

Tratamiento de la Enfermedad de Hirschsprung Según la Técnica de Duhamel. Nuestra Experiencia

Por

Dres. Sergio Guevara Fallas, Carlos Arrea B., Roberto Ortiz Brenes,
Joaquín Acevedo Sobrado, Guido Álvarez Cabezas y
Arturo Robles Arias *

INTRODUCCION:

La operación de Swenson vino a resolver el grave problema que representaba la Enfermedad de Hirschsprung y, desde 1946, fecha en que se comenzó a practicar dicha intervención, los reportes de los casos tratados fueron bastante satisfactorios. Su realización técnica, sin embargo, es bastante difícil, cuesta hacerse en menos de tres horas y comporta, aún en los centros más modernos y en las mejores manos, una mortalidad que no baja de un 3 a 4%. Por todas estas razones, cuando en 1959 Duhamel publicó su técnica operatoria y sus resultados alentadores, en muchos hospitales se le dio amplia acogida. Pronto aparecieron más y más publicaciones sobre los resultados obtenidos con esta técnica por los diferentes cirujanos, con resultados sumamente satisfactorios y una mortalidad que varía entre 0 y 1%.

Desde 1962 nosotros utilizamos la técnica de Duhamel para el tratamiento de la Enfermedad de Hirschsprung y el presente trabajo tiene por fin hacer un análisis de todos nuestros casos operados según esa técnica y aportar los resultados para que engrosen la casuística mundial y permitan una mejor evaluación de ese procedimiento operatorio.

* Grupo de Cirujanos del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional de Niños.

ANÁLISIS:

Antes de entrar en el análisis de nuestras observaciones, aclaremos cual es nuestro criterio para catalogar los resultados: entendemos por resultados excelentes aquellos en que se restablece una función intestinal espontánea y normal. Buenos son aquellos en que la función intestinal es normal pero que tienen de vez en cuando retenciones fecales en la parte del antiguo recto. Malos serían los casos en que persista el estreñimiento sin ninguna o con muy poca mejoría.

Nuestra serie está compuesta de diez niños, 5 varones y 5 mujeres, cuyas edades oscilaron de 1 a 8 años. Obtuvimos nueve excelentes resultados y uno bueno.

El caso que nosotros catalogamos como bueno presenta de vez en cuando períodos de estreñimiento que llegan incluso a producir verdaderas retenciones de materias fecales en la parte del antiguo recto; se trata de una niña altamente emotiva, hipodesarrollada y que había tolerado su enfermedad durante casi 6 años. Sus períodos de estreñimiento además siempre coincidieron con períodos de problemas dentro de un ambiente familiar y ha mejorado mucho con el inicio de su actividad escolar. Un enema opaco hecho un año después de su operación muestra que aunque el muñón rectal quedó un poco largo, existe una buena evacuación.

Entre los nueve casos que nos dieron finalmente un resultado excelente, tuvimos cuatro complicaciones post-operatorias: dos fueron de menor importancia ya que se trató de sépsis en la región perineal que cedió sin embargo rápidamente al tratamiento antibiótico sin necesidad de reintervención. En dos casos las complicaciones fueron más serias y hubo que reintervenirlos: el primero de estos dos niños hizo una fístula a partir del muñón del antiguo recto que había quedado un poco redundante y donde se había formado un fecaloma que provocó una perforación y luego una fístula; este niño, que tenía 2 años y medio en el momento de la primera intervención, fue reintervenido 6 meses después, haciéndosele entonces una colostomía y cierre de la fístula. Dos meses después se cerró la colostomía y el tránsito intestinal se restableció normalmente. El otro caso fue una niña de un año de edad que presentó una perforación intestinal con peritonitis generalizada ocho días después de haber sido operada. Fue reintervenida de emergencia haciéndosele una colostomía y cerrando la perforación. Más tarde, al cerrar la colostomía, la función intestinal se restableció normalmente. En estos cuatro casos se hizo una pro-

paración pre-operatoria deficiente y ya sabemos cuantos inconvenientes representa eso cuando se hace cirugía sobre el colon. Es de recalcar, sin embargo, la facilidad relativa con que se resolvieron todas estas complicaciones y el hecho de que finalmente todos los casos dieron excelentes resultados.

Todos los otros casos fueron sin problemas. Las pinzas de enterotomía cayeron casi siempre alrededor del 8° día y el promedio de tiempo operatorio fue de dos horas.

Los controles post-operatorios nos mostraron en algunos casos que el muñón del antiguo recto había sido dejado un poco largo y que las pinzas de enterotomía habían quedado cortas. Esto sin embargo no constituyó ningún problema excepto en un caso en que había acumulación de materias en ese muñón. Ese defecto quirúrgico que se nos presentó en los primeros casos que operamos, lo corregimos más adelante poniendo pinzas más largas y dejando el muñón rectal un poco más corto, y no volvimos a tener problemas.

Frecuentemente observamos que durante unos 15 días a 2 meses los niños operados presentaban cierta incontinencia fecal (se ensuciaban un poco aunque tenían evacuaciones bien controladas). Este pequeño problema siempre desapareció espontáneamente y es atribuible a dos causas:

La primera a que se cortan algunas fibras del esfínter y hay que esperar a que éste recobre buena tonicidad para que el control se haga total y normalmente; la segunda es que estos niños no sabían aún lo que era una evacuación normal y tienen que acostumbrarse a su nueva fisiología.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

Dos hechos muy importantes sobresalen de este análisis: nuestra mortalidad fue nula y nuestros resultados finales buenos. Si bien a errores de técnica y fueron corregidos a medida que nos permiten sacar algunas conclusiones y darle una mayor acogida a la operación de Duhamel en el tratamiento de la Enfermedad de Hirschsprung.

Algunos defectos de poca importancia tales como excedente de muñón rectal, pinzas de enterotomía cortas, etc., se debieron más bien a errores de técnica y fueron corregidos a medida que nos familiarizamos con la intervención.

Uno de los factores más importantes para un buen resultado es la buena preparación pre-operatoria del colon. Las complica-

CUADRO COMPARATIVO y RESUMIDO de NUESTROS CASOS

<i>Caso</i>	<i>Edad</i>	<i>R. X.</i>	<i>BIOP.</i>	<i>Preparación Preoperat.</i>	<i>Caida de Pinzas</i>	<i>Complicaciones</i>	<i>Resultados</i>	<i>OTROS</i>
1	2½ A.	+		Buena	8º día	No	Excelente	Fecaloma preoperatorio necesitó lavados por 2½ meses.
2	5 A.	R. S. corta		Buena	7º día	No	Excelente	Fecalomas preop. Cuadro clínico típico. Enemas 1 mes.
3	2 A. 10 M.	R. S.		Regular	5º día	Absceso pelvis que drené por recto	Excelente	Fecaloma preop. que hacía pensar en tumor abdominal.
4	R. S. corta	R. S. corta		Buena	12º día	No	Excelente	
5	2 A. 1 M		Posit.	Mala	6º día	Febril, hizo luego fistula y fecaloma. Reintervención.	Al final Excelente	Redundancia del muñón que fue corregida en reinterv.
6	11 A.	Neg.	Posit.	Buena	7º día	No	Excelente	
7	1 A.	Típica R. S.		Mala	7º día	Perf. Intest. 8º día Reintervención.	Al final Excelente	Se reintervino reparando perf. y haciendo colost. que se cerró luego.
8	6 A. 2 M.	Típica R. S.	Posit.	Buena	7º día	No	Excelente	
9	6 A.	R. S. corta		Regular	8º día	Absceso pélvico leve Ileo paralítico.	Buena	Absceso pélvico e ileo paralítico en postop. que cedió a tratamiento médico.
10	7 A.	Típica R. S. corta		Buena	8º día	No	Excelente	Excelente de colom que se cortó después.

ciones post-operatorias ocurrieron, en efecto, por falta de preparación pre-operatoria adecuada. Esta debe reunir los siguientes requisitos para que pueda ser considerada buena:

a) Enemas de suero fisiológico dos veces por día, añadiéndole eventualmente agua oxigenada, durante el tiempo que sea necesario para que desaparezcan los fecalomas. El colon deberá estar completamente limpio por lo menos 4 días antes de la intervención.

b) Tratamiento desinfectante del colon con sulfas o antibióticos de espectro amplio desde tres días antes de la intervención.

c) Dieta líquida o pobre en residuos en las últimas 48 horas que preceden la intervención.

No debe dársele importancia a la pseudoincontinencia fecal que a menudo se presenta en el post-operatorio inmediato, ya que todo se normalizará espontáneamente en poco tiempo, pero si deberá tomarse muy en cuenta la retención de materias en el segmento anterior (antiguo recto) y para evitarle no deberá dejarse muy grande el muñón del recto, debiendo llegar las pinzas de enterotomía hasta el fondo de ese saco.

Aunque todavía es pronto para sacar conclusiones definitivas sobre esta técnica, es muy prometedor ver los resultados publicados, muchos ya con bastante control post-operatorio (6 y 7 años), casi todos con buenos resultados y una mortalidad muy baja. Aun cuando pensamos, como muchos autores que la operación de Duhamel no es una cura radical pues deja un segmento agangliónico; recomendamos este tipo de intervención para el tratamiento mundial no ha hecho más que afirmar la bondad de este procedimiento y nuestros resultados vienen a confirmarnos esta manera de ver.

BIBLIOGRAFIA

- CLIFFORD D., BENSON M. D. JAMES R., LLOYD M. D. An evaluation of the surgical treatment of hirschsprungs disease. *The Surgical Clinics of N. A. Ped. Surg.* Vol. 44, N° 6 Dec. 64.
- SIGURD EEK, OLA KNUTRUD and ERLING A. MYLIERS. Congenital Megacolon (Hirschsprungs Disease). A. Clinical, surgical, pathological and radiographic follow-up. *Acta Paed (Stockholm) Suppl.* 140, 124-125, 1963.
- O. KNUTRUD and SIGURD EEK: Congenital Megacolon (Hirschsprungs Disease). Follow-up on a series from 40 years. *Acta Paed (Stockholm) Suppl.* 140, 1963. 106-107.
- LESTER W. MARTIN, W. R. ALTEMEIER. Clinical experience with a new operation (Modified Duhamel's procedure) for Hirschsprung's Disease. *Ann. Surg.* 156, 678-681, oct. 62.
- SEBER W. K. KIESWETTER W. B. Duhamel's operation of Hirschsprung's Disease. *Arch. Surg. (Chicago)* 87, 111-119, Jul. 63.
- GUEVARA F. SERGIO. Maladie de Hirschsprung. Etude de 75 cas dont 50 Rectosigmoidectomies. Memoria presentada Fac. Med. Paris 1961.
- GUEVARA FALLAS SERGIO. La Enfermedad de Hirschsprung. *Revista Médica de Costa Rica XX*, N° 344, febrero 1963, 41 - 61.
- Duhamel B. *Technique Chirurgicale infantile*, Mason et Cie. Editeurs Paris 1957.