

Cáncer de recto

Resección por la vía de York Mason

Dres. Raúl Praderi, Martín Harretche, Eneas Terra,
José Praderi, Julio López, Alba Silva

Se presentan 3 observaciones de pequeños cánceres de recto (pared anterior y supranal) reseca- dos por la vía de York Mason con sobrevida (sin recidivas) de 2 a los 5 años.

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

SUMMARY: Cancer of the rectum. Resec- tion by York Mason's approach.

Presenting three observations in small cancers of the rectum (anterior wall and supraanal) resected through the York Mason's approach. Survival (without recidivation) from 5 to 2 years.

RÉSUMÉ: Cancer du rectum. Résection par la voie de York Mason.

On présente 3 observations de petits cancers du rec- tum (paroi antérieure et supra-anale) résequés par la voie de York Mason avec une survie (sans récidence) de 5 à 2 ans.

Clinica Quirúrgica "3" (Dir. Prof. Dr. R. Praderi), Hos- pital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

La vía transrecto-anal de Y. Mason consiste en abrir el recto y el ano longitudinalmente con una incisión algo oblicua, seccionando los esfínteres anales. Permite una amplia exposición de la cavi- dad rectal y sobre todo de su pared anterior.

La reconstrucción se hace con una sutura lon- gitudinal de la pared y suturando por separado los esfínteres uno por uno.

Aunque existen precursores muy antiguos de esta técnica como Cripps⁽³⁾, y otros más recientes como Larkin, Granet, Bevan, David^(2, 4-7 9), casi todos fueron olvidados o no encontraron apoyo.

Corresponde a A.Y. Mason haberla sistematiza- do y divulgado ampliamente en la literatura.^(11, 12)

En 1976 uno de nosotros tuvo oportunidad de escuchar al cirujano inglés en el Congreso Mundial del C.I.C.D. en Davos, y desde entonces hemos adoptad la técnica que ya empleamos para operar tumores vellosos de recto en 4 pacientes, una fístula ecto-vesical en un hombre y una fístula recto-vaginal.

Alentados por el éxito obtenido resolvimos aplicar el procedimiento para reseca pequeños cánceres de recto.

Debemos aclarar que si bien este procedimien- to ha sido aplicado para reseca tumores vellosos y tratar fistulas, es poco recomendado en cirugía oncológica.

Goligher⁽⁶⁾ en su edición de 1975, no lo consi- dera, ni tampoco Hughes⁽¹⁰⁾ en su libro del año pa- sado.

Presentado como Tema Libre al 35º Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Director y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Cirujano del MSP, Asistentes Interinos, Residente Cirugía.

Dirección: Mones Roses 6435, Montevideo (R. Praderi).

Pero recordemos el artículo de Wittoesch⁽¹⁴⁾, que mostró sorprendentes resultados obtenidos en la Clínica Mayo, con resecciones locales en pacientes de gran riesgo o que no aceptan la amputación.

TECNICA

La describimos muy sucintamente pues ya está muy divulgada y se puede leer en cualquier tratado de cirugía rectal^(1, 6, 12).

Preparado mecánicamente el colon del paciente, se coloca en posición de navaja abriendo las nalgas. Como en toda la cirugía colo rectal hacemos Metronidazol o Tinidazol *iv*, 1 hora antes del procedimiento; asociamos Gentamicina en ese momento y repetimos estos antibióticos a las 8 horas (no el Tinidazol). Estas asociaciones antibióticas cada vez más simplificadas han contribuido a mejorar los resultados de este tipo de operaciones.

Se corta piel y tejido celular con una incisión que empieza en el borde posterior del ano y termina al costado del coxis pellizcando el borde inferior del glúteo mayor (a izquierda). Se disecciona el espacio *retro-rectal*. Se cortan los esfínteres anales y se marcan con hilo blanco y negro ambos cabos.

Se expone así ampliamente el recto que queda abierto en canal.

Se practica el procedimiento sobre el tumor rectal incluyendo toda la pared, con un margen de 2 o 3 cm. de acuerdo al tamaño del tumor.

Se sutura con los bordes hacia adentro. Se cierra la rectotomía con un surget de ácido poliglicólico. Se hace un segundo plano seroso o no por encima.

Se suturan los esfínteres uno por uno. Es importante hacer una hemostasis correcta para no dejar hematomas en la logia que se infectan.

Se puede dejar drenaje al vacío del espacio retro-rectal.

En los primeros abordajes de este tipo que efectuamos, exteriorizamos el colon por la fosa iliaca izquierda con intención de hacer una colostomía, pero no llegamos a abrirlo pues cicatrizó perfectamente la herida perianal.

En algún caso supuró el celular, pero drenados los abscesos cicatrizó sin secuelas.

Como se aprecia esta vía es diferente de la de Kraske⁽⁸⁾ y Goetze⁽⁵⁾ que reseca el coxis y parte del sacro.

Estas últimas fueron utilizadas en nuestro país por Del Campo siguiendo a las Escuelas Centro-

Europeas, que obtuvieron buenos resultados con ellas a principio de siglo⁽¹³⁾.

CASUISTICA

1) A.N. CASMU. Mujer de 29 años. consulta por síndrome rectal bajo. Examen rectal: tumoración úlcero vegetante de recto cara anterior, no infiltrante de tabique recto-vaginal, de unos 4 cm. de diámetro. topografiado a 10 cm. margen anal. La biopsia muestra un pólipo vellosos papilar con atipias celulares y glanduliformes intrapolipoideas. *Operación:* 27/12/79. Anestesia general. Abordaje transrecto-anal de York Mason. Se comprueba tumor vegetante, ulcerado, infiltrante, sobre cara anterior y lateral izquierdo en un área de unos 5 cm. Se efectúa resección del tumor con bisturí eléctrico, guiando la resección, con 2 dedos en la vagina, incluyendo el plano muscular del recto. Fulguración superficial del tabique recto-vaginal y los bordes del recto. Marcaje de los bordes de resección con clips metálicos. Cierre con la técnica descrita. Buena evolución postoperatoria. Radioterapia postoperatoria a los 20 días, dirigida sobre área tumoral 6.000 R. Aparece fistula de bajo gasto en el sector posterior de la incisión. no cierra con tratamiento instituido por lo cual se efectuó colostomía iliaca destransitante durante 4 meses hasta obtener cierre de la fistula. *Evolución:* Controles endoscópicos sin recidiva local. Último control 16/2/84. Informe del endoscopista: si no tuviéramos datos clínicos catalogaríamos la zona como completamente normal. Lleva 5 años de operada.

2) J.T. CASMU. Hombre de 68 años consulta por rectorragia. La rectosigmoidoscopia muestra un tumor sesil de cara anterior de 2 cm de diámetro. La biopsia informa de su malignidad (adenocarcinoma). *Operación:* 20/4/81. Anestesia general. Abordaje transrecto-anal de Y. Mason. El tumor esta situado a 12 cm del ano en la cara anterior. Se reseca con un medallón de pared de 6 cm de diámetro. Cierre de la pared posterior, de los esfínteres y de la piel. Evolución sin incidentes. La herida cicatriza per primam, sin infección. En 5/82 consulta por litiasis vesicular y es colecistectomizado. El tacto rectal y la anoscopia bajo anestesia no permiten identificar el margen de la cicatriz, como tampoco en los exámenes realizados hasta la fecha. A fin de 1983 consulta por hemoptisis, apareciendo adenopatias hiliares pulmonares. Se estudian encontrándose una linfopatia tumoral de la cual se está tratando actualmente con drogas y radioterapia.

3) A.G. CASMU. Paciente de 72 años, multipara, sin antecedentes patológicos que consulta por dolor anal y rectorragia fugaz. En las rectosigmoidoscopias realizadas parece haber un pequeño tumor supra y retroanal pero no se pueden obtener biopsias. El resto del examen clínico es normal. *Operación:* 16/9/82. Se resuelve operar con anestesia general en decúbito ventral por la vía de York Mason. Se accede así a un pequeño tumor en croissant supra-anal de 3 cm de diámetro transversal y 1 cm de vertical. La biopsia extemporánea muestra que se trata de un epiteloma malpighiano. Se reseca una ancha valva de pared rectal y anal posterior dejando solo una canaleta de pared anterior de recto y ano en una altura de 15 cm. Arriba se cortan transversalmente las caras posterior y lateral del recto hasta la canaleta anterior. Se bascula hacia abajo el borde posterior del muñón rectal suturándolo desde las comisuras que quedan contra la canaleta anterior hacia abajo. Se llega así hasta el ano que se cubre con los esfínteres que se suturan entre sí. Se cose la piel. La evolución es excelente. Queda un ano

entreabierto pero continente para las materias. Se indica un regimen constipante para evitar los gases. A los 2 meses se hace radioterapia en el área y al año se reopera cerrando más el ano mediante rotación de colgajo cutáneo. Está mejor, casi totalmente continente.

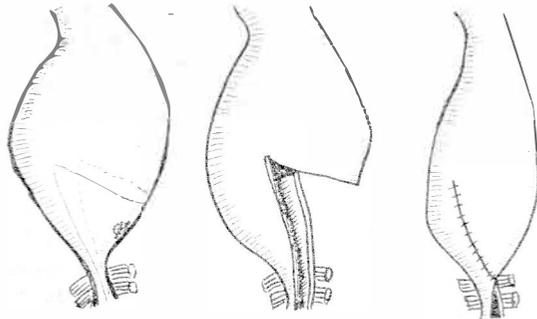


Fig. 1. Esquema explicativo de la técnica utilizada en el caso 3.

COMENTARIO

La exéresis de medallones de pared rectal incluyendo tumores es factible con éxito, como se ve aquí, pero es interesante señalar la posibilidad de resección de un cilindro casi total de recto reconstruyéndolo después.

Nuestra tercer enferma a la cual se le planteó su diagnóstico, es consciente de su situación y la única molestia que tiene es alguna excepcional pérdida de flatos.

Estos tres pacientes tenían sólo dos alternativas: la fulguración que se combinó a la exéresis en el primer caso o la amputación abdomino-perineal de recto con colostomía definitiva.

Hicimos en el primer y tercer caso la asociación de radioterapia complementaria.

DISCUSION

Hemos reunido estas tres observaciones porque no han sido comunicados en nuestro país, cánceres de recto resueltos por esta vía.

En Uruguay existen pocas observaciones del uso de la vía de York Mason para fistulas recto-vaginales, vesicales y tumores vellosos, como hemos realizado nosotros.

Nota: Al entrar este trabajo a la imprenta, los tres pacientes sobreviven sin recidivas, es decir, que llevan 3 años como mínimo de operados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADLOFF M., ARNAUD J.P., OLLIER J.C. -- Exerese par voie basse et postérieure des tumeurs ano-rectales. *Encycl. Med. Chir. Techniques Chirurgicales App. Digest.* 2: 40665, 1976.
- BEVAN A.D. -- Carcinoma of the rectum-treatment by local excision. *Surg. Clin. North Am.* 1: 1233, 1917.
- CRIPPS W.H. -- *Cancer of the rectum.* London, Churchill, 1880.
- DAVID V.C. -- The management of polyps occurring in the rectum and colon. *Surgery* 14: 387, 1943.
- GOETZE O. -- Das Rektumkarzinom Als Exirpationsobjekt, Vorschläge zur Sakralen Und Abdominosakralen Operation. *Zbl. Chir.* 58: 1746, 1931.
- GOLIGHER J. -- *Surgery of the anus, sectum & colon.* London, Bailliere Tindall, 1975.
- GRANET E. -- Papillary (villous) adenomas of the rectum. *Am. J. Gastroenterol.* 41: 627, 1964.
- KRASKE P. -- Zur Exirpation Hochsitzender Mastdarmkrehse. *Deustsh. Gessells. F. Chir.* 14: 464, 1885.
- LARKIN M.A. -- Trans-sphincteric removal of rectal tumours. *South. Med. J.* 50: 887, 1957.
- MAC DERMOTT F.T. -- Carcinoma of the rectum. In: Hughes E., Cuthbertson A., Killinback M. - *Colorectal Surgery.* Edimburgh, Churchill Livingstone, 1983.
- MASON A.Y. -- The place of local resection in the treatment of rectal carcinoma. *Proc. R. Soc. Med.* 63: 1259, 1970.
- MASON A.Y. -- Trans-sphincteric Surgery of the Rectum. *Progr. Surg.* 13: 66, 1974.
- OTERO J.P. -- Cáncer recto-sigmoideo. Tratamiento. Correlato Congreso Interamericano de Cirugía, 70 publicado Montevideo, Asoc. Urug. Lucha Contra el Cáncer. Serie C (17), 1953.
- WITTOESCH J.H., JACKMAN R.J. -- Results of conservative management of cancer of the rectum in poor risk patients. *Surg. Gynecol. Obstet.* 107: 648, 1958.