

## *Tumores benignos de recto y ano*

Dr. ALBERTO R. AGUIAR \*

En la introducción al tema de esta Mesa Redonda ya se han excluido, entre otros, algunos procesos tumorales benignos, que por razones de tiempo no serán tratados.

Por el mismo motivo nos ocuparemos ahora solamente de dos procesos tumorales benignos, uno rectal y otro anal, que por su frecuencia e importancia clínica creemos que deben ser analizados en particular.

---

\* Prof. Adjunto de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).

Son los Pólipos del Recto y las llamadas Acantosis Verrucosas o Querato-Acantomas, de Ano.

### **I) POLIPOS DE RECTO**

Pólipo es toda formación parietal, sesil o pediculada, que crece hacia la luz de un órgano hueco. La palabra "Pólipo" es una expresión morfológica. Su naturaleza puede ser múltiple: inflamatoria, tumoral benigna o tumoral maligna. Por lo tanto hay que enfatizar que ella no significa un diagnóstico anatómico.

A nivel de la mucosa Rectal pueden existir dos grandes tipos de Pólipos:

—Pólipos múltiples de la llamada Poliposis familiar (enfermedad congénita y hereditaria), sea en su forma rectocolónica o la diseminada gastrointestinal.

—Pólipos llamados "solitarios", en general en número variable, desde uno hasta 8-10, excepcionalmente más, que asientan a cualquier nivel del Recto o del Colon, y que son los de mayor interés quirúrgico.

Se excluyen otros Pólipos; raros, como los que pueden acompañar, a nivel del Recto, al síndrome de Gardner, la enfermedad de Peutz-Jeughers, verdaderos hamartomas más que tumores, y los Pólipos rectales del niño, en su mayoría de tipo glandular quístico por retención.

Nos limitaremos a los Pólipos llamados solitarios de Colon y Recto.

De ellos la localización rectal es con mucho la más frecuente, y aunque las cifras porcentuales varían, se sitúan para R. Horn (46) en:

- Recto: 85 %.
- Colon Sigm.: 10 %.
- Resto del Colon: 5 %.

La *Sintomatología* es variable, pero la rectorragia es el sintoma más común. En los Pólipos vellosos es frecuente la diarrea líquida. Muchas veces son asintomáticos.

La *Patología* ha contribuido a un más exacto conocimiento y clasificación de los Pólipos. Existen tres tipos claramente definidos:

- 1) Pólipos mucosos simples (hiperplásicos).
- 2) Pólipos adenomatosos lobulados.
- 3) Pólipos vellosos.

Se agrega un 4º tipo, el llamado Pólipo linfomatoso o linfoide, que corresponde a un nódulo linfoide hiperplásico del corion o la submucosa.

Los primeros, mucosos simples, en general asintomáticos, tienen escasa significación pronóstica evolutiva. Los otros dos, adenomatosos lobulados y vellosos, son verdaderos tumores benignos, lo que implica, como hecho general de Patología, la posibilidad de la transformación maligna.

Los mecanismos de formación de uno y otro de estos dos tipos de adenomas serían para algunos diferentes, y se acepta en general el esquema de Dukes que señala el origen en las glándulas de la mucosa para el tipo lobulado, y en el revestimiento superficial para el tipo papilar o vellosos. Helwig (45) en cambio sostiene un origen común para ambos tipos de Pólipos, siendo las transformaciones evolutivas las que darían origen a los diferentes tipos morfológicos.

En ambos tipos importa mucho conocer y señalar las relaciones del Pólipo con la pared colónica. Ellas están dadas por la relación de la muscularis mucosa (m-m) del Colon, que marca el límite de la mucosa con la submucosa intestinal. La m-m está en la base del Pólipo y tiende a hacer hernia en el pedículo del mismo, como se ve en los esquemas 1 y 2. Los grados de cancerización del Pólipo se establecen en relación a dicha m-m, elemento fundamental en el estudio de estas lesiones. Por

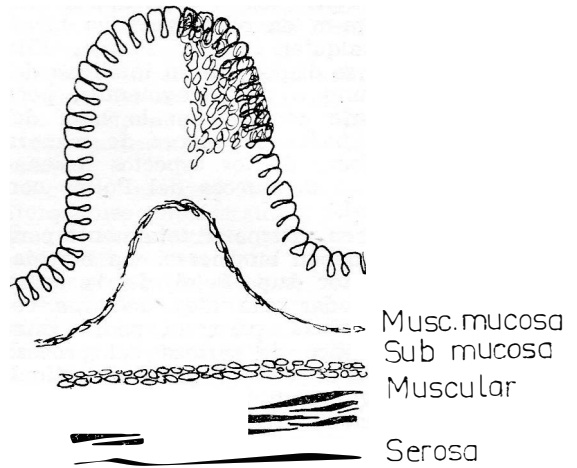


FIG. 1.—Infiltración por encima de la muscularis mucosa: cáncer superficial.

encima de ella, la cancerización es superficial, mucosa; sobrepasada la m-m estaremos en presencia de un cáncer infiltrante de Colon o Recto.

Los grados de cancerización del Pólipo han sido bien establecidos por Turnbull (99). El proceso comienza en la mucosa. A este nivel constituye el cáncer "in situ", concepto discutido para las mucosas cilíndricas, pero hoy día generalmente aceptado. La infiltración tumoral del estroma del Pólipo, mantenida por encima de la m-m, constituye el cáncer superficial (Fig. 1).

Si la infiltración no sobrepasa la m-m, la cancerización es sólo del Pólipo y extirpado éste en totalidad, el proceso cura definitivamente. Cuando la infiltración neoplásica avanza más allá de la m-m, e invade la submucosa del Colon o Recto, se está en presencia de un Carcinoma infiltrante del intestino, con las posibilidades de difusión y diseminación que le son propias (Fig. 2).

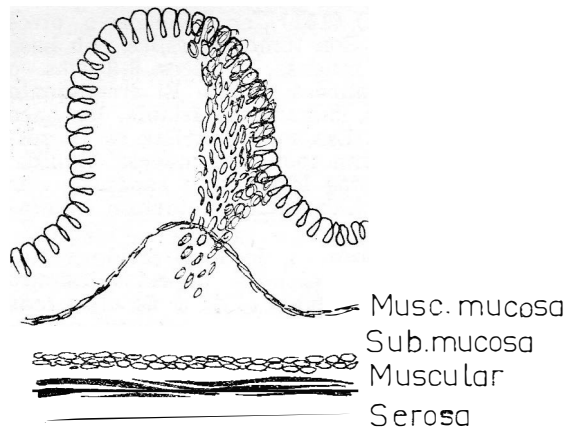


FIG. 2.—Carcinoma infiltrante que invade la muscularis mucosa.

Surge de estos conceptos la importancia fundamental de la m-m en el diagnóstico histopatológico de cualquier tipo de Pólipo. Ello sólo es posible si se dispone de la totalidad del mismo, sea en uno o más fragmentos, pero que necesariamente comprendan la base del mismo donde se podrá establecer de manera segura las relaciones de los aspectos lesionales o evolutivos de la mucosa del Pólipo con la pared intestinal.

Los Pólipos deben extirparse totalmente para su estudio, y no deben biopsiarse. La biopsia parte de un sector superficial de la masa polipoidea, podrá dar una idea del tipo celular en la superficie, pero no podrá establecer un diagnóstico de certeza del proceso ni de sus relaciones con la pared intestinal, elementos decisivos para resolver la conducta terapéutica correcta.

La relación de los Pólipos con el cáncer de Recto, aunque en porcentajes variables, es hoy unánimemente aceptada (44, 36, 99, 83, 46).

La posibilidad de cancerización se relaciona también con el tamaño. Jackman y Beahrs (48) estudian esta relación y establecen las siguientes posibilidades:

—Pólipos menores de 0,5 cm	0 % de malignización
—Pólipos de más de 1 cm	1 % "
—Pólipos de más de 1,5 cm	7 % "

Todo Pólipo visualizado a nivel del Recto debe ser extirpado, de manera especial los mayores de 0.5 cm. para su estudio histológico.

La fulguración "in situ" sólo puede ser aceptada para casos de excepción, o en pequeños pólipos menores de 0.5 cm.

Todo paciente con uno o más Pólipos del Recto debe estudiársele el resto de su Colon en busca de otros Pólipos, dada la frecuente multiplicidad de estas lesiones (88).

A nivel del Recto, la inmensa mayoría pueden ser extirpados por vía endoanal, sea por Rectosigmoidoscopia y pinzas o asas especiales, o por Cirugía directa endoanal.

Plantean problemas técnicos especiales los Pólipos Velloso. También llamados Tumores Velloso del Recto, para significar con ello la mayor frecuencia de su cancerización (75 % según Ackerman) (101), en relación a otros tipos de Pólipos. Son tumores sesiles, con base de implantación extensa, a veces 6-8 cms. o aún más en la mucosa rectal. El crecimiento vegetante papilar, sumamente friable, los hace muy sangrantes. Esa masa papilar es la responsable de la gran secreción mucosa, líquida, sintomática de estas lesiones, y capaz de dar síndromes de deshidratación e incluso hiperaemia (42).

El Tumor velloso es de localización rectal predominante. Casi el 80 % de estas lesiones se localizan en el Recto (101), y de ellos más de la mitad en el Recto bajo, perineal o pelviano. Por su tamaño y amplia base de implantación deben ser por lo común extirpados quirúrgicamente. Su exéresis debe ser cuidadosa, evitando el excesivo manipuleo que al desgarrarlo produce abundante hemorragia la que dificulta la intervención, y es difícil de cohibir mientras no se extirpa todo el tumor.

Debe ser, además, completa, con un margen de mucosa rectal sana de  $\frac{1}{2}$  cm. o más todo alrededor de la base de implantación. Son tumores de un alto poder recidivante, recidiva constante si la exéresis no fue completa, con mayores riesgos de malignización.

Existen auténticas recurrencias, aún con extirpaciones completas, que traducen una especial tendencia tumorigénica del terreno. Una enferma nuestra, actualmente con 83 años, le extirpamos un tumor velloso hace 8 años, y ha hecho desde entonces 7 recidivas, que se extirpan una por año, todas con los mismos caracteres histológicos de benignidad, encontrándose en el momento actual libre de síntomas. Todas las exéresis fueron completas.

## TRATAMIENTO

Los Pólipos pequeños, 0.5 a 1 cm., en especial pediculados son del dominio del endoscopista, en particular si asientan en la parte alta del Recto. La resección deberá ser completa, incluyendo la base de implantación.

Los Pólipos mayores, los sesiles, y en especial todos los Tumores Velloso, deben ser extirpados quirúrgicamente. La táctica quirúrgica a seguir debe ser metódica, cuidadosa, y cumplir los principios de exéresis ya establecidos. Resumidos son:

—Anestesia general. Enfermo en posición ginecológica.

—Tacto rectal bajo anestesia, examen fundamental, que unido a datos ya suministrados por la endoscopia, permite decidir la vía de elección.

Los Pólipos situados por encima del fondo de saco de Douglas, en Recto abdominal o pelviano alto, exigen en general la vía abdominal. Incisión mediana infraumbilical. Exploración abdominal cuidadosa, y en especial palpación de todo el Colon en búsqueda de otros Pólipos, difíciles de detectar muchas veces, y pudiéndose completar la exploración con Colonoscopia.

—Localización del Pólipo rectal por palpación, con movilización del Recto si es necesario. Es útil a veces el repère endoanal, de un instrumento, espéculo o separador de Trélat, colocado previamente y fijado a la piel. Rectotomía longitudinal sobre bandeleta. Infiltración de la submucosa a nivel de la base de implantación, con novocaína o suero; si existe infiltración tumoral de la pared colónica, se evidencia claramente al quedar dicha zona fijada a la pared y no elevarse con la bola de edema formada.

Resección del Pólipo con su base. Sutura de la mucosa. Cierre de la rectotomía. Cierre de la laparotomía, sin drenaje.

Los Pólipos de Recto pelviano bajo y Recto perineal se extirpan por vía endoanal.

—Posición ginecológica, con piernas bien flexionadas, salvo en los casos que asientan sobre la cara anterior del Recto para los que es muy útil la posición en decúbito ventral, con piernas bien descendidas y elevación de la pelvis.

—Dilatación anal suave, digital. Visualización del Pólipo, usando valvas o espéculo va-

ginal, pero evitando todo traumatismo y en especial pinzarlo. Se debe luego tratar de fijar y exteriorizar la pared rectal lo que, al desplegarla, impide que el tumor o sus bordes se "pierdan" entre los pliegues de la mucosa intestinal.

Ello se logra colocando puntos tractores, de lino, profundos, que toman la capa muscular, comenzando por el borde inferior del tumor y a distancia de éste. En general alcanza con 4-6 puntos, inferiores, laterales y superiores, que no sólo fijan en su posición y exponen en toda su extensión el Pólipo, sino que descienden y exteriorizan la pared rectal, facilitando las maniobras.

Infiltración de la base de implantación en la forma ya descrita, observando si existen zonas del Pólipo fijas a la pared intestinal, o retraídas, que de existir plantean, repetimos, la infiltración neoplásica. Exéresis de toda la base de implantación, con un margen de mucosa de 0.5 a 1 cm. El plano de disección se hace a nivel de la sub-mucosa rectal, y con ello queda incluida la m-m. Hemostasis y sutura de los bordes de la mucosa que aún en casos de exéresis amplias es posible realizar, decolando los bordes de la misma.

—Tubo envuelto en mecha vaselinada, en la luz rectal. Sirve de apósito, drena gases, controla la hemostasis, y por él luego se puede hacer un pequeño enema a las 48-72 horas.

—La pieza de exéresis debe estaquearse con alfileres sobre un cartón. Fijación en formol al 10 %.

—La naturaleza definitiva de la lesión, y en caso de existir transformación carcinomatosa el grado de la misma, sólo lo establece el examen anatómo-patológico de la pieza. De acuerdo a él se resolverá la conducta terapéutica definitiva con el paciente.

a) Pólipos benignos, o con cancerización "in situ" o superficial (mantenida por encima de la m-m), que hayan sido extirpados en totalidad, sólo exigirán la vigilancia clínica del paciente, y la lesión debe considerarse curada.

b) Pólipos carcinomatosos, o con transformación carcinomatosa que sobrepasa la m-m, deben considerarse y tratarse como Carcinomas infiltrantes del Recto.

En estos casos se procederá, luego de establecido el diagnóstico, de acuerdo a la localización y a la extensión tumoral, a la realización de una cirugía con criterio oncológico y según cada caso en particular. (Resección anterior, resección y descenso, amputación abdominal perineal, etc.)

## II) ACANTOSIS VERRUCOSAS DEL AÑO

Designamos con este nombre un grupo particular de lesiones anales y perianales, proliferantes, vegetantes, papilares, constituidas por un crecimiento papilomatoso superficial, con abundante cornificación en la superficie y en focos, que en conjunto evocan la idea de una Condilomatosis muy extendida.

Están descritas en la Literatura con nombres diversos: Carcinomas malpighianos grado

cero o grado medio, Condilomas acuminados gigantes, Condilomatosis florida, Papilomatosis anales y perianales. Su conocimiento más completo en el momento actual, permite afirmar que no son Carcinomas, aunque en algún caso puede observarse la transformación maligna carcinomatosa en la profundidad de la lesión.

No son tampoco Condilomas. Estos son proliferaciones papilomatosas múltiples que, aunque en la superficie puedan tener un aspecto confluyente o compacto, de lesión única, dejan siempre puentes de piel o mucosa libres en la base de implantación, lo que permite la exéresis una por una de dichas proliferaciones. Los procesos que nos ocupan en cambio, son lesiones únicas, que se extienden marginalmente al ano o invaden el canal anal, pero por crecimiento local invasor, paso a paso.

Por otra parte estas lesiones son insensibles al tratamiento con Podofilina o al 5 FU tópico, como se demostró en dos de nuestras observaciones, contrariamente a la marcada sensibilidad a estas terapéuticas que acusan los verdaderos Condilomas acuminados.

Por todas estas razones, e inspirados en el término de Acantosis invasoras que usa Lund (62) para designar lesiones con alguna similitud en otras localizaciones, designamos con el nombre de *Acantosis verrucosas* a estos procesos, término que expresa el concepto de la proliferación epitelial (acantosis) y el aspecto morfológico constante que las caracteriza (verrucosas). Son lesiones muy similares al llamado Condiloma gigante acuminado de Buschke y Loewenstein, descrito por estos autores a nivel del pene.

Todos los casos vistos por nosotros o conocidos en nuestro medio (17 en total) corresponden al sexo masculino, y en la mayoría de ellos estaba presente una ostensible falta de higiene del paciente. Dos casos fueron vistos en pederastas.

La edad osciló entre 34 y 65 años. El tiempo de evolución de la afección, salvo un caso máximo de 35 años, se sitúa entre 1 y 10 años, siendo en la gran mayoría de 3 y 4 años.

El síntoma común es la tumoración y se agregan con frecuencia la hemorragia, el olor con una fetidez particular producto de la maceración superficial, y la infección de los tejidos subyacentes (canal anal y periné), con frecuente formación de abscesos y trayectos fistulosos perineales.

Este proceso inflamatorio basal, en mayor o menor grado, es constante, y determina en primer término la formación de microabscesos, sobre los que luego se va acomodando la proliferación epitelial que avanza así, en profundidad, por destrucción tisular séptica y no por poder propio invasor, determinando una falsa idea de infiltración tumoral.

Por otra parte la reacción inflamatoria proliferativa llevó a una fibrosis reaccional que ayuda a configurar el falso aspecto de infiltración tumoral.

En algunos casos muy evolucionados (cuatro en nuestra serie) la magnitud y extensión del proceso inflamatorio (que poco o nada mejora con una destransitación por Colosto-

mía), determinó la necesidad de una Cirugía radical de exéresis (amputación de Recto y Ano), demostrándose luego en todos los casos la benignidad histológica de las lesiones, así como la destrucción completa de las estructuras esfinterianas, hecho que hubiera impedido una cirugía conservadora.

*Diagnóstico.*— La biopsia—parte de la lesión sólo muestra una proliferación papilar queratósica, sin figuras de atipia y sin elementos de malignidad histológica. La insistencia en nuevas tomas repite el aspecto anterior y en ese momento, descartado el Carcinoma anal del cual por otra parte se diferencian claramente por la Clínica, debe procederse a la exéresis completa de la lesión con criterio conservador, para realizar un estudio histológico completo y total de la pieza que descarte una posible transformación carcinomatosa infiltrante en profundidad.

Histológicamente la lesión está constituida por una proliferación papilar típica, con abundante queratinización en focos, infiltración linfocitaria o aún micro-abscesos en la profundidad, y variable grado de fibrosis reaccional.

En superficie pueden extenderse a toda la altura del canal anal, pero nunca hemos observado la invasión de la mucosa cilíndrica del Recto, deteniéndose siempre el proceso a nivel de la línea cripto-papilar.

#### TRATAMIENTO

Es siempre quirúrgico y debe cumplir determinadas premisas. La exéresis debe ser completa y total, con respeto de las estruc-

turas esfinterianas. Exige a veces extensas resecciones de piel y de mucosa anal, que deben ser seguidas de plastias con rotación de colgajos cutáneos una vez establecido el diagnóstico histológico definitivo.

En estos casos de resecciones amplias es necesaria la destransitación previa por Colostomía iliaca temporaria, y la plastia se hará de preferencia en el mismo acto operatorio de la exéresis, o de lo contrario diferida para luego del examen anatomopatológico, en aquellos casos en los que no exista la certeza de la benignidad total del proceso.

*En suma,* son lesiones de relativa frecuencia en la Patología anal, que comprometen mucosa y piel de la margen y que por su apariencia macroscópica evocan la idea de una Condilomatosis o de un Carcinoma en los casos en que el proceso inflamatorio sobregregado les confiere el aspecto de una aparente infiltración tumoral.

Su estudio y conocimiento permiten una exéresis completa con conservación de estructuras esfinterianas. Para ello es frecuente tener que recurrir a plastias con colgajos rotados, en esos casos con Colostomía previa.

Es imprescindible el examen anátomo-patológico completo de la lesión para descartar la eventual transformación maligna en profundidad.

En casos avanzados, el compromiso de las estructuras esfinterianas por el proceso inflamatorio, puede condicionar la necesidad de una cirugía radical de exéresis, aún en casos de total benignidad histológica de la lesión.