

La Resección Abdominoperineal del Recto

Experiencias en el Hospital M. Pérez Carreño

Dr. Pedro Morgado Nieves *

Dr. José Pérez Pérez *

Dr. Odoardo Millán **

Dr. Roberto Varnagy **

Dra. Yvonne Bayeh

Miles, en 1910, describió la resección abdominoperineal del recto, para asegurar la más amplia eliminación posible del drenaje linfático de la pelvis en los casos que se operaban por cáncer del recto (1,2). Esta operación dio origen a una variante ideada por Gabriel en 1934 (1) y fue llamada resección perineo-abdominal, donde básicamente se invertían los tiempos operatorios. Posteriormente, Lloyd-Davies (4) revivió en 1938 la posición de Trendelenburg-litotomía e introdujo la resección abdomino-perineal-combinada-sincrónica del recto.

La posición de Trendelenburg-litotomía fue primeramente utilizada por Bloodgood (5) en 1901. En esta posición, los campos abdominal y perineal son expuestos al mismo tiempo, permitiendo que dos equipos quirúrgicos actúen de manera sincrónica en ellos. Inicialmente, la posición fue utilizada para afrontar los grandes tumores adherentes, que llenaban la pelvis casi totalmente y que no hubieran podido resecarse de no haber sido posible abordarlos al mismo tiempo por vía abdominal y por vía perineal.

La resección abdomino-perineal-combinada-sincrónica del recto ofrece las siguientes ventajas: 1) tumores voluminosos o avanzados pueden ser removidos con mayor seguridad y precisión, aumentándose en esta forma la rata de resecabilidad; 2) permite controlar la hemorragia originada en las profundidades de la pelvis, particularmente la resultante del desgarramiento de los plexos venosos presacros; 3) otra víscera abdominal puede ser removida al tiempo que se progresa en la disección perineal; 4) el plan operatorio puede ser alterado y, si hay indicación, puede emplearse más bien una operación que permita restablecer la continuidad del segmento rectal; 5) permite el entrenamiento de un número apreciable de cirujanos y 6) disminuye la fatiga quirúrgica del personal embarcado en esta

* Cirujano, IV Servicio de Cirugía, Hospital Miguel Pérez Carreño.

** Residente, IV Servicio de Cirugía, Hospital Miguel Pérez Carreño.

formidable agresión quirúrgica. Todas estas ventajas representan para el paciente, además, una disminución muy considerable del tiempo quirúrgico y por consiguiente se disminuye también el riesgo anestésico.

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer la experiencia lograda en el Departamento Quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño, en Caracas, mediante el empleo de la resección abdomino-perineal combinada sincrónica del recto entre 1970 y 1976.

Otros resultados obtenidos con esta técnica han sido comunicados previamente a esta Sociedad (3).

MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado las historias clínicas de 15 pacientes en quienes se practicó una resección abdomino-perineal del recto, entre el 15 de Octubre de 1970 y el 31 de Diciembre de 1976, recopilando los datos relativos a edad y sexo, diagnóstico pre-operatorio, preparación de colon empleada, tipo de intervención realizado, complicaciones intra-operatorias, tiempo quirúrgico empleado, tratamiento post-operatorio, complicaciones y resultados inmediatos.

EDAD Y SEXO

Diez pacientes correspondían al sexo femenino y cinco al masculino; la mayor incidencia ocurrió entre 40 y 60 años de edad, con un paciente menor de 40 años y 3 pacientes mayores de 60 años.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Todos los pacientes fueron operados por cáncer de ano, canal anal o recto extraperitoneal. En uno de los pacientes, el cáncer aparentemente se injertó sobre una enfermedad de Nicholas-Favre de 20 años de evolución.

PREPARACION PRE-OPERATORIA

La mayoría de los pacientes fue preparado con Aceite de Ricino, a dosis de 30 Gr por vía oral, cuatro días y dos días antes de la intervención; dieta de poco residuo desde igual fecha; dieta líquida y Penicilina Cristalina intravenosa a dosis de 300.000 unidades por kilo de peso por día, desde el día anterior a la intervención. Los pacientes así preparados no recibieron enema de ningún tipo. Otras preparaciones incluyeron enemas y Kanamicina intramuscular.

TIPO DE INTERVENCION

Fueron hechas 12 resecciones por la técnica combinada sincrónica y tres resecciones abdomino-perineales por la técnica de Miles, es decir, con un solo equipo quirúrgico. Todos los cirujanos estuvieron de acuerdo en resecar la pared posterior de la vagina en los casos tratados; en 12 se hizo resección del coxis y en tres se hizo histerectomía. En diez pacientes se completó una linfadenectomía pélvica. El orificio de la colostomía fue confeccionado al principio de la intervención, haciendo una colostomía en trépano, en trece pacientes. En los demás el orificio se construyó al final de la intervención. En 10 pacientes se cerró parcialmente el periné y en los restantes se dejó un taponamiento con gasa.

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

En las historias revisadas se deja constancia de que hubo sangramiento pélvico

importante en cinco pacientes: en dos de los operados con 2 equipos y en tres de los operados con 1 solo equipo. No hubo muertes peroperatorias ni accidentes graves atribuibles a la anestesia que, en la mayoría de los casos, se hizo con Halothane. En una paciente se empleó anestesia peridural continua y en dos pacientes se hizo anestesia balanceada.

TIEMPO OPERATORIO

El tiempo operatorio varió entre 2 horas y 20 minutos y 6 horas y 20 minutos, correspondiendo el primero a una intervención combinada sincrónica que incluyó histerectomía y ooforosalingectomía, y el segundo a una intervención con un solo equipo. Las doce intervenciones hechas según la primera técnica duraron un promedio de 3 horas y 10 minutos; las tres intervenciones hechas con un solo equipo duraron, por término medio, 5 horas y 18 minutos.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

En todos los pacientes el tratamiento consistió en la administración de Meperidina, succión nasogástrica con sonda de Salem, hidratación y administración de sangre cuando estaba indicada, antibióticos —Penicilina, Gentamicina, Kanamicina— y cuidados rutinarios de enfermería.

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Un paciente falleció en el post-operatorio inmediato, al tercer día por aspiración de cuerpo extraño —prótesis dentaria—. Cinco pacientes hicieron absceso perineal y uno de ellos, operado por un solo equipo, hizo además una fístula colónica que ameritó la refacción de la colostomía inicialmente construida. Esta paciente egresó de su servicio contra opinión médica, después de sortear exitosamente una sepsis a Gram-negativos. Nueve pacientes evolucionaron sin ninguna complicación hospitalaria. En los pacientes que tuvieron absceso de la pared, tres de ellos presentaron también una paresia vesical severa, que requirió el empleo de sonda vesical durante un tiempo que varió entre semanas y meses.

Excepto en el paciente anteriormente mencionado, en los demás no hubo complicaciones intra-hospitalarias relacionadas con la colostomía.

EVOLUCION

Solamente un paciente falleció en el post-operatorio inmediato, en circunstancias no imputables al acto quirúrgico: se tragó una plancha dental. El resto, a excepción de un paciente que egresó del Hospital contra opinión médica, fue dado de alta en buenas condiciones.

El tiempo de permanencia hospitalaria varió entre 3 semanas y 6 semanas, correspondiendo la mayor estadía a aquellos casos donde el periné fue dejado abierto, taponado con gasa.

COMENTARIOS

Es evidente que las ventajas señaladas por Lloyd-Davies en relación con su intervención, han sido ampliamente aprovechadas por nuestros cirujanos. La baja mortalidad operatoria —que apenas llega al 6.6%— es comparable con cualquier estadística. El bajo tiempo operatorio, la facilidad de enfrentar las peligrosas

hemorragias intraoperatorias y la posibilidad de entrenar un amplio grupo de jóvenes cirujanos, son ventajas evidentes de la técnica.

El orificio de la colostomía, construido al comienzo de la intervención, cuando todos los planos anatómicos están en su sitio, permite la estética elaboración de un nuevo ano, que, desde el punto de vista de la mayoría de los pacientes, es la parte más importante de la operación. Las complicaciones tardías, aunque existen, particularmente la hernia de las colostomías, son menos frecuentes que en las colostomías construídas al final de la intervención.

Queremos enfatizar que la resección abdomino-perineal del recto, sea cual fuere la técnica quirúrgica empleada, es una intervención mutilante, que conlleva no solamente la pérdida de la evacuación de las heces por la vía natural, sino también la impotencia en el hombre y trastornos miccionales que pueden ser severos. En consecuencia, su uso debe restringirse cada vez más, siendo su indicación fundamental el cáncer del ano, el cáncer del canal anal y el cáncer del recto extraperitoneal, así como en ciertos tipos de tumores, principalmente vasculares, que afecten el ano y el recto.

RESUMEN

Presentamos un grupo de 15 resecciones abdomino-perineales del recto, 12 de ellas practicadas según la técnica combinada sincrónica, que representan la experiencia del Departamento Quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreño, en Caracas, entre el 15 de Octubre de 1970 y el 31 de Diciembre de 1976. Los resultados obtenidos los consideramos excelentes y recomendamos el procedimiento cuando haya indicación de una amputación del recto sin restablecimiento de la continuidad colónica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 GABRIEL W. B.: The Principles and Practice of Rectal Surgery. H. K. Lewis & Co. Ltd, London, 1963.
- 2 GOLIGHER J. C., DUKES C. E., BUSSEY H. R. Local recurrences after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. The British Journal of Surgery, XXXIX, No. 155, 1951.
- 3 HERNANDEZ C. A., BAEZ L., PERALTA J. L., RODRIGUEZ, C. G.: Extirpación abdomino-perineal del recto. Bol. Soc. Ven. Cirugía, XXV, 119, 513:525, 1971.
- 4 LLOYD-DAVIES O. V. Lithotomy-Trendelenburg position for resection of rectum and lower pelvic colon. The Lancet, 2:74, 1939.
- 5 MORGAN C. N. Carcinoma of the colon and rectum. Vol. III, 7º Congres International de l'Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastro-entérologie, Pages 58-67, 1964.