

## LA ELECCION DE OPERACION

Las operaciones por cáncer del recto son de tres tipos:

1º) Las operaciones pueden estar dirigidas solamente al tratamiento de una complicación cuando no hay posibilidad de tratamiento del tumor. La colostomía simple está indicada en la oclusión y en los síndromes diarreicos yseudodiarreicos intolerables; la colostomía o ligaduras vasculares en las grandes hemorragias; la colostomía o secciones nerviosas en los dolores intensos.

2º) Ciertas operaciones buscan la modificación de la evolución tumoral. Se han hecho ligaduras vasculares para provocar isquemia en tumores inextirpables. Con más frecuencia se ha hecho la desfuncionalización visceral por colostomía simple en enfermos con tumores inextirpable y sin fenómenos oclusivos o molestos. No es posible afirmar que esta operación modifique el curso evolutivo.

3º) Las operaciones dirigidas directamente al cáncer son operaciones que pretenden extirpar todas las células tumorales. Son operaciones de exéresis que deben caracterizarse y denominarse por los territorios extirpados. En segundo término, interesa la vía o vías seguidas y la técnica para hacer la extirpación. En fin, en último término, interesa la forma de reparar, con el mayor respeto funcional y morfológico, la zona devastada por el cirujano.

Mucho mal se ha hecho a los enfermos y al progreso científico por los que han sobreestimado las facilidades de una vía de abordaje o el resultado funcional obtenido, olvidando que la operación es fundamentalmente de exéresis y que, vías y reparación sólo interesan después de haber realizado la exéresis correcta.

1) La extirpación puede interesar todo el recto, constituyendo la amputación del recto. Si la extirpación interesa sola-

mente la parte distal se debe llamar amputación distal o parcial. Cuando la extirpación interesa una parte del recto, respetando su parte distal, tenemos una resección.

La amputación, la amputación parcial o la resección pueden interesar solamente tejidos viscerales. Pero puede comprender un territorio más o menos amplio de tejidos perirrectales, como corresponde en cirugía del cáncer, en cuyo caso debe denominarse amputación o resección ensanchada o ampliada. La topografía y la extensión de los tejidos perirrectales extirpados pueden ser muy variables, hecho que interesa en la cirugía del cáncer, cuya extensión perivisceral es más importante que en la propia víscera. La denominación de la operación debe especificar el área perivisceral extirpada.

2) La vía seguida para la exéresis puede ser la vía abdominal, la vía perineal, la vía sacra o vías combinadas. Debemos anotar que esta calificación corresponde a la vía de exéresis. Si completando la exéresis se recurre a otra vía para hacer una anastomosis o para hacer un drenaje, esta vía no debe consignarse en la denominación de la operación.

Así, por ejemplo, la amputación por vía perineal puede terminar con una colostomía por vía abdominal, sin que ello signifique una vía combinada. La resección anterior del recto debe considerarse vía abdominal, aun cuando se recurra a la vía perineal para hacer un drenaje o una anastomosis.

3) En tercer lugar, debemos anotar el tipo de restauración, que puede ser por colostomía o por anastomosis, y en cualquier caso puede ser por vía abdominal o por vía perineal.

---

La denominación completa de cada operación exige un vocabulario indudablemente largo, pero siendo necesario expresarse de modo que se sepa de qué se está hablando, debemos tolerar estas denominaciones para los casos en que no existe un recurso que la simplifique. Consideramos aceptables las denominaciones de operaciones por nombre de cirujanos, siempre que exista unanimidad de opiniones sobre lo que es dicha operación. Tal vez cometamos errores en la adjudicación de un nombre, pero olvidemos el pasado, porque buscamos solamente un entendimiento

para el progreso del futuro. Es de real utilidad hablar de operación de Miles, de Hartmann, de Lockhart Mumery, por ejemplo, si sabemos bien qué comprendemos con estos nombres.

---

Estudiaremos las operaciones por cánceres del recto y la elección para cada enfermo, tomando por separado cada uno de los cuatro órganos rectales.

A) CÁNCERES DEL RECTO ABDOMINAL  
O RECTOSIGMOIDES

*Definición del órgano.*—El recto abdominal es el segmento del recto recubierto por peritoneo en todo su contorno y provisto de un meso. Es un órgano de morfología cólica, con dinámica autónoma, irrigado por colaterales de la arteria hemorroidal superior. Su contracción es involuntaria, provocando en el hipogastrio una sensación de “anuncio” de una próxima deposición. Su límite superior corresponde al punto en que por una pequeña arteriola se une la circulación de la última sigmoidea con la que viene de la hemorroidal superior. Su límite inferior corresponde a la zona en que termina el meso, para quedar el recto sólo recubierto por peritoneo por sus caras laterales y ventral.

*Diagnóstico topográfico del tumor.*—La sintomatología puede hacer pensar en esta localización del tumor. El examen clínico, la radiología y la endoscopia robustecen ese diagnóstico. Pero es la exploración operatoria por laparotomía el único recurso para afirmarlo y poder así plantear operaciones que para un sector vecino serían inadmisibles.

*La propagación tumoral.*—La propagación de vecindad es un hecho frecuente en los cánceres del recto abdominal, invadiéndose la vejiga, el intestino delgado, el epiplón, los genitales internos de la mujer, sin que existan metástasis distantes. Tal vez la baja malignidad de estos tumores permita esta extensión local (Glover, Robert and Waugh, 1946).

La propagación por vía venosa sólo puede hacerse en el recto abdominal, siguiendo el sistema porta hacia el hígado. Es un hecho frecuente.

La propagación por la serosa es también frecuente. La colonización puede hacerse en cualquier territorio peritoneal, pero en general, se hace en el peritoneo pelviano.

La propagación por vía linfática es, indudablemente, la que más interesa desde el punto de vista quirúrgico. El recto abdominal tiene en el espesor de su meso todas las vías linfáticas del órgano, constituidas por canales y ganglios propios (ganglios del recto abdominal).

Desde el meso las vías linfáticas se dirigen, fundamentalmente, en sentido centrípeto hacia el pedículo hemorroidal superior, pero debemos considerar, también, la posibilidad de hacerlo en sentido lateral, hacia el meso sigmoides o hacia la pelvis.

La propagación hacia el meso sigmoides es poco probable, porque fuera de la vía de la pequeña arteria sigmoidea ima no hay otra relación. Sin embargo, se han encontrado ganglios en ese territorio. Gilchrist (1948) refiere la necropsia de un enfermo fallecido en el postoperatorio de una resección, que presentaba una única adenopatía en el meso sigmoides.

Hacia la pelvis no hay conexión linfática. Este hecho de gran interés, señalado por Villemin, Huart et Montagné (1925), está corroborado por los estudios de patología que muestran la indemnidad de los territorios pelvianos en los cánceres del recto abdominal.

La vía principal va hacia el pedículo hemorroidal superior, donde los linfáticos encuentran un grupo ganglionar importante, que recibe, además, los linfáticos de los otros órganos rectales. Es el confluente rectal que Mondor llamó hilio del recto. Surge, lógicamente, la pregunta sobre si cuando estos ganglios se obstruyen por invasión tumoral no se produce una difusión neoplásica retrógrada por los canales linfáticos que provienen de la pelvis. Glover, Robert and Waugh (1946), estudiaron en la Mayo Clinic, 100 piezas operatorias en que había gruesas adenopatías y encontraron un solo caso de ganglio tumoral por debajo del tumor. Aún cuando esa observación es dudosa en lo que se refiere al problema en discusión, habría para ellos 1 % de difusión retrógrada, cuando hay adenopatías en el confluente rectal. Como la adenopatía del confluente rectal se encuentra en la mitad de los enfermos, llegaríamos a la conclusión, sobre

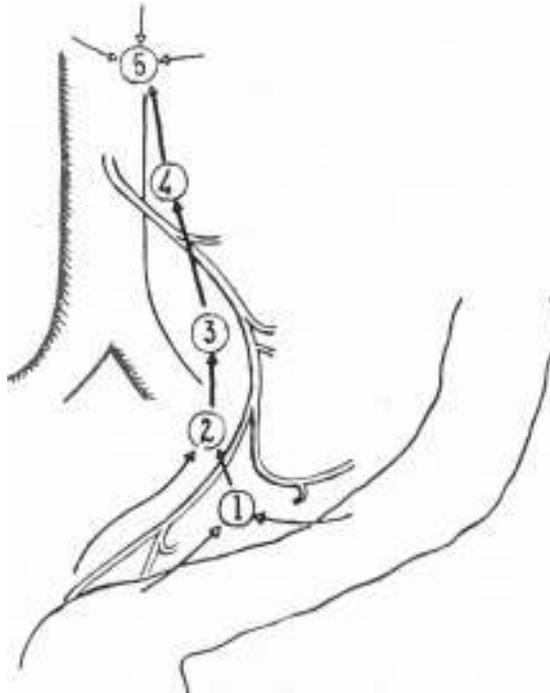


Fig. 2.— El recto abdominal o sigmoideo tiene vías de propagación abdominales. En el confluente rectal (2) sus vías se unen con las de los otros órganos rectales.

la base de un caso discutible, de que cada 200 enfermos hay uno con adenopatía pelviana.

Desde el confluente rectal y siguiendo los vasos mesentéricos inferiores encontramos un grupo ganglionar en el origen de las arterias sigmoideas (confluente sigmoidorrectal) y, otro, en el origen de la arteria del ángulo esplénico del colon (confluente cólico izquierdo). La invasión de estos ganglios ha sido estudiada por varios autores. Bacon y Mac Gregor (1957), encontraron en 113 piezas operatorias 22 casos con ganglios invadidos (19 %), de los cuales había 13 casos (11 % del total) con invasión del confluente cólico. No hemos observado ni encontrado referencias sobre invasión retrógrada de ganglios del colon izquierdo y sigmoides.

Desde el territorio pedicular las vías linfáticas siguen el retroperitoneo hacia la cisterna de Pecquet. Algunos canales siguen el trayecto de la vena mesaraica menor y van directamente

a ganglios pancreáticos. La gran mayoría va a ganglios del retroperitoneo. La colonización en estos ganglios la hemos reconocido todos en algunos enfermos por simple palpación en el acto operatorio, pero Del Campo (1957), ha mostrado que después de decolamiento del mesenterio y del ángulo 3-4 del duodeno, se pueden reconocer ganglios que no se palpaban.

Estos linfáticos del retroperitoneo están en el seno de una hoja conjuntiva situada por delante de la cava y de la aorta y por detrás de esa hoja en la zona lateral izquierda de la aorta. La hoja conjuntiva linfoganglionar estudiada de antiguo con el nombre de hoja interuretérica, porque va desde un uréter al otro, fue especialmente estudiada por Del Campo (1951), en relación con las difusiones neoplásicas, con el nombre de sábana preaórtica. En nuestros estudios sobre el contenido pelviano (Chifflet, A., 1956)), designamos con el nombre de lámina abdóminopelviana una amplia hoja con un sector abdominal o precavaoártico que es la sábana preaórtica, y un sector pelviano importante que se relaciona con el recto pelviano. Fue estudiada nuevamente por Mendy (1956).

Las vías linfáticas mesentéricas inferiores llegan a esta lámina a la altura del origen de esta arteria y siguen un trayecto ascendente hasta el grueso confluente ganglionar situado por debajo de la renal izquierda. El hecho de que este confluente subrenal reciba, también, vías procedentes del colon derecho y de vísceras abdominales altas, lo ha llevado a Del Campo a considerarlo como un confluente abdominal.

Hacia el lado caudal del origen de la mesentérica inferior la hoja precavaoártica con el plexo presacro en su espesor es pobre en vías linfáticas, porque desde la pelvis los canales linfáticos no toman esta hoja, sino que van por los tejidos láteroártico hacia arriba.

*Operaciones.*— Consideramos tres grupos de operaciones: colostomías, resecciones y amputaciones.

1) *Las colostomías:* De preferencia en el sigmoides, deben dejar abocado a la piel el cabo distal para evitar oclusión en asa cerrada entre la colostomía y el tumor y para tratar las posibles retenciones de sangre, mucosidades, etc. El riesgo operatorio es bajo. Deja la invalidez de un ano artificial.

La colostomía está indicada en los enfermos con estado general precario que no soportarían una resección. Su indicación debe discutirse con la abstención operatoria cuando el enfermo no tiene oclusión ni fenómenos molestos (dolores, hemorragias, fístulas), considerando, por una parte, la posible acción moderadora del crecimiento tumoral y prevención de complicaciones y, por otra, los inconvenientes de la invalidez resultante. Debe también discutirse con la resección simple del intestino afectado, que no agrega mayor riesgo y suprime el foco tumoral y sus complicaciones.

2) *Las resecciones*: Comprenden al recto abdominal y sectores variables del recto pelviano y del colon izquierdo. Lo que hace especialmente variables a las resecciones es la amplitud de exéresis de tejidos extraviscerales. Esta amplitud permite considerar las siguientes posibilidades:

A) La resección intestinal sin el meso es una operación sencilla en los enfermos con meso no cargado de grasa o de ganglios. Terminada con una colostomía y cierre del cabo inferior, es preferible a la colostomía simple en los enfermos que no soportarían otra operación. Está justificada, también, en los enfermos con metástasis inextirpables. En estos casos se puede terminar con una anastomosis colorrectal, salvo que exista una carcinomatosis peritoneal, porque la colonización en la sutura puede provocar la estenosis secundaria.

B) La resección intestinal con el meso, sin atacar al tronco hemorroidal superior y ganglios del confluente rectal, es también una operación de poco riesgo. Está justificada en casos de estado general pobre o de metástasis inextirpables. Es cancerológicamente, muy económica .

C) La resección intestinal con el meso y el pedículo hemorroidal superior y ganglios del confluente rectal se conoce con el nombre de operación de Hartmann si se termina haciendo una colostomía, y de operación de Dixon si se hace anastomosis colorrectal. Puede preferirse la anastomosis por vía perineal. En estas operaciones es necesario extirpar una mayor extensión del recto hacia abajo, porque se saca el pedículo hemorroidal superior. Se debe entrar a la pelvis, liberar el recto pelviano y sec-

cionarlo por debajo del fondo de saco peritoneal. La incursión pelviana no es exigencia cancerológica, sino técnica.

El riesgo operatorio es bajo, pero, indudablemente, mayor que en la operación anterior, porque requiere un tiempo pelviano. Los resultados funcionales son buenos si se deja una colostomía, porque el cabo distal abandonado no molesta y son muy buenos si se hace la colorrectostomía, porque el enfermo queda con funciones normales.

Los resultados cancerológicos deben ser muy bien analizados. Debemos hacer dos grupos entre los enfermos sometidos a esta operación por vía abdominal. Un grupo está constituido por aquellos enfermos cuyo tumor está en el recto ampular o pelviano, en los que técnicamente es posible la buena exéresis visceral por vía abdominal pero cuyos tejidos periviscerales, de posible invasión tumoral, no se extirpan bien. Nos referiremos a esta circunstancia al ocuparnos del recto pelviano. Es una operación que sólo puede aceptarse cuando no se puede realizar el vaciamiento pelviano. Los resultados son pobres:

El grupo de enfermos con cánceres en el recto abdominal es el que nos interesa. Los resultados son mejores en la operación de Hartmann (resección y colostomía) que en la operación de Dixon (resección y anastomosis). Tres factores influyen, seguramente, en esta diferencia. Por una parte, el hecho que la recidiva en la operación de Hartmann como en la amputación, se produce en tejidos periviscerales sin interferir con las funciones intestinales, demorando por ese motivo más en evidenciarse clínicamente y en dar consecuencias graves, aunque se desarrolle con la misma frecuencia y rapidez que en la anastomosis (Lofgren, Waugh y Dockerty, 1957). Por otra parte, la posibilidad de que en la anastomosis se produzca un injerto neoplásico en la zona de sutura colorrectal (Vink, 1954). Los estudios de Wheelock, Toll y McKittrick (1959), mostraron un porcentaje de 10 % de recidivas en la sutura antes de los dos años de la operación. En sólo dos observaciones encontraron ganglios colonizados, además de la recidiva intestinal. En fin, es posible que por un interés exagerado en hacer la restauración colorrectal no solamente se haga equivocadamente la resección abdominal con anastomosis en tumores del recto pelviano, sino que se cometan errores de técnica de exéresis en los tumores del recto abdominal.

La operación de Hartmann y de Hartmann-Dixon dan muy buenos resultados cuando están bien indicadas y bien realizadas. Se debe, en gran parte, a que los tumores del recto abdominal son de baja malignidad histológica y a que todas sus propagaciones se hacen por el meso, quedando incluidas en una resección regular.

D) La resección intestinal comprendiendo sección de la mesentérica inferior por debajo de la arteria del ángulo esplénico y extirpación del confluente sigmoidorrectal y del colon sigmoideo con su meso es, cancerológicamente, mejor que la anterior. No agrega riesgo importante y puede ser terminada con colostomía o anastomosis.

E) La resección intestinal con sección de la mesentérica inferior en su origen, permite la extirpación de los ganglios del confluente cólico izquierdo. La operación no es, técnicamente, más difícil que la anterior; los riesgos operatorios no son mayores; el riesgo de isquemia intestinal es mínimo. En cuanto a los resultados cancerológicos, citaremos algunas cifras. Mayo y Fly encontraron 73 % de 5 años vida, cuando no había adenopatía sobre el origen de la mesentérica y, 42 % cuando había ganglios colonizados. Estos números demuestran que aun extirpando esos ganglios el pronóstico es inferior, pero es lógico pensar que ese 42 % podría ser inferior aún si no se hubiesen extirpado. Nauton Morgan, comparando 100 casos con sección de la mesentérica en su origen y 1.000 casos con sección más abajo, encontró que el beneficio de 5 años de vida estaba contrabalanceado por una mayor patología y mortalidad postoperatoria.

F) El vaciamiento retroperitoneal es una operación que expone a mayores riesgos. Los autores que se han ocupado de ella [Del Campo (1950, 1957), Deddish (1951), Bacon y Trimpi (1955), Castro (1956), Fansler (1958), Stearn y Deddish (1959), consideran que no está indicada cuando las condiciones generales o regionales del enfermo la hacen muy riesgosa o cuando las particularidades de extensión y evolutividad del tumor le dan el carácter de simple operación paliativa. Bacon y McGregor (1957), tuvieron 1,9 % de mortalidad operatoria en 343 operados. Sus indicaciones deben discutirse en relación con la participación ganglionar. La existencia de ganglios numerosos o voluminosos en el retroperitoneo o aun en los confluente sobre el pedículo

mesentérico inferior traducen una difusión tumoral que hace inútil el vaciamiento. La ausencia de ganglios en estos confluente y a mayor razón en el meso, lo hacen innecesario. Quedaría la indicación indiscutible del vaciamiento para los casos intermedios. Ault (1958) la realizó 100 veces en 800 operaciones por colon distal y recto abdominal. Fansler (1958) considera que el 80 % de los enfermos no tiene ganglios más allá de los territorios de exéresis corriente y que 16 % ya tienen metástasis distantes, de modo que sólo el 4 % podría beneficiar del vaciamiento retroperitoneal.

En cuanto a resultados alejados, sólo encontramos las cifras de Bacon, H. E.; Dirbas, F.; Myers, T. B. y Ponce de León, F. (1960), que tuvieron un porcentaje de 58 % de 5 años vida, mientras que sin el vaciamiento era de 52,3 %. Swinton (1960), no encuentra tal diferencia.

3) *Las amputaciones* por cáncer del recto abdominal varían según la amplitud de la exéresis perivisceral. Pueden ser amputaciones ensanchadas abdominales que toman los diferentes territorios que hemos anotado en las resecciones. Pueden ser amputaciones ensanchadas pelviabdominales, en las que además de un determinado territorio abdominal, comprenden los territorios pelvianos. Estas ampliaciones pelviabdominales constituyen operaciones muy amplias, de riesgo operatorio y con muy limitadas indicaciones.

---

Para resumir la elección de operación por cáncer del recto abdominal tomemos como centro la operación de Hartmann o Hartmann-Dixon. Las resecciones más económicas (A y B) son muy limitadas y sólo se justifican ante la contraindicación de operación mayor. Las resecciones más amplias (D, E y F) deben preferirse siempre que el estado regional y general del enfermo no signifique un gran riesgo operatorio y que la extensión y evolutividad del tumor las justifiquen. En cuanto a las amputaciones, sus indicaciones son limitadas: existencia de procesos benignos cancerizables por debajo, antecedente de operación reciente en la región anal, gruesa adenopatía en el confluente rectal.

## B) CANCERES DEL RECTO PELVIANO O AMPULAR

*Definición del órgano.*—El recto pelviano es el órgano de almacenamiento, como la vejiga. Su límite inferior corresponde a la base de la próstata en el hombre, y al fondo de saco vaginal en la mujer. Ocupando la concavidad del sacro, su distensión provoca una sensación referida al dorso que “invita” a una deposición. Recubierto por peritoneo en gran parte de su cara ventral, la voluntad, aumentando la presión abdominal, comprime dicha cara contra la dorsal sostenida por la columna sacra y provoca así el vaciado de la ampolla.

*Diagnóstico topográfico de sus tumores.*—El diagnóstico topográfico requiere dos exámenes. En el preoperatorio, el tacto rectal permite comprobar que el borde inferior del tumor está más alto que la base de la próstata o el fondo de saco vaginal (tacto recto vaginal). El tacto rectal es el único examen que, reconociendo las estructuras perirrectales puede informar sobre la verdadera topografía del tumor. La endoscopia sólo informa sobre distancias. Los centímetros, además de todos los errores de apreciación, no permiten tomar conocimiento de los tejidos perirrectales, que son los que delimitan los órganos y los territorios periviscerales a extirpar.

En el acto operatorio, la exploración abdominal es el único recurso para afirmar si el borde inferior del tumor está en el recto abdominal o en el recto pelviano.

*Propagación tumoral.*—Los tumores del recto pelviano pueden propagarse por continuidad hacia estructuras y órganos vecinos, por embolia venosa, por vía peritoneal o por los pedículos vásculonerviosos.

La propagación por continuidad es poco frecuente en los enfermos quirúrgicos, debido a que el tumor exteriorizado de las paredes rectales se mantiene limitado por hojas conjuntivas resistentes. La invasión de las vesículas seminales es lo más observado y es posible que esta invasión sea por vías linfáticas.

El examen clínico muestra, a veces, cierta fijeza del tumor rectal, pero el examen bajo anestesia revela la libertad completa. A veces, el tumor parece fijo a la pared pelviana posterior, aún a la exploración operatoria por vía abdominal, y se trata de adhe-

rencia al ligamento sacrorrectal, lo cual permite encontrar un plano de separación entrando por el perineo.

La embolia venosa puede hacerse por el territorio porta hacia el hígado, o por la vía cava hacia el pulmón y organismo en general. Tiene una gran importancia —como ya lo anotamos—, la extensión a territorios venosos regionales (huesos pelvianos y columna, otros órganos pelvianos, etc.).

La difusión peritoneal toma, fundamentalmente, el peritoneo pelviano, pero puede extenderse al resto. Stearns y Deddish (1959), anotan 18 % de colonización en el ovario.

La propagación por los pedículos es la que más interesa, desde el punto de vista operatorio. Podemos describir estas vías en dos grandes grupos: vías abdominales comunes con el recto abdominal y vías pelvianas propias del recto pelviano o ampular.

1º) Las vías abdominales están constituidas por el pedículo hemorroidal superior. Son las vías de extensión neoplásica más importantes. Las venas son tributarias del sistema mesentérico inferior. Los linfáticos tienen, en primer término, grupos ganglionares en los ambientes grasos de la pared posterior del recto, que son ganglios del recto pelviano (ganglios pararectales de Gerota). En trayecto ascendente hay un nuevo grupo situado sobre el pedículo hemorroidal superior, en la raíz del meso del recto abdominal, que es el confluente rectal (hilio del recto de Mondor), donde confluyen con los linfáticos del recto abdominal, para seguir un camino común hacia el retroperitoneo del abdomen.

2º) Las vías pelvianas se disponen en forma compleja, pero es posible describirlas en forma sistematizada si comenzamos por el estudio del confluente vasculonervioso pelviano. En el fondo de la pelvis, de un lado y otro de las vísceras pelvianas, en la zona que en el hombre corresponde a las vesículas seminales, sobre los lados de las zonas de relación véscorrectal y que en la mujer corresponde a los fondos de saco vaginal laterales, hay un importante confluente de venas, nervios y linfáticos con variable cantidad de tejido conjuntivo y muscular. Es el nudo pelviano. La disección de este nudo dirigida a sus constituyentes nerviosos ha mostrado la existencia de un plexo que se conoce entre los europeos como plexo hipogástrico y que

preferimos llamar, como los americanos, plexo pelviano. La disección dirigida al tejido conjuntivo ha demostrado la formación conocida como ligamento de Mackenroth. La disección de las venas muestra una tal riqueza vascular que es correcto hablar de lago venoso pelviano.

Estos nudos son los hilios o confluentes vásculonerviosos de la pelvis, a los cuales llegan vías nerviosas, linfáticas y venosas provenientes de las vísceras pelvianas y de los cuales se desprenden como si fuesen pedículos, los elementos que hacia la periferia se alejan de las vísceras. Estos pedículos que, además, reciben vías viscerales directas, pueden describirse en cuatro grupos, que son las vías de propagación tumoral. Según su dirección, son: vías ascendentes, vías dorsales, vías dorsolaterales y vías ventrolaterales.

A) Las vías pelvianas ascendentes están en el espesor de una hoja conjuntiva que llamamos lámina abdóminopelviana. El sector abdominal o precavoaoórtico que nos ocupó al tratar el recto abdominal, se extiende desde un uréter a otro (hoja inter-uretérica). Al entrar en la pelvis se dispone frontalmente por delante del promontorio, y por detrás del pedículo superior, de los cuales es fácil aislar. El sector pelviano se aplica contra la pared dorsal del recto, pasa luego a un lado y otro de este órgano y vuelve a unificarse por delante para constituir la hoja intervésicorrectal.

En el espesor de la lámina abdóminopelviana están los filetes nerviosos del plexo presacro que desde la región preaórtica pasan delante del promontorio y van por los lados del recto a terminar en los plexos pelvianos.

Se encuentran, a veces, colonizaciones neoplásicas en el espesor de esta lámina, tanto en el sector pelviano como en el abdominal, resultantes de propagaciones perineurales.

B) Las vías pelvianas dorsales son formaciones fundamentalmente venosas y nerviosas extendidas por los lados del recto, desde el gran confluente pelviano a los agujeros sacros anteriores. Los nervios rigen la contracción vesical y la erección, provocando, lógicamente, su sección, los fenómenos correspondientes. Las venas, muy importantes, descargan el gran lago venoso pelviano, penetrando principalmente en los agujeros sacros para formar el rico sistema venoso peridural.

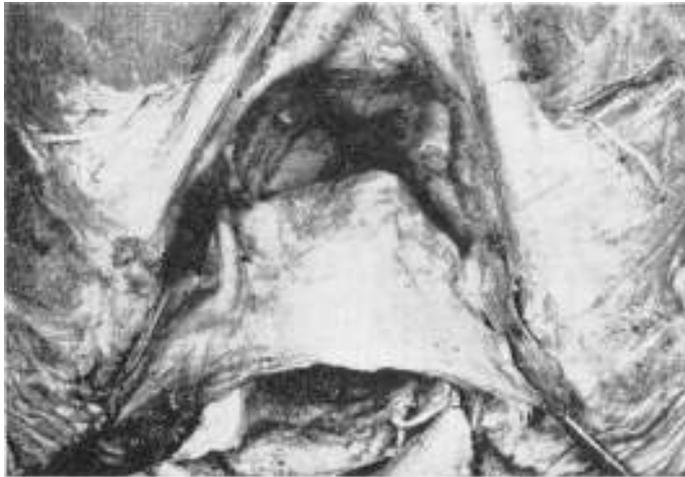


Fig. 3.— La lámina abdóminopelviana que lleva en su centro a los nervios presacros y a los lados a uréteres y vasos genitales ha sido separada de los vasos prevertebrales (aorta y cava) y basculada hacia abajo mostrando el promontorio y la entrada posterior correcta a la pelvis (Mendy, 1956).

La propagación neoplásica por esta vía es reconocible, a veces, en el curso de la operación, bajo forma de venas trombosadas o de firmes adherencias del recto al sacro. La embolización venosa se traduce por metástasis óseas en el sacro y columna.

C) Las vías pelvianas dorsolaterales están en el seno de una formación fibrosa, que es el ligamento sacrorrectal. Este ligamento se inicia en la primera vértebra sacra y después de un largo trayecto entre el sacro y el recto, va a fijarse a la cara posterior de éste, a la altura de la base de la próstata. Se continúa por los lados del recto y de la base de la próstata (arcos tendineos de la fascia pélvica) para ir a insertarse con el nombre de ligamentos puboprostáticos en el hueso pubis. El ligamento sacrorrectal es, pues, una parte de una formación fibrosa amplia que cierra el fondo de la pelvis y que hemos designado lámina de sostén.

El ligamento sacrorrectal por su largo recorrido entre el sacro y el recto, separa dos espacios intersacrorrectales: un espacio dorsal, presacro, entre el hueso y el ligamento, sacrorrectal parietal, al cual se entra cuando se diseca la pelvis por el perineo;



Fig. 4.— Los ganglios pelvianos parietales se disponen en dos grandes grupos. El grupo dorsolateral acompaña a la vena hipogástrica posterior y recibe linfáticos de curso dorsal (recto ampular). El grupo ventrolateral (fosa obturatriz) recibe linfáticos de curso ventral (recto perineal y recto anal). Los grupos ganglionares han sido colocados en el esquema de venas pelvianas de Gregoire.

un espacio retrorrectal, entre el recto y el ligamento, espacio sacrorrectal visceral, al cual se entra cuando se disecciona la pelvis por el abdomen. Sobre la superficie ventral del ligamento, es decir, en el espacio retrorrectal, hay vasos sanguíneos de poca jerarquía y formaciones linfoganglionares importantes, descritas ya en el siglo pasado por Gerota y por Cuneo y Marcille, con el nombre de ganglios retrorrectales. No deben confundirse con los ganglios pararrectales que acompañan el pedículo hemorroidal superior. Reciben una importante corriente linfática del recto. Desde ese grupo ganglionar la corriente linfática no sigue por la parte media hacia el promontorio, sino que por un lado y otro, va a los ganglios situados sobre el borde posterior de la arteria hipogástrica, aplicados a la vena hipogástrica dorsal y de allí a los ganglios ilíacos primitivos.

Cuando por vía abdominal se introduce la mano contra el promontorio hacia la concavidad sacra, se reconocen, a veces, formaciones ganglionares que parecerían estar junto al hueso y



Fig. 5.— El recto pelviano o ampular tiene vías de propagación abdominales hacia el pedículo hemorroidal superior y sus vías propias pelvianas dorsales y dorsolaterales.

que son, en realidad, del ligamento sacrorrectal. El ligamento, con sus elementos, deben abordarse por el perineo, para extirparlo con el recto. Otras veces, el tumor rectal invade francamente el ligamento y no pudiendo por el abdomen entrar a la pelvis, se tiene la impresión de adherencia al sacro. Esta impresión errónea se elimina haciendo el abordaje por la vía perineal.

D) Las vías pelvianas ventrolaterales van directamente desde el gran confluente pelviano a la pared lateral de la pelvis. Constituyen lo que se designa, a veces, como pedículo hemorroidal medio. Son formaciones de poca entidad en relación a las vías anteriormente expuestas haciéndose la propagación tumoral por venas que van a la vena hipogástrica ventral o ilíaca media y linfáticos, que van a ganglios hipogástricos anteriores o ventrolaterales, llamados también de la fosa obturatriz por los sajones.

Bacon, Sauer y Trimpi (1955) han anotado la posible trombosis neoplásica de la vena hipogástrica.

La propagación en los cánceres del recto pelviano se hace por vías abdominales y pelvianas tan diversas, que nos explicamos la mayor gravedad de esta localización con respecto al recto abdominal. Recordemos nuevamente que se extirpan, a veces, por vía abdominal pura, sin vaciamiento pelviano, tumores que siendo, en realidad, del recto pelviano, el cirujano considera que “puede” técnicamente extirpar por esa vía. Este hecho agrava el pronóstico alejado de la resección abdominal pura, porque se aplica a casos que no deben tratarse con dicha operación.

*Operaciones.*— Nos referiremos a tres tipos de operaciones: colostomías, resecciones y amputaciones.

*Las colostomías*, justifican las mismas consideraciones que para el recto abdominal. Las dificultades de la exéresis del recto pelviano, mayores que las del recto abdominal, obligarían con más frecuencia, a la colostomía simple, si no fuese que la falta de obstrucción y el posible tratamiento endorrectal de síntomas molestos permite la abstención operatoria en enfermos con mal estado general o metástasis.

*Las resecciones* comprenden al recto ampular y al abdominal, conservando el recto anal y parte del perineal. Sus variaciones dependen, en primer lugar, de la extensión de tejidos perirrectales extirpados; en segundo término, de la forma en que se restaura el tubo digestivo; en fin, en último término, de las vías seguidas para la resección y para la anastomosis.

La exéresis perivisceral interesa territorios abdominales y pelvianos. Los territorios abdominales son los mismos que los del recto abdominal, puesto que el confluente rectal o hilio del recto recibe directamente linfáticos de ambos órganos. Debemos pues, decir, que la resección del recto pelviano puede hacerse con un territorio abdominal que en amplitud llegue hasta la ligadura de la mesentérica inferior en su origen y las regiones peri-aórticas. Debemos, además agregar que la hoja precavaoártica o sector abdominal de la lámina abdóminopelviana que recibe estas vías en su parte media, correspondiendo al tronco de la mesentérica, puede colonizarse en los cánceres del recto pelviano por invasión perinerviosa a lo largo del plexo presacro en el sector pelviano de la lámina que tiene íntima conexión con este órgano rectal.

Los territorios pelvianos, que por el estudio de la difusión neoplásica hemos visto de tanta importancia, no se disponen como los abdominales en forma de escalas sucesivas ascendentes, sino que están en forma concéntrica como las escamas de una cebolla. El compromiso de estos territorios o escamas no se hace en forma progresiva desde los situados junto al recto hasta los situados junto a la pared pelviana, sino que estando todos unidos al recto como todas las escamas de la cebolla, la invasión neoplásica puede tomar cualquiera de ellas o todas a la vez.

Las operaciones en la pelvis, deben ser ordenadas, anatómicas, desplazándose el cirujano por zonas conocidas, consciente de los tejidos que está extirpando. Si dejamos de lado las operaciones irregulares, podemos esquematizar las exéresis pelvianas perirrectales en tres operaciones, según la amplitud de los territorios extirpados.

El territorio mínimo está constituido por las vías abdominales sin vías pelvianas. Su extirpación con el recto se hace cuando se entra a la pelvis atrás del recto, entre el pedículo hemorroidal superior y la lámina abdóminopelviana con el plexo presacro que queda aplicada al promontorio, y se penetra delante del recto seccionando el peritoneo del fondo de saco pelviano en su vertiente rectal y profundizándose contra el órgano. Es una operación sencilla, de poco riesgo, pero que no extirpa ninguna de las vías de propagación pelviana.

El territorio medio comprende, además, a la lámina abdóminopelviana. Su extirpación con el recto se hace entrando atrás, aplicado al promontorio y yendo de un uréter al otro. Por delante del recto debe seccionarse el peritoneo sobre la vejiga y profundizar junto a ella, de modo a extirpar con el recto a la hoja peritoneo prostática que es la parte profunda de la lámina abdóminopelviana. Cancerológicamente, es similar a la anterior y no se justifica extirpar el presacro dejando todo lo demás.

El territorio mayor comprende todas las estructuras pelvianas de difusión neoplásica. Por detrás del recto es necesario extirpar, además de la lámina abdóminopelviana, al ligamento sacrorrectal y seccionar los pedículos posteriores. A los lados deben extirparse los ganglios hipogástricos dorsales y ventrales. Adelante debe extirparse el gran confluente de la pelvis, en block con sus tres pedículos.

La vía para la resección del recto pelviano puede ser la abdominal. En ciertos enfermos (hombres, pelvis estrecha) la exéresis correcta del ligamento sacrorrectal y de los pedículos dorsales exige, además, la vía perineal.

La restauración digestiva puede hacerse por colostomía y cierre del cabo distal o por descenso del colon al perineo.

El cierre del cabo distal es difícil de realizar por vía abdominal. Se puede hacer si no se practica la exéresis completa, como puede estar justificado por razones de orden general en tumores de la zona peritoneal del recto pelviano. Esta operación es, en realidad, una operación de Hartmann, pero es una operación de necesidad que no debe considerarse en el mismo grupo de la operación de Hartmann por cánceres del recto abdominal. Más sencillo es el cierre por vía perineal o dejar abierto el cabo inferior dejándolo como drenaje o resecarlo transformando la resección en una amputación.

El descenso del colon puede hacerse por métodos muy diversos que pueden dividirse en tres grupos: a) con conservación del recto anal y parte del recto perineal; b) con conservación del recto anal; c) con conservación del sistema muscular del recto anal. Preferimos la conservación del recto anal y parte del recto perineal, porque es la única manera de obtener una continencia satisfactoria de las materias líquidas y los gases. Para esta operación se evierte el recto perineal y se exterioriza por su luz al colon descendido, haciendo la anastomosis en el exterior y luego reduciéndola a la pelvis.

La anastomosis coloanal, deja la mucosa sensible del canal anal que anuncia la salida de gases y materias líquidas cuando ya éstas están exteriorizándose. Puede considerarse como una colostomía continente perineal, de materias duras.

El descenso intraesfinteriano del colon, con supresión de la mucosa anal (Pull-Trougth) de gran arraigo en Europa Central desde comienzos de siglo y defendido por Babcock y Bacon desde 1930, deja un sistema anal sin sensibilidad mucosa, que en algún enfermo puede serle útil, pero que, en la mayoría, deja una invalidez importante. El justificativo de esta operación estaría en que se puede realizar en enfermos con tumores relativamente bajos, pero sostenemos que si el tumor responde a la vagina o a la próstata, tiene vías de propagación perirrectales que exigen

el sacrificio de todo el recto anal, cualquiera que sea la distancia en centímetros desde el ano. Y en tumores más altos, en el recto pelviano, es preferible conservar la parte supra anal del recto, lo cual permite excelentes resultados funcionales.

La resección intestinal en los cánceres del recto ampular tiene pocos riesgos operatorios y deja una funcionalidad satisfactoria si se practica anastomosis colorrectal por vía perineal. Los resultados desde el punto de vista cancerológico, son muy difíciles de analizar, porque muchos cirujanos reúnen en la misma estadística por esta operación, tumores que corresponden al recto abdominal, que con esta operación están bien operados o al recto perineal, en que sea cual sea la distancia en centímetros desde el ano, están mal operados.

*Las amputaciones* deben comprender todos los tejidos perirectales pelvianos y abdominales. En los segmentos perineal y anal no hay razones para hacer ampliación.

Las amputaciones son de un riesgo algo menor que las resecciones, porque el tiempo perineal es más fácil y más rápido que en éstas y porque no tienen los posibles inconvenientes de cicatrización. Los resultados funcionales son, en cambio, inferiores, porque obligan a una colostomía abdominal. Desde el punto de vista cancerológico, es dable esperar los mismos resultados que con una resección bien hecha. Las cifras de recidiva regional de las estadísticas publicadas son, en general, altas. Stearns y Deudish (1959) encuentran en 37 enfermos fallecidos antes de los cinco años el 60 % de recidivas pelvianas. Creemos que son números muy sugestivos, que obligan a un perfeccionamiento progresivo de la exéresis pelviana.

C) CANCERES DEL RECTO PERINEAL  
(PROSTATICO O VAGINAL)

*Definición del órgano.*— El recto perineal es el órgano de la evacuación. Su límite superior corresponde a la base de la próstata o fondo de saco vaginal. Su límite inferior corresponde al borde interno del esfínter estriado que forma el anillo anorrectal de Milligan. Cuando las materias llegan al recto perineal se produce una sensación de evacuación que puede terminar con la contracción voluntaria del esfínter y el elevador,

que devuelven las materias a la ampolla, o con el relajamiento muscular que por sí solo o unido a la presión abdominal voluntaria, produce la evacuación.

*Diagnóstico topográfico del tumor.*— El tacto rectal o recto-vaginal es el único procedimiento que permite este diagnóstico. Sólo el tacto puede reconocer las estructuras perirrectales que señalan los límites del órgano y que son, lógicamente, los que interesan para plantear la exéresis correcta de los territorios de posible invasión. Debe considerarse tumor del recto perineal si el borde inferior del tumor está al nivel o por debajo de la base de la próstata o del fondo de saco vaginal adelante o de la punta del cóccix atrás.

*Propagación tumoral.*— La propagación de vecindad es más frecuente que en el recto pelviano, interesando la próstata o la vagina. La propagación venosa es similar. Interesa quirúrgicamente la propagación por las vías vasculonerviosas que en el recto perineal pueden considerarse en tres grupos: vías abdominales, vías pelvianas y vías perineales profundas.

Las vías abdominales y pelvianas son comunes con los órganos rectales abdominal y pelviano y justifican la exéresis en forma similar.

Las vías perineales profundas son las vías propias del recto perineal y las que requieren especial atención en sus tumores. La disposición y orientación de estas vías dependen de la dinámica regional. Vimos que en el recto pelviano, comprimido contra el muro sacro por la presión abdominal, los líquidos escurren hacia el dorso para tomar vías dorsales y dorsolaterales. En el recto perineal la dinámica depende del músculo elevador, cuyas contracciones provocan el escurrimiento de líquidos hacia el lado ventral. Linfa y sangre circulan hacia la lámina perineal, que aplicada sobre el músculo elevador, forma en el dorso la hoja transversa de Waldeyer y, a los lados del recto perineal y de la próstata o vagina, las hojas sagitales láterorrectales o láteroprostáticas o láterovaginales. En estas hojas láeroviscerales, en la superficie interna del elevador, están las vías venosas y linfáticas que en parte van a los pedículos pelvianos, pero que siguen, fundamentalmente, un trayecto propio. Van por fuera de la bolsa de Retzius a los grupos ganglionares situados en el área ubicada entre la vena ilíaca externa, la ilíaca interna an-



**Fig. 6.**— El recto perineal tiene vías abdominales y pelvianas dorsolaterales comunes con el recto ampular, pero tiene importantes vías pelvianas ventrolaterales que cursan a los lados de la vagina o de la próstata.

terior y la obturatriz, y cruzada por la obturatriz superior o ilíaca media. Estos grupos ganglionares, agrupados con el nombre de ganglios de la fosa obturatriz porque responden al músculo obturador interno, corresponden a los conocidos en la literatura francesa como ganglios ilíacos externos, ganglios hipogástricos anteriores y ganglios obturatrices.

Los estudios clásicos de anatomía de los linfáticos del recto no señalan estas vías anteriores, correspondientes al recto perineal y comunes con la vagina y la próstata.

Muchos cirujanos señalan, sin embargo, estos ganglios. Nuestros estudios de anatomía pelviana muestran la normal continuidad de hojas conjuntivas y espacios en esos territorios. En la mujer es frecuente reconocer la existencia de esa propagación látero-vaginal y aún poder afirmar en tumores de la cara anterior del recto que la invasión vaginal se realiza por los lados de la vagina y no por su cara posterior. En los operados es frecuente la recidiva vaginal o prostática, cuyo origen está seguramente en las hojas láterovaginales o láteroprostáticas. Las dificultades para

extirpar estas vías ventrales de propagación tumoral explican la particularidad de estos tumores de recidivar en la pelvis en alto porcentaje.

*Operaciones.*— En los cánceres del recto perineal se pueden plantear las siguientes operaciones: colostomías, amputaciones totales del recto o amputaciones parciales o perineales. Las resecciones no tienen indicación porque es obligada la extirpación del sistema muscular elevador esfínter.

*Las colostomías* tienen excepcional indicación por obstrucción intestinal pero, en cambio, pueden estar justificadas por los sufrimientos, a veces terribles, que provocan los cánceres inextirpables del recto perineal en un órgano funcionante.

*Las amputaciones totales* exigen la exéresis de muy amplios territorios periviscerales, dado que comprende los del recto abdominal, los del recto pelviano y los propios del recto perineal. Son, pues, amputaciones ensanchadas perineales profundas, pelvianas y abdominales.

Jerarquizando los territorios de extensión tumoral es evidente que los territorios abdominales son los menos importantes, por lo cual la extensión de su exéresis puede quedar limitada. Stearns y Deddish (1959) no encontraron nunca invasión de los ganglios preaórticos. Los territorios pelvianos son más importantes y su exéresis más indicada. Dichos autores los han encontrado frecuentemente invadidos. Son los territorios perineales profundos los de mayor interés. Para pretender la exéresis de estos territorios es necesario, por lo menos, extirpar todo el músculo elevador y la vagina en la mujer y hojas láteroprostáticas en el hombre.

La amputación ensanchada perineal profunda, pelviana y abdominal sólo es posible por vía combinada. Consideramos que debe iniciarse la disección por la vía perineal, después de exploración abdominal y bloqueo venoso e intestinal, porque la disección perineal debe ser más amplia y mejor conducida y porque terminando la operación por la vía abdominal se hace una mejor peritonización con la pelvis ya vacía.

La amputación ensanchada es una operación de cierto riesgo operatorio en enfermos obesos o con taras viscerales o nutritivas. Los resultados alejados son muy inferiores a los obtenidos

con tumores más altos, lo cual se debe, seguramente, a la propagación tumoral ventral en ambientes génitourinarios.

*Las amputaciones distales o parciales*, realizadas por vía perineal, seccionan al recto dejando el recto abdominal. No se extirpan los territorios periviscerales abdominales y pelvianos. Permite la correcta extirpación de la vagina u hojas láteroprostáticas. Terminada la exéresis puede dejarse el intestino abierto en la zona operatoria (operación de Lisfranc) o cerrar el cabo y hacer una colostomía (Lockhart Mumery).

La amputación perineal tiene mucho menos riesgo, pudiendo considerarse tolerable para cualquier enfermo. En cuanto a los resultados alejados, son comparables con los de la amputación total. Es verdad que no extirpa territorios abdominales ni pelvianos, pero el destino del cáncer del recto perineal se juega en las vías perineales profundas y esas vías se extirpan tan bien o tal vez mejor en una buena operación por vía perineal que en la amputación total con grandes vaciamientos abdominales.

#### D) CÁNCERES DEL RECTO ANAL

*Definición del órgano.*— El recto anal es el órgano de la contención. Está constituido por el poderoso conjunto muscular estriado, elevador-esfínter, con el tejido conjuntivo que corresponde a su importancia dinámica y con el recubrimiento mucoso de su luz. Llamarlo ano es impropio, puesto que este nombre se refiere al orificio exterior. Llamarlo canal anal no es tampoco correcto, porque ese nombre correspondería a la luz del órgano o a lo más al estuche mucoso, y el recto anal es un órgano complejo, fundamentalmente muscular.

El límite inferior del recubrimiento mucoso interno debe considerarse en la línea de pelos, que rodea a cierta distancia al orificio anal y que señala el límite de la zona sin elementos pilosebáceos. El límite superior está dado por el borde superior del anillo muscular estriado (anillo anorrectal de Milligan), muy evidente del lado dorsal, por la angulación que existe entre el recto perineal y el recto anal. El diagnóstico de localización anal de un cáncer se hace por la inspección y por el tacto.

La mucosa tiene dos sectores: un sector alto, de epitelio cilíndrico, húmeda, roja, y un segmento bajo de epitelio plano, gri-

sáceo. Separa a estos sectores la línea pectínea. Los tumores pueden desarrollarse en cualquiera de los dos sectores de la mucosa anal y son en ambos casos cánceres del recto anal. Tanto en un sector como en el otro los cánceres pueden ser adenocarcinomas o cánceres pavimentosos. Nos ocuparemos solamente de los cánceres pavimentosos, que son los más frecuentes.

*Propagación neoplásica.*— La propagación de los cánceres pavimentosos del recto anal presenta particularidades que la hacen netamente diferente de la de los otros órganos rectales. Esas particularidades dependen, fundamentalmente, de dos factores: los caracteres anatómicos del órgano y la estructura pavimentosa de los tumores.

El recto anal, a diferencia de los otros órganos rectales que son órganos de tipo intestinal con paredes que, por su periferia, tienen sólo conexiones vásculoconjuntivas, es un órgano musculoso, que se irradia en su periferia hasta tomar contacto con todas las estructuras perineales. El músculo elevador y la grasa isquioanal son, anatómicamente y funcionalmente, formaciones del recto anal y son invadidas por sus tumores como lo son todos los tejidos de cualquier órgano canceroso.

El cáncer pavimentoso tiene poca tendencia a invadir venas y a embolizar, por lo cual las metástasis hepáticas se encuentran en sólo 4 % de los enfermos fallecidos por el cáncer y las metástasis pulmonar y cerebral son excepcionales. La propagación de vecindad es característica en estos tumores que van invadiendo paso a paso todas las estructuras que se presentan en su progresión. La propagación linfática se hace a los territorios vecinos del tumor, siendo habitual la linfangitis cancerosa regional y rara la adenopatía alejada .

Las vías de propagación linfática del cáncer anal son en parte, comunes con los otros órganos rectales, teniendo, además, sus vías propias, que son las perineales superficiales. Las vías abdominales que van por la cara posterior hacia los ganglios del confluente rectal junto al tronco hemorroidal superior, son invadidas pocas veces, y cuando lo son, el proceso tumoral se detiene, según Dukes, en los ganglios pararectales, detrás del recto pelviano. Las vías pelvianas no son tampoco frecuentes. Las vías perineales profundas se invaden más a menudo, colonizándose los ganglios de la fosa obturatriz. Se ha considerado que el pronóstico

grave de la adenopatía inguinal era debido a que trducía la existencia de una adenopatía pelviana correspondiente a las vías que van a los ganglios de la fosa obturatriz.

Las vías perineales superficiales son las seguidas habitualmente en el cáncer del recto anal. Desde el ano, los vasos linfáticos toman de un lado y de otro el tejido subcutáneo de los pliegues génitocrurales para ir a los ganglios súperinternos de la región inguinal. Es decir, que en la parte ventral del ano está el hilio linfático del recto anal. Es posible que algunas colonizaciones se hagan por embolias, pero la gran frecuencia de colonizaciones y recidivas en las zonas de pasaje linfático obliga a considerar como más posible la cancerización progresiva de los vasos linfáticos. Estos hechos obligan a extirpar todos los tejidos donde pasan los linfáticos y donde pueden desarrollarse colonias neoplásicas. Están comprometidos todo el tejido conjuntivo subcutáneo que descansa sobre la superficie del perineo anterior y se prolonga hasta la región inguinocrural, el tejido conjuntivo denso que, dependiendo de las masas isquioanales, se fija en las ramas isquiopubianas, las aponeurosis de envoltura de los músculos perineales y del recto interno del muslo. La correcta extirpación de todos estos tejidos en block yendo de adelante hacia atrás y dejándolos unidos al órgano anal, es el tiempo que consideramos fundamental en la cirugía del cáncer del recto anal.

La propagación local es la más importante en el cáncer del recto anal. Desde la mucosa va invadiendo todos los tejidos del órgano. Llega al músculo estriado y siguiendo las fibras del esfínter se hace una infiltración circular que acartona todo el órgano. Toma el músculo elevador y en su seno se extiende como mancha de aceite hasta sus inserciones pubianas. Llegando al tejido de las masas isquioanales se extiende en todas direcciones llegando a las partes fibrosas de inserción isquiática y a las aponeurosis del glúteo mayor, donde coloniza con la particularidad tan propia de los cánceres malpighianos.

En resumen, el cáncer del recto anal da excepcionalmente metástasis por vías venosas, invade poco las vías linfáticas abdominales y pelvianas dorsolaterales, toma más las vías ventrales del recto perineal, pero, fundamentalmente, es un cáncer de difusión hacia los ganglios inguinales y de una particular tendencia a la invasión paso a paso de todas las estructuras perineales. Es-

tas particularidades de la difusión conducen a la conclusión de que la operación debe ser, fundamentalmente, de exéresis de tejidos perineales y que si la amplia zona de invasión puede ser extirpada y se extirpa bien, podemos esperar curaciones, pero que si ha desbordado las zonas extirpables o se extirpa mal, tendremos a breve plazo los desastres de una nueva invasión arrolladora en la región operada.

Los cánceres pavimentosos del recto anal ofrecen variaciones evolutivas cuyo conocimiento es de utilidad para plantear el tratamiento. Evoluciona en forma lenta en los viejos, en especial si se desarrolla en la margen del ano o por fuera. El tipo histológico puede ser variable, planteando problemas de elección terapéutica importantes. Desde el punto de vista quirúrgico, sólo anotaremos la necesidad de hacer biopsia en todo cáncer anal antes de resolver su tratamiento y la exigencia de la biopsia amplia, que puede llegar a ser todo el proceso, si es reducido, para poder hacer un estudio histológico de todas las partes, ya que es frecuente que se encuentren en el mismo proceso, tumores de diferente tipo histológico y diferente significado evolutivo.

*Operaciones.*— Los cánceres del recto anal pueden ser sometidos a las siguientes operaciones: resecciones locales de la mucosa, colostomías, amputaciones totales y amputaciones parciales.

*Las resecciones de mucosa* pueden estar indicadas en las lesiones exteriores, limitadas, productivas, en viejos. El estudio microscópico informando sobre la malignidad del proceso indicará el tratamiento ulterior. En todo caso, la particularidad de la evolución local de estos cánceres, permitirá siempre una reintervención oportuna si se vigila regularmente al enfermo.

*Las colostomías* están indicadas en los enfermos que, por malas condiciones generales no soportarían una exéresis correcta y que sufren dolores, hemorragias o secreciones por la condición funcionante del ano. También se justifica la colostomía en los enfermos con lesiones muy amplias, imposibles de extirpar en totalidad. Estas lesiones han sido, a veces, operadas con fines de limpieza, haciendo extirpaciones en plena masa tumoral, lo cual conduce a situaciones más desagradables aún, porque la masa del acto operatorio, dando secreciones, sangre, restos esfacelados, cancerosa podada continúa su evolución en la cavidad residual etcétera.

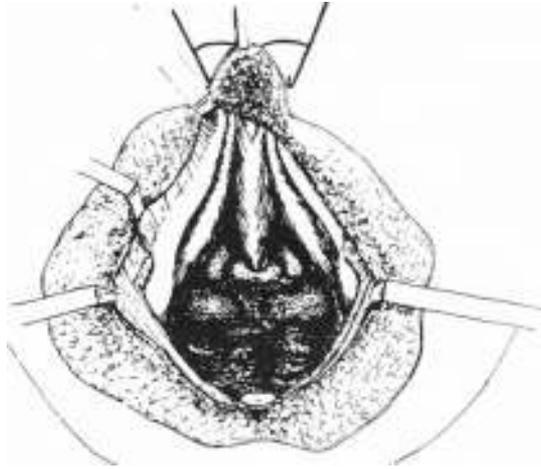


Fig. 7.— La disección perineal en el cáncer del recto anal deja al descubierto el isquión y rama isquiopubiana, músculos recto interno y perineales, glúteo parcialmente reseado, punta y cara anterior del sacro.

*Las amputaciones totales* son variables, según la extensión de tejidos perirrectales que extirpa. La exéresis visceral simple no interesa en el cáncer. Los tejidos periviscerales a extirpar pueden corresponder a uno o más de los cuatro territorios del recto.

a) El territorio perineal superficial, propio del recto anal, es el más importante. Comprende todas las formaciones linfoconjuntivas que detallamos más arriba y que conducen, contorneando el borde del músculo primer abductor a los ganglios inguinales. Una cuidadosa disección que deje desnudas las formaciones musculares perineales y periperineales, constituye la parte más importante de cualquier operación de exéresis por cáncer del recto anal. Debe researse el cóccix con el sector inferior del glúteo, las aponeurosis correspondientes y la lámina perineal, hoja conjuntiva que recubre al elevador por arriba y que se designa atrás, hoja de Waldeyer o ligamento sacroanal.

La exéresis de los ganglios inguinales, a los que llegan estas vías perineales, ha planteado problemas de interés. Las estadísticas han mostrado que, a veces, no están colonizados por el cáncer y que cuando lo están, las sobrevidas no son importantes. Es decir, que frente a la morbilidad postoperatoria y a invali-

deces importantes que puede dar el vaciamiento ganglionar inguinal, muchos cirujanos han preferido no hacerlo por innecesario, si no hay colonización, y por inútil si existe.

Gabriel (1949), decide el vaciamiento inguinal según el grado de diferenciación celular. En los grados 1 y 2 de Broders, si no se palpan ganglios no hace el vaciamiento por innecesario y vigila al enfermo; si se palpan, lo hace como curativo. En los grados 3 y 4, si no se palpan ganglios hace el vaciamiento por si hubiese una colonización inicial, y si se palpan, lo considera inútil.

Creemos que la simple clasificación de Broders no es suficiente para resolver la conducta con los ganglios y que deben considerarse las diferentes variedades de tumores pavimentosos que se encuentran en el ano. Somos, en general, intervencionistas, porque en tumores de baja malignidad y sin ganglios no tememos a los inconvenientes de una operación, posiblemente innecesaria, si la realizamos siguiendo las directivas técnicas que expondremos más adelante y porque si es de alta malignidad y con ganglios, preferimos, aún sabiendo que no es una operación curativa, poner al enfermo a cubierto de las ulceraciones inguinales secretantes y fétidas que ensombrecen sus días finales.

b) El territorio perineal profundo está constituido por las vías que, por los lados de la próstata o de la vagina, van a los ganglios ventrolaterales de la pelvis (ilíacos externos, obturadoras, hipogástricos anteriores). La disección de este territorio es casi imposible, constituyendo uno de los factores de gravedad del cáncer anal.

c) El territorio pelviano, constituido por vías que conducen a ganglios pósterolaterales no está tan a menudo comprometido en los cánceres anales, por lo cual la exéresis, que no es fácil, tiene pocas indicaciones.

d) En cuanto al territorio abdominal, está invadido pocas veces, y sólo en la parte yuxtarrectal, por lo cual la indicación de extirpación está limitada a ese sector.

En resumen, la amputación del recto por cánceres del ano debería comprender, en su mayor aspiración, a los cuatro territorios de propagación neoplásica, pero razones generales o regionales pueden hacer disminuir tal extensión a expensas de territorios abdominal o pelviano, pero jamás a expensas del territorio perineal.

*Las amputaciones perineales* comprenden a los órganos rectales distales, dejando el recto abdominal. Terminan con colostomía abdominal o perineal. Estas amputaciones distales deben comprender todo el territorio de propagación perineal y comprende, también, a las partes yuxtarrrectales de los territorios pelvianos y abdominal. Desde el punto de vista cancerológico se pueden hacer dos objeciones a estas operaciones: que no extirpan los territorios completos de los órganos rectales y que la exéresis no va precedida de exploración abdominal. En realidad, se extirpan los territorios yuxtarrrectales pelvianos que son los que pueden estar colonizados en los cánceres pavimentosos del recto anal y, por otra parte, la exploración abdominal no tiene utilidad en estos cánceres que dan, excepcionalmente, metástasis hepáticas o peritoneales y que si las tuviesen no modificarían la indicación y el proceder operatorio.

Las amputaciones perineales hechas con pretensión curativa tienen, en cambio, sobre las amputaciones totales la gran superioridad de permitir una dedicación integral a la disección perineal que es lo fundamental en los cánceres pavimentosos anales y de evitar los riesgos operatorios de la vía abdominal en enfermos habitualmente viejos y mal nutridos. Dejan, además, un peritoneo pelviano que contribuye a serenar en forma importante el postoperatorio.

Los resultados de las operaciones por cánceres del recto anal son inferiores a los de los otros órganos rectales. Hemos mejorado mucho esos resultados en nuestra práctica, estudiando muy bien las características evolutivas en cada caso para no caer en el error de hacer una operación económica que ha podido dar, a veces, resultados satisfactorios. Además, la amplitud de operación más que en longitud de intestino debe ser en extensión de estructuras perineales superficiales y profundas.