

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "C" del Prof. Pedro Larghero Ybarz

EXPERIENCIA CLÍNICA Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN EL CÁNCER DEL RECTO (*)

120 Observaciones

Dr. Luis M. Bosch del Marco

En el año 1945, publicamos, ⁽¹⁾ once observaciones de cáncer rectal, insistiendo en el método de estudio de la extensión linfática de tal enfermedad, en función de su importancia para el tratamiento y pronóstico. Decíamos entonces, que continuaríamos nuestro análisis con nuevos casos e integral investigación de los mismos, en el afán de obtener resultados en series, comparables a la de autores extranjeros y lograr así una real experiencia personal y nacional. Pese a todos los esfuerzos clínicos y técnicos para alcanzar resultados más satisfactorios, ellos por cierto, en nuestro ambiente no se han evidenciado; una razón fundamental lo explica: la consulta médica demorada, siendo el diagnóstico tardío, su corolario. Omitimos los motivos, aunque destacamos los hechos. Los pacientes llegan al tratamiento, en condiciones que difieren poco a como nos llegaban hace veinte años y en consecuencia la aplicación correcta de la técnica actual no alcanza sus beneficios.

Precisaremos, que al referirnos al recto, incluiremos en el estudio, las lesiones que se sitúan en el pasaje recto sigmoideo y región anal. Seguimos en un todo a Chifflet, ⁽²⁾ quien en base a razones anatómicas, fisiológicas y patológicas así lo considera y que por otra parte, al establecer que "las directivas que rigen la cirugía del cáncer son comunes para todo este conjunto", unifica así el concepto.

Nos ocuparemos solamente de los tumores malignos epiteliales a localización rectal, excluyendo cualquier otro tipo de tumor.

Material y métodos

Las observaciones, base de nuestra investigación, son aquellas recogidas entre los años 1946 - 1962, de la Clínica Quirúrgica del Profesor Pedro Larghero Ibarz y del Instituto Quirúrgico Traumatológico. Con directivas generales idénticas, se incluye, la labor realizada por

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de agosto de 1963.

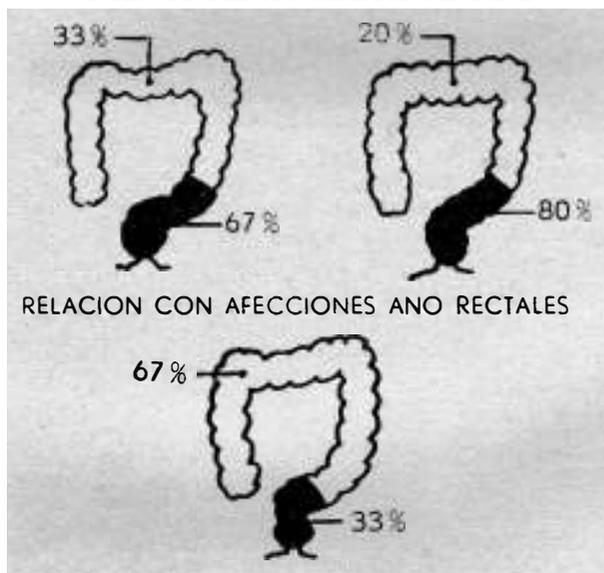
varios cirujanos de tales servicios de asistencia. Se han considerado todos los casos, sin clasificación o exclusión alguna de aquellos, en los que por la extensión del tumor, todo recurso terapéutico resultase paliativo o infructuoso. Las observaciones de los primeros años analizados, se vieron privados como es lógico suponer de los beneficios otorgados en los últimos, por el uso de antibióticos, sangre en volumen

CUADRO 1

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

Frecuencia

— Relación con tumores malignos.	T. malignos	90%
— Relación con los tumores del tracto digestivo.	T. ano-recto-sig. .	10%
— Relación con los tumores del colon.	T. de estómago ..	50%
	T. ano-recto-sig. .	25%
	T. resto tubo dig.	25%



T. del colon	33% - 20%
T. ano-recto-sig.	67% - 80%
T. del colon	67%
T. ano-recto y pa- saje recto sigm.	33%
Generales:	
No cancerosas	80%
Cáncer	20%

suficiente y demás directivas técnicas generales en procura de mejores resultados inmediatos y alejados.

De los 120 casos presentados fue intervenido el 93,3 % y rechazados del tratamiento quirúrgico el 6,6 %. Sobrevivieron a la operación, el 83 % y la evolución alejada se conoce en el 67,8 %, a expensas de revisiones periódicas hospitalarias y de informaciones directas de los enfermos, o indirectas por medio de los médicos tratantes.

El estudio anatómico patológico fue verificado en el Laboratorio de Patología Quirúrgica, anexo a la Clínica, con los lineamientos señalados en un trabajo anterior.

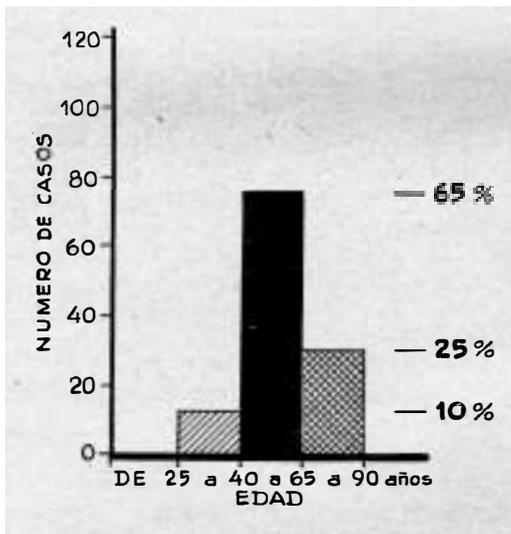
Ha colaborado en la parte estadística el Br. Adrián Sasson, alumno de la misma.

Frecuencia

La frecuencia de los cánceres del recto, en relación con la topografía de los demás tumores malignos del organismo, puede establecerse de esta manera:

— en relación con los tumores malignos en general: 10 %.

CANCER DE RECTO 120 OBSERVACIONES FRECUENCIA POR EDAD



CUADRO 2

— en relación con los tumores del sector digestivo: 25 %.

— en relación con los tumores del colon: (ascendente, transverso y descendente), los del recto y del sigmoide representan un 80 % del total; Zanzi, en su estadística los reconoce en un 67 %. (3)

— en relación a las distintas afecciones rectales, consignadas en 510 enfermos, el cáncer alcanza una cifra del 20 %.

Afecta más frecuentemente al hombre, siendo la relación de 3 a 1 con respecto al sexo opuesto. La localización anal es dominante en el hombre, con cierta predilección por el cuadrante anterior.

En cuanto a la edad, no es una afección propia del anciano; se le ve en el joven y en la edad madura. En nuestra serie analizada, se observa la siguiente escala:

De 25 a 40 años	10 %
De 41 a 65 años	65 %
De 65 a 90 años	25 %

La edad mínima registrada fue de 26 años; la máxima de 89. A 93 años, alcanza ésta en el trabajo de Mayo y Johnson. (4)

Localización de la lesión

Adoptamos sin duda alguna, para localizar las lesiones, el criterio de Chifflet, (2) quien de acuerdo a sus estudios de la anatomía pelviana, define como recto la parte caudal del intestino grueso, e incluye así dos territorios que muchos separan: el pasaje recto sigmoideo y el canal anal. Reconoce aquel autor de esta manera, cuatro sectores con individualidad morfológica, topográfica y funcional; denominándolos: recto abdominal o recto sigmoideo, recto pelviano o ampular, recto perineal o próstato vaginal y recto anal u orificial. A cada sector rectal, le corresponde un territorio peri rectal, compuesto por láminas de tejido conjuntivo con elementos vasculares y nerviosos en su interior. De acuerdo a tan conceptuoso estudio y yendo al terreno de la cancerología, Chifflet define una posición: "la extirpación de todo el órgano afectado y los territorios que le corresponden. Quedan en segundo término en tal sentido, las resecciones que sin contemplar los fundamentos oncológicos mencionados, se dirigen fundamentalmente a tener en consideración, las facilidades de realización y mantención de la restauración funcional". El recto abdominal envuelto en peritoneo tendría como límite superior, una arcada vascular entre una rama procedente de la última sigmoidea con otra que viene de la hemorroidal superior; el límite interior se delimita por la desaparición del meso, quedando el recto allí, recubierto por peritoneo en sus caras laterales y ventral. El recto pelviano a su vez, ofrece como límite interior la base de la próstata y el fondo de saco vaginal en la mujer. Y el límite inferior del recto perineal, corresponde al borde interno del esfínter estriado que forma el anillo ano rectal.

De acuerdo a tales conceptos sobre los que no nos extenderemos más, hemos analizado nuestros pacientes y establecido las localizaciones en la siguiente forma:

120 observaciones; se consignan 118 casos de esta manera:

Recto-abdominales	34 - 28,7 %
Pelvianos	65 - 55 %
Perineales	11 - 9,4 %
Anales	8 - 6,8 %

Sintomatología

Cuando el cáncer rectal ofrece síntomas, su evolución anatómica es ya avanzada; de varios meses. Dos complicaciones, la ulceración y la inflamación dan otros, que enmascaran la lesión primitiva. Los propios del tumor pueden ser vagos, variables, dependiendo de la localización alta o baja, tamaño, tiempo de evolución, asiento anterior (repercusión urinaria), asiento posterior (dolores sacros, coccidias). Los tumores secretantes dan corrimiento del tipo mucoso y la presencia de lesiones asociadas (hemorroides, fístulas, fisuras), alteran la sintomatología.

CUADRO 3

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

Primer Síntoma (aislado o asociado)

Rectorragia	40	%
Diarrea - corrimiento	28	%
Pujos - ardor - tenesmo	10	%
Dolor	9,3	%
Oclusión	4	%
Constipación	3,3	%
Tumor anal		
Prurito		
Ulceración - Fisura - Fístula		

Rectorragia

Es el signo físico más común de las afecciones ano rectales y en particular para el cáncer: 40 %. No está demás destacar este hecho, porque lamentablemente, médico y enfermo, lo atribuyen aun en los comienzos clínicos del mal a procesos comunes primitivos, sobre todo hemorroidarios. La rectorragia puede ser espontánea o provocada (defecación, tacto, lavaje intestinal). Pura o mezclada en materias, roja rutilante, roja oscura, con coágulos negros, de abundancia variable, en estrías o masiva (más raramente). Se acompaña de gleras a menudo, precediendo o sucediendo a la defecación. La rectorragia, puede modificar sus caracteres en el curso evolutivo. Es sin duda el elemento clínico que alarma más al enfermo.

Disturbios funcionales

Diarrea, 28 %, tiene gran valor, particularmente si se alterna con períodos de constipación, en un sujeto que hasta el comienzo del mal

era normal en sus hábitos. Todos los matices pueden acusar esta diarrea, podría así ser pura, con mucus, gleras, sangre, etc.

Disturbios de las sensaciones rectales

Tenesmo, pujos, ardor, 10 %; altamente significativos. El tenesmo, es particularmente intenso en los cánceres a localización baja.

Dolor

9,3 %. No es precoz, ni es el síntoma en general de consulta. Mucho más intenso en la localización anal o del canal (evolución extra rectal). Evolutivamente se extiende e irradia al coccis, raíz del miembro inferior, pelvis, hipogastrio, fosa ilíaca izquierda, vejiga, próstata. Puede ser abdominal por distensión cecal o de tipo cólico intestinal (estenosis).

Oclusión

4 %. Ella es común en los cánceres del recto abdominal, particularmente oclusivos.

Corrimientos anormales

Gleras, con o sin materias (tumores vellosos secretantes), serosidad muco purulenta, saniosa o sanguinolenta; a menudo fétida, si hay fragmentos de tumor desprendidos (ulceración). El corrimiento es el determinante de lesiones eritematosas y ulceraciones perianales.

Síntomas generales

El adelgazamiento, la astenia, anemia (por hemorragia, toxemia) y dispepsia, han estado presentes en un 20 % de veces.

Afecciones intestinales concomitantes

Hemorroides: en más de un 25 %.

Parasitosis: en más de un 5 %. Como procesos agregados figuran en las historias de nuestra serie, fístulas, pólipos y divertículos.

CUADRO 4

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

Afecciones intestinales concomitantes

Hemorroides	Consta en más de un 25 %.
Parasitosis	Consta en un 5 %.
Fístulas	
Pólipos	
Divertículos	

Síndrome general

Anemia, adelgazamiento, anorexia, etc.	Consta en un 20 %.
--	--------------------

Diagnóstico

El debe ser siempre positivo; cuando se realiza en general, es de enfermedad complicada. Hay sin duda, como en otros órganos, particularmente el esófago, una etapa en que la lesión de comienzo es indistinguible. Los síntomas aludidos son manifestaciones complicativas. Si a ello agregamos la culpabilidad, que recae en el médico que ve al paciente por vez primera y no piensa ni busca el tumor rectal, se deducirá frente a qué tipos anatómicos, el cirujano deberá actuar. Pese a todos los progresos en los métodos del diagnóstico, a todo lo escrito y enseñado en tal materia, debemos declarar y es realmente desolador, que no hemos avanzado nada en el reconocimiento de esta afección en los últimos veinte años. En más de un 25 % de veces, la responsabilidad es de causa médica por diagnósticos tardíos y tratamientos erróneos.

CUADRO 5

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

PRIMER SINTOMA	TIEMPO TRANSCURRIDO AL TACTO RECTAL	Nº DE CASOS
	Menos de tres meses	24
	Menos de seis meses	16
	Menos de un año	33
	Más de un año	30
.....	Casos ignorados	17

En más de un 60 % de veces el tacto rectal fue realizado después de los seis meses y aun del año.

En más de un 25 % de veces la responsabilidad es de causa médica: diagnóstico y tratamiento erróneos.

Método de examen

El interrogatorio es de gran orientación. Trastornos intestinales de cualquier tipo o de la defecación con pérdidas sanguíneas, en cualquier edad, sobre todo después de los 30 años deben inspirar la idea del cáncer rectal.

Tacto rectal

En el 88 % de los casos, él hizo el diagnóstico.

En el 10 % de los casos, fue negativo.

En el 2 % de los casos, no hay constancia del mismo.

Estas cifras, hacen obvia toda aclaración. El tacto revelará una masa con caracteres inconfundibles. No obstante, ser el método más valioso para el diagnóstico, en un 60 % de veces, fue recién realizado después de los seis meses y del año de la aparición del primer síntoma clínico.

Recto sigmoidoscopia

Positiva en el 90 %.

Negativa en el 5 %.

No consta en el 5 % de los casos. O confirma la lesión que se tasta o la descubre si la búsqueda digital no la alcanza. Permite realizar biopsia del tumor.

Biopsia

En el 99 % de las veces en que se practicó, el resultado fue positivo; no ofrece inconvenientes y legitima un procedimiento quirúrgico de entidad.

Rayos X

En el 64 % de los casos en que se efectuó, se logró el diagnóstico radiológico. De alto valor cuando el tacto o la endoscopia por la altura del tumor no lo aprecien.



Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Citoscopia

Positiva en el 50 % de los exámenes realizados. Tiene valor para orientarnos en la extensión del proceso y decidir un tipo de operación.

Patología

En 118 de los 120 pacientes, que consignamos en esta serie, fueron sometidos a procedimientos cruentos que nos permitieron obtener conocimiento de algunos aspectos anatómo-patológicos de los mismos. De dos casos, no nos fue posible obtener información alguna. En 92, se

estudió el tipo de acuerdo a la invasión parietal, teniendo en cuenta la existencia o no de metástasis ganglionares linfáticas, vasculares, perineurales. En general hemos mantenido el mismo método de estudio que preconizábamos en un trabajo anterior. (1) (Figs. 1, 2, 3).

Formas macroscópicas

Las tres formas del cáncer epitelial: infiltrante, ulcerado y vegetante, son las que dominan y en general no son formas puras sino asociadas. Otra forma de particular interés, es la llamada "coloide" o cáncer "gelatinoso"; a dos variedades, la primitiva: a mucus intercelular, de alta malignidad por su tendencia invasora y la muco secretante, con gran cantidad de masas coaguladas con elementos celulares dispersos a su alrededor de menor potencial evolutivo.

Formas microscópicas

De 118 casos registrados, señalamos solamente 6 % de epitelomas malpighiano; las restantes, 94 %, correspondieron a las formas de carcinoma y adenoma carcinoma. (Cuadro 8). Debiéndose hacer notar la frecuencia de la combinación entre esos tipos de cáncer epitelial. Se les ha clasificado en general a su vez, de acuerdo a la morfología celular y disposición arquitectural, pudiéndose establecer con ello un mayor o menor grado de malignidad. No hemos realizado tal discriminación, como tantos autores la realizan. Sin duda ella, puede llegar a alcanzar un apreciable valor en lo que a malignidad se refiere; así como el poder de invasión local, linfática y venosa, pero tal afirmación no se cumple siempre y aquella debe ser analizada a la luz de otros y nuevos factores. Como en tantos otros cánceres de la economía, el tamaño y tipo general del tumor, no guardaron siempre relación con el carácter evolutivo.

CUADRO 6

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

TIPOS HISTOLOGICOS

Consta en 118 casos

Epitelioma malpighiano	6	%
Carcinoma - adenocarcinoma	94	%

PROFUNDIDAD DE LA LESION

Consta en 92 pacientes: 76,6 %

Tipo A		
Tipo B	22,8	%
Tipo C	56,5	%
Tipo D	20,6	%

Profundidad de la infiltración

La profundidad de la infiltración fue clasificada de acuerdo con Dukes. ⁽⁵⁾ En 92 pacientes en que pudo ser determinada, 22,8% fueron del tipo B; 56 % del tipo C; 20,6 % del tipo D. Llamamos la atención, que en nuestra serie, no figura ningún caso del tipo A y a ese respecto reiteramos nuevamente la condición evolucionada del cáncer de nuestros pacientes por la consulta y el diagnóstico tardíos. Imposibilidad o imprecisiones obvias, en el establecimiento de los tipos C y D, nos hacen consignar los porcentajes aludidos, no obstante, es probable que muchos de los incluidos en el tipo C, fueran ya cánceres del 4º grado.

Hemos reconocido en nuestras observaciones, todos los distintos modos de propagación tumoral (Figs. 4, 5, 6). No hemos establecido cifras al respecto, pero creemos que concuerdan con la de otros autores; para la invasión vascular C. Duke, halló un 17,8 %; ⁽⁵⁾ Ch. Mayo, P. Kent Cullen, un 12,7 %; ⁽⁶⁾ estos mismos autores encuentran un 3,1 % de invasión perineural.

Todos estos elementos patológicos: histológicos, de extensión regional y a distancia, deberán ser considerados en el tratamiento quirúrgico a instituir. De igual manera, las comprobaciones operatorias en lo que a lesión visceral e infiltración de los tejidos perirrectales se refiere y que señalamos (cuadro 9), en los casos analizados, constituyen sólida base para conseguir o modificar el alcance de la exéresis e incluso el procedimiento operatorio.

CUADRO 7

CANCER DE RECTO (120 observaciones) Comprobaciones operatorias

En 112 casos operados 93,3 %

En 60 pacientes comprobóse



Adenopatía
Infiltración de vecindad
Infiltración peritoneal
Infiltración vascular y neural
Hígado nodular (metástasis)
Fístula vésico-rectal
Infiltración pelviana total
Perforación intestinal
(necrosis)
Supuración
Compresión ureteral

En el 53 % de los enfermos operados había extensión y complicación del proceso.

Procedimientos operatorios

La amputación abdomino-perineal se efectuó en un mayor número de veces, 39,2 %, y casi en dos tercios de los casos, con colostomía

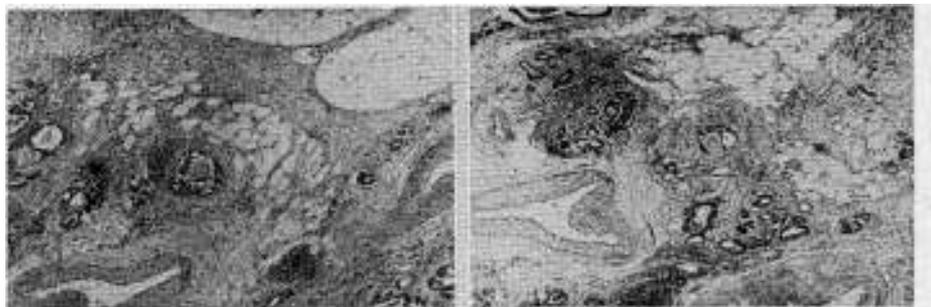


Fig. 4 — **PROPAGACION PERINEURAL.** — Se observan cortes transversales de nervios rodeados por tubos glandulares tumorales, creciendo en forma de corona a través de los linfáticos o espacios perineurales.

previa de derivación. Le sigue en frecuencia la resección anterior con anastomosis, practicada también más habitualmente en dos tiempos. Alcanza en nuestra serie por la naturaleza y extensión de los casos



Fig. 5 — Se observa la propagación glanduliforme neoplásica peri e intraneural en una sección longitudinal del haz nervioso.

tratados, un alto valor, 20,5 %, el tipo de operación paliativa. Le siguen en frecuencia, demás procedimientos adoptados. (Cuadro 10).

CUADRO 8

CANCER DE RECTO (120 observaciones)**Tipos de operaciones realizadas**

Pacientes	120	
Operados	112	93 %
No operados	8	7 %
Resección abdómino perineal	44	39,2 %
Con colostomía previa	32	
En un tiempo	12	
Resección anterior con anastomosis	26	23,2 %
Con colostomía transversa	21	
En un tiempo	5	
Colostomía exclusiva	23	20,5 %
Resección con descenso	7	6,3 %
Resección abdominal y colostomía ..	6	5,4 %
Resección perineal y colostomía	4	3,7 %
Laparotomía exploradora	2	1,9 %

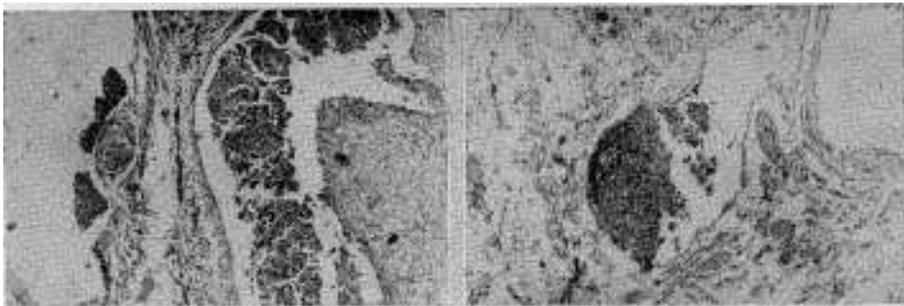


Fig. 6 Propagación del carcinoma de recto. A - B. Propagación venosa. Se observan cavidades amplias ocupadas por acúmulos de células neoplásicas. Se trata de embolias neoplásicas. En los cortes se ve además, la proliferación celular adhiriendo a la pared interna del vaso. (Permeación).

Complicaciones operatorias y post-operatorias

De 93,3 % de pacientes operados, hubieron un 34,9 % de complicaciones. Ellas ocasionaron la muerte en 19 oportunidades: 16,9 %. Puede parecer sin duda una cifra elevada, pero ha influido en ello el grado avanzado del mal y también el haber consignado absolutamente todas las complicaciones, aun las de menor cuantía. Para cada una de ellas tenemos recursos con que combatir las en forma más o menos efec-

tiva. Buckwalter Shroshire and Joiner (7) en su trabajo refieren 111 complicaciones en 176 amputaciones abdomino perineales.

Destacamos, por no figurar en la estadística (cuadro 11), la impotencia genital, para la que no hay aún solución adecuada.

En 19 veces ocasionaron la muerte: 16,9 %

Sobrevidas

La sobrevida operatoria está condicionada por muchos factores: edad, tiempo de evolución del mal, biología del mismo, extensión, localización, tipo de enfermo y operación practicada (cuadro 12).

De 93,3 % de operados, mueren por el acto operatorio el 16,9 %. De los 83% que sobreviven, conocemos la evolución en el 67,8 %. Del análisis expresado resultaría que en términos generales:

CUADRO 9

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

Operados	93,3 %
Complicaciones operatorias y post-operatorias	34,9 %

Tipos:



Peritonitis (falla de sutura)
 Oclusión
 Evisceración
 Dilatación aguda estómago
 Infección
 Embolia
 Flebitis
 Transfusionales
 Pulmonares
 Fístulas
 Trastornos esfinterianos
 Infección urinaria
 Retención de orina
 Uremia - Desequilibrio hidro-salino

CUADRO 10

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

Sobrevidas

Se opera el	93,3 %
Mueren por la operación el	16,9 %
Sobreviven el	83 %
Conocemos la evolución en el	67,8 %
Vive actualmente el	47,6 %
Ha vivido tiempo determinado el	52,4 %

Tiempo de sobrevida

Viven un 47,6 %	}	Llevan 1 año	36,6 %
		1 a 5 años	26,6 %
		6 a 10 años	20 %
		10 a 16 años	16,6 %
Vivieron un 52,4 %	}	Hasta el año	42,4 %
		1 a 4 años	15,1 %
		4 a 8 años	15,1 %
		Plazo desconocido	27,7 %

Un tercio (32 %) viven entre 5 y 12 años.

Un tercio (35 %) viven entre 1 y 5 años.

Un tercio (32 %) viven menos de 1 año.

Ningún cáncer perineal o anal logra alcanzar los 2 años de sobrevida.

Muertes. — Sus causas.

Hasta los 15 días que siguen a la operación, 19 muertes (16,9 %). Las causas se señalan en el cuadro 13. Alejadamente, meses o años después, fallece el 52,4 % por: recaída local, reintervenciones, caquexia, generalización y causas ajenas.

CUADRO 11

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

OPERADOS: 112

Muertes — Sus causas

1) Operatorias: Antes de los 15 días	19	16,9 %
— Peritonitis		
— Oclusión intestinal		
— Infección parietal		
— Embolia - Flebitis		
— Dilatación gastro duodenal aguda		
— Shock		
— Evisceración		
— Desequilibrio acuoso electrolítico		
2) Alejadas: Meses o años	33	52,4 %
— Recaída local		
— Reintervenciones		
— Caquexia		
— Generalización		
— Causas ajenas		
Total de muertes	52	
Autopsias realizadas	16	30,3 %
Causas conocidas de muerte	27	51,9 %

Se han realizado 30,3 % de autopsias y son conocidas las causas de muerte en el 51,9 % de los casos.

CUADRO 12

CANCER DE RECTO (120 observaciones)

Correlación entre el Tipo Anat. Pat., Localización, Tipo de operación y Sobrevida

TIPO	LOCALIZACION	OPERACION	SOBREVIDA		
B - 22,8%	Abdomen y pelvis	A. A. P.	{ Llegan al 4º año	25%	
			{ Llegan al 8º año	50%	
		Con cualquier otro tipo de operación SE VIVE	{ Se ignora o menos del año	25%	
			Menos de dos años		
C - 56,5%	Abdomen y pelvis	R. A. A.	{ Viven 3 años	25%	
			{ 5 a 9 años	15%	
			A. A. P.	3 años	15%
			R. A. A. y Colostomía ...	5 a 9 años	10%
		R. Per. y Colostomía	4 años	5%	
D - 20% - 6%	Abdomen y pelvis	A. A. P.	{ 1 a 2 años	28%	
			{ R. A. A. y Descenso	1 a 10 años	14%
			{ R. A. A.	Menos 1 año	14%
Epitel. Malpighiano	Perineal Anal	{ A. A. P.	{ Todos mueren antes		
		{ R. Perin. y Colost.	{ de los dos años.		

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL TEGUMENTO

Correlación entre el tipo anatómico patológico, localización tipo de operación practicada y sobrevida

Entendiendo que las sobrevidas operatorias, están regidas por múltiples factores ya citados, consideramos conveniente para el cirujano, establecer un análisis entre algunos de ellos. Consignamos así (cuadro 14), que en los cánceres de tipo B (22,8 %), a localización abdominal y pelviana, la amputación abdómino-perineal es la que mejores resultados ofrece. Un 50 % de los enfermos, alcanzan la sobrevida de 8 años, en tanto que con cualquier otro tipo de procedimiento operatorio, ella ha sido menor de dos años.

En los cánceres de tipo C (56,5 %), los resultados logrados con la resección anterior y la amputación abdómino perineal, serían más o menos equiparables, con una ligera supremacía para el primer procedimiento. Los cánceres de tipo D (20,6 %), acusan sobrevidas pobres, con alguna rara excepción. Y en lo que se refiere a los epitelomas perineales y anales, peor aún, ya lo hemos establecido, la muerte acaece antes de los 2 años del tratamiento quirúrgico impuesto.

No pretendemos establecer conclusiones con los hechos establecidos sabiendo y advirtiendo, que al margen de los caracteres morfológicos y extensión adyacente o a distancia del tumor, existe en él un genio evolutivo particular, de orden biológico que abre las puertas a otros conceptos y a otras aspiraciones terapéuticas que escapan a nuestra experiencia y a la finalidad de orden quirúrgico que motiva este trabajo.

Nuestro propósito es exponer hechos y resultados de una experiencia clínica, basada en un método de investigación patológica.

Reintervención (Tiempo de hospitalización)

El 50 % de los enfermos fue dado de alta antes del mes. El resto tuvo una estadía prolongada, por varios motivos: tipo de enfermedad, procedimiento operatorio (1 ó 2 tiempos), complicaciones post-operatorias, etc.; y a todo ello debemos agregar los días de internación por concepto de reingresos y reintervenciones por las mismas complicaciones operatorias, progresión del mal y recaídas.

Comentario

Ha sido nuestro propósito, ofrecer a la luz de los resultados obtenidos en el tratamiento de 120 observaciones de cánceres del recto, algunas conclusiones que juzgamos útil dar a conocer. Señalaremos que el estudio ha sido realizado solamente del punto de vista quirúrgico, el de nuestra competencia; dejando a un lado, otros de tantísimo interés actual y de futuro. Ni la biología del tumor, ni la acción terapéutica de drogas citostáticas, son motivo de comentario alguno. Es de

toda lógica suponer, que nuevas adquisiciones y mayor experiencia al respecto, modifiquen nuestro criterio y conducta en el porvenir; mientras tanto, nos ajustamos a lo que surge de una realidad y experiencia establecidas.

No es nuevo para nosotros lo que hoy es tema de tantas consideraciones en materia de genio biológico del tumor maligno en su relación con el enfermo, esto hace, que sin perjuicio de los resultados que ofrecemos en esta serie, juzguemos que cada caso, debe ser analizado en particular, sin generalización alguna, dados los factores que surgen de la ecuación: cáncer-enfermo y que nos debe guiar en la solución de cada una de las situaciones respectivas.

En consecuencia los hechos que extraemos de nuestra labor, pueden y deben ser interpretados de manera distinta según el ángulo bajo el que se examinan.

Subrayamos en primer término, la alta frecuencia de esta afección, la sencillez y la facilidad de su diagnóstico; la anamnesis, el tacto rectal, la visualización endoscópica y la radiología permiten prácticamente en todas las situaciones, un diagnóstico positivo. Pese a ello y surge del análisis, que aquél sigue verificándose, e insistimos, en forma tan tardía como hace 20 años. Los motivos huelgan, no los mencionaremos. Pero no podemos menos que destacar, lo ilógico que resulta en nuestro medio, el justificado y loable desvelo por un lado, en alcanzar mejores resultados con todas las directivas generales de técnica en la realización quirúrgica, tendientes a cumplir los principios de la cirugía oncológica, al evitar colostomías definitivas, pérdida de la función del esfínter, recaídas, recidivas, injertos de células neoplásicas, su destrucción por medios químicos, embolización de las mismas, etc. y por otro lado, la dura realidad al tratar enfermos con diagnósticos siempre tardíos y lesiones extendidas. Atestigua esta última afirmación, lo que se desprende del análisis de la serie, en la cual no figura ningún cáncer en la etapa del comienzo (tipo A). Y como creemos aún, con Turell (*), en la correlación patológica y el resultado terapéutico, insistimos en el estudio de la pieza, por el método que desde tanto tiempo atrás adoptamos para contribuir a establecer un pronóstico alejado.

Si bien la elección del tratamiento está supeditada a las directivas generales impuestas por la localización, tipo, condición general del enfermo, creemos que cada caso debe ser considerado en forma particular.

El tratamiento quirúrgico del cáncer en sí ha de realizarse extensivamente con los vaciamientos regionales que correspondan al órgano afectado y con un criterio anatómico, fisiológico y patológico. (2)

Las complicaciones operatorias, son elevadas e incluso responsables de muchas muertes. Un alto número de éstas, son imputables a errores en la indicación, en la técnica y en el manejo del enfermo operado. Sostenemos, que como sigue siendo tardío el diagnóstico

preciso de la complicación, la reintervención para corregirla (oclusión, peritonitis), llega tarde.

La mortalidad operatoria es en nuestra serie elevada; lo que ya hemos explicado, puede ser motivo determinante. Naturalmente, aquella se ve agravada por la de los primeros casos tratados y analizados, que no se veían corregidos por los adelantos de la buena preparación pre-operatoria, uso de antibióticos, reposición sanguínea, restablecimiento del equilibrio humoral, anestesia adecuada, etc.

La sobrevida es mayor sin duda, en los cánceres a localización abdominal y pelviana, clasificados en los grados más bajos de Dukes y sin extensión perirrectal o a distancia.

En cambio los de localización baja, perineal o anal ofrecen notoriamente una menor supervivencia post-operatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSCH DEL MARCO, L. M. y FOSSATI, A. — Método de estudio de la extensión linfática del cáncer rectal. (11 observaciones). Bol. Soc. Cirug. del Urug. Montevideo. 16: 134 - 156; 1945.
2. CHIFFLET, A. — Tratamiento de los cánceres del recto. Relato al XI Congreso Uruguayo de Cirugía, 1960.
3. ZANZI, L. A. — Trabajo estadístico inédito de la Clínica Quirúrgica del Prof. Pedro Larghero Ibarz. Montevideo, 1954.
4. MAYO, Ch. W. and JOHNSON, R. — Resection of the colon or rectum for malignant neoplasm in patients 80 years of age and older. Surg. Gyn. Obst. 115: 385 - 391; 1962.
5. DUKES, C. E. — The surgical Pathology of rectal cancer. Proc. Roy. Med. 37: 131; 1943.
6. MAYO, Ch. W. and KENT CULLEN, P. — Evaluation of the one stage, low anterior resection. Surg. Gyn. Obst. III, 82 - 86; 1960.
7. BUCKWALTER, J. A.; SHROPSHIRE, R., SOINER, B. A. — Morbidity of abdomino perineal resection. Surg. Gyn. Obst. 101: 483 - 488; 1955.
8. TURELL, R. — Cancer of the rectum. Surg. Gyn. Obst. 114: 363 - 364; 1962.

Dr. Rafael García Capurro: Para señalar la importancia del tacto rectal, voy a recordar uno de mis primeros recuerdos en la Facultad de Medicina. En una conferencia dada por el Prof. Haward, se paró en el escenario, en el salón de actos públicos de la Facultad y estuvo primero, antes de empezar a hablar, un rato con el dedo en el aire. Después que todos estábamos aburridos de verlo en esa posición dijo: "El cáncer del recto se diagnostica con el dedo". Dio la conferencia, y al final de la misma volvió a repetir el mismo gesto, que me quedó grabado. Creo que los estudiantes, podrían aprovechar de esa imagen. Otra cosa interesante, es que estos días, leyendo un trabajo vi que los cánceres de recto que habían sido diagnosticados en exámenes preventivos, tenían un 100 % de cura. De manera que, evidentemente, hay que ir a hacer en las diferentes instituciones en un buen sector, exámenes preventivos, y la rectoscopia tiene que formar parte del examen, si se quiere en realidad mejorar nuestras estadísticas. Es lo que quería decir.

Dr. Lorenzo y Losada: En cierto período acompañé bastante al Dr. Larghero y al Dr. Bosch, en la recolección de este material. Los vi trabajar, y puedo decirles que es un trabajo formidable el que da estudiar cada pieza en la forma que ellos lo hacen. De manera que no sólo son los 120 casos, cifra que en nuestro medio es un número muy considerable, sino la forma cómo son estudiados. Este material tiene una importancia enorme. Y como bien dijo el Prof. Chifflet hace un momento, esta comunicación es para leerla, meditarla y recién después comentarla. De manera que al tomarla así, como la vamos a tomar en este momento, lo que se puede hacer es lo que hizo el Prof. Chifflet, entresacar algunas cosas para hacer algún comentario en puntos determinados. Pero no es un comentario del trabajo ni mucho menos. Por ejemplo, de los síntomas hay algo que se destaca perfectamente. Que éste no es un cáncer latente, es decir un cáncer con poca sintomatología. Siempre tiene algún síntoma. No es como el cáncer del estómago, tan traidor, por ejemplo, que a veces no tiene ningún síntoma. En períodos muy largos, prácticamente no tiene ningún síntoma de esos que al enfermo lo obligan a consultar. En cambio, el cáncer de recto no es así. Hay otra cosa que me llamó la atención y le voy a pedir al Dr. Bosch que me la aclare al final y es lo siguiente: Como parte de esos enfermos son estudiados en mi policlínica proctológica del Pasteur, parte, no todos, vi con sorpresa que la endoscopia aparecía sólo en un 95 % de casos positiva. Parecería que un 5 % de los cánceres de recto escaparían a la endoscopia. En rigor quizá, esto sea una cosa para aclarar, simplemente. Generalmente son endoscopias no terminadas, porque no se han podido terminar, porque no se ha podido penetrar por dolor, o por otras causas, pero me parece poco menos que imposible que a un cáncer de recto no se le vea en una endoscopia. En lo que respecta al tacto rectal, me voy a ir más allá de lo que han dicho los demás. Lo que pasa es que con tacto rectal y todo, se escapan; hay mucha gente que no lo sabe hacer, aunque a Uds. les parezca mentira. Esta tarde, dado que hay mucho profesor de clínica quirúrgica aquí, creo se les puede decir que les cabe la responsabilidad de que la gente no sólo haga el tacto rectal, sino que lo sepa hacer. He visto en mi policlínica enfermos tactados y que se ha pasado el neoplasma de recto. De manera que hay que hacer una educación especial de los jóvenes estudiantes, para que no sólo hagan el tacto rectal, sino que no se les pasen cánceres a pesar de haberlo hecho. Respecto a la estadística quirúrgica, me pareció que por lo menos en los cánceres de tipo "B" se destaca bastante claramente que el pleito que se había iniciado hace algunos años, entre la amputación abdómino-perineal, y la resección anterior, en los casos en que es posible hacerla, parecería inclinarse del punto de vista de la sobrevida, claramente, por la amputación abdómino-perineal (por lo menos en los cánceres de tipo "B"). Me pareció que se podía sacar bastante claramente esa conclusión, que como operación cancerológica en materia de resultados, no como disquisición teórica, sino como materia de resultados, parece ser evidentemente superior. Y como dije al principio, son simplemente comentarios entresacados de esta comunicación, que me parece una de las comunicaciones más importantes que se han hecho aquí, sobre cáncer de recto. Nada más.

Dr. Luis M. Bosch del Marco: Agradezco la atención dispensada a todos los consocios, y en particular a los Dres. Chifflet, García Capurro y Lorenzo y Losada. Realmente, mi propósito no ha sido traer conclusiones, que serán expuestas en futuros aportes. Justifico a los que han hecho uso de la palabra, al decir que comentar cada punto de esta comunicación es difícil por lo extensa, y además, porque tampoco he sido categórico en manifestar lo que créo que hay que hacer en cada caso. Solamente he querido traer aquí una experiencia para que sea analizada y discutida. El Dr. Chifflet quería que recabara cifras sobre

la cantidad de tratamientos erróneos impuestos a pacientes que nos ha llegado tardíamente. Realmente cité ya una cifra casi acusatoria, de enfermos tratados por fístulas, hemorroides y colitis. Las operaciones realizadas por vía perineal se señalan con cifras bajas en la serie y corresponden a la cirugía verificada en los primeros años.

Para uso de otras técnicas la hemos ido abandonando, pero creo que se han de adoptar más en el futuro. Al Dr. Lorenzo y Losada, para su tranquilidad, debo decirle que no todos los enfermos que hemos operado, corresponden a pacientes estudiados en la policlínica gastroenterológica del Pasteur. Diría que la endoscopia allí dio siempre resultados exactos y por otra parte hay casos en los que no se practicó. Se refería el Dr. Lorenzo y Losada al mayor beneficio de la amputación abdominoperineal; evidentemente, para quien mira con detención las cifras, parecería que es la operación que da mejor resultado. Creemos en este sentido, estar bien acompañados, ya que la tendencia actual en materia de este tipo de cirugía se va haciendo en tal sentido. Naturalmente, y lo subrayo en el trabajo, cada caso debe ser motivo de una consideración privada, ya que es muy difícil en materia de cáncer de recto regirse por normas absolutas y generales. Cada situación debe ser resuelta en forma particular. Muchas gracias.