

CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGIA DEL INTESTINO GRUESO

LUIS CARRILLO MAURTUA(*) (**)

La resección de un segmento de intestino grueso ha sido, durante mucho tiempo, uno de los actos quirúrgicos más inciertos en sus resultados.

Conociendo mal el mecanismo y tratamiento del shock operatorio, no disponiendo de medios ni para asepticizar el colon ni para prevenir una celulitis retro-peritoneal o una peritonitis; el éxito operatorio —resultado de minuciosos y aleatorios detalles de protección peritoneal— no dejaba de tener como componente, muchas veces esencial, una gran parte de azar.

Más que de una superación en detalles puramente técnicos; de extensión de resección o de confección de anastomosis, los excelentes resultados que se obtienen actualmente se deben principalmente a la introducción, en la práctica quirúrgica, de las nuevas adquisiciones biológicas que dominan el pre y post operatorio.

La finalidad de esta breve comunicación, es presentar nuestra estadística de cirugía del intestino grueso y añadir algunos comentarios.

Comprendida entre los años 1943 - 1956, nuestra estadística (Cuadro 1) es de 117 casos que se reparten de la siguiente manera: Resección del colon derecho 36 casos, resección del colon izquierdo 46 casos, resección del recto 35 casos.

(*) Catedrático Principal Asociado de Clínica Quirúrgica.

(**) Cirujano del Hospital Dos de Mayo.

CUADRO 1.

SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO	CASOS	%
Colon derecho	36	31
Colon izquierdo	46	40
Recto	35	29
TOTAL	117	100

En la cirugía del intestino grueso, las afecciones cancerosas son predominantes. Hemos encontrado (Cuadro 2) que el cáncer ha sido responsable del 70% de nuestras resecciones. La localización del tumor ha sido la siguiente: C6lon derecho 15 casos, c6lon izquierdo 34 casos, recto 23 casos.

Si bien es cierto que las afecciones no cancerosas se encuentran en menor proporci6n, esta frecuencia no es sin embargo m6nima. As6 lo prueban los 21 casos de resecci6n del c6lon derecho, los 12 del c6lon izquierdo, los 2 del recto. Lo cual hace un total de 30% de todas las resecciones practicadas.

En cuanto a la naturaleza del proceso benigno que ha determinado la resecci6n c6lica (Cuadro 3) podemos decir que ha sido de lo m6s variada. En el c6lon derecho la afecci6n predominante ha sido la tuberculosis ileo cecal, en el c6lon izquierdo el d6lico-sigmoides y el v6lvulo de este segmento.

CUADRO 2.

	Colon der.	Colon izq.	Recto	Total	%
CANCER	15	34	33	82	70
Enf. no C6ncer.	21	12	2	35	30

CUADRO 3.

	LESIONES	CASOS
COLON DERECHO	Tuberculosis ileo cecal	10
	Plicaturas, vólvulo crónico	2
	Iléo-colitis inespecífica fistulizada	3
	Fistulas post-operatorias recidivantes.	2
	Actinomicosis fistulizada	1
	Esclerolipomatosis oclusiva	1
	Ileocolitis oclusiva	1
	Vólvulo agudo del ciego	1
COLON IZQUIERDO	Dólico sigmoides	4
	Vólvulo del sigmoides	6
	Sigmoiditis diverticular	2
RECTO	Poliposis rectal múltiple	2

En el recto, creemos que sólo la poliposis rectal múltiple, afeción benigna, pero pre-cancerosa en lenguaje clínico, constituye la indicación de una resección de este segmento de intestino grueso.

En la cirugía del colon hemos efectuado procedimientos en 1 ó en 2 tiempos. Precisamos que "tiempo" no es sinónimo de "sesión operatoria". Esta noción clásica, a veces olvidada, es indispensable para clasificar las colectomías. La palabra tiempo, sólo se aplica a los actos esenciales de la colectomía: La exteriorización, la resección, el restablecimiento de la continuidad. Así; una colectomía en 1 tiempo puede ser efectuada en una o varias sesiones operatorias. El cirujano que en una sesión operatoria practica un ano cecal, semanas después reseca un segmento de colon y restablece en esa misma sesión la continuidad intestinal, y finalmente meses después practica el cierre del ano cecal; ha practicado una colectomía en 1 tiempo; La operación de Braun. Ejemplo de colectomía en varios tiempos, es la operación de Mickulicz que comporta: primer tiempo en una sesión operatoria, exteriorización — segundo tiempo, en segunda sesión operatoria, resección — tercer tiempo en una tercera sesión operatoria, restablecimiento de la continuidad intestinal.

Nuestra casuística comprende 82 casos de colectomía (Cuadro 4) que se reparan de la siguiente manera: Colon derecho, 25 casos en 1 tiempo y 11 casos en 2 tiempos; colon izquierdo, 24 casos en 1 tiempo

CUADRO 4.

	Colectomía en 1 Tiempo Nº Casos	Colectomía en 2 Tiempos Nº Casos	TOTAL
COLON der.	25	11	36
COLON izq.	24	22	46
TOTAL	49	33	82

y 22 casos en 2 tiempos. Así, el 60% de las colectomías han sido practicadas en 1 tiempo y el 40% en 2 tiempos.

En el cólon derecho hemos evitado practicar operaciones de exteriorización. Cuando hemos encontrado indicado, fraccionar la colectomía en 2 tiempos, hemos efectuado el método de "anastomosis primero, resección enseguida".

En el cólon izquierdo, hemos efectuado casi igual número de colectomías en uno y dos tiempos. La colectomía en 2 tiempos que preferimos, es la colectomía de Bouilly-Volkman. Esta operación, que se practica en 2 sesiones operatorias y que comporta el establecimiento de un ano in situ, ano temporal; ha sido considerada, hasta la aparición de los antibióticos, como el procedimiento más seguro de colectomía izquierda. El cólon izquierdo es, en efecto, un órgano en segmentos mal vascularizado, mal peritonizado y sometido al traumatismo de la presión de gases y paso de materias sólidas. La resección con anastomosis inmediata solo tenía limitadas aplicaciones en razón de los riesgos que comportaba. Actualmente, la preparación del operado, la desinfección del intestino, los sistemas de aspiración gástrica e intestinal, han demostrado que se puede, en la mayoría de los casos, evitar el ano in situ y practicar una colectomía ideal que tiene la enorme ventaja de curar rápida y confortablemente al operado.

En todos los casos de colectomía, hemos efectuado la anastomosis con material no reabsorbible (lino, seda, nylon) y con puntos separados. Creemos por nuestra parte que el clásico surjet no tiene indicación en cirugía cólica.

Respecto al modo de anastomosis, nuestras ideas han variado desde 1946, época en que defendimos la anastomosis látero-lateral. Es-

la anastomosis que ofrece gran seguridad puesto que se efectúa sobre segmentos intestinales siempre bien vascularizados y bien peritonizados, tiene sin embargo la desventaja de formar fondos de saco donde se acumulan las materias fecales y pueden ocasionar disturbios tales que una resección ulterior se impone. Pensamos que la anastomosis término-terminal; cierto, de ejecución más difícil, es la anastomosis más fisiológica y debe preferirse cada vez que sea posible.

En cuanto a la cirugía del recto, nuestra estadística comprende 35 casos. De esos 35 casos; 33 corresponden a cáncer y 2 a poliposis rectal múltiple.

En la cirugía rectal hemos empleado 3 procedimientos:

Resección abdomino-sacra, 9 casos.

Amputación abdomino-perineal, 20 casos.

Amputación intra-esfincteriana, 6 casos.

Contrariamente a las tácticas sistemáticas, como la de siempre amputar y la opuesta de tratar siempre de conservar el aparato esfincteriano, creemos que debe preferirse una actitud ecléctica. Si bien es verdad, que entre la amputación que suprime el esfínter y la resección que lo conserva, la primera es operación más amplia que la segunda, debe también tenerse en cuenta que el ano artificial definitivo, iliaco o perineal, puede plantear problemas de difícil aceptación en pacientes jóvenes. Pensamos que todo cáncer perceptible al tacto rectal debe ser amputado, pero todo cáncer alto, no perceptible al tacto rectal deben en principio ser resecado. Esta táctica la hemos seguido en la totalidad de nuestros casos.

La amputación del recto la practicamos por vía abdomino-perineal según la técnica ya clásica de Miles, pero identificando los ureteres sobre todo el izquierdo para evitar traumatizarlos. En la mujer practicamos una histerectomía, subtotal o total, maniobra que facilita la utilización del peritoneo vesical.

En cuanto a la resección, preferimos la vía abdomino-sacra, pero creemos que cuando las condiciones son favorables para una sutura en el fondo de la pelvis la resección por vía abdominal pura debe ser preferida.

La operación de Babcock, amputación o resección intra esfincteriana, es una intervención que despoja al canal anal de su mucosa pero respeta el aparato esfincteriano. Esta operación tiene su mejor indicación en aquellos casos límites de cánceres entre 6-8 cms. del ano. Esta operación deja una continencia, muy rara vez perfecta, pero casi siempre muy aceptable.

La operación de Hartmann es una magnífica intervención que tiene actualmente indicaciones precisas. Consiste esta intervención en una resección del alto recto o bajo sigmoides terminada con el abocamiento de la extremidad superior, en ano artificial iliaco y el cierre en 2-3 planos de la ampolla rectal. Queda pues, gracias a la conservación de un segmento de ampolla rectal, la posibilidad de un restablecimiento ulterior de la continuidad intestinal. Este restablecimiento ulterior de la continuidad, puede efectuarse mediante una plástica de intestino delgado, ileo-recto-plastia, o mejor aún, utilizando el mismo intestino grueso mediante el desprendimiento del ángulo esplénico del colon.

La anastomosis entre intestino delgado o grueso y la ampolla rectal, puede presentar dificultades considerables. En el fondo de la ampolla que fue suturada en intervención anterior, aparece un denso tejido de esclerosis que hace vano todo intento de sutura exacta entre ella y el segmento intestinal. A veces, mediante el artificio de sutura sobre dren es posible efectuar una anastomosis término-terminal. Muchas veces, sin embargo, sólo es posible efectuar una intromisión del intestino a través de un orificio practicado en la ampolla rectal.

En nuestra serie global de 117 casos de cirugía de resección del intestino grueso hemos lamentado la pérdida de 10 enfermos que se reparten de la siguiente manera :

- 3 casos de cáncer del colon izquierdo
- 4 casos de cáncer del colon derecho
- 3 casos de amputación rectal.

Lo cual en la serie global de 117, casos, da un porcentaje de 8.5%.

En conclusión. Podemos decir, basados en nuestra propia experiencia, que la cirugía del intestino grueso es una cirugía muchas veces laboriosa, que necesita el conocimiento de técnicas regladas y de recursos operatorios, pero es también, actualmente, una cirugía que satisface por la constancia de sus excelentes resultados.