

Cirugía de emergencia en el cáncer oclusivo de colon.

EYNARD, Héctor G.
 ENDARA CALISTO, Francisco
 CATINI, Ricardo; ALLENDE Daniel A. y
 MEYER, Christian

Servicios de Cirugía
 del Hospital Privado de Córdoba y
 Hospital de Hautepierre de Estrasburgo

RESUMEN

Se analizan 52 historias de pacientes con cáncer oclusivo de colon.

Hubo 31 mujeres y 21 hombres con edad promedio de 63 años. 42o/o de los pacientes presentaban patología asociada, que aumentaba el riesgo.

La evaluación clínica y la radiología simple de abdomen, hicieron el diagnóstico en todos los pacientes. En 28 casos, se empleó el colon por enema, que hizo el diagnóstico topográfico en 75o/o de los estudios.

27 pacientes (52o/o) fueron tratados con derivación; en un tercio se completó la cirugía. 13 enfermos (25o/o) fueron resecaos sin anastomosis. A 8 de ellos, se les restituyó el tránsito. 12 pacientes fueron resecaos con anastomosis inmediata (4 colectomías subtotales y 8 resecciones parciales). 12 enfermos quedaron con colostomía definitiva.

La mortalidad global fue de 7,5o/o (4/52). Tres muertes obedecieron a patología asociada y una a dehiscencia de la anastomosis. Hubo 25o/o de complicaciones no letales. Se concluye que esta cirugía presenta aún morbimortalidad elevada; la cirugía de resección extensa con anastomosis primaria está justificada; mejorar el estado general en el preoperatorio, si es posible, beneficia el pronóstico.

La cirugía oncológica de colon representa desde hace años un verdadero dilema para el cirujano por los riesgos que implica trabajar sobre un área normalmente contaminada.

El cáncer de colon oclusivo significa una eventualidad con un índice de complicaciones muy elevada aun con los avances de la antibióticoterapia y de las técnicas de reanimación postoperatorias. Si bien muchos factores son difíciles de cambiar, el tipo de conducta operatoria a seguir tiene una gran influencia en la evolución posterior del enfermo.

En este trabajo nos proponemos exponer la experiencia combinada de nuestro Servicio y el de Cirugía General y Digestiva I del Hospital de Hautepierre (Estrasburgo-Francia), en 52 casos de oclusión aguda de colon por cáncer, que recibieron tratamiento quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS

Fueron estudiados en forma retrospectiva las historias clínicas de 52 pacientes internados en los mencionados Servicios entre 1975 y 1988.

Todos los pacientes presentaron un cuadro de oclusión aguda de colon de origen neoplásico intraluminal y requirieron tratamiento quirúrgico en un plazo no mayor de 5 días a partir de la internación; fueron excluidos los pacientes con cuadro de oclusión crónica o incompleta o de otro origen que no fuera cáncer intraluminal aún si éste coexistía con otra patología.

RESULTADOS

- Edad y sexo: el grupo estuvo compuesto

por 31 mujeres y 21 hombres, cuya edad promedio fue de 63 años (62 para las mujeres y 61 para los hombres).

- **Patología colónica permanente.** El 17o/o de los pacientes (9/52) presentaban antecedentes de patología colónica. En cuatro casos se trataba de cirugías previas en el colon por cáncer y cinco tenían antecedentes de diverticulitis.

- **Patologías asociadas.** El 42o/o de los pacientes (22/52) tenían antecedentes de patología asociada sobre todo de origen cardiovascular y pulmonar.

- **Evaluación clínica.** En la evaluación clínica preoperatoria el 29o/o de los pacientes (15/52) presentaban algún factor que aumentaba el riesgo quirúrgico y esto se refería fundamentalmente a deterioro del estado general, malnutrición o colapso. Destacamos un caso de perforación diastásica de ciego. Todos los pacientes presentaban como signo guión, detención del tránsito de materia fecal y gases de por lo menos 48 horas; el 87o/o presentaba dolor cólico y el 60o/o distensión abdominal de moderada a importante.

- **Estudios complementarios.** En todos los casos se realizó al ingreso una radiografía simple de abdomen que fue siempre diagnóstica. En 28 casos (53,8o/o) fue complementada con un estudio de contraste sin preparación generalmente con bario hidrosoluble y que en el 75o/o de los casos demostró con certeza el sitio de la oclusión. El resto de los exámenes complementarios estuvo constituido por estudios de laboratorio.

- **Topografía de la lesión.** La mayoría de los casos se debió a oclusión a nivel del colon sigmoides o su unión con el recto (48o/o), el resto fue a nivel del ceco ascendente (23o/o), colon transverso (19o/o), y colon descendente (9,6o/o).

- **Tratamiento.** En la mayor parte de los casos (52o/o) (27/52), se optó por técnicas de derivación (colostomía transversa o sigmoidea, cecostomía o ileotransversostomía), siendo en un tercio de ellos el primer paso de una cirugía de tres tiempos. El 25o/o (13/52) de los pacientes recibieron tratamiento de resección sin anastomosis (técnica de Hartmann o de Bouilly Volkman), restituyéndose el tránsito definitivo en 8 casos. El resto de los pacientes 23o/o (12/52) fueron intervenidos en un tiempo con resección seguida de anastomosis inmediata incluyéndose aquí cuatro colectomías subtotales y ocho resecciones parciales. En resumen: trece pacientes (25o/o) fueron tratados con

las técnicas clásicas de cirugías en tres tiempos. 17 (32,6o/o) fueron operados en dos tiempos y 22 (42,4o/o) en un solo tiempo. En este último grupo se incluyen dos pacientes en los que se realizó derivación interna, cinco beneficiados con resecciones sin anastomosis en los cuales no se restituyó el tránsito posteriormente y siete que fueron tratados solamente con colostomía. En todos estos casos mencionados la indicación fue mal estado general del paciente, enfermedad neoplásica avanzada o edad avanzada. Un total de 12 pacientes (23o/o) quedaron con colostomía definitiva.

El 38,5o/o de los pacientes (20/52) fueron operados en las primeras 24 horas de hospitalización; el 34,6o/o (18/52) fueron intervenidos entre las primeras 24 y 48 horas de hospitalización, mientras que el resto recibió tratamiento quirúrgico luego de un corto período de preparación preoperatoria de 2 a 5 días.

- **Mortalidad.** La mortalidad global fue de 7,5o/o (4/52); tres de estos pacientes habían sido operados en las primeras 24 horas de hospitalización, es decir que la mortalidad de la cirugía en las primeras 24 horas fue del 15o/o (3/20). El restante deceso se produjo en un paciente operado después de cuatro días de preparación (1/14).

En tres casos la muerte fue imputable a complicaciones de patologías asociadas fundamentalmente de origen broncopulmonar y en un solo caso fue debido a causas atribuibles puramente a la técnica quirúrgica (peritonitis por desunión anastomótica). Todos los pacientes fallecidos tenían más de 60 años.

En relación a la técnica operatoria, las derivaciones estuvieron afectadas de una letalidad del 11o/o (3/27) y las resecciones seguidas de anastomosis mostraron una mortalidad de 8o/o (1/12). Las resecciones con abocamiento del cabo proximal no presentaron mortalidad.

- **Complicaciones no letales.** 13 pacientes (25o/o) presentaron complicaciones no mortales; en siete casos fueron de origen no quirúrgico (flebitis, atelectasis, derrame pleural, etc.), el resto fueron imputables a la técnica quirúrgica, sobre todo, complicaciones sépticas:

2 supuraciones de muñón rectal después de operación de Hartmann

1 absceso de pared

1 absceso intraabdominal

1 evisceración aguda

1 desunión anastomótica luego de colectomía subtotal

Los tres últimos pacientes fueron reintervenidos y no hubo complicaciones ni mortalidad en ningún caso.

DISCUSION

El cáncer de colon se presenta complicado como cuadro de oclusión en aproximadamente el 15 a 20o/o de los casos (2-15). El tratamiento quirúrgico a realizar está en relación a muchas variables como edad, estado general del paciente y extensión de la enfermedad neoplásica, pero sobre todo al estado del colon distal al sitio de la lesión.

Los cuadros de oclusión maligna de colon se presentan generalmente en pacientes añosos (3 años en nuestra serie), portadores de patologías asociadas que aumentan el riesgo en las operaciones de urgencia (42o/o en nuestra serie) (3-5-7-10-14). El sitio generalmente más afectado es la unión recto sigmoidea o el colon sigmoideas que se dió en el 48o/o de nuestros pacientes (3-4-5); sin embargo Phillips (15) encontró, en 713 casos sólo el 6o/o, de compromiso en esa zona y por el contrario casi la mitad de los casos de oclusión a nivel del ángulo esplénico.

En general podemos decir que el cuadro clínico acompañado de una radiografía simple de abdomen son elementos suficientes para arribar al diagnóstico sindrómico en la totalidad de los casos (5-13), pero de ser posible, esto debe ser complementado con una enema de material de contraste hidrosoluble para localizar el sitio de la lesión.

En cuanto al tratamiento, la discusión está centrada actualmente en la utilización de técnicas de resección de emergencia seguidas o no de anastomosis inmediata. Lo que hasta hace pocos años era considerado como una actitud audaz y poco ventajosa (3-5-15-8), actualmente muchos autores optan por una conducta más agresiva y se inclinan por las técnicas de resección seguidas por anastomosis inmediata (1-4-6-7-9-11-12).

Los criterios para esta tendencia, son por un lado oncológicos ya que la mayoría de estos pacientes presentan tumores B o C de Dukes potencialmente curables (9). Según demostraron Fieldyng y Wells la supervivencia (7) sería mayor cuando el tumor es resecado en la primera cirugía (19), probablemente porque el tumor sería resecado en el momento de depresión inmunológica

por células y quizás influenciado por el propio tumor.

La colectomía subtotal de urgencia se presenta como una buena alternativa ya que al realizarse la anastomosis entre el intestino delgado y el recto no distendido y limpio se evitan riesgos sépticos; se elimina además la posibilidad de tumores sincrónicos o metacrónicos (1-4). Por otro lado, las anastomosis con reservorio en "J" o "W" han disminuido sustancialmente el número de deposiciones diarias de estos pacientes y esto ya no se considera una complicación importante.

Debemos considerar que tanto las colectomías simples como las operaciones de cierre de colostomías tienen elevado índice de complicaciones (16-17).

En cuanto a las técnicas de resección sin anastomosis como la operación de Hartmann hay que tener en cuenta que solamente alrededor del 30o/o de los pacientes son beneficiados con una cirugía para restablecer la continuidad intestinal (10) y se desaconseja en pacientes mayores de 70 años; en nuestra serie obtuvimos resultados parecidos.

En nuestro grupo, la mayor parte de los pacientes (52o/o) fueron tratados con técnicas de derivación en la emergencia debido generalmente al mal estado general del enfermo y la extensión de la enfermedad neoplásica, siendo en muchos casos el único tratamiento a realizarse. En los últimos tiempos la tendencia fue hacer la resección seguida de anastomosis inmediata (12 casos). El índice de mortalidad de 11o/o para las técnicas de derivación y 8o/o para las resecciones con anastomosis, avalarían esta conducta.

En cuanto a la mortalidad en relación al momento de la cirugía los resultados sugerirían que un corto período de preparación, si es posible, sería muy útil para mejorar el estado general del paciente.

La mortalidad global de nuestra serie (7,6o/o), está por debajo de las mostradas por las últimas publicaciones (4-5-8-9-14-15-18).

CONCLUSIONES

- La cirugía de emergencia de cáncer de colon oclusivo continúa presentando índices de morbimortalidad elevados.
- En aquellos pacientes con tumores reseccables y potencialmente curables, propo-

nemos las técnicas de resección seguidas de anastomosis, sobre todo la colectomía subtotal de urgencia.

- Sugerimos, si las circunstancias lo permiten, mejorar el estado general del paciente mediante una preparación preoperatoria de 24 a 48 horas.

SUMMARY

The records of 52 patients with occlusive colonic cancer are reviewed.

There were 31 females and 21 males, with an average age of 63 years.

Increased risk by associated pathology was present in 42o/o of the cases.

Clinical evaluation and a plain XRay of the abdomen were diagnostic in all cases. Barium enema was made to 28 patients, accurate location was obtained in 75o/o of the examinations.

27 patients (52o/o) were treated with derivative technics; one third of them and complete surgery thereafter. 13 were resected without anastomosis. Continuity of the bowel was restored to 8 of them. Primary resection with anastomosis was performed in 12 patients (4 subtotal colectomies and 8 partial resections). 12 patients remained with a permanent colostomy.

There was a 7,5o/o mortality. Three deaths were due to associated pathology. One to an anastomotic failure. It is concluded that this surgery: still has morbidity and mortality; primary extensive resection with anastomosis is warranted; if it is possible to improve the patient's general health in the preoperative period, there is a better outcome.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLOFF, M.; ARANAUD, J.P.; OLLIER, J.C.; CHAZALET, C. et P. PATSOPOULOS. "La colectomie subtotale en urgence dans le traitement des cancers coliques gauches en occlusion. Attitude audacieuse ou raisonnée? Chirurgie 1984, 110 (2), 167-71
- 2) ALLENDE, D.; CHERCOLES, R. & H. EYNARD, "Defunctionig lateral colostomy of ileostomy". Dis. Col. & Rect. 1987, 30 (4) - 300-2.
- 3) BECKER, W. "Acute obstruction of the colon. An analysis of 205 cases". Surg. Gyn. & Obst. 1963. 96 - 677-82.
- 4) CADY, J.; GODFREY, J.; PACLAUD, R. et D. SIBAUD. "La colectomie subtotale en um temp dans les occlusions aigues de colon gauche". Ann. Chir. 1985 - 39 (6) - 377-80.
- 5) CHAMPAULT, G. et col. "Les occlusions coliques. Etude retrospective cooperative de 407 cases". J. Chir. 1983 - 120 (1) - 47-56.
- 6) CHICHE, B.; DUPIN, Ph.; LOUVEL A. et L. LEGER. "La colectomie presque totale d'urgence pour occlusion par tumeur colique". Chirurgie 1981
- 7) DUDDLEY, H.A.F.; RADOCLIF, M. et Al. "Intraoperative colonic irrigation to permit primary anastomosis". Br. J. Surg. 1980 - 67 - 80-1.
- 7') FIELDING, L.P. & B.W. WELLS. "Survival after primary and after staged resection for large bowel obstructive carcinoma". Br. J. Surg. 1974 - 61 - 8-10.
- 8) FITCHET, G. & HOFFMANN. "Obstructing malignant lesions of the colon". Surg. Cl. of North Am. 1986. 66 (4) - 802-20.
- 9) GLASS, R.; SMITH, L. & C. COCHRAN. "Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the left colon". Am. J. Surg. 145, March 1983.
- 10) HOLLENDER, L.F.; MEYER, Ch. et J. PHILIPIDES. "Restablenent de la continuité intestinal après l'operation d'Hartmann".
- 11) KLATT, G.; MARTIN, W. & J. GILLESPIE. "Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment of obstructing carcinoma of the left colon". Am. J. Surg. 1981 - 141 - 577-78.
- 12) KORUTH, N.; KRUKOWSKY, Z. et Al. "Intraoperative colonic irrigation in the managment of left sided large bowel emergencies". Br. J. Surg. 1985 - 72 (9) - 708-11.
- 13) MEYER, Ch. et L.F. HOLLENDER. "Le colon occlus". Chirurgie Colique d'urgence. Ed. Masson 1986. 1-40.
- 14) IRVIN, G.; HORSLEY, S. & J. CARVANO. "The morbidity and mortality of emergent operation for colorectal cancer". Ann. Surg. 1984. 199 (5) 598-600.
- 15) PHILLIPS, R.K.S.; HITTINGER, R.; FRY, S. & L. FIELDING. "Malignant large bowel obstruction". Br. J. Surg. 1985. 72 - 296-302.
- 16) PORTER, J.; SALVATTI, E.P. et Al. "Complication of colostomy". Dis. Col. & Rect. 32 (4) - 299-03. Ap. 1989.
- 17) VERNEL, F. & L. PERMEBERCH. "Risk factor in colostomy closure". Surgery 1987. 89 (6). 683-87.
- 18) WALDRON, R.P.; DONOVAN, J.D. et Al. "Emergency presentation and mortality of colorectal cancer in the elderly". Br. J. Surg. 1986 - 73 (3) 214-16.