

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

(2ª. comunicación)

Dr. José Suárez Meléndez

En esta comunicación no abordaremos el estudio clínico ni consideraremos la afección causal, motivo de la intervención cólica. Sólo enunciamos la evolución post-operatoria de algunas colectomías parciales y lo concerniente a las indicaciones de la sección esfinteriana, que aconsejamos como un recurso más, entre tantos otros en cirugía intestinal, sin pretender ser sistemáticos.

Historia N° 1. — Ficha 6881. T. C. 67 años. Urug. Sala 24.

Megasigmoides y gran fecaloma llenando la pelvis, simulando un fibroma uterino. Sección de esfínter al restablecer la anastomosis cólica. — Ingres a la Sala 24 el 13 de setiembre de 1943 para ser operada por fibroma uterino. Se comprueb a un enorme fecaloma sigmoideo. Evacuación parcial por vía rectal, con anestesia general y dilatación de esfínter. Dada la insuficiente evacuación y la imposibilidad de extraer las materias situadas en sigmoides probalado en el Douglas, se hace laparotomía.

Primera intervención. Prof. Stajano, Dr. Suiffet, Dr. Mezzera. Anestesia al éter. Incisión mediana infraumbilical. Megasigmoides alojado en la pelvis, se exterioriza. Contiene gran fecaloma muy duro. Sutura de ambas superficies intestinales en caño de fusil, sutura del peritoneo, protección con tres mechas, exteriorizando el sigmoide que se protege con compresas.

Segunda intervención. (A las 24 horas). Prof. Stajano. Incisión con termocauterio en el borde libre del sigmoides. Evacuación total del fecaloma sigmoideo. Hemostasis de los bordes de la herida con el termocauterio.

Tercera intervención. (A los 6 días). Sin anestesia. Resección de asa exteriorizada, con sección última del meso. Asa y meso muy edematosos. Sutura sero-serosa posterior y buen mechado del lecho subperitoneal.

Cuarta intervención. (A los 25 días). — Liberación de las dos bocas anastomosis término-terminal de las mismas. Cierre de las partes blandas de la pared abdominal dejando la pared abierta y mechada. **Sección posterior del esfínter anal.**

Evolución post-operatoria. Se completa la exoneración intestinal con enemas. Al 10º día, en el curso de un gran enema, sale pequeña cantidad de materias fecales por la herida abdominal. Se limpia bien la herida abdominal, mecha yodoformada. Se vigila diariamente la exoneración intestinal. A los 15 días de la operación, cicatrización de la herida y alta.

Comentario. — En este caso el intestino grueso fué suturado estando aún algo edematoso, lo que explica en parte las fallas de las suturas. La sección del esfínter puede haber contribuido en la evolución favorable después de la fistulización del 10º día, que no tuvo ninguna complicación de importancia y curó en cinco días.

Historia No. 2. — Megasismoides con fecaloma. Evacuación por laparotomía. Sección del esfínter anal.

Enferma del Prof. Stajano en el Hospital Italiano. Ingresó en el año 1926 con mal estado general y tumor abdómino-pelviano. Es enviada de campaña con diagnóstico de fibroma uterino.

Intervención (Prof. Stajano). — Exploración, comprobando un megasismoides con fecaloma. Exteriorización de asa enorme, protección con compresas. Abertura del asa y evacuación del fecaloma. Desinfección y cierre de la brecha cólica en dos planos. Mechado al exterior. **Sección posterior del esfínter anal.**

El post-operatorio fué perfecto. Alta a los 15 días.

Comentario. — La conducta seguida en este caso no debe ser aconsejada en lo que se refiere a la evacuación del fecaloma en un tiempo y así lo señala el Prof. Stajano. Es de destacar que a pesar de la colotomía en un intestino edematoso e hipertrófico en sus paredes, esa sutura fué eficaz. Creemos nosotros en la participación útil de la sección esfinteriana en este caso.

Historia No. 3. — J. K., 40 años. Japonés. Observación particular del Dr. Chifflet. — Colectomía por megasismoides. Sin sección del esfínter.

Ha estado internado unos días en la Sala 21, con dolores abdominales muy intensos que han requerido la sedación con morfina; solicitó el alta por considerar que el ambiente le era adverso por motivos raciales. Estudiado posteriormente por el Dr. Chifflet, comprueba una constipación tenaz y megasismoides con gran distensión que ocupaba todo el vientre.

Intervención (Dr. Chifflet). Anestesia general. Incisión paramediana

derecha transrectal infraumbilical. Exploración fácil porque se trata de un enfermo de corta estatura, sin panículo adiposo: estómago, duodeno, hígado y vías biliares son normales; hay un megasigmoides muy distendido, con un ángulo localizado en el hipocondrio derecho. Incisión de Mac Burney izquierda sin suturar aún la paramediana, exteriorizando por aquélla el asa sigmoides. Sutura de la paramediana. Afrontamiento en plano del pie del asa sigmoidea por sutura sero-serosa y acolamiento al peritóneo parietal de fosa iliaca. Sección del asa sigmoidea dejando pinzas en sus cabos. A las 48 horas se retiran las pinzas de los cabos sigmoideos. A los 12 días se coloca un enterótomo para seccionar el espolón, que se desprende a los seis días, quedando restablecido el tránsito intestinal con una fistula sigmoidea que después de un tiempo cerró espontáneamente.

Historia N° 4. — M. O., 78 años. Observación particular del Dr. Chifflet. — **Resección de megasigmoides con fecaloma, en oclusión.**

Es tratado primero con enemas jabonosos repetidos y abundantes que permiten reducir algo el fecaloma, persistiendo una masa del tamaño de una cabeza de feto.

Intervención (Dr. Chifflet). — Se sigue la misma técnica que en el caso anterior. La exteriorización del fecaloma por la incisión por disociación se hace con dificultad, comprimiendo la masa fecal. Exteriorizada el asa, suturada al peritoneo parietal y cerrada la pared, se reseca totalmente, dejando pinzas en los cabos cólicos.

Comentario. — Estas dos observaciones del Dr. Abel Chifflet, con buena evolución, no han requerido sección del esfínter anal. El restablecimiento del tránsito se realizó al cortar el espolón. Si en casos similares la éstasis recto-cólica dificultara el cierre de la fistula sigmoidea, la sección esfinteriana secundaria, como recurso coadyuvante para abreviar el post-operatorio sería un elemento más, como tantos otros del arsenal terapéutico y cuyas excelencias estamos seguros serán reconocidas por los que la practiquen.

Historia No. 5. — J. A. 52 años. Hospital Italiano (Prof. Stajano). **Colectomía parcial por cáncer del colon sigmoideo. Sin resección esfinteriana.**

Primera intervención. — Raquí-anestesia con percaína 0,0075, entre 11ª y 12ª V. D. Laparotomía mediana. Inventario de lesiones. Movilización del colon desde el ángulo cólico izquierdo y colo parietal descendente, con el fin de exteriorizar el asa tumoral en una extensión suficiente. Exteriorización por incisión iliaca, por disociación muscular (Mac Burney ensanchado), previo decolamiento del peritoneo y mechado subperitoneal para preparar un plano resistente extraperitoneal. Las gasas se retiran a los 10 días. Abertura del asa exteriorizada a las 10 horas.

Post-operatorio. Normal.

Segundo tiempo. Al 8º día. Resección del asa y meso. Sutura sero-serosa posterior en los cabos de sección.

Tercer tiempo. Al mes y medio. Disección de los planos de la pared, en una extensión prudente, alrededor de las dos bocas intestinales (ano en caño de fusil) hasta el subperitoneo. Anastomosis de los cabos exteriorizados. No se secciona el esfínter anal.

Post-operatorio. Normal. Expulsión de gases por sonda rectal. A los 4 días gases por el abdomen que salen por el ano ilíaco. Enemas simples salados en los días sucesivos. A los 5 días se ensucia la curación con materias líquidas. Lavado por vías naturales. Evolución normal a los 15 días y alta, curado hasta el momento actual.

Consideraciones. — La evolución favorable, inmediata y tardía de este caso puede dejar muy satisfecho. La pequeña y única contrariedad fué la fístula a los 4 días después del cierre definitivo del ano. Fístula que, dadas las condiciones del cierre perfecto, sin tracción de los cabos intestinales, la preparación previa del acto operatorio anterior y en especial la formación del lecho subperitoneal realizado desde el primer tiempo, no demoró en cerrar espontáneamente. Este decolaminto subperitoneal, permite dejar la anastomosis intestinal en una profundidad, que hace más favorable el cierre de la fístula incidental, lo cual se produce entre el 4º ó 5º días, que si el intestino estuviese cerca de la piel. Es éste, a nuestro juicio, un factor invaluable.

Historia N° 6. — F. G. 50 años. Hospital Italiano (Prof. Stajano). **Colectomía parcial por cáncer sigmoideo. Sección del esfínter anal.**

Es un caso casi calcado del anterior en cuanto a los tiempos operatorios y la evolución favorable. En el primer tiempo no se necesita hacer un decolamiento colo-parietal. El tumor asentaba en la parte móvil del sigmoides con gran latitud para una larga exteriorización.

Primera intervención. Raquipercaína 0gr.0075, entre 11ª y 12ª V. D. Incisión mediana infraumbilical. Inventario de las lesiones. Exteriorización del sigmoides con el tumor, previo clivado y mechado subperitoneal en una extensión de no menos de 10 ctms., por una incisión ilíaca izquierda por disociación. Abertura de ano contranatura a las 24 horas.

Segundo tiempo. A los 8 días. Resección de asa y mesos.

Tercer tiempo. Cierre del ano ilíaco previo clivaje de los planos de la pared hasta el subperitoneo. Anastomosis término-terminal corriente. Hundimiento de la anastomosis. Cierre de los planos musculares. Dos crines en la piel, de acercamiento, sin cerrar. **Sección posterior del esfínter anal.**

Post - operatorio. En la tarde de la operación, gases por el ano. Al día siguiente, espontáneamente, materias blandas. Al 3er. día purgante con gran "debacle" por las vías naturales. Cierre por primera intención a los 10 días. Alta a los 15 días. A los 20 días el enfermo es visto en perfecta continencia anal. Al año y medio, el enfermo con buen estado general, trabaja intensamente en una granja de los alrededores.

Consideraciones. — La sección posterior del esfínter anal no es obligatoria para obtener la curación de estos enfermos. Estos dos enfermos del Prof. Stajano evolucionaron bien. Sin embargo, el tipo de cierre no es ajeno a este resultado. Por otra parte, ningún cirujano en el cierre de los anos ilíacos, sean del tipo que fueren, podría tener la seguridad del éxito y debe temer al 4º ó 5º día la dehiscencia de la sutura y la pequeña o gran fístula secundaria. La sección esfinteriana da una seguridad evidente y permite que se evacúe al exterior esa oleada de gases y materias sin distender el colon, aliviando la tensión de las suturas y permitiendo una evolución de primera intención.

Historia No. 7. — Ficha 7440. E. R. de M. 60 años.

Colectomía derecha por neoplasma incipiente de colon transverso. Sección posterior del esfínter anal.

Ingresa a la Sala 24 en marzo de 1944 por melenas, sin otro trastorno funcional. El examen clínico es negativo. El enema opaco comprueba una estenosis del ángulo hepático del colon.

Primera intervención. Prof. Stajano. Dr. Mernies. Anestesia general al éter. Incisión mediana infraumbilical. **Ileo - transversostomía.**

Segunda intervención. (Al 14º día). Prof. Stajano. Dres. Suárez Meléndez y Mezzera. Raquipercaína. Incisión de Mac Burney ensanchada. **Colectomía derecha** (colon ascendente y porción derecha del transverso hasta la ileo - transversostomía). Cierre del cabo cólico en dos planos, mecha en el foco y sulfanilamida. Cierre de la pared por planos alrededor del drenaje. **Sección posterior del esfínter anal.**

El examen anatómico de la pieza realizado por el Dr. Scandroglío demostró que no habían elementos histológicos de malignidad.

Post - operatorio. Excelente. Se retira la mecha al 6º día. Tránsito intestinal normal. Alta al 8º día con la herida bien.

Historia No. 8. — Ficha 7308. I. S. de los S. 59 años. Urug.

Colectomía derecha por neoplasma de colon ascendente. Sin sección del esfínter.

Ingresa a la Sala 21 en febrero de 1944 por estreñimiento tenaz, dolores de tipo cólico, crisis de pseudo - diarrea, melenas, adelgazamiento, anemia, astenia. Radioscopia de colon: imagen de estenosis cólica en el ceco - ascendente.

Intervención. — Dr. Suiffet. Dr. Musso. Pte. Buscasso. Anestesia al éter. Incisión paramediana transrectal supra e infraumbilical. Exploración; neoplasma de colon ascendente. Ileo-transversostomía isoperistáltica, previa sección del delgado.

Post - operatorio. Excelente.

2o. tiempo. (Al 10º día). Dr. Suiffet, Dr. Musso, Pte. Buscasso. Anestesia al éter. **Colectomía** derecha. Drenaje retroperitoneal con dos mechas. No se seccionó el esfínter.

Post - operatorio. Muy bueno. Alta al 10º día.

Historia No 9. Ficha 7118. U. R. M. 48 años. Urug.

Colectomía derecha por neoplasma. Sección esfinteriana.

Ingresa a la Sala 21 en diciembre de 1943 por síndrome sub-oclusivo, con mal estado general, discreto balonamiento abdominal, expulsó gases por el ano. Radioscopia y radiografía de abdomen: Niveles líquidos en el delgado. El enema opaco se detiene en el ángulo cólico derecho.

Intervención. Prof. Stajano, Dres. Suiffet y Lorenzo. Raquipercaína. Incisión oblicua por disociación en flanco derecho. Exteriorización de neoplasma de colon transversal junto al ángulo hepático. Abertura del asa aferente a las 24 horas. Evoluciona bien.

Segundo tiempo (Al 18º día). Prof. Stajano, Dr. Peyrallo, Pte. Buscasso. Paramediana izquierda supraumbilical. **Ileotransversostomía**, latero-lateral, anisoperistáltica. **Sección posterior del esfínter anal.**

Tercer tiempo. A los 12 días. Prof. Stajano, Dr. Suiffet, Pte. Buscasso. Raquipercaína. **Colectomía** derecha, desde el transversal, junto a la ileo-transversostomía, al ileo. Drenaje con mecha. Sulfanilamida local. Crines en piel.

Post - operatorio. Excelente, sin incidencias. Alta al 23º día, con herida cicatrizada.

Histológicamente: epiteloma cilíndrico pseudo-glandular (Dr. Scandroglio).

Historia No. 10. Ficha 924. M. S. de R. 71 años.

Neoplasma de colon derecho. Ileo-transversostomía. Sin sección esfinteriana.

Ingresa a la Sala 24 en noviembre de 1938, con tumor de colon derecho, con estricción supra-cecal. Adelgazamiento de 20 Kgrs. Estreñimiento tenaz.

Intervención. Dr. Suiffet. Prof. Stajano. Anestesia local. Incisión mediana infraumbilical. Tumor supracecal en colon derecho, móvil y con adherencias epiploicas. **Ileotransversostomía** isoperistáltica a boca ancha en dos planos. Crines en piel. No se seccionó el esfínter.

Post - operatorio. — Desde el primer día obnubilación, agitación, con vientre libre. Al 2º y 3er. día obnubilación con insomnio y agitación, lengua seca, síndrome acidósico. Al 4º día se acentúa la gravedad del estado general, dolor abdominal y balonamiento, **falleciendo**. No se practicó necropsia.

Historia No. 11. Ficha 574. E. B. de R. 66 años.

Colectomía por neoplasma del ángulo esplénico del colon. Sin sección esfinteriana.

Ingresa a la Sala 24 en enero de 1939 por síndrome sub-oclusivo. Mejora con enemas, pero se repiten las crisis dolorosas abdominales. Al examen clínico se palpa tumefacción transversa en el epigastrio e hipocondrio izquierdo. Radioscópicamente: estenosis izquierda del transverso.

Intervención. Prof. Stajano, Dr. Chifflet. Anestesia local. Laparotomía infraumbilical mediana. Cecosigmoidostomía látero-lateral.

Post-operatorio. Excelente.

Segundo tiempo. Prof. Stajano. Dr. Mernies. Raquianestesia. Laparotomía supraumbilical. **Colectomía** parcial del transverso, desde el ángulo izquierdo hasta 12 a 15 ctms. a la derecha. Cierre de la pared. No se seccionó el esfinter.

Evolución. Muy buena. Alta al 10º día.

Historia No. 12. J. A. G. 62 años.

Colectomía derecha e ileo-transversostomía en un tiempo, por neoplasma de colon ascendente. Sin sección esfinteriana.

Ingresa a la Sala 21 en febrero de 1943, por tumor de flanco derecho, con dolores abdominales poco intensos y sin otras manifestaciones funcionales. En tratamiento desde hace 7 años por bacilosis pulmonar, con hemoptisis. En materias fecales se encuentran amibas disentéricas y tricomonas. Luego de tratamiento emetífico y con Stovarsol, se decide la laparotomía.

Intervención. Dr. Abel Chifflet, Dr. Suárez Meléndez. Anestesia al éter. Incisión paramediana derecha transrectal. Tumor del colon ascendente; ciego y apéndice distendidos por éstasis. Ceco-colectomía derecha parcial, con ileo-transversostomía término-lateral, seccionando oblicuamente el ileo. Se fija el cabo del colon transverso a la pared, con mechas envaselinadas.

El examen anatómo-patológico de la pieza demuestra que se trata de un epiteloma cilíndrico pseudo-glandular vegetante, con zonas de intensa necrosis superficial con algunas amibas. (Scandroglio).

Evolución. En el post-operatorio inmediato ha tenido dolores abdominales de tipo cólico, distensión abdominal, mejora con enemas salados. Al tercer día "debacle" diarreica, vientre depresible y plano. Herida de aspecto normal, se retiran las mechas. Es dado de alta a los 20 días, al parecer con la herida en vías de completa cicatrización. Sin embargo, se ha producido pocos días después una **fístula cólica** que persistió durante 5 meses, por lo cual reingresó para reintervenirse, cerrando la fístula.

Segunda intervención. Dr. A. Chifflet, Dr. Musso. Se reseca la piel y sutura el cabo intestinal en dos planos, con catgut cromado. Sulfamida en tejido celular.

Evolución. Al 4º día salen nuevamente materias fecales por la herida. Se vigila diariamente la exoneración intestinal y al cabo de algunos días se cierra espontáneamente la fistuleta. Alta a los 16 días.

Comentario. — En las colectomías por neoplasma, la sección posterior del esfínter anal no es una conducta de práctica obligatoria, pero ofrece mayores garantías para asegurar la sutura cólica. La intervención en dos tiempos, con íleo - transversostomía o ceco - sigmoidostomía, contribuyen fundamentalmente en la evolución favorable de esta intervención. En los dos casos en que se practicó la sección esfinteriana (Nº 7 y 9), la intervención fué ejecutada en distintos tiempos operatorios; en el Nº 7 fué al realizar la colectomía y cerrar el cabo cólico; en el Nº 9 se hizo en el tiempo de íleo-transversostomía, a fin de asegurar la sutura intestinal. En los dos casos la evolución ha sido excelente, sin fistulización del cabo cólico en el post-operatorio. En los casos donde no se seccionó el esfínter han habido evoluciones perfectas (Nº 8 y 11); en la observación Nº 10 sobreviene la muerte al 4º día, por peritonitis; no podemos afirmar que la sección esfinteriana hubiese tenido alguna influencia eficaz, si se hubiera practicado, porque en este caso la contaminación peritoneal ha sido precoz. En la colectomía en un tiempo (Nº 12) sin sección esfinteriana, se produjo una fístula cólica que perduró. Nos parece que una sección esfinteriana podría estar indicada en casos similares.