

LA INTERPOSICION DE INTESTINO DELGADO EN LA CIRUGIA DEL CANCER DEL COLON

Dr. Max Walterskirchen.

La cirugía del cáncer del colon tiene que perseguir tres fines: 1º) La disminución de la mortalidad inmediata; 2º) El aumento del porcentaje de enfermos con sobrevida alejada y 3º) El mantenimiento de la continuidad intestinal para no privar al enfermo de su aparato esfinteriano.

Para alcanzar este tercer fin en algunos casos no queda otro medio que la interposición de intestino delgado entre los dos cabos restantes del colon o entre colon y recto. Se usa el intestino delgado como prótesis para sustituir el colon extirpado en su función de conducción entre los cabos cortados.

INDICACION ANATOMICA

La exéresis del colon derecho termina en el acto operatorio, o en un segundo tiempo, con la ileocolostomía. La exéresis del colon intermedio termina con colocolostomía, que va a ser factible mediante la movilización del colon ascendente por un lado y de la flexura izquierda con colon descendente por el otro. En los dos casos se trata de partes intestinales móviles o movilizables. Pero no es así en la exéresis del colon izquierdo por cáncer del colon. La resección típica deja como cabos la parte izquierda del colon transverso y el rectosigmoide. Este último está fijo en la pelvis y no se deja alargar por la movilización. Además el muñón debe quedar corto para asegurar su debida nutrición si la arteria mesentérica inferior está ligada. El cabo oral a su vez, constituido por el colon transverso seccionado en las vecindades del ángulo esplénico y preparado por incisión del mesocolon hasta la arteria cólica media con mantenimiento cuidadoso de la arcada marginal y por desprendimiento del ligamento gastrocólico, da generalmente bastante longitud para unir los dos cabos sin tensión. Pero si su pedículo vascular por disposición anatómica es corto, o si existe una variación vascular por la cual el colon transverso izquierdo no está suficientemente irrigado, por haber sido cortada la arteria cólica izquierda superior, no es posible anastomosar sin tensión dicho colon transverso con el rectosigmoide.

Otras causas más pueden impedir esta anastomosis. Si la primera operación fue terminada con un ano artificial pueden impedir la movilización necesaria del cabo oral del colon durante la segunda operación, o un acortamiento cicatricial o una sólida fijación por adherencias extensas o un absceso residual. En todos estos casos, por supuesto no frecuentes, la continuidad del intestino puede ser restablecida por la interposición de intestino delgado.

INDICACION RELATIVA

Podemos difícilmente imaginarnos que un cirujano efectúe esta interposición en el mismo acto operatorio de la extirpación del tumor maligno, por dos razones. La primera: porque nos parece que una larga y agotante operación como la extirpación radical del cáncer del colon izquierdo con sus territorios linfáticos sería innecesariamente alargada y agravada por tal interposición, y la segunda: porque la indicación para la interposición de delgado es completamente distinta que para la extirpación del cáncer. Ya no se trata de una indicación vital como en ésta, sino de una indicación relativa de evitar una incomodidad para un curado, si bien una grave incomodidad para él y su ambiente. Opinamos que todos los enfermos con cáncer del colon deben ser operados pero que deben ser elegidos los enfermos a operar con interposición de delgado.

El cirujano puede con toda tranquilidad contestar la inquieta pregunta de su enfermo, con cáncer de colon, si tendrá que llevar de aquí en adelante un ano artificial, prometiéndole el restablecimiento de la vía natural, si no es durante la primera operación será en un acto próximo. Pero consideramos que si se trata de un enfermo operado no radicalmente, con invasión ganglionar no reseca-ble, se debe demorar el cumplimiento de tal promesa por interposición de delgado. Lo mismo se va a demorar indefinidamente la interposición en enfermos que tienen condiciones desfavorables como diabetes, gran vejez, enfermedad cardiovascular, obesidad, etc. Pero hay que poner también en cuenta que algunas personas no se familiarizan nunca con el ano artificial y que hay algunos que prefieren suicidarse antes que vivir con un ano abdominal. Para tal enfermo la interposición puede significar la única solución de su problema.

HISTORIA

Hace ya setenta años (1887) que Nicoladoni en Viena propuso esta operación, que parece fue efectuada por primera vez el 1º de agosto de 1910 por Vignolo en Pisa. En 1930 publicó Haberland sus resultados experimentales echando muy bien los cimientos de la operación. El demostró en siete perros operados que el intestino delgado interpuesto no reabsorbe las toxinas de las materias fecales y que al contrario se adapta perfectamente bien a la función de conducción del contenido del colon, llegnado a tal punto la adaptación

que la pared se dilata, la muscular se hipertrofia y las glándulas de la mucosa aumentan la producción de moco. Recientemente los Dres. Thomson y Watman en los Estados Unidos publicaron los mismos resultados en perros operados.

TECNICA

La técnica de la operación no presentaría mayores dificultades para cirujanos que se manejan habitualmente en el abdomen, pero está dificultada por las adherencias que se desarrollan luego de la primera operación. Pueden ser muchas porque en ella se movilizó como tiene que moverse también en la interposición, toda la parte izquierda del abdomen. Ellas obligan a una preparación cuidadosa.

El curso de la operación puede ser el siguiente: resección del ano artificial y cierre temporario del mismo. Laparatomía con excisión de la cicatriz. Buscar una asa de 30-40 cm. de longitud, que se presente bien, generalmente una de las últimas iliales, para excluirla y cerrar sus cabos por ligadura, jareta y suturas de Lembert. Incisión del mesenterio para movilizar el asa excluida con sumo cuidado de los vasos en la base del mismo (Fig. 1). Se debe asegurar que los cuatro cabos estén perfectamente bien irrigados. Reunión del ileo por anastomosis *delante* del asa excluida y cierre de la brecha en su mesenterio por suturas. La reapertura del muñón del recto-sigmoide o recto será facilitada por la introducción de una bujía de Hegar en el ano natural, la que se conduce hasta el muñón donde va a ser palpable desde el abdomen. Hay que abrir ampliamente este muñón por *excisión* de una parte de su pared. A continuación se efectúa la ileocolo - o ileorectostomía *lateroterminal* en tres planos. Damos especial importancia a la excisión bastante amplia del muñón rectal y a la anastomosis lateroterminal. Ambas sirven para evitar una estenosis secundaria que se produce con otros procedimientos. Sigue la preparación del cabo oral del colon que puede ser anastomosado con el cabo oral del asa excluida por cualquiera de las maneras corrientes, pero recomendamos la laterolateral con fijación del fondo de saco, mantenido lo más corto posible, para impedir su dilatación posterior. Cuando parezca más prudente hacer esta anastomosis durante las próximas semanas, es necesario antes de la fijación de los cabos en la pared, la fijación del mesenterio. Es un acto importante de la operación. El asa interpuesta debe ser fijada a la pared abdominal, en el sitio del colon izquierdo y el mesenterio suturado en el del mesocolon resecaado, a fin de impedir brechas pro-

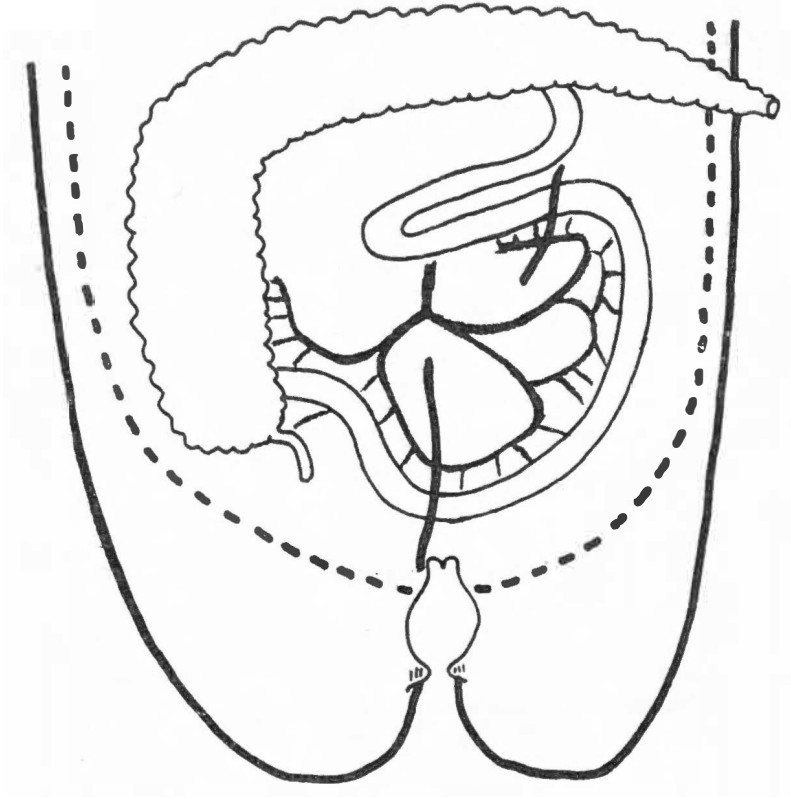


Fig. 1

picias a las hernias internas, en la pared abdominal posterior (Fig. 2). Cierre de la pared y drenaje en la forma habitual.

EL POST-OPERATORIO

El post-operatorio inmediato es el mismo de otras operaciones abdominales de mayor alcance. Durante los meses siguientes a la operación hay que observar dos posibles complicaciones. Diarreas, originadas por la secreción aumentada del asa interpuesto o lo que parece más probable por el acortamiento del colon. Estas diarreas naturalmente son algo rebeldes al tratamiento pero mejor tolerables en posesión del aparato esfinteriano que sin él. Y en segundo término la estenosis secundaria de la anastomosis ileoanal. Esta complicación parece evitable por la técnica a usar como lo hemos expuesto.

En verdad son los autores que usaron un método de invaginación o una anastomosis terminoterminal los que tuvieron que ver esta desagradable complicación. La trataron generalmente por dilatación.

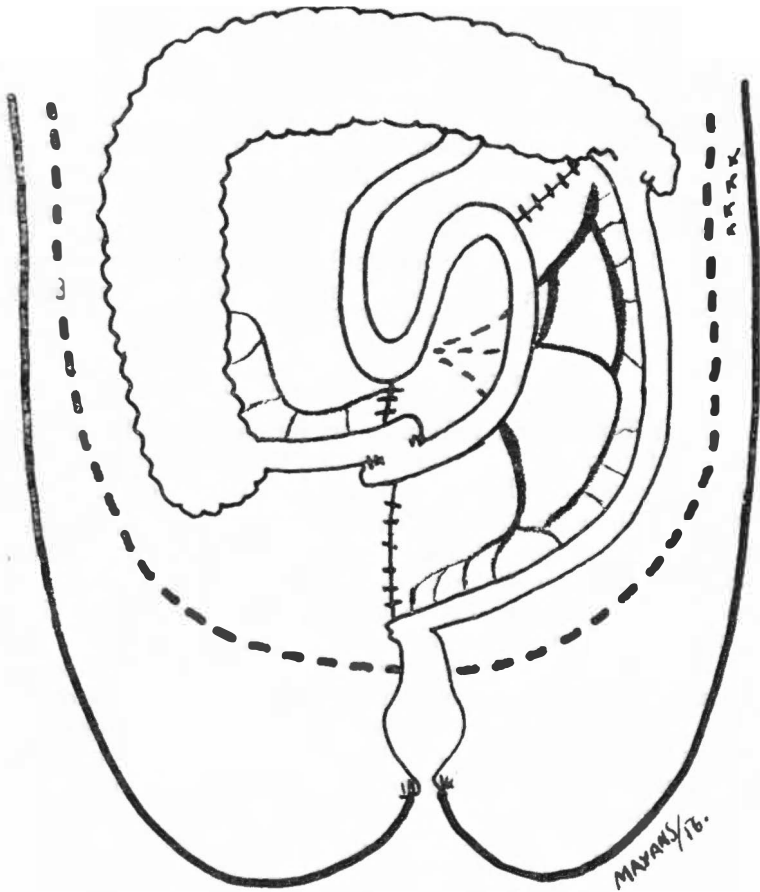


Fig. 2

Finsterer desde que fue partidario de la anastomosis lateroterminal no tuvo estenosis.

RESULTADOS

No podemos calcular la mortalidad operatoria de la literatura sobre el tema porque las publicaciones en preponderante mayoría

se refieren a casos exitosos aislados y los fracasados posiblemente no se publican. Fueron publicados hasta 1952, 52 casos de tal interposición y entre ellos dos series. La de Finsterer quien publicó sus 15 casos y la de D'Allaines de 4 interposiciones efectuadas, publicada por Carillo Maurtua. Entre ellos había 7 de Finsterer y 2 de D'Allaines por cáncer de colon.

Tuvimos oportunidad de apreciar los resultados de esta operación en nuestra práctica en el servicio del Prof. Finsterer y nos referimos a ella. Los resultados alejados son extremadamente satisfactorios. En 1951 tuve la ocasión de examinar en Viena un enfermo que llevaba 4 años desde la interposición de intestino delgado después de hemicolectomía por cáncer de colon. Otro llevaba 7 años, otro 8 y el cuarto ya 12 años desde la interposición. Todos ellos estaban contentos con el uso de su ano natural y por no haber sido mutilados por una derivación artificial.

HISTORIAS CLINICAS

Por su importancia referimos en forma resumida las historias de los 7 enfermos de Finsterer que son, a nuestro conocimiento, los únicos publicados con la operación después de varios años.

1º — Militar de 50 años. Cuatro operaciones y cecostomía hechas afuera del servicio. En el 15/2/1918 hemicolectomía izquierda y ano del transverso. Examen histológico: Adenocarcinoma con todos los ganglios tomados. Por exigirlo el enfermo que no quiso vivir con un ano abdominal en el 2/5/1918 interposición de una asa ileal y el 3/6/1918 cierre de la cecostomía que se debe efectuar por resección del ileoceco por metastasis maligna en el mesocolon. El enfermo aumenta después en 2 meses 10 kgs., pero reingresa el 19/9/1918 moribundo y fallece en el próximo día. La autopsia muestra ulceraciones en el colon transverso con una perforación y estenosis de las anastomosis distal.

Culpamos varios factores del fracaso en este caso. Uno de ellos aclara la fecha de la operación. 1918 — año en que terminó la primera guerra mundial y los cirujanos no conocían todavía lo que conocen hoy. Además el caso no era apto para la interposición por no prometer una curación duradera y la anastomosis distal produjo una estenosis por no ser hecha como los siguientes.

2º — Mujer de 56 años. Examen radiológico: Cáncer del sigmoide. 6/10/1936 transversostomía. 13/10/1936 resección segmentaria del colon con histerectomía y adnexectomía más resección de asa de delgado por ser estos órganos invadidos del proceso maligno. Examen histológico: Adenocarcinoma invadiendo los otros órganos. Necrosis del colon descendente durante el post-operatorio. En el 4/1/1937 relaparotomía: muchas adherencias, mesocolon corto, interposición de delgado. Fallece el 10/1/1937. La autopsia demuestra la peritonitis difusa.

Finsterer mismo culpó del fracaso en este caso a las condiciones malas que presentó en este tiempo la sala de operaciones. Había durante aquel año varias peritonitis sin causa aparente.

3° — Mujer de 55 años. Sufre desde un año y ha perdido 14 kgs. Ileus. En el 30/9/1939 cecostomía. 11/10/1939 hemicolectomía izquierda. La pared abdominal invadida. Excisión de pared. Ano transverso. Examen histológico: Adenocarcinoma maduro, ganglios libres. El colon reseca mide 83 cm. 9/11/1939 cierre de la cecostomía. En el 2/3/1940 relaparotomía. Mesocolon corto. Interposición de 40 cm. asa ileal. Cabos proximales en cañón de fusil. Enterotomo y en el 25/4/1940 cierre del ano artificial. En el 11/10/1951 fue presentada curada en la Sociedad de Cirugía en Viena.

La señora vivió en esta fecha 12 años desde la resección y casi 12 años con la asa ileal interpuesta sin presentar trastornos.

4° — Hombre de 56 años. Cáncer del sigmoide. En el 24/2/1939 hemicolectomía izquierda y ano del transverso. La vejiga invadida. Resección de su pared. Examen histológico: Adenocarcinoma, ganglios libres. En 1943 exige el cierre del ano. En el 9/9/1943 interposición de 40 cms. de ileo por ser corto el mesotransverso. En el 11/10/1951 fue presentado curado en la Sociedad de Cirugía en Viena.

Vivió entonces sin molestias 12 años desde la resección y 8 años con intestino delgado interpuesto.

5° — Hombre de 68 años. Diarreas desde 3 semanas. Oclusión intestinal de 4 días. En el 31/8/1944 cecostomía. 19/9/1944 hemicolectomía izquierda con resección de pared de vejiga invadida. Ano del transverso. Examen histológico: Adenocarcinoma, los ganglios libres. Grave supuración en el post-operatorio, 31/10/44 cierre de la cecostomía. 28/2/55 interposición de delgado; proximal cañón de fusil. Enterotomo y en el 20/3/1945 cierre del ano. En el 11/10/1951 presentado curado en la Sociedad de Cirugía en Viena.

Vivió entonces 7 años con el intestino delgado interpuesto.

6° — Mujer de 51 años. Sufre 8 meses. Por ileus fue efectuada una operación afuera. En el 1/7/1946 cecostomía. Pequeño cáncer del sigmoide. En el 16/7/1946 hemicolectomía izquierda. Reunión imposible. Exclusión 40 cms. ileo. Distal anastomosis, proximal los cabos en cañón de fusil. Desde la cecostomía sufrió de abundantes diarreas. Caquexia grave se agrava continuamente. Examen histológico: Adenocarcinoma, ganglios libres. En el 2/8/1946 cierre de la cecostomía. Fallece el 7/8/1946. La autopsia demuestra el abdomen y los anastomosis sin particularidad, dilatación aguda del corazón. caquexia grave.

La interposición de intestino delgado en el mismo acto operatorio de la resección del cáncer no parece ser indicada.

7° — Hombre de 56 años. Sufre desde 10 meses. Carcinoma del sigmoide. En el 2/10/1947 hemicolectomía izquierda. El mesocolon

muy corto. Ano artificial. Examen histológico: Adenocarcinoma, ganglios libres. En el 10/12/1947 interposición de delgado. En el 11/10/1951 presentado curado en la Sociedad de Cirugía en Viena.

BIBLIOGRAFIA

- CARILLO MAURTUA. — Journal de Chirurgie. 65,520, 1949.
FINSTERER. — Cirugía del intestino grueso. Edit. Maudrich, 1952.
FINSTERER. — Interposición de intestino delgado para el restablecimiento de la continuidad después de resecciones de colon o recto. Archiv. Klin. Chirurgie, 271,337, 1952.
HABERLAND. — Beiträge Klin. Chirurgie 149,432, 1930.
NICOLADONI. — Idea para una enteroplástica. Wiener Med. Presse, 28,1705, 1887.
PARODI Y MIGLIETTA. — Sulle plastiche del grosso intestino con trapianto pedunculato di tenue. Rass. Ital. Chir. e Med. 1,195, 1952.
THOMPSON Y WATMAN. — Behavior and Fate of Ileal Segments Interposed en the left Colon. A.M.A. Arch. of Surg. 73,645, 1956.
VIGNOLO. — Arch. général de Chirurgie, 6,621, 1912.