

## COLECTOMÍA DERECHA AMPLIADA. LUGAR EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON IZQUIERDO PROXIMAL OBSTRUCTIVO

Luis Gramática (h), Paul Eduardo Lada, Andres Mercado Luna, Roberto Badra,  
Diego Bono y Luis Gramática

Clínica Sucre SRL. Córdoba. Argentina.

Dirección Postal: Figueroa Alcorta 66, 4º G. (5000) Córdoba, Argentina.

### Resumen

Se analizan los resultados obtenidos en 19 pacientes operados por cáncer de colon izquierdo con variable grado de obstrucción. Diecisiete fueron operados por un cáncer de colon izquierdo obstructivo ubicados: cinco en el colon transverso distal, cinco en el ángulo esplénico y siete en el colon descendente proximal, tres de ellos con neoplasias sincrónicas derechas. Dos pacientes con un cáncer, uno localizado en el ángulo esplénico y otro en el descendente proximal fueron reintervenidos a las tres semanas de haberseles practicado una colostomía transversa por un cuadro oclusivo. No hubo mortalidad operatoria. Un paciente tuvo que ser reintervenido por el desarrollo de una peritonitis generalizada a partir de una fístula por disrupción parcial de la anastomosis ileo-cólica termino-terminal. Se realizó la exteriorización de ambos extremos, con evolución favorable y posterior reanastomosis. También en un paciente con un cáncer de ángulo esplénico exteriorizado hubo que drenar a los diez días un absceso retroperitoneal por punción percutánea y una lesión grado uno del polo inferior del bazo fue resuelta con electrofulguración. Ningún paciente ha presentado diarrea invalidante y todos se han estabilizado en 2-3 deposiciones por día alrededor de los dos meses de la cirugía. La CDA, es una operación segura con una morbi-mortalidad operatoria baja y tiene un lugar privilegiado en el tratamiento de pacientes con neoplasias sincrónicas y/o carcinomas asociados a pólipos, sobre todo en aquellos casos con variable grado de obstrucción.

**Palabras claves:** Colectomía derecha ampliada - Cáncer de colon izquierdo proximal obstructivo.

### Abstract

The results obtained about nineteen (19) patients operated by left colon cancer with variable grade obstruction have been analysed. Seventeen (17) patients operated due to obstructive left colon cancer situated: five (5) in distal transverse colon, other five (5) at splenic flexure and seven (7) in proximal descending colon but three of them with right synchronic neoplasias. The remaining two (2) that showed a cancer located at splenic flexure and the other one in proximal descending colon were reoperated three weeks later than a transverse colostomy had been performed owing to an obstructive condition. One patient had to be reoperated because a generalised peritonitis from a fistula with partial disruption on end to end ileo-colic anastomosis. Exteriorisation of both ends was carried out with favourable evolution and subsequent reanastomosis. An exteriorised patient by splenic flexure cancer also had to be drained ten days later for a retroperitoneal abscess through a percutaneous puncture and a lesion grade 1 in lower pole of spleen was resolved with electrofulguration. No patient has showed invalidating diarrhea and all themselves have been stabilised with two or three stools daily about two month after surgery. Amplifying right colectomy is a safe procedure with low surgical morbimortality and take privileged place in the treatment of the patients



undergoing synchronical neoplasias and/or carcinomas associated with polyps, specially in all those cases when a variable grade of obstruction have occurred.

**Key words:** Amplifying right colectomy - Obstructive left colon cancer

## Introducción

El tratamiento del cáncer de colon izquierdo proximal, más aún con alteraciones en el tránsito intestinal es, a pesar de los numerosos trabajos publicados, motivo de grandes controversias. Los objetivos fundamentales terapéuticos ideales en este grupo de enfermos son obtener la menor morbi- mortalidad operatoria, con una cirugía oncológica, en un tiempo quirúrgico y reintegrar al paciente lo antes posible a su actividad laboral. Con la idea de evitar la anastomosis colo-colónica y de los procedimientos por etapas, ha sido propuesta la colectomía derecha ampliada (CDA) en el tratamiento del cáncer de colon izquierdo proximal obstructivo, con el objeto de aprovechar las ventajas de las suturas ileo-cólicas y realizar un procedimiento en un tiempo.

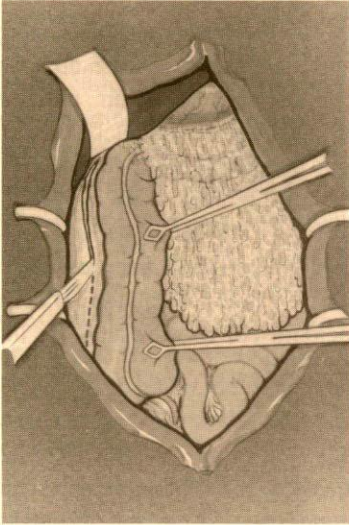
Desde hace varios años, guiados por estas premisas, comenzamos a practicar la CDA en el cancer de colon izquierdo proximal obstructivo con muy buenos resultados, los cuales son el motivo del presente trabajo.

## Material y Método

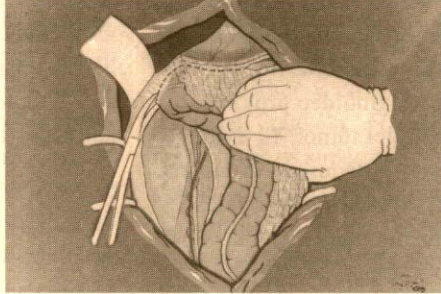
Se analizan los resultados obtenidos en 19 pacientes operados por cáncer de colon izquierdo con variable grado de obstrucción. Nueve enfermos eran del sexo masculino con una edad comprendida entre 55 y 74 años. De los 19 casos, 17 fueron operados por un cáncer de colon izquierdo obstructivo ubicados: 5 en el colon transversal distal, cinco en el ángulo esplénico y 7 en el colon descendente proximal, tres de ellos con neoplasias sincrónicas derechas. 2 pacientes con un

cáncer, uno localizado en el ángulo esplénico y otro en el descendente proximal fueron reintervenidos a las tres semanas de haberseles practicado una colostomía transversa por un cuadro oclusivo. En el concepto de cáncer obstructivo incluimos a pacientes con signos evidentes clínicos y radiológicos de dificultad en el tránsito colónico, hallazgos que fueron corroborados en el acto operatorio, y que estuvieron presentes en forma total en 6 de los 2 pacientes operados primariamente y en los 2 derivados con una colostomía previa. Todos los pacientes fueron explorados a través de una incisión mediana supra y ligeramente infraumbilical. Realizada la semiología del abdomen abierto, se secciona el peritoneo parieto-cólico derecho, para permitir la movilización en sentido medial del ciego, colon ascendente e íleon distal, con identificación del uréter derecho al cruzar la arteria iliaca primitiva. La disección roma retroperitoneal se continúa hacia arriba hasta alcanzar la tercera porción del duodeno identificando los vasos espermáticos o utero-ováricos (Fig. 1). Para facilitar las maniobras iniciales de liberación del epiplón mayor, nosotros acostumbramos a introducir el dedo casi a ciegas por el tenue epiplón gastro-hepático y siguiendo la cara posterior del estómago presentar y facilitar la realización del ojal inicial que permitirá la sección del epiplón mayor. Ampliación del ojal hacia la derecha siguiendo la curvatura mayor antral y descenso del ángulo hepático previa sección del peritoneo y el ligamento freno-hepato-cólico a ese nivel (Fig. 2). Sección del epiplón gastro-cólico hacia el ángulo esplénico y del peritoneo parieto-cólico izquierdo con posterior movilización medial con maniobras de disección roma del colon descendente. Como muestra la figura 3 cuando las condiciones anatomoquirúrgicas lo permiten, lo cual casi siempre es posible, realizamos una ligadura proximal y distal al tumor para tracción y evitar la diseminación neoplásica intraluminal y en forma menos rutinaria tratamos de ligar inicialmente los elementos vasculares. Teniendo especial precaución de no lesionar el polo inferior del bazo, se tracciona el colon proximal y distal al ángulo esplénico para facilitar la sección del ligamento esplen-

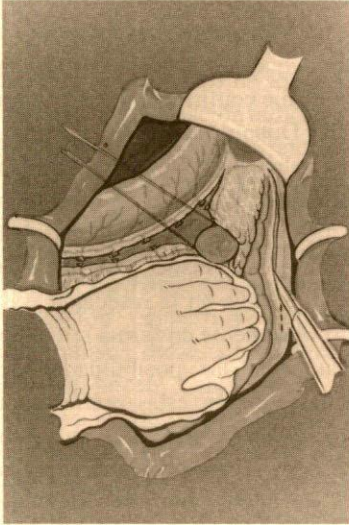




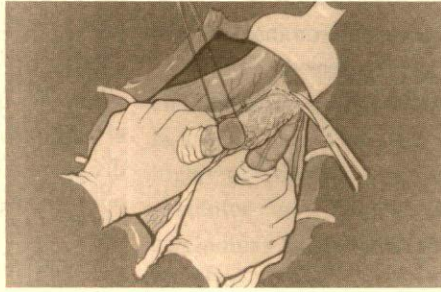
**Fig. N° 1:** se separan hacia adentro y la izquierda el colon derecho y el intestino delgado. Con bisturí se secciona el peritoneo parieto-cólico derecho siguiendo la línea de fusión de Toldt.



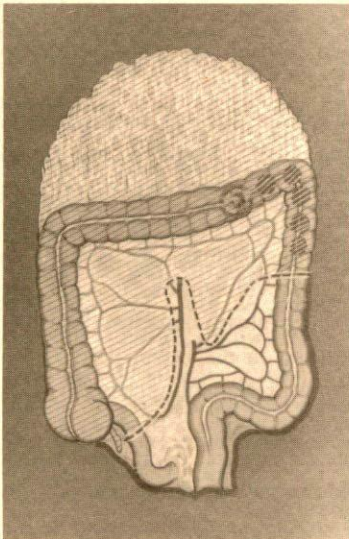
**Fig. N° 2:** se amplía la esqueletización del estómago siguiendo la mitad distal de la curvatura mayor y se presenta el ángulo hepático del colon para la sección del ligamento freno-hepato-cólico derecho y movilización del mismo.



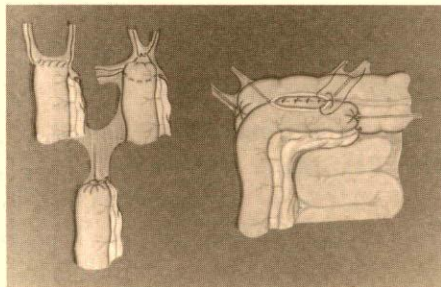
**Fig. N° 3:** ampliación de la liberación del epiplón mayor hacia la izquierda hasta cerca del ángulo esplénico. Separación del colon descendente hacia la línea media y movilización del mismo previa sección del peritoneo parieto-cólico izquierdo siguiendo la línea de fusión peritoneal o de Toldt.



**Fig. N° 4:** se traccionan suavemente los segmentos colónicos movilizados, próximos al ángulo esplénico para seccionar el ligamento freno-esplenocólico y posterior descenso del colon.



**Fig. N° 5:** dibujo esquemático que muestra la magnitud de la resección, que incluye ileon terminal, ciego, colon ascendente, transversal, descendente y epiplon mayor.



**Fig. N° 6:** el extremo del ileon terminal y del colon son cerrados con la misma técnica, con posterior anastomosis latero-lateral en un plano.



cólico con posterior movilización de este sector (Fig. 4).

La magnitud de la resección está sintetizada junto con la ubicación topográfica de las lesiones de nuestra experiencia en la figura N° 5. Ligadura de los vasos cólicos derechos, medios e izquierdos y preparación del íleon terminal a unos 5-7 cm. de la válvula ileocecal que se jalona y secciona. Sección del colon descendente y/o sigmoideo proximal de acuerdo a la ubicación del tumor. El extremo ileal y colónico fueron tratados de la misma manera, es decir, con un surget extramucoso y posterior invaginación por medio de una jareta (Fig. 6). En 18 pacientes se realizó una anastomosis ileo-cólica latero-lateral ya sea con puntos separados seromusculares extramucosos o con un surget seromuscular también extramucoso y en el restante se practicó una anastomosis termino-terminal. Para la sección del íleon terminal y del colon también puede utilizarse la sutura mecánica tipo GIA con doble línea de agrafes que cierra y divide ambos extremos, material técnico que no fue empleada en nuestra experiencia.

Todos los pacientes fueron mantenidos en reposo digestivo por un período de 3 días para posteriormente iniciar la alimentación oral progresiva.

### Resultados

No hubo mortalidad operatoria. Un paciente tuvo que ser reintervenido por el desarrollo de una peritonitis generalizada a partir de una fistula por disrupción parcial de la anastomosis ileo-cólica termino-terminal. Se realizó la exteriorización de ambos extremos, con evolución favorable y posterior

reanastomosis. También en un paciente con un cáncer de ángulo esplénico exteriorizado hubo que drenar a los diez días un absceso retroperitoneal por punción percutánea y una lesión grado uno del polo inferior del bazo fue resuelta con electrofulguración. En la Tabla I están resumidas las complicaciones observadas. Ningún paciente ha presentado diarrea invalidante y todos se han estabilizado en 2-3 deposiciones por día alrededor de los dos meses de la cirugía.

### Discusión

Goligher y Smiddy (1) demostraron en 1957 que la resección primaria en la neoplasia obstructiva de colon izquierdo tenía un mayor riesgo operatorio que los procedimientos en etapas, hecho que fue confirmado 17 años más tarde por Welch y Donaldson (2). Sin embargo, de acuerdo a los trabajos de Fielding y Wells (3) la resección primaria tiene a los 12 meses y a los 5 años una menor incidencia de mortalidad por recurrencia tumoral y Fisher y Turnbull (4) sugirieron que el retraso en la resección y el manipular quirúrgicamente en forma reiterada el abdomen aumenta las posibilidades de diseminación. Basados en estas premisas, a nuestro entender válidas al menos de un punto de vista teórico, uno puede preguntarse ¿cuál es la razón, para no aplicar en este grupo de pacientes el principio de anastomosar el íleon terminal al colon como es unánimemente aceptado en la literatura mundial para el tratamiento del cáncer de colon derecho obstructivo? (5)

Siguiendo esta línea de razonamiento, el realizar una CDA permitirá ofrecer al paciente una serie de ventajas con relación a la operación por etapas con o sin resección primaria. En primer lugar, se elimina la confección de una colostomía, lo cual por razones obvias es absolutamente deseable. Aunque la extirpación del colon derecho no ofrece mayor seguridad oncológica ni es esta la razón por la cual se indica la práctica de una CDA, permite realizar una operación radical con la posibilidad concreta de extirpar pólipos proximales o tumores sincrónicos como fue

COMPLICACIONES	NUMERO
ATELECTASIAS	2
LESION ESPLÉNICA	1
ABSCESO DE PARED	4
ABSCESO RETROPERITONEAL	1
FISTULAS	1

Tabla N°1



observado en 3/19 (15,7 %) de nuestros casos. Por lo general, estas lesiones pasan desapercibidas tanto en el preoperatorio como en el acto quirúrgico por las dificultades que se encuentran para realizar una semiología precisa del colon obstruido. Debemos destacar que el colon usado para la anastomosis es distal al tumor y por lo tanto normal y en general limpio y que el íleon terminal frecuentemente no está distendido si la válvula ileo cecal es continente. No obstante, aun con intestino delgado distendido, la anastomosis ileal es considerada "segura" en toda la literatura e inclusive con un menor porcentaje de fistulas que las colo-colónicas(6). Las complicaciones operatorias son por lo general menores que la suma de las complicaciones de los procedimientos por etapas(7). Basados en los conceptos de Fisher y Turnbull(4) y de Fielding y Wells(3) uno puede postular que los resultados en términos de sobrevivida deben ser mejores si una operación radical es realizada en forma primaria. El postoperatorio inmediato es llamativamente bueno y la evolución alejada desde un punto de vista funcional es excelente, estabilizándose los pacientes después de 2 a 3 meses en 2 ó 3 deposiciones diarias sin dieta ni medicación específica y obviamente sin compromiso del estado general (8-9-10). A este respecto, queremos destacar la importancia de conservar la mayor cantidad de íleon terminal posible, pues el mismo con el tiempo desarrolla una gran capacidad de reabsorber agua y de asumir algún grado de función colónica (11). Por todo lo expuesto anteriormente, resulta fácil aceptar que la estadía hospitalaria, el reintegro laboral como así también los costos financieros son mucho menores(7).

En relación a aspectos técnicos, nosotros siempre hemos preferido realizar una anastomosis ileo-cólica latero-lateral con el concepto de que la misma permite adaptar ostomías de una misma longitud, con mejor vascularización, en un plano, a puntos separados y en los últimos 10 casos con dos hemisurget de polietilenglicol 3/0. Sin que la pequeña experiencia de este trabajo tenga un valor estadístico, en el único paciente de esta serie en que se realizó una anastomosis término-terminal a pesar de la depurada técnica

que se utilizó, se fistulizó. Así mismo, nosotros creemos que en condiciones ideales de trabajo, el uso de sutura mecánica para la sección y cierre del extremo ileal y colónico ofrece como contribución adicional la disminución de la contaminación de la cavidad peritoneal (7).

Con respecto a los cánceres sincrónicos, a pesar de que es aceptado su existencia en un 2 a un 4% de los casos, autores como Teicher y cols(12). y Chu y cols(13). sostienen que la presencia de neoplasias sincrónicas es superior al 50% en paciente con cáncer de colon obstructivo, hecho llamativo y que brinda un fuerte apoyo adicional al concepto de CDA. Además, debemos destacar que la CDA es una operación con baja mortalidad y a este respecto nuestros resultados y la de numerosos autores lo testifican(14-15).

### Conclusión

En síntesis, la CDA, es una operación segura con una morbi-mortalidad operatoria baja, y técnicamente no es más difícil que la resección convencional de colon. Las complicaciones como fistulas o recurrencias en la línea de sutura no son frecuentes y tiene un lugar privilegiado en el tratamiento de pacientes con neoplasias sincrónicas y/o carcinomas asociados a pólipos, sobre todo en aquellos casos con variable grado de obstrucción, en donde resulta difícil evaluar con medios radiológicos o inclusive semiológicos intraoperatorios, el colon proximal. La CDA debe también ser tenida presente en pacientes con una colostomía transversa previa, realizada como primer paso del tratamiento de un cáncer obstructivo de colon izquierdo proximal, en donde una correcta evaluación indica las posibles ventajas de la resección de la colostomía con el colon derecho para realizar una anastomosis ileo-cólica en una etapa. Así mismo, y de acuerdo a la literatura esta operación sería el método de elección en pacientes añosos y con metástasis hepáticas pues al evitar una colostomía mejoraría la calidad de vida de los mismos(14).



Es frecuente que en la literatura anglosajona, esta técnica quirúrgica que llamamos CDA sea denominada colectomía subtotal, ampliando sus indicaciones para las lesiones ubicadas en el sigma distal, concepto que nosotros no compartimos sobre todo en pacientes ancianos, en mal estado general y con algún grado de incontinencia anal(15). Por otro lado, creemos que no hay razones científicamente válidas para indicar una CDA profiláctica, es decir, para evitar el posible desarrollo de un cáncer de colon metacrómico, como sostienen Demeter y Freeark(16).

### Referencias

- 1- Goligher JC y Smiddy FF. The treatment of acute obstruction or perforation with carcinoma of the colon and rectum. *Br J Surg* 45:270-4, 1957.
- 2- Welch JP y Donaldson CA. Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. *Am J Surg* 127: 492-9, 1974.
- 3- Fielding LP y Wells BW. Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. *Br J Surg* 61: 16, 1974.
- 4- Fisher ER y Turnbull RB (Jr). The cytologic demonstration and significance of tumor cells in the mesenteric venous blood in patients with colorectal carcinoma. *Surg Gynecol Obstet* 100: 102, 1955.
- 5- Gramática Luis (h). Cáncer de colon izquierdo proximal obstructivo. Nuestra conducta terapéutica. Presentado en la Sociedad de Cirugía de Córdoba el 28 de octubre de 1998.
- 6- Fielding L. Anastomotic integrity after operations for large bowel cancer. *Br Med J* 281 : 411, 1980.
- 7- Deutsh AA, Zelikovsky A, Sternberg A, Reiss R. One stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. *Dis Colon Rectum* 26: 227-230, 1983.
- 8- Klatt GR, Martin WH, Gillespie JT. Subtotal colectomy with primary anastomosis without diversion in the treatment to obstructing carcinoma of the left colon. *Am J Surg* 141 : 577-578, 1981.
- 9- Brief DK, Brener BJ, Goldenkranz R et al. An argument for increased use of subtotal colectomy in the management of carcinoma of the colon. *Am Surg* 49(2) : 66-72, 1983.
- 10- Glass RL, Smith LE, Cochran RC. Subtotal colectomy for obstructing carcinoma of the left colon. *Am J Surg* 145: 335-336, 1983.
- 11- Brief DK, Brener BJ, Goldenkranz R et al. Defining the role of subtotal colectomy en the treatment of carcinoma of the colon. *Ann Surg* 213: 248-252, 1991.
- 12- Teicher Y, Abrahams JF. The treatment of selected cases of multiple polyps, familial polyposis and diverticular disease of the colon by subtotal colectomy and ilioproctostomy. *Surg Gynecol Obstet* 103: 136-146, 1956.
- 13- Chu DZJ, Giacco G, Mardia RG, Guinee VF. The significance of synchronous carcinoma and polyps in the colon and rectum. *Cancer* 57: 445-450, 1986.
- 14- Kluger Y, Shiloni E, Jurim O, Katz E, Rivkind A y cols. Subtotal colectomy with primary ileocolonic anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon: valid option for elderly high risk patients. *Isr J Med Sci* 29(11): 726-30, 1993.
- 15- Torralba JA, Robles R, Parrilla P, Lujan JA, Liron R y cols. Subtotal colectomy vs. Intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 41(1): 18-22, 1998.
- 16- Demeter JG, Freeark RJ. The role of prophylactic subtotal colectomy in metachronous carcinoma of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet* 175(1): 1- 7, 1992.