

TECNICA QUIRURGICA

Resección endoanal de pólipos rectosigmoideos

Técnica de Muldoon.

Dr. Jorge Bermúdez Villegas.

A propósito de una serie de 8 casos, se presenta una técnica de resección quirúrgica de lesiones polipoideas del rectosigmoide, el cual se invagina hacia el recto permitiendo así la exéresis de la lesión. El fundamento de la misma es el obtener una resección completa con margen de mucosa sana, a fin de posibilitar un correcto estudio anatomopatológico, esencial para la evaluación pronóstica. Se efectúan las consideraciones técnico-tácticas y se detalla la serie, precisando las indicaciones.

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

SUMMARY: Endoanal resection of rectosigmoid polypoid lesions by Muldoon's method.

A surgical resection technique is introduced in connection with a series of eight cases of polypoid lesions of the rectosigmoid which by invagination into the rectum allows the exeresis of the lesion. The basis of same is to obtain a complete resection with a healthy mucous membrane margin, in order to allow a correct anatomopathological examination, instrumental in the forecast evaluation. Technico-tactical considerations are made, with statement of series in detail, followed by the respective indications.

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar), Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.

RÉSUMÉ: Résection endoanale de polypes recto-sigmoïdes à travers la technique de Muldoon.

À propos d'une série de 8 cas, on présente une technique de résection chirurgicale des lésions polypoidiennes du recto-sigmoïdes, lequel s'invagine vers le rectum, permettant ainsi l'exérèse de la lésion. Le fondement consiste à obtenir une résection complète avec une marge de muqueuse saine, afin de faire possible une correcte étude anatomopathologique, essentielle pour l'évaluation pronostique. On effectue des considérations technico-tactiques et on décrit la série, en précisant les indications.

INTRODUCCION

Los tumores polipoideos comprendidos entre los 12 y 30 cm de distancia de la margen anal son tratados actualmente en su mayoría mediante la polipectomía endoscópica. Existe, sin embargo, una técnica quirúrgica de alternativa que permite la resección de los mismos por vía endoanal, técnica que conocemos a través de la descripción de Muldoon⁽³⁾ y que pasaremos a describir.

TECNICA

Para su realización se requiere una anestesia general o por lo menos regional, raquídea, peridural o caudal.

El paciente se puede colocar en posición de navaja, tal como la describe Muldoon⁽³⁾,

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de octubre de 1983.

Prof. Adjunto Interino de Clínica Quirúrgica.

Dirección: ● sorio 1275, Montevideo. (Dr. J. Bermúdez).

en posición de Sims o ginecológica. En ello no influye más que la preferencia o costumbre del cirujano.

La primera maniobra será la dilatación anal, lenta y progresiva, hasta permitir la introducción de por lo menos 6 dedos. Ello permitirá la colocación de un separador tipo Parks o espéculo anal. A continuación, a través del separador, se introduce el rectosigmoidoscopio (RSC) hasta visualizar la lesión y su base. Con una pinza dentada se toma la pared vecina a la base y, mediante un movimiento de extracción rotatorio y pendular, se va acercando a la margen anal, en forma simultánea, la lesión, la pinza y el RSC. Una vez que el conjunto llegó a las proximidades (4 a 8 cm) de la margen, se toma la pared invaginada con pinzas de Babcock, por fuera del RSC, para luego soltar la pinza inicial y retirar el instrumental endoscópico. Queda así el sigmoide con la lesión al alcance del cirujano. Se procede entonces como en cualquier lesión rectal, examinando la base digitalmente con minuciosidad, buscando zonas induradas que hagan sospechar una lesión infiltrante.

Se procede luego a la infiltración de la submucosa vecina con suero, de preferencia con adrenalina al 1/200.000 (evita el sangrado) y se reseca entonces el tumor con un margen de mucosa sana que de preferencia será de 0,5 cm. Se cierra la brecha mucosa con puntos de material reabsorbible, y se libera el sigmoides, que así vuelve a su posición original.

La pieza de resección debe ser extendida y fijada con puntos sobre un cartón o corcho, para facilitar el estudio anatómico-patológico.

Habitualmente el paciente puede ser dado de alta al día siguiente, para luego continuar el seguimiento como en cualquier otra polipectomía.

CASUISTICA

Hasta el momento hemos realizado esta técnica en 8 pacientes, que resumimos a continuación:

Caso N° 1: M.G. de C. Hosp. Británico. Mujer de 57 años. M.C.: Rectorragia. La endoscopia mostró tumor polipoideo de tipo veloso que ocupaba la luz del sigmoides, a 20 cm de la margen anal, no permitiendo el pasaje proximal del instrumento. El CxE (doble contraste) no descartó la asociación lesional, por lo cual se decidió hacer una laparotomía exploradora simultánea con la resección endoanal. La primera fue negativa, reseándose por vía endoanal un tumor veloso de 24 mm, que se confirmó histológicamente como adenoma veloso con atipia superficial.

Caso N° 2: I.J.M. IMPASA. Hombre. M.C.: Rectorragia. Colonoscopia total: único pólipo rectosigmoideo a

12 cm de la margen anal. Resección endoanal, adenoma tubular, sin atipia.

Caso N° 3: E.B. de H. Hosp. Británico. Mujer de 49 años. M.C.: Rectorragia. RSC y CxE: único pólipo sesil a 17 cm de la margen anal. Resección endoanal (23/4/79): adenoma veloso de 22 mm, con atipia superficial. Rectorragia en 2° día del postoperatorio.

Caso N° 4: E.A. de C. Hosp. Británico. Mujer de 66 años. M.C.: Rectorragia. RSC y CxE (doble contraste): Pólipo único de 15 mm a 22 cm de la margen anal, sesil a la RSC. Resección endoanal (IV-82): Adenoma túbulo-veloso sin atipia.

Caso N° 5: B.P. de R. Hospital Pasteur. Mujer de 77 años. M.C.: Rectorragia. RSC y CxE: pólipo sesil de 20 mm a 12 cm de la margen. Resección endoanal (12/6/81): adenoma veloso con atipia superficial.

Caso N° 6: C.S. Hombre de 61 años. M.C.: Rectorragia, anemia. Colonoscopia y CxE: Neoplasma de ángulo derecho del colon SIGNO DE MAS + pólipo de 25 mm a 26 cm de la margen. Conducta: Hemicolectomía derecha paliativa por metástasis hepáticas SIGNO DE MAS + resección endoanal del pólipo sigmoideo. (IX-81) cuya histología mostró adenoma veloso con atipia superficial.

Caso N° 7: R.C. Hosp. de Clínicas. Hombre de 74 años. M.C.: Rectorragia, anemia aguda y crónica. Operado 2 veces por hemorragia digestiva alta: hamartoma duodenal. CxE (doble contraste) y colonoscopia total: pólipo sigmoideo de 3 cm pedículo largo pero muy grueso SIGNO DE MAS + 2 pólipos sesiles de 4 y 5 mm en el recto. La biopsia mostró adenoma veloso con carcinoma infiltrante parcial. Resección endoanal (VI-83): A. veloso con atipia superficial. Un mes después nueva hemorragia digestiva grave, A.V.E. y muerte sin poderse realizar autopsia.

Caso N° 8: A.D. Hosp. Británico. Hombre de 27 años. M.C.: Rectorragia. RSC y CxE (doble contraste): pólipo rectosigmoideo de 2 cm diámetro a 15 cm de la margen anal. Resección endoanal (11/6/79): adenoma túbulo-veloso sin atipia.

COMENTARIO

Todos los pacientes consultaron por rectorragia, con o sin anemia clínica. El tamaño y aspecto de los pólipos reflejan únicamente el criterio empleado en la selección. Del estudio histopatológico se destaca el hecho conocido de la mayor frecuencia de la atipia, superficial o no, en los adenomas velosos.

En el caso 1 la resección endoanal permitió el "ahorro" de una colotomía, con el riesgo conocido. En el caso 6 permitió la realización de una cirugía económica, paliativa.

Debemos destacar que en el seguimiento hasta el momento, en ninguno de ellos se descubrió una recidiva en la zona de resección.

DISCUSION

Desde el punto de vista oncogénico es hoy día aceptado por todos los autores que la se-

cuencia pólipocáncer es una realidad⁽²⁾. Es decir, que la mayoría de los cánceres se originan en pólipos, pero sólo un porcentaje variable de los pólipos evolucionan hacia la transformación carcinomatosa. Dentro de la clasificación de los pólipos, solamente los adenomas tienen potencialidad maligna. En ellos los factores de riesgo son: tamaño y tipo histológico^(2, 3, 4). Según Morson⁽²⁾ pólipos menores de 1 cm tendrían solamente un 1,3% de malignización; de 1 a 2 cm, un 10%; y más de 2 cm, 40%. Sin embargo, Muto⁽⁵⁾ refiere en una serie de 57 cánceres precoces en pólipos que el 24% eran menores de 1 cm y el 51% entre 1 y 2 cm.

Asimismo, el adenoma vellosito tiene una potencialidad maligna reconocida, que llega en la serie de Morson al 40%⁽²⁾, mientras que el adenoma tubular solo el 4,8%, con el tipo intermedio en 22%.

Muto⁽⁵⁾ le asigna además gran importancia a la forma y a la base de implantación. Los pólipos sesiles y de base ancha e irregular son más pasibles de transformación que los pediculados y uniformemente lisos.

La transformación es un proceso lento que lleva años⁽⁴⁾ no existiendo riesgo de cáncer en el sentido oncológico, hasta que la lesión no ha atravesado la muscularis mucosa, entrando entonces en contacto con los linfáticos de la submucosa, que son escasos. Se considera que una lesión polipoidea cuya base o pedículo está libre de invasión atípica, aún cuando ésta haya atravesado la mucosa, cura con la sola resección completa de la lesión, en un porcentaje que según autores^(1, 2, 4, 6) alcanza entre 95 a 98%. En esos casos sería innecesaria la extirpación del órgano, según consideran actualmente la mayoría de los autores.

Es, por lo tanto, de la mayor importancia el lograr una pieza de resección que comprenda la totalidad del tumor, su pedículo y, de preferencia, un rodete de mucosa sana, con submucosa. Esto es relativamente fácil de lograr en el recto, en los tumores pediculados y en aquellos de menos de 2 cm. Pero en los de base ancha y sesiles ello puede resultar insuficiente para un correcto estudio histopatológico, aún cuando la destrucción por diatermia o electrofulguración del fondo o base y bordes pueda poner a cubierto de la recidiva local. En los pólipos de más de 2 cm puede ser además difícil y riesgoso pues pueden tocar y hacer contacto eléctrico con la pared opuesta y la coagulación de la base puede llevar a la perforación.

El balance debe entonces establecerse en un doble aspecto:

- a) necesidad de una resección completa;
- b) riesgo de una intervención quirúrgica, ya

sea para resecar la lesión mediante una colotomía o una resección segmentaria (ello supone una mortalidad cercana al 2% en buenas series);

- c) topografía de la lesión: una lesión en recto medio o bajo puede ser resecada por vía endoanal o aún en algunos casos por las vías retrorrectales, transesfinterianas o no⁽³⁾. En esta topografía la resección del órgano supondría en un buen número de casos la amputación abdomino-perineal. En los sectores proximales al sigmoide no existe otra alternativa que la resección endoscópica y, eventualmente, una resección por laparotomía.

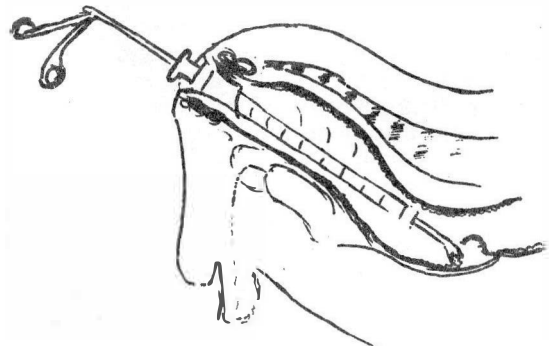


Figura 1. A través del espéculo, introducción del R.S.C. y toma de la pared vecina al pólipo con pinza atraumática.

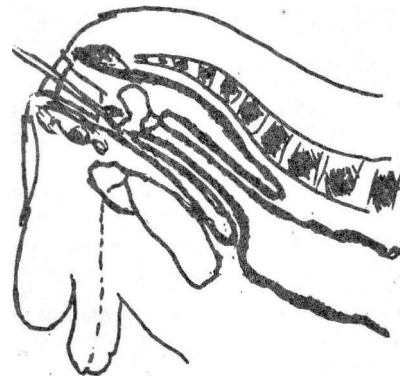


Figura 2. Extracción del R.S.C. y la pinza con invaginación sigmoide-rectal. Toma del sigmoide a través del espéculo.

La técnica que hemos descrito como de Muldoon porque es este autor, de la Clínica Ferguson, Grand Rapids, Michigan, quien primero la describiera con detalle, permite en un 85 a 90% de los casos, invaginar el sigmoide y poner las lesiones de esa topografía que ofrezcan las características de riesgo que hemos señalado, al alcance del cirujano por vía endoanal, al igual que las lesiones propiamente rectales. Las únicas dificultades que imposibilitan la maniobra serían aquellas vinculadas a patología diverticular severa con retracción de mesos y las adherencias del sigmoide.

Si bien esta pequeña serie no sirve para afirmar su posible aplicación a todas las lesiones sigmoideas, el haber podido reseccionar lesiones a más de 25 cm tiende a confirmar su real utilidad.

Aunque su realización no es técnicamente fácil, con la práctica se convierte en una maniobra segura y rápida.

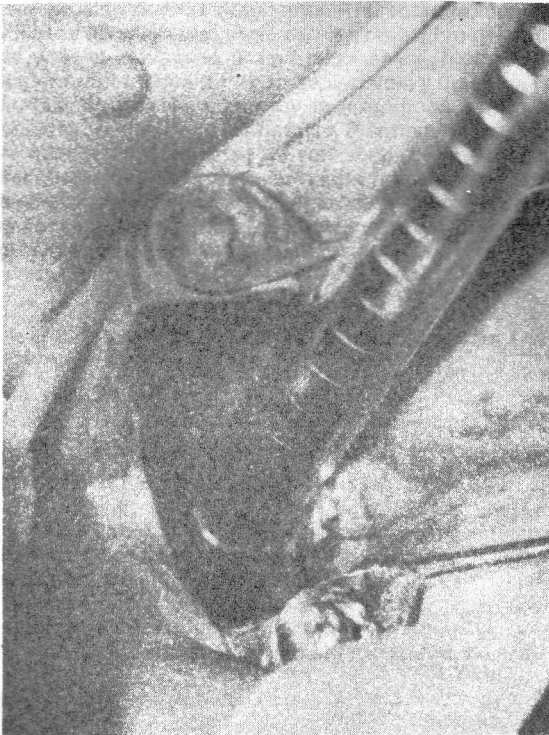


Figura 3. Fotografía operatoria que muestra el rectosigmoidoscopia emergiendo entre el separador de Parks, con el tumor.



Figura 4. Fotografía operatoria que muestra el tumor sigmoideo a un nivel accesible al operador endoanal.

CONCLUSIONES

La técnica aquí presentada permite la obtención de una pieza completa de resección de tumores rectosigmoideos. Sus indicaciones surgen de la histopatología y la oncología, pero sobre todo, de las contraindicaciones de la resección endoscópica ya sea por riesgo o por resección incompleta:

- a) Tumores sesiles de más de 15 mm.
- b) Tumores pediculados de base ancha y corta, mayores de 15 mm.
- c) Tumores con aspecto endoscópico de transformación maligna, sea cual sea el tamaño.
- d) Topografía en altura entre los 10 y 25 cm, no más de 30.
- e) Del estudio histológico definitivo surgirán el pronóstico y la futura conducta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COUTSIFTIDES J., LAVERY I., BENJAMIN S., SIVEK M. --- Malignant polyps of the colon and rectum, Dis. Colon Rec-

- tum, 22: 82, 1979.
2. MORSON B. — The polyp-cancer sequence in the large bowel, Proc. R. Soc. Med. 67: 451, 1974.
 3. MULDOON J. — Descubrimiento y manipulación quirúrgica de lesiones rectales, Clín. Quir. Norte Am. 3: 555, 1978.
 4. MUTO T., BUSSEY H., MORSON B. — The evolution of cancer of the colon and rectum, Cancer, 36: 2251, 1975.
 5. MUTO T., KAMIYA J., SAWADA T., MARIOKA Y. — Morphogenesis of human colonic cancer, Dis. Colon Rectum, 26: 257, 1983.
 6. SOJO E. — Diagnóstico y tratamiento de los adenomas de colon, Monografía de asistente, Fac. Med., Montevideo, 1981.
 7. STRAUSS R., GORDON L., WISE L. — Colonoscopic prolapse and sigmoidoscopic removal of pedunculated polyps in the sigmoid colon, Surg. Gynecol. Obstet. 146: 439, 1978.
 8. THOMPSON J., NICHOLLS R., WILLIAMS Ch. — Management of benign tumors and polyps, in "Colorectal diseases", London. Heineman, 1981.