

Exteriorización y resección en tumores del colon

Externalization and resection in colon tumors

Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez; Dr. Joaquín Márquez Hernández; Dr. Alejandro Barrabí Díaz; Dr. Gerardo Martínez Ferrá

Hospital Universitario Amalia Simoni. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el acercamiento al proceder quirúrgico de la resección obstructiva y exteriorización en tumores del colon, muy frecuente en épocas anteriores a la antisepsia y antibióticos, pero infrecuentes en la actualidad, sobre todo desde el auge de la sutura primaria en colon, incluso del izquierdo.

Objetivo: exponer el concepto de exteriorización intestinal y sus procedimientos.

Métodos: se realizó una búsqueda en la bases de datos SciELO y Medscape, además en libros y revistas acerca de los diversos procedimientos técnicos de resección obstructiva y exteriorización del colon.

Desarrollo: se exponen, según el orden cronológico de aparición y se señalan en síntesis, los pasos técnicos comunes a todos estos procedimientos; donde siempre, excepto en el Hartmann, concluyen con una colostomía en cañón de escopeta. Se particulariza en los distintos procedimientos a partir del considerado original de Von Mickulicz, hasta las variantes del anterior y otros.

Conclusiones: se muestran los distintos procedimientos en el tiempo, iniciado por los de Von Mickulicz, Paul y Von Volkmann que fueron los primeros y las similitudes y diferencias entre todos ellos, al final se recomienda por ser incorrecto, no usar el término Rankin-Von Mickulicz como proceder de resección y exteriorización por ser dos intervenciones con particularidades y diferencias en cuanto a la técnica.

DeCS: COLON/cirugía; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS; VÓLVULO INTESTINAL; OBSTRUCCIÓN INTESTINAL; LITERATURA DE REVISIÓN COMO ASUNTO.

ABSTRACT

Background: an approach to the surgical procedure of the obstructive resection and externalization in colon tumors, which were very common in times when the antisepsis and antibiotics did not exist. Nowadays they are infrequent; especially since the rise of primary suture in colon even the left side.

Objective: to expose the concept of intestinal externalization and its procedures. And the surgeon must keep them in mind for a possible unexpected indication is exposed. The concept of externalizing exposed.

Methods: a search in databases SciELO and Medscape and also in books and journals related to the diverse technical procedures of obstructive resection and externalization in colon was conducted.

Development: according to the chronological order of presence, the technical steps common to all these procedures of are shown, except in the Hartmann, in which they conclude with a gun barrel colostomy. It is particularized in the various procedures from the original supposed of Von Mickulicz, to the above and other variants.

Conclusions: the various procedures are displayed in time, beginning with those of Von Mickulicz, Paul and Von Volkmann that were the first ones and the similarities and differences among all of them. At the end because it is incorrect, it is recommended not to use the term Rankin-Von Mickulicz, as a procedure of resection and externalization since they are two interventions with particularities and differences regarding to the technique.

DeCS: COLON/surgery; SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; INTESTINAL VOLVULUS; INTESTINAL OBSTRUCTION; REVIEW LITERATURE AS TOPIC.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos quirúrgicos (PQ) a los que se hará referencia con sus variantes y técnicas, fueron utilizados con frecuencia en otra época, en la actualidad no es así y por lo tanto se enseñan, estudian y recuerdan menos, sin embargo, deben conocerse porque pueden tener indicación en cualquier momento. Se trata de la resección obstructiva y exteriorización del colon (ROEC), concebida para el cáncer obstructivo distal de este órgano.^{1,2}

Exteriorización del intestino: método utilizado

en cirugía desde mediados y finales del siglo XIX donde queda fuera de la cavidad una porción de intestino, casi siempre colon sigmoidees comunicada al exterior (colostomía) y, no solo exteriorizada, sino que debe mantenerse fuera; hay dos formas de lograrlo: a) actuar sobre la base del asa, meso y peritoneo mediante suturas para crear una barrera peritoneal, b) no suturar y colocar alrededor de esta asa compresas de gasa por varios días, aislándola de la cavidad y esperar por las adherencias, según

Quénu J, et al. ¹ Estos PQ se conocen como de ROEC, útiles en épocas previas a la antisepsia y los antibióticos, donde la sutura primaria en el colon izquierdo se consideraba temeraria y censurable, criterio que ha cambiado con en el tiempo.

La tendencia en las últimas décadas y que ha ganado adeptos, es la sutura primaria en colon izquierdo aún sin preparar el órgano. Se encontró literatura que resta validez al criterio que establecía el tratamiento con colostomía derivativa en el trauma colónico y otras urgencias quirúrgicas del colon izquierdo, como vólvulo del sigmoides, sangrado diverticular y el cáncer, entre otras. ³⁻⁶

Las ROEC se han criticado por no cumplir los principios radicales de la cirugía oncológica, que fue su indicación inicial. Las incisiones utilizadas están en dependencia del segmento afectado y son de manera habitual bajas, para media izquierda o derecha y media. Indicadas en pacientes con cuadro clínico de moderada obstrucción intestinal ya que de existir mucha distensión, no debe efectuarse. La localización ideal es en colon izquierdo, de preferencia sigmoides, luego en transversal y menos en el derecho. La cirugía de intestino grueso abierta y video asistida, está reglada y tiene precisas sus indicaciones, preparación y posibles complicaciones. ⁷⁻¹⁰

Es usual confundir los términos resección obstructiva y exteriorización del colon (ROEC) al citarlos y describirlos, por lo tanto, se propone como objetivo actualizar conceptos y exponer de forma breve estas técnicas.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de cirugía operatoria, en específico sobre resección obstructiva y exteriorización del colon. Basado en el objetivo del trabajo, se hizo revisiones en bibliotecas, en la base de datos SciELO y Medscape y se confirmó que la información es escasa. Se revisaron 40 publicaciones y de estas, se escogieron y utilizaron seis textos básicos de consulta y 17 reportes relacionados con el tema, nacionales y foráneos según los intereses con vistas a aunar conocimientos y criterios a partir de los orígenes de los procedimientos y su actualización. Se expusieron según el orden cronológico de aparición.

DESARROLLO

Síntesis de los pasos comunes a todas: apertura de cavidad, identificar lesión y el segmento a exteriorizar, liberarlo de las adherencias y del parieto cólico, tratar de seguir siempre el criterio oncológico, afrontar las dos ramas del asa y preparar la exteriorización, suturar con dos hileras de puntos la seromuscular a cada lado de ambas ramas en su borde anti mesentérico en unos 6-10 cm, a modo de preparar la posterior abertura del espolón, fijación o no del asa en cuestión al peritoneo, las suturas pueden ser absorbibles o no y de calibre 0 a 000, (catgut o seda) según las técnicas originales. Luego de exteriorizarla se colocan clamps en ambas ramas del asa intestinal, que se secciona y reseca de inmediato o a posteriori, siempre con electrocauterio.

Excepto en la segunda que se describe, de Von Volkmann, ¹ y en la cuarta de Hartmann, ^{7, 11, 12} donde no se hace, en las otras se coloca pinza por varios días para necrosar el espolón previo a tactar ambas paredes, en las otras la colostomía puede cerrar sola. Al cierre de la incisión se deja drenaje. ^{2, 13, 14}

Se conoce que Amussad en 1839, citado por Cohn I y Nance FC, ¹⁵ propuso y luego efectuó la exteriorización y apertura del colon sigmoides en región lumbar extra peritoneal para evitar la contaminación. En 1928, Larrey junto a Von Mickulicz, ¹⁵ describen modelos de enterótomos utilizados en estos PQ. Bloch, en 1841, realiza por vez primera una ROEC, paternidad atribuida a Von Mickulicz como muchos creían, luego en 1892, aparece Paul quien hace similar técnica donde deja al final un tubo de vidrio en cada cabo del asa reseca para descomprimir. ^{14, 15} Se pudieron ver los distintos PQ.

1. PQ de Von Mickulicz: en 1898, ideado en su momento para evitar sutura intestinal intra peritoneal. Consiste en exteriorizar la porción de colon con el tumor, que se reseca a los seis y siete días con electro cauterio, donde queda una colostomía en cañón de escopeta (CE), siempre se le señaló ser la técnica menos radical en el cáncer según Garlock JH, ² concebida para el colon descendente y de preferencia sigmoides e incisión oblicua izquierda baja, según Christmann FE, et al, ¹³ de manera definitiva se coloca pinza o clamp para necrosar y matar el espolón. Shackelford RT, ¹⁴ señala que se puede utilizar también en el colon derecho y el transversal, en este caso se debe reseca el ligamento gastro-

cólico y el epiplón mayor, el resto del proceder es el ya descrito. ^{2, 12, 14}

2. PQ de Von Volkmann: se llamó colectomía izquierda con ano in situs. Se hace de dos maneras: con abdomen abierto, Bouilly y Von Volkmann, citado por Quénu J, ¹ hicieron las primeras y, con abdomen cerrado, donde se realizó la resección fuera después de cerrado el abdomen. Sección del asa a 2-3 cm del plano cutáneo. Se dan puntos totales en la mitad posterior de la boca, por supuesto, no se coloca clamp ni se abre el espolón. Se deja colostomía en CE que nunca va a cerrar de manera espontánea, si la incisión es oblicua izquierda, el asa se exterioriza por ella y debe protegerse de manera hermética con el peritoneo, pero si es media, entonces hay que hacer contrabertura en el cuadrante inferior izquierdo para extraerla con el tumor, al dar puntos seromuscular a las dos ramas del asa en unos 6 a 8 cm para afrontarlas. ¹

3. PQ de Von Mickulicz-Paul: se utiliza en colon sigmoides solo que se exterioriza el asa por contrabertura en fosa iliaca izquierda, no se fija intestino a pared, se cierra la incisión inicial sin drenaje; se secciona el asa fuera de cavidad. Donde se puede dejar o no tubo de vidrio en el asa proximal obstruida para descomprimir; 48 horas después se retiran ambos clamps con electro cauterio, luego de una semana se procede igual con el espolón, incluso señalan que esta fístula puede cerrar de forma espontánea. ^{14, 16}

4. PQ de Hartmann: (1923) que reporta en 1930 y reseca sigmoides junto al tumor. Se secciona la porción proximal que se extrae por contrabertura y se construye una sigmoidostomía

Luego se secciona la porción distal por debajo del tumor, donde se elimina el asa afecta, el remanente o muñón rectal se sutura y quedará libre intra o extra peritoneal. De todos estos procedimientos es el más utilizado y no es una colostomía en CE. ^{1, 11, 17, 18}

5. PQ de Rankin: en 1930, parecido al Von Mickulicz-Paul, trata de ser más radical por la malignidad; de inicio utilizaba clamp de Martel, luego ideó uno de tres ramas que lleva su nombre y se coloca a 1,5 cm de la piel, se secciona el intestino sin retirar las pinzas; el clamp proximal se retira a las 36 a 48 horas y el distal al sexto o séptimo día y queda una colostomía en CE con un espolón intermedio entre las dos suturas en ambas paredes donde se coloca el clamp o enterotribo. ^{2, 14, 15}

6. PQ de Von Mickulicz-Lahey: ideado para los tumores de colon transverso y colon derecho, en este caso una de las ramas a reseca es ileal y la otra colon transverso, de inicio es igual al resto; una de las desventajas es que el contenido ileal irrita la piel. Al reseca ambos cabos si no hay obstrucción se hace al mismo nivel, pero si lo hay, se deja el asa delgada unos 10 cm más larga que la colónica con un tubo de vidrio dentro del asa donde es fijada con ligadura para dejar salir el contenido alejado de la piel, pasado una semana se recorta esta asa y se procede igual. Esta modificación fue ideada por Lahey, según Shackelford RT. ¹⁴

En resumen los PQ de Rankin y Lahey solo modifican el original de Von Mickulicz aunque son superiores y con igual utilidad, pueden hacerse a distintos niveles del colon y solo tienen algu-

nas diferencias. Señalar que el PQ de Von Mickulicz y el Rankin pueden ser una opción en el vólvulo de sigmoides con signos de compromiso vascular, además en trauma de colon y otras enfermedades benignas de esta localización, pero no es la opción en la actualidad. ^{2, 14, 18, 19}

Aunque utilizado el término es incorrecto denominar PQ de Rankin-Von Mickulicz o a lo Rankin-Von Mickulicz, como suele aparecer con cierta frecuencia en la literatura consultada, ²⁰⁻²³ porque tienen diferencias significativas.

CONCLUSIONES

Se hace una revisión histórica y cronológica de los PQ de ROEC. Los más lejanos en el tiempo fueron Bloch, Paul, Von Mickulicz y Von Volkman, a posteriori surge el PQ de Rankin y las modificaciones a la técnica original antes señaladas. El PQ descrito por Hartmann es una útil variante de resección y exteriorización.

Se reconoce la necesidad de conocer el devenir histórico de estos PQ, algunos poco utilizados hoy pero de gran utilidad en un momento dado. No es correcto usar el término PQ de Rankin-Von Mickulicz o a lo Rankin-Von Mickulicz pues son parecidos pero no iguales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quénu J, Loygue J, Perrotin J, Dubost C, Moreaux J. Exteriorización. En: Quénu J, Loygue J, Perrotin J, Dubost C, Moreaux J, editores. Intervenciones sobre la pared abdominal y el tubo digestivo. 1ra ed. Barcelona: Editorial Toray-Masson SA; 1968. p. 859-927.

2. Garlock JH. Cirugía del intestino grueso y del recto. En: Garlock JH, editor. Cirugía del aparato digestivo. 1ra ed. Barcelona: Editorial Salvat SA; 1970. p. 468-72.
3. Concepción Quiñones L, Valdés Vega JL, Valdés Vega Y. Impacto de las anastomosis primarias de colon con o sin preparación mecánica. Rev Soc Perú Med Interna. 2013;26(1):17-21.
4. Onder A, Kapan M, Arikanoglu Z, Palanci Y, Gumus M, Aldemir M, et al. Sigmoid colon torsión: mortality and relevant risk factors. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(1):127-32.
5. Osiro SB, Cunningham D, Shoja MM, Tubbs RS, Gielecki J, Loukas M. The twisted colon: a review of sigmoid volvulus. Am Surg. 2012;78(3):271-9.
6. Soberón Varela I, de la Concepción de la Peña AH, Fernández González J, Hernández Varea JA, Blanco Selles RA. Resultados de la sutura primaria de colon en lesiones penetrantes de abdomen. Rev Cub Cir. 2010;49(4):43-51.
7. Moghadamyeghaneh Z, Hanna MH, Carmichael JC, Millas SD, Pigazzi A, Nguyen NT, et al. Nationwide analysis of outcomes of bowel preparation in colon surgery. J Am Coll Surg. 2015;220(5):912-20.
8. Thibaudeau E, Roch A, Branger F, Arnaud JP. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de las colostomías. Téc Quir Apar Dig. 2013;29(4):1-5.
9. Pirllet I, Mercier N, Fabre JM. Tratamiento quirúrgico del cáncer del colon izquierdo. Téc Quir Apar Dig. 2014;30(1):1-11.
10. Martínez Alonso MA, Torres Peña R, Barreras González J, Pereira Fraga JG, Roque González R, Martínez Bourriacat N. Índice de conversión en las resecciones laparoscópicas de colon y recto. Rev Cuba Cir. 2015;54(1):9-17.
11. Armas Pérez Bárbaro Agustín. Proceder quirúrgico de Hartmann en la cirugía del colon distal. Arch méd Camagüey [Internet]. Abr 2013 [citado 31 Jul 2015];17(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000200003&lng=es
12. Masoomi H, Stamos MJ, Carmichael JC, Nguyen B, Buchberg B, Mills S. Does primary anastomosis with diversion have any advantages over Hartmann's procedure in acute diverticulitis? Dig Surg. 2012;29(4):315-20.
13. Christmann FE, Ottolenghi CE, Raffo JM, Von Grolmann G. Cirugía del intestino grueso. En: Christmann FE, Ottolenghi CE, Raffo JM, Von Grolmann G, editores. Técnica Quirúrgica. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1946. p. 311-3.
14. Shackelford RT. The Colon. En: Shackelford RT, editor. Surgery of the alimentary tract. 1ra ed. Vol 2. Philadelphia: editorial W.B. Saunders Company; 1965. p. 1495-587.
15. Cohn I, Nance FC. Colon y Recto. Lesiones inmediatas o pre malignas y lesiones malignas. En: Sabiston DC Jr, editor. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. 14 ed. México DF: Editorial

Interamericana; 2002. p. 1071-80.

16. Charúa Guindic L. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. Rev Med Hosp Gen Mex. 2006;69(2):113-8.
17. Oberkofler CE, Rickenbacher A, Raptis DA, Lehmann K, Villiger P, Buchli C, et al. Hartmann vs resección y anastomosis primaria. Ann Surg. 2012;256(5):819-27.
18. Olukayode MJ, Akingboye OC. Factors affecting reversal following Hartmann's procedure: experience from two district general hospitals in the UK. Surgery Today. 2011;41(1):79-83.
19. Amado Blanco I, Laffita Labañino W. Oclusión intestinal por nudo ileosigmoideo. Rev Cubana Cir [Internet]. Sep 2015 [citado 15 Mar 2016];54(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300009&lng=es
20. Jiménez Carrazana AA, Rodríguez López Callejas CA. Colostomía. En: Jiménez Carrazana AA, Rodríguez López-Callejas CA, editores. Manual de Técnicas Quirúrgicas. 1ra ed. La Habana: Ecimed; 2008. p. 50-4.
21. Domínguez González EJ, Piña Prieto LR, Cisneros Domínguez CM, Romero García LI. Escala predictiva de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica. Rev Cubana Cir [Internet]. Jun 2015 [citado 24 Dic 2015];54(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200005&lng=es

22. Estepa Pérez J, Santana Pedraza T, Estepa Torres J. Manejo del vólvulo de sigmoides en tres hospitales integrales comunitarios de la misión médica cubana en Bolivia. Medisur [Internet]. 2013 [citado 2 Ago 2013];11(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2370>
23. Márquez Hernández J, Noya Pimienta M, Hooker H. Propuesta alternativa para el tratamiento del vólvulo sigmoideo. Arch méd Camagüey [Internet]. Feb 2010 [citado 28 Nov 2015];14(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100006&lng=es

Recibido: 26 de septiembre de 2016

Aprobado: 17 de noviembre de 2016

Dr. Bárbaro Agustín Armas Pérez. Especialista en Cirugía General. Hospital Universitario Amalia Simoni. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: baap@finlay.cmw.sld.cu