

Evolución alejada de tres pacientes operadas de cáncer de recto por la vía de York Mason

Dres. Raúl C. Praderi¹, Martín Harretche²

Resumen

Antes del advenimiento de las máquinas de sutura mecánica, utilizábamos frecuentemente la técnica de abordaje transrectal de York Mason para resecar tumores vellosos de recto y pequeños carcinomas.

Tres mujeres intervenidas con esta técnica en 1979, 1983 y 1986 fueron controladas hasta la fecha.

A las dos primeras (AN de 28 años y EG de 68 años) se le resecaron epitelomas pequeños (4 y 3 cm).

A la segunda (EG) se le realizó radioterapia, pues se trataba de un tumor malpighiano y un año después una plastia del ano. Evolucionó favorablemente, apareciendo 14 años después, con un pequeño tumor perineal que resecamos el 23 de mayo de 1997, siendo un fibrosarcoma con muy poca actividad celular (a la fecha de este trabajo la paciente tiene 81 años).

La tercera (MZ, de 70 años) tenía un gran tumor velloso que se extirpó a fines de 1986, recidivó reoperándose también por la vía de York Mason cuatro años después (octubre de 1990). A principios de 1994 se le resecó una nueva recidiva por endoscopia, pero sangró profusamente, debiendo ser reoperada de urgencia, efectuándose una amputación perineal de recto que dejamos abierta

(Lisfranc). El estudio histológico mostró un adenocarcinoma tubular y velloso con gran actividad mucosecretora. En marzo del mismo año realizamos el cierre del periné y resecamos el muñón sigmoideo por debajo de la colostomía.

A fines de 1996 se observó un tumor encapsulado, subcutáneo, en el periné posterior que se extirpó el 19 de noviembre de 1996, con anestesia local. El estudio microscópico mostró también un adenocarcinoma con gran producción de mucina. No ha recidivado, la paciente tiene ahora 80 años.

Las tres operadas están vivas, dos de ellas con ano continente. Llevan 20, 14 y 11 años de intervenidas.

Palabras clave: Neoplasma del recto
Técnicas quirúrgicas
Recto

Summary

Before the development of mechanical suture machines, we often used the York Mason transrectal approach technique for resection of villous tumors of the rectum and small carcinomas. Three female patients who underwent this procedure in 1979, 1983 and 1986 were followed up to the present.

In two of the cases (AN, 28 years, and EG, 68 years), small epitheliomas were resected (4 and 3 cm).

EG underwent radiotherapy, as she had a Malpighian tumor, and a year later plastia of the anus. Evolution was good and 14 years

1. Ex Profesor de Clínica Quirúrgica.

2. Profesor Agregado de Cirugía.

Facultad de Medicina. Montevideo. Cirujanos del CASMU.

Correspondencia: Dr. Raúl Praderi. Luis P. Ponce 1337 ap. 502, Montevideo, CP 11700.

Trabajo presentado en el 47º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 7 al 11 de diciembre de 1997.

later a small perineal tumor appeared which was resected on may 23 1997 and turned out to be a fibrosarcoma with little cellular activity (the patient is now 81 years old). The third patient (MZ, 70 years old) had a great villous tumor which was resected in late 1986, recidived and was reoperated with York Mason approach four years later (october 1990). At the beginning of 1994 a new recidive was resected by means of endoscopy, but bled profusely and has to undergo urgent surgery carrying out a perineal amputation of the rectum which was left open (Lisfranc). Histological study showed it was al tubular and villous adenocarcinoma with high mucosecretant activity. In March of the same year the perineum was closed and the sigmoidal stump was resected below the colostomy. In late 1996 an encapsulated tumor appeared with subcutaneous situation in the posterior perineum; this was resected in november 19, 1996 with local anesthesia. Microscopical findings also showed an adenocarcinoma with great production of mucine. The patient is now 80 years old and she has not relapsed. The three patients are alive; two of them have continent anus. They have been operated on for 20, 14 and 11 years.

Introducción

La proctectomía posterior propuesta en el Congreso Alemán de Cirugía de 1885 por Kraske ⁽¹⁾ desarticulando el coxis, fue ampliada con el abordaje abdominal por dos grandes cirujanos alemanes: Otto Goetze ⁽²⁾ de Erlangen y Hans Finsterer ⁽³⁾ de Viena. D'Allaines ⁽⁴⁾ en Francia utilizó una técnica similar.

Locallio en 1968 ^(5,6) sistematizó el acceso abdominal con una incisión oblicua lateral izquierda combinada con el abordaje de Kraske, para poder reseca oncológicamente los tumores de recto sin cambiar de posición al paciente (decúbito lateral derecho).

Pero fue York Mason el que revivió la vieja técnica de Bevan ⁽⁷⁾ que había sido olvidada pese a que varios cirujanos publicaron observaciones al respecto ⁽⁸⁾. El autor inglés sistematizó

el procedimiento ^(9,10) y mostró su experiencia en el congreso de Davos del C.I.C.D. Allí lo conocimos y escuchamos.

Técnica

Hace 20 años recién se empezaban a usar las máquinas de sutura: resecábamos los adenomas vellosos por vía endoanal, pero a veces eran difíciles de manipular si estaban muy altos. Seducidos por la experiencia de York Mason, que cortaba sin temor el esfínter, aplicamos la nueva técnica de extirpación de tumores vellosos y al tratamiento de fístulas vesicorrectales o rectovaginales.

Marcábamos los esfínteres con hilos blancos y negros después de seccionarlos.

Si bien tuvimos alguna fístula rectal, éstas cerraban solas casi siempre, de lo contrario de-transitábamos efectuando una colostomía provisoria.

No describiremos nuevamente la técnica, que es simple, pues se cortan todos los planos desde el ano hasta el borde inferior del glúteo con una incisión oblicua. El procedimiento está bien descrito por el autor ⁽¹⁰⁾ y por Leela Prasad ⁽¹¹⁾.

Material

Operamos tres mujeres, una joven de 28 años y dos maduras de 68 y 70 años.

Dos de ellas figuran en nuestra publicación presentada al 35 Congreso Uruguayo de Cirugía en 1984 ⁽⁸⁾.

Caso 1

Mujer de 29 años, que consulta por síndrome rectal bajo. Al examen rectal: tumoración úlcero vegetante rectal baja de cara anterior, no infiltrante, de tabique recto-vaginal, de unos 6 cm de diámetro, topografiada a 10 cm del margen anal. La biopsia muestra un pólipo vellosos papilar con atipías celulares y glanduliformes intrapolipoideas.

Operación: 27 de diciembre de 1979. Anestesia general. Abordaje transrecto-anal de York Mason. Se comprueba tumor vegetante ulcerado, infiltrante sobre cara anterior y lateral iz-

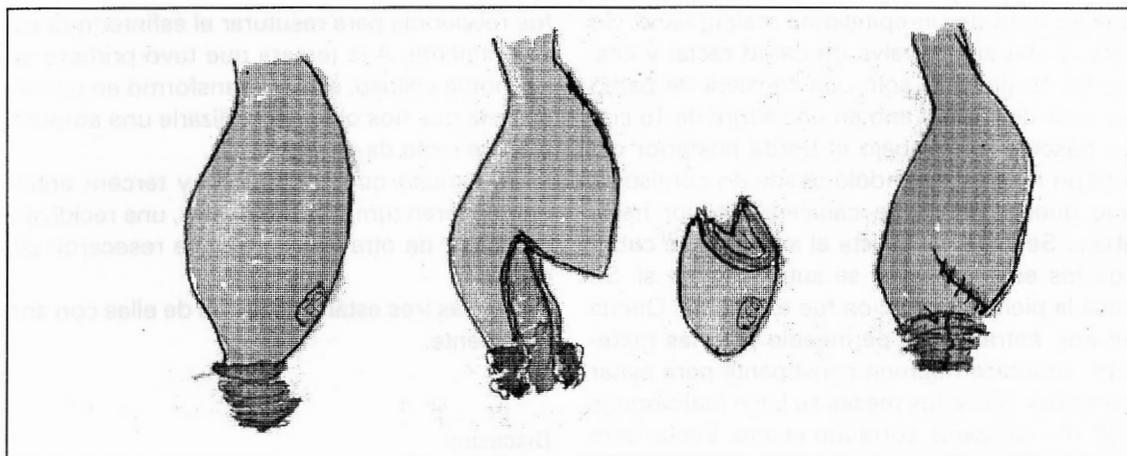


Figura 1. Operación realizada en el caso 2.

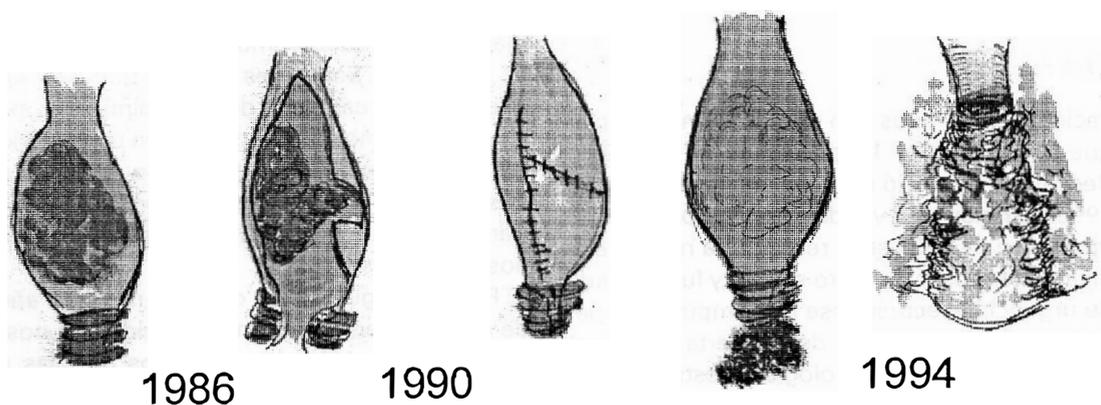


Figura 1. Diversas intervenciones del caso 3. 1986: York Mason; 1990: nuevo York Mason; 1994: Rectorragia y amputación perineal.

quiera en un área de unos 5 cm. Se efectúa resección del tumor con bisturí eléctrico, guiando la resección con clips metálicos. Cierre con la técnica descrita. Buena evolución posoperatoria. Radioterapia posoperatoria a los 20 días. Aparece fístula de bajo gasto en el sector posterior de la incisión, no cierra con el tratamiento instituido, por lo cual se efectúa colostomía ilíaca de tránsito durante cuatro meses hasta obtener cierre de la fístula. Evolución: controles endoscópicos sin recidiva local. Informe del endoscopista: si no tuviéramos datos clínicos catalogaríamos la zona como completamente normal. Lleva 20 años de operada.

Caso 2

Paciente de 68 años, múltipara, sin antecedentes patológicos que consulta por dolor anal y rectorragia fugaz. En las rectosigmoidoscopías realizadas parece haber un pequeño tumor supra y retroanal pero no se pueden obtener biopsias. El resto del examen clínico fue normal. Operación, 16 de setiembre de 1982. Se resuelve operar con anestesia general en decúbito ventral por la vía de York Mason (figura 1). Se accede así a un pequeño tumor en croissant supra-anal de 3 cm de diámetro transversal y 1 cm vertical. La biopsia extemporánea muestra

que se trata de un epiteloma malpighiano. Se reseca una ancha valva de pared rectal y anal posterior, dejando sólo una canaleta de pared anterior de recto y ano en una altura de 15 cm. Se bascula hacia abajo el borde posterior del muñón rectal suturándolo desde las comisuras que quedan contra la canaleta anterior hacia abajo. Se llega casi hasta el ano, que se cubre con los esfínteres que se suturan entre sí. Se cose la piel. La evolución fue excelente. Queda un ano entreabierto permeable para las materias. Se indica régimen constipante para evitar los gases. A los dos meses se hace radioterapia y al año se opera, cerrando el ano. Evolucionó bien, pero volvió a consultar a los 14 años con un pequeño tumor perineal que resecamos el 23 de mayo de 1997 y resultó ser un fibrosarcoma con poca actividad celular. Tiene ahora 81 años.

Caso 3

Paciente de 70 años con un gran tumor veloso que se extirpó el 10 de diciembre de 1986. Recidivó y se volvió a operar el 3 de octubre de 1990, también por vía de York Mason. El 2 de diciembre de 1994 se le reseca una nueva recidiva por endoscopia, pero sangró y fue operada de urgencia, efectuándose una amputación perineal de recto que se dejó abierta (Lisfranc) (figura 2). El estudio histológico mostró un adenocarcinoma tubular y veloso con gran actividad mucosecretora. El 8 de abril de 1994 se le cerró el periné y se reseca el muñón sigmoideo por debajo de la colostomía. A fines de 1996 le apareció un tumor encapsulado subcutáneo en el periné posterior que se extirpó el 19 de noviembre de 1996, con anestesia local. El estudio microscópico mostró también un adenocarcinoma con gran producción de mucina. No ha recidivado. La paciente tiene ahora 80 años.

Comentario

La primera enferma tenía un adenocarcinoma que se radió, igual que la segunda que era portadora de un epiteloma malpighiano.

Sólo a la primera fue necesario hacerle una colostomía detransitando. La segunda paciente

fue reoperada para resuturar el esfínter que era incontinente. A la tercera que tuvo primero un adenoma veloso, este se transformó en un carcinoma que nos obligó a realizarle una amputación de recto de urgencia.

Es curioso que la segunda y tercera enfermas hicieran tumores perineales, una recidiva y un tumor de otra estirpe que se resecaron sin secuelas.

Hoy las tres están vivas, dos de ellas con ano continente.

Discusión

Aunque se ha adelantado mucho en los últimos años en la cirugía de cánceres rectales bajos y la conservación del esfínter, nos ha parecido interesante traer estas tres observaciones de una técnica que en verdad no hemos utilizado más, pues le quedan muy pocas indicaciones, tal es así que Saclarides⁽¹³⁾ dice que han sido relegadas a la categoría de procedimientos esotéricos. Sin embargo Bleday⁽¹⁴⁾, en una revisión publicada este año, concluye que para pequeños tumores de recto las excisiones transanal, transcoxígea y transesfintérica permiten buenos resultados.

Pero el seguimiento durante muchos años de estas pacientes, que no se olvidan de nosotros, nos permitió reoperar a dos de ellas de curiosos tumores perineales aparecidos a más de 10 años de operadas con la técnica de York Mason.

Bibliografía

1. **Kraske P.** Zür Extirpation Hochsitzender Masdarmkrebs Deutsch. Gessel Chir 1895; 14: 464-70.
2. **Goetze O.** Das Rektumkarzinom als Extirpation Subjekt Operation. Zbl Chir 1991; 58: 1746-51.
3. **Finsterer H.** Zür Chirurgischen Behandlung des Rektumkarzinom. Arch Klin Chir 1944; 206: 293-301.
4. **D'Allaines F, De Vernejoul.** Conservation de la fonction sphinterienne dans la cure opératoire du cancer de rectum. J Chir 1946; 62: 275.
5. **Locallio SA, Eng K, Gouse TV, Ranson JH.** Abdominosacral Resection for Carcinoma of the midrectum. 10 Years Experience. Ann Surg 1978; 188: 475-80.
6. **Locallio SA, Eng K.** In: Nyhus LIM, Barker RB. Mastery of Surgery. Boston: Little Brown, 1992: (vol. 2) 1320-30.
7. **Bevan A.** Carcinoma of the Rectum. Treatment by local excision. Surg Clin North Am 1917; 1: 1233-9.

8. **Praderi R, Harretche M, Terra E, Praderi J, López J Silva A.** Cáncer de recto. Resección por la vía de York Mason. *Cir Uruguay* 1986; 56: 149–51.
9. **York Mason A.** The place of local resection in the treatment of rectal carcinoma. *Proc R Soc Med* 1970; 63: 1259–70.
10. **York Mason A.** Trans–sphincteric surgery of the rectum. *Progr Surg* 1974; 13: 66–76.
11. **Leela Prasad, M.** York Mason procedure for rectouretral fistula of benign tumor. In: Nyhus LIM, Barker RB. *Mastery of Surgery*. 2nd ed. Boston: Little Brown, 1992: (vol. 2) 1331–5.
12. **Breen E, Bleday R.** Preservation of the anus in the therapy of distal rectal cancers. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 71–83.
13. **Saclarides TJ.** Technical considerations in local excision of rectal cancers. In: Wanebo H. *Surgery for Gastrointestinal Cancer. A Multidisciplinary Approach*. Philadelphia: Lippincot–Raven, 1997: 701–7.
14. **Bleday R.** Local Excision of Rectal Cancer. *World J Surg* 1997; 21: 706–14.