

EXTIRPACION PERINEAL DEL RECTO CON CONSERVACION DE SU ESFINTER

Hospital de San José de Bogotá.

Servicio del Prof. Manuel José Luque.

Pabellón La Pola.

Historia Clínica.

Iniciales del nombre de la enferma L. M.

Edad: 28 años.

Estado civil: soltera.

Lugar de nacimiento: Medellín.

Procedencia: Bogotá.

Profesión: oficios domésticos.

Fecha de entrada al servicio: 31 de marzo de 1943.

Fecha de la intervención: 15 de abril de 1943.

Resultado de la intervención: curación.

Fecha de salida del servicio: junio 10 de 1943.

Nuevo examen de control: julio 12 de 1944.

Resultado del nuevo examen: *persistencia de la curación:*

E. L. refiere que de niña tuvo sarampión; cuenta igualmente que el período menstrual le apareció a los 15 años, de tipo 3/25. El aspecto general de la enferma es el de una persona bien desarrollada, de regular estatura y conformación absolutamente normal.

Ingresó al servicio por lesiones del recto. Cuenta que más o menos tres años antes de entrar al hospital, comenzó a sentir tenesmo rectal, "pujo", que la deposición se hacía con dificultad cada vez mayor, que esta era, con frecuencia, teñida con sangre y, moco igualmente sanguinolenta. En los últimos tiempos solamente con lavados o purgantes lograba su evacuación intestinal, la cual día a día se hacía más difícil.

Examen objetivo.—Cuerda cólica ligeramente dolorosa y palpable. Tacto vaginal absolutamente normal, Tacto rectal: ascendiendo del ano hacia la ampolla, la primera impresión es la de un conducto de calibre inferior al normal, seguramente disminuído en

amplitud por lesiones de peri-rectitis. Se perciben igualmente formaciones de rectitis proliferante con producciones papilomatosas, discretas es verdad, pero no por ello menos evidentes. Se encuentra, a una altura de seis centímetros aproximadamente, una estrechez que no dio paso al pequeño dedo y que solamente se pudo franquear con una sonda de Nelaton bastante reducida. La disposición de la mencionada estrechez dista mucho de ser un diafragma; más bien se podría comparar a un embudo cuya parte ancha mirara hacia el ano y cuyo vértice correspondiera a la menor anchura.

Hemos dicho que a la introducción del dedo, el tacto denunciaba fácilmente la existencia de una peri-rectitis. Mas, ésta no era absolutamente uniforme; la pared anterior, la menos atacada, casi estaba normal, en cambio por atrás y hacia los lados, las tónicas del recto se fusionaban con los tejidos vecinos.

Hicimos el diagnóstico clínico de enfermedad de Nicolás y Favre con estenosis rectal concomitante.

Análisis de Laboratorio.

Reacción de Frei, triplemente positiva.

Análisis de sangre.

Azohemia: 0,178 mlgrs. de urea por litro de sangre.

Glicemia: 0,714 mlgrs. de glucosa por litro de sangre.

Abril 2 de 1943. (Fdo.) Rueda.

Análisis de orina.

Cantidad, 30 c. c. Urea, 13,30

Aspecto, turbio Cloruros, 23

Color, ámbar Fosfatos, 1

Reacción, ácida Pus: sí hay.

Albúmina, huellas Urobilina, ligeras huellas como aumento.

Glucosa, pigmentos biliares, acetona, sangre, no hay.

Intensa descamación de células epiteliales planas leucocitos dispersos, células renales, glóbulos de pus, abundante moco, gérmenes.

Abril 2 de 1943. (Fdo.) Rueda.

Examen coprológico.

Tricocéfalos: dos huevos por preparación.

Abril 5 de 1943. (Fdo.) Rueda.

Sangre.

Reacción de Wassermann: negativa.

Reacción de Kahn: negativa.

Reacción de Mazzini: negativa.

Numeración globular.

Hematíes: 4,820,000. m. m.³.

Leucocitos: 6,360. m. m.³.

Abril 5 de 1943. (Fdo.) Rueda.

En tales circunstancias y para tratar la complicación secundaria a la enfermedad de Nicolás y Favre, pensamos en la extirpación del recto por vía perineal con preservación del esfínter, que conservando la función, quitaba la estrechez.

Preparamos la enferma, por varios días, con lavados rectales con soluciones de rivanol, permanganato de potasa, agua oxigenada en proporciones débiles. Constipamos con opio, aplicamos coaguleno, y suero glucosado intravenoso.

OPERACION (raquianestesia). Compañero, doctor Belisario Calderón.

Nosotros seguimos en líneas generales, como técnica, la aconsejada por Pauchet en su *Práctica Quirúrgica Ilustrada*.

Es decir:

1º En el espacio perineal, recto-vulvar, hicimos una incisión curva, cóncava hacia el ano, a un centímetro atrás de la horquilla.

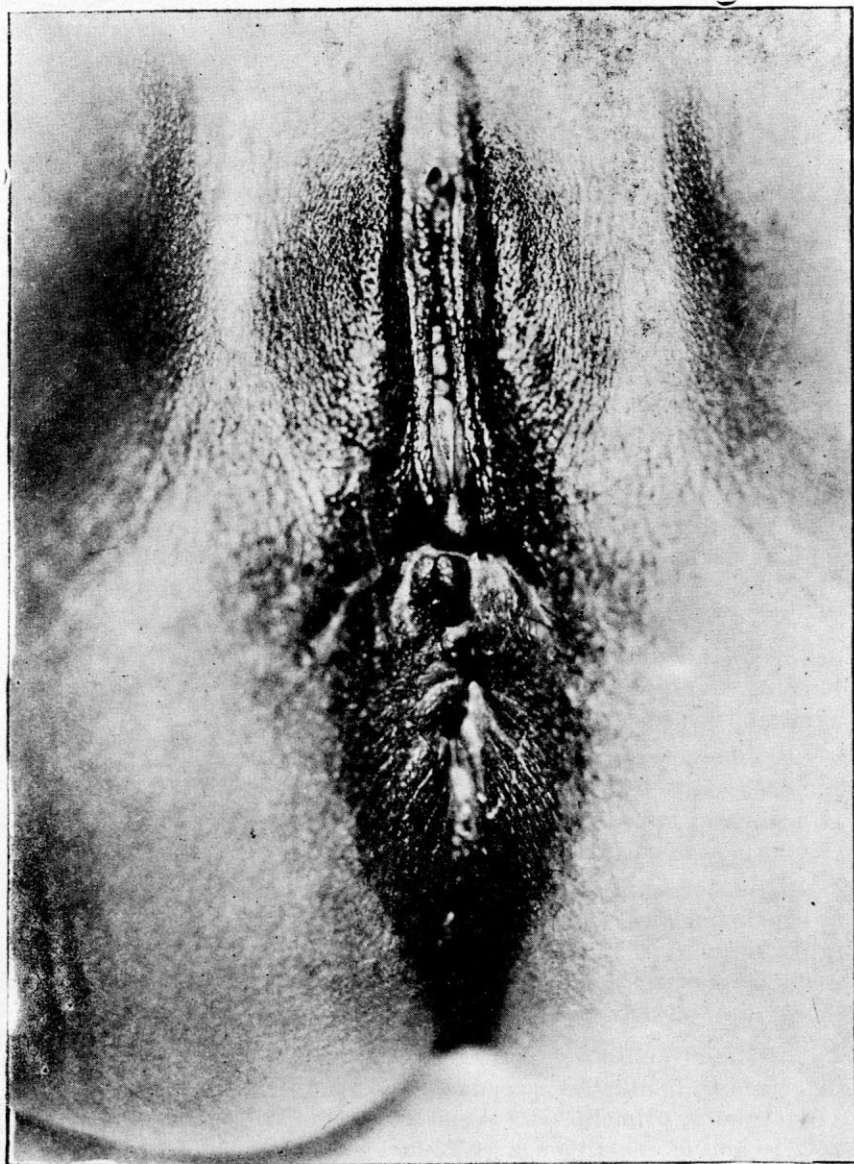
2º Hecha la incisión mencionada, desprendimos el espacio recto vaginal. En esta forma pusimos de presente la cara posterior de la vagina, el fondo de saco de Douglas, los elevadores del ano derecho e izquierdo, la cara rectal anterior y el esfínter.

3º En seguida, pasamos directamente al ano. Lo suturamos con una fuerte crin de Florencia. Luego hicimos una sección circular en la piel de su contorno, dejando hacia fuera el esfínter.

4º Cuidadosamente y con el cabo romo del bisturí, suavemente aislamos los ases musculares esfínterianos que, como hemos dicho, quedaron hacia fuera. Con ello dimos fácil salida al recto tirándolo por la brecha perineal primitivamente abierta, en el primer tiempo.

5º Ya en esta situación, se perciben distintamente los dos elevadores del ano, los cuales, para conservar su integridad se han de desinsertar en su implantación rectal. Una valva angosta, puesta en la parte inferior de la herida, cubre el ano y facilita la manobra. Este tiempo se efectúa pues, en la herida recto-vaginal.

6º La estrechez se encuentra en este tiempo (en el caso de la operación que ejecutamos, a unos seis centímetros del ano). (Ligamos los vasos hemorroidales superiores.



L. M. Fotografía tomada a la salida del servicio. Obsérvese que no hay huellas de la sutura del ano. Únicamente persiste la cicatriz inter-vulvo-anal. El resultado funcional fue absolutamente perfecto.

7º El recto, libre de toda adherencia, vuelve a pasarse por el orificio anal. Se secciona, en parte sana, entre dos pinzas grandes de ángulo recto. De esta manera se reseca en bloque toda la parte enferma. (Resecamos 8 centímetros en nuestro caso).

8º Finalmente se sutura el recto a la piel con puntos de catgut separados y en cada extremo de los diámetros. En la herida inter-vulvo-anal se coloca un dren de caucho de pequeño diámetro.

Cuidados post-operatorios. — Dieta por 10 días. Constipación al opio. Aseo regional, varias veces al día. Al quinto día retiramos el dren de caucho. A los 12 días pusimos lavado intestinal. Del 15º día en adelante, la enferma siguió haciendo deposición normalmente.

Breves consideraciones.

Más aún que las estrecheces de origen tuberculoso, blenorragico o sifilítico, la estrechez secundaria a la enfermedad de Nicolás y Favre, es la más frecuente de todas, al menos en los servicios hospitalarios.

No es la intervención descrita la panacea para toda estrechez del recto. La dilatación con bujías de Hégar, en los casos que se inician, con ligeras lesiones inflamatorias y sin peri-rectitis obra admirablemente.

Muchos cirujanos sistemáticamente hacen la colostomía temporal. El reposo del recto hace desaparecer la rectitis, facilita la dilatación con bujías y en el caso de llegar a la intervención, esta se efectúa con mayor asepsia.

La colostomía tiene una importancia primordial en aquellas circunstancias en las cuales hay rectitis o peri-rectitis, ulceraciones y fistulas. Ella puede ser el primer tiempo de una extirpación rectal más o menos lejana, y puede sostenerse hasta que haya concluido toda cicatrización.

Desde el punto de vista clínico, las materias fecales acintadas, deformadas, laminadas, pasadas como por hilera, suelen no presentarse como a primera vista se podría creer. Por la muy sencilla razón de que la constipación cede su lugar a la diarrea, engendrada por la misma estrechez.

Los eritemas interglúteos son casi constantes; cuya causa no es otra que los flujos purulentos, persistentes, escoriantes, unas veces ininterrumpidos, otras en forma de pelotones en los esfuerzos de defecación.

Después de un tiempo, variable con los individuos, aparecen

síntomas generales como astenia, debilidad general, neurastenia, fenómenos dispépticos, sensación de plenitud, peso abdominal y esteoremia.

Manuel José Luque

Sumario.

- I El Prof. Manuel José Luque presenta un caso de "**Extirpación perineal del recto con conservación de su esfínter**" siguiendo la técnica aconsejada por Pouchet en su "Práctica Quirúrgica Ilustrada".
- II La operación la hace en 8 tiempos y explica con todos sus detalles cada uno de ellos y a la vez anota los **cuidados post-operatorios** seguidos.
- III Termina su estudio con algunas "Breves consideraciones" haciendo resaltar la frecuencia de la estrechez secundaria a la enfermedad de Nicolás y Favre sobre las otras estrecheces, **al menos en los servicios hospitalarios**, lo mismo que la importancia de la colostomía, de gran utilidad, en los casos complicados con peri-rectitis en los cuales, el descanso de las funciones del recto favorece el proceso de la entidad y disminuye los peligros de intervención posterior por mejores condiciones asepticas.
- IV En los casos en que se inician las estrecheces, con ligeras lesiones inflamatorias y sin peri-rectitis, las bujías de Hegar son de utilidad en la dilatación.
- V Da una explicación clara de la patogenia de los eritemas interglúteos y de las diarreas frecuentes en estos casos.

SUMMARY

- I—In accordance to the technique recommended by Pouchet in his "Illustrated Surgical Practique", Profesor Manuel José Luque presents a case of "**perineal extirpation of the rectum with conservation of the sphincter**".
 - II—He performs the operation in 8 periods and gives detailed explanation of each one of them and, at the same time, gives instructions as to the treatment to be followed after the operation.
 - III—He finishes his work with some "Brief considerations" pointing out the frequency of narrowness which follows the disease of Nicolás y Favre more than others, **at least in hospital services**, as well as the importance of colostomy which is of great value in cases complicated with peri-rectitis. In these cases the cessation of the functions of the rectum favours the process of the entity and lessens the danger of a future operation, due to better aseptic conditions.
 - IV—In cases where narrowness begins to appear with inflammatory lesions and without perirectitis, the solid probes of Hegar are very useful for expansion purposes.
 - V—He gives a clear explanations of the pathogenesis of the intergluteal erythema and of frequent diarrhoea in these cases.
- Traducido por R. Muñoz.