

TERCERA SESION PLENARIA

TEMA:

MEGACOLON DEL ADULTO *

RELATOR:

Dr. FRANCISCO GOMEZ GOTUZZO

CORRELADORES:

Megacolon del adulto. *Dr. Francisco Gómez Gotuzzo.*

Megacolon del adulto. Su estudio radiológico. *Dr. Juan Gómez Gotuzzo.*

Vinculaciones de la enfermedad de Chagas con el megacolon del adulto. *Dr. Carlos M. García Da Rosa.*

Anatomía patológica del megacolon del adulto. *Dr. N. Toledo-Correa.*

Aspectos histoquímicos en el megacolon. *Dres. N. J. Reissenweber, W. Meerhoff y N. García de Meerhoff.*

DISCUSION

MEGACOLON DEL ADULTO

Discusión

Dr. GOMEZ GOTUZZO.— Evidentemente me siento muy satisfecho de haber hecho algo que el Congreso ha juzgado como bueno, el trabajo de un año. Desde la ciudad más lejana de Montevideo se hace más difícil venir a las bibliotecas y en dos de los viajes que hice este año me encontré que la Facultad no podía darme entrada ni conseguir un libro. Esto hizo más difícil todavía unas series de consultas que hubiera querido hacer. Estoy contento porque ustedes parece que lo están también, agradezco a todos los médicos que se han ocupado en particular sobre mi relato y quiero referirme en especial a lo siguiente, felicitar a la Dra. Murguía y al Dr. Burjel por sus contribuciones.

De las resecciones a que se refirió el Dr. Burjel no tenía conocimiento y además he aprendido bastante de una cosa que no sabía que se hacía usando el criterio que según creí entender usa el Dr. Burjel para practicar las resecciones que mencionó. Con respecto a lo manifestado por el Prof. Tejerina quiero hacer las siguientes acotaciones. En cuanto al manejo de las cecostomías indudablemente que es así nomás. Quería decir muchas cosas y no tuve tiempo, pero todos estos datos tan importantes sobre el manejo de la cecostomía son como usted lo ha dicho, destapándola constantemente.

En cuanto a la operación de resección de un ansa volvulada y necrosada, con anastomosis inmediata es realmente un gran riesgo, nosotros lo hicimos en un caso que fue la primera observación que mostré, en los demás cuando se vieron en esa circunstancia se hizo la operación y después la restitución por una operación de Duhamel. Era un vólvulo necrosado en otra circunstancia cuando se ha operado prontamente en las primeras horas o en el primer día y luego de la detorsión los cabos anastomosados parece o están en buenas condiciones; en esos casos nosotros hemos hecho anastomosis inmediata y felizmente nos ha ido bien. Me parece según creí entender que esa circunstancia tampoco usted consideró que era muy apropiada. Riesgo hay indudablemente, pero también existen los beneficios de con una operación sola resolverle el problema al enfermo.

Frente a la operación en dos tiempos frente al fecaloma ya es más una necesidad, en esto estamos de acuerdo, en las lecturas que yo hice veo que la tendencia es hacer evacuaciones casi siempre por vía natural dilatando el ano usando el rectosigmoidoscopio, usando curetas, fragmentando depositando unas sondas en medio del fecaloma desmenuzarlo y pasándole una solución o de agua oxigenada al 10 % o de bicarbonato de sodio al 4 % que contribuye al desmantelamiento y a la evacuación.

Nunca es una oclusión tan aguda que moleste al enfermo. La prueba es que también nosotros aprendimos eso. En una de las observaciones yo mostré cómo un colon por enema hecho en plena oclusión el día 29 de noviembre se veía 20 días después a sacar una nueva placa, pero la enferma estaba espléndidamente.

Yo conozco el procedimiento también que frente al vólvulo lo devolvula y hace la resección y la colostomía transversa, para evitar los vólvulos agudos en los días siguientes a la devolvulación. Para evitar eso puede hacerse una colostomía y a la semana o a los 10 ó 15 días proceder a la resección y cerrar la colostomía en un tercer tiempo. Este es otro procedimiento muy a tener en cuenta y será aplicado muchas veces, pero aquellos cirujanos que sólo piensan en la resección abdominoperineal yo creo que están obligados a proceder así.

Si las condiciones están dadas yo creo que puede admitirse que se haga una resección y luego una anastomosis inmediata reconociendo indiscutiblemente que se puede correr un riesgo más que con una simple colostomía, pero también tiene la virtud de evitar operaciones, ese es el criterio que nosotros empleamos. Puede ser que en los años venideros también estemos de su lado porque cuando teníamos unos años menos éramos mucho más amigos de la cirugía en un tiempo y eso tal vez influido por la Clínica en donde nosotros trabajamos como médicos y en los últimos años de Practicante.. El Prof. Palma era un propulsor de la cirugía en un tiempo, tanto es así que nosotros durante unos cuantos años no sabíamos manejar una colostomía porque no teníamos colostomías en el servicio. Nosotros fuimos a trabajar al Interior imbuido de todo eso, pero somos más prudentes y tenemos muchísimo más miedo que antes de hacer alguna cosa y perder un enfermo por culpa nuestra. Eso es muy cierto, es el fruto de los años, de manera que todos vamos madurando y poniéndonos más prudentes.

Respecto a la etiología, digamos en primer lugar una cosa que se señaló muy bien, que todos los autores señalan y que nosotros también, todos los enfermos son de condición económica baja, de medios rurales o han vivido en el campo como usted dice. Aunque en este momento estén radicados en la ciudad. Según las manifestaciones de los investigadores brasileños: Cutair, Mesa, Raian, y los argentinos del Norte: Escaro, Frigerio, de todas las provincias donde es más frecuente el megacolon y autores chilenos van acaparando la frecuencia del megacolon en zona de endemia chagásica. Los hallazgos de la serología, del estudio parasitológico de la alta positividad de la creación de Machado lo iban a explicar los compañeros míos que venía preparado para este aspecto del problema. La vinculación de la enfermedad de Chagas se ha señalado en los correlatos. Antes de tener megacolon sabíamos que estábamos en un foco de Chagas. En la ciudad de Artigas la vinchuca, una casa como la mía que está rebocada y que está mejor que otra tiene vinchucas y se ha encontrado en el corazón de la ciudad. Es decir que estamos encontrando la población infestada en la ciudad no sólo en Rincón de Pacheco. Este es un rincón donde toda una familia es chagásica, todos los ve-

cinos se mueren. se han muerto una docena de enfermos todos iguales. Incluso en lugares donde no se sospechaba allí están las reacciones positiva y el serodiagnóstico acusando positividad.

Si uno lee las actas del Congreso del 57, ve como los argentinos ni lo mencionan, en el 60 ya se inclinan en el 63 aquí en Montevideo mucho más y en el 67 es corriente hablar de megacolon chagásico. El otro aspecto es el hallazgo del parásito, se ha buscado, se ha encontrado en el megaesófago, por lo menos está publicado en el año 1595 y se encuentra acá, yo lo dije, esto parece la prueba definitiva de que la etiología más común en Sudamérica de los megacolon parece ser la enfermedad de Chagas, como lo reconocen los brasileños, lo reconocemos nosotros también.

En cuanto a la diferencia entre congénito y adquirido, estoy completamente de acuerdo, son dos enfermedades completamente distintas aunque el sustratum sea el mismo: una lesión neromuscular. Nosotros en nuestros megacolon no encontramos la aganglionosis y encontramos bastante bien conservados en algunos sectores los plexos, y eso lo citan todos los autores.

Dr. DELGADO. Disculpe, pero estaba atento a tantas cosas, pero me pareció también que en algún momento se inclinó por la cirugía en dos tiempos, tratando la complicación, dejando la solución después, cuando habló del Hartmann como una operación siempre útil y a tenerla en cuenta siempre, compartimos cien por ciento, indiscutiblemente con esa operación vamos a salir siempre bien porque siempre tenemos la posibilidad de hacer un Swenson, de hacer una operación de Cutait, o una de Duhamel, dejando el muñoncito, dejando una cecostomía bien ubicada, reservando todo el intestino, siempre vamos, indudablemente, quien la haga, está perfecto. todo lo que a mí se me puede decir, es que alguna vez me he pasado un poco, a la cirugía completa, es verdad, es cierto, yo mismo después de hacerla me quedo pensando, si le pasara algo al enfermo la culpa sería mía, pero eso es lo mismo que en la cirugía de cáncer, cuantas veces uno se ha tirado a la cirugía radical, ahora, el poco uso de las colostomías, contemporánea • previa. bueno es • es una cuestión de inclinación, hay quien las hace sistemáticamente, que desgravitan, cualquier día hacer una anastomosis en colon izquierdo sin la colostomía, no es que piense que eso está mal, nosotros la hemos hecho muchas veces y estamos satisfechos.

Dr. GOMEZ GOTUZZO. Bueno, al Dr. Cendán. El me dijo hace un rato cuando generosamente me felicitó que lo iba a obligar a hablar, yo sé que el megacolon es un tema que el Dr. Cendán le interesó, él me lo ha dicho alguna vez.

Al Prof. Stajauo, quise entender en un momento de su disertación que preguntaba o afirmaba si yo había estado vinculado a su Clínica. Bueno, efectivamente, Prof. Stajano, ingresé a Clínica Quirúrgica, en su Servicio del Hospital Maciel en 1946 y estuve 3 años con usted de corrido, mal estudiante estuve tres años en 4º año, pero lo recuerdo mucho, hasta le voy a recordar.

cu aquellos años, estaba tan entusiasmado con la cirugía inmediata del hemotórax para evitar el encarcelamiento pulmonar, y evitar una operación de tanta importancia como es la decorticación.

Le agradezco mucho lo que usted ha dicho de que ya a la altura de su vida usted ve que nosotros tenemos algo de su inquietud, que usted inocular efectivamente. es así, y el hecho de que usted se hubiera manifestado satisfecho, porque nosotros, discípulos suyos trabajemos, si usted se sintió halagado con lo que hice, yo estoy muy contento de haberle dado esa satisfacción aunque entiendo un maestro como usted hubiera merecido otro discípulo mejor que yo.

A todos en general muchísimas gracias, nuevamente al Comité Organizador y en particular al Presidente. ¿Por qué en particular al Presidente? Porque recuerdo la carta que me envió cuando me ofrecía el relato, muy amable muy gentil, que la guardo con mucho celo y después por tratarse de un cirujano del Interior, pionero de la cirugía del Interior, que hoy se mostró tan satisfecho con que su Congreso que empezó con tropiezos haya culminado y que se halla sentido tan satisfecho de que el relato que trajimos que sí por algo vale, es porque nunca hayan visto en Montevideo, tanto megacolon junto y no por otra cosa.

Martes 10 de diciembre

ASAMBLEA GENERAL