

# Evolución histórica de la cirugía rectal

Fermín Palma / Pablo Palma / Antonio Leiva

La historia de la cirugía rectal representa y conjuga un exhaustivo esfuerzo de anatómicos y cirujanos, para poder abordar un órgano intrapélvico y, por tanto, profundo y de disección nada fácil. Más adelante los imperativos quirúrgicos serán hacer compatibles los procedimientos y las técnicas que aseguren una cirugía radical y los que ofrezcan la posibilidad de conservar la función esfinteriana anal.

Pero el camino, como siempre ocurre, será largo y tortuoso, pues a todo lo largo de la época ochocentista, especialmente en la preantiséptica, la integridad del peritoneo era un criterio unánime, frente a toda maniobra quirúrgica de abordaje rectal.

Por esta razón, cuando LISFRANC (1825), profesor en Lyon, difundió su forma de intervenir el recto, con buen resultado, por vía perineal, sin abrir el peritoneo, con escasa hemorragia y buena visibilidad, su técnica se aceptó con

**U**na breve valoración del pasado de la Cirugía Rectal nos hace sentirnos —siguiendo el término lainiano— deudores del pasado, pues sin el esfuerzo y tesón de anatómicos y cirujanos, para abordar un órgano intrapélvico y de disección nada fácil, no habríamos llegado a obtener la posibilidad de asegurar una cirugía radical y la conservación de la función esfinteriana anal.

A lo largo del trabajo se hace mención de la gran aportación de la cirugía centroeuropea, junto al esfuerzo de la escuela gala y anglosajona, con la también aportación española. En este repaso se aprecia, una vez más, lo que era la cirugía anterior a la era antiséptica y lo que supone, la aportación listeriana al desarrollo de las técnicas intraperitoneales, hasta entonces vedadas.

Esta modesta aportación sea un humilde homenaje a esas minorías selectas del saber que con su fe y entusiasmo hacen posible toda creatividad.

gran entusiasmo. Fue el acceso perineal la vía de abordaje del recto que más predominó a lo largo de todo el siglo XIX, puesto que permitía extirpar lesiones más o menos profundas.

Por la época que comentamos no existía, todavía, la preocupación, en la mente de los quirúrgicos, de la conservación esfinteriana.

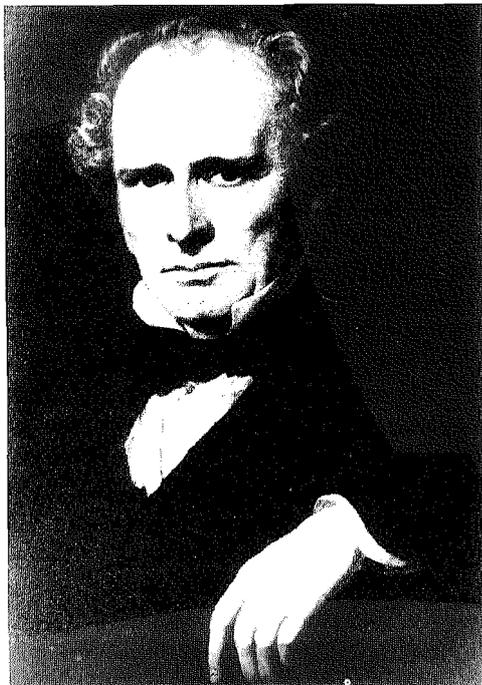
No se contemplaba

nada más que la extirpación, de la forma más radical y con menos riesgo, de la lesión rectal. Pocos años después de Jacques LISFRANC, en 1839, VELLPEAU propone una rectotomía dorsal con sección esfinteriana. DIEFFENBACH, en 1845, lo aborda por vía transesfinteriana y SIMON, profesor de cirugía en Heidelberg, en 1872, de forma transanal.

No faltó quien aportara una técnica transvaginal, como la propuesta por NELATON (1891) y DEPACE (1895), abordaje o vía que entusiasmaba a L. REHN (1) a comienzos del siglo XX cuando proclamaba: «...para qué derribar el



Jacques Lisfranc (1790-1847).



Frederick Salmon (1790-1868).

muro, estando la puerta abierta». Ninguna de estas técnicas cuidaban la conservación esfinteriana.

Conforme se fueron aplicando las normas de la asepsia y de la antisepsia (\*) se posibilita el abordaje del recto por otras vías, siendo KOCHER, en 1874, quien al extirpar el coxis, hace, en uno de sus casos, la ablación de un tumor rectal resecaando el recto.

Pero la técnica que más impacto causó fue la de KRASKE (2) (1885), en la que una vez extirpado el coxis llevaba la resección hasta la tercera vértebra sacra, persiguiendo, junto al abordaje posterior del recto, una técnica que permitiera la resección y la conservación esfinteriana. Los márgenes de resección de KRASKE quedaban reducidos a un 1,5 cm., empezando ya a preocupar a los cirujanos el que junto a la extirpación de la lesión se pudiera conservar la función esfinteriana.

Sin embargo, la técnica de KRASKE fue motivo de grandes complicaciones respecto a la infección de la herida, dehiscencias, fístulas, en consecuencia, de las anastomosis, que fueron empañando los resultados de esta técnica. Ello motivó que sólo dos años después, en 1887, HOCHENEGG, en Viena, pusiera en práctica una técnica haciendo descender el segmento proximal del colon, una vez resecaada la lesión, y fijarlo a la piel perianal, realizando prácticamente la primera sutura colo-anal, logrando la continencia, en un principio en el 30% de sus casos y posteriormente en un 60%, conforme pudo perfeccionar el método. La adopción de esta vía transacra da a muchos cirujanos de habla alemana una considerable y dilatada experiencia en la conservación esfinteriana.

FINSTERER, por ejemplo, llegó a tener experiencia de 185 resecciones de recto por vía sacra pura y 142 por vía abdomino-sacra cuando ya se implantó la laparotomía como vía también de abordaje del recto como enseguida veremos. Todas estas técnicas de abordaje posterior del recto que someramente hemos mencionado, en su concepción original, trataban de evitar la sec-

(\*) En 1867, iniciaba la era de la cirugía antiséptica y aséptica publicando sus primeros resultados bajo este significado epígrafe: «On the antiseptic Principle in the Practice of Surgery».

ción peritoneal y, por tanto, la laparotomía, por lo que la instauración de una colostomía de protección no entra en el esquema técnico de los cirujanos de la época.

Será a comienzos de este siglo, cuando podremos observar publicaciones de cecostomías y sigmoidostomías (ya conocidas en siglos anteriores) como gestos quirúrgicos previos a la extirpación de un tumor rectal por vía sacra (CRANVELL, 1902, y WIESINGER, 1903...).

En 1904, SCHLOFFER (3-4), en un trabajo que produce una fuerte impresión y se difunde por todos los ambientes quirúrgicos —«Die Laparotomie im Dienste der Rectum extirpation», Bruns Beitr. Klin. Chir. 42, 396, 1904—, hace constar la necesidad de poner la laparotomía al servicio de la cirugía rectal.

Por esta época, GAUDIER, QUENU y REVERDIN (5), se incorporaron rápidamente a la resección rectal utilizando la vía dorso/abdominal, pero mientras los autores franceses hacían la extirpación primaria del recto junto a la creación de un estoma permanente, la escuela alemana representada por CZERNY, KRASKE y MIKULICZ, se mantendrían firmes en el criterio de la conservación esfinteriana, restableciendo la continuidad, preferentemente, desde el abordaje sacro.

La variante importante al ser precursora de técnicas habituales —BABCOCK (7), BACON (8), CUTAIT (25)—, fue la de MAUNSELL (1892) que propuso evaginar y resecar el segmento recto cólico, a través del ano; técnica que experimentó en cadáveres y que TRENDELENBURG, en 1897, la puso en práctica movilizándolo y protrusando el recto a través del ano desde el abdomen, proponiendo, por la misma época, en el Congreso de Cirugía alemán, la posibilidad de resección rectal por vía exclusivamente abdominal, tal y como se entiende en la actualidad.

En Inglaterra, tras el pesimismo mostrado por el fundador del St. Mark's Hospital, Frederick SALMON, en la extirpación del recto el verdadero pionero, que recoge los trabajos y experiencia de ALLIHAM (1901) es LOCKHART-MUMMERY, llevando implícita su técnica la servidumbre de una colostomía terminal definiti-



John Percy Lockhart-Mummery (1875-1957).



William Bashall Gabriel (1893-1975).



Henri Hartman (1860-1952).

va y la ablación del recto por vía perineal, estando el enfermo en decúbito lateral, siendo la operación clásica del St. Mark's Hospital, por un período de 20 años.

GABRIEL (34), en 1932, tenía una mortalidad de 11,6%, y una supervivencia de 5 años del 40%, con esta técnica de la excisión terminal. Esta es la razón de que GABRIEL, cuando le vimos en la década de los años cincuenta, practicara una vía perineal/abdominal para la ablación del recto, pues había vivido en el St. Mark's Hospital toda la experiencia de LORCK-HART-MUMMERY.

ERNEST MILES (6), joven cirujano y anatómico del mismo Hospital de St. Mark's y contemporáneo de ALLHGM observó, siguiendo los procedimientos operatorios anteriores, que el 95% tenía recurrencias del tumor dentro de los tres primeros años.

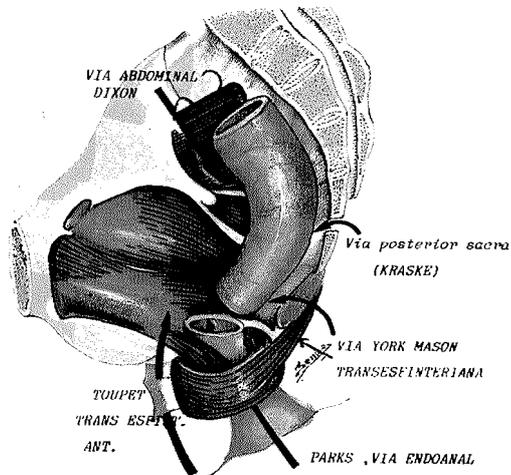
Estos desafortunados resultados le hicieron estudiar mejor la propagación de los tumores rec-

tales revelando que la invasión, primeramente, era hacia arriba y lateral y mucho más tarde hacia abajo y todo a través de los vasos y nódulos linfáticos, por lo que se instauró la operación abdomino/perineal para la extirpación total del recto —operación de MILES— o resección abdomino/perineal que entre los cirujanos de habla hispana llamamos amputación del recto abdomino perineal, que define muy bien el tipo de operación. Pero la operación de MILES tampoco iba a ser la operación standard por largo tiempo.

DIXON (13-14), en 1948, desde la Mayo Clinic, se mostró concluyente en extirpar el recto con la lesión por medio de una resección anterior con anastomosis primaria y preservación del aparato esfinteriano, sin que se incrementara la morbilidad y mortalidad.

Una gran aportación de la cirugía francesa, en los años cuarenta y cincuenta, fueron las de la escuela de París protagonizada por el profesor F. D'ALLAINES (12) y la representada por el profesor Paul SANTY (29), de grata memoria, en Lyon. La vía que utilizaron fue la abdominosacra y debemos considerarla como técnica precursora de la que actualmente utiliza LOCALIO (15-16-17) en New York.

Entre las operaciones tipo «pull-through» la técnica primitiva de HOCHENECC y MAUNSELL, se actualizó en las de BABCOCK, BACON y BLACK, siendo la más reciente la de TURNBULL y CUITAIT, muy bien descritas por el propio GOLIG-



DIFERENTES VIAS DE ABORDAJE DEL RECTO.



Alejandro San Martín Satrustegui (1847-1908).

HER. En esta técnica se preserva el ano, la mucosa del conducto anal y los músculos esfinterianos. Evertiendo el ano se hace pasar a través del mismo, una vez dilatado, el colon proximal, fijando los bordes del ano evertido a la capa sero-muscular del colon, y entre 10/14 días del post-operatorio, el exceso de colon es resecaado, suturando la mucosa y submucosa del corte o sección terminal del colon al borde del anorrecto con sutura entrecortada y reintroduciendo la anastomosis a través del ano.

Las necrosis del muñón del colon es en las estadísticas la complicación más temida (COLICHER, 22,4%) (23-27), obteniendo una normal continencia el 25%, en tanto que 75% tenían «flatus» o manchaban la ropa interior («soilings»). MASON (9-10-11) ha divulgado una técnica transesfinteriana, abordando el recto por vía posterior y seccionando cuidadosamente y marcando previamente a su sección, los músculos esfinterianos y poniendo especial énfasis en hacerlo justamente en la línea media, para una vez terminada la exéresis de la lesión suturar meticulosamente los músculos esfinterianos. Tanto LOCALIO como LAZORTHEs han utilizado este principio técnico para extender la resección rectal por debajo del puborrectal y permitir de esta manera la anastomosis a nivel muy inferior.

Sir Alan PARKS (21-22), del St. Mark's Hospital, aportará su genial intervención de la



Sir Alan Parks (1920-1982).



José Goyanes (1875-1964).

«elevee-anastomosis» o anastomosis en «manguito» colo-anal conservando íntegramente el sistema esfinteriano, tras la extirpación de la mucosa recto anal (mucosectomía) y realizando la anastomosis vía transanal y aplicando este mismo método posteriormente a la implantación de un reservorio ileo-anal que él preconizó. En el momento actual las técnicas de doble grapado han venido a sustituir a la mucosectomía.

En España, Alejandro SAN MARTÍN Y SATRÚS-TEGUI (1847-1908) aportó su genial colostomía continente de la cual ya nos ocupamos en Cirugía Española. Su discípulo José GOYANES (1875-1964), prestigiosa figura de la cirugía española, dedicó especial atención a la cirugía rectal, pese a ser un precursor de la cirugía vascular, continuando los trabajos de su maestro SAN MARTÍN. Finalmente, José RIBERA SANS (1852-1912) dejó publicados varios trabajos de su técnica «la rectotomía posterior», reseccando el coxis, para el tratamiento de las lesiones anorrectales y para la corrección de las deformidades congénitas.

El gran progreso de la cirugía proctológica ha hecho que se creen unidades de esta especialidad en todo el mundo, destacando muchos centros y unidades de un enorme prestigio. Baste señalar las que venimos conociendo como es el departamento colorrectal de la Cleveland Clinic, el célebre St. Mark's Hospital y el Prosper Hospital de Recklinghausen, regentando el servicio de Coloproctología J. GIRONA, que ha sabido perfeccionar y llevar a la práctica quirúrgica cotidiana todo lo que Alan PARKS propuso e inició a mediados de siglo. ◀

---

**Fermín Palma**, Cirujano. Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Granada. Ex-presidente de la Asociación Española de Coloproctología; **Pablo Palma**, Chirurgische Abteilung, Kreiskrankenhaus Alt/Neuötting. Altötting. (Universidad de Munich) Alemania; **Antonio Leiva**, Cirujano Hospital Materno-Infantil de la S. S. Jaén.

---

#### Bibliografía

1. REHN, L.: «Die Fortschritte in der Technik der Mastdarm-operationen». *Langenbecks Arch. Klin. Chir.* 61 (1900), 1.009.
2. KRASKE, P.: «Zur Exstirpation hochsitzender Mastdarmkrebses». *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 33 (1886), 563.
3. SCHLOFFER, H.: «Die Laparotomie im Dienste der Rectumexstirpation». *Brun's Beitr. klin. Chir.*, 42 (1904), 396.
4. SCHLOFFER, H.: «Zur operativen Behandlung des Dickdarm carcinoms». *Dreizeitige Radikaloperation. Brun's Beitr. klin. Chir.*, 38 (1903), 150.
5. QUÉNU, E.; HARTMANN, H.: «Chirurgie du rectum». *Steinthal*, París, 1899.
6. MILES, W. E.: «Rectal Surgery». *Cassell*. London, 1944.
7. BABCOCK, W. W.: «Radical single stage extirpation for cancer of the large bowel with retained functional anus». *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1947, 85, 1-7.
8. BACON, H. E.: «Presents status of the pull-through sphincter preserving procedure». *Cancer*, 1971, 28, 196-203.
9. MASON, A. Y.: «Transsphincteric exposure for low rectal anastomosis». *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1970, 63, S91-94.
10. MASON, A. Y.: «Transsphincteric surgery of the rectum». *Progr. Surg.*, 13, 66-97, Karger, Bálar, 1974.
11. MASON, A. Y.: «Rectal cancer: the spectrum of selective surgery». *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1976, 69, 237-244.
12. D'ALLAINES, F.; DE VERNEJOL, R.: «Conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum». *Rapport au 49.º Congrès Français de Chirurgie*. P.U.F., París, 1946.
13. DIXON, A.; FRY, A. K.; MORSON, B.; PATH, F.; NICHOLLS, R.; MASON, A. Y.: «Preoperative computed tomography of carcinoma of the rectum». *Br. J. Radiol.*, 1981, 54, 655-659.

14. DIXON, C. F.: «Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid». *Ann. Surg.*, 1948, 128, 425-442.
15. LOCALIO, S. A.; STAHL, W. M.: «Simultaneous abdomino-transsacral resection and anastomosis for mid rectal cancer». *Am. J. Surg.*, 1969, 117, 282-289.
16. LOCALIO, S. A.; ENG, K.; GOUGE, T. H.; RANSON, J. H. C.: «Addomino-sacral resection for carcinoma of the midrectum: ten years experience». *Ann. Surg.*, 1978, 188, 481-493.
17. LOCALIO, S. A.; NEALON, W.; NEWALL, J.; VALENSI, Q.: «Adjuvant postoperative radiation therapy for Dukes C adenocarcinoma of rectum». *Ann. Surg.*, 1983, 198, 18-24.
18. LAZORTHES, F.; GADRAT, F.; LEGRAND, G.; CORDOVA, J. A.; MONROZIES, X.; FRETIGNY, E.; PUGNET, G.: «Anastomose rectale mécanique à la EEA. Appréciation de soixante cas». *Ann. Chir.*, 1981, 35, 374-376.
19. LAZORTHES, F.; FAGES, P.; CHIOTASSO, P.; LEMOZY, J.; BLOOM, E.: «Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir adn colo-anal anastomosis for carcinoma of the rectum». *Br. J. Surg.*, 1986, 73, 136-138.
20. LAZORTHES, F.; FAGES, P.; CHIOTASSO, P.; BUGAT, R.: «Synchronous abdominotranssphincteric resection of low rectal cancer: new technique for direct colo-anal anastomosis». *Br. J. Surg.*, 1986, 73, 573-575.
21. PARKS, A. G.: «Transanal technique in low rectal anastomosis». *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1972, 65, 965-976.
22. PARKS, A. G.; PERCY, P.: «Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma». *Br. J. Surg.*, 1982, 69, 301-304.
23. GOLICHER, J. C.; HUGHES, E. S. R.: «Sensibility of the rectum and colon: its role in the mechanism of anal continence». *Lancet*, 1951, i, 543-548.
24. GOLICHER, J. c.; DUKES, C. E.; BUSSEY, H. J. R.: «Local recurrence after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid». *Br. J. Surg.*, 1951, 39, 199-203.
25. GOLICHER, J. C.; GRAHAM, N. G.; DE BOMBAL, F. T.: «Anastomic dehiscence after anterior resection of the rectum». *Br. J. Surg.*, 1970, 57, 109-118.
26. GOLICHER, J. C.: «Surgery of the anus rectum and colon». *Bailliere. Tildall*, 11rd Ed, London, 1975.
27. GOLICHER, J. c.: «Recent trends in the practice of sphincter-saving excision for carcinoma of the rectum». *Adv. Surg.*, 1979, 13, 1-31.
28. PARC, R.; TIRET, E.; FRILEUX, P.; MOSZKOWSKI, E.; LOYGUE, J.: «Resection and colo-anal anastomosis with colonic reservoir for rectal carcinoma». *Br. J. Surg.*, 1986, 73, 139-141.
29. MALAFOSSE, M.; MOLLER, E.: «La conservation sphinctérienne dans la chirurgie du cancer rectal». *Actualités Digestives Médico-Chirurgicales*, 3.<sup>a</sup> serie, 33-44, Masson, Paris, 1982.
30. MALAFOSSE, M.; CHARLIER, A.: «La voie d'abord trans-anale». *Actualités Digestives Médico-Chirurgicales*, 6.<sup>a</sup> serie, 49-54, Masson, Paris, 1985.
31. MALAFOSSE, M.; CHARLIER, A.; COSSOT, D.: «Les anastomoses coliques protégées». *Actualités Chirurgicales*, 2, 15-18, Masson, Paris, 1985.
32. MALAFOSSES, M.: «Résection totale du rectum avec anastomose colo-anale transanale». *Video Film*, 1986, T.T.P., Paris.
34. GABRIEL, W. B.; DUKES, C. E.; BUSSEY, H. J. R.: «Lymphatic spread in cancer of the rectum». *Br. J. Surg.*, 1935, 23, 395-413.
35. LANE, R. H.S.; PARKS, A. G.: «Function of the anal sphincter following colo-anal anastomosis». *Br. J. Surg.*, 1977, 64, 596-599.
36. SUZUKI, H.; MOTSUMOTO, K.; AMUNO, J.; FUJIOKA, M.; HONZUMI, M.: «Ano-rectal compliance after low anterior resection». *Br. J. Surg.*, 1980, 67, 655-657.