

EXTENSION CAUDAL DE LA EXERESIS EN EL CANCER DEL RECTO ALTO (*)

A propósito de 4 observaciones de cáncer múltiple del recto

Dr. Abel Chifflet

En una serie de 50 enfermos con cáncer del Recto hemos tenido 4 observaciones con más de una localización en dicho órgano.

La **observación 1** es el enfermo N. A. Ingresó a la Clínica por un síndrome de obstrucción intestinal. El tacto rectal mostró un nódulo por arriba de la línea pectinea del Ano, duro, fijo, indoloro. El examen endoscópico demostró un tumor ulcerado, vegetante, inmediatamente por arriba de la base de la Próstata, ocupando 1/3 de la circunferencia. El síndrome clínico de obstrucción cólica no correspondía seguramente a estos tumores. La exploración quirúrgica por vía abdominal mostró un cáncer del Recto Alto, por arriba del Douglas. Había invasión peritoneal, gruesas adenopatias y metástasis hepáticas. Se hizo una colostomía a izquierda.

El mecanismo de la cancerización múltiple de este enfermo corresponde a lo expuesto por Miles (1) después del estudio de numerosas piezas necrópsicas de tumores inoperables. Se trata de tumores altos que provocan la invasión masiva y obstrucción de las vías linfáticas y venosas ascendentes. Se produce entonces un encharcamiento pelviano que permite a las células neoplásicas

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 25 de noviembre de 1953.

colonizar en cualquier territorio situado por debajo de la zona tumoral primitiva.

La observación 2 es el enfermo P. A. Acusaba sufrimientos rectales datando de años atrás. Al tacto se reconocen varios pólipos en el Recto medio. La biopsia-exéresis de los pólipos rectales muestra un adenoma con cancerización. La biopsia de una lesión alta es también cancerosa. El enfermo se opone a toda operación y fallece a los 2 años.

En este caso es evidente que el cáncer múltiple resultó de la cancerización de lesiones adenomatosas múltiples preexistentes.

La observación 3 corresponde a un enfermo con un neoplasma Recto-sigmoideo. Realizamos en él la exéresis de todo el conjunto de sigmoides bajo, rectosigmoides y parte superior del Recto, restaurando la continuidad por sutura terminoterminal subperitoneal. El enfermo está bien. El estudio de la pieza de exéresis mostró que a 4 cms. del tumor diagnosticado había otro tumor. No había colonización en linfáticos, venas ni peritoneo.

Este tumor encontrado en la pieza podría ser secundario al principal, pero en contra de esta posibilidad está la distancia entre ambos tumores, la ausencia de todo otro proceso canceroso entre ellos y la falta de invasión de las vías linfáticas, venosas y perinerviosas.

Podría también resultar de la cancerización de un nódulo adenomatoso preexistente, aunque la histología no hace suponer tal posibilidad y no existen otros centros adenomatosos en la región.

Creemos que, sin entrar en la intimidad del problema, esta obstrucción corresponde a una cancerización multicéntrica dentro de una víscera.

Hemos estudiado el conjunto del intestino Grueso desde el fondo del Ciego hasta el Ano en vista a su división en segmentos que puedan tener individualidad visceral. Los segmentos así constituidos no se superponen a los de la anatomía ni a los de la fisiología clásicas. Nos interesa ahora el segmento constituido por la parte baja del colon sigmoideo, el llamado Rectosigmoides y la parte superior del Recto. Este conjunto tiene caracteres que permiten considerarlo como formando una verdadera unidad visceral. Le llamamos Recto Alto.

La individualización de esta unidad visceral por el aspecto morfológico no es un asunto de grosera evidencia. Los anatomistas han mantenido siempre y aún mantienen, divergencias sobre el límite de separación entre el Recto y el Colon Sigmoideo.

Los cirujanos, llevados por exigencias reales de la Patología y la técnica operatoria, crearon, al margen de la aceptación de los anatomistas, la entidad que llamaron Colon Rectosigmoideo que ha tenido una vida próspera. Esta iniciativa de los cirujanos se hizo con timidez sobre la base del sector en litigio de la unión del sigmoides y el Recto de los anatomistas, sin aventurarse a incorporar un segmento de uno u otro de los órganos clásicos. Creemos que la anatomía debe reверer sus denominaciones y límites y que la llamada región rectosigmoidea debe incorporar la parte inferior del sigmoides y la parte alta del Recto formando así un segmento con individualidad visceral. El límite inferior de este órgano corresponde al fondo de saco de Douglas, es decir que el Recto Alto comprende todo el Intestino Grueso Pelviano que tiene contacto con el Peritoneo. Pero es necesario puntualizar este límite inferior, porque el fondo del Douglas es un punto en el interior de la cavidad pelviana y el límite sobre el intestino será muy diferente según que desde ese punto nos dirijamos hacia abajo, hacia atrás o hacia arriba. Consideramos límite inferior del Recto Alto el plano que desde el fondo del Douglas va hacia la III vértebra sacra. Es evidente que un Recto extirpado y colocado en rectitud nos da una idea errónea sobre el verdadero límite inferior de la viscera que estudiamos.

El límite superior del Recto Alto, no tiene exteriorización evidente sobre el intestino y sólo puede reconocerse por ser la parte que responde a la unión de los segmentos de mesocolon que van a formar la foseta sigmoidea.

Entre estos dos límites, el Recto Alto tiene una longitud y topografía variables, pudiendo sólo decirse que siendo en su parte inicial libre, con un meso, se va introduciendo en forma progresiva debajo del peritoneo pelviano hasta su límite inferior.

La autonomía visceral del Recto Alto es más evidente si hacemos el estudio de sus conexiones conjuntivas, vasculares y nerviosas. La lámina conjuntiva abdomino-pelviana, situada por delante de la Cava y la Aorta, pasa por delante del Promontorio

y tomando contacto cada vez más directo con el Intestino, termina fijándose sobre su propia pared. Sobre la cara anterior de esta lámina que tiene el plexo presacro, se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos que van a la totalidad del Recto Alto. Cuando pasamos de un lado a otro por detrás de la lámina a la altura del Promontorio, cargamos todo el pedículo vasculo-nervioso de la víscera.

La patología es también convincente en la autonomización del Recto Alto. Es la zona de las diverticulitis y perisigmoiditis, la zona de las conexiones patológicas colovesicales, la zona donde el cáncer adopta el tipo ulceroso estenosante con frecuente invasión peritoneal y propagación por vía venosa portal. Recientemente Bargen y colaboradores han hecho el estudio de la mucosa más allá de los tumores malignos y han encontrado particularidades histológicas muy netas que les han permitido sostener que existe una alteración regional de predisposición a la cancerización. Nosotros hemos examinado macroscópicamente las piezas de exéresis y en 4 oportunidades hemos encontrado procesos vegetantes hacia la luz intestinal aun cuando no eran de tipo maligno.

La observación de cáncer doble que presentamos tiene el carácter de los dos tumores en la zona individualizada como víscera, que llamamos Recto Alto y en ese sentido traduce el hecho trivial en el resto de la economía, de la cancerización multicéntrica del órgano.

La observación 4 corresponde a un enfermo de 45 años. Presentaba un tumor ulcerado en la cara posterior del Recto Alto y un nódulo submucoso en la cara posterior del canal anal, en la zona pectínea.

Se resuelve llevar al enfermo a la intervención quirúrgica para decidir la operación a practicar después de exploración operatoria abdominal y examen rectal bajo anestesia. Practicada una laparotomía mediana infraumbilical, se reconoce la existencia de un tumor del Recto, inmediatamente por arriba del fondo de saco de Douglas, fácilmente movilizable en todas direcciones, que permitiría su fácil extirpación por vía abdominal. No hay adenopatías, ni lesión peritoneal ni metástasis. El examen del Canal Anal muestra un nódulo en su cara posterior, en la unión con el

Recto, duro, del tamaño de una avellana, incorporado a los tejidos de la región y recubierto de mucosa sana, aun cuando ésta no desliza sobre el tumor. Traccionando desde el abdomen el Recto, no se reconoce ninguna conexión del nódulo inferior con el tumor alto, ni existencia de otros nódulos.

Decidimos hacer la exéresis total del Recto, la cual realizamos como es nuestra técnica actual, haciendo la amplia liberación por vía perineal y terminando por la exéresis abdominal con ano ilíaco definitivo. Postoperatorio sin ninguna particularidad. Actualmente lleva 6 meses de operado y está reintegrado a sus tareas habituales.

La pieza operatoria fué estudiada cuidadosamente por el Dr. Scandroglio. De su informe sacamos la conclusión de que existe un tumor en el Recto alto, ulcerado, que ocupa la mitad de la circunferencia intestinal. Histológicamente es un epitelioma cilíndrico, seudoglandular, extendido hasta el plano subseroso. No existen adenopatías neoplásicas. Existe otro tumor en el 1/3 superior del canal anal, del mismo tipo histológico, sin ulceración de la mucosa y con invasión de los planos musculares. Entre el tumor alto y el anal no existe ningún proceso linfático ni venoso ni nervioso de cancerización. Se encontraron dos pequeños ganglios perirrectales que no mostraron elementos neoplásicos. La mucosa y submucosa rectal y sigmoidea, era normal.

La interpretación de esta observación es más compleja que las anteriores.

La metástasis descendente por obstrucción vascular alta que parece evidente en la Observación 1 es imposible porque el estudio operatorio e histológico demuestra la ausencia de lesiones extendidas fuera del órgano.

La existencia de procesos adenomatosos anteriores que se hayan cancerizado, como en la Observación 2, es prácticamente inaceptable porque la topografía del tumor inferior no corresponde a la de procesos de esa naturaleza y porque no hay ninguna huella de lesión primitiva.

La posibilidad de una cancerización multicéntrica sin lesiones previas es de difícil aceptación, porque se trata de dos localizaciones en diferentes territorios morfológicos y funcionales.

La metástasis aislada parece ser el mecanismo más aceptable

de esta lesión doble. En ese sentido anotemos además de la poca probabilidad de los otros mecanismos, la similitud absoluta de tipo histológico de los tumores y la topografía submucosa del nódulo anal.

La posibilidad de un origen secundario en el nódulo inferior obliga a aceptar la posible propagación descendente primaria en el cáncer del Recto. Este asunto ha sido motivo de importantes investigaciones y continúa siendo tema de discusión. Recientemente Quer Dahling y Mayo (²) de la Mayo Clinic, sobre 91 piezas de cáncer del Recto estudiadas expresamente en ese sentido, encuentran 2 casos con extensión entre 1 y 2 cms. por debajo del borde macroscópico del tumor, 1 caso con una extensión de 5 cms. y 2 casos con nódulo secundario inferior, independiente del superior. En la Observación 5 el tumor primitivo era alto y el secundario anal, siendo la observación similar a la nuestra. En esa observación había el antecedente de una operación por hemorroides por lo cual sugieren la posibilidad de un injerto tumoral sobre la zona cruenta. En nuestro caso tal injerto mucoso se había hecho sobre mucosa sana.

Extensión de la exéresis

La cirugía del Cáncer es cirugía de exéresis. La extensión de la exéresis está dada en primer término por las posibilidades de extensión del tumor. Llamamos territorio mínimo de exéresis la extensión que indefectiblemente debe extirparse por razones cancerológicas. Más allá de ese límite puede extenderse ese territorio mínimo por exigencias vasculares o técnicas o funcionales pero está cancerológicamente prohibido quedarse por dentro de los límites de dicho territorio mínimo.

El cáncer del Recto es motivo de controversia en cuanto a la extensión de la exéresis. Desde hace muchos años se agudiza periódicamente la discusión entre los que sostienen la necesidad de la amputación total del Recto, cualquiera que sea la topografía del tumor y los que sostienen la suficiencia de la resección parcial. Esta diferencia de criterio sólo se aplica para los tumores altos del Recto, ya que en los tumores bajos (anales o rectales bajos) todos están de acuerdo sobre la necesidad de ir a la amputación total anorrectosigmoidea.

Las cuatro observaciones que hemos resumido, sacadas de un total de 50 casos, dan inmediatamente la impresión de que el territorio de exéresis en el Cáncer del Recto Alto debe comprender en forma sistemática todo el órgano desde el Sigmoides hasta el Ano. Muchos cirujanos, algunos de ellos de extraordinaria jerarquía, sostienen este criterio. Gabriel (3) en 1950 dice: "Una exéresis radical abdomino-perineal del Recto y Colon Pelviano es la mejor operación para un cáncer del Recto a cualquier nivel".

Hagamos el análisis de nuestras observaciones en vistas a este punto concreto de terapéutica quirúrgica.

La observación 1 corresponde a un cáncer del Recto Alto con invasión masiva de todas las vías linfáticas y venosas, provocando una difusión descendente. Así aparecieron las lesiones neoplásicas del Recto Medio y del Recto Bajo. Casos similares fueron estudiados por Miles, fundamentando las conclusiones terminantes adoptadas por Lockhart Mumery (4) y Moynihan (5) y hoy sostenidas por Gabriel, de la amputación total del Recto.

Se trata de enfermos cuyas lesiones tan extendidas los colocan fuera del cuadro de la operabilidad. Los cirujanos reseccionistas los dejan de lado, refiriéndose en sus investigaciones sólo a los cánceres operables. Pero, aún admitiendo que la extensión descendente sea secundaria a la obstrucción vascular alta, podría haber una etapa en la evolución del enfermo en que existiendo lesiones altas susceptibles de exéresis, ya se hayan producido difusiones descendentes no reconocibles, clínicamente.

En base a estos hechos sostenemos *la exigencia de la amputación total del Recto en los tumores del Recto Alto cuando existen grupos ganglionares sospechosos de colonización en la lámina abdominopelviana.*

La observación 2 corresponde a cancerización de lesiones múltiples de potencial cancerígeno. El enfermo, que era médico, no aceptó la amputación total rectosigmoidea y la evolución fué la esperada.

A diferencia de la Observación 1 que presentaba lesiones inextirpables, en este enfermo hubiese sido posible una exéresis total con los dos tumores y con un pronóstico relativamente favorable.

En el caso de cáncer del Recto Alto con procesos adenomatosos rectales no cancerizados la operación a realizar debe ser también la amputación total del Recto. No compartimos la opinión de los que hacen resección alta y coagulación de los adenomas bajos, porque el potencial evolutivo de estos tumores es muy grande y porque siempre puede escapar sin tratamiento un adenoma pediculado o no.

La Observación 3 corresponde a dos tumores situados en la parte superior del Recto.

Consideramos fundamental la exigencia de la exéresis visceral total en el cáncer. Sólo así se consigue eliminar el conjunto vascular sanguíneo y linfático con las vainas nerviosas y espacios celulares que hacen de cada órgano una unidad de extensión cancerosa. Sólo con ese criterio se pueden eliminar en conjunto y en totalidad los pedículos de exteriorización cancerosa. En fin, sólo con la exéresis visceral total se pueden suprimir todos los tejidos de cierto potencial cancerígeno, evitando así la aparición de nuevos tumores.

Este criterio es el que guía a los cirujanos que hacen la amputación total del Recto por una lesión cancerosa, cualquiera sea la topografía. Pero nosotros consideramos que no se puede dar la calidad de órgano al total del Intestino Grueso pelviano (Sigmoides inferior, Recto y Canal Anal) sino que dicho conjunto resulta de la aposición en continuidad de más de un órgano. Es a cada uno de éstos que aplicamos la directiva visceral de exéresis.

Nuestras resecciones, cualquiera que sea la topografía del tumor en el Recto Alto, comprenden siempre la totalidad del órgano extendido de un extremo al otro con la totalidad de sus pedículos con la lámina conjuntiva correspondiente. La técnica de exéresis es siempre igual y la restauración posible por anastomosis término-terminal standardizada.

Rechazamos categóricamente las resecciones limitadas por medidas matemáticas. Muchos cirujanos basados en el hecho anotado por Westhues (6) de que la histología no encuentra extensión de más de 1 centímetro en la pared del intestino por debajo del límite inferior del tumor, hace resecciones que pasando a dos centímetros ya los satisface. No es posible aceptar esta cirugía del cáncer visceral basada en medidas matemáticas,

contrariando los principios más elementales de la biología de los tejidos normales y del tejido canceroso. Basta hacer una comparación con lo que sería sacar un tumor de la mama, de la parótida, del pulmón, pasando a determinado número de centímetros del borde del tumor para poner en ridículo esta cirugía del cáncer basada en medidas sobre la víscera. Agreguemos aún, que estos dos centímetros sacados miserablemente por algunos cirujanos no son para ellos, en ese momento, tanto una exigencia de orden cancerológico para sacar todo el tumor sino un castigo de orden técnico, cumplido a regañadientes para poder realizar su desiderátum que es la restauración de la continuidad digestiva.

Dejemos de lado a los que por querer anastomosar sacan menos de dos centímetros. Los que sacan esa zona no satisfacen tampoco en su exéresis:

1º) porque hay muchos casos en que el proceso se extiende más allá de esta medida, llegando a 3, 4 o más centímetros (²).

2º) porque en los tumores situados en el límite inferior del órgano Recto Alto, es decir plano Douglas-sacro, la sección a dos centímetros por debajo interesa al órgano subyacente, dejando en la exéresis a todos los tejidos pelvianos que le dependen cancerológicamente.

3º) porque en los tumores situados por arriba de los dos centímetros inferiores del Recto Alto, la resección no llega hasta el límite inferior del órgano dejando parte de éste y lo que es peor aún, parte del pedículo y lámina conjuntiva correspondiente.

Las mismas consideraciones están justificadas para rechazar la limitación de la exéresis hacia el lado cefálico hecha con criterio matemático. Las grandes variaciones de longitud del órgano Recto Alto quita todo valor a esas medidas.

En la Observación 3 podría algún cirujano que reseca los cánceres con el centímetro haber dejado al pequeño tumor encontrado por el patólogo, así como puede dejar sectores intestinales con cierto potencial cancerígeno o tejidos periviscerales de posible colonización neoplásica. Nosotros, *practicando siempre la exéresis total del Recto Alto con sus respectivos tejidos cancerizables*, creemos estar libres de este error. Cuando el tumor es vecino a un segmento visceral contiguo, creemos que la exéresis debe comprender en block al órgano enfermo y a dicho órgano contiguo.

La Observación 4 plantea problemas terapéuticos difíciles. Si un examen cuidadoso antes de realizar la exéresis muestra la existencia del nódulo inferior no hay duda de que debe hacerse la amputación total del Recto. Surge sin embargo un problema en cuanto a la extensión de la exéresis periférica, dependiente de las propiedades metastasiantes o no del nódulo secundario. Las células neoplásicas en el interior de un ganglio no parecen ser metastasiantes mientras no se invada la cápsula, de modo que no hay indicación de exéresis de territorios satélites de un ganglio colonizado. Pero las células neoplásicas en el espesor de los tejidos pueden embolizar o extenderse como si fuesen originarias de dicho tejido. Por este motivo, la exéresis en nuestra observación no se hizo en el sector perineo-pelviano con la idea de sacar el intestino sino de hacer la exéresis completa que corresponde a los tumores localizados en esta parte del Recto.

Debemos aceptar que antes de evidenciarse clínicamente el tumor inferior, hubo un período durante el cual las células cancerosas habían seguramente colonizado. Una exéresis limitada alta sin conocimiento de esta colonización y teniendo en cuenta la ausencia de manifestaciones abdominales de propagación neoplásica, hubiese sido seguida de la aparición del tumor.

Esta observación nos ha hecho meditar seriamente. No podemos negar la afirmación de Miles de que la amputación total del Recto da un margen de seguridad mayor que la resección de una parte.

Nuestra posición actual es la siguiente: Frente a un enfermo con un cáncer del Recto Alto, pensamos que puede existir una colonización neoplásica baja y la buscamos por el tacto rectal, la endoscopia y el examen con anestesia general. Si no encontramos ninguna manifestación de metástasis, mantenemos en nuestro razonamiento el recuerdo de su posibilidad (1 en 90 según Quher Dahling y Mayo; 1 en 50 en nuestra serie) para utilizarlo en la balanza donde vamos a comparar los factores favorables a una amputación total o a una resección. Si optamos por una resección alta con conservación del Recto perineo-pelviano, sometemos a nuestro enfermo a una vigilancia periódica del segmento residual.

Conclusiones

1) En los Cánceres del Recto Alto debe ser examinado cuidadosamente el resto del Recto en búsqueda de otro tumor o de algún proceso precanceroso. Este examen comprende:

- 1) el tacto rectal
- 2) la endoscopia
- 3) el tacto rectal bajo anestesia.

2) La existencia de tumores múltiples puede ser la consecuencia de una cancerización masiva que contraindique la operación (Observación 1). Pero puede depender de otros mecanismos que no impiden la intervención (Observaciones 2, 3, 4).

3) La exéresis en caso de tumores múltiples debe ser la amputación total del Recto por vía perineoabdominal comprendiendo los tejidos vecinos como si cada tumor fuese una lesión primitiva.

4) En los Cánceres del Recto Alto la amputación del Recto debe ser total en los siguientes casos:

- 1º) cuando hay adenopatías sospechosas en el territorio de la lámina abdominopelviana;
- 2º) cuando hay procesos benignos cancerizables subyacentes (adenomas o pólipos papilomatosos);
- 3º) cuando el tumor situado en contacto con el fondo de Douglas hace necesaria la exéresis del órgano contiguo;
- 4º) cuando otros factores (sexo, edad, obesidad, taras, etc.) influyen en forma definida por el ano ilíaco definitivo si la operación total no agrava el riesgo operatorio.

5) La resección en los Cánceres del Recto Alto debe extenderse siempre desde el sigmoides bajo, hasta el Recto situado por debajo del Douglas, comprendiendo integralmente la lámina conjuntiva abdomino-pelviana y el meso.

6) Todo operado de Cáncer del Recto Alto por resección debe ser periódicamente examinado de su Recto residual.

BIBLIOGRAFIA

1. MILES, E. — Brit. Med. Jour., 1920, II, 730.
2. QUHER, E. A.; DAHLING, D. C.; MAYO, CH. W. — Retrograde intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid; a microscopic study. Surg.; Gyn. and Obst., 1953, V. 96, N° 1, 24-30.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

3. GABRIEL, W. B. — Perineo-abdominal excisión of the rectum in one stage. Amer. Jour. of Surg., 1950, Enero, págs. 76-84.
4. LOCKHART - MUMMERY, J. P. — Diseases of the rectum and anus. 1914.
5. MOYNIHAN, B. — Abdominal operations. 1926, V. II, W. B. Saunders Co.
6. WESTHUES, H. — Die pathologisch anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rektumkarzinomes. 1 vol., 113 u., Leipzig, 1934, Thieme, Edit.

Dr. Del Campo. — A las observaciones que ha traído el Dr. Chifflet en su brillante comunicación, las voy a dividir en dos grupos: uno de los casos se refiere a un problema que se encuentra en los pólipos; es el problema del cáncer asociado a pólipos que supone un capítulo especial porque agrega a la necesidad de exéresis del cáncer supuesto nacido en un solo sitio, las posibilidades de todo el órgano en conjunto y obligaría a extender la exéresis y mismo a llegar a hacer colectomía total sin tener necesidad de ampliar igualmente las exéresis linfáticas. Los otros tres casos entran dentro del otro capítulo, el que corresponde a la extensión del cáncer en sí. En ese sentido, la tendencia, en estos últimos años ha sido tratar de considerar los cánceres del colon y recto en dos grupos del punto de vista topográfico: aquellos que corresponden al segmento irrigado por la arteria mesentérica superior y aquellos del segmento irrigado por la mesentérica inferior y que hay que hacer una exéresis adecuada a esta situación.

Ninguna objeción se presenta cuando los cánceres asientan en el territorio de la arteria mesentérica superior en la cual puede decirse que existe un acuerdo total en el punto; el desacuerdo empieza cuando los cánceres asientan en el territorio de la mesentérica inferior porque aquí se empieza contemporizando con el cáncer, según tácticas antiguas, en base a resultados felices de exéresis limitadas; de allí las discusiones sobre la zona de exéresis.

Les diré que el asunto se presenta en forma diferente cuando se va de arriba para abajo que de abajo para arriba. Cuando se va de abajo para arriba; cuando se trata de la parte de colon que hay que extirpar (no me refiero a la exéresis linfática), cuando se opera un cáncer bajo, recto sigmoideo o colo sigmoideo, no hay esos obstáculos reales para llevar la exéresis a la unión de los 3/4 derechos del colon transversal con el 1/4 izquierdo o avvicinarlo aún más al lado derecho, pues la situación del sujeto es más o menos la misma que tenga un ano ilíaco o que tenga un ano transversal. La dificultad se presenta cuando se va de arriba hacia abajo, cuando se presenta el problema de si se incluye o no el recto en la exéresis de un cáncer que está situado por arriba del recto ampular.

Tengo la costumbre de decir que el cáncer llamado recto sigmoideo es un cáncer de colon bajo, desde el punto de vista de la irrigación, pero

corresponde a una zona intermedia, y como zona intermedia es objeto de litigio y si uno quiere satisfacer las exigencias del cáncer, creo como el Dr. Chifflet que no sólo hay que hacer exéresis hacia arriba, amplia, como cáncer de colon, sino que hay que hacer la exéresis del recto. Indudablemente que cuando se toma una actitud de conservación como la cirugía americana en estos últimos tiempos, y de la que creo que se está un poco de vuelta, cuando se toma esta actitud, hay una serie de casos que ayudan a validarla y son esa serie de casos felices de resultados de restablecimiento de la continuidad.

Creo que en el estudio de estas cosas lo que más importa no son los casos felices, lo que importa son los otros, los casos de recidivas y tengo entendido que en el momento actual en Norte América los casos de recidivas han aparecido en los cirujanos que han hecho cirugía conservadora.

De manera que acompaño perfectamente bien al Dr. Chifflet en la conducta que él ha adoptado, creo que un cáncer de recto sigmoide es un cáncer de colon bajo y por lo tanto exige una amplia exéresis del colon, pero que es un caso de recto alto y por lo tanto exige una extirpación de recto. Diría, como he podido decir para otras cosas, que en el caso que tuviera que hacerme una operación a mí, esa es la operación que elegiría.

Dr. Etchegorry. — No voy a hablar de experiencia personal, porque no la tengo, pero a propósito de lo que acaban de decir los Dres. Chifflet y Del Campo, quiero manifestarles que el año pasado tuve la suerte de oír a las personas que Chifflet cita en su relato. Nadie se ha apeado de su caballo; Baun y Backokg presentaron estadísticas realmente maravillosas e insistieron sobre la bondad de sus procedimientos. El sucesor de Miles, que también habló, y cuyo nombre se me escapa, lo hizo con pleno conocimiento del tema; trajo las estadísticas que arrancan desde Miles; son cifras que todo el mundo conoce: 49 % a 51 % de curabilidad dentro de ciertos límites algunos tipos de cáncer, y coinciden bastante exactamente con las de D'Allaines, que no siempre es tan radical en los procedimientos pero que en realidad tiene tendencia a inclinarse hacia ellos. Hay acuerdo casi absoluto en que lo que hace la continencia en las operaciones de descenso es no sólo la conservación del esfínter sino también de mucosa rectal — con suficiente cantidad de ésta, no hay continencia.

Ahora, cuando las exigencias de la extirpación impidan dejar suficiente cantidad de mucosa, es preferible realizar un ano ilíaco y no perineal, más fácil de cuidar y aparejar.

Durante dos días se trató ese tema; intervinieron cirujanos alemanes que me dieron la sensación de seguir fieles a la técnica baja. Pero, en conjunto se desconfía de los resultados muy brillantes y sigue en pie el pesimismo que ha reinado hasta ahora.

Dr. Cendán. — Voy a contribuir con mi modestísima opinión al importantísimo trabajo perfectamente documentado del Profesor Chifflet. En el

curso de este año, en una Sesión para Graduados de la Clínica del Profesor Del Campo, debí ocuparme del tema de lesiones pre cancerosas del colon. Con ese motivo estuve haciendo una revisión de los casos que había tenido ocasión de tratar de cáncer del colon y encontré tres observaciones de **doble cáncer simultáneo**. Insisto en lo de simultáneo porque hay que distinguir los cánceres múltiples, del colon simultáneo de los sucesivos, apareciendo tiempo después de la operación, hecho muy importante dado que todo cáncer de colon intervenido debe suponer un examen detenido del enfermo que ha padecido de esa afección en el sentido de buscar nuevas localizaciones que puedan aparecer en el futuro, hecho que, según los autores que tienen estadísticas importantes al respecto, alcanza cifras alarmantes y explicaría muchos fracasos de la terapéutica quirúrgica del cáncer del colon. De esos tres casos de cánceres simultáneos dos eran debidos a lesiones pre cancerosas. En el tercero (cáncer del ciego y del ángulo hepático) no se pudo demostrar ninguna relación ni linfática ni por propagación parietal ni el origen en lesiones previas del intestino; y donde se pensó en la forma a que acaba de referirse el Dr. Chifflet; esa localización en la zona del ángulo hepático, es bastante frecuente y no se necesita admitir, para explicarlo, que se pudiera tratar de metástasis de un cáncer del ciego.

Estamos completamente de acuerdo con lo que dijo el Prof. Chifflet sobre este problema y hay un solo aspecto al cual quisiera referirme y es en lo que se refiere a la conducta a seguir una vez realizada la extirpación. Evidentemente en el momento actual parece existir un consenso unánime en el sentido de que las resecciones limitadas son operaciones que deben ser prácticamente proscritas, pero eso no quiere decir que el restablecimiento de la continuidad obligaría en todos los casos a hacer operaciones incompletas.

Precisamente, en uno de esos casos de cánceres múltiples de colon, que operamos con el Dr. Ugón y el Dr. Fernández Chapela a principios de 1949, de una poliposis rectocólica con varios neoplasmas del colon, del recto y rectosigmoide y practicamos la extirpación en block del recto-colon descendente y porción izquierda del transverso, es decir todo el territorio mesentérico inferior, al cual se refería el Prof. del Campo. En lugar de realizar el ano transverso definitivo, procedimos a la movilización del colon derecho, realizamos el descenso del transverso al periné y lo hicimos pasar por el ano. Obtuvimos así, contrariamente a lo que dice el Dr. Etchegorry un ano perfectamente continente; la enferma evolucionó bien en el postoperatorio inmediato y durante dos o tres años tuvo un intestino funcionando en perfectas condiciones fisiológicas a pesar de que la extirpación del recto fué realizada desinsertando el recto del periné a nivel del esfínter liso y resecaando la mucosa del canal anal. Esta enferma, después, tuvo que ser reoperada porque en la poliposis del colon derecho hizo una recidiva de su neoplasma y se completó la colectomía, dejando esta vez, una ileostomía definitiva.

Pero me quería referir al hecho de que el descenso del intestino

puede ser realizado sin dejar recto perineal pero conservando el aparato esfinteriano y que la continencia que se obtiene en esa forma en el caso que tuve ocasión de tratar fué excelente.

Naturalmente que la conservación de los esfínteres no puede ser defendida en el cáncer rectal, pues impide la exéresis del recto con su vaina. Pero en las localizaciones neoplásicas sigmoideas, las situadas por encima de esta zona, en sigmoides y colon descendente, pueden realizarse amplias extirpaciones comprendiendo todo el territorio mesentérico inferior, y realizar el descenso del transversal al periné, haciéndolo salir a través del aparato esfinteriano conservado.

Dr. Karlen. — He tenido oportunidad de estudiar la magnífica colección de piezas operatorias en el St. Mark's Hospital de Londres, donde hay expuestos numerosos ejemplares de cáncer múltiple del recto y del colon. **Dukes**, cuya autoridad en la materia es ampliamente reconocida, halló que en una serie de 660 casos, el 4,70 % de carcinomas del recto son dobles o múltiples. Si a esto se agrega que lesiones benignas coexistentes, como la poliposis, son pasibles de degeneración ulterior, se comprende la importancia de la exploración sistemática completa, de todo el intestino grueso en el momento de hacer el inventario de las lesiones.

Basado en estas observaciones adoptó Gabriel como única intervención lógica del cáncer del recto la extirpación total del segmento terminal del intestino. Practica la amputación perineo-abdominal en un tiempo con ano iliaco definitivo, para quedar en lo posible a cubierto de una recidiva local por operación incompleta o de un segundo neoplasma simultáneo o sucesivo.

Dr. Chifflet. Nuestra comunicación tenía la intención de aportar observaciones de tumores múltiples y sólo en ese aspecto enfocar el problema de la extensión de la resección en los tumores situados en la parte alta del Recto.

El Dr. Karlen nos ha comunicado el resultado de sus visitas a clínicas especializadas en Recto, donde ha visto un porcentaje de 4 % de tumores dobles del Recto. Nuestro porcentaje es mayor. Es indudable que el hecho tiene gran interés y constituye, como él lo ha dicho, un serio argumento para Gabriel para sostener la indicación de la amputación total del Recto.

El interés dominante en la discusión entre resección parcial o amputación hizo entrar en el debate otros aspectos del problema que no habíamos deseado comentar. Refiriéndonos a ellos diremos que la resección del Recto con conservación del esfínter no tiene en el territorio pelviano la extensión de la amputación total del Recto. Muchos hechos coinciden en ese sentido. La persistencia de una funcionalidad vesical satisfactoria después de resección, traduce la indemnidad de los ramos nerviosos sacros inferiores, lo cual supone también la persistencia de los linfáticos que acompañan a estos nervios. Otro hecho de importancia es la mayor frecuencia de las recidivas pelvianas en el plazo entre los 5 y 10 años,

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

lo que indica que la operación silenció el proceso, aún incompleta, pero que quedaron tejidos cancerizados que debieron ser extirpados. En fin, no entraremos en el análisis anatómico de los tejidos que se pueden sacar con una u otra operación, pero no dudamos que las exéresis pelvianas parciales no pueden ser de la amplitud que deben tener, aun cuando sean de la amplitud que tienen muchas amputaciones totales mal hechas.

Algunos consocios se han referido al problema de la continencia anal después de resección parcial. Cuando esa resección ha sido alta, con conservación de la parte baja del Recto y de los nervios sacros inferiores, se puede obtener una funcionalidad normal. Si la exéresis se extiende hasta cerca del Ano puede haber enfermos que se adaptan a la situación, pero funcionalmente hay un grave perjuicio, resultante de la supresión del segmento bajo del Recto que funciona armónicamente con el Ano en el proceso de la evacuación y de la supresión de los nervios sacros que rigen la fisiología regional de la evacuación.

Nosotros no hacemos conservación del esfínter en los cánceres situados por debajo del Douglas, sino que amputamos totalmente al Recto. En los tumores del Recto Alto hacemos con frecuencia resección con conservación del Recto períneo-pelviano. Algunas veces restauramos como D'Allaines por vía perineal pero en la práctica corriente hacemos la restauración por vía abdominal.
