

CANCER DE RECTO

Discusión

Dr. ETALA (R. A.).—En el cáncer de recto bajo, nosotros utilizamos el doble equipo simultáneo. Nosotros hacemos la parte abdominal con todas las condiciones de radicabilidad que se han esbozado, y la parte perineal se la dejamos al ayudante, si el ayudante es capaz de hacerla. En realidad con esta técnica, no lleva más de 1 hora 10, 1 hora 20, a lo más 1 hora 30 minutos; no hay shock prácticamente, no hay movilización, cambio de posición, todo lo que podía ocasionar una causa de shock. Las ventajas son grandes, porque en la parte perineal se puede ver bien la hemostasis.

Con respecto a los tumores más altos, los que están situados a más de 10 cms.; no estamos perfectamente de acuerdo en que las medidas con el rectoscopio son definitivas, es un elemento de juicio, un factor a tener en cuenta; más importante en los casos posibles, es el tacto rectal; tanto en uno como en otro, las causas de error persisten; pero lo que va a dar en definitiva el estado actual, o el estado de operabilidad, ya sea conservación —jamás se debe decir que se va a hacer una conservación esfinteriana— se hará cuando se pueda, y cuando el tumor está por encima, cuando no está muy avanzado, cuando en realidad no hay muchas metástasis, y las condiciones circulatorias, lo puedan permitir. Por supuesto, la técnica consistirá en hacer descenso del ángulo esplénico, también el mesocolon transverso, la ligadura previa de la vena mesentérica inferior, la ligadura de la arteria mesentérica en su salida, y el descenso del colon transverso. Hacemos la anastomosis por vía abdomino-recto-anal. Anteriormente lo hacíamos por vía abdomino-sacra; hemos dejado la vía sacra porque no es necesario. Preferimos esta técnica a la técnica de Dixon en realidad pensamos lo siguiente: si la operación de Dixon se puede hacer, no hay inconveniente en restablecer la función intestinal. Con respecto a si se deja o no, el esfínter, es un problema de apreciación individual: durante el acto quirúrgico, y previo examen cuidadoso, del paciente, el cirujano podrá en definitiva, decidir si podrá o no conservar el esfínter; por supuesto, no se debe ser demasiado generoso en la conservación del esfínter, sino precisar los casos con mucha cautela; y nosotros actualmente, hemos dejado de hacer prácticamente la operación de Dixon por la recidiva tardía. Las razones son diversas; en primer lugar, para hacer la conservación esfinteriana por la vía abdominal, es necesario hacer un despegamiento del recto, manualmente, porque si no, es imposible poner una ligadura debajo del tumor. El tumor está en el recto alto, y no se puede ligar, si no se hace una ligadura

después de haberlo separado en la cavidad pelviana; y con la operación abdomino-recto-anal, a pesar de este despegamiento en los últimos centímetros, lo limpiamos, y podemos colocar cualquier sustancia antitumoral, el agua destilada, o bicloruro de mercurio al 2%; y en realidad, sea por una causa o por otra, nosotros hasta ahora, no hemos visto ninguna recidiva de la línea de sutura; cosa que hemos observado en los casos de resección anterior en lesiones pequeñas sin metástasis.

El resultado, en cuanto a la conservación esfinteriana con esa técnica que ya llevamos 42 casos, es más o menos igual a lo que se puede observar en la amputación, pero sin el ano contra natura. Si bien, el ano contra natura, es una operación que a nadie le agrada, se debe tratar de evitar dentro de lo posible, sin poner en juego la vida del enfermo, por supuesto. Con respecto a los resultados funcionales con esta técnica, son hasta ahora muy buenos; no hemos podido ver en los casos operados, que haya habido alguna incontinencia que, en realidad, podría poner en juego el prestigio de este tipo de operación.

Dr. DEL CAMPO.-- Yo voy a referirme exclusivamente al trabajo del Dr. Chifflet, y de entrada, a felicitarlo por la manera como ha sabido concretar en el número de páginas que se le conceden, todas las directivas y todas las dificultades que presenta este tema, y a presentarlo tal cual es. Y voy a dar mi opinión sobre la conducta que yo he venido siguiendo en las diferentes localizaciones del cáncer de recto.

En lo que respecta al cáncer anal, sigo actualmente las directivas marcadas por el Dr. Chifflet, y ejecuto la intervención que él indica, que la considero, del punto de vista cancerológico, la más completa y la mejor fundamentada. Como en todas las cosas, hay excepciones, como dijo el Dr. Chifflet, y los dos mejores casos de cáncer de ano, que puedo presentar, han sido operados, uno con un Lockhart Mumery, y otro por una operación todavía más económica, por una amputación de recto, según la técnica de Lynch, en un caso que no tenía más de quince días cuando consultó, y veinte y tantos días cuando fue operado, es decir, que era una pequeña lesión; de eso al cáncer de ano, que tenemos que tratar habitualmente, hay una enorme diferencia que justifica la diversidad de conducta.

En lo que respecta al cáncer de rectosigmoide, hay una diferencia en el concepto anatómico entre el Dr. Chifflet y el que habla. De acuerdo con el esquema, a lo que el Dr. Chifflet le llama rectosigmoide, yo le llamo sigmoide, sigmoide bajo; pero las consideraciones de orden quirúrgico son exactamente iguales. Y es uno de los cánceres, que opero con tranquilidad, con la tranquilidad que da el saber que se programa una operación basada en la anatomía patológica y en la anatomía, que se puede hacer correctamente y que de hecho se hace correctamente en todas sus partes, porque se siguen líneas anatómicas, tan es así, que parece difícil que pueda haber en el futuro un gran progreso en este terreno, salvo para los cánceres avanzados que al ser avanzados, al comunicarse a otra víscera, o dar etapas ganglionares más grandes, hacen intervenir otros territorios, y hacen atípicas todas las intervenciones.

En lo que respecta al cáncer ampular, también lo divido en dos sectores: un sector alto y un sector bajo; y aún cuando los dos sectores alto y bajo no tienen exactamente los límites que le da el Dr. Chifflet, como —por una parte— en esto hay variantes, y como —por otra parte— el tumor no le ni oye lo que dice el Dr. Chifflet, ni lo que digo yo, podría decir que estamos enteramente de acuerdo, si ponemos que unos están por encima de la próstata o de la vagina, y otro por debajo, o contra la próstata; yo, que he leído en este punto, minuciosamente, el trabajo del Dr. Chifflet, lo aplaudo. Este es un terreno, en el que podría decir, que el concepto de la intervención, todos lo tenemos, pero apenas si se animan a decirlo, y de cuando en cuando aparece. Aparece, por ejemplo, en una obra que yo diría que el Dr. Chifflet la ha leído intensamente, y que creo que todos los cirujanos deben leer, porque es lo mejor que se ha escrito sobre cáncer pelviano, que es la obra de Meigs.

Si queremos hacer un tratamiento de cáncer pelviano, debemos tomar como eje de disección, la vena hipogástrica, diseccándola, o reseccándola, pero si la disección de la vena hipogástrica es fácil en su parte superior, es difícil, engorrosa y provoca trastornos (hemorragias por despreñamiento de pequeños vasos, por sus ramas posteriores), en su parte inferior; y Meigs confiesa que es uno de los ejes de la cuestión.

Nosotros diríamos que en el tratamiento del cáncer pelviano, tanto del alto como del bajo, pero más del bajo que en el alto, hay una diferencia entre lo que uno debe hacer y lo que uno cree hacer, y hay una diferencia entre lo que uno cree hacer y lo que hace en realidad; en más de una de esas maniobras, aparece algo que en las técnicas limpias no debe aparecer, hacer el despreñamiento con la mano, y los dedos, para aislar el colgajo cecoa, y no a ras de la vena; y nos manejamos dificultosamente, como siempre, cuando tenemos que hacer una cirugía de profundidad. Lo es en la mujer, y mucho más en el hombre, por la forma del bacinete, y lo es sobre todo en algunas personas obesas. Yo aprendí la técnica del cáncer ampular alto, con los trabajos de Schwartz de 1924, y sobre todo, la tesis de Reinhold, técnica que he visto reactualizar últimamente en Norteamérica por Saucy y Bacon y cuya importancia es muy grande; pero esta técnica es muy buena para la ampolla alta, y se completa con todos los detalles de técnica que ha dado el Dr. Chifflet.

En lo que respecta al cáncer ampular bajo, creo que, salvo los casos iniciales, la resección no deja contento a nadie. Yo he tratado, en un momento dado, de solucionar el problema, como lo aconsejaba Goetze en la obra de Westhues, de hacerlo por vía sacra; la luz que se tiene para tratar el problema de invasión, es excelente, pero no he podido, en ninguno de estos casos por esta vía, llegar a diseccionar la vena hipogástrica; es decir, que a mí siempre me ha quedado la idea de que no hago la operación tal como debería hacerse cancerológicamente. Pero este cáncer ofrece una segunda dificultad, y lo digo también para apoyar al Dr. Chifflet, y es cuando inicia su propagación hacia adelante, hacia el ángulo pósterosuperior de la próstata, vinculándose con los linfáticos y vens de todos los sectores pelvianos; invasión que a veces se muestra clínicamente, y más todavía, cuando va a la fosa obturatriz, a la fosa anterior; en ese sentido le doy el gran mérito al Dr. Chifflet, que nos ha

hablado bien de esta fosa, que aparece en el libro de Meigs muy bien descrita, pero que no aparece en las técnicas habituales de cáncer de recto, y que nosotros la hemos visto ocupada por ganglios, en el cáncer de recto bajo.

No me extiendo en otras consideraciones, porque puedo decir que comparto enteramente las vistas del Dr. Chifflet, sobre todo lo demás. En lo que respecta a lo que me toca un poco más de cerca, el vaciamiento lumboaróico, lo trato de practicar la mayor parte de las veces, pero lo que dice el Dr. Chifflet es cierto, es lógico, y a mi modo de ver, debe hacerse en la parte alta del recto; su lógica va perdiendo fuerza a medida que vamos hacia abajo, no porque no la tenga, porque siempre puede haber una adenopatía a ese nivel, sino porque los problemas pélvicos y perineales pueden ser de tal entidad, que para gastar un poco más de tiempo, sea allí donde debamos emplearlo, y no en la parte alta de la región.

Dr. G. F. COTTINI.—Me voy a referir al correlato del Dr. Viola, al que felicito por el mismo, sobre los aspectos urogenitales de cáncer de recto. Cuando efectúa la división en cánceres con sintomatología y sin sintomatología urogenital; cuando se refiere a los cánceres sin sintomatología urogenital procede a la obtención de una urografía excretora, pero prescinde de la cistoscopia. Considero que en aquellos cánceres con menos síntomas es en los que debemos estimular más la pesquisa; en el estadio I y II de nuestra clasificación, las manifestaciones subjetivas son poco frecuentes, y estoy de acuerdo que la cistoscopia, como lo ha dicho muy bien otro de los relatores, puede ser negativa; pero a veces, sucede de hallar pequeñas zonas con cistitis localizada, con imágenes pseudodiverticulares, que se deben a la infiltración neoplásica, sin sintomatología urológica subjetiva. Como en esta reunión, los conceptos no solamente van a ser para nuestra cosecha, sino también para el estudiante y el médico joven, no podemos decir que porque no haya síntomas urogenitales, vamos a prescindir de ningún método auxiliar de diagnóstico, e insisto que la cistoscopia debe ser un examen de rutina en estos enfermos.

Dr. MAINETTI.—Agradezco la invitación de la presidencia de decir algunas palabras en esta reunión. Ante todo, quiero rendir homenaje al esfuerzo intelectual y científico de los señores relatores y demás comunicantes. Creo que la descripción que nos ha hecho el Dr. Chifflet de los cuatro sectores del recto va a tener una importancia fundamental en la manera como vamos a encarar en el futuro el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto; porque como lo ha puntualizado el Dr. Del Campo, cuando vamos para arriba, estamos todos tranquilos, pero la parte más difícil es la perineal, es la parte donde se debe hacer una disección mejor, y son los cánceres de la porción perineal los que más recidivas dan, y los de peores resultados. A partir del 50, yo efectuaba con mucha frecuencia la resección con anastomosis anterior y el descenso tipo Babcock-Bacon. Personalmente he tenido muy buenos resultados, pero he tenido recidivas a nivel de la sutura, he tenido estrecheces, he tenido fístulas, y muchas de las complicaciones de esta cirugía se deben al hecho de que cuando el tumor es un poco hajo, para conseguir tela suficiente del cabo distal, hay que pelar mucho la circunferencia rectal de su meso, donde van los vasos cor-

tos. Lógicamente, si el tumor es más bajo, hay que extirpar los alerones con las arterias hemorroidarias medias, y en estas condiciones queda desnutrido el segmento rectal, y las fístulas y las estrecheces son frecuentes. Por otro lado, los resultados alejados no son muy buenos en los descensos; uno está satisfecho por el resultado, los enfermos también pueden estar a veces satisfechos con el resultado, pero en esos descensos siempre hay cierto grado de incontinencia, porque para que haya una buena continencia tiene que quedar la parte sensitiva del reflejo, y tiene que haber una ampolla rectal de 3 a 4 cms. de longitud, que no se consigue cuando se hace una operación de Bacon, sino con una resección anterior a lo Dixon, pero en esos casos el tumor está situado en el recto superior, es decir, rectosigmoide. En general yo creo que para los tumores altos rectosigmoideos debe hacerse la operación de Meigs, ampliada, con vaciamiento cavaoártico, como nos ha enseñado Del Campo; pero en los demás casos, se debe hacer la amputación abdominoperineal.

Para la amputación abdominoperineal, yo uso la posición de Lloyd-Davies y Trendelenburg; en esa forma, puede trabajar el cirujano solo, o con otro equipo; en esa forma lo importante de esta posición, que por otra parte yo uso para toda la cirugía ginecológica y prostática, para toda la cirugía de la pelvis que puede ser complicada, es una posición útil, porque puede cambiarse el cirujano de la posición lateral al medio de las piernas del enfermo, y permite hacer todas las maniobras combinadas necesarias. Es una posición muy útil, pero sobre todo la gran ventaja en la amputación abdominoperineal con esta posición, es cerrar el vientre en último término, y es que se peritoniza completamente la pelvis desde arriba, y ya estando vacía la pelvis, se trae el peritoneo vesical contra el promontorio, se fija el peritoneo parietal contra los vasos ilíacos y se hace un tabicamiento perfecto de la pequeña pelvis. En esa forma no se obtienen obstrucciones postoperatorias que nos matan algunos enfermos, 1 ó 2 % de enfermos que se mueren por oclusión intestinal de delgado. Yo creo que la gran ventaja entonces de la etapa combinada, es de poder cerrar perfectamente la excavación pelviana.

Yo creo que de esto, sobre todo de la descripción anatómicoquirúrgica que nos ha hecho el Dr. Chifflet, vamos a sacar en conclusión que, sobre todo el cáncer bajo de recto, es mejor operarlo con un concepto más anatómico y más cancerológico.

Dr. DELGAD● (R. A.).—Quiero felicitar al relator y correlatores, y de exponer nuestra experiencia en este problema tan común. En realidad, nosotros tenemos bastante experiencia con la vía abdominoperineal, pero muy poca experiencia con el descenso, y esta poca experiencia con el descenso se debe a que no hemos sido afortunados: en primer lugar, los resultados funcionales no han sido perfectos, muchos han quedado con incontinencia, y nos ha parecido que dentro de estos resultados, no valía la pena hacer una técnica que evidentemente era menos radical que la operación de Meigs. Es decir, que hemos quedado fieles, quizá por falta de experiencia, con la técnica del descenso, nos hemos quedado con la operación de Meigs. Esta técnica, sobre todo

si se acostumbra uno a hacerla siempre, es una técnica relativamente fácil, si bien es cierto que tiene escollos en la parte profunda de la pelvis. Por rutina hacemos un ano en trompa, que hacemos con anestesia local, días antes de la operación radical, y que nos permite dos cosas: en primer lugar, lo hacemos por separado, porque el ano en trompa lleva una hora de trabajo, o poco más; y en segundo lugar, porque nos pone en reposo funcional el recto, y creemos que esto tiene ventajas. El ano en trompa tiene la enorme ventaja del comportamiento funcional; hay gente que limpia su ano, se hace una toilette matutina y después lo pliega, o lo adosa a la pared abdominal con una faja elástica, y pasa todo el día en el trabajo habitual, sin que nadie tenga la molestia de los olores. Creemos que la práctica del ano en trompa, y la educación del enfermo, es una cosa realmente útil que, unido a la resección por vía abdominoperineal, nos ha dado resultados muy satisfactorios. En nuestra experiencia, relativamente benigna, el cáncer de recto es uno de los cánceres de tubo digestivo que mejores resultados nos ha dado.

Dr. MAINETTI.—Quisiera preguntar al Dr. Delgado, ¿a qué llama él ano en trompa?

Dr. DELGADO.—El ano en trompa, es un ano por el cual se exterioriza una porción del colon descendente y sigmoide, que tiene un revestimiento cutáneo que le da un aspecto en trompa. Tiene un largo de unos 10 cms. y un recubrimiento total con piel del abdomen y se encuentra adosado a la pared abdominal, lo que permite perfecta continencia, no solamente para las materias fecales, sino para los gases. De manera que, se le llama ano en trompa por la forma que tiene.

Dr. MAINETTI.—Yo he hecho el ano en trompa en las ileostomías. Últimamente me ha venido a ver un enfermo al que le hice un ileostomía de ese tipo y comprobé que funciona bien. Una complicación en los anos en trompa cubiertos con piel es la necrosis de la piel; el mejor ano es aquel en el que se une mucosa directamente a la piel. Este es el tipo de ano que yo hago siempre, tanto para una ileostomía como para el caso de una resección de colona.

Otro comentario que quiero hacer, es sobre las horas de duración. Lo que demore la operación abdominoperineal no tiene importancia, porque antes la hacíamos más ligero que ahora. Recuerdo que Jones, el famoso cirujano americano, la hacía en media hora, pero en aquel tiempo no se hacía vaciamiento pelviano ni una buena disección de los ganglios de la pelvis. Además, es una cirugía manual que desgarrar. Es una operación que, en general, lleva dos o tres horas, pero lo importante es hacerla bien y con un criterio cancerológico.

Dr. VIOLA PELUFFO.—Voy a contestar al Dr. Cottini, señalándole que, en un enfermo sin sintomatología urinaria asociada al neoplasma de recto, no efectuamos la citoscopia por las razones que voy a explicar.

A pesar de ser urólogo y endoscopista, tengo el mayor respeto por toda maniobra instrumental y, por lo tanto, trato en lo posible de evitar la citoscopia si no está absolutamente indicada. Además, la citoscopia solamente da

cuando está tomada la mucosa o la submucosa, pero no cuando está tomada la muscular. De todas maneras, el grado de infiltración no lo da la cistoscopia, lo puede dar la cistografía. Las lesiones de cistitis localizada y pseudodiverticular, a las cuales se refiere el Dr. Cottini, ya antiguamente descritas, son de excepción y, según nuestro concepto, tampoco tienen relación evidente con los procesos de invasión neoplásica. Esos son los motivos por los cuales no hacemos la endoscopia en aquellos enfermos que no tienen ningún sintoma urinario. Creemos que no nos da elementos de juicio suficientes como para poder afirmar si está tomada o no la pared vesical, pero entendemos, sí, que frente a la sospecha en un enfermo que tiene un neoplasma localizado en la cara anterior del recto y en el cual planteamos la posibilidad de que esté tomada la vejiga, a pesar de no presentar sintomatología, es preferible hacer un tacto rectal bajo anestesia general, que nos va a dar muchos más elementos. El tacto rectal bajo anestesia general que se hace de rutina para estudiar la extensión de un neoplasma de vejiga, debe hacerse exactamente igual en estos casos. De manera que no es un problema fundamental hacer o no una endoscopia; es un problema de criterio, de razonamiento, pero creemos que en estos enfermos, en los cuales se plantea la más pequeña duda, la cistografía va a aclarar mejor el problema de la infiltración que la endoscopia.

Dr. CHIFFLET.— En primer término, quiero referirme a las felicitaciones de los cirujanos aquí presentes. Indudablemente que en esto hay mucho de orden afectivo, en base a ello lo han manifestado, y de la misma forma, con toda emoción, lo agradezco. Pero hay algo más: lo que puede haber como felicitación por el trabajo realizado. En este sentido acepto la felicitación no por lo que resultó este trabajo, sino por el esfuerzo y la dedicación que demandó.

El problema del cáncer de recto, como todos los demás problemas dentro de la medicina, cuando uno lo empieza a tratar lo ve muy simple, pero a medida que lo va estudiando va llegando al caos. Uno solamente tiene derecho de empezar a opinar de algo cuando ha llegado a tal confusionismo sobre el problema que no sabe dónde va a estar lo que lo va a llevar a la verdad; y cuando en la época de caos uno empieza a encontrar algo, llega a la situación a la que yo he llegado en el cáncer de recto. Posición 1960. No sé cuál ha de ser la de mañana, dados los progresos científicos, la evolución, la experiencia y opinión de gente que trabaja en todo el mundo. Por eso le señalaba al Dr. Del Campo que en el relato cada vez que cité a una persona le puse al lado la fecha. Lo que dijo Fulano en tal año, no quiere decir lo que dijo Fulano en tal otro año.

Quiero hacer una aclaración sobre la cita bibliográfica nacional: yo entregué el trabajo a las autoridades del Congreso con noventa días de anticipación, como fijan los reglamentos; de manera que publicaciones posteriores no están incluidas.

No voy a tratar una por una todas las exposiciones que se han hecho, sino que me voy a concretar a tres o cuatro puntos.

En primer lugar, el Dr. Etala dice que tiene el 10 % de recidivas en la operación de Hartmann-Dixon a la altura de la línea de sutura. Coincidimos; es la misma estadística de 10 % ó 12 % que publican otros autores. Lo inte-

resante es que esa recidiva se produce en el curso de los dos primeros años. es decir, que debe haber, indudablemente, a ese nivel una contaminación por el acto operatorio. Situaciones especiales llevan a uno a realizar a veces, sin embargo, esta anastomosis en base a una normalidad del tubo digestivo, a pesar de los riesgos que corre. Con el uso de sustancias cancericidas en el acto operatorio tal vez podamos en el futuro insistir en esas anastomosis por vía anterior, poniéndonos a cubierto de esas recidivas en la línea de sutura. Etala dice que en esos casos, para ponerse al margen de ese injerto en la línea de sutura, prefiere hacer el descenso y la anastomosis por vía perineal, cuando el neoplasma es derectosigmoide. Yo conocía esa opinión, que es la misma que tiene otro autor de San Pablo. En el relato yo puse que "muchos cirujanos prefieren no hacer la anastomosis por vía abdominal, sino ir a la vía perineal".

El problema serio que se plantea en el cáncer de recto es el de los tumores ampulares bajos —como los llama Del Campo—, que todos sabemos que tienen mal pronóstico y nos angustia. Todas las estadísticas demuestran resultados malos. Estos se deben prácticamente en la totalidad de los casos a recidivas regionales. Quiere decir que a esos neoplasmas los operamos mal; que no saemos todo lo que hay que sacar. Nosotros tenemos varios casos de neoplasmas bajos operados en otra época que presentaron recidivas a la altura de la vagina en la mujer. Está de acuerdo con los conocimientos actuales de las vías de propagación del recto bajo sobre esa zona y fundamentalmente hacia la fosa obturatriz. En la mujer nosotros hacemos sistemáticamente la extirpación de la vagina; en el hombre nos conformamos y nos lamentamos de que no podamos sacar algo más que las láminas láteroprostáticas. Hacemos lo que podemos y nos quedamos con esa angustia a que se refería Del Campo. Los linfáticos que van por las hojas láteroprostáticas y láterovaginales, tanto en los neoplasmas ampulares bajos como en los anales, van a terminar en los grupos ganglionares ventrolaterales, es decir, los obturatrices, los ilíacos externos, los que siguen la obturatriz y los que están por delante de la arteria hipogástrica. Parece, de acuerdo a las manifestaciones, que un enfermo que tiene un neoplasma de ano y una adenopatía inguinal ha hecho esa adenopatía no solamente por vía directa, sino retrógrada, después de haberse tomado los crurales. Está muy bien la posición de Etala al decir que en los que tienen ganglios inguinales no hace el vaciamiento inguinal porque la experiencia demuestra que esos enfermos con vaciamiento inguinal, si éste demuestra células neoplásicas, la muerte es a breve plazo por la toma de los ganglios por detrás. Esa posición de no hacer el vaciamiento ha sido considerada por Gabriel. Es muy interesante. Dice que en el neoplasma de ano que histológicamente tiene una baja malignidad actúa sobre la región inguinal con este criterio: si no hay ganglios no le hace nada, si hay ganglios los saca porque el tumor es de baja malignidad y tiene esperanza de obtener la cura; y que si es de alta malignidad y no hay ganglios los saca porque tal vez pueda encontrar todavía alguna célula cancerosa y salvar al enfermo, y si es de alta malignidad y hay ganglios no los saca porque ya es tarde.

Nosotros estamos en esta posición, reglando la técnica de vaciamiento inguinal sobre la base de cuatro principios: resección cutánea del pliegue,

resección de todas las aponeurosis con criterio cancerológico y plástico para obtener una buena cicatrización, tratamiento de esa piel como si fuera un colgajo libre de un injerto cutáneo, simpaticectomía periarterial para evitar el edema y plastia del sartorio para cerrar el hueco que queda después de la intervención. Creemos que hemos llegado a resultados bastante satisfactorios en esta operación que deja tanta morbilidad en el postoperatorio.

Ahora, si frente a eso ponemos a enfermos en los que hemos visto evolucionar una adenopatía neoplásica en la ingle, abrirse, dar sangre y pus, debemos señalar que en esos casos bastante a menudo hacemos el vaciamiento ganglionar no con la idea de curarlos, sino para evitar el trastorno que provoca esa ulceración, es decir, lo hacemos más bien con un carácter de orden higiénico en vistas a la complicación. Pero si la adenopatía inguinal va acompañada de grueso edema difuso o de adherencias a los planos profundos, consideramos que muy poco le vamos a ayudar y en esos casos no hacemos el vaciamiento.

El Dr. Delgado se ha referido a un problema que lo tenemos etiquetado como "cuidados del operado". El operado no es un enfermo a abandonar, para controlar de vez en cuando; hay que seguirlo controlando desde el punto de vista de su invalidez y de sus recidivas, porque éstas, tomadas precozmente, son atacables quirúrgicamente en muchas circunstancias.

Con respecto al doble equipo simultáneo señalo que creo que las cosas se pueden hacer con un solo equipo actuando por la doble vía, no en forma simultánea sino sucesivamente, y que teniendo a disposición la vía abdominal y la vía perineal se pueden obtener todos los beneficios que se obtienen con el doble equipo simultáneo. Desde el punto de vista de la mejoría y del resultado operatorio, es decir, desde el punto de vista de la disminución de la mortalidad operatoria y postoperatoria, no creemos que el doble equipo simultáneo dé mucho más. Un autor publica una estadística en la que muestra más del doble de mortalidad operatoria y postoperatoria con doble equipo que con uno solo. Nosotros tuvimos un enfermo que murió pocas horas después de terminada la operación, y tenemos el convencimiento de que se debió al doble equipo simultáneo. Creemos que gran parte de los fenómenos de colapso en los enfermos operados del recto se deben a los tironeamientos pelvianos. Cuando se opera simultáneamente por los dos lados se llega en determinado momento a la tierra de nadie: nos quedamos con el recto suelto en la pelvis, sólo unido por los nervios pélvicos que no deberían traccionarle. He visto operar en San Marcos con doble equipo simultáneo y hacer una operación cancerológica correcta; y he visto operar en el mismo lugar a otros cirujanos que hacen trabajar al de más categoría por arriba y al ayudante por abajo, y eran malas operaciones. Yo no me encuentro cómodo con la vía combinada y creo que el mismo equipo debe actuar en las distintas vías.

Nada más, y gracias.

Sr. PRESIDENTE.—La Mesa se asocia a las felicitaciones que se han expresado a los relatores, correlatores y contribuyentes, y agradece en nombre del Comité Ejecutivo el esfuerzo que esto significa y el brillo que ha alcanzado la presentación.

11º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

MESA REDONDA

ANESTESIOLOGIA

Lunes 5 de diciembre. Hora 18

TEMA:

BLOQUEO ESPINAL

COORDINADOR:

Dr. LEON CHERTKOFF

- 1) "Anestesia raquídea": *Dr. Juan C. Scasso.*
- 2) "Anestesia extradural": *Dr. Iszo Grunwald.*

PREGUNTAS

DISCUSION

INTRODUCCION

Dr. LEON CHERTKOFF

Antes de iniciar esta Mesa Redonda sobre Bloqueo espinal, creo conveniente una aclaración sobre dos puntos:

1º) *El títulos del tema.*— El término de bloqueo espinal no es el más usual y, por otra parte, cuando en los países de habla inglesa se utiliza la expresión "spinal block", se refieren a nuestra anestesia raquídea. Creemos que la denominación elegida es más comprensiva, reuniendo en lo sintético de su expresión el mecanismo y lugar de acción de las drogas utilizadas en ambos métodos a tratar hoy.

La anestesia raquídea (subaracnoidea) y la anestesia extradural, se realizan por la introducción en el canal vertebral de drogas que bloquean las raíces nerviosas en su inmediata o casi inmediata emergencia de la médula espinal. Ambos métodos están íntimamente emparentados. aunque la separación anatómica de los espacios subaracnoideo y extradural creen las circunstancias por las que cada uno de ellos adquiere sus características propias. Por lo tanto, su consideración sucesiva en las ponencias de los Dres. Scasso y Grünwald, permitirá una apreciación comparativa y provechosa.

2º) *La elección del tema.*— Parecería redundante incluir nuevamente la anestesia raquídea en un Congreso Uruguayo de Cirugía.

Salvo excepciones, la mayoría de los anestésistas uruguayos no practicamos estos métodos, absorbidos por la práctica de la anestesia general y encandilados por espléndidos resultados, po-

sibles en la actualidad, resultados que reconocen nuestros cirujanos y que constituyen, para nosotros, un motivo de honesta y legítima satisfacción.

Hemos descuidado las técnicas de anestesia regional y sus ricas posibilidades y nos sentimos responsables por ello.

Creemos que nuestra aspiración a una mayoría de edad en nuestra especialidad no puede sostenerse si no contamos estas técnicas entre las habituales, utilizables en cualquier momento juzgado oportuno para la mejor marcha del acto quirúrgico y la mejor atención del paciente.

La anestesia raquídea, ha sido y es, practicada en la actualidad casi exclusivamente por cirujanos, y son ellos los que poseen la experiencia más vasta en este terreno. La anestesia extradural, sobre todo por inyección sacrococcígea y muy escasamente por otras vías, también ha sido realizada casi exclusivamente por cirujanos.

Es nuestra aspiración incitar a los anestesiastas a practicar y valorar estos métodos y solicitar a los cirujanos la colaboración y aliento necesarios para ello.

Si logramos despertar el interés de unos y la comprensión de los otros, habremos justificado la elección de este temario.