

Oclusión cerrada por cáncer de colon izquierdo. Experiencia sobre resección y anastomosis en un tiempo

Dres: Marcos Torres*, Daniel González**, Francisco Di Leoni*, Alvaro Vega***, José Monti*; Raúl Amorín****

Resumen

Los autores presentan su experiencia en el manejo de la oclusión cerrada por cáncer de colon izquierdo, en el período comprendido entre los años 1993 y 1999, en la ciudad de Florida.

Se realizaron 18 procedimientos, de los cuales en 16 casos se resecó el tumor, en 15 de los mismos se reconstruyó el tránsito intestinal en el mismo acto quirúrgico y de estos últimos, en 14 pacientes se realizó una anastomosis colo-cólica (77,7% de los 18 pacientes, 87,5% de los pacientes resecados).

La morbilidad no superó a la establecida para otros procedimientos ya impuestos y la mortalidad ocurrió en 3 pacientes, destacándose que no existió falla de sutura sospechada en ninguno de los casos.

Palabras clave:

Neoplasma del colon
Anastomosis quirúrgica
Obstrucción intestinal

Abstract

Review of the authors' experience in the management of occlusions due to left colony cancer, during the period between 1993 through 1999, in the city of Florida, Uruguay. Eighteen procedures were carried out: in 16 cases tumor was resected; in 15 patients transit of intestine was restored in the same surgical act and of these latter, in 14 patients a colocolic anastomosis was performed (77.7% of cases among the 18 patients operated or 87.5% of resected patients).

Mortality was no higher than that set forth for other procedures, which are already broadly accepted, and mortality occurred in 3 patients. There was no suspected suture failure in any of the cases.

Key words:

Colonic neoplasms
Anastomosis, surgical
Intestinal obstruction

41as. Jornadas del Capítulo del Interior. -Carmelo, Colonia. - 2 y 3 de junio de 2000.

* Ex - Asistente de Clínica Quirúrgica.

** Asistente de Clínica Quirúrgica.

*** Ex - Residente de Clínica Quirúrgica.

**** Ex - Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica.

Correspondencia: Dr. Marcos Torres. Antonio Ma. Fernández 788. Florida. Uruguay.

Introducción

El cáncer de colon y recto es la segunda causa de muerte por cáncer en el Reino Unido, Estados Unidos y en nuestro país.

Es una enfermedad de personas de edad avanzada y el número de nuevos casos y muertes, continuará aumentando con el número creciente de ancianos ⁽¹⁾.

Para Steele ⁽²⁾ la probabilidad de desarrollar cáncer colorectal entre el nacimiento y los 70 años, es de 4%.

La ubicación del colon duplica al recto.

Alrededor del 20% de los cánceres del intestino grueso necesitan de cirugía urgente debido a sus complicaciones, siendo la más frecuente la oclusión seguida de la perforación.

El rectosigmoides es donde predomina la oclusión, seguida por el colon transverso.

Producida la oclusión del colon y con válvula íleocecal continente, comenzará a sufrir el ciego que se traduce por clínica y patrón radiológico característicos.

En nuestro país, un excelente relato de Pertuso⁽³⁾, al XXI Congreso Uruguayo de Cirugía en el año 1970, ya afirmaba que la sobrevida del cáncer de colon en oclusión era menor que en el no ocluido. El concepto no ha cambiado.

Moreira⁽⁴⁾, recuerda que un tumor para llegar a obstruir la luz intestinal, necesita por lo menos de 2 años de evolución, llegando por consiguiente a un estadio muy avanzado de la enfermedad y por lo tanto con peores resultados. Para él, especular que una resección inmediata tenga impacto positivo en los resultados, es razonable.

El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia en el tratamiento de la oclusión cerrada de colon de etiología neoplásica.

Material y métodos

Se analiza en forma retrospectiva una serie de 18 pacientes operados en la ciudad de Florida, por una oclusión intestinal determinada por cáncer de colon izquierdo, en el período comprendido entre los años 1993 y 1999.

Los mismos fueron tratados por el grupo de seis cirujanos en los dos centros asistenciales, Hospital local y Cooperativa Médica.

Nueve pacientes correspondieron al sexo femenino y nueve al masculino, con una edad mínima de 38 años y una máxima de 88 años.

La ubicación topográfica del tumor fue: 2 en el ángulo izquierdo, 2 en colon descendente, 12 sigmoideos y 2 en la unión recto-sigmoidea.

Los procedimientos realizados se clasificaron en 2 grandes grupos: los resectivos y los derivativos.

Los procedimientos resectivos fueron llevados a cabo en 16 pacientes (89%), y los procedimientos derivativos en 2 pacientes (11%).

De estos últimos, hubo una cecostomía realizada a un paciente de 80 años, con mal terreno general, en el que se recurrió a la anestesia local asistida. Posteriormente se realizó el diagnóstico de cáncer de sigmoides mediante una fibrocolonoscopia. El paciente decidió no continuar con tratamientos quirúrgicos. Obviamente no pudo ser estadificado, según la clasificación de Dukes.

El otro caso se trató de una colostomía ilíaca izquierda, en una paciente con un enyesado pelviano.

Con respecto a los procedimientos resectivos, hubieron 6 hemicolectomías izquierdas, 9 resecciones segmentarias y una colectomía subtotal con ileo-recto anastomosis, en un paciente con perforación cecal. Todos ellos fueron operados con criterio oncológico a pesar de la urgencia.

De los 15 pacientes a quienes se les realizó colectomía parcial, a uno se le practicó un procedimiento de Hartmann como método rápido de solución ante un estado general comprometido.

Los restantes 14 pacientes (77,7% de los 18 pacientes, 87,5% de los 16 pacientes resecados) fueron reconstruidos mediante anastomosis primaria término-terminal en unos casos, látero-terminal en otros, dependiendo de la preferencia del cirujano actuante.

Es de destacar que hubieron procedimientos asociados, 3 punciones y evacuación de ciego, 2

cistectomías parciales por invasión tumoral y una cesárea en una paciente de 38 años que cursaba un embarazo de término al momento de presentar la oclusión.

Se dio mucha importancia a la pared del ciego, llegándose a suturar desgarros de serosa lineales pero que impresionaba era viable luego de la evacuación por punción de los gases por intermedio de un trócar grueso abocado a la camisa de una jeringa con suero para visualizar la efectividad del método mediante la salida de burbujas de aire a través del líquido.

En un caso con el enfermo anestesiado y previo a la laparotomía se realizó la punción transparietal en la fosa ilíaca derecha en sitio de máxima distensión y timpanismo tratando de evitar la rotura del ciego por descompresión al realizar la apertura peritoneal. El trócar fue retirado posteriormente teniendo a la vista el sitio en que penetraba en el colon que luego se cerró con doble jareta como sutura.

En otros pacientes con similares formas de presentación no se realizó esta técnica sino luego de penetrar al peritoneo, pero nunca se asistió al estado descrito clásicamente como producido por descompresión brusca.

Resultados

Las complicaciones observadas fueron:

- rotura esplénica en 1 caso producida por las maniobras de liberación del ángulo izquierdo, que obligó a ampliar la incisión mediana y proceder a la esplenectomía. Este paciente instaló una insuficiencia renal, ya que se trataba de un insuficiente renal latente, ingresa a CTI.
- cuatro infecciones de herida operatoria, todas en pacientes en los cuales se resecó y anastomosó. Fueron supuraciones de poca importancia dominadas con simple drenaje y que no obligó a modificar el tratamiento antibiótico instituido como norma en base a metronidazol, aminoglucósidos y penicilinas, o en otros casos ampicilina-sulbactam según preferencia del cirujano actuante. Nunca se recurrió a la apertura total del celular.

- un tromboembolismo pulmonar (TEP) instalado en domicilio a los 20 días del postoperatorio
- una insuficiencia cardíaca descompensada en un paciente de 76 años.
- un caso de edema agudo de pulmón (EAP) por falla cardíaca, en un paciente de 88 años en el cual se descartó la sepsis.

En ninguno de los casos hubo sospecha de falla de sutura y no se realizaron reintervenciones.

La mortalidad operatoria ocurrió en 3 casos, el paciente al cual se realizó la esplenectomía, instaló la insuficiencia renal e ingresó a CTI, falleciendo a los 16 días de postoperatorio; el paciente con la insuficiencia cardíaca que falleció a los 6 días y el que instaló el EAP que fallece a las 48 horas.

Esto determina una mortalidad operatoria de 16,6% para el caso de los 18 pacientes analizados. Como los 3 pacientes habían sido resecados y anastomosados en agudo constituyen un 21,4% (3 en 14 pacientes a quienes se les realizó anastomosis colo-cólica).

La internación tuvo un promedio de 11 días, con un mínimo de 8 y un máximo de 28 días.

La sobrevida tomada al mes de diciembre de 1999 muestra que: se encuentran vivos 8 pacientes, fallecieron 4 y en 3 casos se desconoce la evolución ya que no consta en la historia clínica controles posteriores al alta.

De los 8 pacientes que se encuentran vivos, la sobrevida es de 12 meses en 3 casos y en los cinco restantes, de 14, 23, 28, 42 y 60 meses respectivamente.

Con respecto a los 4 fallecidos, las muertes ocurrieron a los 2 meses en un caso, dos a los 7 meses y una a los 18 meses.

Los pacientes fallecidos a los 7 meses correspondieron, uno a la paciente de 38 años que cursaba un embarazo y que presentaba metástasis hepáticas y el otro al paciente con un enyesado pelviano.

En base al resultado del estudio anátomo-patológico hubieron 3 casos que correspondieron al estadio B de Dukes, 10 al C y 4 al D. Como fue analizado en un caso no se pudo estadificar, dado

que se trató del paciente al cual se le realizó una cecostomía y que posteriormente decide no completar el tratamiento como ya fue explicitado.

Discusión

Pertusso ⁽³⁾ al igual que Goligher ⁽⁵⁾, menciona el criterio clásico de tratar primero la complicación y luego la enfermedad de fondo, pero hace hincapié en que esto no puede ser mantenido como dogma.

Si nos remontamos al año 1970, el concepto de la resección primaria fue objeto de críticas, pero se ha ido imponiendo.

Poco se discuten los conceptos en aquellos tiempos de Delgado ^(6,7,8,9), Barquet ⁽¹⁰⁾, Praderi ⁽¹¹⁾ Praderi ^(12,13,14,15), Goligher ⁽⁵⁾, de que la resección primaria es el mejor tratamiento para el cáncer de colon, y a su vez, que no es aceptable que se hagan resecciones peligrosamente económicas en beneficio de una extirpación primaria. Este criterio lo compartimos, quedando evidenciado en las cifras que ascienden al 89% en la casuística de resecciones con criterio oncológico, estando el porcentaje restante justificado por razones de terreno y extensión de la enfermedad.

En una serie de Runkel ⁽¹⁶⁾, la mortalidad tras la resección primaria en el cáncer de colon izquierdo en obstrucción, fue de 6% frente al 25% que siguió a la descompresión sin resección.

Para Condon ⁽¹⁷⁾ en resecciones por carcinoma el drenaje linfático es el que impone la extensión de la resección.

No sucede lo mismo con la anastomosis en un mismo tiempo quirúrgico a nivel del colon izquierdo.

Múltiples soluciones se han buscado para proteger esa anastomosis. Desde la derivación externa proximal, cercana o alejada, sea colostomía o ileostomía, el lavado intraoperatorio, según lo describió Muir ⁽¹⁸⁾ en 1968 y lo modificó Dudley ⁽¹⁹⁾ en 1980 y lo vuelve a modificar Bonadeo ⁽²⁰⁾, Deen ⁽²¹⁾ realiza resección y anastomosis en oclusiones de colon izquierdo de distinta naturaleza, con lavado intraoperatorio en un tercio de los casos; pasando por la descompresión preoperatoria usan-

do materiales y aparatos de última generación como por ejemplo la prótesis metálica autoexpandible ^(22,23) tipo wall stent, que algunos colocan bajo fluoroscopia ⁽²⁴⁾, hasta la confección de verdaderos by-pass intracolónicos como el método descrito por Ravo ⁽²⁵⁾ en 1988, que el ingenio de algunos autores como Ruiz ⁽²⁶⁾ en Argentina los lleva a sustituir por preservativos con costos mínimos y muy buenos resultados. Goligher ⁽⁵⁾, aconseja en estos casos, la colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea o ileorectal. Mazza ⁽²⁷⁾ publica en el año 1973 un caso de oclusión cerrada de colon por neoplasma de sigmoides al que realizó colectomía subtotal seguida de ileosigmoidostomía, con buenos resultados.

Para Moreira ⁽⁴⁾ esta técnica además de cumplir los requisitos de la cirugía oncológica como es la resección del órgano enfermo, no entraña la preocupación del vaciamiento intestinal en el acto operatorio y además evita la liberación de endotoxinas responsables en los casos de colectomías parciales, de fallas cardíacas y pulmonares sin evidencias de dehiscencia de sutura.

Para Ojea Quintana ⁽²⁸⁾ se agrega la seguridad de resecar lesiones sincrónicas y disminuye la posibilidad de desarrollar tumores metacrónicos. A pesar de todas las ventajas descritas, y basados en nuestra experiencia, creemos que las colectomías subtotales deben reservarse para las situaciones en las cuales existen lesiones irreversibles del ciego, Este último punto lo destacamos ya que somos partidarios de la rafia ante los desgarros serosos como lo resaltaremos posteriormente, además de haber sido llevado a la práctica en la serie analizada.

Coco ⁽²⁹⁾ cree que el procedimiento de Hartmann es el más conveniente, al igual que el ya citado Runkel ⁽¹⁶⁾.

Autores chilenos como Bannura ⁽³⁰⁾ tratan de evitar las colostomías, en tanto Maghetti ⁽³¹⁾, definiendo la resección y anastomosis.

Para Condon ⁽¹⁷⁾ en la urgencia es preferible evitar las anastomosis.

Mealy ⁽³²⁾ publica en 1989 su experiencia en cirugía de urgencia definitiva en un tiempo, del

intestino grueso. En un total de 126 pacientes en el 65% se hizo resección y anastomosis.

Sus resultados demuestran que se puede realizar resección y anastomosis primaria con una morbilidad aceptable.

Basa su conducta en la menor morbilidad que con soluciones en varios tiempos. La resección precoz de la neoplasia podría tener trascendencia para el pronóstico, se elimina el efecto psicológico adverso que una colostomía puede tener sobre la autoestima del paciente.

Insiste en que la infección como factor aislado tiene poca repercusión sobre la cicatrización de la anastomosis y cuestiona el mal pronóstico que implicaría carga fecal en el colon.

No realizó lavado colónico en la mesa de operaciones. Cuando el contenido fecal fue problema, se evacuó en un recipiente por método de compresión manual luego que se resecó la lesión y aislaron los cabos fuera del abdomen.

El desafío que todavía plantean las neoplasias distales del colon asociadas a oclusión, es definir los subgrupos de pacientes según sus condiciones generales y locales que se podrán beneficiar de las distintas opciones quirúrgicas.

«Cada caso es un caso», como dice Moreira ⁽⁴⁾ y la táctica quirúrgica a emplear estará supeditada a la confirmación o a los hallazgos intraoperatorios. Es decir que no siempre se depende de los progresos de la cirugía y, algo muy importante, ni de la audacia del cirujano.

El tratamiento implica a más especialistas, por lo que resulta esencial establecer el planteamiento en equipo. Los pacientes remitidos al Centro Asistencial, serán observados por un cirujano, por lo que la destreza, la formación de éste, su afinidad con el resto del equipo, la infraestructura con que cuenta, tendrán un efecto crucial sobre los resultados. Pensamos que este concepto es capital para el logro de buenos resultados, fundamentalmente el trabajo en equipo, aplicando criterios similares, hecho posible en nuestra ciudad en que la asistencia es compartida por seis cirujanos.

Nada despreciable es también el estado del colon que se va a conservar, la viabilidad de los ca-

bos a suturar, el estado del ciego cuando hay sufrimiento por una válvula ileocecal continente, el estado general del paciente.

Desgarros serosos producidos por la distensión exagerada y progresiva del ciego pueden ser reparados apelando al buen criterio, sentido común y experiencia del cirujano actuante, siempre y cuando se logre dejar expedito el tránsito intestinal hacia distal para lo cual se haya logrado una sutura satisfactoria en cuanto a viabilidad y calibre.

Tomando en cuenta todos los factores analizados con sus ventajas y desventajas, nos adherimos como procedimiento de elección para las situaciones consideradas, a la reconstrucción primaria.

Conclusiones

Se presentan una serie de 18 casos de pacientes que fueron operados de urgencia por oclusión cerrada de colon izquierdo por cáncer.

En 16 casos se logró resecar el tumor y en 14 se realizó anastomosis colocolica en el mismo acto quirúrgico.

Para esto se tuvo en cuenta las condiciones generales de los pacientes y el estado de viabilidad del colon a conservar.

Se dio mucha importancia al estado de viabilidad del ciego así como de respetar los criterios oncológicos de resección.

La mortalidad fue de 16,6% en la totalidad de los 18 pacientes y no hubo dehiscencias de sutura sospechadas.

Los autores creen, que es posible la resección y anastomosis colo-cólica en un mismo acto quirúrgico de la oclusión cerrada de colon por cáncer a izquierda.

No pretende ser un trabajo estadístico. Solo se recopilaban las oclusiones completas con su síndrome clínico radiológico que se pudieron documentar teniendo en cuenta las dificultades que existen en algunos centros asistenciales.

No están referidas al número total de pacientes operados de cáncer de colon.

Tampoco se pretende pautar una conducta, simplemente es el resultado de operaciones realizadas por los cirujanos de la ciudad de Florida en el período comprendido entre los años 1993-1999.

Bibliografía

1. King's Fund Forum en Londres 7th meeting, 1990. Br. J. Surg. 1999; 4(6):519.
2. Steele, G.; Mayer, R. Adenocarcinoma de colon y recto. En Zuidema. Cirugía del aparato digestivo. 3ª ed. Bs. As.: Panamericana. V. 4. p. 147.
3. Pertusso, J. C. Cirugía de urgencia del colon. Relato. Cir. Uruguay. 1970;40(6):469-527.
4. Moreira, H. Curso Internacional de Coloproctología, 2º. Hospital Italiano. Buenos Aires, 1997.
5. Goligher, J. Diseases of anus, rectum and colon. 4th ed. London: Baillière. Tindall, p. 560.
6. Delgado, B. Fundamentos de la resección primaria del cáncer de colon en agudo. Cir. Uruguay. 1970;40(2):104-7.
7. Delgado, B. La oclusión intestinal en el cáncer de colon. Consideraciones sobre algunos aspectos en el tratamiento quirúrgico. Beca Dr. Manuel Albo. Facultad de Medicina. Montevideo. 1964.
8. Delgado, B. Cáncer de colon. Análisis de 275 observaciones. Congreso Uruguayo de Proctología, 1º. 1963; v. 2, p. 800.
9. Delgado, B. Perforación rectosigmoidea proximal a un cáncer rectal. Resección primaria de urgencia. Cir. Uruguay. 1966;36:182.
10. Barquet, A.; Kamaid, E. Cirugía colónica en emergencia. Cir. Uruguay. 1970; 40(2): 120-32.
11. Praderi, L. A. Cirugía del cáncer del ángulo izquierdo. Fundamentos anatómicos de la excéresis. Bol. Soc. Cir. Uruguay. 1960; 31:185.
12. Praderi, R. Oclusión neoplásica de colon y estrangulación en orificio congénito mesentérico. Bol. Soc. Cir. Uruguay. 1961; 32: 540-2.
13. Praderi, R. Resección primaria y anastomosis en las oclusiones agudas por cáncer de colon izquierdo. Cir. Uruguay. 1967;37:123.
14. Praderi, R. Resección primaria del cáncer de colon en agudo. Técnica y resultados. Cir. Uruguay. 1970; 40:108.
15. Praderi, R., Delgado, B., Maquieira, G., Aguiar, A., Mazza, M. Emergency resection for acute neoplastic obstruction of left colon. Chir. Gastroent. 1974; 8(4):291-8.
16. Runkel, N. Resultados de la cirugía de urgencia del cáncer colorectal. Br. J. Surg. (ed. esp.) 1991;5(5):393.
17. Condon, R. Resección del colon. Ed. Zuidema. Cirugía del aparato digestivo. 3ª ed. Bs. As.: Panamericana, 1993. v. 4 p. 224.
18. Muir, E. Safety in colonic resection. Proct. R. Soc. Med. 1968;61:401-5.
19. Dudley, H.; Radcliffe, A.; Mc Geehan, D. Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Br. J. Surg. 1980; 67: 80-1.
20. Bonadeo, F.; Vaccaro, C. Left colonic obstruction. Colorectal disease in 1998. Ninth Annual. Cleveland Clinic. Fort Lauderdale. Florida. USA.
21. Deen, K.; Madoff, R.; Goldberg, S.; Rothenberger, D. Surgical management of left colon obstruction: The University of Minnesota Experience. J. Am. Coll. Surg. 1998;187(6):573-6.
22. Serra, C.; Bengochea, M.; Camps, J.; Rausell, M.; Sanchez, J.; Arlandis, F. Utilización de prótesis metálicas autoexpandibles en el tratamiento inicial de las neoplasias obstructivas del colon izquierdo. Rev. Cir. Esp. 1997;62(3):234-6.
23. De Gregorio, M. El tratamiento de obstrucciones coloretcales agudas por implantación de prótesis de metal extensibles. Rev. Esp. Enfermería. 1996; 88(10): 667-71.
24. Knofle, E.; Wamser, G.; Mayer, H.; Zugel, N.; Bohndorf, K. Emergency decompression of a mechanical colonic ileus before elective surgery: first clinical results of fluoroscopic stent placement. Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neu- en Bildgeb Verfahr. 1998;168(4): 380-384.
25. Ravo, B. Colorectal anastomotic healing and intracolonic by-pass procedure. Surg. Clin. North. Am. 1988;1267.
26. Ruiz, P.; Fasciuto, E. Protector de anastomosis colo-recto-anal. Rev. Argent. Cir. 1994;66(1/2):26.
27. Mazza, M.; Trostchansky, J.; Muller, G. Neoplasma de sigmoides. Oclusión cerrada de colon. Colectomía total. Ileosigmoidostomía. Cir. Uruguay. 1974;44(1):48-9.
28. Ojea Quintana, G. Resección con anastomosis primaria en el cáncer oclusivo de colon izquierdo. Curso Internacional de Cirugía Colorectal 6º. Hospital Italiano. Buenos Aires. 1996.
29. Coco, C.; Roncoloni, G. El procedimiento de Hartmann en cirugía de emergencia del colon recto. Ann. Ital. Chir. 1990;61(2):173-7.
30. Bannura, G.; Vera, E.; Aguayo, P. Cáncer colorectal complicado con obstrucción. Resultados inmediatos y seguimiento a largo plazo. Rev. Med. Chil. 1992;120(10):1110-7.
31. Maghetti, F.; Fabiani, P. Las emergencias en cáncer colorectal. Ann. Ital. Chir. 1996; 67(2):177-85.
32. Mealy, K.; Salman, A.; Arthur, G. Cirugía de urgencia definitiva en un tiempo, del intestino grueso. Br. J. Surg. (ed. esp.) 1989;1(3): 271.