

CASUÍSTICA DE CIRUGIA DEL COLON, DE LA CLINICA
DEL PROF. STAJANO, RELACIONADA CON LA SECCION
POSTERIOR DEL ESFINTER ANAL

Dr. José Suárez Meléndez

En el estudio estadístico sobre 25 historias clínicas de cirugía del colon en el Servicio del Prof. Stajano, encontramos observaciones donde se realizó la sección posterior del esfínter anal como complemento del acto quirúrgico; en la mayor parte de los casos no se ha seguido tal conducta.

En aquellos enfermos donde se seccionó el esfínter, los resultados post-operatorios han sido diversos; en la mayoría fué plenamente satisfactorio. En algunos casos la sección esfinteriana no ha tenido influencia favorable en la evolución, lo que puede imputarse a la naturaleza del proceso en causa o a la oportunidad en que esta sección fué ejecutada. De la consideración detenida de cada una de esas historias clínicas surgirá la indicación y conveniencia de practicar o no la sección esfinteriana.

En la mayor parte de los operados de colon en el Servicio no se ha incidido el esfínter. En algunos casos, la lesión cólica ya sea por su naturaleza o por su localización no constituyen, por sí misma, indicación obligatoria de tal procedimiento y puede dejarse librado a las contingencias particulares del proceso, su práctica o su abstención; la evolución favorable que en todas esas observaciones aparece consignada, justifican la conducta seguida. En otras intervenciones cólicas, sin sección esfinteriana oportuna, han sobrevenido complicaciones frente a las cuales sabe el interrogante sobre la conveniencia de haber ejecutado esta simple incisión, que al abrir puerta franca intestinal evita la éstasis y distensión gaseosa recto - cólica.

Para lograr una ordenada consideración de las observaciones relatadas agruparemos las historias clínicas en varios grupos, que presentaremos aisladamente.

CIRUGÍA RECTAL Y SECCIÓN ESFINTERIANA

Casos de lesiones intestinales bajas: rectales o recto - sigmoideas

En este grupo de intervenciones la sección esfinteriana precoz tiene la mejor y más formal indicación. La evolución comparada de los casos referidos nos permitirá comprender que esta pequeña intervención favorece, evidentemente, el post-operatorio de estos procesos, evitando las diseminaciones peri-rectales y peri-sigmoideas, consecuencia de retenciones fecales. Además, permite las curaciones cavitarias cuando son necesarias. Por este motivo debe ocupar el primer lugar en esta casuística.

Historia N° 1. — Ficha 2948. Sala 21. A. R. R., 25 años, uruguayo. Herida de bala de región glútea izquierda con doble perforación de recto. Lesión de vejiga. Hematoma subperitoneal. Sección oportuna del esfínter anal.

Ingresa a la sala 21 el 28 de noviembre de 1941 por herida de región glútea izquierda. Ha sido baleado por la policía unas dos horas antes de su ingreso.

Al examen, enfermo pálido, facies doloroso, apirético, pulso 120. P. A. 13 y 8. Región glútea izquierda: en la parte media de la región presenta un orificio de entrada de bala, de unos 2 cm. de ancho, con bordes irregulares que no sangran; a la palpación la región está tensa y con dolor exquisito. Tacto rectal: esfínter tónico, ampolla rectal llena de coágulos, con un orificio en la pared lateral izquierda inmediatamente por encima de esfínter liso, de forma circular, que admite el pulpejo del dedo; del lado derecho otro orificio más amplio, en posición más alta y más anterior que el del lado izquierdo. Abdomen: Pared inmóvil con la respiración, contractura parietal del bajo vientre, dolor del hipogastrio a la compresión, sin dolor a la decompresión, matidez hepática conservada. Examen uro-genital: Retención de orina; genitales externos sin particularidades; uretra libre; sondaje vesical con sonda Nelaton; orinas ligeramente hematóricas. Se deja sonda en permanencia. Radiografía de pelvis y abdomen: se observa la bala en la parte derecha y anterior de la pelvis. No hay neumo peritoneo.

Consideraciones: La situación de la herida del recto hace presumir que la trayectoria de la bala se ha hecho debajo del

fondo de saco peritoneal. Se interpreta la contractura parietal abdominal como un peritonismo debido al gran hematoma subperitoneal. Sin embargo, la imagen de la bala en posición alta sobre el pubis, impone sospechar un cambio en la dirección del proyectil por reflexión en paredes óseas. Sólo la observación de unas horas permitirá señalar la conducta al respecto. En lo referente a la lesión vesical se trata con sonda en permanencia.

En las primeras horas de la tarde, el estado general del enfermo se mantiene igual, la contractura abdominal se acentúa, extendiéndose en parte al vientre superior, por lo cual se decide la laparotomía exploradora.

Intervención. — Dres. Suárez Meléndez y Musso. Anestesia general éter- CO². 1º) Incisión mediana infraumbilical. Exploración: Extenso hematoma sub-peritoneal suprapúbico. No se decola lateralmente. Integridad de asas. El asa sigmoide tiene un contenido hemático, por ascenso de sangre rectal. Cierre de la pared por planos. — 2º) Resección de los bordes de la herida glútea, aplicación de sulfamida y mecha. Sueros anti-tetánico y antigangrenoso. Coaguyarasa. Sulfanilamida oral 6 grs. Hielo al vientre.

Evolución post-operatoria: A las 20 horas, buen estado general, temperatura 38° Abdomen con resistencia parietal en el bajo vientre, discretamente doloroso. Región glútea izquierda tensa y dolorosa. Por el ano expulsa gran cantidad de coágulos.

Se discute en este momento la conducta a seguir para favorecer la evacuación intestinal. Dos actitudes a adoptar: a) Derivar el contenido intestinal por arriba de la herida rectal mediante un ano ilíaco temporario o por apendicostomía; b) Sección del esfínter anal a los efectos de evitar la éstasis de materias en el recto y su diseminación a través de las heridas rectales en los espacios peri-rectales. Por indicación del Profesor Stajano se practica la sección posterior del esfínter anal.

Sección posterior del esfínter anal. (Dr. Suárez Meléndez). Anestesia con Evipán sódico. Dilatación del esfínter anal y sección por vía mucosa del esfínter liso y estriado. Lavado de la ampolla rectal. Se colocan tres mechas yodoformadas y un grueso tubo de goma en el recto.

La evolución posterior de este enfermo ha tenido diversas alternativas. A la herida rectal, factor fundamental y grave, se agregan las heridas de partes blandas de región glútea y la herida

vesical. La inquietud constante ha sido la posibilidad de contaminación de los espacios peri-rectales (pelvi-rectal superior y fosas isquiorrectales). *La herida glútea*, tuvo una evolución favorable. En los primeros días, a pesar de la sección esfinteriana y el mechaje, salen gases y líquido fecal por la herida, pus oscuro y fétido, siendo los bordes de la herida átonos y esfacelados. Al 9º día los bordes de la herida son rojos y la supuración franca, con pus bien ligado. Completa cicatrización de la herida a los 40 días. — *La herida vesical* ha complicado y prolongado el posoperatorio. Después de una apirexia desde el 23º al 38º día, aparece epididimitis derecha y más tarde bilateral que llegan a la supuración, como complicación de la sonda en permanencia primero y de los sondajes repetidos, posteriormente, para los lavados vesicales diarios. Si bien se planteó en los primeros días la talla hipogástrica, fué desechada para no abrir el hematoma subperitoneal y evitar su contaminación. Recién al final del tercer mes habían cicatrizado las heridas epididimarias, que sostuvieron un prolongado rezumamiento. *La herida rectal* ha favorecido evidentemente con la sección oportuna del esfínter anal, evitando la distensión gaseosa y la éstasis fecal con diseminación constante de contenido séptico en los espacios peri-rectales y permitiendo el mechaje de la herida y la impregnación permanente con sulfanilamida local. Durante los cinco primeros días, drenaje con mechas yodoformadas grueso tubo de goma, sulfanilamida en solución. Se han renovado después diariamente las mechas, lavando la ampolla con suero y sulfanilamida. A los veinte días, cicatrización del esfínter casi total, sin incontinencia de materias fecales, con una deposición diaria con enema. A los dos meses y medio, el enfermo acusa trastornos al defecar; se comprueba que el esfínter no tiene aun la tonicidad completa y hay ligero prolapso mucoso. Alta a los tres meses con las heridas cicatrizadas y deposiciones normales. A los seis meses, en Policlínica, no acusa ningún trastorno funcional, se hace tacto rectal comprobando cierta rigidez del canal anal sin prolapso mucoso.

Historia N° 2. — Ficha 5474. H. V., 40 años uruguayo.

Herida recto signoidea por empalamiento. Sección retardada del esfínter anal. — Ingresó al Hospital Pasteur (sala 21) la tarde del cinco de abril de 1942, en estado de ebriedad, ignorándose todo antecedente. Cuando se disipa el estado de etilismo, el enfermo acusa dolores abdomi-

nales que motivan un examen clínico y radiológico detenido. Se comprueba, estado general grave, temperatura axilar 38°, rectal 39°, pulso 130, hipotenso, fascies tóxico. **Abdomen** con contractura generalizada en tabla, muy doloroso. Fosa lumbar izquierda muy dolorosa y contracturada. Cicatriz paramediana derecha supraumbilical. **Tacto rectal:** Douglas muy doloroso. **Radiografía de abdomen.** Sombras de exudados peritoneales, edema del subperitoneo y dilatación de asas delgadas. Imagen de quiste hidático calcificado de hígado.

En estas circunstancias el cirujano de guardia resuelve practicar una laparotomía supraumbilical sospechando una peritonitis de origen supramesocólico (perforación de quiste hidático supurado o ulcus gastro-duodenal).

Operación. — Anestesia al éter. Incisión mediana supraumbilical. Abierto el peritoneo sale líquido fétido y falsas membranas negruzcas. No se comprueba lesión hepática, ni gastro-duodenal, ni de colon transverso. Nueva incisión infraumbilical, paramediana izquierda: herida recto-sigmoidea por donde salen materias fecales que se vierten en el peritoneo. Se ponen dos mechas en el Douglas. Cierre parcial de la incisión infraumbilical alrededor del drenaje.

Tratamiento médico intensivo con sulfanilamidas, hidratación, cloruración, estimulantes difusibles, enemas con suero y sulfanilamida.

Con la participación de la Justicia Ordinaria se determina posteriormente que se trata de una persona de hábitos normales, que fué empalada estando en estado de ebriedad, pocas horas antes de su ingreso al Hospital.

La evolución post-operatoria inmediata de este enfermo ha sido mala. Ha persistido el estado general grave, propio de estas peritonitis estercorales. Se sostienen los signos peritoneales. Al 8º día dado que el estado del enfermo no mejora, se practica la *sección posterior del esfínter anal*.

Operación. — Dr. Suárez Melendez, Pte. Jauregui. Anestesia local con novocaína. Sección posterior del esfínter anal (estriado y liso). Salen abundantes materias fecales líquidas retenidas en la ampolla rectal. Se coloca un grueso tubo de goma intrarrectal y mecha en la sección del esfínter. Enemas con sulfanilamida.

Esta sección del esfínter ha sido muy retardada. La comprobación realizada sobre la enorme estasis rectal nos confirma en la conveniencia de practicar la sección en el primer momento, a los efectos de impedir la contaminación continua del peritoneo por el líquido fecal. No podemos pretender que esta simple conducta terapéutica fuera capaz, por sí sola, de variar el pronóstico tan sombrío de estas peritonitis estercorales, pero quizá sea un

recurso eficaz, que no debe olvidarse y que estamos dispuestos a realizarlo en circunstancias similares al caso relatado.

Este enfermo falleció a los 33 días de su ingreso, en caquexia y colapso. Practica la autopsia el médico forense, Dr. Méndez, quien nos informa, verbalmente, que el vientre tenía múltiples focos tabicados, con exudados diversos, adherencias firmes y bridas entre las asas intestinales.

Historia N° 3. — Ficha 5520. Sala 24. E. D. de D. 36 años.

Cloaca recto vaginal post-operatoria. — Ingres a la Sala 24 el 20 de Abril de 1942 por una amplia comunicación recto vaginal. Había sido operada en otro Servicio por un quiste de pared posterior de vagina, que se extirpó conjuntamente con la pared recto-vaginal!! En estas condiciones ha quedado una amplia comunicación recto vaginal, verdadera cloaca; sólo el esfínter anal está respetado

Comentario pre-operatorio. Se discutió la conducta quirúrgica a adoptar en este caso y fueron propuestos diversos procedimientos: 1) Realizar un amplio descenso del recto, con decolamiento recto-vaginal y acercamiento al esfínter. 2) La ejecución de un ano ilíaco provisional, para derivar totalmente las materias fecales y hacer posible una plastia recto vaginal. 3) La plastia de pared posterior de vagina y pared anterior del recto, decolando lo más ampliamente posible y haciendo concomitantemente, la sección posterior del esfínter anal. Es este el criterio propuesto por el Prof. Stajano, el que realiza la intervención.

Intervención. Prof. Stajano, Dres. Suiffet y Musso. Anestesia al éter. Incisión en el surco muco-cutáneo de la horquilla vulvar, decolamiento vaginal hacia arriba contorneando los límites de la cloaca y llegando hasta el Douglas. Se libera la pared rectal hacia los lados con espátula, reperándose luego los bordes de la mucosa rectal. Sutura de la brecha rectal con puntos umbilicantes. Cierre perfecto. Plano de perirecto por encima. Dos puntos en los elevadores haciendo un plano que cubre la sutura rectal. Sutura vaginal. Mecha vaginal. Sonda de "pata de caballo" en la uretra. **Sección posterior del esfínter anal** y pequeña mecha rectal en la superficie de sección. Se han empolvoreado los distintos planos con sulfanilamida.

Post-operatorio. Ha sido excelente. Cicatrización perfecta. Estando aun en sala, a los 14 días se hace **salpingectomía** bilateral para esterilizar, como mayor garantía para la sutura vaginal. Es madre de 8 hijos sanos.

A los 6 meses concurre al servicio para ser examinada y se comprueba una vagina en perfectas condiciones, habiendo mejorado considerablemente en su estado psíquico, que antes de la operación era de permanente inquietud y pesimismo.

Este caso admirable, por el resultado obtenido y por lo difícil en encararlo, nos confirma de las excelencias de la sección esfinteriana, sin la cual esta plastia hubiese fracasado, como tantas otras, dado la tensión gaseosa y de líquidos de la ampolla rectal en ciertos momentos del post-operatorio.

