

CASOS CLINICOS

# Neoplasma de recto inferior; resección y descenso. Curación

Dres. Eduardo C. Palma y Horacio Gutiérrez Blanco

Se presenta una observación de neoplasma úlcero-vegetante del recto inferior, a 3 cm. del canal anal. Se efectuó tratamiento oncológico radical por vía abdominal, con resección recto-sigmoidea ensanchada y conservación del canal anal. La anatomía patológica mostró adenocarcinoma vegetante, mucinoso, con invasión de la pared muscular y de un ganglio perirectal. La evolución fue excelente. El seguimiento de 15 años muestra: curación oncológica y funcionamiento normal del ano y del nuevo recto, sin incontinencia. Esta obs. muestra que no es absoluto el dogma del tratamiento quirúrgico mediante "amputación recto-perineal" en el cáncer del 1/3 inferior.

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

Presentamos una observación de neoplasma de recto inferior, que consideramos de interés pues se ha logrado realizar el tratamiento oncológico radical de la lesión, a la vez se ha conservado la integridad anatómica y funcional del ano, junto con el restablecimiento de la normalidad de la función colónica.

## OBSERVACION CLINICA

Obs. Nº 63-2421. Clínica Quirúrgica "F". Facultad de Medicina. Centro de Nutrición y Vías Digestiva. Hospital Maciel.

Paciente T.S. 23 años, urug. solt. Abril 1963. Presenta desde hace 6 meses tenesmo rectal, diarrea, emisión de gleras, mucosidades con sangre, dolor a la defecación, emisión de materias con sangre y más tarde pequeñas rectorragias.

*Examen:* Estado general conservado; discreta anemia (hematócrito 38 %). Abdomen y perineo s/p. Tacto rectal: canal anal normal, con esfínter algo espasmódico; en la parte baja de la ampolla rectal, en cara posterior y a 3 cm. del canal anal, se percibe una tumoración vegetante, dura, fija, que sangra al contacto, e infiltra la pared. La rectoscopia muestra que la lesión es vegetante, irregular, procidente en su parte central, teniendo 3 ½ cm. de extensión transversal y 4 ½ cm.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de agosto de 1978.

Profesor Emérito de Clínica Quirúrgica y Jefe de Servicio del Hospital Maciel, y Profesor Agregado de Gastroenterología.

Dirección: 21 de Setiembre 2385, Montevideo (Dr. E. Palma).

en sentido vertical, hallándose su parte inferior a 3 cm. del canal anal; presenta en su parte alta una zona ulcerada de 1 cm. de diámetro; la mucosa del contorno no desliza sobre la pared muscular del recto, pero ésta no está adherida a la pelvis, sobre la que puede hacerse deslizar. El examen biopsico mostró que se trataba de un adenocarcinoma, vegetante y glanduliforme.

Teniendo en cuenta la naturaleza de la lesión y su situación en el recto inferior, se decidió efectuar una amputación abdomino-perineal de recto, con ano iliaco definitivo. La paciente rechazó rotundamente todo ano artificial. Se accedió entonces a efectuar una resección ensanchada de recto, con descenso del colon izq., al ano. A la vez la paciente aceptó que se efectuara su traslado como enfermera del Hospital de Rocha, al mismo cargo en el Hospital Maciel, donde sería controlada mensualmente, para efectuarse, en caso necesario, la operación complementaria de amputación y ano iliaco.

La paciente fue operada el 3 de mayo de 1963 por vía abdominal, realizándose la movilización de todo el colon izq., incluido el ángulo esplénico y parte izq. del colon transverso. Se efectuó la resección ensanchada del recto, con vaciamiento célula-ganglionar pelviano y precavo-aórtico; resección simultánea del sigmoide y del meso-recto y meso-sigmoide. Se descendió ampliamente el colon izq., exteriorizándose la mitad inferior del colon descendente a través del canal anal, en el cual se efectuó esfinterotomía, en rafe posterior. La mitad proximal del colon izquierdo quedó situada en la pelvis, para constituir su nuevo recto.

El colon procidente, exteriorizado a través del canal anal, fue abierto longitudinalmente, a lo largo de su bandeleta ántero-externa, constituyéndose en una colostomía de drenaje transanal.

La operación pudo realizarse bien en todos sus tiempos, no siendo necesario efectuar, como medida de seguridad para el postoperatorio, la colostomía e ileostomía simultáneas en fosa iliaca derecha (Palma [14]).

Cuatro semanas después establecida ya la adherencia fibrosa del colon al canal anal, se resecó el colon procidente. La evolución postoperatoria fue normal, cicatrizando sin problemas las heridas.

El examen anátomo-patológico postoperatorio estableció: Pieza operatoria de recto y colon sigmoide de 43 cms. de largo. En el 1/3 inferior del recto hay una lesión poliposa vegetante, de 3 x 4 cms. de superficie, con una saliencia de 1 ½ cm. en su parte central. El corte del extremo de la pieza, se encuentra a unos 2 cms. de la formación poliposa. Existe una ulceración de fondo necrótico en la parte proximal de la

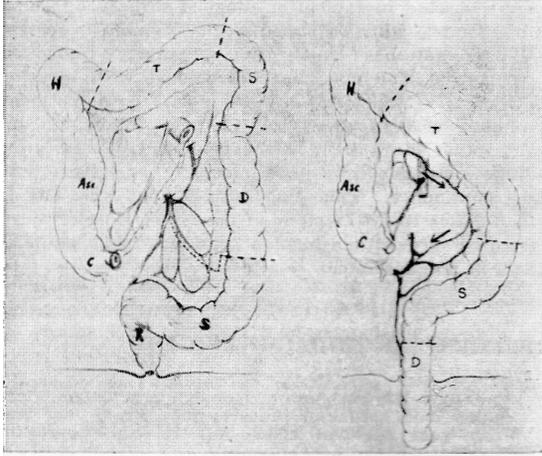


FIG. 1.— La mitad superior del colon descendente reemplaza al recto y su mitad inferior está prolapsada a través del ano. Se observa la posición descendente del colon transverso y del colon esplénico.

tumoración. Esta es firme, dura en su parte proci-dente y está fijada a la pared muscular. No está invadida la vaina fibrosa perirectal, ni el peritoneo del fondo del saco del Douglas. Hay un ganglio pequeño, duro en el meso-recto. El examen microscópico mostró un adeno-carcinoma vegetante, infiltrante, mucinoso, glanduliforme, con invasión de la pared muscular del recto en su parte posterior. El ganglio perirectal muestra invasión de células carcinomatosas. La superficie de corte de la pieza operatoria no presenta nidación de células neoplásicas.

La evolución de la paciente ha podido ser seguida regularmente durante 17 años. Su tránsito intestinal es normal y el funcionamiento de su complejo rec o-anal es también normal; no presenta incontinencia para materias sólidas, líquidos o para gases. No ha tenido, ni presenta signos locales, regionales o generales de recidiva neoplásica. Durante todos estos años, ha podido desarrollar una vida enteramente normal, tanto familiar, como social y laboral.

## CONSIDERACIONES

El análisis de esta observación ha corroborado el concepto establecido por muchos autores, que la propagación linfática de los neoplasmas rectales se realiza fundamentalmente de manera ascendente hacia el abdomen, a lo largo de los linfáticos del meso-recto y del meso-sigmoide. En esta paciente fue posible efectuar una resección oncológica radical, mediante abordaje solamente abdominal sin ningún tiempo perineal, y extirpando además del recto el colon sigmoide y el colon descendente inferior, conjuntamente con sus mesos, y el vaciamiento céluo-ganglionar pelviano y cavo-aórtico.

La suplencia funcional en el intestino grueso es muy grande, por lo que pueden resecarse sectores importante del colon sin que ello origine trastornos serios de la función colónica, L. Deloyers (9), E. Palma (12, 13). En la re-

sección del recto la extirpación conjunta del colon sigmoide y de parte del colon descendente permite una mejor circulación y vitalidad en el colon descendido a la pelvis, facilitando su cicatrización, con menores posibilidades de necrosis, infección y complicaciones.

La conservación del canal anal con su mucosa, sus esfínteres musculares, y todos sus vasos y nervios intactos, facilita grandemente su normalidad funcional futura. E. Palma (12, 13).

El pasaje del colon izquierdo a través del ano, sin efectuar sutura alguna (sin hilos de sutura, que son cuerpos extraños), y permitiendo que la fijación del colon se realice autónómicamente por tejido de granulación, evita gran número de complicaciones, E. Palma (13).

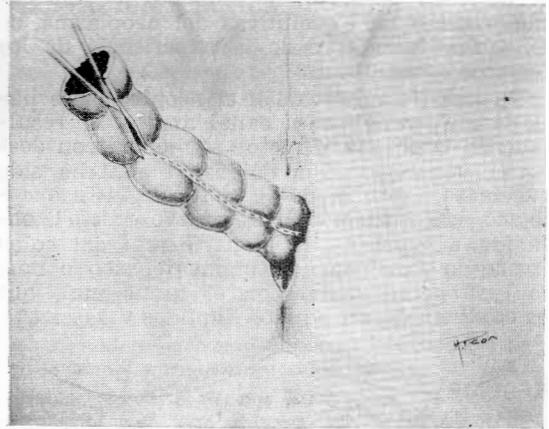


FIG. 2.— La mitad inferior del colon descendente está prolapsada a través del ano; se le abre longitudinalmente a lo largo de una bandeleta, para facilitar la salida de gases y líquidos. El esfínter anal ha sido cortado en su rafe posterior.

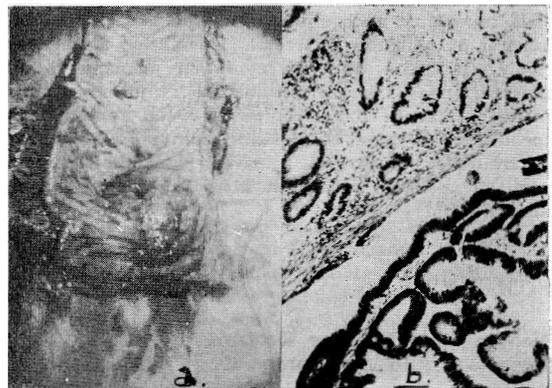


FIG. 3.— a) Fotografía de la parte inferior de la pieza operatoria; la lesión neoplásica vegetante y ulcerada se encuentra en su borde inferior a 3 cm. del canal anal; b) Microfotografía de la pieza operatoria: adenocarcinoma vegetante, infiltrante, mucinoso, glanduliforme, con invasión de la pared muscular del recto.

Los cirujanos especializados en cirugía recto-colónica con dilatada experiencia en cáncer del recto, H. Bacon (1), W. Babcock (2, 3), D. Cutait y Figliolini (5), A. Chifflet (6, 7, 8), Gómez Fossati et al. (10), D. Lloyd - Davis (11), L. Praderi et al. (15), J. Senèque (16), Turnbull et al. (17), P. Valdoni (18) y Wauch et al. (19), consideran contraindicada la cirugía conservadora cuando el neoplasma está situado en el tercio inferior del recto. En estos casos realizan amputación rectal, con diversas técnicas y contraindicación la resección con conservación del canal anal. Esta contraindicación es aún mayor cuando el cáncer rectal se halla a pocos centímetros del canal anal.

El caso que presentamos, en el cual el cáncer se hallaba a sólo 3 cms. del canal anal, muestra que el dogma antedicho no debe ser considerado absoluto, dependiendo de las características bio-evolutivas del neoplasma, su extensión lesional y de la experiencia de los técnicos actuantes.

En nuestra observación el neoplasma se hallaba muy próximo al canal anal y el resultado de la resección recto-sigmoidea con descenso y conservación del canal anal ha sido excelente, tanto desde el punto de vista oncológico, como funcional. El nuevo "recto", obtenido a expensas de la parte alta del colon izquierdo funciona correctamente, siendo normal su coordinación con el canal anal, que es continente para sólidos, líquidos y gases (\*).

## RESUME

### Néoplasme du rectum inférieur. Résection et descence. Guérison

On présente une observation d'un néoplasme ulcéré et végétant du Rectum inférieur, à 3 cms. du canal anal. On a effectué l'un traitement oncologique radical par la voie abdominale avec une résection rectosigmoïde élargie et la conservation du canal anal. L'anatomie pathologique a montré un adeno-carcinome végétant, mucineux, avec une invasion de la paroi musculaire et du ganglion périrectal. L'évolution a été excellente. La suite de cette évolution pendant 15 ans montre: une guérison oncologique et un fonctionnement normal de l'anus et du nouveau rectum, sans incontinence. Cette observation montre que le dogme du traitement chirurgical à travers "l'amputation recto-périnéale" dans le cancer du tiers inférieur, n'est pas absolu.

## SUMMARY

### Neoplasm of Inferior Rectum. Resection and Anastomosis

A patient suffered from ulcero-vegetative Neoplasm of Inferior Rectum, 3 cms. from anal canal. Treat-

ment consisted in radical oncological surgery by abdominal route, with extended recto-sigmoid resection and preservation of anal canal. Pathology indicated a vegetative, mucinous adenocarcinoma with invasion of muscular wall and a perirectal Lymph node. Evolution was excellent. A 15-year follow-up indicates that the patient was oncologically cured, anus and new rectum functioned normally and there was no incontinence. This case proves that the dogma which states that treatment of cancer of inferior third should be surgical and involve "perineo-rectal amputation", is not absolute.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BACON HE. Abdominoperineal proctosigmoidectomy with sphincter preservation. Five-year and ten-year survival after pull-through operation for cancer of the rectum. *J Am Med Ass*, 160: 628, 1956.
- BABCOCK WW. Radical single-stage extirpation for cancer of the large bowel, with retained functional anus. *Surg Gynecol Obstet*, 85: 1, 1947.
- BABCOCK WW. Simposium on surgery of the colon. Pull through procedures. *Proc Mayo Clin*, 36: 476, 1961.
- BOSCH DEL MARCO L y FOSSATI A (h). Método de estudio en la extensión linfática del cáncer rectal (11 obs.). *Bol Soc Cir Uruguay*, 16: 134, 1945.
- CUTAIT DE, FIGLIOLINI FJ. A new method of colo-rectal anastomosis in abdomino-perineal resection. *Dis Colon Rect*, 4: 335, 1961.
- CHIFFLET A. Surgery for cancer of the lower rectum. The perirectal fascia with references to conservative surgery and technic. *Dis Col Rect*, 7: 493, 1964.
- CHIFFLET A, KASDORF H, VIOLA JC, AGUIAR A. Tratamiento de los cánceres de recto. Montevideo. Rosgal, 1961.
- CHIFFLET A. Extensión caudal de la exéresis en el cáncer de recto alto. A propósito de 4 obs. de cáncer múltiple de recto. *Bol Soc Cir Uruguay*, 25: 313, 1954.
- DELOYERS L. La bascule du colon droit permet sans exception de conserver le sphincter anal après les colectomies étendues du transverse et du colon gauche (rectum y compris). *Lyon Chir*, 60: 3, 1964.
- GÓMEZ FOSSATI C, BERGALLI L, CRESTANELLO F, HARRETCHÉ M, KAMAID E. Amputaciones y resecciones del recto por cáncer. *Cir Uruguay*, 47: 447, 1977.
- LLOYD-DAVIES OV. Discussion on major surgery in carcinoma of the rectum with or without colostomy, excluding the anal canal and including the rectosigmoid. *Proc Roy Soc Med*, 50: 1047, 1957.
- PALMA EC. Tratamiento quirúrgico del cáncer del recto, con conservación del canal anal. *Asoc Lat Am Proctol*, 1: 393, 1963.
- PALMA EC. Résection rectale avec conservation du canal anal. *Lyon Chir* 74: 144, 1978.
- PALMA EC. Colostomie et iléostomie simultanée: iléostomie avec sphincter autonome et continent. *Lyon Chir*, 73: 311, 1977.
- PRADERI L, BALBOA O, VOELKER R, PITTAMIGLIO H, PIZZARROSSA C. Las recidivas en el cáncer de recto operado. *Cir Uruguay*, 49: 183, 1979.
- SENEQUE J. Traitement du cancer du rectum par l'amputation abdomino-perinéale en un temps avec conservation sphinctérienne. *Présse Méd*, 452, 1946.
- TURNBULL RB et al. Abdomino-rectal pull-through resection for cancer and for Hirschprung's disease. *Cleveland Clin Quart*, 28: 109, 1961.
- VALDONI P. Abdominal surgery. Atlas of operative techniques. 1976.
- WAUCH JM, GAGE RP. Three and five-year survivals following combined abdominoperineal resection, abdominoperineal resection with sphincter preservation, and anterior resection for carcinoma of the rectum and lower part of the sigmoid colon. *Ann Surg*, 142: 752, 1955.

(\*) La paciente puede ser observada en cualquier momento en el Hospital Maciel, al cual concurre todos los días.