.—The extensión of radical surgery for rectal cancer. "Anais Paul. Med. e Cirurgia", San Pablo, 70: 99-104; 1955.
- CASTRO, A. F.—Surgical Technique of Ligation of Inferior Mesenteric Artery and Preaortic Lymphadenectomy. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 102: 374-376; 1956.
- CRILE, G.—Factors Influencing the Spread of cancer. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 103: 342-351; 1956.
- CHIFFLET, A.—Anatomía del contenido pelviano masculino. "Cirugía del recto", Montevideo, 280 pág., 1956.
- CHIFFLET, A.—El colon desfuncionalizado. "Déc. Cong. Uruguayo de Cirugía", Montevideo, 259-267; 1959.
- DEDDISH, M. R.—Abdomino pelvic lymph-node dissection in cancer of rectum and distal colon".
- Del CAMPO, J. C.—Vaciamiento lumboaórtico en el cáncer abdominal. "Soc. de Cirugía de Bs. As.", 41: 6-16; 1957.
- Del CAMPO, J. C.—Vaciamiento lumboaórtico. Técnica. Sugestiones. "Bol. Soc. de Cir. del Urug.", Montevideo, 22: 388-398; 1951.
- FANSLER, W. A.—A Consideration of the Surgical Treatment of Cancer of the Colon and Rectum. "Diseases of the Colon and Rectum", Philadelphia, 1: 32-36; 1958.
- GABRIEL, W. B.—"The principles and Practice of Rectal Surgery". Lewis y Co., London, 1949.
- GABRIEL, W. B.—Perineo-abdominal excision of the rectum in one stage. Transections of the "Amer. Proct. Soc.", U. S. A., 76-84; 1949.
- GILCHRINT, R. K. and DAVID, V.—Prognosis in Carcinoma of the Bowel. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 86: 359-371; 1948.
- GLOVER, R. P. and WAUGH, J. M.—The retrograde Lymphatic Spread of Carcinoma of the "Rectosigmoid Region" Its Influence on Surgical Procedures. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 82: 434-448; 1946.

- HUGHES, E. S. R.—Fatal Complications Following Colectomy. "Aust. N. Zealand J. Surg.", Aust. N. Zealand, 28-202; 1959.
- JAVERT, C. T.—The lymph Nodes and Lymph Channels of the Pelvis. "Surg. Treat. of Cancer of the Cervix", J. V. Meigs, U. S. A., 78-11; 1954.
- LOFGREN, E. P.; WAUGH, J. M. and DOCKERTY, M. B.—Local Recurrence of Carcinoma After Anterior Resection of the Rectum and the Sigmoid. "A. M. A. Arch. of Surg.", U. S. A., 74: 825-836; 1957.
- LLOYD-DAVIES, O. V. and MORGAN, N.—Synchrou combined excision for carcinoma of the rectum. "Techniques in British Surg. Maingot", 451-463; 1950.
- MADISON, M. S.; DOCKERTY, M. B. and WAUGH, J. M.—Venous invasion in carcinoma of the rectum, as evidenced by venous radiography. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 99: 170-178; 1954.
- MENDY NORIEGA, F.—"Vaina suprarreno-reno-ureteral". Trabajo Adscrip. para Urol. (Anatomía), Montevideo, 1957.
- MILES, W. E.—The radical abdominoperineal operation for cancer of the rectum and of the pelvic colon. "Brit. Med. Journ.", 2: 941-943; 1910.
- ORTEGA, E.—La adenomectomía prostática isquiorrectal juxtaesfinteriana. "Revista Argentina de Urología", 24; 1955.
- PEYCELON et REPLUMAZ.—Sur la recto-sigmoidectomía par voie abdominal pour cancer. "Lyon Chirurg.", Lyon, 51: 624-627; 1956.
- QUER, E. A.; DAHLIN, D. C. and MAYO, Ch. W.—Retrograde intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid; a microscopic study. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 96: 24-30; 1953.
- ROBERTS, S.; LONG, L.; JONASSON, O.; MacGRATH, R.; McGREW, E. and COLE, W. H.—The Isolation of Cancer Cells From the Blood Stream During Uterine Curetage. "Surg. Gynecol. and Obst.", U. S. A., 111: 3-11; 1960.
- SCUDAMORE, H. H.; CORR, W. P. and JUDD, E. S.—Value of Periodic Medical Examinations Following Operation for Carcinoma of the Colon on Rectum. "Proc. of the Staff Meet. of Mayo Clinic.", U. S. A., 35: 258-267; 1960.
- STEARNS, M. W. and DEDDISH, M. R.—Five-Year Results of Abdomino-pelvic Lymph Node Dissection for Carcinoma of the Rectum. "Diseases of the Colon and Rectum", U. S. A., 2: 169-172; 1959.
- VILLEMEN, F.; HUARD, P. et MONTAGNE, M.—Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anús. Leurs applications dans le traite. "Revue de Chirurgie", Paris, 63: 40-80; 1925.
- WHEELLOCK, F. C.; TOLL, G. and McKITTRICK, L. S.—An Evaluation of the Anterior Resection of the Rectum and Low Sigmoid. "N. England J. M.", N. England, 260-526; 1959.