

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. -Servicio de Cirugía del Prof. Corachán

La colostomía derivativa en el tratamiento de la rectitis hipertrófica estenosante

por los doctores

J. Pi-Figueras y A. Llauradó

Es indudable que el conocimiento de la etiología y de la patogenia de la rectitis hipertrófica estenosante ha progresado considerablemente en los últimos años. Por desgracia, estos progresos no han podido traducirse, por ahora, en el hallazgo de un tratamiento específico que pueda yugular la enfermedad ya en sus comienzos y mucho menos en el estado avanzado de su evolución.

Por otra parte, la estenosis rectal inflamatoria, sin que sea una enfermedad muy frecuente, la observamos cada vez más, por lo menos en nuestra práctica, y suponemos que asimismo ocurre en otros Servicios, si debemos juzgar por la aparición de trabajos sobre tal cuestión. Es probable que este aumento de observaciones no corresponda exactamente a una mayor difusión de la enfermedad y que en realidad se deba a que los actuales conocimientos sobre la cuestión, permiten el diagnóstico preciso de mayor número de casos que años atrás, y en segundo lugar a que el impulso dado por los hechos establecidos

por Jersil y Nicolás y Favre al aportar nuevos aspectos patogénicos y etiológicos han convertido la rectitis estenosante en una cuestión de actualidad, estimulando la observación cuidadosa y la publicación de los casos.

No es aventurado afirmar, como ya hemos dicho, que en el conocimiento de la etiología, de la patogenia, de la evolución clínica de la rectitis hipertrófica estenosante se ha llegado a la posesión de una serie de hechos perfectamente controlados. Y ello ha permitido establecer con una cierta unanimidad de criterio, el concepto actual de la enfermedad en aquellos aspectos. Podemos decir que la rectitis hipertrófica estenosante es una de las manifestaciones clínicas de una afección caracterizada esencialmente por un proceso linfático capaz de invadir, aislada o simultáneamente, los sistemas linfáticos del periné, de la región anorectal, de los órganos genitales, de la región inguinal y de la fosa ilíaca; que en la mayoría de los casos juega un papel principal en su producción

el virus de Nicolás-Favre; que la sífilis, la blenorragia y la tuberculosis tienen en ella un papel muy secundario, y que, finalmente, la existencia de lesiones de perirectitis es constante y condiciona la evolución de la enfermedad y su tratamiento.

A pesar de esto, las discrepancias se mantienen y aun se acentúan en lo que hace referencia a la terapéutica de la afección que nos ocupa. Nosotros en esta nota vamos a dejar de lado todo lo que los casos observados nos permitirían decir sobre las cuestiones de etiopatogenia, para referirnos únicamente a un aspecto del tratamiento quirúrgico y a lo que con él puede obtenerse.

* * *

Podemos dividir en tres grupos las técnicas con que el cirujano ha intervenido en el tratamiento de la rectitis hipertrófica estenosante: 1.º Operaciones locales con conservación total o parcial del recto: drenaje de abscesos y fístulas; incisiones en la zona estenosada; resección de la misma con restablecimiento de la continuidad del recto, etc. Todos estos métodos están completamente desechados por no obtener con ellos ningún resultado positivo y por el contrario, en muchos casos, facilitar la agravación de la lesión. 2.º La exéresis quirúrgica del segmento final del tubo digestivo, afecto de la lesión, y del perirecto, por diferentes procedimientos. Los resultados han motivado la más absoluta divergencia entre los cirujanos; pues, mientras unos defienden la extirpación del recto como único sistema para cortar la estenosis rectal hipertrófica, otros se muestran completamente contrarios a dicho método, arguyendo en su favor, que es condenar al enfermo a una próxima re-

cidiva. 3.º La práctica de la colostomía derivativa, a la que vamos a dedicar principalmente la atención en este trabajo.

¿La rectitis hipertrófica es realmente tributaria de un tratamiento quirúrgico? Exponemos la anterior pregunta para procurar aclarar en lo posible las discrepancias que existen en el tratamiento de esta enfermedad. Mientras vemos a unos defender el tratamiento médico o conservador, como único método para obtener la curación de tan grave dolencia, y afirmar como Bensaude y Lambling que de un centenar de enfermos por ellos tratados sólo uno ha tenido que sufrir una colostomía derivativa, encontramos en el otro campo a los cirujanos, que ven en la exéresis quirúrgica el camino a seguir para obtener la curación definitiva. Como ha dicho el profesor Corachán, el motivo de estas discrepancias nace de no distinguir los diferentes estadios en que se observa la lesión. Los enfermos afectados de rectitis hipertrófica estenosante acuden, al principio, en cuanto sus molestias empiezan, a la consulta del digestólogo; cuando sus lesiones han progresado, por falta del tratamiento adecuado, o por fracaso del mismo y se presentan abscesos y fístulas anales, el estado general se halla profundamente afectado a consecuencia de la supuración, de los dolores y de la estenosis, entonces hacen su aparición en los servicios quirúrgicos. La mayor parte de los enfermos observados por nosotros, han seguido durante años los diferentes tratamientos llamados médicos o conservadores (tópicos, lavados, dilataciones, quimioterapia, biológicos, fisioterápicos), y, sin embargo, ha llegado un momento en que la gravedad de su dolencia ha puesto a nuestra consideración la conveniencia de intentar detener, por un medio quirúrgico, la evolución fatal de su enfermedad. Por esto, sin

desechar el tratamiento médico, creemos que en muchos casos de rectitis hipertróficas, llega un momento en que es preciso una colaboración quirúrgica para poder detener los progresos de la enfermedad.

No queremos negar con esto la posibilidad de éxito del tratamiento conservador solo, en algunos casos, y aun en muchos, si se quiere. Pero es cierto también, que con los medios de que hoy se dispone para combatir la rectitis hipertrófica puede llegar un momento, y en realidad llega en muchos casos, en que no hay otro recurso que acudir a una derivación de materias fecales, si quiere obtenerse de momento una existencia soportable, y en definitiva, una mejoría casi rayana en la curación.

Siguiendo a Gatellier y Weiss, podemos dividir las rectitis proliferantes y estenosantes en tres estadios o fases: 1.º De rectitis proliferante; 2.º de rectitis con principio de estenosis; 3.º estenosis constituidas con complicaciones y evolución progresiva de la rectitis. En nuestra estadística no incluimos a ningún enfermo del primer estadio. Hablamos, pues, sólo de las rectitis en el estado de estenosis, sea cual fuere su grado y sus complicaciones.

Veamos cuáles son los principios en que se funda el tratamiento por la colostomía derivativa y que puede obtenerse con la misma. Es indudable, como dicen Gatellier y Weis, que el principal argumento en favor del ano aliaco es el mejoramiento de la linfangitis perirectal y de la supuración anal. La derivación de las materias fecales, al dejar en reposo el segmento enfermo, mejora siempre la lesión, y así lo hemos visto en todos nuestros casos. No creemos, lo que declaran Dimitriu y Stoia, que después de practicado el ano aliaco, la rectitis sigue o aún aumenta la supuración. Uno de sus argumentos, por compa-

ración de lo que pasa en el cáncer, es el error clásico de creer que el ano derivativo transforma el terreno séptico. "Si el paso del bolo fecal provoca una sangría, después del ano derivativo, hay más estasis en el asa cancerizada". Esta afirmación sólo es válida, y no siempre, en los casos en que ha sido practicada la colostomía y el enfermo ha sido abandonado.

La desaparición de los dolores y la desintoxicación del enfermo, contribuyen con el buen estado general, al mejoramiento de la lesión local. Por otra parte, la creación de un ano derivativo, fisiológicamente, crea una disminución del volumen del colon subyacente, que, acompañado del menor grado de supuración, favorece el proceso esclerosante curativo. Sauvignac ha dicho: "El hecho de crear un ano artificial parece llevar la lesión a la estenosis." En tres observaciones de Moequot, después de la colostomía, se encuentran retracciones completamente cerradas. Según nuestras observaciones en todos los enfermos a los que se ha practicado un ano iliaco la lesión rectal ha regresado hacia la fase de estenosis, disminuyendo la supuración, mejorando su estado general, habiendo aumentado de peso algunos enfermos hasta 30 kilogramos. Estamos, pues, del todo disconformes con las observaciones de Dimitriu y Stoia, que afirman que al practicar una colostomía y dejar *in situ* la lesión supurativa, el enfermo hace un proceso de nefritis que lo conduce, más o menos rápidamente, a la muerte.

Otra de las ventajas de la colostomía es obrar como coadyuvante a otros tratamientos. Ya Desmarest, en 1925, decía que la creación de un ano iliaco es un factor indispensable para la eficacia del tratamiento médico. También, naturalmente, es indispensable la creación de un ano

artificial en el caso en que se proceda a una extirpación del recto.

Mas no se crea que la colostomía es el tratamiento ideal de la rectitis estenosante; si bien es verdad que los enfermos mejoran rápidamente de su lesión local, desaparecen sus dolores al defecar, vencen los fenómenos de semioclusión que los intoxican y disminuyen o agotan la supuración, en algunos pueden presentarse molestias de otra índole como son la propagación de la lesión al ano artificial, con abscesos y fístulas secundarias, y la producción de eventraciones y prolapsos de mucosa que en algunos casos hemos observado. Además, practicar una colostomía es condenar al enfermo a los inconvenientes del ano contranatura, aunque éstos sean muy tolerables una vez se ha establecido la adaptación funcional del mismo.

Desde luego el ano iliaco tiene que ser definitivo. No es posible, en el estado actual de nuestros conocimientos, pensar en una restitución del recto a sus funciones, porque la experiencia en este sentido ha hablado ya demasiado claro. Cuando años atrás se intentó cerrar la colostomía después de la curación de las lesiones rectales, éstas recidivaron siempre y obligaron a establecer de nuevo el ano contranatura. Por otra parte, en la rectitis hipertrófica estenosante, ya nadie piensa hoy tampoco en los antiguos métodos de extirpación intraesfinteriana con descenso del colon a periné, ya que las lesiones perirectales reproducían en el nuevo recto la antigua enfermedad. El ano iliaco, sea como tratamiento de derivación, sea como complemento indispensable de un tratamiento radical ha de ser siempre permanente y definitivo. Aunque esto parezca a primera vista un gravísimo inconveniente para su aceptación por el enfermo, hay que con-

venir en que su situación es tan deplorable que lo aceptan con facilidad; y después de un tiempo la mejoría obtenida es tal y la adaptación funcional del ano contranatura tan considerable (ni en el aspecto social constituye un inconveniente mayor), que nunca hemos visto un enfermo que haya reclamado la supresión de su ano artificial ante el recuerdo de su situación anterior.

¿En qué segmento debe ser practicada la colostomía?

De todos es sabido que cuanto más baja pueda practicarse una colostomía, mejores serán los resultados obtenidos del ano artificial. El ano iliaco es siempre de mejores resultados que el ano cecal. Sin embargo, no siempre es posible practicar un ano iliaco. Recordemos solamente que la rectitis hipertrófica estenosante se propaga por vía linfática; que la perirectitis, no sólo aprisiona el recto, sino que tiende a remontarse, que invade a veces el mesocolon iliaco y las paredes de la sigmoidea; en algún caso hemos encontrado lesiones hasta en el colon transversal. Es necesario, pues, antes de practicar una colostomía, saber hasta qué punto del colon existen lesiones. Muchas veces la exploración clínica ya nos da cuenta del grado de flogosis de la fosa iliaca izquierda, pero es el examen radiológico el que nos dará los datos de mayor interés, pues podemos precisar, con él, el nivel que alcanzan las lesiones de la pared intestinal. Otro dato más difícil de conocer es la zona de infiltración del meso. En definitiva, muchas veces será la laparotomía exploradora la que nos demostrará objetivamente, hasta qué altura ha llegado la invasión del proceso que comenzó por



Figura 1
Caso III. J. C. - Lesiones de rectitis en los dos tercios inferiores
de sigmoides.



Figura 2
Caso VIII. M. A. - Evstración. En la parte inferior se ve el ano primeramente practi-
cado; en la actualidad recludo.

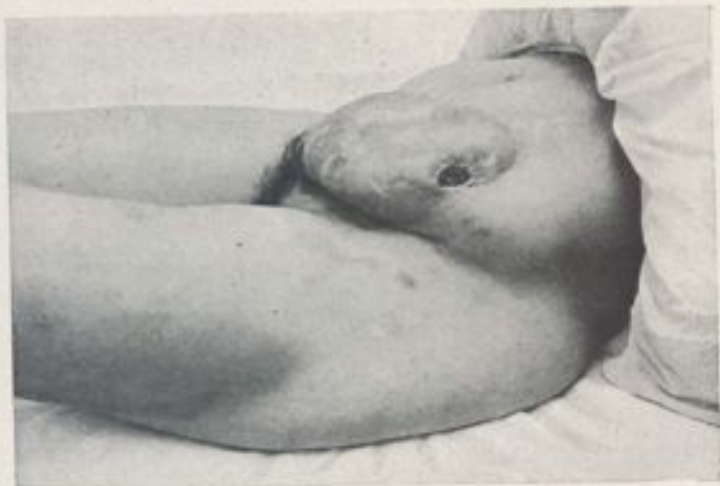


Figura 3

Caso VIII. M. A. - En posición lateral se observa en la parte inferior de la evestración, el orificio del ano artificial abierto espontáneamente.



Figura 4

Caso IX. M. V. - Lesiones de rectitis estenosantes en ano artificial.

ser perirrectal. En los enfermos del servicio del profesor Corachán se ha tenido que practicar en dos casos un ano cecal (casos I y II) y en otro caso se han presentado dificultades para practicar el ano iliaco debido a la fijación de la sigmoidea por retracción de su meso, invadido por el proceso linfagítico.

Caso I.—A. M., 48 años. Historia de rectitis de veinte años, tratada primeramente con cura antilúética y local de la rectitis. Los dolores han llegado a ser intolerables, la supuración muy abundante.

La exploración radiológica nos demuestra la existencia de una lesión estenosante que llega hasta el nivel inferior de la S iliaca y lesiones infiltrativas en toda la sigmoidea. Incisión iliaca izquierda exploradora. Las lesiones se extienden por toda la S iliaca y colon descendente, que se encuentran retraídos y fijados, lo que impide todo intento de exteriorización; hay que abandonar la idea de practicar un ano contranatura iliaco, como se había propuesto, y no es posible tampoco cualquier otro tipo de ano, aun incontinente, sin despegar meso infiltrado, lo que motivaría un riesgo considerable. Cierre completo de la pared en tres planos. Incisión en fosa iliaca derecha (Mac-Burney), ciego y meso sanos. Cecostomía.

En este caso, a pesar de que el examen radiológico había mostrado la existencia de lesiones en sigmoidea, se creyó prudente, antes de recurrir a la cecostomía, practicar una laparotomía izquierda exploradora, que demostró la absoluta imposibilidad de practicar una colostomía izquierda.

Caso II. — C. O., 65 años. Historia de estenosis de cuatro años; en el último fenómenos de rectitis intensa, sin síntomas de semioclusión. Enfermo con pésimo estado general. Incisión en fosa iliaca izquierda con el propósito de practicar un ano continente. Se encuentra la S iliaca infiltrada hasta colon descendente, por lo que se desiste de practicar un ano iliaco. Sutura por planos. Incisión de Roux en fosa iliaca derecha, exteriorización del ciego. Ano cecal.

En este caso no fué practicado el examen

radiológico, pues se creyó necesario intervenirlo de urgencia, aun sin los exámenes complementarios. El enfermo, que fué intervenido presentando fuerte intoxicación y fenómenos de caquexia, murió a las 48 horas de la intervención sin haberle podido alcanzar sus beneficios.

Caso III. — J. C., 33 años. Historia de rectitis y estenosis desde hace nueve años. Fenómenos de semioclusión intestinal. A la palpación abdominal, dolor en fosa iliaca izquierda. Rayos X: estenosis rectal que interesa el recto y dos tercios inferiores de sigmoidea (Serv. Prof. Gallart). Figura 1. Intervención con raquianestesia. Incisión en fosa iliaca izquierda. Asa sigmoidea muy dilatada, por lo que se hace difícil su exteriorización; en la parte inferior hay lesiones infiltrativas de la pared. Se practica una sutura circular de S iliaca a peritoneo parietal por ser imposible la práctica de un ano en espolón. Curso post-operatorio dificultoso, pero sale la enferma notablemente mejorada al cabo de un mes.

En el caso anteriormente descrito, a pesar de que el examen radiológico nos demuestra existir lesiones en los dos tercios inferiores de la sigmoidea, la laparotomía exploradora permite constatar hasta qué nivel exacto llega la lesión y hacer un simple abocamiento lateral de S iliaca al exterior, que se creyó preferible al ano cecal.

Chevasu aconseja practicar la colostomía inmediatamente por debajo del ángulo cólico y arguye en favor de tal proceder que difícilmente la lesión se remonta hasta esa altura y que además el resultado es obtener un ano artificial con un fuerte espolón que lo hace muy continente. Creemos que esta técnica no es aconsejable como procedimiento corriente, por que es difícil exteriorizar el colon a dicho nivel; por tanto, la operación es mucho más compleja y éste es un aspecto a tener muy en cuenta en estos enfermos muchas veces caquéticos y siempre muy lábiles por su intoxicación. En cuanto a la continencia, el ano iliaco bajo, en

espolón, una vez educado, resulta muy eficaz en este aspecto.

La experiencia de nuestra estadística nos enseña la necesidad de una buena exploración clínica y radiológica para precisar los límites aproximados de la lesión, y a la menor duda practicar siempre una laparatomía iliaca izquierda, la que con el menor daño posible para el enfermo, permite apreciar la extensión de la lesión e intentar siempre la colostomía en sigmoidea que desde luego tiene muchísimas ventajas sobre el ano cecal definitivo.

Elección de método

Indicada una derivación en sigmoidea, hay que escoger el tipo de ano artificial que sea más conveniente. No es posible que repasemos, ni aun brevemente, todas las técnicas que se han propuesto. Pero podemos englobarlas en grandes grupos: 1.º Las que dejan abocados a la pared los dos segmentos, proximal y distal, del intestino grueso: tal es el ano en espolón, y el de dos bocas separadas (técnicas de Reclus y Mocquot, de Pollosson, etc.). 2.º Anos terminales, de una sola boca, con cierre del extremo distal que se deja perdido en la cavidad abdominal.

Bajo el aspecto de la continencia hay que estudiar también dos tipos: 1.º Anos continentes por creación de un esfínter muscular a este nivel o por un artificio cutáneo que permite una compresión voluntaria del intestino (François, Cunéo, Lambret); 2.º anos incontinentes entendidos en el sentido de que la técnica no se dirige a producir ningún mecanismo de obturación, la cual se fía a los músculos de la pared abdominal y a la educación funcional del intestino.

Uno de los principales argumentos de

los no partidarios de la colostomía es la propagación de las lesiones al ano artificial con análogos abscesos, estenosis y fistulas que en la región ano-rectal. Parece lógico que si la lesión de la rectitis hipertrófica estenosante es una lesión ascendente, el ano iliaco izquierdo terminal es el prototipo del ano derivativo. Practicar una derivación en intestino grueso sano y cerrar el cabo distal, dejando excluida la lesión y completamente separada de la colostomía, parece que subyuga por su seguridad. Mas la realidad no es así, puesto que la lesión no se propaga solamente por las paredes cólicas, sino también por vía linfática que puede llevarla, aun sin continuidad de mucosas, a las mismas paredes del ano iliaco, y reproducir aquí la lesión hipertrófica estenosante.

Por otra parte, el ano terminal con cierre definitivo del extremo distal tiene, o puede tener, un grave inconveniente. Tal es la retracción cada vez mayor de las paredes rectales, por el proceso natural de curación de las lesiones por esclerosis; la luz rectal puede llegar a desaparecer por completo y en este caso, se producirá una retención de secreciones en el segmento suprastrictural por falta de salida o por insuficiencia de la misma.

Además, el ano terminal con una sola boca, no permite el tratamiento de las lesiones rectales por vía alta y ésta es una de las ventajas del ano de dos bocas, de gran utilidad en estos enfermos, que, a pesar de ser derivadas completamente las materias fecales, siguen con su proceso rectal grave.

En cuanto a la cuestión de la continencia, como puede verse en la estadística, en el Servicio se ha utilizado para obtenerla únicamente la técnica de Cunéo y de ella vamos a hablar. En primer lugar, la técnica de Cunéo (lo propio que la de Lam-

bret), requiere una sigmoidea de meso largo para poder exteriorizar el asa y hacerle seguir su trayecto subcutáneo; esta condición no existe siempre y ella sola impidió muchas veces la ejecución del procedimiento. Hay que observar que si uno se empeña en practicar un Cunéo con asa tirante, se expone a dos graves peligros: al esfacelo de la misma, o a su retirada del orificio cutáneo. En ambos casos, dejando aparte la posibilidad de una peritonitis, queda anulado todo el trabajo realizado para la continencia y muchas veces aparecen, además, eventraciones, fístulas, etc. En resumen, la técnica de Cunéo (y creemos que puede decirse lo propio de la de Lambret) no puede realizarse, por imposibilidad técnica en un 40 % de los casos.

Pero hay más. La experiencia nos ha convencido, como ha convencido a muchos, de que casi todos los enfermos que llevan un ano de Cunéo, acaban por prescindir de la pinza oclusora. Esta resulta molesta, la compresión no puede prolongarse muchas horas; a pesar de grandes cuidados de limpieza se producen en el túnel escoriaciones, eczemas, etc. Añadido esto a la educación funcional, que al cabo de cierto tiempo convierte el ano artificial en continente, sin artificio alguno, resulta que los pacientes no encuentran más que inconvenientes en el uso de la pinza y acaban por abandonarla. De los enfermos del Servicio a los que les fué practicado un Cunéo por estenosis rectal (8 casos), sólo uno sigue con la pinza después de 3 años.

Además, hemos observado casos de complicaciones a nivel del ano continente: reproducción en este lugar de la enfermedad, eventraciones, estenosis, etc., como puede verse en la casuística. Quizá el trayecto subcutáneo del intestino, con dificultades circulatorias por la compresión y

la facilidad de lesiones cutáneas en el túnel expliquen estos hechos.

El ano ilíaco en espolón, con salida del intestino a través de una disociación de las fibras del oblicuo menor y transversal, nos ha dado en cambio excelentes resultados. Permite los lavados del extremo distal; no dificulta —si quiere practicarse— la operación radical de la exéresis del recto y la continencia, al poco tiempo, es bastante satisfactoria para permitir al enfermo una vida social normal. Es sorprendente en la práctica esta adaptación funcional tan completa, pues muchos de estos enfermos acaban por no deponer más que una o dos veces diarias como en circunstancias normales. Es probable que las fibras musculares de la pared, aun sin existencia de inervación que pueda convertirlas en un verdadero esfínter, contribuyan a la contención, que está facilitada además por la función natural del descendente y la sigmoidea de depósitos de materias fecales. Aquí como en tantas otras ocasiones, la naturaleza, por el mecanismo que sea, realiza un prodigio de adaptación.

Resultados

En el servicio de nuestro maestro, el profesor CORACHÁN han sido tratados por operaciones derivativas 22 casos de rectitis hipertrófica estenosante, con las técnicas que se resumen en el siguiente cuadro:

Método	Núm. Casos	Mejoría del estado general y de la recitación	Años con complicación	Años sin complicación	Éxitos
Cecostomía	2	1	0	1	1
Cunéo . . .	8	7	4	3	1
Ano ilíaco con espolón . .	11	9	2	7	2
Colostomía lateral en S ilíaca . . .	1	1	0	1	0

Como puede verse por este resumen, exceptuados los casos de muerte debidos a las malas condiciones generales del enfermo por efecto de la toxemia, la acción benéfica de la colostomía derivativa sobre el estado general del enfermo y sobre las lesiones rectales ha sido bien manifiesta en todos los casos. La derivación de las materias fecales, ha colocado siempre a estos enfermos en una situación de existencia tan tolerable, que les ha permitido volver a la vida normal y relegar a la condición de recuerdo las terribles molestias que les ocasionaba su enfermedad.

En cuanto a la propagación de lesiones al ano artificial y a la producción de nuevas molestias directamente atribuibles al mismo, las resumimos a continuación al exponer el detalle de los casos.

Anos iliacos continentes (Cunéo)

En tres casos hemos obtenido un buen resultado con ano continente de Cunéo; dos han sufrido una extirpación de recto y han curado completamente de su enfermedad.

Caso IV. — A. D., 42 años. Historia de rectitis que data de 10 años. En los seis últimos meses presenta fenómenos de semioclusión. Supuración rectal intensa y estenosis muy cerrada a 10 cm. del ano. El 8-II-29 se hace un ano Cunéo. Mejora notable del estado general y local. El 15-IV-29 extirpación abdominoperineal de recto. Tenemos ocasión de seguir el curso de la enferma, que ha sido excelente. En la actualidad presenta un ano continente de Cunéo perfecto, sin ninguna lesión y completa cicatrización del periné. Usa pinza elástica compresora con pleno resultado.

Caso V. — E. B., 28 años. Historia de rectitis, que data de 3 años. Estenosis, dolores intensos

y supuración abundante. En 31 julio 1931 ano continente de Cunéo. Sale la enferma completamente restablecida de su estado general y con un perfecto funcionamiento de su ano artificial. Persiste la supuración rectal a pesar de lavados y tratamiento general (neo-estibosán). En 24 octubre de 1933 extirpación del recto por vía perineal. Resultado completamente satisfactorio no sólo en lo que se refiere a su ano artificial, sino también a la lesión inicial.

Caso VI. — A. E., 27 años. Historia de rectitis hipertrófica estenosante, de 3 años. En los últimos meses acusa fenómenos de semioclusión. En 3 enero 1930 se le practica un ano continente de Cunéo. Mejoría notable de la rectitis y ano sin complicación. No usa pinza.

El resultado, pues, es bien elocuente, del buen funcionamiento del ano continente de Cunéo; además, 2 han sufrido la exéresis quirúrgica de recto y abonan la creencia de los partidarios de la extirpación rectal, que si ésta es completa y la lesión no es muy avanzada, es difícil la recidiva en el ano artificial.

En los siguientes casos no hemos obtenido tan buenos resultados con el ano continente de Cunéo, pues, si bien el síndrome rectal y el estado general mejoran notablemente, presentaron complicaciones en el ano artificial.

Caso VII. — P. E., 26 años. Estenosis rectal que data de 1 ½ años. En 24 de diciembre de 1930 se le practica un ano continente de Cunéo. Mejoría inmediata de la rectitis. Al cabo de 4 años (noviembre de 1934) presenta de nuevo retención cecal. Existe una estenosis de tipo cicatricial en el ano ilíaco. Tratada con una laminaria y vaciado el colon con enemas, mejoró rápidamente y hasta la actualidad no ha acudido de nuevo, como prometió hacerlo si se le presentaba alguna molestia, lo que permite suponer que está bien ya. No usa pinza compresora.

Caso VIII.—M. A., 48 años. Historia de rectitis estenosante, que data de cuatro años. En 17 de agosto de 1931, ano continente de Cunéo. Mejoría notable de la rectitis. En 22 de junio de 1932 reingresa por presentar eventración a nivel del orificio de salida del asa que forma el ano. Se interviene la eventración; el ano funciona bien. En junio de 1933 reingresa aquejando una nueva eventración por encima del túnel cutáneo en el lugar de salida del intestino de la cavidad abdominal; cura operatoria de la eventración y sale el 25 de noviembre de 1933. A los pocos meses se presenta de nuevo con una gran eventración, eczema de toda la región, diferentes orificios fistulosos y dificultades en la defecación. La lesión eczematososa curó con tratamiento apropiado, en dos meses. La eventración ha ido aumentando de volumen y sus fenómenos oclusivos han desaparecido en la actualidad, pues uno de los orificios de las fistulas que presentaba ha aumentado hasta llegar a establecer un nuevo ano por encima de la eventración, que deja excluido el ano de Cunéo primeramente practicado (figuras 2 y 3). La enferma sufre una bronquitis crónica que quizá contribuyó a producir la eventración. En la actualidad se trata dicha afección pulmonar por si mejora intervenir de nuevo sobre la eventración, que es la única molestia que actualmente aqueja, pues los síntomas rectales son escasísimos. Usó muy poco tiempo la pinza compresora.

Caso IX.—M. V., 39 años. Historia de síndrome rectal, que data de cuatro años. Estenosis. En marzo de 1933 se le practica un ano contranatura de Cunéo. Mejoría considerable de la rectitis. La enferma está sin molestias hasta noviembre de 1934, en que nota la aparición de un abultamiento por encima del orificio del Cunéo, que acaba por supurar y da salida después a materia fecal. A los pocos días queda solamente una pequeña fistula por encima de la colostomía. Sigue actualmente con molestias por infiltración y estenosis del ano artificial (figura 4). No usa la pinza.

Caso X.—P. T., 30 años. Historia de estenosis rectal, que data de ocho años. En 18 de diciembre de 1931 se le practica un ano con-

tinente de Cunéo. La enferma sale completamente restablecida y con normal funcionamiento del ano continente. Sigue bien hasta febrero de 1935; acude con un voluminoso absceso alrededor del ano artificial; drenaje; en las dos incisiones practicadas quedan trayectos fistulosos. No usa pinza.

Caso XI.—S. C. Rectitis hace cuatro años, con estenosis. En 1.º de mayo de 1929, ano continente de Cunéo. Mejoran los síntomas rectales y la supuración. En 22 de junio, amputación abdomino-perineal del recto. Fallece de shock a las doce horas.

Anos iliacos con espolón

En seis casos los resultados son excelentes, tanto por la mejoría alcanzada en las molestias rectales como por no haberse presentado ninguna anomalía en la colostomía.

Caso XII.—M. F. Molestias rectales que datan de tres años. Estenosis ano-rectal con numerosos trayectos fistulosos. No ha mejorado con tratamiento conservador. Noviembre 1932: ano iliaco con espolón. En un mes gana 11 kilos de peso. Al año, buen estado general; supuración rectal poco abundante. Perfecto funcionamiento del ano, con dos evacuaciones diarias.

Caso XIII.—R. B. Historia de ocho años de rectitis. Estenosis muy cerrada hace seis meses. 24 mayo 1933: ano iliaco. Mejoría del estado general y de los síntomas rectales. Sin alteraciones en el ano artificial hasta la fecha.

Caso XIV.—J. M. Lleva seis años de duración de la rectitis. Últimamente síntomas de oclusión parcial. 3 de septiembre de 1934. Ano iliaco con espolón. Resultado excelente. Gana 10 kilos en el mes del post-operatorio. Mejoría notable de la rectitis y desaparición de los fenómenos de oclusión.

Caso XV.—M. C. Tres años de rectitis. Estenosis y síntomas de oclusión incompleta. Estado general pésimo. 5 noviembre de 1934: ano iliaco con espolón. Mejoría rápida de la rectitis y del estado general. Sin trastornos en la colostomía.

Caso XVI.—C. F. Comienzo de la rectitis hace diez años. En los dos últimos, síntomas de estenosis y después de oclusión. 17 abril de 1934: ano iliaco con espolón. Mejoría muy notable local y general. El ano funciona bien con laxantes.

Caso XVII.—J. M. Lleva once años de molestias rectales y se ha sujetado a múltiples tratamientos. Estenosis; muy mal estado general. octubre de 1935: ano iliaco. En un mes gana quince kilos de peso; desaparición de las molestias rectales; supuración escasa. Sin alteración en el ano.

En los tres casos siguientes, si bien el resultado en cuanto al estado general ha sido magnífico y la mejoría de las lesiones rectales considerable, se han presentado complicaciones en el ano iliaco.

Caso XVIII.—R. P. Hace dos meses dolor en hipocondrio izquierdo, con fiebre alta; a los pocos días tenesmo y deposiciones muco-sanguinolentas. Ingresó en marzo de 1933 con un gran absceso en fosa iliaca izquierda, que descendió hasta Douglas. A las pocas horas vaciado espontáneo por el recto. Estenosis rectal a 6 cm. del ano; radiológicamente se comprueban lesiones infiltrativas desde la estenosis hasta la porción inferior de S iliaca. 22 marzo de 1933: Ano iliaco con espolón. El asa sigmoidea está engrosada, flogoseada y con meso corto. En el post-operatorio se presenta una linfangitis de la piel de la pared abdominal, de larga duración, con temperaturas elevadas. Desaparecido este incidente, mejora notable del estado general. A los cuatro meses ha ganado veinte kilos. A los seis meses presenta fenómenos de constipación intensa, pero no ha sido posible ni cli-

nica ni radiológicamente ninguna comprobación de la existencia de la lesión por encima de la colostomía, aunque el estado de la sigmoidea, cuando la intervención nos la hace temer. Presenta prolapso de la mucosa del ano.

Caso XIX.—M. P. Historia de diez años de rectitis; fracaso de los tratamientos conservadores. 10 diciembre de 1932. Ano iliaco con espolón. Resultado general y de la rectitis, excelente. A los dos meses aparición de una fistula que conduce al segmento distal de S iliaca. Funcionamiento normal de la colostomía; no hay lesiones infiltrativas que permitan pensar en una extensión del proceso rectal. Este sigue sin ocasionarle molestia alguna.

Caso XX.—L. L., 40 años. Historia de dos años de rectitis estenosante. En julio de 1934, ano iliaco en espolón. En marzo de 1935 reingresa con fenómenos de oclusión intestinal por estenosis del ano artificial, debida a la propagación de la lesión rectal; se le practica una dilatación forzada con una pinza y se le coloca un tubo por el que salen excrementos. La exploración radiológica no precisa la extensión de la lesión por encima de la colostomía. En 19 de junio de 1935 se interviene de nuevo para practicarle una nueva colostomía. Taponamiento del ano artificial. Laparotomía media infraumbilical. Exploración de transverso y descendente que son normales; la S iliaca es muy larga y sin ningún síntoma de lesión, lo que permite practicar una colostomía en sigmoidea, por encima de la practicada anteriormente. Sección con gálvano-cauterio de la S iliaca; sutura en dos planos a boca cerrada del extremo eferente, que se deja perdido en la cavidad abdominal. Abocamiento del extremo aferente a pared lateral y cerrado con una pinza. Cierre de la laparotomía en tres planos. Es dado de alta en 18 de julio de 1935. El nuevo ano en hipocondrio izquierdo funciona normalmente y el antiguo está en vías de curación por un proceso fibroso estenosante.

Los casos XXI y XXII corresponden a dos enfermos, a los que les fué practicado un ano en espolón de urgencia por su

mal estado general (síntomas alarmantes de oclusión intestinal, intoxicados fuertemente), fenómenos de caquexia, y que, a pesar de la colostomía fallecieron al segundo y tercer día, respectivamente.

Conclusiones

1.ª La acción de las operaciones de derivación de las materias fecales en la rectitis hipertrófica estenosante, en período de estenosis y cuando han fracasado los tratamientos conservadores, es altamente beneficiosa para el estado general y local de los enfermos que se ven libres de sus considerables dolores y de la toxemia, y les permite volver a la vida normal.

2.ª La derivación debe hacerse en colon izquierdo y únicamente en los casos, poco frecuentes, en que éste sea ya invadido, habrá que recorrer al ano transverso o a la cecostomía.

3.ª El método de elección es el ano ilíaco con los dos cabos abiertos a la pared. El ano ilíaco con espolón, por la simplicidad técnica es el preferible.

4.ª La propagación de las lesiones al ano artificial es poco frecuente y cuando se presenta ocasiona manifestaciones patológicas fácilmente tolerables, siempre mucho más que las de la rectitis inicial.

BIBLIOGRAFIA

- GATELLIER Y WEIS: *XLIII Congrès Français de Chirurgie*, octubre 1934.
- CORACHÁN: La estenosis rectal inflamatoria. *Arch. de Med. Cir. y Esp.*, mayo 1932, página 429.
- BENSAUDE Y LAMBLING: *Comunicación al XLIII Congrès Français de Chirurgie*.
- DIMITRIN Y STOIA: *Les rectites infiltratives*. Masson, ed., 1933.
- GALLART: Estado actual de la estenosis inflamatoria del recto. *Arch. Argentinos de Apar. dig.*, mayo 1932, pág. 517.

JERSILD: Retrecissements rectaux. *Bull. Soc. Dent. et Syph.*, 1932, pág. 1303-1309.

VALERIO A.: Traitement de la lymphogranulomatose Ano rectale. *A Folha Medica*, abril 1934, pág. 127-129.

ZONDOLÉON: Traitement des stenoses inflammatoires hiperplastiques du rectum. *Zentral. für Chir.*, núm. 27, 6 julio 1935.

RESUM

Els autors s'ocupen de la colostomia derivativa com a tractament de l'estenosis rectal inflamatoria; segons ells, aquesta, és tributària d'un tractament mèdic en una fase inicial, però quan les lesions evolucionen cap a l'estenosis el tractament a seguir haurà d'ésser quirúrgic. Consistirà aquest en la colostomia derivativa que podrà acompanyar-se en un segon temps d'una extirpació de recte. La colostomia ha de practicar-se mitjançant la tècnica de l'anus en espoló. Els autors han observat que en els pocs casos en els que es dona una propagació de les lesions a l'anus practicat, aquestes no donen lloc a molèsties del síndrom ano-rectal.

RESUME

Les auteurs s'occupent de la colostomie dérivative comme traitement de la sténose rectale inflammatoire. Selon leur opinion le traitement doit être médicamenteux pendant son stade initial, mais quand les lésions évoluent jusqu'à la sténose le traitement doit être chirurgical. Il consiste en la colostomie dérivative qui peut être accompagnée dans un deuxième temps de l'extirpation rectale. La colostomie doit être appliquée au moyen de la technique de l'anus en espolon. Les auteurs ont observé que dans les cas peu nombreux d'une propagation des lésions à l'anus pratiqué celles-ci ne provoquent aucun des symptômes du syndrome ano-rectal.

SUMMARY

The authors comment upon the derivative colostomy as treatment of the inflammatory coarctation of the rectum. After their opinion, the treatment should be a medical one in the initial stage and a surgical one as soon as the lesions go on developing to coarctation. The latter should consist in derivative colostomy which in a second sitting can be accompanied by the extirpation of the rectum. The colostomy should be put into execution by way of the technic of the anus in counter-position. The authors have noticed that propagation of the lesions on the anus after treatment has taken place but in a few cases and that did not cause complaints of the ano-rectal syndrome.

RIASSUNTO

Gli autori si occupano della colostomia derivativa come trattamento della stenosis infiammatoria del retto. Distinguono una prima fase iniziale propria di trattamento medico, però credono che al iniziarsi la evoluzione delle lesioni verso la stenosis è imprescindibile il trattamento quirurgico. Consisterebbe, questo, nella colostomia derivativa che, in un secundo tempo, potrà essere accompagnata dalla estirpazione del retto. La tecnica a seguire deve essere quella dell' "ano in sferone". Gli autori hanno osservato che se si da qualche caso di propagazione delle lesioni al ano praticato, queste non danno luogo ai disturbi del sindrome ano-rettale.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser beschäftigen sich mit der derivativen Kolostomie als Behandlungsmethode der entzündlichen Rectal-Stenose. Nach ihrer Ansicht ist die zwangsläufige Behandlungsweise im Anfangsstadium medicamentös, aber sobald die Läsionen sich zu einer Stenose entwickeln, muss die zu verfolgende Behandlung chirurgisch sein. Sie besteht in der derivativen Kolostomie, die in einer zweiten Sitzung von einer Rectal-Exstirpation begleitet sein kann. Die Kolostomie soll mittels der Technik des Afters in Widerlage ausgeführt werden. Die Verfasser haben beobachtet, dass in den wenigen Fällen, in denen eine Ausbreitung der Läsionen am behandelten After entstand, diese keinerlei Beschwerden des ano-rectalen Syndroms verursachten.