

## TERCERA PARTE

### PREPARACION DEL ENFERMO

El enfermo estudiado por internista debe ser normalizado desde el punto de vista visceral, nutritivo y humoral y preparado para soportar la agresión operatoria. La administración de antibióticos por vía parenteral integra la rutina para toda operación en medios sépticos.

Estudiaremos las particularidades propias de la preparación para las operaciones por cáncer del recto, bajo tres grandes títulos: la colostomía previa, la aspiración gastrointestinal, la modificación del contenido intestinal.

#### LA COLOSTOMIA PREVIA

La colostomía precediendo a la operación sobre el recto puede plantearse: 1) con el fin de preparar el sector intestinal a operar; 2) con el fin de suprimir un estado de oclusión intestinal; 3) para disociar la operación en busca de una mayor tolerancia del enfermo.

1º) La colostomía para mejorar el estado de la zona enferma actúa por desfuncionalización y permitiendo lavados de barrido cólico y desinfección directa. Para satisfacer estos requerimientos no es suficiente la simple desgravitación de una cecostomía. La sigmoidostomía dificultará la operación de exéresis. Sólo sería aceptable una transversostomía. No aceptamos, tampoco, esta operación, porque además de los riesgos propios de su realización y de su cierre, de la prolongación de la enfermedad y la hospitalización, del perjuicio sobre el siquis del enfermo, la colostomía previa tiene serios inconvenientes desde el punto de vista cancerológico y no satisface la aspiración de mejorar el estado del intestino afectado (Chifflet, A., 1959).

La experiencia demuestra que después de una colostomía en un canceroso se produce con frecuencia una colonización tumoral

peritoneal que detiene al cirujano que va a practicar la exéresis. Debemos aceptar que la simple laparatomía provoca fenómenos fluxivos peritoneales que facilitan la colonización de células neoplásicas libres en la cavidad peritoneal, y que si agrega una exploración manual del tumor se multiplican las posibilidades de siembra.

2º) En la oclusión intestinal, la indicación de la colostomía previa debe discutirse. Si se trata de una oclusión grave en asa cerrada o con gran distensión y estado general precario, hay indicación formal de una colostomía que debe ser en el colon derecho. Podrá ser una desgravitación por cecostomía o una desfuncionalización por transversostomía. En cualquier caso, evitar la exploración tumoral innecesaria.

Si el estado oclusivo no es tan grave, la solución terapéutica variará con las particularidades del tumor. A) Si el enfermo tiene un tumor inextirpable, se hará una colostomía sigmoidea definitiva en doble caño. B) Si el enfermo tiene un tumor que deberá operarse por vía perineal pura, se hará, también, una sigmoidostomía en doble caño. C) Si el enfermo tiene un tumor extirpable del recto abdominal, es preferible hacer la resección intestinal dejando una colostomía en el descendente, que será posteriormente cerrada, haciendo el descenso. D) En caso de tumor extirpable por vía combinada, es preferible hacer una colostomía, para después hacer la exéresis.

3º) La gravedad que tuvo la amputación del recto años atrás llevó a muchos cirujanos a dividir la operación en dos o más actos. En el primero, se hacía solamente una colostomía o se agregaba la exploración abdominal o aun se hacía el tiempo abdominal de la exéresis. En nuestros días todas estas operaciones han perdido indicación. Tal vez en alguna oportunidad de amputación perineal con colostomía abdominal, por cáncer del recto perineal o del recto anal, pueda justificarse la colostomía en un acto previo a la exéresis, pero, en general, es preferible hacerla en el mismo acto operatorio y a continuación de la exéresis perineal.

#### LA ASPIRACION GASTROINTESTINAL

La aspiración por sonda gastrointestinal puede estar indicada en los enfermos en oclusión o en el postoperatorio. No nos

ocuparemos de la indicación en la oclusión que es un tema más general. Recordemos solamente que la oclusión es poco frecuente en el cáncer del recto, que es una oclusión de tipo colónico, que a veces es en asa cerrada que escapa al beneficio de la aspiración alta y que cualquiera sea su importancia requiere intervención quirúrgica pronta.

El enfermo sin oclusión es intubado en el preoperatorio por muchos cirujanos con el fin de evitar o tratar los fenómenos intestinales del postoperatorio, pues, es imposible hacer pasar la sonda en el enfermo ya distendido. Es un recurso que da cierta tranquilidad al cirujano, pero que, a nuestro juicio, es más la tranquilidad de haber extremado las medidas preventivas que la que resulta del análisis sereno de su justificación. Recordemos de paso, los riesgos de la sonda. El pasaje de la sonda y su permanencia días antes de la operación provoca con frecuencia molestias, sobre todo cierta ansiedad, que influye desfavorablemente en el enfermo.

La distensión abdominal postoperatoria tiene un importante componente síquico, por lo cual es necesario llevarlo a la operación con el mayor optimismo y desaprensión, evitando de colgarle de su nariz un tubo que le recuerde en forma permanente el riesgo de la distensión.

La aspiración pre y postoperatoria provoca una expoliación de múltiples sustancias (agua, sales, fermentos, vitaminas, etc.) que es imposible reemplazar recurriendo a investigaciones de laboratorio y a fórmulas químicas y utilizando la vía parenteral. Para la nutrición y para el buen funcionamiento del tubo digestivo nada hay mejor que la fisiología normal de un peristaltismo eficaz. Está más cerca de una distensión postoperatoria un intestino vacío, aquietado, que un intestino que vivió su vida normal hasta el momento de la operación.

En fin, creemos que la distensión abdominal es un fenómeno que se produce por diversos procesos del postoperatorio, los que deben ser prevenidos desde la operación. Si se produce la distensión, es lógico tratarla, pero sin correr el riesgo de silenciar un proceso patológico (oclusión o peritonitis) que requiere una oportuna reintervención.

Nunca colocamos sonda gastrointestinal a nuestros enfermos de cáncer del recto.

## MODIFICACION DEL CONTENIDO INTESTINAL

El ideal de colon vacío y aséptico no es fácil de alcanzar. Debemos conocer muy bien los recursos a nuestro alcance y saber la posibilidad de crear con ellos situaciones más peligrosas. Por querer tener un colon vacío podemos llegar a un colon con materias líquidas y gases que es más peligroso que si estuviese ocupado por materias moldeadas; por querer la asepsia podemos dar libre desarrollo a hongos y estafilococos que son más perjudiciales que el colibacilo habitual.

Si no hay indicación especial mantenemos al enfermo con el régimen habitual y no damos purgantes ni laxantes. Practicamos algún enema de limpieza si hay retención de materias. Horas antes de la operación hacemos un pequeño enema a retener (150 centímetros cúbicos) con antibiótico y un pequeño enema con una sustancia cancericida.

Los antibióticos de acción intestinal los utilizamos, a veces, durante un período de 48 horas y sin pretensión de tener una asepsia completa.

En resumen, la preparación para operar un cáncer del recto está fundamentalmente dirigida al estado general del enfermo. En el intestino, antibiótico oral y muy prudente limpieza del colon adaptada a cada enfermo. Si hay oclusión seria, colostomía previa.