

# COMPLICACIONES UROGENITALES DEL CANCER DEL COLON SIGMOIDEO Y DEL RECTO POR INVASION DIRECTA

*Dres. GUILLERMO F. COTTINI, ISMAEL D. SUAREZ,  
RUBEN SIANO QUIROS, HECTOR DUCHINI  
y JULIO MARMOL*

En varias oportunidades nos hemos ocupado de las propagaciones del cáncer del recto y colon sigmoideo al tracto urinario inferior y genital femenino.

Hoy, avalados por una mayor experiencia, nos proponemos desarrollar el tema en conjunto, sobre la base de 184 enfermos estudiados en el Servicio de Cirugía del Hospital Alvear que dirigiera el Prof. Julio Diez, posteriormente el Prof. Francisco Nocito y en la actualidad el Prof. Carlos P. De Nicola. Comprende dicho estudio el lapso 1937-1960.

Las propagaciones de las neoplasias rectosigmoideas al tracto urogenital, son más frecuentes de lo que se supone. La gravedad de la lesión tumoral a nivel del aparato digestivo, hace pasar inadvertidas las manifestaciones urogenitales que sólo un examen minucioso puede revelar. Su reconocimiento oportuno, permite establecer el pronóstico y adecuar el tratamiento quirúrgico.

En una comunicación que efectuáramos en la Sociedad Argentina de Cirujanos, en 1959, expusimos nuestro criterio al respecto.

La propagación directa al tracto urogenital inferior, no ha sido debidamente clasificada por quienes se han ocupado del tema. Consideramos que la misma debe basarse sobre hallazgos anatomopatológicos, por lo que hemos establecido la siguiente clasificación que comprende cuatro estadios, a saber:

- Estadio I: Adherencia entre órgano y tumor sin invasión neoplásica.
- Estadio II: Invasión neoplásica.
- Estadio III: Proyección tumoral en la luz del órgano invadido.
- Estadio IV: Fistulización neoplásica.

Estos estadios son de gravedad progresiva y guardan estrecha relación con los síntomas clínicos.

El *primer estadio* corresponde a la etapa más temprana de la propagación neoplásica. Tumor y órgano adyacente, cuando se hallan recubiertos por serosa, adhieren y fijan por un proceso plástico inflamatorio inespecífico del peritoneo visceral. Es en esta etapa en que el tratamiento quirúrgico puede realizarse con criterio conservador.

El *segundo estadio* corresponde a un período evolutivo más avanzado. La infiltración parietal por células neoplásicas, constituye su característica. Puede extenderse en superficie o en profundidad sin haber alcanzado aún la luz del órgano. En las zonas donde no existe serosa peritoneal, este estadio corresponde al período inicial.

En el *tercer estadio*, el tumor hace prociencia en la luz del órgano en forma de mamelones. Su abundancia de síntomas lo hace fácilmente reconocible, pero es indudable que corresponde a una etapa evolutiva avanzada que aleja las probabilidades de una terapéutica radical.

Por último, en el *cuarto estadio*, fistulización, sea por necrobiosis del tumor o infección agregada, se establece la comunicación entre ambos órganos, cuya gravedad es mayor cuando asienta en el tracto urinario inferior.

Sostenemos que esta clasificación se ajusta a la realidad de los hechos. Permite relacionar el estadio anatomopatológico con la gravedad real clínica no especificada en otras clasificaciones propuestas.

Sobre el total de 184 neoplasias rectales y sigmoideas, 119 correspondieron al sexo masculino y 65 al sexo femenino. En aquellos observamos 38 complicaciones urinarias (31,9 %) y en la mujer, 18 genitales y 6 urinarias (27,7 % y 9,3 % respectivamente).



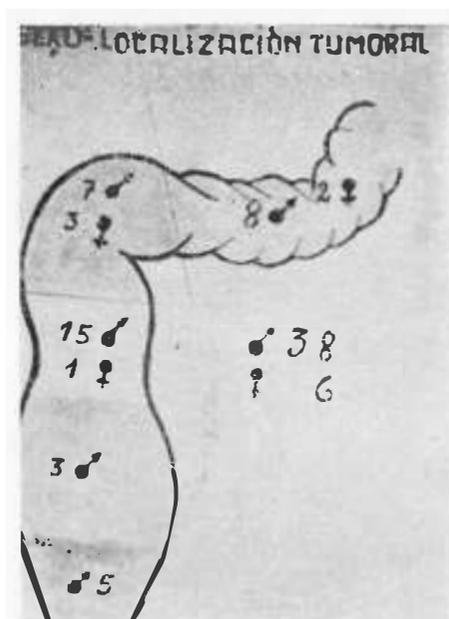
Gráfico N° 1.



Esquema N° 2.

*Invasión del tracto urinario inferior.*— Las observaciones figuran en el gráfico N<sup>o</sup> 1 y en los esquemas N<sup>o</sup> 2 y 3.

Del análisis de los mismos, se infiere la mayor incidencia en el sexo masculino, que obedece a razones de índole anatómica: inmediata vecindad de los órganos comprometidos. Los que se propagan con mayor frecuencia, son los que asientan en el tercio superior del recto y en el ángulo rectosigmoideo.



Esquema N<sup>o</sup> 3.

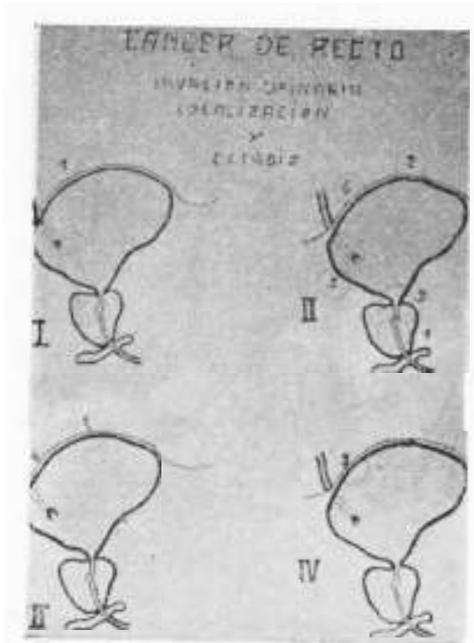
En lo que respecta al sexo, cuanto más bajo es el tumor, mayor predominio de complicaciones se observa en el sexo masculino.

*Localización de la invasión a nivel del tracto urinario.*— En la gran mayoría de los casos se produjo en el domo vesical o en la cara posterior de la vejiga, siguiendo en orden de frecuencia, uréter, trigono, cuello vesical y uretra posterior.

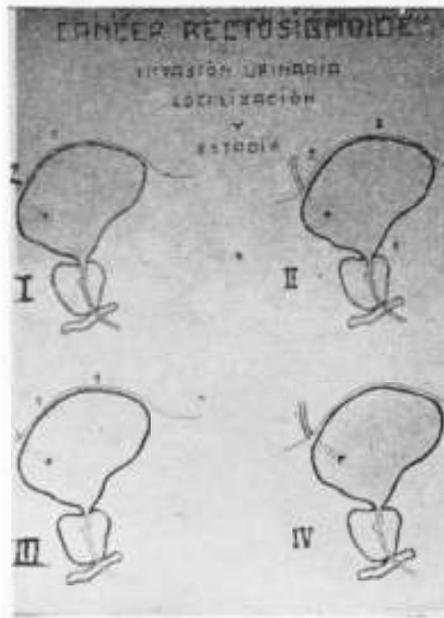
*Estadios evolutivos y localización del tumor.*— Los esquemas N<sup>o</sup> 5, 6 y 7 sintetizan nuestra experiencia.



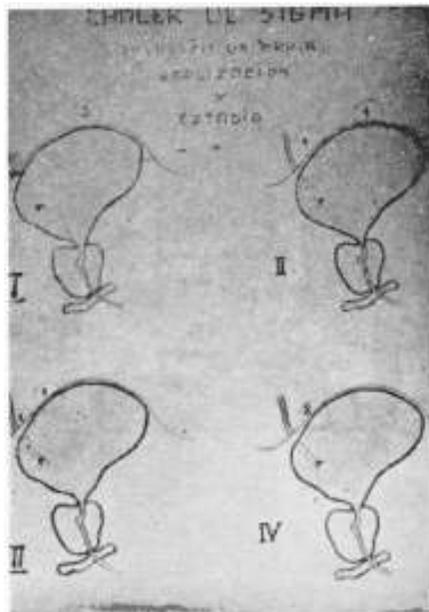
Esquema N° 4.



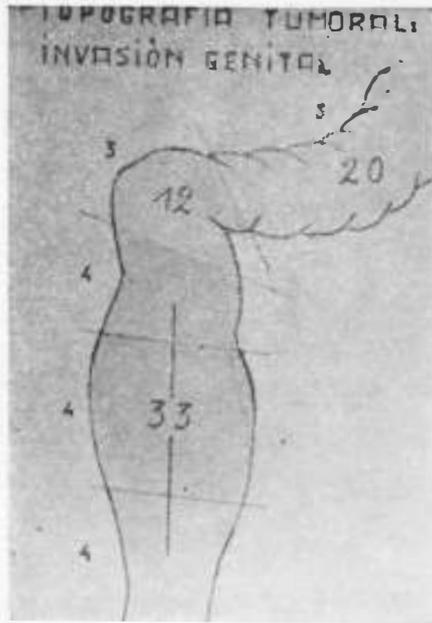
Esquema N° 5.



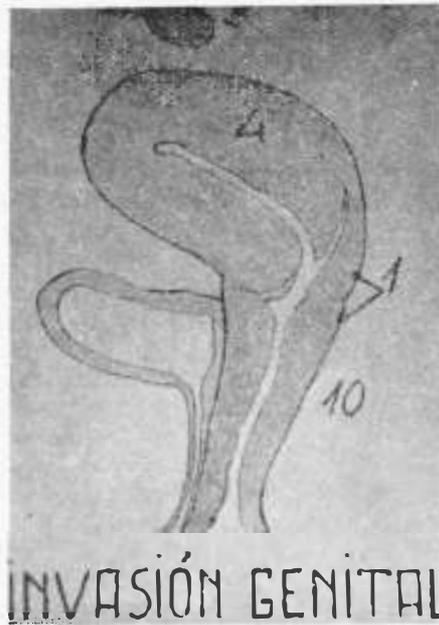
Esquema N° 6.



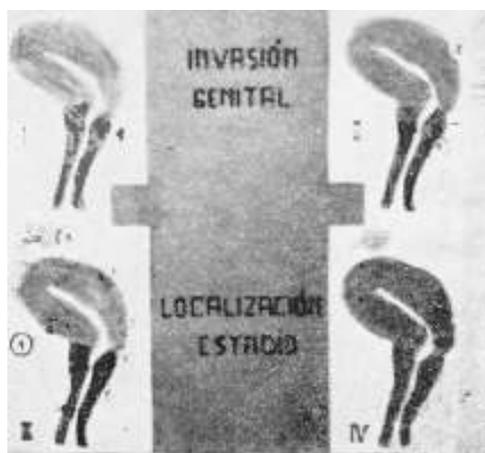
Esquema N° 7.



Esquema N° 8.



Esquema N° 9.



Esquema N° 10.

Los estadios I y II, en cualquiera de las localizaciones del tumor, son los más frecuentes, hecho que destacamos puesto que la cirugía radical tiene en ellos su mejor indicación.

*Invasión del tracto genital. Topografía tumoral.*— La inmediata vecindad de los órganos genitales femeninos con el recto, explica la elevada proporción que hemos hallado en esta localización.

A medida que el tumor radica en segmentos más elevados, disminuye significativamente los índices de propagación.

En lo que respecta al órgano invadido, la mayor frecuencia corresponde a la pared posterior de la vagina.

*Localización y estadio de propagación.*— El estadio III predominó en nuestras observaciones.

Ello guarda relación con las características anatomotopográficas del sexo femenino.

*Sintetizando: La propagación de los cánceres de recto y sigmoideorrectales por invasión directa, en nuestra experiencia, alcanza una cifra importante (33,7 %).*

*Se efectúa siguiendo una evolución que hemos clasificado en cuatro estadios anatomopatológicos, de gravedad progresiva.*

*Reafirmamos la necesidad de investigar su existencia como estudio de rutina, previo a todo planteo quirúrgico.*