

## PRIMERA PARTE

### ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA LA ELECCION DE OPERACION

La criteriosa resolución del cirujano en la elección de operación tiene más importancia que la ejecución operatoria. Esta elección se basa en la consideración de numerosos elementos que se estudian antes y durante la operación y que expondremos en el siguiente orden:

- 1º) La topografía del tumor.
- 2º) El proceso tumoral.
- 3º) El enfermo.

#### 1º) TOPOGRAFIA DEL TUMOR

Si el recto constituyese un territorio cancerológico unico, la extirpación debería comprender todo el órgano, cualquiera que fuese la topografía del tumor. Pero si el recto estuviese constituido por varios segmentos cancerológicamente independientes, sería posible hacer extirpaciones parciales correctas y en este caso deberíamos conocer los límites de estos segmentos. Estos puntos los estudiaremos analizando la propagación cancerosa en las paredes del recto y en los tejidos perirectales.

#### *El cáncer en las paredes del recto*

Desde el siglo pasado se sabe que el adenocarcinoma se extiende poco en superficie en las paredes del recto. La patología parece confirmar la opinión de que la llamada red linfática submucosa sería, en realidad, un entrelazamiento de linfáticos arborescentes que, sin anastomosarse, evacuarían la linfa directamente por los canales perforantes de la muscular. Esta limitada propagación parietal ha sido uno de los elementos principales para fundamentar la cirugía segmentaria del cáncer del recto.

Desde el punto de vista quirúrgico debemos anotar que la propagación neoplásica perivisceral obliga a exéresis que deben comprender extensiones de la víscera, en general mayores que las que correspondería a la propagación visceral, por lo cual es esa propagación extravisceral la que debe regir la extensión de exéresis.

Por otra parte, hay un pequeño porcentaje de enfermos en los que la extensión mural es de varios centímetros (Quer, Dahling, Mayo, 1953) y, hecho también de gran interés, se han observado casos en que separado del tumor y a cierta distancia por debajo existe otro foco tumoral. Estos focos pueden ser procesos multicéntricos resultantes de cancerización de lesiones múltiples benignas, de la acción de procesos carcinogenéticos regionales y aun de procesos alterativos originados por el foco neoplásico. Además, debemos recordar la posibilidad de colonizaciones metastáticas en la pared, a cierta distancia del foco tumoral, resultantes de injertos directos sobre la superficie mucosa o de células tumorales que llegan por vasos perirrectales sanguíneos o linfáticos obstruidos en su vía de corriente normal.

Todos estos hechos llevan a la conclusión de que debemos partir del concepto de la limitada extensión neoplásica peritumoral, aceptando así la posibilidad de secciones del órgano con conservación esfinteriana, pero debemos estudiar muy bien al enfermo antes de la operación y en el curso de ésta, en busca de manifestaciones de proceso neoplásico separado:

1º) Si hay procesos múltiples de posible evolutividad cancerosa debe plantearse la posibilidad del tratamiento por separado de estos procesos o la extirpación completa del recto.

2º) Si hay procesos perirrectales importantes (masa tumoral o adenopatías) debe sospecharse la obstrucción vascular y posible cancerización retrógrada y practicar también la extirpación rectal completa.

3º) Si hay antecedente reciente de una operación por hemorroides, existe la posibilidad de un injerto mucoso, y creemos que el enfermo debe ser sometido a extirpación total del órgano.

En fin, todo enfermo sometido a una operación que deje parte del órgano, debe ser sistemáticamente examinado en forma

periódica, en busca de procesos neoplásicos de diferente filiación que pueden ser exitosamente tratados : ~~es~~ que su extensión los lleve a la inoperabilidad (Scudamore, Corr, Judd, 1960).

### *El cáncer en los tejidos perirrectales*

Es mucho más importante el conocimiento de la cancerización perirrectal que la del órgano mismo. Se operan los cánceres del recto extirpando estructuras periviscerales que llevan al órgano en su interior y no el recto con tejidos que lo rodean.

Desde fines del siglo pasado se acepta que la extensión neoplásica perivisceral se hace por territorios correspondientes a diferentes segmentos del recto. A comienzos de nuestro siglo, Miles (1908) confirma ese concepto, pero encuentra que, a veces, la cancerización no queda limitada al territorio correspondiente, sino que invade otros territorios perirrectales. Esta difusión posible conduce a Miles a una posición terapéutica lógica: todos los cánceres del recto, cualquiera sea su topografía, pueden invadir más de un territorio perirrectal, por lo que es necesario hacer siempre la extirpación de todos los territorios por amputación abdominoperineal.

Esta relativa anarquía en la difusión neoplásica era atribuida por Miles a la autonomía de la célula tumoral que se fija o se difunde de acuerdo con su propia biología. No entraremos en lo conceptual sobre la vida de la célula tumoral. Estudiando los enfermos que presentan invasión de más de un territorio, es posible reconocer dos posibles factores causantes de la difusión: tumores de los segmentos bajos del recto, cuyas vías linfáticas son en gran parte concurrentes a las vías de los segmentos altos y tumores de tendencia biológica linfófila que provocan, por obstrucciones de ciertas vías o por extensión canalicular linfática, difusiones en amplios territorios.

Es lógico que tanto en los tumores bajos como en los de clara tendencia linfófila, en los que es posible la difusión tumoral, se prefiera la extirpación de todos los territorios del recto haciendo su amputación. Pero para los otros tumores la amputación sería una medida de seguridad (Gabriel, 1949) que no estaría justificada para muchos cirujanos que prefirieron la resección por ser menos riesgosa y permitir la conservación de las funciones de contención.

Otros elementos debemos considerar para tomar posición. La investigación anatómica, operatoria y de recidivas ha demostrado que la propagación tumoral va mucho más allá de los territorios extirpados en la clásica operación de Miles. La cirugía actual puede extirpar estos territorios más amplios. Manteniendo los fundamentos de la operación de Miles, de extirpar todos los territorios de posible difusión neoplásica, cualquiera sea la topografía del tumor, debería practicarse una operación extraordinariamente amplia que comprendiese extensos territorios abdominales, pelvianos, perineales profundos y perineales superficiales. Pero la propagación neoplásica no se hace a todos estos amplios territorios sino solamente a los que corresponden al segmento rectal afectado, por lo cual la ampliación o actualización de la operación de Miles debe adaptarse a la topografía del tumor. Es decir, que se hace indispensable, también, la clasificación topográfica para los que prefieren la amputación sistemática.

Las exigencias de estas amplias disecciones han contribuido, además, a limitar la longitud de exéresis visceral con el fin de mantener la operación dentro de las resistencias del enfermo y dar mejor solución en la restauración.

#### *Segmentos rectales y territorios perirrectales*

Numerosos investigadores han tratado de delimitar segmentos y territorios estudiando la anatomía normal de los linfáticos, los tejidos afectados en los cancerosos, los resultados de operaciones segmentarias, etc., pero no han llegado a conclusiones concordantes. Muchas veces estos estudios han estado guiados por la preocupación de poder hacer una cirugía conservadora, olvidando que esta cirugía sólo puede surgir después de haber hecho una exéresis correcta. Con más frecuencia ha sido la falta de conocimientos anatómicos de las regiones perirrectales que ha creado un confucionismo terrible, del cual sólo pueden salir algunos usando el más absurdo de los recursos, que es la anatomía por centímetros. Se han descuidado, además, las posibilidades de difusión regional a lo largo de venas y nervios, elementos que en las regiones perirrectales siguen a menudo trayectos diferentes a los linfáticos. Todos estos hechos nos han llevado a retomar el problema bajo otro ángulo.

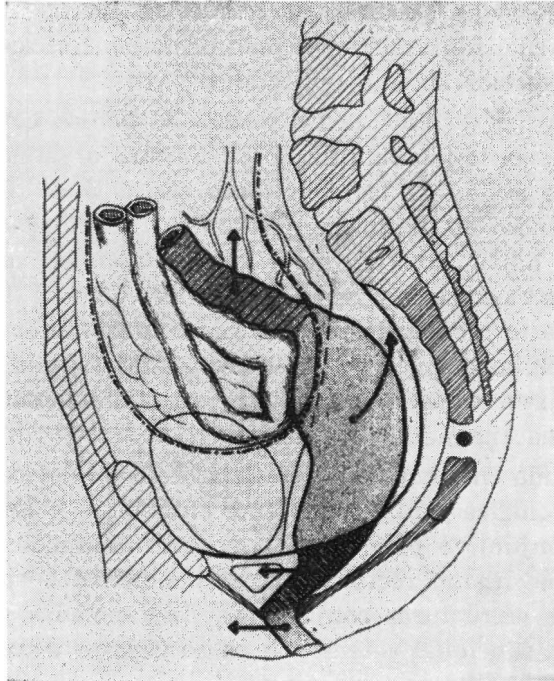


Fig. 1.—Cada uno de los cuatro órganos rectales tiene su anatomía, su fisiología y sus conexiones periféricas propias que le dan su individualidad en cancerología.

Nuestros estudios (Chifflet, 1956) de la anatomía pelviana —iniciados hace ya muchos años, sin pensar en el cáncer—, nos condujeron a considerar como recto a toda la parte final del intestino grueso comprendiendo las partes llamadas recto sigmoides y canal anal. Así considerado, se pueden reconocer en el recto cuatro segmentos, con tal individualidad morfológica, topográfica y funcional que es correcto considerarlos como órganos. Hablamos así de cuatro órganos rectales, que llamamos recto abdominal o recto sigmoides, recto pelviano o ampular, recto perineal o próstatovaginal y recto anal u orificial.

Estudiamos también, detenidamente, en el cadáver y en el vivo, la estructuración del tejido conjuntivo pelviano, prescindiendo de las innumerables descripciones que nunca habíamos

podido reconocer en nuestras disecciones. Llegamos así a un conocimiento ordenado y sistematizado de hojas fibrosas y musculares y de espacios laxos o realizables.

Pasando del terreno de los hechos al de los conceptos, recordemos que el tejido conjuntivo en nuestro organismo se diferencia por la acción de las solicitudes físicas o de dinámica regional, haciendo del tejido conjuntivo no diferenciado del feto las láminas, hojas, broches, etc., que incluyen en su espesor a los elementos vasculares y nerviosos primitivamente libres. Estudiamos con este criterio los hechos anatómicos observados en el contenido pelviano y reconocimos por su disposición, una dinámica regional en relación con las funciones fundamentales de sus órganos: almacenamiento y evacuación.

Analizando en forma coordinada la división del recto en segmentos morfológica y funcionalmente autónomos y la disposición del tejido conjuntivo pelviano con criterio dinámico, comprobamos que cada órgano rectal tenía, respondiendo a su fisiología, determinadas estructuras conjuntivas, diferenciadas por la misma exigencia funcional y teniendo en su espesor a todos los elementos de dicho órgano.

Yendo al terreno cancerológico, surgió una posición clara. Si el recto está constituido por cuatro órganos con sus estructuras conjuntivas y neurovasculares propias, la extirpación por cáncer debe comprender todo el órgano afectado y los tejidos periviscerales correspondientes a ese órgano. Los límites entre los diferentes sectores del recto a resear serán los límites naturales entre los órganos y tejidos periviscerales que la anatomía dinámica ha separado.

En resumen, en lugar de una división del recto en vistas a la restauración en que por centímetros se le divide en un segmento alto extirpable por el abdomen, un segundo medio que exige la vía abdominal y la perineal, pero permite la conservación esfinteriana y un segmento inferior que obliga a la amputación, hacemos la división del recto sobre bases anatómicas, topográficas y funcionales. Consideramos así cuatro órganos rectales, cada uno de los cuales tiene su territorio perirrectal correspondiente, territorio que debe ser extirpado en los tumores del órgano rectal afectado, pasando a segundo término facilidades de ejecución y posibilidades de mejor restauración funcional.

Los enfermos con tumores del recto presentan entre ellos tales diferencias, que obligan a planteamientos terapéuticos para cada caso. Estas diferencias pueden considerarse en forma esquemática, de dos tipos, que llamaremos de cantidad y calidad. Las diferencias de cantidad dependen de la extensión de tejidos invadidos o colonizados por las células neoplásicas y las diferencias de calidad dependen de la particularidad o genio evolutivo del proceso tumoral.

En lo que se refiere a la extensión de tejidos invadidos podemos hacer con criterio puramente morfológico dos grandes grupos. Por una parte, aquellos tumores que no han salido de los límites de posible extirpación quirúrgica y en los que, lógicamente, es dable aceptar la pretensión de una operación curativa. Por otra parte, aquellos que han desbordado tales límites y que sólo permiten pensar en operaciones de simple carácter paliativo.

Esta división morfológica de los cánceres domina en muchos cirujanos. En ese camino han sido llevados por una doble orientación de progreso. Buscan la forma de reconocer antes de la operación y en el curso de ésta, la verdadera extensión tumoral para saber con seguridad si pueden pasar más allá de ella y perfeccionan los recursos y técnicas quirúrgicas para extender lo más posible los territorios extirpados. Ni un esfuerzo ni el otro son desechables, pero deben considerarse sabiendo muy bien las particularidades de orden evolutivo que caracteriza a cada enfermo.

Las particularidades de orden evolutivo, o calidad o genio evolutivo de un tumor, constituyen elementos indispensables para la elección del tratamiento quirúrgico. Son bien conocidas las variaciones en tiempo de vida de los cancerosos del recto y las diferentes particularidades evolutivas. Algunos enfermos, como si tuviesen un cáncer agudo de la mama, evolucionan rápidamente, cualquiera que sea el tratamiento quirúrgico; otros, como si tuviesen un esquirro atrófico de la mama de las viejas, evolucionan lentamente durante muchos años, aun sin ningún tratamiento. En lo que se refiere a particularidades evolutivas, hay enfermos con siembras peritoneales masivas y sin adenopatías; otros,

con difusiones linfáticas enormes, enfermos operados que viven muchos años con ganglios linfáticos neoplásicos silenciosos en su pelvis y enfermos que fallecen a pocos meses de operados con una asfixia por linfangitis neoplásica pulmonar sin tener colonización ganglionar.

Estas diferencias evolutivas obligan a pensar en recursos terapéuticos fundamentalmente medicamentosos que puedan modificar las particularidades evolutivas hacia formas de larga tolerancia. No nos ocuparemos de este punto, que sale de nuestro tema de orden quirúrgico, pero reiteraremos estos conceptos para crear en los cirujanos que nos lean una conciencia de orden biológico del cáncer que les permita disponer de muchos recursos terapéuticos, que sin destruir totalmente al cáncer, son para el enfermo más beneficiosos que nuestra implacable guerra de exterminio contra la célula tumoral.

Entre los tumores anatómicamente extirpables, los hay de tan baja malignidad que pueden ser operados económicamente en previsión de riesgos por mal estado general del enfermo o de situaciones invalidantes, y otros que, por su alta malignidad, sería preferible no tocarlos en previsión de rápidos y extensos empujes evolutivos por efecto de la operación. En los tumores no extirpables por su extensión, las características de benignidad evolutiva obligan a exéresis que pueden permitir largas sobrevividas, mientras que los tumores de genio evolutivo rápido no deben ser sometidos a operaciones que agravarían la situación.

Sobre la base de estos conceptos, veamos los elementos que, traduciendo extensión o genio evolutivo del tumor, deben ser considerados para la elección de tratamiento. Veamos, en primer término, los elementos que pueden tener valor solamente desde el punto de vista evolutivo y, a continuación, los que deben ser interpretados por su significado de cantidad y calidad de tumor.

#### A) *Elementos para valorar solamente el genio evolutivo*

1º) *Edad del enfermo.*— El cáncer en los jóvenes tiene, en general, una evolución más grave que en los viejos.

2º) *Tiempo de evolución.*— El tumor extirpable que tiene largo tiempo de evolución es, en general, de poco empuje evolu-



tivo y es tan favorable para la cirugía como un esquirro atrófico de mama de más de un año, frente a una mastitis carcinomatosa de una semana.

3º) *La forma macroscópica* del tumor es de interés. Las formas infiltrantes y las formas terebrantes, en especial en las partes bajas del recto, son de mayor malignidad. Los tumores gelatinosos son menos graves. El cáncer pavimentoso anal es más grave en los sectores anteriores que en los posteriores, más grave en el canal que en la zona exterior, más grave si es ulcerado e infiltrante que si es productivo.

4º) *El estudio histológico de la biopsia*, a pesar de que puede no ser la expresión exacta de todo el proceso tumoral, puede interesar para juzgar la gravedad del tumor y para elegir la conducta terapéutica. Los epitelomas cilíndricos pueden tener una diferenciación variable desde la forma anaplásica de gran malignidad (grado 4 de Broders), hasta las formas pseudoglandulares de relativa menor gravedad (grado 1 de Broders). Los tumores mucosecretantes a células pequeñas en anillo, son más graves que los tumores gelatinosos.

Los tumores pavimentosos presentan variaciones histológicas de mayor significado pronóstico y terapéutico, diferencias que consideraremos al estudiar la elección de tratamiento. Es tan importante el tipo histológico, que consideramos que antes de resolver la conducta terapéutica es indispensable hacer el estudio completo del tumor por biopsia-exéresis.

5º) *La obesidad del enfermo* es un factor de mal pronóstico. El obeso ofrece malas condiciones generales y regionales para una intervención quirúrgica pelviana importante, pero, fundamentalmente, propaga en forma más difusa su proceso tumoral, haciendo difícil la sistematización de la exéresis.

Ninguno de los elementos citados es de certeza absoluta para definir un carácter evolutivo, pero la concomitancia de varios elementos de juicio puede constituir verdaderas entidades clínicas de gran interés en vistas al tratamiento. Una mujer vieja, delgada, con un tumor extirpable, de larga evolución y de gran diferenciación celular no debe ser tratada quirúrgicamente con el mismo criterio que un hombre joven, grueso, de poca evolución, con un tumor terebrante, de escasa diferenciación.

## B) Elementos para valorar extensión y evolutividad

1º) *La propagación local.*— La extensión del tumor en las estructuras perirectales interesa desde el punto de vista morfológico por la exigencia de extirpar estos tejidos, pero más importante para la elección de operación, es el significado evolutivo de esta invasión. La experiencia demuestra con frecuencia, en estos casos, una evolutividad baja, como si el tumor agotase localmente todo su potencial evolutivo, no produciéndose metástasis distantes. Las extirpaciones de las estructuras invadidas, llegando hasta las viscerectomías pelvianas, hacen más complejas y riesgosas las operaciones, pero dan resultados alejados que las justifican. Por otra parte, la extensión local permite ciertas operaciones limitadas, que pueden dar buenas sobrevidas. Nos referiremos a estos puntos al estudiar las operaciones para cada órgano rectal.

2º) *La propagación linfática.*— Es la forma frecuente de difusión en el cáncer del recto. No hay paralelismo entre la invasión linfática y otras formas de difusión tumoral. Enfermos con carcinomatosis peritoneal o con múltiples metástasis hepáticas por vía venosa, pueden tener adenopatías mínimas, así como hay cánceres que tienen como una única difusión, una colonización masiva del sistema linfoganglionar. Estos hechos obligan a estudiar cada enfermo en particular.

Resumiremos los hechos fundamentales de la patología linfoganglionar que interesan para el pronóstico y la conducta terapéutica.

1) La experiencia demuestra claramente que el pronóstico es más grave en los enfermos con cánceres con adenopatía que en los que no la tienen. Esta gravedad puede responder a una mayor extensión del proceso o a una particular malignidad del tumor que lo hace más difusible.

2) Los ganglios colonizados pueden ser los más próximos al órgano enfermo, pero pueden estar estos libres y la colonización existir en ganglios más alejados. Esta posibilidad respondería a la existencia de vías linfáticas largas que no se detienen en los ganglios próximos.

3) El pronóstico es más grave en las colonizaciones alejadas que en las próximas al tumor.

4) El diagnóstico operatorio de colonización neoplásica puede hacerse a veces por la palpación o por la inspección simple o la lupa, pero la mayoría de las veces exige el examen microscópico (Javert, 1954).

5) La presencia de zonas de edema o canales linfáticos distendidos, traduce una obstrucción linfática, que suele corresponder a una difusión cancerosa regional. Son signos de mal pronóstico.

6) El volumen de los ganglios colonizados tiene gran importancia, aceptándose que cuando hay ganglios grandes y más aún, masas ganglionares, la difusión neoplásica es amplia.

7) El número de ganglios colonizados tiene también valor. Dukes ha dicho que enfermo con más de cinco ganglios colonizados no vive más de cinco años. Javert (1954), sostiene que en el cáncer del cuello uterino, la existencia de más de dos ganglios colonizados en la pelvis es signo de muy mal pronóstico. Taylor y Wallace sostienen lo mismo para el cáncer de la mama.

8) La colonización en muchos ganglios y la colonización masiva del ganglio tendrían, según Javert (1954), su gravedad por la generalización por vía venosa a partir de la pulpa ganglionar. Walther (1937), demostró que las metástasis alejadas en el cáncer del cuello uterino son más frecuentes cuando hay colonización ganglionar.

9) La colonización ganglionar provocaría la obstrucción de la vía correspondiente, haciendo que la corriente linfática lleve las nuevas siembras por territorios laterales. Este hecho obliga a ampliar lateralmente los territorios periviscerales de exéresis (Gilchrist y David, 1948).

10) El ganglio colonizado y obstruido no da salida a corriente linfática que pueda ser metastasiante, pudiendo sólo metastasiar por vía venosa. Este hecho permite explicar que ganglios neoplásicos residuales de una operación pueden quedar silenciosos durante muchos años y un día provocar una difusión generalizada por vía sanguínea.

11) La presencia de ganglios colonizados fuera de los territorios correspondientes al proceso tumoral, llamada adenopatía

paradójica, traduce una difusión neoplásica grave que debe influir en el planteamiento terapéutico.

12) La adenopatía supraclavicular tiene un significado especial. Traduce una difusión neoplásica por vías mediastino cervicales que testimonian una evolución rápida.

3º) *Colonización peritoneal.*— Las células tumorales del recto que llegan a la superficie serosa pueden caer en la luz peritoneal, y reconocérseles por el examen de discreto exudado y en ausencia de todo signo de colonización (Crile, 1957). Todo enfermo con tumor que llega a la serosa debe considerarse como teniendo células tumorales en la cavidad peritoneal. Cualquier intervención quirúrgica en estos enfermos modificando las condiciones del terreno, puede conducir a una colonización neoplásica. La exteriorización serosa de un tumor debe pesar en la elección operatoria como una siembra en aptitud de colonizar.

Si la colonización peritoneal ya existe, hay que admitir condiciones aptas para el desarrollo tumoral, lo que significa una agravación por el acto quirúrgico y una evolución relativamente rápida. Por estos motivos la carcinomatosis peritoneal contraindica operación si no hay oclusión ni trastornos serios. En caso de existir estos fenómenos la intervención a realizar no debe ser de riesgo operatorio o postoperatorio. Además, está contraindicada la anastomosis porque la colonización en la línea de sutura conduce a la estenosis.

4º) *Propagación por vía venosa.*— Desde el punto de vista quirúrgico interesa la invasión venosa, la embolización y la colonización a distancia.

La invasión venosa puede iniciarse en las pequeñas venas parietales en cánceres que no han salido del órgano o en venas más gruesas por fuera de las paredes. Walther (1937), citado por Javert (1954), ha mostrado que un mecanismo posible de invasión venosa es a partir de la colonización ganglionar. Pick (1943-45), mostró comunicaciones linfovenosas normales que podrían permitir la invasión venosa. La invasión venosa agrava el pronóstico.

Grinnell (1950), citado por Madison, Dockerty y Waugh (1954) señala que en los tumores con invasión venosa hay 37 % de enfermos con 5 años vida, y sin invasión venosa hay 76 % de

5 años vida. La gravedad puede deberse a la más fácil difusión por embolización o al hecho de que la invasión venosa se produce con más frecuencia en los tumores más malignos. Seefeld y Bargaen (1945), encontraron invasión venosa en 7,1 % de cánceres grado 1 de Broders, 13 % de grado 2, 29,2 % de grado 3 y 62,5 % de grado 4. Grinnell (1950), encontró 3,5 % en tipo A de Dukes, 13 % en tipo B y 49 % en tipo C.

Desde el punto de vista quirúrgico interesa: 1º) reconocer antes y durante la operación al enfermo con invasión venosa; 2º) evitar en el acto operatorio la embolización venosa; 3º) reseca en la operación los territorios venosos invadidos.

La invasión venosa la sospechamos en los enfermos con hemorragias importantes o con gruesas hemorroides o que presentan congestión e ingurgitación de órganos y pedículos. Estos enfermos hacen metástasis distantes muy precozmente. Bacon, Sauer y Trimpi (1955), señalan la trombosis de las gruesas venas pelvianas, reconocible a la palpación. Nosotros hemos reconocido, a veces, la trombosis de las venas que desangran la pelvis hacia los agujeros sacros y poco después metástasis óseas en sacro y vértebras. El estudio radiográfico venoso preoperatorio ha sido utilizado, sin dar informaciones muy útiles para la cirugía.

Debemos prevenir, en lo posible, la embolización por maniobras operatorias. Para ello es conveniente ligar los troncos antes de actuar sobre la zona tumoral (Tyzzer, 1913; March, 1927; Knox, 1922).

En fin, es necesario reseca los canales venosos regionales que pudiesen estar invadidos. Nuestra conducta dirigida a extirpar todas las conexiones periféricas del órgano tumoral, y no solamente las vías linfáticas, permite mejor dicha resección venosa.

Una embolia venosa por el sistema porta puede colonizar en el hígado y una embolia por el sistema cava puede colonizar en los territorios venosos del sistema pelviano (huesos pelvianos, columna vertebral), o en cualquier órgano de la economía por vía circulatoria general (pulmón, cerebro, etc.). La metástasis hepática se puede producir en los tumores de cualquier órgano rectal, pero son muy raros en los cánceres del recto anal. Las metástasis por el sistema cava son excepcionales en los cánceres del recto abdominal cuyas venas pertenecen totalmente al sistema porta y son raras en los cánceres pavimentosos del recto anal.

La metástasis visceral no es una consecuencia obligada de la embolización porque sólo hay metástasis si la célula embolizada tiene aptitud para evolucionar y si el medio donde llegó es propicio para su nutrición. Roberts y colaboradores (1960), encontraron células neoplásicas en la sangre de la vena cava en 4 enfermos de 5 que hicieron legrado por cáncer del endometrio y ese porcentaje es superior al que corresponde a las metástasis que se encuentran habitualmente. Estos hechos no pueden descartar las medidas preventivas de la embolización en las operaciones por cáncer del recto. Obligan, en cambio a actuar, además, por medicación apropiada sobre la vitalidad de las células embolizadas para evitar su reproducción.

La presencia de nódulos hepáticos en un enfermo con cáncer del recto obliga a recordar lo siguiente: 1º) que en un tercio de los casos tales nódulos no son metástasis tumorales; 2º) que las metástasis que ocupan sólo el lóbulo izquierdo, pueden ser únicas y el enfermo curarse con la hepatectomía izquierda; 3º) que las metástasis solitarias o a lo más dobles o triples pueden ser extirpadas con resultados muy buenos; 4º) que estas metástasis pueden permitir sobrevidas de varios años aunque no se extirpen, si se hace una correcta exéresis del recto tumoral.

Esta relativa tolerancia de la metástasis hepática nos ha llevado a rechazar la punción biopsica transparietal preoperatoria por el riesgo de una diseminación peritoneal que acelere en mucho la evolución de la enfermedad.

### 3º) EL ENFERMO

Prescindiendo del tumor, el enfermo debe ser estudiado desde diversos ángulos. En primer lugar, desde el punto de vista de la tolerancia de la operación. Los cardiovasculares, pulmonares, renales, los que tienen afecciones de la nutrición, como diabetes u obesidad, los carenciados nutritivos por deficiencias diversas o por edad avanzada, están expuestos a riesgo operatorio. Debe considerarse, además, la sobrevida que estos enfermos pueden tener fuera del cáncer, para no resolver una operación de algún riesgo o de secuela invalidante como una colostomía, si es evidente que ya queda poco tiempo de sobrevida.

Hay que considerar, además, el síquis y el género de vida del enfermo antes de resolverse por una operación que deje una colostomía. Algunos cirujanos informan claramente al enfermo antes de la operación. Nuestra conducta se adapta al caso. Buscamos el momento oportuno para convencerlo que lo mejor, desde el punto de vista de su enfermedad, es la operación correspondiente, aun cuando deje cierta invalidez, y cuidamos mucho la parte afectiva en el postoperatorio.

Debemos considerar, además, independientemente del cáncer, a ciertos elementos regionales en vistas a la realización de diversas operaciones. La obesidad constituye un obstáculo para la cirugía de disección, agrava mucho el acto operatorio, e influye desfavorablemente en los resultados alejados. La longitud del colon es un elemento importante en vista a operaciones amplias si se desea restaurar la continuidad digestiva. En fin, todas las operaciones por cáncer del recto son operaciones pelvianas, y hay grandes diferencias personales en la pelvis. Son poco favorables para una cirugía conservadora, las pelvis masculinas, estrechas y profundas. En cambio, las pelvis femeninas ofrecen, además de la amplitud, la posibilidad de vaciar el aparato genital, dando grandes facilidades a las maniobras de anastomosis. Hay pelvis cargadas de grasa que hacen muy difíciles la disección y la restauración.