

TECNICA QUIRURGICA

Fulguración, marcaje y radioterapia dirigida en el tratamiento paliativo del cáncer de recto

Dres. Martín Harretche, Carlos Cagno, Alfredo Armand Ugon,
José M. Leborgne y Raúl A. Besenzoni

Presentamos un procedimiento que utilizamos para el tratamiento paliativo del adenocarcinoma de recto. Consiste en la asociación de fulguración más radioterapia externa dirigida hacia la zona tumoral fulgurada utilizando para ello el marcaje con elementos radioopacos de los límites del área fulgurada. Se precisan las indicaciones y la técnica realizada.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Rectal Neoplasms.

DEFINICION DEL METODO

El procedimiento consiste en el marcaje con elementos radioopacos del área fulgurada, del cáncer rectal para efectuar como tratamiento complementario, radioterapia externa dirigida a la zona tumoral, o radioterapia endocavitaria.

El marcaje lo utilizamos para delimitar los límites superiores, inferiores y lateral del tumor, y de esa manera, al efectuar radioterapia dirigida, podemos llegar a dosis muy altas limitadas al sector tumoral.

INDICACIONES

Dicho método puede ser utilizado como indicación curativa o paliativa. No hemos tenido oportunidad de utilizarlo como método curativo.

Indicación curativa

Puede ser realizado en pacientes seleccionados, y el tipo de la lesión debe reunir ciertas características.

Deben corresponder a lesiones que están topografiadas por debajo de los 10 cm. de la margen anal, o sea no más allá del alcance del dedo.

Presentado como Tema Libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Profesor Adjunto y Asistentes de Clínica Quirúrgica, Fac. de Medicina, Radioterapeuta del Ministerio de Salud Pública y Residente de Cirugía.

Dirección: Grecia 3586, Montevideo (Dr. M. Harretche).

*Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola).
Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.*

No deben ser lesiones mayores de 3 cm.

No deben ser fijas a la palpación; las lesiones fijas deben ser excluidas del procedimiento.

Deben corresponder a carcinomas bien diferenciados.

No deben palparse al tacto adenopatías perirrectales, especialmente en el sector sacro.

La última decisión debe tomarse previo al acto operatorio, realizando el tacto bajo anestesia (Prof. Chifflet), para corroborar o no los datos obtenidos por el tacto rectal y endoscopia hechos anteriormente.

Una de las objeciones al método como indicación curativa es la posibilidad que existan metástasis ganglionares. Esta posibilidad será mínima si se mantienen los principios citados anteriormente.

Morson (1966) en un estudio de 2.350 piezas quirúrgicas de carcinoma rectal, demostró que cuando no había penetración en la pared rectal, el 10 % presentaba ganglios metastásicos y todos ellos estaban constituidos por tumores mal diferenciados histológicamente.

Los tumores que reúnen las condiciones antes mencionadas, luego de cuidadosa selección, y determinación del tipo histológico, con baja posibilidad por tanto metastasiante, pueden responder satisfactoriamente a este tipo de tratamiento.

Indicación paliativa

Los casos que hemos tratado con fulguración, marcaje y radioterapia endocavitaria y externa dirigida, corresponden todos a tratamiento paliativo o pretendientemente curativos en pacientes que por diferentes razones es imposible realizar una cirugía mayor.

Pacientes inoperables por causas de índole general

Ancianos, alteraciones cardiovasculares, pleuropulmonares, metabólicas, que hacen de ellos un pronóstico vital malo.

Como complemento al tratamiento aislado de la fulguración, cuando por ella solamente no hemos podido obtener respuesta satisfactoria y el paciente tiene contraindicación general, para una intervención mayor.

— Lesiones mayores de 4 cm. o en tumores poco diferenciados con contraindicación de amputación abdómino-perineal o perineal pura (Op. de Lochardt Mummery).

La fulguración disminuiría la masa tumoral, y a pesar que se considera que ello provocaría, por destrucción de las células tumorales, fenómenos inmunitarios de defensa, no podríamos actuar eficazmente sobre la extensión pélvica tumoral.

Pacientes inoperables por causas locoregionales

En general derivadas de la gran extensión tumoral, local o general, concomitancia con otra localización tumoral, etc.

Pacientes operables

Que rechazan la intervención si se plantea la posibilidad de un ano ilíaco definitivo.

— Operables, pero que en el acto operatorio se comprueba una lesión irresecable, dado el compromiso de la pelvis, o por su extensión peritoneal, carcinomatosis peritoneal. En estos casos, en lesiones circunferenciales estenosantes, permite el método al efectuar la fulguración destruir la luz, completar el tratamiento con la radioterapia dirigida y de esa manera evitar al paciente en inminencia de oclusión, una colostomía definitiva. Recidivas sobre línea de sutura en anastomosis bajas.

TECNICA

Preparación mecánica preoperatoria del paciente, con enemas a baja presión comenzando 3 días antes dieta adecuada.

Añadimos siempre preparación con quimioterápicos Eptiazol, 1 gr. cada 4 horas, 3 ó 4 días antes.

— Paciente se efectúa anestesia peridural o caudal; en lo posible evitar anestesia general que, dada la indicación, es a pacientes afeos y con taras generales, hacen riesgosa de reiteración de anestesia.

— Tacto rectal bajo anestesia, para valorar la extensión del tumor, su fijeza y topografía exacta del mismo.

— Dilatación anal primero suave, hasta introducir 6 dedos, luego utilizamos sistemáticamente un espéculo vaginal, pudiendo con el mismo, en indicaciones paliativas en vistas a desobstruir la luz, llegar a fulgurar y marcar lesiones que sobrepasan ampliamente los 10 cm. de la margen anal.

— Fulguración por la técnica de Madden.

— Luego de la fulguración, implantamos los elementos metálicos que cargamos en una aguja de 20 cm. con su mandril puncionando con la

misma los bordes del área fulgurada introduciendo la misma aproximadamente 1 cm., dejando impactados los trozos metálicos, que fueron colocados en el extremo de la aguja retirando el mandril. Una vez que se puncionó con la aguja, se introduce el mandril a su posición normal y las partículas metálicas quedan incluidas en la pared rectal o tejidos perirrectales.

— Se coloca una mecha, y tubo fino que es retirado a las 24 horas.

— A posteriori se hacen enfoques radiológicos necesarios para delimitar y reparar el área fulgurada a los efectos de realizar el tratamiento radiante externo dirigido hacia la zona tumoral, y colocación en las lesiones topografiadas a menos de 9 cm. de la margen anal de tandem de radium intrarrectal para efectuar radioterapia endocavitaria.

Los adenocarcinomas de la ampolla rectal no se caracterizan por su radiosensibilidad y requieren altas dosis de irradiación para obtener remisiones satisfactorias.

Esto es sólo posible si se utilizan volúmenes de radiación reducidos, asociando la irradiación externa con Co⁶⁰ y el radium intracavitario cuando las lesiones se topografían a menos de 9 cm.

A los efectos de localizar el volumen de irradiación se colocan pequeños tallos metálicos de acuerdo a la técnica descrita.

Para la localización del volumen de irradiación se coloca al paciente en un simulador que es un equipo de Rayos X que simula las condiciones de geometría del equipo de Co, y se toman radiografías sobre las cuales el radioterapeuta determina el volumen a irradiar.

Se administran 6.000 a 7.000 rads en 6 a 7 semanas cuando la irradiación externa es utilizada como único procedimiento, o 5.000 rads con irradiación externa más 3.000 rads con radium intracavitario con un tandem de 14 mm.

RESUME

Fulguration, marquage et radiothérapie dirigée dans le traitement palliatif du cancer du rectum

Nous présentons un procédé que nous utilisons pour le traitement palliatif de l'adénocarcinome du rectum. Il consiste à associer la fulguration et la radiothérapie externe dirigée vers la zone tumorale fulgurée en utilisant pour cela le marquage, avec des éléments opaques aux Rayons X, des limites de la zone fulgurée. On précise les indications et la technique réalisées.

SUMMARY

Fulguration, labelling and radiotherapy in palliative treatment of cancer of the rectum

The authors report on procedure used in palliative treatment of adenocarcinoma of rectum. It consists in the association of fulguration and external radiothe-

rapy directed towards the tumoral area which has been fulgurated. To this end edges of fulgurated area are labelled with radiopache elements. Indications are listed and techniques described.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CRILE G Jr and TURNBULL RB Jr. The Role of electrocoagulation in the treatment of carcinoma of rectum. *Surg Gynecol Obstet*, 135: 391, 1972.
2. MADDEN JL. Electrofulguración cáncer recto. Comunicación personal. Curso Prof. Etala, 1968.
3. MADDEN JL and KANDALAFIS. Electrocoagulation a primary and preferred method of treatment for cancer of rectum. *Ann Surg*, 166: 413, 1967.
4. PAPILLON J. Endocavity irradiation on early rectal cancer for cure section of Proctology. *Proc R Soc Med*, 66: 1179.
5. SISCHI B, REMINGTON J. Radiot en Tumores Recto. *Enf. Ano y Recto. Clin Gastroenterol*, 3: 108, 1977.
6. STRAUSS AA, STRAUSS SF. Surgical Diathermy of Carcinoma of the Rectum. *J.A.M.A.*, 104: 1480, 1936.
7. STRAUSS AA, APPEL M. Immunologic Resistance to carcinoma produced by Electrocoagulation. *Surg Gynecol Obstet*, 121: 989, 1965.
8. TEPERSON HI. Treatment of Car. of Rect. by electrcocoagulation and radiation. *Radiology*, 34: 610, 1940.
9. WASSINK WF. The Curative treatment of Carcinoma Rectum by meams of electrocoagulation and Radium. *Arch Chir Neerl*, 8: 313, 1956.