

## FACTORES DE EXITO EN LA COLECTOMIA EN UN TIEMPO

*Abel Chifflet*

La Sra. K. de B., alemana, de 70 años, que durante toda su vida fué una constipada rebelde, con deposiciones cada 5 ó 6 días, consultó médico por intensificación de su constipación. El colega encuentra una masa tumoral en el hipocondrio izquierdo y hace practicar un estudio radiológico del colon, en el cual aparece una imagen tumoral perteneciendo al comienzo del colon descendente y además un dolicocolon sigmoideo. Vemos a la paciente con un estado general relativamente bueno (aspecto, examen general, análisis) pero con un estado de excitación psíquica muy grande provocado por el conocimiento de su enfermedad y el temor a la operación.

A la negativa para ser vista por cirujano que provoca una violenta situación en la pre-consulta, se agrega posteriormente la determinación de que acepta la intervención quirúrgica con la condición fundamental de que no se le hará ano contra natura, ni exteriorización intestinal, ni tubo, ni mecha por su pared abdominal y que si no cumplimos el compromiso, hará lo necesario para morir antes de sobrellevar tal situación. Una hija de 40 años, persona de absoluta normalidad psíquica, comparte el criterio de su madre y colaborará con ella inmediatamente de operada, si no queda cerrada la piel de su vientre.

La obstrucción ya constituida y la situación familiar permiten solo la preparación de la enferma durante dos días, después de los cuales se hace con anestesia general al éter la resección de la mitad del colon transversal con el epiplón mayor, el ángulo esplénico y el colon descendente con sus mesos y la casi totalidad del dolicocolon sigmoideo, hasta la pelvis. En este exeresis fué necesario reseca un segmento de los vasos gastroepiploicos y

una porción de la cola del páncreas y separar la masa tumoral adherente al ángulo duodeno yeyunal y al bazo. Se reconstituyó la continuidad por una anastomosis látero lateral de los dos cabos cerrados. Cierre de la pared.

La pieza operatoria fué estudiada por el Dr. Scandroglio clasificando el tumor voluminoso que hacía saliente en la luz intestinal como epiteloma. No hay ganglios neoplásicos en los mesos resecaados.

El post operatorio fué apirético, con buen pulso, durmiendo bien. El vientre siempre estuvo blando e indoloro y la herida cicatrizó de primera intención. Se levanta a los 10 días. Alta a los 13 días. A los 40 días el tránsito intestinal es normal y ha aumentado 2 kgs. de peso.

**Consideraciones.** — Los factores que contribuyeron en grado variable al éxito, impidiendo el shock en el post-operatorio inmediato, la infección en los días siguientes, la falla de las suturas días después, son numerosos. Los detalles de técnica tienen indudablemente importancia, lo mismo que la suavidad de las maniobras y rapidez de ejecución obtenidas en gran parte por una anestesia administrada por un técnico especializado y por dos ayudantes de gran capacidad técnica. La transfusión de 300 grs. de sangre, gota a gota, en el curso de la operación fué de los factores de mayores influencia en el éxito.

La sección del esfínter liso, efectuado en la línea media posterior, al terminar la colectomía, permitió un corrimiento continuo de materias y gases, que se inició al día siguiente de la intervención y que seguramente disminuyó la tensión intestinal.

Queremos especialmente aplicarnos a la consideración de la influencia de la quimioterapia anti-infecciosa. Utilizamos sulfatiazol en polvo en los planos de la pared, lo que pudo haber contribuído a evitar el flemón parietal, tan grave, de cierta frecuencia en la cirugía de colon en un tiempo. Utilizamos además sulfasuxidina por vía bucal los dos días que precedieron la operación y cinco días después.

Se aconseja este medicamento a razón de 0,25 grs. por kilo de peso y así comenzamos a utilizarlo en algunos pacientes. En un enfermo con una colitis ulcerosa a quien se le practicó dos años antes un ano cecal en estado muy grave y que preparábamos para hacer el cierre de dicho ano, utilizamos la dosis aconsejada

y la dosificación de sulfanilamida en sangre mostró 8 mgrs. por %. Por supuesto, el medicamento no había pasado por el colon, que estaba excluido. Debimos bajar la dosis y obtuvimos el descenso de la concentración sanguínea, en cuyas condiciones cerramos el ano, con cicatrización perfecta de la herida en 7 días. Usamos desde entonces solo 0gr.20 ctg. por kilo de peso, lo que nos parece suficiente.

La experimentación animal y clínica han mostrado que este medicamento, que se absorbe muy poco, actúa enérgicamente sobre la flora intestinal, provocando una disminución que casi llega a la total supresión del colibacilo y agentes de la putrefacción. Tiene además efectos importantes sobre microorganismos patógenos como el Shiga, Flexner, etc. Es natural que rápidamente surge la noción de la importancia que para la profilaxis de la contaminación operatoria y post-operatoria tiene esta medicación que disminuye de modo tan intenso el número de microorganismos. Haría vislumbrar una cirugía cólica aséptica sin necesidad de las técnicas a veces complejas y no siempre seguras que se han propuesto para ese fin.

Tres orientaciones han buscado la forma de llegar a disminuir los efectos perjudiciales sobre el peritoneo del microbismo cólico. Por una parte la medicación, en especial vacunas, administradas por vía subcutánea o intramuscular en el pre-operatorio, las que ningún beneficio han dado. En segundo lugar la preparación del peritoneo por medio de sustancias muy variadas inyectadas en dicha cavidad (vacunas, nucleinato, líquido amniótico, etc.). Las estadísticas importantes han mostrado de modo categórico el cambio radical beneficioso en el número de accidentes post-operatorios. Nosotros no hemos utilizado tal medicación intraperitoneal pero hemos aplicado sus conceptos haciendo la cirugía cólica en más de un tiempo. Buscamos así, entre otras cosas, la preparación del peritoneo por un primer acto operatorio de menor cuantía. El tercer procedimiento de profilaxis bacteriológica anti-infecciosa busca la destrucción de los microbios en el interior del intestino. A ese grupo corresponde la sulfasuxidina. Disminuyendo notablemente el número de microbios, disminuye en mucho los riesgos de que en el acto operatorio o posteriormente pasen fuera del intestino. Pero los pocos que pasan, escapan desde entonces a la acción del medicamento, que

solo es efectivo en la luz intestinal. Y hay más aún: los que salen de la acción de la sulfasuxidina, exaltan rápidamente su virulencia.

La lucha contra los microbios da actualmente útil colaboración en la cirugía cólica, si se asocia a la medicación intraperitoneal que es de preparación de la serosa, la medicación intraintestinal que es de ataque a los microorganismos. Pero encarar el problema infeccioso de la cirugía cólica bajo el ángulo de la lucha antiinfecciosa es desconocer los motivos mismos de la infección peritoneal. Y es yendo a esos motivos donde se encuentra la mejor acción del medicamento que nos ocupa.

La sulfasuxidina al modificar la flora intestinal modifica de modo importante las condiciones físicas de su contenido y las reacciones de la pared intestinal frente a este contenido. Las materias, sin putrefacción, no provocan gases y tienen una consistencia regular, blanduzca, como la manteca. El intestino no tiene la distensión habitual de las putrefacciones, por lo que no se contrae de modo irregular sino que suave y regularmente da curso a su contenido. Hace unos meses, en una enferma preparada por la sulfasuxidina tuve la primer sorpresa de tal efecto. Efectué un ano ilíaco izquierdo definitivo y una amputación de recto por vía perineal en un tiempo en una señora de 72 años. A las 48 horas, el cabo del colon permanecía cerrado y el vientre de la paciente estaba totalmente blando y chato, cosa no habitual en estas condiciones cuando no se usa el medicamento. Recién 12 horas después abrí el colon y momentos después aparecía una columna blanduzca de materias sin olor y sin gases, que la enferma no percibió. No hubo en los días siguientes la más mínima molestia.

Estas modificaciones físicas de las materias y mecánicas del intestino, que obligan a colocar al medicamento más que entre los bactericidas, entre los numerosos medios dietéticos y medicamentosos con que actúa el gastroenterólogo, tienen una importancia fundamental en el éxito de la cirugía cólica.

El acto operatorio encuentra un vientre sin tensión, con intestino chato, sin tendencia a la evisceración. Las maniobras de la exeresis que no exigen por tal motivo compresas, reducciones, tironeamientos, mantienen una pared abdominal flácida lo que favorece la tarea. La suavidad operatoria contribuye a su vez a

regularizar la marcha de la anestesia a la que devuelve tal beneficio al vientre bajo forma de silencio abdominal respiratorio. Todo este acto quirúrgico que es posible bien realizar no provoca los graves fenómenos del shock post-operatorio, que ni se vislumbraron en nuestra paciente. La falta de distensión del intestino y su inmovilización en el post-operatorio no solo impiden las fallas de la sutura por distensión, sino que colocan a la herida operatoria intestinal en la condición elemental para que el proceso de la inflamación que da la cicatriz, se desarrolle rápida y eficazmente. Aquí, como en la piel, como en cualquier parte no hay cicatriz útil sin reposo del tejido atacado.

La peritonitis del operado del colon tiene en su mayoría su origen en el colon mismo. Por ese motivo cobran una particular importancia los detalles de técnica que impiden la falla secundaria por esfacelos en la línea de sutura. En la sesión pasada expusimos nuestra opinión contraria al saco de Mickulicz o las mechas en esta cirugía, por el inconveniente que significa para tal cicatrización. Hoy solo agregaremos que gran parte de los desastres se deben al temor de la falla de la sutura que lleva a los cirujanos a efectuar gruesos plegados y varios planos de sutura, sin pensar que cada uno de ellos va introduciendo más obstáculo a la luz del intestino y sobre todo va obstruyendo nuevos vasos que siendo terminales, van a originar la placa de esfacelo por la que se irá la vida de su enfermo. Otro detalle de interés es el del hundimiento por jareta de los cabos cólicos, pues el plegado así obtenido alterna en un zig-zag adosamientos de serosa con serosa y de mucosa con mucosa, haciendo difícil una buena y rápida cicatrización.

Estas consideraciones sobre la cirugía cólica es lo que nos han hecho decir, que la tragedia se desarrolla como en las dictaduras en el interior y que la manifestación peritoneal que mata, es solo el capítulo final en que terminan las opresiones de los pueblos. Y que si la aspiración pre-operatoria y operatoria constituye uno de los más eficaces factores de éxito de la cirugía gástrica y yeyunal, la modificación del contenido cólico abre un buen camino hacia mayores éxitos de la cirugía cólica.

**Prof. J. C. del Campo.** — En lo que respecta a cirugía cólica yo he seguido también las ideas que parecen generales aquí, de que dicha cirugía cólica debe hacerse en general en dos tiempos, tratando en el primer tiempo de suprimir el tránsito cólico o de mejorar las condiciones bacteriológicas del sitio de la oclusión y siguiendo esta norma en una forma cada vez más intensiva en el sentido de utilizar sobre todo la técnica del "ano de Devine" que excluye totalmente el tránsito intestinal suprimiendo toda relación entre el ano artificial verdadero y el segmento inferior.

De manera que sólo por excepción he hecho una intervención en un tiempo y la realicé obligado por circunstancias que no son exactamente idénticas, pero si similares a las señaladas por el Dr. Chifflet en su observación.

En mi caso, en donde existía un factor oclusivo de relativa importancia, preparé al enfermo en la misma forma que lo preparó el Dr. Chifflet, es decir, con ingestión de sulfadiazina en las dosis indicadas. El caso es el siguiente:

Se trata de un enfermo de 55 años de edad, delgado, que presenta un proceso obstructivo situado en la parte inferior del sigmoide. Abierto el vientre se encuentra que el neoplasma asienta más o menos a unos ocho centímetros del recto sigmoideo. No pudiendo exteriorizar el segmento que debía resecar debí optar entre extirpar la extirpación al recto, cerrando el cabo inferior y haciendo ano iliaco definitivo o extirpar el segmento sigmoideo rectal y restablecer inmediatamente la continuidad intestinal. Las condiciones intelectuales del sujeto hacían prever que no soportaría el ano artificial. Decidí entonces hacerle correr el riesgo de una extirpación con restablecimiento inmediato de la continuidad. Luego de la extirpación del sigmoide y parte superior del recto hice el restablecimiento de la continuidad enchufando el segmento sigmoideo en el segmento rectal. Para defender la cavidad peritoneal hice una peritonización completa de la pelvis con espolvoreo de sulfatiazol. Para defender el tejido celular subperitoneal hice una contra abertura pre-coxígea y para prevenir de las dificultades provocadas por la distensión hice lo que muy a menudo hago en estos casos: una apendicostomía que es una intervención que elimina prácticamente los gases del colon. No da una derivación completa en cuanto a materias se refiere, pero suprime los gases.

En el post-operatorio se le hizo sulfamidoterapia, marchó bien y a los 20 días fué dado de alta con todas sus heridas cerradas.

Vuelvo a repetir que las condiciones intelectuales del sujeto eran de tal naturaleza que obligaban a adoptar esta posición y que las condiciones del caso eran de las que favorecen la cirugía en un tiempo: sujeto delgado y con obstrucción no muy acentuada.

**Dr. Prat.** — En la comunicación del Dr. Stajano sobre cirugía del neoplasma del colon sigmoideo en la que ha realizado la sección del *esfínter liso y estriado del ano*, como complemento que favorece la evolución de la intervención abdominal, me toma un poco de sorpresa esta

técnica, tan poco practicada, aun cuando se, que hay cirujanos, que la han realizado y preconizado. No he practicado nunca en mi práctica profesional, esta sección de los esfínteres del ano, como adyuvante funcional en la cirugía cólica; sólo he realizado a veces la sección del esfínter liso inferior del recto o la dilatación de los elevadores, en los casos de constipación por *achalaná* y con resultado muy favorable.

He realizado con cierta frecuencia la cirugía del cáncer del colon sigmoideo y durante muchos años, como cirujano de urgencia, he operado heridas del colon izquierdo ya sea por bala o por arma blanca, habiendo obtenido muy buenos resultados, sin haber recurrido nunca a la sección de los esfínteres del recto terminal. Por eso me pregunto de acuerdo con mi experiencia, si esa práctica no representa una indicación quirúrgica no justificada o una práctica innecesaria que podría ser sustituida ventajosamente por una maniobra incruenta como la dilatación esfinteriana.

En la comunicación del Dr. Chifflet, se trata de un caso de neoplasma del colon izquierdo que fué curado por la resección en un tiempo. En este caso particular el cirujano tuvo que recurrir a esta terapéutica, por imposición del paciente, puesto que éste estableció categóricamente, que no aceptaba que se le hiciese un ano artificial. El cirujano aceptó tratar al paciente con esta limitación, recurriendo a la colaboración de la sulfamida, representada por la sulfosuxidina y tuvo éxito en la operación.

Es ya clásico y dogmático que los neoplasmas del colon derecho se operen en un tiempo, mientras que el cáncer del colon izquierdo se tratan por las operaciones escalonadas en dos o más tiempos, que es la terapéutica de elección, sin embargo, la resección en un tiempo del cáncer del colon izquierdo, o método de Reybard, ha obtenido también excelentes resultados, como los obtuvieron por esta misma técnica, otros cirujanos; pero, en el cómputo general de los resultados, se impuso como método superior, el de la cirugía escalonada, que está consagrada hoy día, como el método de elección en el cáncer del colon descendente y del sigmoide.

En el caso que nos presenta el Dr. Chifflet y que trató así, por la imposición del paciente, le da gran importancia a la colaboración del tratamiento médico de la sulfosuxinamida. Sin desconocer la poderosa acción de esta droga desinfectante nos cuesta sin embargo aceptar, que ella sea la causa eficaz fundamental del éxito operatorio, puesto que, si bien es cierto que ella haya contribuido a la desinfección rápida del intestino, hay que confesar que su actuación fué muy reducida, porque se inició el tratamiento con ella, sólo 48 horas antes de la operación, espacio de tiempo muy reducido para obtener resultados definitivos. Las modificaciones que la lesión neoplásica provoca en el intestino que en estos casos interesan y que influyen directamente en la operación, están representadas por la dilatación del colon, la infiltración y edema, que contribuyen a producir la incongruencia de los cabos y a transformar en compleja esta cirugía. Es por eso, que la realización del ano previo a la anastomosis de continuidad, tiene tanta importancia en la supresión de la infección y reducción de las lesiones anátomo patológicas. Considero pues,

que puede haber contribuido la sulfosuxinamida en el éxito del tratamiento de la resección del neoplasma del colon en un tiempo, pero creo que el factor más eficaz ha sido la correcta técnica quirúrgica empleada por el cirujano. Sin embargo, por mi parte, tomaré debida nota de la acción favorable y destacada que le asigna el comunicante a la sulfosuxinamida como coadyuvante en la cirugía del colon izquierdo.

En mi práctica profesional he tenido ocasión de tratar a veces, el cáncer del colon izquierdo, preferentemente del colon sigmoideo; siempre lo he operado en varios tiempos, dos o tres, en algunos casos, en cuatro tiempos y como he tenido resultados muy buenos, que me han dejado plenamente satisfecho, pienso por ahora, ser consecuente a ese método quirúrgico, que me parece ser el mejor y el más seguro.

