

ARTICULOS ORIGINALES

Tratamientos conservadores en el cáncer de recto

Fundamentos oncológicos y anatomopatológicos.
Indicaciones, táctica y técnica.

Dr. Jorge Bermúdez Villegas, Dr. Luis Falconi,
Dr. Omar C. Rompani, Dr. Gustavo Veirano.

Los autores revisan la bibliografía respecto a la progresión del cáncer de recto y los factores pronósticos a considerar del punto de vista clínico patológico, concluyendo que, mientras un tumor esté limitado a la pared muscular del recto y sea bien o moderadamente diferenciado, puede ser tratado localmente en forma conservadora con resultados comparables a la resección radical. Se insiste en la correcta selección clínica de los pacientes y se propone la resección local como tratamiento local de elección por permitir un estudio completo del tumor, asociando de preferencia la radioterapia preoperatoria en dosis de 4.500 R. Se considera la vía endoanal como el abordaje de preferencia, pudiendo así dejar la brecha rectal ampliamente abierta de ser necesario. Se presenta una serie de 9 pacientes, 7 con criterio curativo, con un seguimiento de hasta 4 años y medio, con muy buena evolución.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Rectal Neoplasms / Surgery.

SUMMARY: Cancer of the rectum conservative treatments.

Authors review bibliography concerning progression of cancer of the rectum and prevision factors to be taken into consideration from the clinico-pathological point of view and conclude that, provided the tumor is limited to the rectum muscular wall and is well or reasonably differentiated, it may be treated locally, in a conservative manner, with results comparable with total resection. Emphasis is laid on a correct clinical se-

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar), Hospital de Clínicas; Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bollvar Delgado), Hospital Pasteur. Fac. de Medicina y Hospital Británico, Montevideo.

lection of the patients and local resection is recommended as the local treatment allowing a complete examination of the tumor, preferably associated with radiotherapy in 4500 R. dose. An endoanal approach is preferred because it permits to leave the rectal breach wide open if necessary. A series of 9 patients is presented, 7 of them with a curative procedure, with a follow up process of up to 4 1/2 years, with very good evolution.

RÉSUMÉ: Traitements conservateurs dans le cancer du rectum. Fondements oncologiques et anatomopathologiques. Indications, tactique et technique.

Les auteurs font une révision de la bibliographie quant à la progression du cancer du rectum et les facteurs pronostiques à considérer du point de vue clinique et pathologique. Ils ont conclu que, tant que la tumeur soit limitée à la paroi musculaire du rectum et soit bien ou modérément différenciée, elle peut être traitée localement d'une façon conservatrice avec des résultats comparables à la résection radicale. On insiste sur la correcte sélection clinique des malades pour permettre une étude complète de la tumeur, en associant de préférence la radiothérapie préopératoire en dose de 4.500 R. On considère que la voie endoanale est l'abordage de préférence, en pouvant ainsi laisser la brèche rectale amplement ouverte s'il le faut. On présente une série de 9 malades, 7 avec critère curatif; on les a suivis pendant 4 ans et demi, avec une très bonne évolution.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de octubre de 1983.

Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Médico Anatómo Patólogo y Asistentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo. (Dr. J. Bermúdez).

INTRODUCCION

El tratamiento del cáncer de recto es objeto de continuas revisiones y enfoques diferentes.

La evolución del cáncer de recto analizada en forma global en diversos centros y países ha sido muy diversa. A modo de ejemplo, la Comisión de Cáncer del Colegio Americano de Cirujanos⁽¹⁷⁾ informa en noviembre de 1981, que se diagnostican 35.000 casos anuales en U.S.A. y hay 8.800 muertes.

Relevando 761 hospitales entre 1973 y 1978, comparan con el quinquenio previo y constatan una disminución del número de casos tratados solamente con cirugía, así como con cirugía y quimioterapia, aumentando en cambio sensiblemente el uso de la radioterapia.

En el mismo período, se nota un aumento en el número de las resecciones anteriores en detrimento del número de amputaciones abdomino-perineales realizadas. Todo esto sin cambios en la altura en el recto o distancia de la margen del ano. Las estadísticas de centros altamente especializados como el St. Mark's Hospital o la Leeds General Infirmary^(7, 12, 32) coinciden con estos datos.

Esto refleja la influencia de dos hechos fundamentales. Por un lado el avance técnico que significa la sutura mecánica y otro tipo de anastomosis que permiten la conservación esfinteriana.

Por otro lado la disminución en el margen de resección de 5 cm que estableciera Duker⁽²⁶⁾ en 1935 colaboró en esta variación. La tendencia conservadora que se observa actualmente en otros tumores como los de mama, se observa también en el cáncer de recto.

Desde 1935⁽²⁶⁾ a la fecha, han aparecido numerosos autores que postulan el tratamiento local sin resección del órgano en casos seleccionados. Estos tratamientos son la Resección Local (R.L.) difundida por York Mason y otros^(14, 15, 16) y la Electrofulguración (E.F.) preconizada por Madden⁽¹³⁾ y la Radioterapia Endocavitaria (R.E.) desarrollada por Papillon^(22, 23).

El objetivo fundamental del tratamiento es la cura de la enfermedad, hecho que no debe olvidarse nunca. Sin embargo, a menudo, esto significa una amputación abdomino-perineal, en un porcentaje que si bien en descenso, sigue siendo importante.

El cirujano debe buscar la cura del tumor, pero a la vez, evitar una mutilación como la amputación abdomino-perineal que condiciona una colostomía definitiva y en el hombre además una impotencia genital en un altísimo porcentaje. A menudo, buscando no provocar una mutilación se ha perdido la

oportunidad de curar un paciente⁽¹⁷⁾.

Debemos tener en cuenta además que la amputación abdomino-perineal, si bien es mutilante, realizada en dos equipos coordinados, con buena técnica, no debería tener una mortalidad superior al 2%⁽¹²⁾. En cambio las operaciones conservadoras del esfínter, ya sean con anastomosis ultrabajas, abdomino-anales o "pull-through", pese a que mantienen la continencia en alto grado, tienen una mortalidad superior. En la estadística del St. Mark's Hospital⁽¹²⁾ entre los años 1958 y 1972 la mortalidad fue de 0,5% para la amputación abdomino-perineal y 1% para las operaciones con anastomosis.

Veremos, por lo tanto, los fundamentos oncológicos y principios anatómo-patológicos, en los cuales se fundamenta la selección de casos para las terapias locales antes mencionadas.

FUNDAMENTOS ONCOLOGICOS

El cáncer se origina en el epitelio de la mucosa, ya sea por transformación de una lesión precancerosa o "de novo". Sin analizar este punto tan discutido, aceptamos con la mayoría de los autores^(18, 25, 28, 34) que la gran mayoría se originan de lesiones pre-cancerosas, ya sea por adenomas o mucosa alterada por enfermedades como la Colitis Ulcerosa Crónica.

Actualmente se considera como cáncer desde el momento que la lesión atraviesa la muscularis mucosa, ya que recién entonces entra en contacto con la red linfática y vascular sub-mucosa y es capaz de dar metástasis.

De manera que dejamos de lado la denominación de "cáncer in situ" para lesiones puras de la mucosa, pues ha traído confusiones. Preferimos denominarlas atipias superficiales o displasia severa⁽¹⁸⁾ pero no cáncer.

Una vez en la submucosa, el cáncer sigue vías conocidas^(27, 34) a saber:

1) Locales

La migración parietal puede hacerse de varias maneras:

- a) Circular dentro de la pared del recto, sobre todo a expensas de la red linfática submucosa.
- b) Paralela a la pared rectal. Esta vía se ve muy poco porque raramente se ve extensión longitudinal a más de unos pocos milímetros excepto en los tumores indiferenciados.
- c) Perineural. Esta vía se ve en cánceres avanzados o muy indiferenciados.
- d) Hacia órganos vecinos.

2) *Linfática*

Los colectores linfáticos son ampliamente conocidos y aceptados. Poseen un pedículo superior hacia la arteria mesentérica inferior, uno lateral hacia los ganglios hipogástricos y uno inferior hacia los ganglios inguinales superficiales.

A tumores limitados a la pared del recto, se le han encontrado metástasis ganglionares en un 10,9 a 12%⁽¹²⁾. Al llegar a la grasa perirrectal o serosa en el recto abdominal el porcentaje aumenta al 56%.

3) *Hematógena*

Aunque exista invasión venosa intramural, esta no condiciona la aparición de metástasis más que en un 10 a 12%. En cambio la invasión venosa extrarrectal (hemorroidal p.ej.) condiciona un 40% de metástasis. La vía hematógena conduce al hígado, pulmones o sistema nervioso central por la vía de Watson.

4) *Implantación de células*

Las recidivas en la cicatriz operatoria, en la anastomosis o intraperitoneales pueden ser explicadas por la implantación directa de células durante la intervención, lo cual puede ser combatido tomando medidas precautorias (lavados, "no touch", etc.)⁽¹²⁾.

El estudio de la sobrevida a 5 años y aun a diez años realizado en relación a distintos factores, tales como la historia clínica o los

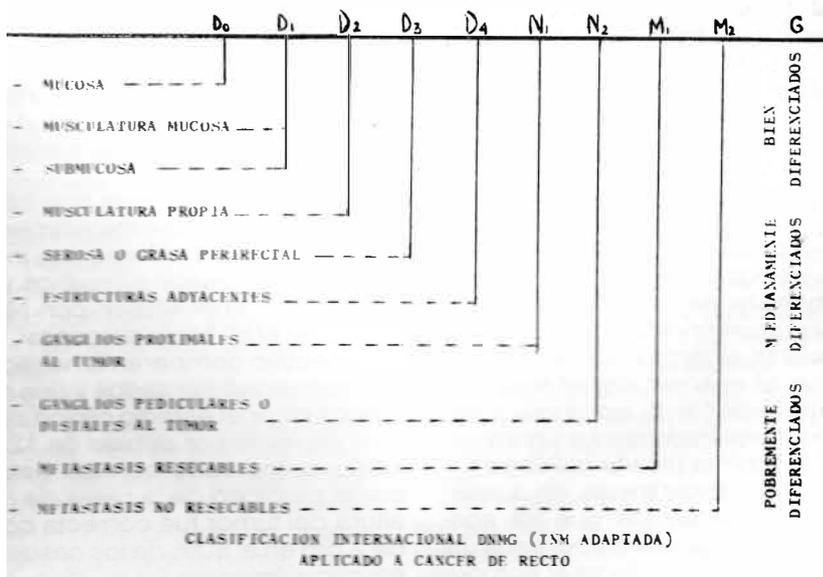
caracteres del tumor han llevado a numerosos autores^(19, 27, 34) a establecer una escala de factores de buen o mal pronóstico.

Una de las grandes dificultades encontradas en la revisión retrospectiva es la estadificación de la enfermedad. Dukes en 1932 y luego en 1935 propone tres estadios principales:

- A) Tumor limitado a la pared rectal o colónica.
- B) Tumor que sobrepasa la pared pero sin ganglios colonizados.
- C) Tumor con ganglios colonizados, próximos al colon (C1) o distantes del tumor (C2).

Sobre esta clasificación se han realizado numerosas modificaciones⁽²⁸⁾, pero en la actualidad se está tratando de unificar los conceptos para emplear una única escala, propuesta por la U.I.C.C. (Unión Internacional Contra el Cáncer) adoptando la clasificación internacional TNM o DNMG (Profundidad, ganglios, metástasis y grado de diferenciación) (Cuadro 1).

El motivo de tanta confusión es que ninguna de las clasificaciones hasta la fecha servía realmente de base escalonada para un pronóstico de sobrevida. Dukes y otros, dieron demasiada importancia a la presencia o no de ganglios sin destacar el principal papel de la profundidad de infiltración.



CUADRO 1

En la casi totalidad de las series⁽¹⁹⁾ se encuentra que mientras el tumor está limitado a la pared rectal, hay pocas metástasis ganglionares (10 a 12%) y generales (4 a 6%) y estas aparecen cuando se trata de tumores indiferenciados o de tipo muy agresivo (en anillo de sello, mucoides, etc.).

Por lo tanto serían estos los tumores que, tratados localmente ofrecerían un porcentaje de curación cercano o superior al 90%.

Considerando la totalidad de los casos reseccionados en el St. Mark's Hospital^(11, 19) entre 1948 y 1962 (2.305) el 3,3% de los casos estaban limitados a la mucosa y la submucosa y el 15% a la pared rectal. Por lo tanto, el 15% de todos los tumores de recto podrían ser curados con tratamiento local. El problema radica en saber de antemano la clasificación.

Desde el punto de vista clínico hay factores que están relacionados por frecuencia con un mal pronóstico^(27, 28),

- a) Síntomas. Si en pacientes con síntomas, la frecuencia de tumores localizados T1, T2, NO, MO, es de 15%, en pacientes asintomáticos detectados por Hemocult⁽⁶⁾ este porcentaje asciende. Se ha encontrado un 73% con solamente 11% de ganglios y 7% con metástasis.
- b) Edad. El hecho, ya clásico del mal pronóstico de estos tumores en jóvenes menores de 30 años, reside en la frecuencia de indiferenciados y mucoides que es muy alta.
- c) CEA elevado. El CEA elevado en el preoperatorio es sin duda, un elemento de mal pronóstico. El CEA bajo no es un indicador válido. Esto se debe a que los indiferenciados y mucoides producen poco o nada de carcinógeno. Así fue demostrado por Wood⁽³⁴⁾.
- d) Manifestaciones clínicas de extensión en el recto o fuera de él. Este elemento tiene un valor esencial y será conjuntamente con los datos de la biopsia, el principal elemento de selección clínica para tratamientos conservadores. Los autores que analizan el tema^(2, 9, 20, 22, 33) coinciden en que el examen digital será fundamental para decidir la conducta a seguir. Más adelante insistiremos sobre este punto al analizar la táctica quirúrgica.
- e) Manifestaciones paraclínicas de extensión. En pacientes en los que se sospecha un neoplasma avanzado, sería útil contar con una Tomografía axial computarizada. En ella, buscaremos la presencia de invasión de los tejidos perirrectales, adenopatías, hígado secundario y metástasis pulmonares. Además del CEA, son importantes para determinar la

presencia de metástasis hepáticas la Fosfatasa Alcalina y la gamma-GT.

- f) Biopsia. Es fundamental para definir el tipo anátomo-patológico del tumor y el grado de diferenciación.

SELECCION DE CASOS

La selección de casos se hará fundamentalmente guiados por los datos clínicos, anátomo-patológicos y los exámenes complementarios relatados.

Incluiremos, por lo tanto, aquellos pacientes portadores de un carcinoma, limitado a la pared rectal, bien o moderadamente diferenciado, sin elementos mucoides o células en anillo de sello. Estará topografiado en el recto subperitoneal y la valoración general descartará la presencia de metástasis.

En este grupo selecto sabemos que la resección radical del órgano ofrecerá un porcentaje de curabilidad del 95% aproximadamente⁽⁶⁾. Esta resección sería, sin embargo, exagerada, ya que una resección tumoral o una destrucción completas darían también un porcentaje similar, ya que es una enfermedad localizada. Como hemos dicho el saber de antemano que se trata de una enfermedad localizada es el elemento principal del problema.

York Mason en 1970 y 1975⁽¹⁶⁾ propone una clasificación clínica basada en los caracteres del tumor a la palpación, que es la siguiente:

Estadio I — Tumores que se mueven con la mucosa, es decir que no infiltran la capa muscular.

Estadio II — Tumores que infiltran la pared rectal pero que al tacto, se mueven con la pared del recto libres de los tejidos perirrectales.

Estadio III — Tumores que infiltran el tejido perirrectal pero no extensamente.

Estadio IV — Tumores que invaden extensamente los tejidos y órganos vecinos.

El mismo York Mason con Nicholls y Morson⁽²⁰⁾ en el St. Mark's Hospital, en un estudio prospectivo comparan la habilidad de dos cirujanos experimentados y dos residentes en diagnosticar el estadio clínico de 70 neoplasmas de recto por debajo de 12 cm. Esto fue luego comparado con los datos obtenidos por el patólogo de la pieza de resección. La altura del tumor fue correcta con un margen de 2 cm en el 80% de los casos; la extensión en circunferencia en el 75%, la morfología (ulcerado o no) en el 100% de los casos; la profundidad de infiltración en estadios I y II fue correcta en el 80% de los casos (los residentes acertaron en un 44%). La extensión extrarrectal fue menos certera siendo del

60% en las manos más experimentadas. El estadio IV en cambio fue interpretado correctamente en el 75%.

La determinación de la presencia de adenopatías fue correcta en aproximadamente los 2/3 de los casos, tanto en caso positivo como negativo. Lo importante es establecer cuáles fueron los errores en menos, es decir, aquellos tumores que fueron estadificados como más benignos de lo que realmente eran.

Uno de los cirujanos consultados tuvo un error, calificando un estadio II como I. Otro de los cirujanos tuvo tres errores, el mismo caso del anterior y otros dos en tumores altos de más de 9 cm de distancia de la margen anal.

Los residentes en cambio tuvieron diez errores, alguno de los cuales habría llevado a errores de conducta. Este hecho no es de extrañar ya que en todos los órdenes de la medicina la experiencia clínica es fundamental. Pero lo importante es destacar que, en base a esta estadificación clínica se puede adecuar la conducta e incluso en casos avanzados aconsejar el empleo de terapia coadyuvante preoperatoria.

En el mismo trabajo se señala que la T.A.C. empleada en 38 casos, solamente fue útil en el diagnóstico de casos avanzados pero que en los casos precoces no.

Si a estos datos obtenidos de un cuidadoso examen rectal le agregamos la biopsia que debe ser múltiple y los datos generales, habremos relevado un número de pacientes que aunque pequeño (10 a 15%) es positivo en cuanto a que la terapia que podemos aplicar mantendría la función y posee una mortalidad que debe ser despreciable.

Esta sería la selección de tumores adecuados pero debemos evaluar además los pacientes a seleccionar. Esta política conservadora, ¿deberá reservarse como aconseja Goligher⁽⁷⁾, Hager⁽⁹⁾, York Mason⁽¹⁵⁾ y Papillon⁽²²⁾ a pacientes de edad avanzada y/o elevado riesgo quirúrgico?; ¿o a aquéllos que rehusan formalmente una amputación abdómino-perineal?

Con todo el respeto que merecen autores de tal jerarquía y sin poderlo apoyar en base a experiencia propia, nos atrevemos a discrepar con ellos. Si bien es cierto que un paciente de menos de 60 años con buen estado general, tiene un buen pronóstico operatorio, creemos que oncológicamente, dado el mismo tumor el pronóstico luego de una cirugía radical no debe ser mejor que el del tratamiento conservador y es justamente en estos pacientes en los cuales la función, ya sea rectal o genital es más importante de conservar. Por lo tanto, es nuestro criterio

que, dadas las condiciones mencionadas, el tratamiento conservador debería ser planteado al paciente, señalando ciertamente los márgenes de error y aconsejando honestamente al paciente.

Habrà sin duda pacientes que prefieran la exéresis radical que ofrece una tranquilidad psicológica mayor, pero seguramente habrá un número importante que se decidirá por el tratamiento conservador.

SELECCION DEL METODO

Analizaremos brevemente los métodos conservadores.

1) *Electrofulguración*

Desarrollado por Strauss⁽²⁶⁾ en 1935 y difundido por Madden⁽¹³⁾ y Crile y Turnbull⁽¹⁾, usado por Gandulia⁽⁵⁾ en Argentina y Harretche⁽¹⁰⁾ en nuestro medio. Se basa en la destrucción por calor del tumor a través de un espéculo anal, con anestesia general en una o varias sesiones. Strauss supuso e intentó probar que esta destrucción ponía en marcha un mecanismo inmunitario que ayudaba a obtener resultados aparentemente muy promisorios. Esto fue científicamente refutado por los trabajos de Salvati⁽⁸⁾.

Madden señala un 68% de sobrevivientes a 5 años frente a un 46% por amputación abdómino-perineal⁽¹³⁾.

Sin embargo, la falta de selección de casos con criterio curativo y la aparición de trabajos de autores como Wanebo⁽³¹⁾ señalando la frecuencia de recidivas, tal vez indican más que el fracaso del método, el error en su aplicación o en el seguimiento. El empleo de criocoagulación o del rayo Laser no ofrecen ventajas y aumentan los costos de equipamiento^(24, 32).

2) *Radioterapia endocavitaria*

Papillon⁽²²⁾ en Lyon desarrolló la técnica de la R.E., obteniendo con ella excelentes resultados, empleando un criterio de selección similar al de York Mason. Empleando un aparato Philips de 50 Kv capaz de emitir 1.000 a 2.000 rads./min. y poca penetración. Se aplica sin anestesia a través de un proctoscopio especial en 3 a 4 sesiones en 6 semanas hasta una dosis de 12.000 Rads. En caso de carcinomas ulcerados se complementa con implante de agujas de iridium (2.000 Rads. o más).

Los resultados en 1981⁽²³⁾ sobre 207 casos sin incluir el "cancer in situ" ni en tumores vellosos obtuvo una sobrevida de 73,9% a 5 años con solamente 10,6% fallecidos por cáncer, 5,3 con recidiva local y 5,8 con adenopatías (laparotomía exploratoria) y a 10 años 58% con 10% fallecidos por cáncer.

Si bien estos resultados prometedores significan que, ambos métodos pueden ser cu-

rativos ambos adolecen del mismo defecto. Al destruir el tumor pierden la posibilidad de estudio histopatológico completo, que hemos señalado como primordial para una correcta estadificación.

3) *Resección local*

La crítica señalada anteriormente a los procedimientos que destruyen la lesión nos inclina conceptualmente hacia la resección local.

Esta fue desarrollada a partir de 1970 por Y. Mason^(4, 15, 16) si bien existen antecedentes en U.S.A. con Jackmann⁽³²⁾ y Deddish⁽²⁾. El apoyo conceptual de Morson^(18, 19) estableciendo los fundamentos patológicos de la misma así como destacando la importancia de obtener una "pieza de resección" que comprenda totalmente la lesión con un margen sano, nos permite afirmar y establecer en dicho trabajo la "piedra fundamental" de la técnica.

Más adelante el grupo de trabajo del Hosp. St. Mark's de Londres, donde Morson es el Patólogo jefe, publica los resultados alejados de esta política. Hasta 1978 habían 113 pacientes resecados con criterio curativo, diferenciando dos grupos: 68 pediculados y 15 no pediculados. En ellos el porcentaje de curación a cinco años, corregido, fue de 98,5 y 86% respectivamente.

Hager y cols., de Erlangen, Alemania, publica este año los resultados de 95 resecciones locales, de los cuales 39 eran tumores limitados a la submucosa y 20 a la muscularis propia (T1 y T2 resp.) con curación a 5 años, corregida, de 89,6 y 78% respectivamente. Destacan además que en 36 pacientes de "alto riesgo" considerados como no curativos, la mortalidad por cáncer fue de 39%.

La serie de York Mason, pequeña, de 14 pacientes, mostró dos recidivas locales tratadas consecuentemente con nueva resección local.

Estos resultados muestran que en casos muy bien seleccionados la R.L. puede obtener resultados tan buenos como la cirugía radical, con una morbilidad cercana al cero.

Todos los autores están de acuerdo que el follow up de estos enfermos debe ser más estricto aún que en otros pacientes. De ello dependerá el diagnóstico precoz de una recidiva local en etapa todavía curable.

Siguiendo los conceptos de Sischy⁽²⁴⁾ es muy posible que de la combinación de modalidades terapéuticas, radioterapia + cirugía + quimioterapia se pueda extender el tratamiento conservador a tumores localmente más avanzados que de otra manera serían sólo pasibles de terapéutica radical.

Es así que la radioterapia preoperatoria se está ensayando en todo el mundo^(4, 10, 17, 28, 29). La radioterapia puede además complementar una resección local con elevado riesgo a fin de disminuir las recidivas. Otro tanto se podría decir de la radioterapia con implante de agujas de Iridium, como realiza Papillon en casos de lesiones localmente más avanzadas^(22, 23).

TACTICA Y TECNICA

Se realiza preparación mecánica y antibiótica del colon como en cualquier otra cirugía. En cuanto a la anestesia se puede realizar con local, o mejor regional o general, de acuerdo a las circunstancias y al paciente.

Lo primero es la exploración cuidadosa digital, buscando los detalles de la morfología del tumor, su movilidad, la presencia o no de nódulos o trayectos indurados que nos hagan sospechar de una extensión extrarrectal. Usaremos la clasificación mencionada de Mason. Una vez decidida la factibilidad de la R.L. se procederá a elegir el abordaje más adecuado. Los abordajes posteriores, de Kraske, Bevan, Mason, etc., o anteriores de Toupet^(21, 30) con o sin sección del aparato esfinteriano ofrecen un excelente abordaje, aunque no están exentos de complicaciones (fístulas, sepsis) además de abrir nuevas posibles vías a la diseminación neoplásica. Es por ello que preferimos la vía endoanal, aún reconociendo que es a menudo más dificultosa pero no altera la función.

Procederemos acto seguido a la dilatación anal progresiva, lenta, que permita la introducción de un separador autoestático tipo Parks, que puede ser sustituido por valvas sostenidas por ayudantes.

Una vez expuesto el tumor en su totalidad se procede a marcar con puntos de referencia los bordes de la resección, calculando in situ, sin traccionar, el margen adecuado de sección, que no debe ser menor de 5 mm.

La sección debe comprender de entrada todo el espesor de la pared, llegando así a la grasa perirrectal. Al levantar la pieza o disco de disección se aprovecha para palpar el tumor por detrás. Puede suceder que en ese momento se descubra que éste atraviesa totalmente la pared (T3 en lugar de T2), pudiendo obligar a UN CAMBIO DE TACTICA (ello nos ocurrió en dos oportunidades). Terminada la resección, con la pieza en la mano, se examina cuidadosamente, si el borde pasa muy cerca de la lesión, puede complementarse con nueva sección. Se procede luego al lavado de la zona operatoria con suero y/o antisépticos a fin de arrastrar células neoplásicas y con fines bactericidas.

Conducta con la brecha. En algunos casos el cierre es fácil por la abundancia y laxitud de la pared rectal, sobre todo la posterior. En la cara anterior y laterales puede no ser tan fácil, por lo cual en estas localizaciones la dejamos ampliamente abierta sin intentar decolar los bordes. Hemos observado que la brecha se recubre rápidamente de fibrina, para luego epitelizarse. El resultado alejado es tan bueno como cuando se cierra por primera.

Esto podría parecer contrario a todos los principios quirúrgicos, dejar en íntimo contacto con la corriente fecal los espacios celulósicos perirectales. La diferencia estriba en dos puntos, a nuestro criterio: uno es al no decolar las paredes rectales no se crean cavidades y otro es que la dilatación anal protege al recto de toda hipertonía postoperatoria, por lo cual todas las secreciones son áciamente drenadas hacia el exterior. Es el mismo principio del drenaje de los abscesos pelvirrectales ampliamente hacia la luz rectal.

En el postoperatorio suspendemos la anti-bioterapia, realimentando al paciente con dieta rica en residuos a partir del tercer día.

La pieza debe "estaquearse" sobre un corcho o cartón, y una vez fijada, el patólogo la podrá estudiar exhaustivamente, buscando todos los elementos ya mencionados a fin de establecer en lo posible la estadificación. Luego, de acuerdo con el cirujano, se decidirá la futura conducta.

RESULTADOS

Nuestra pequeña casuística comprende 8 adenocarcinomas y un epiteloma basaloide que, por encontrarse en el sector bajo de la ampolla rectal y haberse resecado con el mismo criterio que los otros, lo incluimos en la serie (Cuadro 2). El criterio de selección fue el señalado más arriba, habiendo descartado 2 pacientes explorados no resecados y otros que fueron tratados paliativamente con electrofulguración. El abordaje fue siempre endoanal, sin haber encontrado por ello mayores dificultades.

En los casos 1 y 8 el resultado anatomo-patológico indicaba la necesidad de una resección radical, pero las condiciones generales del caso 1 y el hecho de tener el caso 8 otra neoplasia (de pene) diseminada, impidieron proceder a la terapéutica radical. Cuando el caso 1 falleció a los 3 meses con un A.V.E. se le pudo comprobar la recidiva local.

Los pacientes 3, 5 y 7 se exploraron con diagnóstico de tumor veloso, pero la exploración digital mostraba extensión o infiltración de la pared, hecho confirmado por el estudio definitivo de la pieza.

Los casos 6 y 9 reflejan nuestra conducta actual, de asociar la radioterapia con la cirugía. Ambas lesiones se volvieron fácilmente resecables localmente e incluso difíciles de limitar. En ambos casos la dosis fue de 4.500 R en 5 semanas (cobalto) en campo

caso	edad	sexo	topografía	tamaño	abordaje	curativo	estadio
						follow up	an.pat.
1:W.Z.	81	M	6cm post.	20mm	E.A.	NO, 3m	T3NxMo, mod.dif.
2:C.G.	78	M	5 cmant.	35 mm	E.A.	SI, 4 a. 4m	T2NoMo bien dif.
3:P.P.	81	M	3 cm lat.	30mm	E.A.	SI, 34m	T1NoMo+ aden.vell.
4:F.S.	72	M	7 cm post.	15 mm	E.A.	SI, 2 a	T2NoMo, mod. difer.
5:M.G.deG	92	F	4cm, post. lat	25mm	E.A.	SI, 2a, 6m	T1NoMo, +ad. vell.
6:C.C.deS	67a	F.	6cm, post. lat	30mm	E.A.	SI, 2a. 3m Ro preop.	T2NoMo, mod. difer.
7:B.M.deR	56a	F	4cmant. lat.	23mm	E?A?	SI, 9m	T2NoMo, carc. basaloide
8:J.J.V.	72	M	5cm post. lat	35mm	E.A.	NO, Ro post.	T3 NoMo mod. difer,
9:J.C.:	76	M	6cm lateral	15mm	E.A.	SI, Ropreop.	T2NoMo preoliminar

CUADRO 2: CASUISTICA. E.A.endoanal, Dif.:diferenciado

pelviano anteroposterior. La intervención se realizó a las 6 semanas en ambos casos. En el caso 6 (Fig. 3) había tumor residual infiltrando la capa muscular, mientras que en el caso 9 a pesar de la inclusión de la totalidad de la pieza y de los múltiples cortes, no se encontró tumor. La biopsia previa era de un adenocarcinoma medianamente diferenciado, infiltrante (por lo menos un T1). En ambos casos tuvimos la impresión macroscópica de pasar muy cerca de la lesión, por lo cual realizamos una resección complementaria, que en el caso 6 mostró ausencia de tumor.

El seguimiento se muestra en el cuadro, pudiendo observarse que las resecciones curativas (histopatológicamente) fueron seguidas hasta 4 años y medio, sin recidivas. A pesar de lo pequeña de la serie, no hace más que confirmar lo encontrado por otros autores.

Los casos 2, 7 y 9 se dejaron con la brecha ampliamente abierta, sin complicaciones.

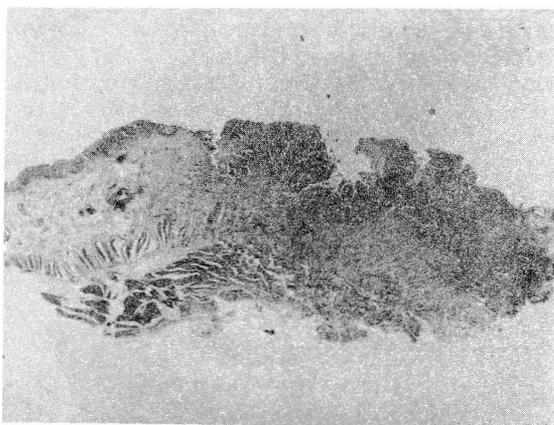


Fig. 1: Adenocarcinoma infiltrante de la muscularis propia. Radioterapia preoperatoria con 4500 R.

CONCLUSIONES

Del análisis de numerosas series y de la revisión de la literatura al respecto se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- 1) El cáncer de recto limitado en su extensión a la pared rectal, sin considerar su extensión en superficie, tiene aproximadamente un 10 a 12% de probabilidades de dar metástasis ganglionares y un 4 a 5% hematógenas.
- 2) Los cánceres limitados a la pared rectal pero con metástasis son en su casi totalidad indiferenciados o de tipos histológicos muy malignos (células en anillo de sello o mucóides).
- 3) Estos conceptos han hecho revisar los criterios de estadificación, recomen-

dándose la adopción de la clasificación internacional TNM adaptada, DNMG.

- 4) Los cánceres limitados a la pared rectal, bien o moderadamente diferenciados pueden ser tratados con procedimientos radicales o conservadores con similar pronóstico aiejado.
- 5) Los tratamientos conservadores ofrecen una sobrevida similar con un mínimo riesgo quirúrgico y sin secuelas funcionales. Ello los hace particularmente adecuados en pacientes de alto riesgo, pero ello no excluye conceptualmente a pacientes más jóvenes en los cuales importe más lo funcional.
- 6) La topografía adecuada para los tratamientos locales conservadores es el recto subperitoneal o retroperitoneal.
- 7) La selección de casos debe decidirse con el paciente bajo anestesia, con un perfecto examen digital y múltiples biopsias.
- 8) Dentro de los tratamientos conservadores la resección local es la más adecuada, frente a la electrodestrucción y la radioterapia endocavitaria, ya que permite el estudio histológico definitivo y la consiguiente estadificación. Se acepta sin embargo que, frente al mismo tumor, cualquiera de los 3 métodos puede obtener el mismo resultado.
- 9) La asociación con terapia adyuvante, sea ésta radio, curie o quimioterapia es posible que, con el tiempo, demuestre ser efectiva en lograr un mejor control local de la enfermedad.
- 10) Los autores se inclinan de preferencia por la vía endoanal, no destructiva, más inocua, funcional y oncológicamente más segura. Se plantea como alternativa al cierre de la brecha el dejarla ampliamente abierta, demostrando la experiencia al respecto que dicha conducta no altera el resultado.
- 11) Finalmente debemos insistir en que estas modalidades conservadoras deben ser muy bien sopesadas en su indicación, ya que intentar forzar una indicación puede llevar a perder la posibilidad de curar un paciente. La pequeña serie presentada no hace más que confirmar los conceptos antedichos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CRILE G., TURNBULL R. — The role of electrocoagulation in the treatment of carcinoma of the rectum. Surg. Gynecol. Obstet. 135: 591, 1972.
2. DEDDISH M. — Local excision. Surg. Clin. North Am. 54: 877, 1974.

3. DIONNE L. — The pattern of blood born metastasis from carcinoma of the rectum. *Cancer*: 18: 775, 1965.
4. DUNCAN W., SMITH A. — A trial of preoperative radiotherapy in the management of operable rectal cancer. *Br. J. Surg.* 69: 513, 1982.
5. GANDUGLIA J. — La electrocirugía en el tratamiento del cáncer de recto inferior. A propósito de 40 observaciones. *Rev. Argent. Cir.* 37: 166, 1979.
6. GILBERTSEN V. — Colon screening cancer: the Minnesota experience. *Gastrointest. Endoscopy*. 26: 315, 1980.
7. GOLIGHER J. — Surgery of the anus, rectum and colon. 3rd. ed. London. Bailliere & Tyndall, 1975.
8. GRECO R., RUBIN R., SALVATI E. — A comparison of cellular immunity in patients undergoing electrocoagulation and resection for adenocarcinoma of the rectum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 151: 471, 1980.
9. HAGER T., GALL F., HERMANEK P. — Local excision of cancer of the rectum. *Dis. Colon Rectum*. 26: 149, 1983.
10. HARRETTE M., CAGNO C., ARMAND UGON A., LEBORGNE J., BESENZONI R. — Fulguración, marcaje y radioterapia dirigida en el tratamiento paliativo del cáncer de recto. *Cir. Urug.* 50: 454, 1980.
11. LOCK M., CAIRNS D., RITCHIE J., LOCKHART-MUMMERY J. — The treatment of early colorectal cancer by local excision. *Br. J. Surg.* 65: 346, 1978.
12. LOCKHART-MUMMERY J., RITCHIE J., HAWLEY P. — The results of surgical treatment of carcinoma of the rectum at St. Mark's Hospital from 1948 to 1972. *Br. J. Surg.* 63: 673, 1976.
13. MADDEN J., KANDALAFT S. — Electrocoagulation in the treatment of rectal carcinoma. A continuing study. *Ann. Surg.* 174: 530, 1971.
14. MASON A. — Surgical access to the rectum: a transphincteric exposure. *Proc. R. Soc. Med.* 63: 91, 1970.
15. MASON A. — The place of local resection in the treatment of rectal carcinoma. *Proc. R. Soc. Med.* 63: 1259, 1970.
16. MASON A. — Malignant tumors of the rectum. Local excision. *Clin. Gastroenterol.* 4: 682, 1975.
17. METLIN C., MITTELMAN A., NATARAJAN N., MURPHY G., SHMITZ R., SMART Ch. — Trends in the management of adenocarcinoma of the rectum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 153: 701, 1981.
18. MORSON B. — Precancerous and early malignant lesions of the large intestine. *Br. J. Surg.* 55: 725, 1968.
19. MORSON B. — Policy of local excision for early cancer of the colorectum. *Gut*. 18: 1.045, 1978.
20. NICHOLLS R., MASON A., MORSON B., DIXON A., KELSEY-FRY Y. — The clinical staging of rectal cancer. *Br. J. Surg.* 69: 404, 1982.
21. OH C., KARK A. — The transphincteric approach to mid and low rectal villous tumors. Anatomic basis of surgical treatment. *Ann. Surg.* 174: 605, 1971.
22. PAPILLON J. — Intracavitary irradiation of early rectal cancer for cure. *Cancer*. 36: 696, 1975.
23. PAPILLON J. — Radioterapia endocavitaria en el cáncer de recto. Conferencia Congreso Brasileiro de Coloproctología, 31°, 1981.
24. SISCHY B., REMINGTON J., SOBEL S. — Treatment of carcinoma of the rectum and squamous carcinoma of the anus by combination chemotherapy, radiotherapy and operation. *Surg. Gynecol. Obstet.* 151: 369, 1980.
25. STEARNS M. — Neoplasias benignas y malignas del colon y recto. *Clin. Quir. Norte Am.* 3: 605, 1978.
26. STRAUSS A., STRAUSS S., CRAWFORD R. — Surgical diathermy of carcinoma of the rectum. *JAMA* 104: 480, 1935.
27. SUGARBAKER P. — Carcinoma of the colon. Prognosis and operative choice. *Curr. Probl. Surg.* 17: 753, 1981.
28. SUGARBAKER P., McDONALD J., GUNDERSEN L. — Colorectal Cancer. In: De Vitta V., Hellman A., Rosemberg S. *Cancer principles and practice of Oncology*. Philadelphia, Lippincott. 1982, cap. 21, p. 643.
29. TASSENDE B., LUONGO A., TORRES M., FIERRO L., BONORINO J. — Radioterapia del cancer colorectal. *Acta Oncol.* 1: 39, 1983.
30. TOUPET A. — Une nouvelle voie d'abord périnéale des tumeurs de rectum: l'anorectomie antérieure avec section de sphincter de l'anus. *J. Chir.* 118: 191, 1981.
31. WANEBO H., QUAN S. — Failures of electrocoagulation of primary carcinoma of the rectum. *Surg. Gynecol. Obstet.* 138: 174, 1974.
32. WEAKLEY F. — Cancer of the rectum. A review of surgical options. *Surg. Clin. North Am.* 63: 129, 1983.
33. WILTOASH J., JACKMANN R. — Results of conservation management of cancer of the rectum in poor risk patients. *Surg. Gynecol. Obstet.* 107: 648, 1958.
34. WOOD C. — Prognostic factors in colorectal cancer. *Recent Adv. Surg.* p. 259, 1981.