

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA



Tumores Malignos del Recto

ANALISIS DE CINCUENTA Y UN CASOS ESTUDIADOS EN EL
HOSPITAL ROSALES DURANTE LOS ULTIMOS DIEZ AÑOS
1951 a 1960

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR
CESAR ZUNIGA GUIDOS
PREVIA LA OPCION AL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA



T

676.99435

Z95t

1967

F. med

G: 3

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10126133

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

DR. NAPOLEÓN RODRÍGUEZ RUIZ

SECRETARIO GENERAL:

DR. ROBERTO EMILIO CUÉLLAR MILLA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

DR. JOSÉ KURI A.

SECRETARIO:

DR. TOMÁS PALOMO ALCÁINE.

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA MEDICA:

PRESIDENTE: DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ
PRIMER VOCAL: DR. DONALDO MORENO
SEGUNDO VOCAL: DR. GUSTAVO ORIANI H.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA QUIRURGICA:

PRESIDENTE: DR. FERNANDO ALVARADO PIZA
PRIMER VOCAL: DR. JUAN N. HASBÚN
SEGUNDO VOCAL: DR. ROBERTO ÁVILA MOREIRA

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO:

CLINICA OBSTETRICA:

PRESIDENTE: DR. ANTONIO LAZO GUERRA
PRIMER VOCAL: DR. JOSÉ ISAÍAS MAYÉN
SEGUNDO VOCAL: DR. ANTONIO MATEU LLORT.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE :

DR. JUAN N. HASBÚN

PRIMER VOCAL :

DR. MARIO RENI ROLDÁN.

SEGUNDO VOCAL :

DR. JOSÉ NICOLÁS ASTACIO.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

A MI ESPOSA

A MI HIJA

A MIS HERMANOS

A MIS FAMILIARES, PROFESORES, COMPA-
ÑEROS Y AMIGOS.

AGRADECIMIENTO

AL DR. JOAQUÍN COTO,

DR. JUAN N. HASBÚN,

DR. MARIO RENE ROLDÁN,

DR. JOSÉ NICOLÁS ASTACIO.

P L A N - D E - T R A B A J O

- I.- INTRODUCCION.
- II.- CONSIDERACIONES GENERALES.
- III.- ANALISIS DE LOS CASOS Y RESUMEN CLINICO DE LOS
ONCE CASOS MAS INTERESANTES.
- IV.- DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- V.- REFERENCIAS.

COMBINADA ABDOMINOPERINEAL DEL RECTO.

VENAS. LAS VENAS DEL RECTO TIENEN GRAN PREDISPOSICIÓN AL DESARROLLO DE VÁRICES (HEMORROIDES) EN LA PROXIMIDAD DEL ANO. LA CIRCULACIÓN VENOSA SE HAYA A CARGO DE LA VENA HEMORROIDAL SUPERIOR Y DE LAS HEMORROIDALES MEDIAS E INFERIORES.

LA PORCIÓN INTERNA DEL PLEXO VENOSO HEMORROIDAL ES SUB-MUCOSO Y OCUPA POSICIÓN INMEDIATA EN RELACIÓN CON EL BORDE DENTADO, MIENTRAS QUE LA PORCIÓN EXTERNA DE DICHO PLEXO, TAMBIÉN SUB-MUCOSO, ES DISTAL E INMEDIATO AL CITADO MARGEN. LAS VENAS HEMORROIDALES PROCEDEN DEL PLEXO DEL MISMO NOMBRE. LA HEMORROIDAL SUPERIOR ES TRIBUTARIA DEL SISTEMA PORTA, POR INTERMEDIO DE LA VENA MESENTÉRICA INFERIOR. LAS HEMORROIDALES MEDIAS E INFERIORES SON TRIBUTARIAS DE LAS HIPOGÁSTRICAS Y, EN CONSECUENCIA, DEL SISTEMA CAVA.

TAL DISTRIBUCIÓN ANATÓMICA ES OTRO DETALLE DE IMPORTANCIA PRÁCTICA EN RELACIÓN CON LA PROPAGACIÓN DE INFECCIONES Y EXTENSIÓN DE NEOPLASIAS MALIGNAS.

LINFÁTICOS. LOS VASOS LINFÁTICOS COLECTORES QUE PROCEDEN DE LOS PLEXOS ANAL Y PERINEAL VAN A PARAR A LOS GANGLIOS INGUINALES.

DE ESTA MANERA CONSTITUYEN UN PEDÍCULO INFERIOR. EL PLEXO LINFÁTICO SUBMUCOSO ESTÁ POCO DESARROLLADO EN LA PORCIÓN INFERIOR DEL RECTO, PERO FORMA UNA RED ABUNDANTE POR ENCIMA DE LAS COLUMNAS RECTALES. LOS VASOS Y GANGLIOS COLECTORES QUE ACOMPAÑAN A LA ARTERIA HEMORROIDAL SUPERIOR Y A LA MESENTÉRICA INFERIOR ABARCAN EL PEDÍCULO SUPERIOR; DICHO PEDÍCULO ES LA VÍA PRINCIPAL DE DRENAJE LINFÁTICO DEL RECTO.

P L A N - D E - T R A B A J O

- I.- INTRODUCCION.
- II.- CONSIDERACIONES GENERALES.
- III.- ANALISIS DE LOS CASOS Y RESUMEN CLINICO DE LOS
ONCE CASOS MAS INTERESANTES.
- IV.- DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- V.- REFERENCIAS.

I N T R O D U C C I O N

EL PRESENTE ESTUDIO SE BASA EN UNA REVISIÓN DE TODOS LOS PACIENTES QUE SUFRIERON TUMOR MALIGNO RECTAL Y QUE FUERON VIS TOS Y TRATADOS EN EL HOSPITAL ROSALES DURANTE LOS AÑOS DE 1951 A 1960.

TODO LO QUE HE QUERIDO ES HACER RESALTAR CIERTOS HECHOS CLÍNICOS, Y PATOLÓGICOS, ASI COMO TAMBIÉN EL MAL ENCAUSAMIENTO TAN COMÚN DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS ANORRECTALES E INSISTIR EN LOS MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN PARA UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

UN ERROR MUY FRECUENTE, TANTO DEL MÉDICO COMO DEL PACIENTE, ES EL DE CONSIDERAR TODOS LOS TRASTORNOS QUE OCURREN EN LA SALIDA DEL CONDUCTO INTESTINAL COMO SIMPLES "PERTURBACIONES RECTALES", LO QUE NOS VIENE A REVELAR UN DESCONOCIMIENTO DE LA ANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA DE LA REGIÓN, LA CUAL ES DE TAL CARACTERÍSTICA QUE CON FRECUENCIA ASIENTAN EN EL RECTO, AFECIONES GRAVES DE CURSO INICIAL ASINTOMÁTICO Y QUE SE DESCU BREN TARDE, DEMASIADO TARDE CASI SIEMPRE, A MENOS QUE SE PRA CTIQUE UN MINUCIOSO EXAMEN.

ESTA NEOPLASIA PUEDE SER LLAMADA: "EL MÁ S FACILMENTE DETECTABLE CÁNCER INTERNO". UN 75% DE TODAS LAS LESIONES MALIGNAS DEL RECTO Y VIRTUALMENTE TODAS LAS LOCALIZADAS EN LA VERDADERA PARED O AMPOLLA Y REGIÓN INFRAPERITONEAL DEL RECTO PUE DEN SER PALPADAS POR MEDIO DE LA SIMPLE EXAMINACIÓN DIGITAL Y VISTOS POR EL RECTOSCOPIO. ÉSTO SIGNIFICA QUE EN EL 75% DE LOS PACIENTES CON ESTA ENFERMEDAD LA LESIÓN NO SOLO PUEDE SER

VISTA Y PALPADA, SI NO TAMBIÉN BIOPSIADA AL MOMENTO EN QUE EL MÉDICO VE POR PRIMERA VEZ AL ENFERMO. ESTO PONE AL MÉDICO SOBRE EL DIAGNÓSTICO. LA RELATIVA FACILIDAD Y SIMPLICIDAD DE DETECCIÓN CONCEBIBLE PODRÍA CONSTITUIR LA ESPERANZA DE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON TALES LESIONES, QUIENES PODRÍAN TENER EL BENEFICIO DE PRONTO DIAGNÓSTICO SEGUIDO DE TRATAMIENTOS PRECOCES.

PARA VALORAR ADECUADAMENTE LOS PROCESOS DIAGNÓSTICOS Y ESTABLECER EL TRATAMIENTO ADECUADO DEL CÁNCER RECTAL, ES MUY ÚTIL RECORDAR LA ANATOMÍA Y NEUROFISIOLOGÍA DE LA REGIÓN ANORRECTAL.

ANATOMIA.

ORIGEN ANATÓMICO. (EMBRIOLOGÍA).

LOS TEJIDOS QUE FORMAN EL ANO PROCEDEN DEL PROCTODEO EMBRIONARIO; POR LO TANTO, SON DE ORIGEN ECTODÉRMICO. EL RECTO, QUE DERIVA DEL INTESTINO POSTERIOR, ES DE ORIGEN ENDODÉRMICO. LA PLACA ANAL, QUE OCLUYE EN LOS PRIMEROS TIEMPOS DE LA VIDA EMBRIONARIA LA DESEMBOCADURA ANORRECTAL, SE DESINTEGRA EN LA SÉPTIMA SEMANA DE LA VIDA FETAL. EL QUE CUALQUIERA DE ESOS COMPLICADOS PROCESOS DE DESARROLLO FALLE, DE MANERA TOTAL O PARCIAL, OCASIONA DEFORMIDADES CONGÉNITAS, COMO SON: LA PERFORACIÓN INCOMPLETA DEL ANO, ESTENOSIS ANAL CONGÉNITA, ETC.

ANATOMÍA MACROSCÓPICA.

ANO (CONDUCTO ANAL) ES EL SEGMENTO TERMINAL DEL INTESTINO. SU LONGITUD VARÍA DESDE 1.5 CM. (EN LA MULTÍPARA HASTA 3 CM). EN EL EXTREMO PROXIMAL ESTÁ LIMITADO POR EL BORDE DENTADO, EN EL DISTAL POR EL ANILLO ANAL. EL CONDUCTO ANAL SE HALLA REVESTIDO POR UNA CAPA DE PIEL FINA, NO POR MUCOSA, Y ES-

TÁ RODEADO POR LA MUSCULATURA DE LOS ESFÍNTERES EXTERNO E INTERNO, QUE MANTIENEN APLICADAS LAS PAREDES DE DICHO CONDUCTO UNA CON OTRA, LO QUE HACE QUE QUEDE OCLUIDO EN FASE DE REPOSO NORMAL. LAS FIBRAS DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES DEL AÑO PASAN ENTRE LOS ESFÍNTERES EXTERNO E INTERNO PARA UNIRSE A LAS PAREDES LATERALES DEL AÑO. EL EJE LONGITUDINAL DEL CONDUCTO ANAL SE EXTIENDE EN DIRECCIÓN ANTEROSUPERIOR, HACIA EL OMBLIGO.

EN EL BORDE DENTADO, CON FIGURA DE SIERRA, QUE FORMA EL LÍMITE SUPERIOR DE DICHO CONDUCTO, SE ENCUENTRAN LAS PAPILAS Y LAS VÁLVULAS INTERMEDIAS DEL AÑO. INMEDIATAS A ESE MARGEN Y EXTERNOS E INFERIORES CON RELACIÓN AL MISMO, SE HALLAN LAS CRIPTAS ANALES, EN NÚMERO DE 8-12. LA PIEL DEL AÑO CUBRE TODAS LAS PARTES QUE FORMA EL BORDE DENTADO Y TAPIZA EN PARTE LAS CRIPTAS. LAS GLÁNDULAS VESTIGIALES SE COMUNICAN CON LAS CRIPTAS POR MEDIO DE LOS CONDUCTOS ANALES.

EL AÑO ESTÁ MANTENIDO EN POSICIÓN POR ACCIÓN DE LOS MÚSCULOS ESFINTERIANOS, EL RAPE ANOCOCCÍGEO, EL PERINEO Y EL DIAFRAGMA PELVIANO (CONSTITUIDO POR LOS MÚSCULOS ELEVADORES DEL AÑO Y COCCÍGEO Y LAS APONEUROSIS QUE LOS RECUBREN).

RECTO. ES EL SEGMENTO TERMINAL DEL COLON PROPIAMENTE DICHO. LA LONGITUD APROXIMADA ES DE 15 CM. EL RECTO LIMITA POR EL EXTREMO TERMINAL CON EL BORDE DENTADO. EL EXTREMO INICIAL SE UNE AL COLON AL NIVEL APROXIMADO DE LA SEGUNDA O TERCERA VÉRTEBRA SACRA. ESTA ZONA DE UNIÓN, IMPRECISA SE CONOCE CON EL NOMBRE DE PORCIÓN RECTOSIGMOIDEA.

EN LA LITERATURA QUIRÚRGICA MODERNA SE HA INTRODUCIDO EL TÉRMINO PORCIÓN ANORRECTAL. SE HAYA CONSTITUIDO, COMO ES NATU-

RAL, POR PARTE DEL AÑO Y PARTE DEL RECTO. EL VALOR PRÁCTICO DE ESA DESIGNACIÓN ES EL DE HACER QUE EL ESTUDIANTE FIJE SU ATENCIÓN EN LA POSIBILIDAD DE UNA AFECCIÓN ANAL O RECTAL.

SI SE DISTIENDE EL RECTO (POR EJEMPLO A UNA ATMÓSFERA DE PRESIÓN), LA MUCOSA QUE LO TAPIZA SE PRESENTA LISA, EXCEPTO EN TRES PUNTOS, DONDE FORMA UNOS PLIEGUES PROMINENTES: LAS VÁLVULAS DE HOUSTON.

LA MITAD INFERIOR (TERMINAL) DEL RECTO ES EXTRAPERITONEAL, LA SUPERIOR (INICIAL) ESTÁ CUBIERTA DE PERITONEO EN LAS PAREDES ANTERIORES Y LATERALES. AUNQUE LA TOTALIDAD DE LA PARED POSTERIOR DEL RECTO SIGUE EXACTAMENTE LA CURVA SACROCOCCÍGEA, EL EJE LONGITUDINAL DE LA PORCIÓN EXTRAPERITONEAL DEL MISMO FORMA ÁNGULO RECTO EN LOS EJES LONGITUDINALES, TANTO DEL CONDUCTO ANAL COMO DE LA PORCIÓN INICIAL DEL PROPIO RECTO. TALES CARACTERES ANATÓMICOS SON DE IMPORTANCIA PARA QUE EL EXAMINADOR SEPA APRECIAR LOS DATOS RECOGIDOS POR EXPLORACIÓN DIGITAL Y ENDOSCÓPICO.

LOS SOPORTES PRINCIPALES DEL RECTO SON EL DIAFRAGMA PELVIANO, LOS PEDÚNCULOS RECTALES Y EL MESORRECTO.

ARTERIAS. LA ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR EMITE LA ARTERIA HEMORROIDAL SUPERIOR, QUE RECORRE EL MESOCOLON PELVIANO Y SE DIVIDE, ENFRENTA DE LA UNIÓN DEL COLON PELVIANO CON EL RECTO, EN DOS RAMAS QUE SE DIRIGEN HACIA ABAJO, A LO LARGO DE LAS PAREDES DEL RECTO. LA HEMORROIDAL MEDIA PROCEDE DE LA HIPOGÁSTRICA Y LA HEMORROIDAL INFERIOR DE LA PUDENDA INTERNA. COMO ESTA ÚLTIMA NACE TAMBIÉN DE LA HIPOGÁSTRICA, ES FÁCIL APRECIAR LA IMPORTANCIA QUIRÚRGICA QUE TIENE LA LIGADURA DE AMBAS HIPOGÁSTRICAS JUNTO CON LA MESENTÉRICA INFERIOR, AL EFECTUAR LA RESECCIÓN

EL PEDÍCULO MEDIO, O DE PROPAGACIÓN LATERAL, ACOMPAÑA A LA ARTERIA HEMORROIDAL MEDIA Y PARECE SER EL MENOS IMPORTANTE DE LOS TRES.

NERVIOS. EL TEGUMENTO INTERNO QUE REVISTE EL CONDUCTO ANAL Y LOS ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN EL BORDE DENTADO, JUNTOS CON LA PIEL PERI-ANAL, RECIBEN INERVACIÓN SENSITIVA DE LAS RAMAS PRIMARIAS POSTERIORES DE LOS NERVIOS SACROS Y COCCIGEOS Y, DE LAS TAMBIÉN PRIMARIAS, ANTERIORES DE LOS NERVIOS SACROS SEGUNDO, TERCERO Y CUARTO, POR INTERMEDIO DE LAS RAMAS HEMORROIDALES DEL NERVIO PUDENDO, TODOS ELLOS NERVIOS SOMÁTICOS. (2) (5).

LA INERVACIÓN MOTORA DEL ESFÍNTER ANAL EXTERNO PROVIENE DE LOS NERVIOS HEMORROIDALES INFERIORES; LA DE LOS ELEVADORES DEL ANO, DE LAS RAMAS DEL PLEXO SACRO, NERVIOS TAMBIÉN SOMÁTICOS TODOS ELLOS. LAS FIBRAS DE DICHS MÚSCULOS SON ESTRIADAS.

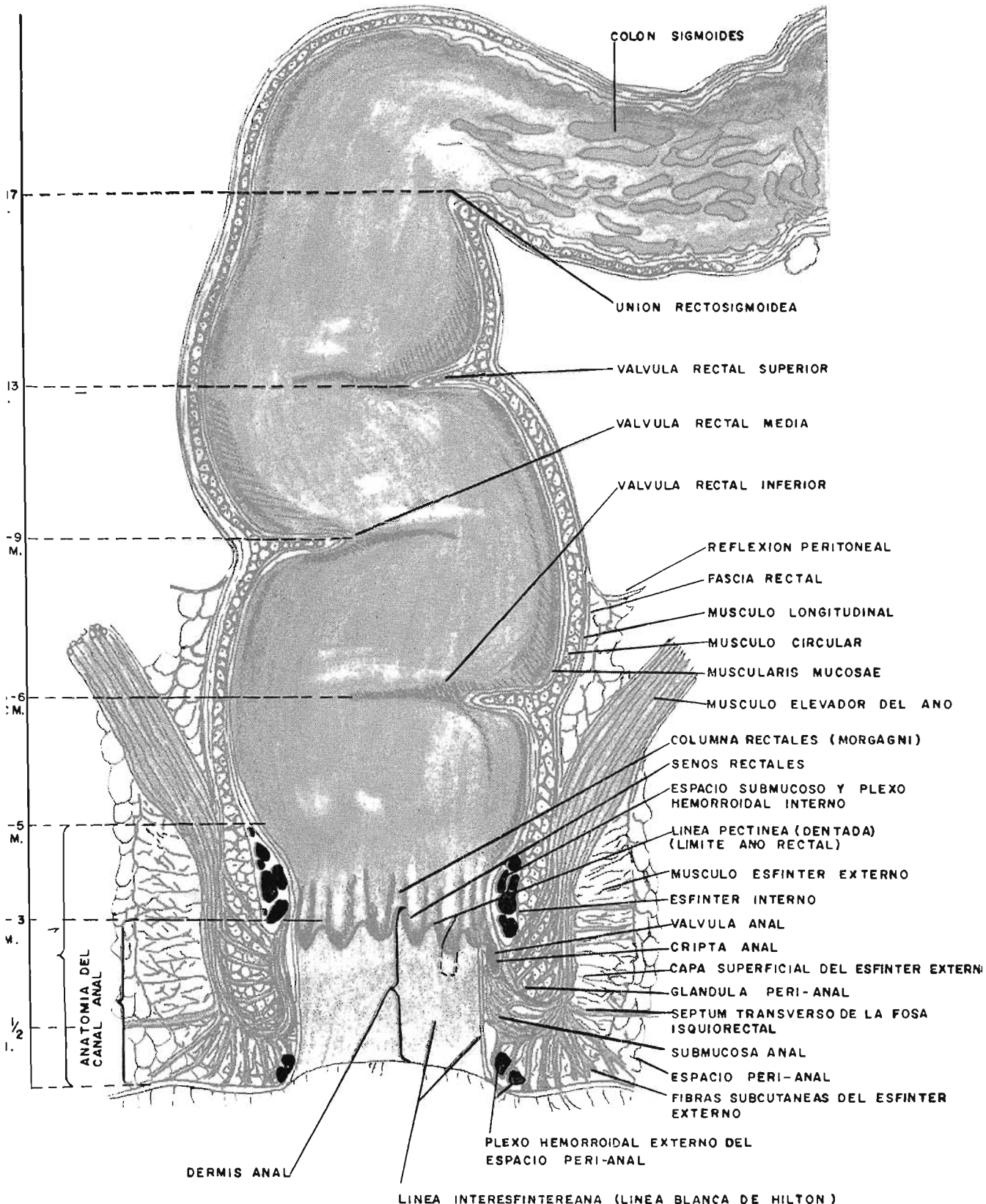
EL ESFINTER ANAL INTERNO Y EL RESTO DE LA MUSCULATURA DE LA PORCIÓN TERMINAL DEL INTESTINO SON DE FIBRA LISA Y RECIBEN LA INERVACIÓN MOTORA VISCERAL DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO; ASI TAMBIÉN LA MUCOSA RECTAL.

NEUROFISIOLOGÍA. EN LA PRÁCTICA, LA NEUROFISIOLOGÍA DE LA REGIÓN ANORRECTAL OFRECE UN DOBLE ASPECTO IMPORTANTE. LAS LESIONES ANALES PROVOCAN UN TRASTORNO SENSITIVO INMEDIATO, CASI SIEMPRE DOLOROSO, SUFICIENTE PARA QUE EL PACIENTE ACUDA EN DEMANDA URGENTE DE AUXILIO MÉDICO. LOS RECTALES, POR EL CONTRARIO, NO OCASIONAN SÍNTOMAS PRECOCES, LO QUE HACE QUE PROCESOS GRAVES PASEN INADVERTIDOS, O SE DESCUBRAN CON RETRASO, A MENOS QUE SE HALLEN INMEDIATOS AL BORDE DENTADO. POR LO TANTO, LA AUSENCIA DE SENSIBILIDAD DOLOROSA, CARACTERÍSTICA DE LA MUCOSA RECTAL, DIFI-

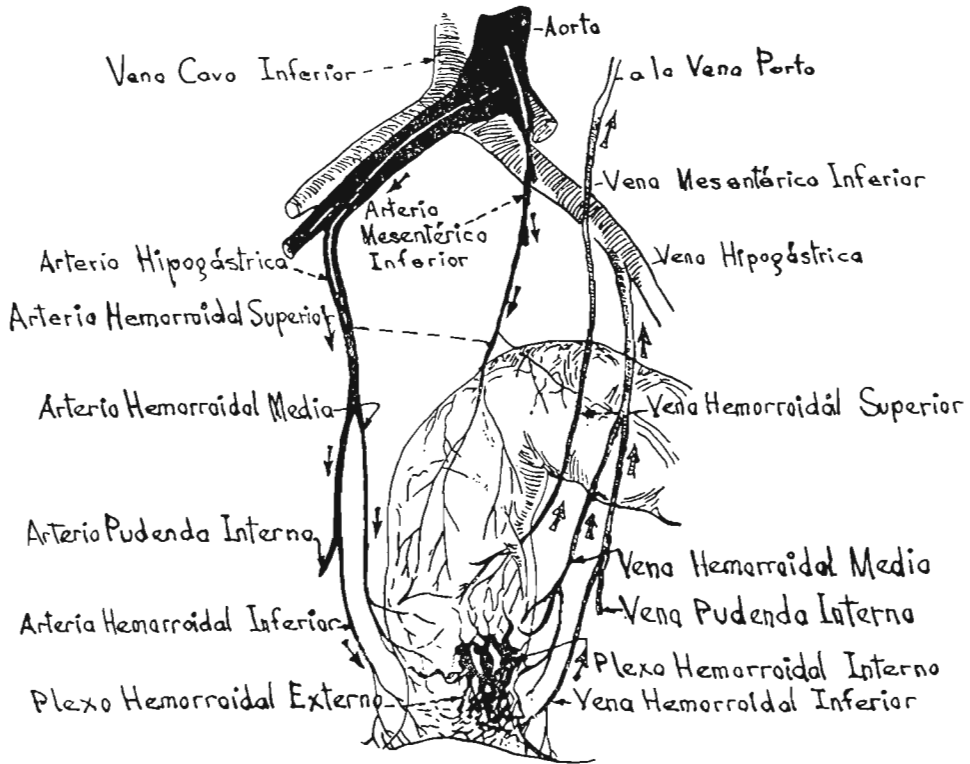
CULTA DESCUBRIR LESIONES PRECANCEROSAS, O CÁNCERES PRECOSES ASINTOMÁTICOS.

ESA MISMA FALTA DE SENSIBILIDAD AL DOLOR ES LA QUE PERMITE AL CIRUJANO EXTRAER PORCIONES DE TEJIDO DE LAS LESIONES RECTALES PARA ESTUDIO HISTOLÓGICO, O APLICAR MÉTODOS ELECTROQUIRÚRGICOS DESTINADOS A EXTIRPAR PÓLIPOS, SIN NECESIDAD DE ANESTESIA. (5).

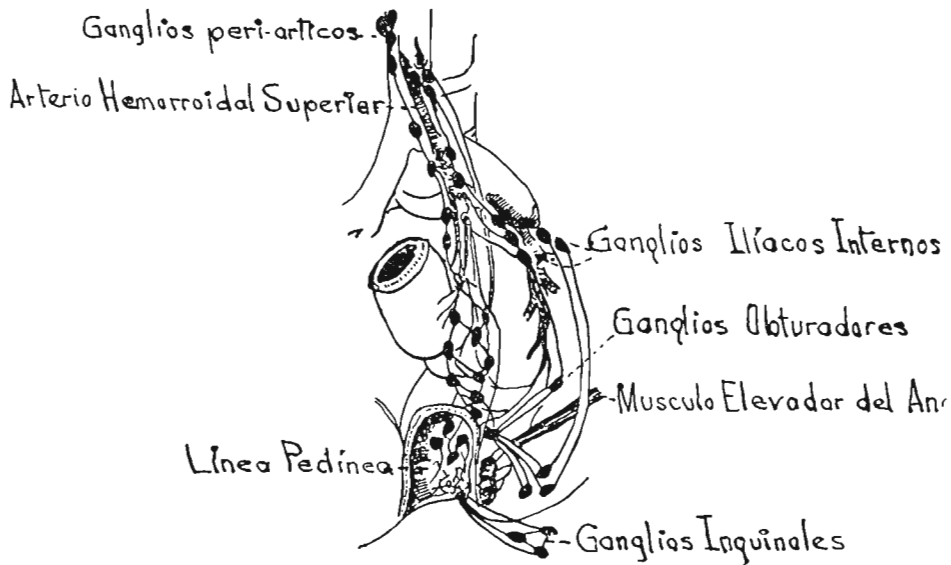
ESQUEMA ANO - RECTAL



Esquema de la Circulación Arterial y Venosa del Recto



Drenaje Linfático del Recto



CONSIDERACIONES GENERALES

TODA CONSIDERACIÓN DEL CÁNCER DEL RECTO SERÍA INCOMPLETA SIN MENCIONAR ELEMENTOS IMPORTANTES, COMO SON LOS TUMORES PRECANCEROSOS (ADENOMAS) Y SUS RELACIONES CON EL CÁNCER RECTAL.

LOS ADENOMAS SON TUMORES POLIPOIDES, QUE PUEDEN SER SÉSILES O PEDICULADOS, ÚNICOS O MÚLTIPLES Y LIMITADOS A UN SEGMENTO DEL INTESTINO O DIFUSOS. ESTA AFECCIÓN APARECE MÁS COMUNEMENTE EN VARONES Y EN LA SEGUNDA MITAD DE LA VIDA. SE RECONOCEN DOS CLASES DE ADENOMAS: LOS DENOMINADOS DE TIPO ADOLESCENTE O CONGÉNITO, QUE ESTÁN DISEMINADOS, Y LOS DE TIPO ADULTO O ADQUIRIDO. LOS PRIMEROS TIENEN ASPECTO DE MASAS SÉSILES O PEDICULADOS, SUAVES AL TACTO, REDONDAS, DE TAMAÑO VARIABLE, QUE SE PROYECTAN A LA LUZ INTESTINAL Y SE HALLAN DISTRIBUIDOS UNIFORMEMENTE EN EL COLON Y RECTO. EL ÚLTIMO ES SEMEJANTE EN CUANTO A SU ASPECTO GENERAL, PERO MÁS FRECUENTEMENTE ESTÁ LIMITADO A UN SEGMENTO DEL INTESTINO, EN ESPECIAL AL RECTOSIGMOIDE. HISTOLÓGICAMENTE SE COMPONEN DE GLÁNDULAS HIPERTRÓFICAS SITUADAS SOBRE UN TALLO DE TEJIDO CONJUNTIVO RICAMENTE VASCULARIZADO.

EL ADENOMA RECTAL SE DENOMINA MAS COMUNMENTE "PÓLIPO". DEBE INSISTIRSE EN QUE TODA LESIÓN POLIPOIDE DEL INTESTINO HA DE SER CONSIDERADA CÁNCER EN POTENCIA. LA COMPROBACIÓN DE QUE UN ADENOMA ES BENIGNO NO ASEGURA DE NINGUNA MANERA CONTRA UNA DEGENERACIÓN MALIGNA TARDÍA DE LA LESIÓN.

LA MAYOR PARTE DE PROCESOS MALIGNOS DEL RECTO SON ADENOCARCINOMAS.

LA MARCADA SIMILITUD EN LA INCIDENCIA CON RESPECTO A LA EDAD Y LA DISTRIBUCIÓN, MAS LA OCURRENCIA DE TODOS LOS GRADOS

ECTO. CUALQUIERA QUE SEA LA FORMA DE EVOLUCIÓN DEL CÁNCER Y
COMO CONSECUENCIA DEL PROCESO DE RECTITIS CRÓNICA QUE LE ES
CONCOMITANTE, SE PRODUCE UNA RETRACCIÓN DE LOS TEJIDOS INVADI
DOS QUE LLEVA EL RECTO A ADQUIRIR DE UN SIMPLE TUBO RÍGIDO CU
A LUZ SE VE MUY REDUCIDA. EN OCASIONES, ESTA ESTRECHEZ ES
SOLO CIRCUNSCRITA A UN SEGMENTO Y SE PRODUCE ASI UNA ESTRECHEZ.

EL ADENOCARCINOMA ES EL TIPO MÁS COMÚN, NACE DE LAS CÉLU
AS COLUMNARES DE LAS GLÁNDULAS DE LIEBERKÜHN Y SE LE ESTUDIA
AMBIÉN CON EL NOMBRE DE ADENOMA MALIGNO.

MACROSCÓPICAMENTE SE MUESTRA COMO NÓDULOS BLANDOS SITUA--
DOS DEBAJO DE LA MUCOSA, QUE TIENEN LA CARACTERÍSTICA DE SER
EN ESTA ETAPA SUMAMENTE MÓVILES, LO QUE HABLA DE LA NO INVA---
SIÓN AUN DE LA MUSCULAR. PRONTO LA INVADEN CÉLULAS CÁNCEROSAS
EL TUMOR ES ASÍ FIJADO; YA NO SE MOSTRARÁ MÁS COMO MÓVIL; AL
CONTRARIO LA INMOVILIZACIÓN SERÁ CADA VEZ MÁS PROGRESIVA; SUB-
MUCOSA Y MUSCULAR ESTÁN YA ADHERIDAS.

AHORA EL PROCESO BUSCA LA PERIFERIE, LA MUCOSA ES ULCERA--
DA, EL TUMOR CRECE INCESANTEMENTE Y APARECE ENTONCES LA GRAN
MASA FUNGOSA QUE SE ULCERA Y SE NECROSA, QUE SANGRA Y TERMINA
POR INFESTARSE, CON LO QUE SE PRODUCIRAN NUEVOS CICLOS DE ES-
TRACCELO, LLAMA LA ATENCIÓN QUE LA MUCOSA QUE RODEA A LA ULCERA--
SIÓN ESTÁ INFILTRADA, ENGROSADA Y CONGESTIONADA, PERO AL PARE-
CER, NO PARTICIPANDO EL PROCESO QUE LA CIRCUNDA.

CUANDO LA ÚLCERA INFECTA VÍAS LINFÁTICAS CIRCULARES, CO--
MUEZA A DESARROLLARSE EN ESA DIRECCIÓN Y TERMINA POR FORMAR
UNA VERDADERA ÚLCERA ANULAR QUE PRONTO LLEGA A LA ESTRECHEZ
PROGRESIVA.

CONSIDERACIONES GENERALES

TODA CONSIDERACIÓN DEL CÁNCER DEL RECTO SERÍA INCOMPLETA SIN MENCIONAR ELEMENTOS IMPORTANTES, COMO SON LOS TUMORES PRECANCEROSOS (ADENOMAS) Y SUS RELACIONES CON EL CÁNCER RECTAL.

LOS ADENOMAS SON TUMORES POLIPOIDES, QUE PUEDEN SER SÉSILES O PEDICULADOS, ÚNICOS O MÚLTIPLES Y LIMITADOS A UN SEGMENTO DEL INTESTINO O DIFUSOS. ESTA AFECCIÓN APARECE MÁS COMUNEMENTE EN VARONES Y EN LA SEGUNDA MITAD DE LA VIDA. SE RECONOCEN DOS CLASES DE ADENOMAS: LOS DENOMINADOS DE TIPO ADOLESCENTE O CONGÉNITO, QUE ESTÁN DISEMINADOS, Y LOS DE TIPO ADULTO O ADQUIRIDO. LOS PRIMEROS TIENEN ASPECTO DE MASAS SÉSILES O PEDICULADOS, SUAVES AL TACTO, REDONDAS, DE TAMAÑO VARIABLE, QUE SE PROYECTAN A LA LUZ INTESTINAL Y SE HALLAN DISTRIBUIDOS UNIFORMEMENTE EN EL COLON Y RECTO. EL ÚLTIMO ES SEMEJANTE EN CUANTO A SU ASPECTO GENERAL, PERO MÁS FRECUENTEMENTE ESTÁ LIMITADO A UN SEGMENTO DEL INTESTINO, EN ESPECIAL AL RECTOSIGMOIDE. HISTOLÓGICAMENTE SE COMPONEN DE GLÁNDULAS HIPERTRÓFICAS SITUADAS SOBRE UN TALLO DE TEJIDO CONJUNTIVO RICAMENTE VASCULARIZADO.

EL ADENOMA RECTAL SE DENOMINA MAS COMUNMENTE "PÓLIPO". DEBE INSISTIRSE EN QUE TODA LESIÓN POLIPOIDE DEL INTESTINO HA DE SER CONSIDERADA CÁNCER EN POTENCIA. LA COMPROBACIÓN DE QUE UN ADENOMA ES BENIGNO NO ASEGURA DE NINGUNA MANERA CONTRA UNA DEGENERACIÓN MALIGNA TARDÍA DE LA LESIÓN.

LA MAYOR PARTE DE PROCESOS MALIGNOS DEL RECTO SON ADENOCARCINOMAS.

LA MARCADA SIMILITUD EN LA INCIDENCIA CON RESPECTO A LA EDAD Y LA DISTRIBUCIÓN, MAS LA OCURRENCIA DE TODOS LOS GRADOS

DE MALIGNIDAD DEBIDO A LA DEGENERACIÓN CARCINOMATOSA DESDE LA PUNTA DE UN PÓLIPO, HASTA LA INVASIÓN DE SU TALLO Y EL COMIENZO DE ULCERACIÓN, INDICAN QUE PROBABLEMENTE LA MAYORÍA DE TODOS LOS CARCINOMAS DE COLON Y RECTO SE ORIGINAN EN UN PÓLIPO BENIGNO. POR LO TANTO, MEDIANTE LA DETECCIÓN Y ELIMINACIÓN DE LOS PÓLIPOS BENIGNOS DE LA MUCOSA SE TIENE LA OPORTUNIDAD DE DISMINUIR LA INCIDENCIA ACTUAL DEL CÁNCER RECTAL.

AÚNQUE LA CAUSA DEL CÁNCER DEL RECTO ES DESCONOCIDA, SU PROCEDER ES PREDECIBLE. LOS ESTUDIOS INTENSOS DEL CÁNCER DEL COLON Y RECTO EN AÑOS RECIENTES, PARTICULARMENTE CON CONSIDERACIONES DE LA INFLUENCIA DE FACTORES TALES COMO TAMAÑO APARENTE, SITUACIÓN, GRADO DE DIFERENCIACIÓN CELULAR Y FORMA DE DISEMINACIÓN, HA PROPORCIONADO INFORMACIÓN QUE, CUANDO SE RELACIONAN JUNTAS, PROVEEN UNA RAZONABLE BASE EXACTA PARA DETERMINAR LA PROGNOSIS Y EL TIPO DE TERAPIA INDICADA.

INCIDENCIA.

REPRESENTAN LOS TUMORES MALIGNOS DEL COLON Y RECTO CERCA DEL 15% DE TODOS LOS CÁNCERES HUMANOS Y EL 75% DE LOS INTESTINALES, DEL CUAL CORRESPONDEN AL RECTO EL 56%. EN EL HOMBRE ES EXCEDIDO EN FRECUENCIA SOLO POR EL CÁNCER DEL ESTÓMAGO Y EN LA MUJER POR EL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO Y DE LA MAMA.

APECTA MÁS A LOS HOMBRES QUE A LAS MUJERES, EN PROPORCIÓN DE 3:2.

ES CONSIDERADA UNA ENFERMEDAD DE LA EDAD MEDIA DE LA VIDA, CON UNA INCIDENCIA MAYOR ENTRE LA CUARTA Y SEXTA DÉCADA DE LA VIDA, PERO CON UNA INCIDENCIA SIGNIFICANTE EN PACIENTES MENORES DE CUARENTA AÑOS.

ANATOMIA PATOLOGICA

POR SU LOCALIZACIÓN SE DIVIDE EN SUPRA-AMPULAR, AMPULAR E INFRA-AMPULAR, LA MÁS FRECUENTE ES LA AMPULAR QUE REPRESENTA EL 50% Y LOS OTROS DOS EL 25% CADA UNO. LA MAYOR PARTE DE LE SIONES APARECEN EN LA CARA ANTERIOR, LE SIGUE LA CARA POSTE---RIOR Y POR ÚLTIMO LAS CARAS LATERALES. POR SU FORMA SE CLASI--FICAN EN ESCIRROSO, PEDICULADO Y ANULAR.

EVOLUCIÓN. SE LE RECONOCEN DOS MODALIDADES QUE SON: LA CIRCUNSCRIPTA Y LA INFILTRADA.

EL TIPO EVOLUTIVO CIRCUNSCRIPTO, MUESTRA PRIMERO UN TUMOR QUE SE ELEVA SOBRE EL PLANO DE LA MUCOSA, QUE PUEDE ADQUIRIR HASTA EL TAMAÑO DE UNA NUEZ Y TIENE EN SU COMIENZO LA MUCOSA LEVANTADA Y DE APARIENCIA NORMAL. PRONTO EL CÁNCER INVAD E ESTE EPITELIO Y LA MUCOSA SE ULCERA; LA ÚLCERA DE BORDES IRREGU--LARES, SE IMPLANTA SOBRE UN BORDE DURO, SANIOSO DE COLOR NEGRO ACHOCOLATADO Y DE ASPECTO PAPILOSO. EN POCO TIEMPO, LA ÚLCE--RA SE HACE ANULAR, VA GANANDO EN CIRCUNFERENCIA, EL FONDO, YA FRANCAMENTE VEGETANTE, CONSERVA IGUALES CARACTERÍSTICAS DE I--RREGULARIDAD Y ANFRACTUOSIDADES CON DEPÓSITO SANIOSO. MAS A SU COMPLETO DESARROLLO, LOS MAMELONES DE LA PROFUNDIDAD, QUE SIGUEN CRECIENDO, SALEN HACIA LA LUZ DEL INTESTINO, SE VUELVEN BIEN VEGETANTES Y RECUERDAN LA CLÁSICA FIGURA DEL COLIFLOR.

EN LA FORMA INFILTRADA EL TUMOR NO BUSCA ELEVARSE SOBRE LOS PLANOS DE LA MUCOSA, SINO QUE POR EL CONTRARIO SE EXTIENDE EN FORMA DE UNA PLACA IRREGULAR RECUBIERTA DE FISURAS O ULCERA--CIONES MUY SUPERFICIALES, MAS ELLO NO ES INCONVENIENTE PARA QUE EL PROCESO HAYA GANADO TODOS LOS PLANOS CONSTITUTIVOS DEL

EL TIPO ESCAMOSO ESTÁ TAMBIÉN REPRESENTADO POR LOS CÁNCERES QUE PROVIENEN DE LA PARTE TAPIZADA, POR EPITELIO ESCAMOSO (REGIÓN ANAL Y PERINEAL) SE DESARROLLA A VECES SOBRE EL ASIENTO DE UNA FÍSTULA O CICATRIZ OPERATORIA.

SE MUESTRA COMO ELEVACIONES NODULARES DE BASE INDURADA, SON MÓVILES AL PRINCIPIO PRONTO SE FIJAN A LA PROFUNDIDAD Y SE ÚLCERAN CON BORDES IRREGULARES Y EVERTIDOS; SU BASE ES NECRÓTICA, POCO OLIENTE, PERO CON SECRECIÓN IRRITANTE. ESTOS TUMORES DE COLOR ROJO VIOLÁCEO, ESTÁN RECUBIERTOS DE COSTRAS; SANGRAN POCO Y SON DE TENDENCIA A EXTENDERSE (ESCROTO, LABIOS MAYORES).

C L A S I F I C A C I O N .

A) PRIMARIOS.

I. CARCINOMAS (TEJIDO EPITELIAL).

10. CARCINOMA (EPITELIOMA).

A) CÉLULAS BASALES (CARCINOMA BASO-CELULAR).

B) CÉLULAS ESCAMOSAS (CARCINOMA ESPINOCELULAR).

20. CARCINOIDE (ARGENTAFINOMA).

30. ADENOCARCINOMA.

40. MELANOCARCINOMA.

II. SARCOMA (TEJIDO CONECTIVO)

10. LEIOMIOSARCOMA.

20. FIBROSARCOMA.

30. NEUROSARCOMAS.

40. ANGIOSARCOMA.

50. LIPOSARCOMA.

III. LINFOMAS.

10. LINFOSARCOMAS.

20. RETÍCULOSARCOMAS.

30. ENFERMEDAD DE HODGKIN.

40. LINFOMA FOLICULAR GIGANTE.

B) SECUNDARIOS.

LOS TUMORES SECUNDARIOS TIENEN LA MISMA CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA QUE LOS PRIMARIOS Y LA FUENTE DE ORIGEN PUEDE SER MÚLTIPLE, PERO LOS MÁS FRECUENTES SON: OVARIO, ANO, ÚTERO, PRÓSTATA, ETC.

GENERALMENTE ES ACEPTADO QUE EL CARCINOMA RECTAL CRECE RELATIVAMENTE DESPACIO Y PUEDE DAR METÁSTASIS TARDÍA. AÚNQUE EL PRONÓSTICO ESTÁ INTIMAMENTE RELACIONADO CON EL GRADO DE MALIGNIDAD (BRODERS) NO SE OBTIENE UN ÍNDICE EXACTO DEL PROCESO MALIGNO. EL MÉTODO DE DUKE BASADO EN LA PENETRACIÓN DE LA PARED DEL INTESTINO Y LA INVASIÓN GANGLIONAR, PROVEE UN MÉTODO MÁS PRACTICO PARA PLANEAR LA OPERACIÓN ESTIMAR PROGNOSIS. SIN EMBARGO, EL USO COMBINADO DE LA CLASIFICACIÓN DE BRODERS Y DUKES ES LO MAS DESEABLE, YA QUE ELLAS DAN LA MEJOR GUÍA PARA ESTIMAR LA PATOLOGÍA, SELECCIONAR LA OPERACIÓN Y DETERMINAR UN PRONÓSTICO.

CLASIFICACIÓN MODIFICADA POR DUKES: TIPO A: LA LESIÓN ESTÁ CONFINADA A LA MUCOSA; B1 SE EXTIENDE A LA MUSCULARIS MUCOSA CON GANGLIOS NEGATIVOS; B2 LA LESIÓN ATRAVIESA LA MUSCULARIS MUCOSA PERO CON GANGLIOS NEGATIVO; C1, LA LESIÓN ES DE TIPO B1, Ó B2 PERO SIEMPRE LIMITADA A LA PARED PERO CON GANGLIOS YA POSITIVOS A METÁSTASIS; C2, LA LESIÓN SE EXTIENDE A TRAVES DE TODAS LAS CAPAS DE LA PARED CON GANGLIOS POSITIVOS.

FORMA DE DISEMINACION.

EL CÁNCER SE DISEMINA POR EXTENSIÓN DIRECTA POR VASOS LINFÁTICOS, VASCULARES Y PERINEURALES, POR LA IMPLANTACIÓN LOCAL Y

SEGÚN ESTUDIOS RECIENTES POR DESCAMACIÓN DE CÉLULAS CÁNCEROSAS VIVAS.

LOS SITIOS MÁS COMUNES DE METÁSTASIS VISCERAL SON POR ORDEN DE FRECUENCIA: HÍGADO, PULMONES, GLÁNDULAS ADRENALES, GLÁNDULA TIROIDEA, RIÑONES Y BAZO. EL DESARROLLO MÁS COMÚN ES HACIA EL PERITONEO, VAGINA, VEJIGA PRÓSTATA, SACRO, ÚTERO, PANCREAS Y DUODENO.

EXTENSIÓN DIRECTA. EL TAMAÑO DE LA LESIÓN NO NECESARIAMENTE ES ÍNDICE DE SU MALIGNIDAD, POR EJEMPLO UNA ÚLCERA PERFORADA PEQUEÑA TIENDE A SER MÁS MALIGNA QUE CUALQUIERA OTRA FORMA DE CÁNCER. LA EXTENSIÓN MURAL PUEDE SER TRANSVERSAL O LONGITUDINAL. TRANSVERSALMENTE SE HA ESTIMADO QUE EL TUMOR REQUIERE SEIS MESES PARA CIRCUNDAR UN CUARTO DE LA CIRCUNFERENCIA DEL INTESTINO. LONGITUDINALMENTE VARÍA, PERO USUALMENTE OCURRE EN LA SUB-MUCOSA. LA MAYORÍA DE AUTORES INFORMAN QUE EL DESARROLLO LONGITUDINAL NO ES GRANDE, USUALMENTE MENOS DE 2CM. EN SENTIDO PROXIMAL Y DISTAL. EL PERITONEO OPONE UNA BARRERA TEMPORAL AL DESARROLLO DEL CÁNCER. CUANDO LA PARED DEL INTESTINO HA SIDO PENETRADA PUEDE OCURRIR LA SIEMBRA INTRAPERITONEAL, FIJACIÓN O INVASIÓN DIRECTA DE FORMACIONES CONTÍGUAS. ESTE DESARROLLO POR EXTENSIÓN DIRECTA OCURRE MÁS RAPIDAMENTE EN LAS LESIONES QUE ESTAN POR DEBAJO DE LA REFLEXIÓN PERITONEAL.

DESARROLLO LINFÁTICO EXTRAMURAL. LOS GANGLIOS SON INVADIDOS POR EMBOLIA SIGUIENDO UN PATRÓN DE UN CURSO PREDECIBLE. LAS CÉLULAS EMBÓLICAS METASTÁSICAS ENTRAN EN EL ESPACIO SUB-CAPSULAR DEL GANGLIO Y SE EXTIENDEN HACIA EL FONDO. ALLÍ LAS CÉLULAS CÁNCEROSAS SE ESTACIONAN, HASTA QUE EL GANGLIO ESTÁ COMPLE

TAMENTE LLENO POR EL CÁNCER. CUANDO ESTO OCURRE SE DESARROLLA UN NUEVO TUMOR EMBÓLICO A LOS CANALES COLATERALES LINFÁTICOS.

DESGRACIADAMENTE NO EXISTE MEDIO DE INVESTIGACIÓN QUE PERMITA ESTIMAR EL NÚMERO DE GANGLIOS INVADIDOS, YA QUE NO HAY CORRELACIÓN ENTRE EL TAMAÑO DEL TUMOR Y LA EXTENSIÓN LINFÁTICA.

LO QUE HACE AÚN MÁS DIFÍCIL ESTA EVALUACIÓN ES EL HECHO QUE FRECUENTEMENTE HAY GANGLIOS INTERMEDIARIOS SANOS, INTERPUESTOS ENTRE EL TUMOR PRIMITIVO Y OTROS GANGLIOS DE LA CADENA LINFÁTICA.

CUANDO LOS GANGLIOS Y VASOS LINFÁTICOS ESTÁN MECÁNICAMENTE BLOQUEADOS POR LAS CÉLULAS CANCEROSAS O POR OTRA CAUSA, SE PUEDEN PRODUCIR LAS LLAMADAS METÁSTASIS RETRÓGRADAS (4.6%), A UNA DISTANCIA DE 4 CM., O MÁS, A PARTIR DEL MARGEN DEL TUMOR. ESOS DOS HECHOS CONSTITUYEN LAS FUNDAMENTALES RAZONES PARA VERIFICAR EXCISIÓN EN BLOQUE DE LA LESIÓN PRIMARIA JUNTO CON EL DEPENDIENTE DRENAJE LINFÁTICO. LA DISEMINACIÓN SE VERIFICA SIGUIENDO LA RED LINFÁTICA YA DESCRITA.

DISEMINACION VENOSA.

ESTA PUEDE TENER LUGAR EN CUALQUIER PERÍODO DEL DESARROLLO DEL CÁNCER. ESTO INDICA QUE LA INVASIÓN DE VENAS PROBABLEMENTE TENGA LUGAR DESDE EL SITIO DEL TUMOR PRIMARIO Y, NO SOLAMENTE ES INDEPENDIENTE DE LA EXTENSIÓN LINFÁTICA, SINO QUE PUEDE AÚN OCURRIR ANTES QUE ESTOS ESTÉN TOMADOS EN DEFECTO DE UN SISTEMA INICIAL DEMOSTRABLE DEL DESARROLLO, PUEDE OCURRIR METASTÁSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR LA VÍA VENOSA PARAVERTEBRAL DESCRITA POR BÄTSON (8).

EXTENSIÓN PERINEURAL. HA SIDO DEMOSTRADA. LA EXTENSIÓN

DEL DESARROLLO PERINEURAL PUEDE SER RELACIONADA CON EL GRADO DE ANAPLASIA CELULAR, PERO NO PARECE ESTAR RELACIONADA CON EL SITIO DE LA LESIÓN EN EL INTESTINO. LA RECURRENCIA LOCAL DEL CÁNCER ES MAS DE DOS VECES PROBABLE QUE TENGA LUGAR CUANDO LA INFILTRACIÓN NERVIOSA DEL TUMOR PUEDE SER DEMOSTRADA, QUE EN LOS CASOS SIN INFILTRACIÓN PERINEURAL DEMOSTRABLE.

IMPLANTACIÓN LOCAL. CONSIDERACIONES DE RECURRENCIA LOCAL.

EL CÁNCER SITUADO BAJO LA REFLEXIÓN PERITONEAL TIENE UN ÍNDICE DE RECURRENCIA MAYOR QUE LAS LESIONES INTRAPERITONEALES DEL RECTO. ESTA INCIDENCIA SUGIERE QUE FACTORES ADEMÁS DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS INVADIDOS PUEDEN SER RESPONSABLES DEL ALTO ÍNDICE DE RECURRENCIA LOCAL OBSERVADA CUANDO EL CÁNCER ESTÁ POR DEBAJO DE LA REFLEXIÓN PERITONEAL.

FACTORES CONTRIBUYENTES SON: FALTA DE UNA PARED PROTECTORA PERITONEAL, PERMITIENDO LA PROPENSIÓN A LA EXTENSIÓN DE LA GRASA Y ESTRUCTURAS ADYACENTES Y LA RICA RED DE VASOS Y NERVIOS. FINALMENTE, LA PRESENCIA DE UN GRAN TUMOR, ORIGINADO EN LA PELVIS RÍGIDA, DIFICULTA LA EXPOSICIÓN Y HACE DIFÍCIL LA RESECCIÓN. BAJO ESAS CONDICIONES SE AGREGA EL "MASAJE" DEL TUMOR, LO QUE PROVOCA EMBOLIA INTRAVASCULAR, CAUSADA DIRECTAMENTE POR ROMPIMIENTO DEL TUMOR MISMO.

SIGNIFICACIÓN DE RECURRENCIA DE LA LÍNEA DE SUTURA.

LA RELACIÓN DE IMPLANTACIÓN DE RECURRENCIA LOCAL DE LA LÍNEA DE SUTURA FUE SUGERIDA EN 1935 POR GORDON WATSON Y SUS ASOCIADOS.

CUANDO SE ENCUENTRA CÁNCER EN LA LÍNEA DE SUTURA PARECE COMO UN "ICEBERG", CON LA PORCIÓN MAYOR FUERA DE LA PARED DEL IN-

TESTINO Y LA MAS PEQUEÑA PROYECTADA HACIA ADENTRO DE LA LÍNEA DE SUTURA. ESTO SUGIERE QUE LA RECURRENCIA SE ORIGINA FUERA DE LAS CAPAS DE LA PARED DEL INTESTINO. ESTA Y OTRA DOCUMENTADA EVIDENCIA ENFATIZA LA POSIBILIDAD DE LA EXTENSIÓN DEL CÁNCER DE IMPLANTACIÓN.

DEBERÁ, PUES, INVENTARSE UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA CURAR EL CÁNCER INTESTINAL QUE PREVENGA LA EXTENSIÓN VENOSA MANIPULATIVA, PARA PREVENIR LA IMPLANTACIÓN; PARA EXTIRPAR SUFICIENTE INTESTINO QUE INCLUYA AL MÁXIMO LA EXTENSIÓN INTRAMURAL Y PARA EXTIRPAR EL CÁNCER POR EXCISIÓN EN BLOQUE, JUNTO CON LAS DEPENDENCIAS USUALES DE DESARROLLO LINFÁTICO. (8).

CUADRO CLINICO.

SEMIOLOGIA.

EN SU INICIACIÓN, LA SINTOMATOLOGÍA PUEDE PASAR DESAPERCIBIDA, POR REPRESENTAR TRASTORNOS ANALES SOLAMENTE.

PARA SU ESTUDIO, PUEDEN DISTINGUIRSE TRES PERÍODOS EN LA EVOLUCIÓN DE UN CÁNCER RECTAL, QUE SON: EL DE COMIENZO, EL DE ESTADO Y EL DE TERMINACIÓN.

10. EL PERÍODO DE COMIENZO: ESTÁ MAL CARACTERIZADO POR SUS SÍNTOMAS VAGOS.

GENERALMENTE EXISTE CONSTIPACIÓN, ENFLAQUECIMIENTO, FENÓMENOS DISPÉPTICOS Y ANOREXIA, HASTA QUE COMIENZA A HACERSE EVIDENTES TRES SÍNTOMAS IMPORTANTES QUE SON: LOS TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN, LAS HEMORRAGIAS Y LOS DOLORES.

LOS TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN, SON RELATIVAMENTE TEMPRANOS EN LOS CÁNCERES DEL ESFÍNTER ANAL Y EN LOS SUPRA-AMPULARES, SOBRE TODO EN LOS QUE RADICAN EN LA UNIÓN DEL ASA SIGMOIDEA Y

EL RECTO, DADO QUE PRONTO SE HACEN ANULARES CONSTRIÑENDO EL INTESTINO; EN CAMBIO, LOS DE LA REGIÓN AMPULAR, SIENDO UNA ZONA ESPACIOSA, PERMITEN DE UN MODO MÁS PROLONGADO LA EVOLUCIÓN NO OBLITERANTE DE UN NEOPLASMA DE SUS PAREDES.

LA OBSTRUCCIÓN ES UN SÍNTOMA CONSTANTE, PUEDE ALTERNAR CON DEPOSICIONES SEUDODIARREICAS, RESULTANTES DEL MISMO ESTANCAMIENTO.

LAS MATERIAS FECALES SON MODIFICADAS EN SU FORMA Y CALIBRE POR EL MOLDE RÍGIDO POR EL CUAL DEBEN PASAR. SE LAS COMPARA A LA "PIÑA DEL CIPRÉS".

PUEDEN ESTABLECERSE PERÍODOS DE ESTREÑIMIENTO DE DIEZ A QUINCE DÍAS, DURANTE LOS CUALES CONTINÚAN FILTRANDO GASES. LA OCLUSIÓN VERDADERA, CON SUPRESIÓN HASTA DE GASES, ES RARA EN LOS CÁNCERES, AÚN EN EL ANULAR.

LOS TRASTORNOS GENERALMENTE SON VARIABLES. LA FORMA DISPÉPTICA CON TRASTORNOS DIGESTIVOS, INAPETENCIA CON ALTERNATIVAS DE ESTREÑIMIENTO Y DIARREA, EL ENFLAQUECIMIENTO Y PALIDEZ, NO SON PRECOCEZ. ESTA FORMA ES COMPARABLE AL CÁNCER DEL ESTÓMAGO, EN EL QUE NEOPLASMA NO REVELA SU PRESENCIA, MÁS QUE POR SÍNTOMAS DE DESNUTRICIÓN.

COMÚNMENTE, LAS ALTERACIONES DEL ESTADO GENERAL MARCHAN PARALELAMENTE A LOS PROGRESOS DE LA INFLILTRACIÓN NEOPLÁSICA, DE LAS PÉRDIDAS HEMORRÁGICAS Y DIARREICAS, DE SU ULCERACIÓN, Y DE LA AUTO-INTOXICACIÓN POR REABSORCIÓN DE LAS SUBSTANCIAS TÓXICAS, CUYO ORIGEN ESTÁ EN LA LESIÓN RECTAL Y EN EL ESTANCAMIENTO DE LAS MATERIAS FECALES POR ENCIMA DEL CÁNCER RECTAL.

HEMORRAGIAS: EL ENFERMO PUEDE IR A CONSULTAR A SU MÉDICO

POR TENER HEMORRAGIAS ANALES. NO HAY QUE OLVIDAR QUE ESTAS SON PRODUCIDAS POR LAS SIGUIENTES AFECCIONES: HEMORROIDES, FISURA, ÚLCERA, PROCTITIS, PÓLIPOS, TUMORES VELLOSO, CHANCROS, CHANCROIDES, CONDILOMAS Y CÁNCER.

HAY QUE PENSAR QUE LAS HEMORRAGIAS PUEDEN SER LAS MANIFESTACIONES APARENTEMENTE INICIALES DEL NEOPLASMA Y QUE PUEDEN PRESENTARSE CON UNA BRUSQUEDAD Y ABUNDANCIA EXCEPCIONALES CUANDO EL PROCESO HA LLEGADO A UN ESTADO AVANZADO.

GENERALMENTE, SON FILETES DE SANGRE QUE ACOMPAÑAN LA EXPULSIÓN DE MATERIAS FECALES DUKAS Y ALARGADAS. RARAMENTE SON DEYECCIONES NEGRUZCAS, POR HABER PERMANECIDO LA SANGRE EN EL RECTO.

CUANDO POR ENCIMA DEL NEOPLASMA SE HA DESARROLLADO UNA RECTITIS DE ALGUNA INTENSIDAD, LAS MATERIAS FECALES FORMAN MASAS GLEROSAS, ROSADAS Y ESTRIADAS DE SANGRE, A VECES DISENTERIFORMES, QUE SON EXPULSADAS POR DEFECACIONES FRECUENTES Y ACOMPAÑADAS DE TENESMO.

LOS DOLORES: SON POCO PRONUNCIADOS AL PRINCIPIO, A VECES CON LA APARIENCIA DE SIMPLES CÓLICOS Y, GENERALMENTE, CON METEORISMO DEBIDO AL ESTREÑIMIENTO.

SENSACIONES DE ESCOZOR Y QUEMADURAS O PINCHAZOS HACIA LA REGION DEL ANO ACOMPAÑAN A LA DEFECACIÓN.

A VECES ES UNA SENSACIÓN DE PESO IRRADIADO HACIA EL SACRO Y CÓXIS; GANAS DE DEFECAR EN VACÍO O "DE TENER UN TAPÓN QUE QUIERE SALIR", CONTINUANDO LA MISMA SENSACIÓN AÚN DESPUÉS DE DEFECAR.

LOS CÁNCERES DE LA REGIÓN ANAL, POSIBLEMENTE POR LA COM---

PLICACIÓN DE FISURAS, Y LOS SITUADOS EN LA PARTE BAJA DE LA AMPOLLA DETERMINAN DOLORES INTENSOS DESDE SU APARICIÓN.

CUANDO EL TUMOR SE HA PROPAGADO A LOS ÓRGANOS VECINOS Y HA INVADIDO EL PLEXO SACRO, EXPLICA LOS DESESPERANTES DOLORES EN LA PELVIS Y SU IRRADIACIÓN A LOS MIEMBROS INFERIORES.

20. EN EL PERÍODO DE COMPLICACIONES O DE EXTENSIÓN FUERA DEL RECTO: EL CÁNCER MANIFIESTA LA INVASIÓN DE LOS ÓRGANOS PERIRRECTALES Y LA ULCERACIÓN EN EL RECTO LE DÁ CARACTERÍSTICAS DEFINITIVAS. EL DOLOR PUEDE HACERSE INTENSÍSIMO Y DAR AL ENFERMO LA SENSACIÓN DE QUEMADURA O DE DESGARRO, POR LA NEURITIS DE INVASIÓN DE LOS FILETES NERVIOSOS Y POR LA RECTITIS.

SEGÚN CUALES SEAN LOS FILETES NERVIOSOS ATACADOS, PRODUCIRÁN IRRADIACIONES ALEJADAS DEL ANO Y DEL RECTO, YA SEA EN EL TRAYECTO DE LOS MIEMBROS INFERIORES, O EN LA REGIÓN PERINEAL O EN LA REGIÓN LUMBAR.

LOS DERRAMES SANGUÍNEOS SE HACEN MÁS FRECUENTES Y CON ELLO SE ACENTÚA LA ANEMIA DEL ENFERMO.

SI SE INFECTA LA LESIÓN NEOPLÁSICA, ES ACOMPAÑADA POR SECRECIONES PURULENTAS Y FÉTIDAS.

LA DEFECACIÓN ES MUY PENOSA. EN LA FORMA ANULAR, LAS HECES DEBEN TOMAR LA FORMA ACINTADA QUE REPRESENTA EL MENOR VOLUMEN. AÚN ASÍ, EL ENFERMO NECESITA HACER GRANDES Y PENOSOS ESFUERZOS PARA EXPULSAR UNA MÍNIMA CANTIDAD.

EL ESTADO GENERAL SE ALTERA PROFUNDAMENTE Y LA TOXI-INFECCIÓN ACENTÚA EL COLOR PAJIZO DE ESTOS ENFERMOS.

30. EN EL PERÍODO FINAL APARECEN TODA CLASE DE COMPLICACIONES: ABSCESOS, FÍSTULAS, ADENITIS INFLAMATORIAS, FLEBITIS DE MIEMBROS INFERIORES, INVASIÓN DE PERITONEO, OBSTRUCCIÓN POR

COMPRESIÓN DE URÉTERES Y CON ELLO FENÓMENOS RENALES; METÁSTASIS AL HÍGADO, AL PULMÓN, A LA COLUMNA VERTEBRAL, ETC. (1).

DIAGNOSTICO

EN CIRCUNSTANCIAS IDEALES EL CÁNCER DEL RECTO DEBERÍA DESCUBRIRSE CUANDO ES "PRESINTOMÁTICO". LA NEUROFISIOLOGÍA DEL RECTO ES TAL QUE LAS LESIONES A SU NIVEL NO SUELEN CAUSAR SÍNTOMAS EN ETAPA TEMBRANA.

EN CONSECUENCIA, LOS POSIBLES SÍNTOMAS PRECOCES DE ENFERMEDAD MALIGNA ADQUIEREN GRAN IMPORTANCIA: LA HEMORRAGIA Y EL CAMBIO EN EL RITMO DE EVACUACIÓN INTESTINAL.

ES MENESTER PENSAR EN EL CÁNCER DEL RECTO EN TODO ADULTO, SOBRE TODO HOMBRE, QUE HA PASADO DE LOS 40 AÑOS, QUE COMIENZE A TENER CONSTIPACIÓN, ALTERNANDO CON PERÍODOS DE FALSA DIARREA, QUE SU ESTADO GENERAL DECAIGA SIN CAUSA APARENTE.

EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER RECTAL DEBE INDUCIRSE POR EL EXAMEN GENERAL Y PRECISARSE POR EL EXAMEN LOCAL. REQUIERE, EN PRIMER LUGAR, PENSAR MUCHO EN SU POSIBLE EXISTENCIA, Y EN SEGUNDO LUGAR, PRACTICAR UN EXAMEN CUIDADOSO PARA DETERMINAR SU AUSENCIA O PRESENCIA.

LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO SON EL RECTAL Y PROCTOSCÓPICO. EL DIGITAL ES EL MÁS COMÚN. LA MAYOR PARTE DE LAS NEOPLASIAS RECTALES QUEDAN AL ALCANCE DEL DEDO EXAMINADOR; AL EXPLORARSE ASÍ EL RECTO DEBERÁ HACERSE POR TODA LA CIRCUNFERENCIA. LAS SENSACIONES VARÍAN CON EL TIPO DE LESIÓN. LA LESIÓN PUEDE SER UNA MASA BLANDA Y POLIPOIDE QUE DISMINUYE LA LUZ DEL INTESTINO CAUSANDO MAYOR O MENOR GRADO DE OBSTRUCCIÓN O SIN ELLA. ESTE TIPO DE LESIÓN, SOBRE TODO CUANDO ES POCO VOLUMINOSO FACILMENTE

PASA INADVERTIDA POR EL TACTO RECTAL SI EL EXAMINADOR NO TIENE EXPERIENCIA.

CUANDO EL CARCINOMA HA LLEGADO A SER UNA MASA ULCERADA Y CRATERIFORME, DE BORDES FIRMES Y ELEVADOS, ACOMPAÑADOS DE FIJACIÓN DE LA PARED RECTAL E INFILTRACIÓN DE LOS TEJIDOS VECINOS, RESULTA CASI IMPOSIBLE QUE EL TACTO RECTAL NO LO DESCUBRA, SIEMPRE QUE LA LESIÓN AFECTE LA MITAD INFERIOR DE ESTA PARTE DEL INTESTINO. INVADIENDO GRADUALMENTE TODA LA CIRCUMFERENCIA INTESTINAL, LA NEOPLASIA TÓRNASE ANULAR. EL CARCINOMA ANULAR DEL RECTO QUE QUEDA AL ALCANCE DEL DEDO EXAMINADOR, DA LA SENSACIÓN DE CUELLO UTERINO, NODULAR Y QUIZÁ DESGARRADO.

CUANDO EXISTE INFLAMACIÓN, AGREGADA A LA ULCERACIÓN SITUADA EN EL CANAL, EL EXAMEN ES DOLOROSO DEBIDO AL ESPASMO ASOCIADO.

LA PRESENCIA O AUSENCIA DE SANGRE EN EL DEDO QUE EXAMINA SERÁ SIEMPRE SEÑALADO.

EN LA MUJER, EL EXAMEN VAGINAL SERÁ REALIZADO COMO COMPLEMENTO DEL RECTAL, CON CAMBIO DE GANTES. POR ESE MEDIO SE PUEDE TENER LA SENSACIÓN DEL ESTADO DE INFILTRACIÓN DE LAS LESIONES DE LA PARED ANTERIOR DEL RECTO.

POR OTRA PARTE, EL TACTO RECTAL SUMINISTRA EL DATO ACERCA DE LA POSIBLE O PROBABLE EXTENSIÓN Y OPERABILIDAD DE LA LESIÓN Y ~~UN~~ NUNCA DEBE SER OMITIDO.

EL EXAMEN RECTOSCÓPICO. ES UN COMPLEMENTO DEL TACTO Y ÚNICO MEDIO DIRECTO DE VISUALIZAR LAS LESIONES Y PERMITE COMPROBAR O CALIFICAR LOS DATOS OBTENIDOS POR EL TACTO RECTAL, Y OBSERVAR LESIONES QUE SE HALLAN FUERA DEL ALCANCE DEL DEDO EXAMINADOR. LA

DISTANCIA ENTRE EL ANO Y LA ZONA DISTAL LESIONADA TIENE IMPORTANCIA PARA DETERMINAR EL TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MÁS ADECUADA. NO RESULTA DIFÍCIL DISTINGUIR ENTRE LA LESIÓN POLIPOIDE EN COLIFLOR Y UNA NEOPLASIA ULCERADA Y CRATERIFORME.

FINALMENTE, LA RECTOSCOPIA FACILITA LA OBTENCIÓN DE TEJIDO PARA BIOPSIA. AL ESTIMAR LOS RESULTADOS DE ÉSTA DEBE RECORDARSE QUE EL PATÓLOGO QUIZÁS BASE SU OPINIÓN SOLAMENTE EN LA MUESTRA RECIBIDA. SI CONTIENE CÉLULAS NEOPLÁSICAS Y PUEDE DEMOSTRARSE INVASIÓN MÁS ALLÁ DE LA MUSCULARIS MUCOSAE TAL INFORMACIÓN TIENE MUCHÍSIMO VALOR. SIN EMBARGO, SI LA PIEZA DE BIOPSIA NO INCLUYE EL CÁNCER QUE PUEDE HALLARSE EN TEJIDOS VECINOS, EL RESULTADO NEGATIVO DEL LABORATORIO QUIZÁ PROPORCIONE FALSA IMPRESIÓN DE SEGURIDAD Y POR TANTO RESULTA PELIGROSO. EL TEJIDO OBTENIDO DEBERÁ CONSTITUIR UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA LESIÓN, Y LA BIOPSIA DEBERÁ SER TOMADA DE ZONAS NO NECROSADAS.

EN LA MAYOR PARTE DE CASOS DE CARCINOMA RECTAL EL ESTUDIO RECTOSCÓPICO NO PRESENTARÁ DIFICULTAD. SIN EMBARGO, SERÁ BUENO TENER PRESENTE PARA ESTUDIO DIFERENCIAL LAS SIGUIENTES POSIBILIDADES: ENDOMETRIOSIS EN LA MUJER DURANTE LA ETAPA DE FERTILIDAD, CARCINOMA DE ORIGEN EXTRÍNSECO (POR EJEMPLO DEL OVARIO), DIVERTICULITIS, GRANULOMA AMIBIANO, ETC.

LA CAMPAÑA ANTICANCEROSA, POR LO QUE SE REFIERE AL CÁNCER DEL RECTO, DEBE INICIARSE PRESTANDO GRAN ATENCIÓN AL PROBLEMA DE LOS ADENOMAS O PÓLIPOS RECTALES, QUE DEBEN CONSIDERARSE COMO LESIONES PRECANCEROSAS. TEÓRICAMENTE, POR LO MENOS, PODRÍA EVITARSE EL CÁNCER DEL RECTO SI SE DESCUBIERAN Y SE EXTIRPARAN TODOS LOS PÓLIPOS DEL RECTO ANTES DE SU DEGENERACIÓN MALIGNA.

EL CRECIENTE NÚMERO DE RECTOSCOPIAS POR PARTE DEL MÉDICO GENERAL, EL INTERNISTA Y EL CIRUJANO, CONSTITUYE UN PASO EN ÉSTA BUENA DIRECCIÓN.

TRATAMIENTO

GRACIAS A LAS FACILIDADES DEL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DEL RECTO Y LAS PROBABILIDADES QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES CON TAL AFECCIÓN HA VUELTO EL PROBLEMA MÁS QUE TODO PARA EL CIRUJANO.

PRESENTA UNA BUENA OPORTUNIDAD PARA CUALQUIER CIRUJANO INTERESADO EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD MALIGNA, EN PRIMER LUGAR POR LA FACILIDAD DEL DIAGNÓSTICO, PORQUE ES COMÚN EN ES TA REGIÓN; EL 70 - 80% DE LAS LESIONES MALIGNAS DEL INTESTINO GRUESO OCURREN EN EL RECTO Y RECTO-SIGMOIDES. ADEMÁS, POR LA PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA DESPUÉS DEL PROCESO QUIRÚRGICO, YA SEA RESECCIÓN O TRATAMIENTO PALIATIVO.

ES TAMBIÉN UNA OPORTUNIDAD PARA EL CIRUJANO DEBIDO A QUE PUEDE ELIMINAR LA LESIÓN MALIGNA Y CURAR AL PACIENTE.

EN EL CASO DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO O DEL PULMÓN EL CIRUJANO OFRECE AL PACIENTE CINCO AÑOS DE SOBREVIDA EN MENOS DEL 10% DE CASOS, MIENTRAS QUE EN EL CÁNCER DEL RECTO HAY 50.6 DE CURA Y SI LA LESIÓN ESTA LIMITADA AL INTESTINO Y NO HAY EVIDENCIA DE INVASIÓN A VASOS LINFÁTICOS O SANGUÍNEOS, LOS CINCO AÑOS DE SOBREVIDA VALEN PARA UN 50 Ó 70% DE LOS CASOS.

AÚNQUE LA OPERACIÓN DE MILES PARA TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL RECTO Y RECTOSIGMOIDES ES SATISFACTORIA, SE LE HAN HECHO ALGUNAS OBJECIONES.

EN GENERAL, HA SIDO LA POLÍTICA DESDE 1945 USAR SOLO RESEC

CIÓN COMBINADA ABDOMINOPERINEAL PARA LESIONES LOCALIZADAS DE 0 A 5 CENTÍMETROS DEL ANO. PARA LESIONES LOCALIZADAS DE 6 A 10 CENTÍMETROS DEL ORIFICIO ANAL EL PROCEDIMIENTO FRECUENTEMENTE USADO HA SIDO LA OPERACIÓN CONSERVADORA DEL ESFÍNTER. EN GENERAL, LA RESECCIÓN ANTERIOR CON ANASTOMOSIS PRIMARIA HA SIDO FAVORECIDA POR LAS LESIONES DE MÁS DE 10 CENTÍMETROS DEL MARGEN ANAL.

UN NÚMERO DE ESTOS FACTORES, SIN EMBARGO, DEBE SER CONSIDERADO PARA DECIDIR CUAL ES EL MEJOR PROCEDIMIENTO CURATIVO PARA EL PACIENTE. EN REALIDAD, ESTA DECISIÓN PUEDE SER HECHA SOLO EN LA MESA DE OPERACIONES. OTRAS VARIACIONES AL TOMAR ÉSTA DECISIÓN ES EL TAMAÑO DE LA PELVIS, LA CANTIDAD DE GRASA ASOCIADA CON EL INTESTINO, EL TAMAÑO Y EXTENSIÓN DE LA LESIÓN, EL TIPO DE CUERPO Y GRADO DE OBESIDAD DEL PACIENTE, LA LONGITUD DEL SIGMOIDES Y LA FACILIDAD CON QUE PUEDA SER MOVILIZADO. ESTOS FACTORES SON DE GRAN IMPORTANCIA EN LOS CONCEPTOS TÉCNICOS DE LAS OPERACIONES.

EL PROCEDIMIENTO CONSERVADOR DEL ESFÍNTER HA GANADO CRECIENTE PROMINENCIA PARA LESIONES DE LA PARTE MEDIA Y SUPERIOR DEL RECTO; CON FRECUENCIA HA DESPLAZADO LA OPERACIÓN COMBINADA ABDOMINOPERINEAL (OPERACIÓN DE MILES) EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DEL RECTO-SIGMOIDES. EL USO CONTINUADO DE LA OPERACIÓN CONSERVADORA DEL ESFÍNTER, SIN EMBARGO, DEBE SER JUSTIFICADA SOBRE LA BASE DE LAS ESTADÍSTICAS DE SUPERVIVENCIA; ÉSTAS PARECEN COMPARARSE FAVORABLEMENTE CON LOS ÍNDICES DE SUPERVIVENCIA DE LAS OPERACIONES COMBINADAS ABDOMINOPERINEALES (MILES), USADAS BAJO CONDICIONES TAN IDÉNTICAS COMO HA SIDO POSIBLE.

ESTUDIO COMPARATIVO DE SUPERVIVENCIA DE 3 A 5 AÑOS PARA CADA UNO DE LOS TRES PROCEDIMIENTOS: RESECCIÓN COMBINADA ABDOMINO-PERINEAL (MILES) FUE DE 51.0% Y PARA EL PROCEDIMIENTO CONSERVADOR DEL ESFÍNTER DE 53.0%, SIENDO UN POCO MÁS ALTO PARA LA RESECCIÓN ANTERIOR.

LA TASA DE MORTALIDAD OPERATORIA PARA ESTOS GRUPOS ES DE 3.8%.

UNA COSA IMPORTANTE ES QUE EN TODA RESECCIÓN DEBE INCLUIRSE POR LO MENOS 2.5 CENTÍMETROS DE INTESTINO NORMAL DISTAL, CON RELACIÓN AL BORDE INFERIOR DEL TUMOR. LA CANTIDAD DE INTESTINO NORMAL PROXIMAL A LA LESIÓN, CLARO ESTÁ, DEBE SER MUCHO MAYOR PARA PODER ASEGURAR UNA RESECCIÓN AMPLIA DE ESTRUCTURAS LINFÁTICAS.

ANÁLISIS DE LOS CASOS

HE REVISADO LOS "CUADROS CLÍNICOS" DE LOS ARCHIVOS DEL HOSPITAL ROSALES DE TODOS LOS PACIENTES CON CÁNCER DEL RECTO Y QUE FUERON VISTOS Y TRATADOS EN ESTE CENTRO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS, O SEA DESDE 1951 A 1960, HABIENDO ENCONTRADO CINCUENTA Y UN CASOS EN TOTAL, DE LOS CUALES SOLO EN TREINTA Y CINCO CASOS SE COMPROBÓ HISTOLÓGICAMENTE EL DIAGNÓSTICO, RESULTANDO SER PRIMARIO EN VEINTISEIS CASOS Y NUEVE SECUNDARIOS; HUBO RECURRENCIA EN TRES CASOS Y DIECISEIS DE DIAGNÓSTICO NO COMPROBADO.

EL SIGUIENTE ANÁLISIS SE APLICA A TODOS LOS CASOS.

LA INCIDENCIA POR AÑO FUE LA SIGUIENTE:

1951	3
1952	2
1953	2
1954	6
1955	2
1956	7
1957	4
1958	7
1959	6
1960	<u>12</u>
T O T A L	51

COMO SE APRECIA, LA INCIDENCIA POR AÑO TIENDE A SER MAYOR EN LOS ÚLTIMOS AÑOS; INDUDABLEMENTE SE DEBE A QUE SE VERIFICAN MÁS PROCTOSCOPIAS EN LOS PADECIMIENTOS ANORRECTALES.

E D A D Y S E X O.

LA INCIDENCIA, CON RESPECTO A LA EDAD, VARÍA DE 20 A 75 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 47 AÑOS, RESULTANDO SER MÁS FRECUENTE DE 40 A 60 AÑOS. SIN EMBARGO, LA INCIDENCIA SIGNIFICANTE EN LOS GRUPOS MÁS JÓVENES ES MOSTRADA EN EL PRESENTE ESTUDIO Y ASÍ TENEMOS QUE DE LOS 51 CASOS REVISADOS, CATORCE CASOS O SEA EL 27.4% ERA MENOR DE 40 AÑOS. ES INTERESANTE HACER RESALTAR, UNA VEZ MÁS, QUE EL CARCINOMA DEL RECTO SE PRESENTE, CON NO Poca FRECUENCIA, EN PACIENTES CUYA EDAD SE HALLA POR DEBAJO DE LA LLAMADA "EDAD DEL CÁNCER", Y NOS DEBE HACER RECORDAR SIEMPRE QUE ESTA LESIÓN PUEDE OCURRIR EN JÓVENES.

CUADRO No. 11

<u>EDAD</u>	<u>No. DE CASOS</u>
20 - 30	4
31 - 40	10
41 - 50	13
51 - 60	12
61 - 70	10
71 - 80	<u>2</u>
T O T A L	51

SEXO

CON RESPECTO AL SEXO, COMO YA DIJIMOS ANTERIORMENTE, EN TODAS LAS ESTADÍSTICAS EXTRANJERAS LA INCIDENCIA ES MÁS FRECUENTE EN EL HOMBRE QUE EN LA MUJER EN PROPORCIÓN DE 3:2; EN NUESTRO ESTUDIO ESTO NO SE PUDO COMPROBAR Y ASÍ TENEMOS QUE VEINTE Y SIETE CASOS, O SEAN 52.94%, CORRESPONDEN AL SEXO FEMENINO Y 24 CASOS, O SEA 47.06%, CORRESPONDEN AL SEXO MASCULINO; ES DECIR, QUE EN NUESTRA SERIE LA INCIDENCIA RESULTA SER UN POCO MAYOR EN LA MUJER.

<u>SEXO</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE POR SEXO</u>
H O M B R E S	24	47.06%
M U J E R E S	<u>27</u>	<u>52.94%</u>
T O T A L E S	<u>51</u>	<u>100%</u>

SINTOMAS Y SIGNOS.

UNA REVISIÓN DE SÍNTOMAS EN ÉSTOS PACIENTES REVELÓ QUE EN 47 DE LOS 51 CASOS, Ó SEA EL 92.15%, PRESENTARON TRASTORNOS ANO-RECTALES, LOS CUALES CONSISTIERON EN CAMBIO EN EL HÁBITO DE DEFECAR, SANGRAMIENTO, DOLOR, DIARREA, PÉRDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO, PRURITO ANAL Y ESCURRIMIENTO PURULENTO RECTAL, SOLO EN DOS CASOS SE PRESENTÓ UN SOLO SÍNTOMA AISLADO Y ÉSTE CONSISTIÓ EN ESCURRIMIENTO PURULENTO RECTAL. EN LOS DEMÁS CASOS SIEMPRE SE PRESENTARON DOS O MÁS SÍNTOMAS COMBINADOS, CUYA INCIDENCIA ES LA SIGUIENTE: CAMBIOS EN EL HÁBITO DE DEFECAR; 41 CASOS (O SEA EL 80%); SANGRAMIENTO, 39 (O SEA 76.4%); DOLOR, 27 (O SEA 52.94%), DIARREA, 24 (O SEA 47.05%), DE LOS CUALES 10 CASOS ALTERNARON CON PERÍODOS DE ESTREÑIMIENTO; PÉRDIDA DE PESO, 10 CASOS, ESTREÑIMIENTO, 9, ESCURRIMIENTO PURULENTO 7 Y PRURITO ANAL 3 CASOS.

EN LOS CUATRO PACIENTES RESTANTES UNO NO PRESENTÓ SINTOMATOLOGÍA RECTAL, SINO QUE GINECOLÓGICA. EN LOS OTROS TRES CASOS NO SE ENCUENTRAN DATOS EN LOS EXPEDIENTES.

LA DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS VARIÓ DE UNOS POCOS DÍAS A 4 AÑOS, SIENDO SU MAYOR FRECUENCIA DE 6 - 8 MESES.

INCIDENCIA DE SÍNTOMAS PRINCIPALES:

CAMBIO EN HÁBITO DE DEFECAR	80%
SANGRAMIENTO	76.4%
DOLOR	52.94%
DIARREA	47.05%
ESTREÑIMIENTO	17.6%
ESCURRIMIENTO PURULENTO	13.7%
PRURITO ANAL	5.8%

EN SU INGRESO, EN 39 CASOS SE OBSERVÓ ANEMIA MODERADA; EN 4 CASOS EL ESTADO GENERAL ERA BASTANTE COMPROMETIDO Y EN 3 CASOS NO HAY DATOS AL RESPECTO. CINCO CASOS FUERON DECLARADOS CON UN ESTADO GENERAL SATISFACTORIO.

UN ENEMA BARITADO FUE PRACTICADO EN 4 PACIENTES; UN SOLO CASO REPORTÓ TUMOR RECTAL; EN OTROS TRES FUERON DECLARADOS NO CONTRIBUTORIOS.

SE VERIFICÓ ELECTROCARDIOGRAMA A TODOS LOS PACIENTES ARRIBA DE LOS 40 AÑOS; SOLO EN DOS CASOS SE REPORTÓ CIBRTA ANORMALIDAD. RADIOGRAFÍA DEL TÓRAX EN BUSCA DE METÁSTASIS FUE TOMADA A 30 PACIENTES, RESULTANDO NEGATIVO.

UN TUMOR FUE PALPADO POR EXAMEN DIGITAL EN LA PRIMERA CONSULTA EN 20 CASOS, O SEA 39.23%; EN TRES CASOS SE CONSTATÓ ESTRECHEZ Y EN UNO ULCERACIÓN. UN TUMOR VISIBLE ANAL SE OBSERVÓ EN CINCO CASOS.

EN NUEVE CASOS SE ENCONTRÓ HEMORROIDES Y EN OCHO CASOS DOLOR ABDOMINAL DIFUSO A LA PALPACIÓN; Y ENTRES CASOS NO HAY DATOS.

TUMOR RECTAL	20
ESTRECHEZ RECTAL	3
ULCERA RECTAL	1
TUMOR ANAL	5
HEMORROIDES	9
DOLOR ABDOMINAL	8
NO DATOS	3
PROLAPSO RECTAL	1
TUMOR ABDOMINAL	<u>1</u>
	<u>51</u>

1

ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE SOLO A TREINTA Y UN PACIENTES SE LES HIZO TACTO RECTAL EN PRIMERA CONSULTA, RESULTANDO NEGATIVA EN TRES CASOS; EN TRES CASOS SE HIZO EN SEGUNDA CONSULTA; EN UNO EN LA TERCERA; EN CARTORCE PACIENTES ÉSTE FUE VERIFICADO EN EL SERVICIO Y EN TRES PACIENTES NO SE ENCUENTRAN DATOS A ESE RESPECTO.

DIAGNÓSTICO.

UN RETARDO EN EL DIAGNÓSTICO VARIÓ DESDE UNOS DÍAS HASTA TRES AÑOS. EN VEINTE Y DOS CASOS, O SEA EL 43.14%, EL DIAGNÓSTICO SE HIZO DESDE LA PRIMERA CONSULTA, TRES CASOS FUERON REFERIDOS A ESTE CENTRO CON DIAGNÓSTICO YA COMPROBADO. EN VEINTISEIS PACIENTES, O SEA 50.98%, ÉSTE SE VERIFICÓ AL INGRESAR AL HOSPITAL Y ESTE RETARDO SE DEBIÓ A NEGLIGENCIA DE PARTE DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE, PUES, A PESAR DE QUE CASI LA TOTALIDAD DE LOS PACIENTES PRESENTARON TRASTORNOS RECTALES, SOLO EN 60.7% SE PRACTICÓ TACTO RECTAL DESDE LA PRIMERA CONSULTA; SIN EMBARGO, ÉSTE FUE HECHO POSTERIORMENTE CONSTITUYENDO LA LLAVE DEL DIAGNÓSTICO. EL DIAGNÓSTICO, AUNQUE RETARDADO EN MUCHOS CASOS, NO OFRECIÓ PROBLEMAS CUANDO SE PENSÓ EN ÉL Y SE BUSCÓ POR EL EXAMEN DIGITAL, PUES EN TODOS LOS CASOS CUANDO SE VERIFICÓ TACTO RECTAL EL DIAGNÓSTICO FUE HECHO O SOSPECHADO.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

SE PRACTICÓ BIOPSIA EN CUARENTA Y CUATRO CASOS, O SEA 86.27% EN LOS OTROS SIETE CASOS EN QUE NO SE VERIFICÓ, EN DOS CASOS NO SE HIZO PORQUE LOS PACIENTES EXIGIERON EL ALTA ANTES DE VERIFICARSE, ESTANDO HOSPITALIZADOS CUATRO Y OCHO DÍAS RESPECTIVAMENTE. UN CASO ERA PACIENTE DE CONSULTA EXTERNA Y NO REGRESÓ EL DÍA IN

DICADO PARA LA BIOPSIA. EN UN CASO NO APARECE DATO A ESTE RESPECTO. Y LOS ÚLTIMOS TRES CASOS FUERON REFERIDOS YA CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER RECTAL, UNO DE LOS CUALES FUE TRATADO MÉDICAMENTE Y DADO DE ALTA A LOS DOS MESES CON EL MISMO DIAGNÓSTICO Y EN EL MISMO ESTADO, A LOS DOS RESTANTES SE LES HIZO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL, ESTOS DOS CASOS POR NO APARECER REPORTE HISTOLÓGICO EN EL CUADRO LOS HE INCLUIDO EN ESTE GRUPO, A Pesar de haberseles practicado una operación radical.

DE LOS CUARENTA Y CUATRO PACIENTES EN QUIENES SE TOMÓ BIOPSIA, EN CUATRO CASOS NO APARECE EL RESULTADO EN EL CUADRO; PERO SE VERIFICÓ. EN CUATRO NO SE PUDO COMPROBAR MALIGNIDAD; EN DOS DE ELLOS SE HIZO UNA SEGUNDA, RESULTANDO SIEMPRE NEGATIVA. CUATRO DE ESTOS PACIENTES FUERON CONSIDERADOS COMO ADOLECIENDO DE LESIÓN MALIGNA A PESAR DE LA NEGATIVIDAD DE LA BIOPSIA Y SE LES PROPUSO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, PERO LO REHUSARON.

SE OBTUVO RESULTADO POSITIVO EN TREINTA Y CINCO CASOS, CUYA INCIDENCIA ES LA SIGUIENTE: ADENOCARCINOMA VEINTE Y TRES CASOS, CARCINOMA ESPINOCELULAR SIETE CASOS, DE LOS CUALES SOLO UNO ES PRIMARIO DEL RECTO Y SEIS SECUNDARIOS A CARCINOMA ANAL, DOS CARCINOMAS BASOCELULARES TAMBIÉN SECUNDARIOS A CARCINOMA ANAL. HUBO DOS CASOS DE MELANOCARCINOMA SIENDO UNO PRIMARIO Y OTRO SECUNDARIO A CARCINOMA ANAL, UN CASO DE LINFOSARCOMA.

DIAGNOSTICO ANATOMICO

<u>CLASE DE TUMOR</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
ADENOCARCINOMA	23	65.71%
CARCINOMA ESPINOCELULAR	7	20 %
CARCINOMA BASOCELULAR	2	5.72%
MELANOCARCINOMA	2	5.71%
LINFOSARCOMA	<u>1</u>	<u>2.86</u>
TOTAL	<u>35</u>	<u>100.%</u>

COMO PUEDE VERSE, DE LOS CINCUENTA Y UN CASOS REVISADOS SOLO EN TREINTA Y CINCO CASOS SE PUDO DEMOSTRAR MALIGNIDAD, O SEA EL 68.63%.

ES IMPORTANTE HACER RESALTAR LA NECESIDAD IMPERANTE DE BIOPSIAR A TODOS ESTOS PACIENTES.

PROCTOSCOPÍA.

LA LESIÓN FUE VISUALIZADA EN VEINTE Y NUEVE PACIENTES POR MEDIO DE LA RECTOSCOPÍA; ÚNICAMENTE EN UN SOLO CASO SE HIZO PROCTOSIGMOIDOSCOPÍA; TODOS FUERON BIOPSIADOS. EN UN CASO NO SE PUDO VERIFICAR POR ESTRECHEZ EXTREMA; EN VEINTE CASOS NO SE ENCUENTRAN DATOS A ESTE RESPECTO, DÁNDOSE POR ENTENDIDO QUE NO SE VERIFICÓ.

LA LOCALIZACIÓN.

EN ESTA SERIE DE PACIENTES SOLO FUE DETERMINADA EN VEINTE Y CUATRO PACIENTES, O SEA EN EL 47.06%, DE LOS CUALES SE ENCONTRÓ EL TUMOR: EN SIETE CASOS DE 0 A 5 CENTÍMETROS DE DISTANCIA DEL ANO Y EN DIEZ Y SIETE CASOS DE SEIS A DIEZ CENTÍMETROS; EN CINCO CASOS, A PESAR QUE SE PRACTICÓ RECTOSCOPÍA, NO APARECE ESTE DATO Y EN UNO DE ÉSTOS SOLO REPORTAN TUMOR PAPILOMATOSO QUE PA-

RECIBIR CORRESPONDER A HEMORROIDES Y NO SE LE TOMÓ BIOPSIA, HABIÉNDOSE COMPROBADO MÁS TARDE ADENOCARCINOMA. EN EL RESTO DE LOS CASOS NO EXISTE NINGUN DATO DE LOCALIZACIÓN, O SEA EN EL 52.94%. COMO YA HEMOS VISTO, LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN CON RESPECTO AL ANO CONSTITUYE UNA DE LAS BASES MÁS IMPORTANTES PARA EL PLANEAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTA CLASE DE LESIONES Y POR ESO NUNCA DEBE OMITIRSE ESTE DATO EN ESTA CLASE DE ENFERMOS, DADA LA IMPORTANCIA ESENCIAL PARA UN TRATAMIENTO ADECUADO.

CISTOSCOPIA.

FUE VERIFICADA EN DOS CASOS, NO HABIENDO ENCONTRADO EN NINGUN CASO EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.

HOSPITALIZACIÓN.

ESTA VARIÓ DE CUATRO DÍAS A UN AÑO PARA TODOS LOS PACIENTES DE LA SERIE Y EN LOS PACIENTES QUE SUFRIERON UNA OPERACIÓN RADICAL FUE DE 34 DÍAS A UN AÑO.

CARCINOMA RECURRENTE.

LA RECURRENCIA DE CARCINOMA SE ENCUENTRA REPORTADA EN TRES CASOS. EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESPUÉS DE OPERADO VARIÓ DE CINCO MESES A TREINTA MESES. DOS CASOS FUERON DECLARADOS INOPERABLES Y FUERON TRATADOS MÉDICAMENTE. UN CASO, HACÍA CINCO MESES SE LE HABÍA PRACTICADO RESECCIÓN ANTERIOR Y SE LE PRACTICÓ UNA COLOSTOMÍA PERMANENTE POR ESTRECHEZ RECTAL.

TRATAMIENTO.

EN UN ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO EN ESTOS PACIENTES SE REVELÓ LO SIGUIENTE: DE LOS CINCUENTA Y UN CASOS, SEIS RECIBIERON TRATAMIENTO MÉDICO POR HABER SIDO CONSIDERADOS INOPERABLES; EN TRES

CASOS NO SE HIZO NINGÚN TRATAMIENTO DEBIDO AL POCO TIEMPO QUE PERMANECIERON EN EL HOSPITAL, QUE VARIÓ DE 4 A 8 DÍAS, NO PUDIÉNDOSE HACER NINGÚN ESTUDIO HISTOLÓGICO POR EXIGIR ALTA EL PACIENTE.

CATORCE PACIENTES REHUSARON EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, MUY A PESAR DE HABÉRSELES COMUNICADO SU CONVENIENCIA Y A LO QUE SE EXPONÍAN AL REHUSAR TAL TRATAMIENTO.

DE LOS CATORCE PACIENTES QUE REHUSARON SER OPERADOS EN 4 CASOS NO SE PUDO COMPROBAR HISTOLÓGICAMENTE LESIÓN MALIGNA, PERO FUERON CONSIDERADOS COMO ADOLECIENDO DE CÁNCER RECTAL A PESAR DE LA NEGATIVIDAD DE LA BIOPSIA, DADA LA EVIDENCIA CLÍNICA, Y SE LES PROPUSO TRATAMIENTO.

EN 28 CASOS SE VERIFICÓ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, DE LOS CUALES EN DIEZ CASOS LA INTERVENCIÓN FUÉ DE TIPO PALIATIVO Y EN DIEZ Y OCHO CASOS SE VERIFICÓ UNA OPERACIÓN RADICAL, DE LOS CUALES SOLO DOS CASOS FUERON CONSIDERADOS COMO NO CURATIVO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. EL TIPO DE OPERACIÓN QUE SE VERIFICÓ FUE EL SIGUIENTE: COLOSTOMÍA, RESECCIÓN ANTERIOR, RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL, CON CONSERVACIÓN DE ESFÍNTER ANAL Y RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL TIPO MILES.

UN ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO VERIFICADO A LOS VEINTE Y OCHO CASOS REVELÓ LO SIGUIENTE: EN DOS CASOS SE HIZO LAPARATOMÍA EXPLORADORA, TOMÁNDOSE ÚNICAMENTE BIOPSIA POR SER CONSIDERADOS AVANZADOS; EN UNO DE ESTOS CASOS SE ENCONTRÓ UN QUISTE DEL OVARIO DERECHO, EL CUAL FUE TAMBIÉN REMOVIDO Y CUYO REPORTE HISTOLÓGICO RESULTÓ SER UN QUISTE GELATINOSO.

EN SIETE CASOS SE HIZO COLOSTOMÍA COMO TRATAMIENTO PALIA-

TIVO; EN UN CASO FUE HECHA POR PRESENTAR EL PACIENTE UN CUADRO OCLUSIVO; OTRO CASO RECIBIÓ RADIOTERAPIA ANTES DE LA COLOSTOMÍA. SOLO EN UN SOLO CASO SE VERIFICÓ COLOSTOMÍA TRANSVERSA; EN ESTE CASO ES IMPORTANTE HACER RESALTAR QUE DOS MESES ANTES REHUSÓ INTERVENCIÓN Y DOS MESES DESPUÉS REGRESÓ YA CON FÍSTULA VESICAL Y DECLARADO INOPERABLE.

EN UN CASO SE VERIFICÓ LA EXTIRPACIÓN DEL TUMOR POR VÍA RECTAL, POR HABER REHUSADO UNA OPERACIÓN RADICAL (ABDOMINOPERINEAL), EL PACIENTE FUE DADO DE ALTA Y NO REGRESÓ A CONTROL.

RESECCIÓN ANTERIOR. SE VERIFICÓ ÚNICAMENTE EN DOS PACIENTES. EN EL PRIMER CASO LA EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ABDOMINAL NO DEMOSTRÓ EVIDENCIA DE MALIGNIDAD; SE TOMÓ MUESTRA DE UN GANGLIO Y SE VERIFICÓ EXAMEN HISTOLÓGICO POR CONGELACIÓN, NO DEMOSTRÁNDOSE MALIGNIDAD. CINCO MESES DESPUÉS DE LA OPERACIÓN REGRESÓ, SIENDO DECLARADO COMO ADOLECIENDO DE ESTRECHEZ CICATRICIAL, LO QUE OBLIGÓ A PRACTICARLE UNA COLOSTOMÍA PERMANENTE.

EL SEGUNDO CASO EN EL CUAL SE VERIFICÓ RESECCIÓN CON CONSERVACIÓN DEL ESFÍNTER, EL PACIENTE REGRESÓ TRES MESES DESPUÉS POR DIFICULTAD PARA DEFECAR, SIENDO DECLARADO COMO ADOLECIENDO DE ESTRECHEZ POR RECIDIVA DEL CARCINOMA Y SE LE PRACTICÓ UNA COLOSTOMÍA PERMANENTE.

EN DIECISEIS PACIENTES, O SEA EN EL 31.8%, SE PRACTICÓ LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DEL RECTO. DE ÉSTOS FUERON CONSIDERADOS CURATIVOS CATORCE Y DOS PALIATIVOS, PUES EN LOS DOS CASOS HABÍA METÁSTASIS GANGLIONARES COMPROBADA HISTOLÓGICAMENTE DE GANGLIOS RETROPERITONEALES E INVASIÓN AL CIEGO. DESPUÉS HUBO METÁSTASIS INGUINAL EN LOS DOS CASOS.

EN TRES CASOS EN QUE SE VERIFICÓ LA RESECCIÓN ABDOMINOPERI-
NEAL SE VERIFICARON PROCESOS OPERATORIOS ADICIONALES AL MOMENTO
DE LA OPERACIÓN, QUE CONSISTIÓ EN LO SIGUIENTE: PRIMER CASO: SE
PRACTICÓ HISTERECTOMÍA SUB-TOTAL Y SALPINGO-OVARIECTOMÍA IZQUIERDA
POR QUISTE DEL OVARIO; EL REPORTE HISTOLÓGICO FUE NEGATIVO: A
MALIGNIDAD Y UN QUISTE SIMPLE DEL OVARIO. SEGUNDO CASO: SE HIZO
APENDICECTOMÍA PROFILÁCTICA. TERCER CASO: SE PRACTICÓ TAMBIÉN
APENDICECTOMÍA Y EXTIRPACIÓN DE PARED POSTERIOR DE LA VAGINA YA
ESTABA INVADIDA. EL REPORTE HISTOLÓGICO DEMOSTRÓ UN APÉNDICE
NORMAL Y PARED POSTERIOR DE VAGINA CON EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.

EN DOS CASOS LA OPERACIÓN FUÉ RETARDADA; EN EL PRIMER CASO
POR HABERLA REHUSADO EL PACIENTE, EL CUAL REGRESÓ CUATRO MESES
DESPUÉS DECIDIDO A OPERARSE; EN EL SEGUNDO CASO PRIMERAMENTE SE
EXTIRPÓ EL TUMOR POR VÍA RECTAL, POR TEMOR A QUE NO RESISTIERA
UNA OPERACIÓN MÁS RADICAL DADAS SUS CONDICIONES PRECARIAS Y SU
EDAD, PERO CUATRO MESES DESPUÉS REGRESÓ CON ESTRECHEZ CICATRI-
CIAL, LO QUE OBLIGÓ A QUE SE HICIERA LA RESECCIÓN ABDOMINOPERI-
NEAL, LA CUAL FUE MUY TOLERADA POR LA PACIENTE, HABIÉNDOSE PRE-
SENTADO A CONTROL POR DOS AÑOS CONSECUTIVOS, PRESENTANDO BUEN
FUNCIONAMIENTO DE SU COLOSTOMÍA.

DOS CASOS EN QUIENES SE PRACTICÓ LA RESECCIÓN ABDOMINOPERI-
NEAL CONSULTARON: EL PRIMERO, UN AÑO DESPUÉS DE SER OPERADO, POR
MAL FUNCIONAMIENTO DE COLOSTOMÍA, ESTANDO INGRESADO POR DIEZ
DÍAS Y SE LE HIZO REVISIÓN DE COLOSTOMÍA; EL SEGUNDO PACIENTE
CONSULTÓ DOS VECES EN UN PERÍODO DE OCHO MESES DESPUÉS DE OPERA-
DO SIEMPRE POR EL MAL FUNCIONAMIENTO DE COLOSTOMÍA, HABIENDO SI-
DO NECESARIO REVISAR LA COLOSTOMÍA EN LAS DOS OCASIONES.

SEGUN TRATAMIENTO.

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%SEGÚN TRATAMIENTO.</u>
QUIRÚRGICO	28	54.90%
REHUSARON OPERACIÓN	14	27.45%
MÉDICO	6	11.77%
NINGUNO	<u>3</u>	<u>5.88%</u>
TOTAL	<u>551</u>	<u>100.%</u>

SEGUN CLASE DE OPERACION

<u>OPERACIÓN</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>%DE OPERACIÓN.</u>
COLOSTOMÍA	7	25%
LAPARATOMÍAS EXPLORADORAS	2	7.15%
EXTIRPACIÓN DE TUMOR POR VÍA RECTAL.	1	3.57%
RESECCIÓN ANTERIOR	2	7.14%
RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL	<u>16</u>	<u>57.14%</u>
TOTAL	<u>28</u>	<u>100.%</u>

COMO YA HEMOS VISTO ANTERIORMENTE, LA OPERACIÓN DE MILES AUNQUE SIGUE TENIENDO GRAN ACEPTACIÓN ENTRE LOS CIRUJANOS PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER RECTAL QUE ES EL INDICADO, LA TENDENCIA CRECIENTE DE LOS CIRUJANOS MODERNOS EN LOS ÚLTIMOS QUINCE AÑOS HA SIDO TRATAR DE CONSERVAR EN LA MAYOR PARTE DE CASOS EL ESFÍNTER ANAL. EN NUESTRA SERIE SOLO HEMOS ENCONTRADO DOS CASOS Y CON MALOS RESULTADOS, PUES LOS DOS CASOS TERMINARON POR VERIFICÁRSELES UNA COLOSTOMÍA PERMANENTE Y UNO CONSIDERADO COMO CÁNCER RECIDIVANTE. COMO SE VE, LA EXPERIENCIA AQUÍ NO CONCUERDA CON CONCLUSIONES EXTRANJERAS, QUIENES

HAN HECHO TRABAJOS ENTRE CASOS TRATADOS POR LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL Y LA CONSERVADORA DE ESFINTER DEMOSTRANDO UN ÍNDICE DE SOBRE VIDA SIMILAR. EL FRACASO CON ESTA CLASE DE INTERVENCIÓN EN NUESTRO MEDIO ES DIFÍCIL DE DETERMINAR. EN PRIMER LUGAR NO EXISTEN DATOS DE LA LOCALIZACIÓN EXACTA DE LA LESIÓN; ADEMÁS DOS CASOS NO DEMUESTRAN NINGUNA EXPERIENCIA PARA UN CIRUJANO Y POR LO TANTO NO PODEMOS JUZGAR SI EL PROCEDIMIENTO FUE BIEN INDICADO O NO, ES DECIR, LA VERDADERA CAUSA DEL MAL RESULTADO OBTENIDO, Y SE NECESITAN UNA SERIE DE CASOS MÁS GRANDES PARA HACER DETERMINACIONES CONCLUYENTES A ESTE RESPECTO.

PREDOMINA, PUES, EN NUESTRA SERIE, COMO TRATAMIENTO CURATIVO PARA EL CÁNCER RECTAL, LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL TIPO MILES, CON LA QUE SE HAN OBTENIDO MEJORES RESULTADOS.

COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS.

NO EXISTEN MAYORES DATOS A ESTE RESPECTO, SOLO TRASTORNOS URINARIOS, COMO RETENCIÓN URINARIA; EN UN SOLO CASO HUBO NECESIDAD DE PRACTICAR PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL, Y UN CASO PRESENTÓ CUADRO OCLUSIVO POR BRIDAS UN MES DESPUÉS DE INTERVENIDO Y SE LE PRACTICÓ LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.

MORTALIDAD.

UN DATO MUY ALAGADOR Y DE PRESTIGIO PARA NUESTROS CIRUJANOS ES QUE DE TODOS LOS PACIENTES NO SE ENCUENTRA NI UN SOLO CASO DE MUERTE OPERATORIA, LO QUE DEMUESTRA QUE ESTOS PACIENTES TUVIERON UN PREOPERATORIO BIEN CONDUCIDO. A TODOS LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS SE LES PRACTICÓ UN ELECTROCARDIOGRAMA; DOS CASOS DE RIESGO DUDOSO FUERON AUTORIZADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, DEBIÉNDOSE A ÉSTAS CIRCUNSTANCIAS QUE EL PROCESO OPERATORIO Y ANESTÉSICO REPRESENTARON UN RIESGO SA-

TISFACTORIO PARA ESTOS PACIENTES, PUES CADA CASO FUE LO BASTAN
TE BIEN EVALUADO.

DE TODOS LOS CASOS EN QUIENES SE PRACTICÓ LA RESECCIÓN AB
DOMINOPERINEAL., SÓLO EN UN SOLO CASO SE PUDO CONSTATAR SU FA-
LLECIMIENTO DOS AÑOS DESPUÉS DE OPERADO.

UN DATO IMPORTANTE Y QUE DESAFORTUNADAMENTE NO SE PUDO OB
TENER ES EL ÍNDICE DE SUPERVIVENCIA POST-OPERATORIO, PUES SON
POCOS LOS PACIENTES QUE SE HAN PRESENTADO A CONTROL. ADEMÁS,
MUCHOS CASOS SON DE AÑOS RECIENTES, NO HABIENDO TRANSCURRIDO
TODAVÍA EL TIEMPO NECESARIO PARA HABLAR DE SUPERVIVENCIA DE
CINCO AÑOS O MÁS.

Y ASÍ TENEMOS QUE DE LOS DIECIOCHO PACIENTES QUE FUERON
SOMETIDOS A UNA OPERACIÓN RADICAL, DOS CASOS EN LOS QUE SE HI-
ZO LA RESECCIÓN ANTERIOR TIENEN CONTROL UNO A LOS SEIS MESES Y
OTRO TRES MESES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN; DE LOS DIEZ CASOS
EN QUE SE VERIFICÓ LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL HAY UN SOLO
CASO QUE SE PRESENTÓ SEIS AÑOS DESPUÉS DE OPERACIÓN, CONSULTAN
DO POR UN TRAUMA CRANEANO. DOS CASOS CONTROLADOS DURANTE DOS
AÑOS, TRES CASOS TIENEN CONTROL DE UN AÑO Y UNO POR OCHO MESES.
ES IMPORTANTE HACER RESALTAR QUE EN DOS PACIENTES EN QUIENES
DURANTE LA INTERVENCIÓN SE DEMOSTRÓ METÁSTASIS GANGLIONAR RE--
TROPERITONEAL Y QUE FUERON CONSIDERADOS COMO NO CURATIVOS SE
PRESENTARON UNO UN AÑO DESPUÉS Y EL OTRO DOS AÑOS DESPUÉS, PRE-
SENTANDO METÁSTASIS INGUINAL Y DADOS DE ALTA EN CONDICIONES DE
MEJORADOS; ESTO NOS AUTORIZA PARA PENSAR QUE SI ESTOS PACIEN--
TES, EN QUIENES LA OPERACIÓN FUE DECLARADA NO CURATIVA, TIENEN
UN ÍNDICE DE SOBREVIDA DE NO MENOR DE DOS AÑOS, AQUELLOS PACIEN

SE LE PRACTICÓ RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL 10 MESES DESPU
DE LA PRIMERA CONSULTA, ENCONTRÁNDOSE INVASIÓN DEL SIGMOIDES
UNA BIOPSIA DE GANGLIO RETRAPERITONEAL FUE POSITIVA A METÁSTA-
SIS. FUE DADO DE ALTA DOS MESES DESPUÉS DE OPERADO. LA OPERA-
CIÓN FUE CONSIDERADA COMO NO CURATIVA.

UN AÑO DESPUÉS DE SALIR DEL HOSPITAL CONSULTÓ NUEVAMENTE
POR TUMOR EN LA INGLE QUE RESULTÓ SER METÁSTASIS; Y SE HIZO DI-
SECCIÓN RADICAL DE LA INGLE. ONCE MESES DESPUÉS CONSULTÓ NUE-
VAMENTE POR OTRA TUMORACIÓN INGUINAL, QUE RESULTÓ SIEMPRE SER
METÁSTASIS, INGRESÁNDOLO POR CUATRO MESES Y FUE DADO DE ALTA
AL ESTAR MEJORADO. NO REGRESÓ A CONTROL. EL DIAGNÓSTICO FUE
HECHO DIEZ MESES DESPUÉS DE PRIMERA CONSULTA.

Caso No. 11

MUJER DE 74 AÑOS.

CONSULTÓ POR CAMBIOS EN EL HÁBITO DE DEFECAR. HACE SEIS M
SES CÁMARAS PEQUEÑAS CON SANGRE Y CON PUJOS. HA PERDIDO PESO
HACE DOS MESES.

AL EXAMEN SE ENCONTRÓ TUMORACIÓN DURA PEDICULADA Y MÓVIL
EN LA AMPOLLA RECTAL, CON ESCURRIMIENTO SEROSANGUINOLENTO Y FÉ-
TIDO.

1- PÓLIPO RECTAL.

IMPRESIÓN CLÍNICA:

2- NEOPLASIA MALIGNA DEL
RECTO.

FUE INGRESADA, PRACTICÁNDOSELE PROCTOSCOPIA Y BIOPSIA EN
DOS OCASIONES, SIENDO REPORTADAS AMBAS COMO ADENOCARCINOMA.

LA RADIOGRAFÍA DEL TÓRAX REPORTÓ FIBROSIS Y ENFISEMA PUL-
MONAR.

UN HEMOGRAMA REPORTÓ ANEMIA MODERADA.

UNA CARDIOLIPINA FUE NEGATIVA.

SE LE EXTIRPÓ TUMOR POR VÍA RECTAL COMO TRATAMIENTO PALIATIVO, POR CREERSE QUE NO RESISTIRÍA UNA OPERACIÓN RADICAL.

CONSULTÓ NUEVAMENTE CUATRO MESES DESPUÉS DE INTERVENIDA POR OBSTRUCCIÓN RECTAL.

UN ENEMA BARITADO REVELÓ MASA RECTAL QUE NO PERMITIÓ PASO DE SUSTANCIA OPACA AL COLON. UNA CISTOSCOPIA NO DEMOSTRÓ EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.

SE DECIDIÓ PARATICARLE UNA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL Y FUE DADA DE ALTA DOS MESES DESPUÉS. ESTA PACIENTE HA ESTADO EN CONTROL DURANTE UN AÑO Y LA COLOSTOMÍA FUNCIONA BIEN.

CASO III.

MUJER DE 49 AÑOS.

CONSULTÓ POR TENER CINCO AÑOS DE PADECER "DEL INTESTINO", QUE CONSISTÍA EN EVACUACIONES INTESTINALES CADA DOS O TRES DÍAS CON DIFICULTAD, EXPULSANDO LIGONES PURULENTOS Y SANGRE AL FINAL DE LA DEFECACIÓN.

EL EXAMEN SOLO REVELÓ DOLOR ABDOMINAL DIFUSO A LA PALPACIÓN; NO SE VERIFICÓ TACTO RECTAL.

SE LE DIAGNÓSTICÓ "COLITIS" Y FUE REFERIDA A GASTROENTEROLOGÍA. AQUÍ FUE VISTA OCHO DÍAS DESPUÉS Y CATALOGADA Y TRATADA COMO "COLON IRRITABLE", SIN NINGÚN EXAMEN. UN MES DESPUÉS, COMO LOS SÍNTOMAS PERSISTIERAN, SE LE HIZO PROCTOSCOPIA Y BIOPSIA DE UN PÓLIPO RECTAL Y SE RECOMENDÓ SU EXTIRPACIÓN, PERO FUE DADA DE ALTA, SIN RECOMENDACIÓN AL SALIR. SIETE MESES DESPUÉS CONSULTA POR TENER LOS MISMOS TRASTORNOS AL LA PROCTOSCOPIA REVELÓ

AL ASPECTO DE TUMOR FUE DESCRITO COMO TUMOR FUNGOSO SANGRANTE. EL CIRUJANO DECIDIÓ SOLO TOMAR BIOPSIA, SIENDO REPORTADA COMO ADENOCARCINOMA GRADO I.

DIEZ DÍAS DESPUÉS SE LE PRACTICÓ RESECCIÓN ABDOMINOPERITONEAL; LA EXPLORACIÓN ABDOMINAL NO EVIDENCIÓ METÁSTASIS Y ADEMÁS SE LE EXTIRPÓ EL APÉNDICE. FUE DADA DE ALTA DESPUÉS DE SESENTA Y SIETE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.

Caso No. IV.

MUJER DE 40 AÑOS.

CONSULTÓ POR TRAUMA TORÁCICO Y CÁMARAS CON SANGRE, DE TRES DÍAS DE EVOLUCIÓN. EN ESTA CONSULTA NO HAY DATOS DE EXAMEN FÍSICO Y LE RECETARON ANTIANÉMICOS.

DIEZ DÍAS DESPUÉS SE PRESENTÓ A CONSULTA MEJORADA DE SU DIARREA, PERO CON GRAN ANOREXIA; SE LE DIÓ VITAMINAS Y NO SE EXAMINÓ.

YA NO CONSULTÓ SINO HASTA DIECIOCHO MESES DESPUÉS POR DIARREA CON CÁMARAS INCONTABLES, DE OCHO DÍAS DE EVOLUCIÓN, CON SANGRE TENESMO.

AL EXAMEN NO ENCONTRARON NINGÚN SIGNO POSITIVO; NO SE HIZO TACTO RECTAL Y LA IMPRESIÓN CLÍNICA FUE DE SINDROME DISENTERIFORME Y SE LE DIÓ TRATAMIENTO AMBULATORIO, OCHO DÍAS DESPUÉS REGRESÓ POR NO MEJORAR, CONTINUANDO CON EL MISMO TRATAMIENTO, Y REGRESÓ QUINCE DÍAS DESPUÉS CON EL MISMO CUADRO. SE LE HIZO TACTO RECTAL Y FUE REPORTADO NEGATIVO, Y SE INGRESÓ CON DIAGNÓSTICO DE SINDROME DISENTERIFORME Y DESHIDRATACIÓN.

SE LE PRACTICÓ PROCTOSCOPIA, ENCONTRÁNDOLE ESTRECHEZ RECTAL A 7 CM.; SE LE TOMÓ BIOPSIA, PERO RESULTADO NO APARECE EN EL CUADRO.

CASO No. V

HOMBRE DE 57 AÑOS.

CONSULTÓ POR TENER UN MES DE DIFICULTAD PARA HACER CÁMARA ANTERIORMENTE LAS CÁMARAS ERAN NORMALES, CADA 24 HORAS Y AHORA SOLO CON EL USO DE LAXANTES, CON GRAN EXFUERZO Y PEQUEÑOS, COMO DE NIÑO, ENTERORRAGIA UNA VEZ HACE VEINTE DÍAS, ANTES DE DEFECAR. HA PERDIDO 20 LIBRAS EN 1 MES; DISURIA Y HEMATURIA.

AL EXAMEN SOLO LE ENCONTRARON HEMORROIDES EXTERNA; NO SE HIZO TACTO.

IMPRESIÓN CLÍNICA: SINDROME DE ESTENOSIS RECTAL POR: NEOPLASIA LIGNA.
LÚES?
LINFÓGRANULOMA.

FUE INGRESADO A UN SERVICIO DE CIRUJÍA, DONDE LE ENCONTRARON ABSCESO PERINEAL QUE LE FUE DRENADO Y FUE TRATADO COMO LÚETICO, PUES LA CARDIOLIPINA RESULTÓ POSITIVA PARA 8 DILUSIONES Y FUE DADO DE ALTA DESPUÉS DE DOS MESES DE HOSPITALIZACIÓN.

CUATRO MESES DESPUÉS SE PRESENTÓ CON FÍSTULA PERINEAL; NO QUISO DEJARSE OPERAR, SINO HASTA TRES MESES DESPUÉS Y EN ESTA OCASIÓN SE LE TOMÓ BIOPSIA SIENDO REPORTADO CARCINOMA BASOCELULAR. ESTO FUE HECHO DESPUÉS DE HABER TRANSCURRIDO 8 MESES DESPUÉS DE PRIMERA CONSULTA.

REHUSÓ INTERVENCIÓN Y DOS MESES DESPUÉS REGRESÓ POR ESTRECHEZ RECTAL Y SOLO ESTUVO INGRESADO POR SEIS DÍAS, FUE DADO DE ALTA CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA AVANZADO INOPERABLE.

CASO No. VI.

HOMBRE DE 48 AÑOS.

CONSULTÓ POR DIFICULTAD PARA DEFECAR, CÁMARAS PURULENTAS

LE DIAGNÓSTICÓ HEMORROIDES; NO SE VERIFICÓ TACTO RECTAL Y FUE INGRESADO PARA SER OPERADO DE HEMORROIDES.

DURANTE EL PROCESO OPERATORIO SE DESCUBRIÓ TUMOR RECTAL DE ETIOLOGÍA DUDOSA Y SE LE TOMÓ BIOPSIA LA CUAL REPORTÓ: "NUMEROSAS VASOS DILATADOS Y LLENOS DE GLÓBULOS ROJOS".

A PESAR DE ADVERTIRLE AL PACIENTE DE LA CONVENIENCIA DE HACERLE UN MEJOR ESTUDIO EXIGIÓ EL ALTA.

TRES MESES DESPUÉS REGRESÓ DISPUESTO A SER OPERADO, PUES DESPUÉS DE CURA DE HEMORROIDES CONTINUÓ CON ESCURRIMIENTO SEROSANGUINOLENTA A TAL GRADO QUE LO HA OBLIGADO A USAR "KOTEX", A PESAR DE HABER ESTADO EN TRATAMIENTO CON MÉDICO PARTICULAR QUIEN LE RECETÓ SUPOSITARIOS Y APLICACIONES DE RAYOS.

EN ESTA OCASIÓN SE HIZO PROCTOSCOPIA, VISUALIZÁNDOSE TUMORACIÓN POLIPOIDE QUE SANGRA FACILMENTE A CINCO CENTIMETROS DEL ANO; SE TOMÓ BIOPSIA, LA CUAL FUE REPORTADA COMO ADENOCARCINOMA GRADO III.

SE LE PRACTICÓ RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL Y HA ESTADO EN CONTROL DURANTE OCHO MESES, HABIENDO AUMENTADO 26 LIBRAS; SOLO SE QUEJA DE FALTA DE ERECCIÓN.

CASO No. VII.

MUJER DE 34 AÑOS.

CONSULTÓ POR DOLOR EN EL HIPOGASTRIO Y MESTRUAR 2 VECES POR MES DESDE HACE SEIS MESES; FUE CATALOGADA COMO ADOLECIENDO DE ANEXITIS.

SEIS MESES DESPUÉS CONSULTA POR LOS MISMOS PADECIMIENTOS Y LE PALPAN TUMORACIÓN EN EL FONDO DE SACO DE DOUGLAS Y CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMA ADHERIDO AL SACRO SE REFIERE AL GINECO-

CON PENICILINA.

UN MES DESPUÉS CONSULTÓ NUEVAMENTE Y FUÉ CATALOGADO EN GINECOLOGÍA COMO ANEXITIS CRÓNICA. FUE TRATADA COMO TAL DURANTE 17 MESES. EN NINGUNA CONSULTA SE LE PRACTICÓ TACTO RECTAL Y EL DIAGNÓSTICO FUE HECHO UN MES DESPUÉS EN CLASE DE CLÍNICA MÉDICA, DESPUÉS DE PRACTICABLE TACTO RECTAL, ENCONTRANDO A SIETE CENTÍMETROS DEL ANO TUMORACIÓN MULTILOBULADA; ADEMÁS PALPARON EN EL EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO NÓDULOS QUE FUERON CONSIDERADOS COMO METÁSTASIS.

LE FUE PRACTICADA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA ENCONTRANDO TUMORACIÓN RECTAL DURA, LOBULADA Y FIJA AL SACRO Y COXIS. SE ENCONTRÓ TUMOR QUÍSTICO DEL OVARIO IZQUIERDO QUE FUE EXTIRPADO. SE VERIFICÓ BIOPSIA DEL HÍGADO Y DE TUMORACIÓN EN EL ESTÓMAGO Y DUODENO. EL REPORTE HISTOLÓGICO FUE EL SIGUIENTE:

RECTO: ADENOCARCINOMA.

TROMPA Y OVARIO IZQUIERDO: QUISTE GELATINOSO.

GANGLIO DE ESTÓMAGO Y DUODENO: NORMALES.

HÍGADO: ANGIOMA CAVERNOSO.

FUE DADO DE ALTA Y DECLARADO CARCINOMA INOPERABLE DOS AÑOS Y MEDIO DESPUÉS DE SU PRIMERA CONSULTA.

Caso No. VIII:

HOMBRE DE 38 AÑOS.

CONSULTÓ POR DISENTERÍA DE SIETE MESES DE EVOLUCIÓN, CÁMARAS GLEROSAS CON SANGRE EN NÚMERO DE DIEZ AL DÍA, PUJO Y TENESMO, Y CASI AL MISMO TIEMPO ARDOR, FRECUENCIA Y URGENCIA PARA O-

RINAR, DOLOR SUPRAPÚVICO SIN IRRADIACIÓN; HA PERDIDO VEINTE Y DOS LIBRAS DE PESO; CALENTURA HACE UN MES. AL EXAMEN SE DESCRIBE ADULTO, PÁLIDO, ENFLAQUECIDO, FEBRIL, DOLOR A LA PALPACIÓN EN FLANCO Y FOSA ILÍACA DERECHA, E HIPOGASTRIO. TACTO RECTAL SIN PARTICULARIDADES.

10. PIELONEFRITIS

IMPRESIÓN CLÍNICA:

20. DISENTERÍA AMBIANA.

EN ADMISIÓN DE CIRUJÍA LE VUELVEN A PRACTICAR TACTO RECTAL Y LE ENCUENTRAN ESTRECHEZ RECTAL A SIETE CENTÍMETROS DEL ANO, CON ENDURECIMIENTO DE PAREDES E IMPRESIÓN DE VEGETACIONES; TAMBIÉN SE DESCRIBEN ADENOPATÍAS INGUINALES BILATERALES.

FUE INGRESADO CON DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIA DEL RECTO. SE HIZO PROCTOSCOPIA Y BIOPSIA ADENOCARCINOMA, PERO REHUSÓ INTERVENCIÓN.

REGRESÓ DOS MESES DESPUÉS, SIENDO DECLARADO INOPERABLE. HABÍAN MÚLTIPLES ACHERENCIAS Y FÍSTULA VESICAL Y SOLO SE LE PRACTICÓ COLOSTOMÍA TRANSVERSA.

CASO No. IX.

MUJER DE 42 AÑOS.

CONSULTÓ POR DIARREA DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN; HACE CUATRO MESES Y DESDE ENTONCES HA QUEDADO CON CÁMARAS DOLOROSAS CON SANGRE MODERADA; SIENTE PELOTA EN EL RECTO Y SENSACIÓN DE CALENTURAS.

AL EXAMEN SE ENCONTRÓ HEMORROIDES EXTERNOS CONGESTIONADOS Y PAQUETE DE INTERNOS, MUY DOLOROSOS.

UN MES DESPUÉS SE PRESENTA A CONTROL, ALGO MEJORADA; LAS CÁMARAS HAN DISMINUIDO EN NÚMERO, PERO SIEMPRE SANGUINOLentas Y DOLOROSAS.

UNA PROCTOSCOPIA REVELÓ TUMOR PAPILOMATOSO QUE PARECE CORRER A HEMORROIDES Y NO SE LE TOMÓ BIOPSIA. FUE REFERIDA A DERMATOLOGÍA PARA REACCIÓN DE FREI, DE DONDE CONTESTARON QUE HACÍA DIEZ AÑOS SE LA HABÍAN HECHO, RESULTANDO POSITIVA, HABIÉNDOLE DADO YA SU TRATAMIENTO Y FUE REFERIDA NUEVAMENTE A GASTROENTEROLOGÍA PARA BIOPSIA QUE REPORTÓ ADENOCARCINOMA, UN AÑO DESPUÉS DE PRIMERA CONSULTA.

FUE TRATADA CON APLICACIONES A PESAR DE NO ESTAR INDICADA EN ÉSTOS CASOS Y AL NO MEJORAR SE LE PRACTICÓ UNA COLOSTOMÍA.

Caso No. X.

HOMBRE DE 29 AÑOS.

CONSULTÓ LA PRIMERA VEZ POR ERUPCIÓN DEL CUERPO Y CATALOGADO COMO DERMATITIS ALÉRGICA; DIEZ Y SEIS MESES DESPUÉS CONSULTÓ POR PADECER ASIENTOS CON SANGRE, DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN Y TRATADO POR MÉDICO PARTICULAR POR COLITIS Y HEMORROIDES. FUE INGRESADO A UN SERVICIO DE MEDICINA CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCERATIVA. EN VISTA DE QUE LAS HEMORRAGIAS CONTINUABAN SE REFIRIÓ A CIRUJÍA PARA QUE FUERA OPERADO DE HEMORROIDES. DURANTE ESTE TIEMPO NUNCA SE VERIFICÓ TACTO RECTAL. EN CIRUJÍA SE HIZO CURA DE HEMORROIDES; AL MOMENTO OPERATORIO SE DESCUBRIÓ TUMOR RECTAL, POR LO QUE SE PRACTICÓ PROCTOSCOPIA, VISUALIZANDO UNA MASA TUMORAL Y SE TOMÓ BIOPSIA SIENDO REPORTADA COMO LINFOSARCOMA.

EL PACIENTE REHUSÓ SER OPERADO.

Caso No. XI.

MUJER DE 45 AÑOS.

CONSULTÓ POR DOLOR EN BAJO VIENTRE. HACE SEIS MESES SU REGULA YA NO ES REGULAR SI NO CADA DOS MESES Y DE TRECE A QUINCE DÍAS DE DURACIÓN; ADEMÁS SIENTE QUE SE LE PROLAPSA EL ÚTERO. CALENTURAS MODERADAS HACE UN MES.

EXAMEN: ADULTA FEBRIL, CON RECTOCISTOCELE.

TACTO RECTAL: SE PALPA DIAFRAGMA ANULAR QUE DIFICULTA ENTRADA DEL DEDO, Y SE SIENTE ADHERIDO AL CUERPO UTERINO.

IMPRESIÓN CLÍNICA : 1-ESTRECHEZ RECTAL
2-NEOPLASIA DEL ÚTERO
3-PROCESO INFECCIOSO DE ORIGEN GENITAL.

CON ESTOS DIAGNÓSTICOS INGRESÓ A UN SERVICIO DE CIRUJÍA Y TRATADA CON PENICILINA POR DOS DÍAS, DÁNDOLE EL ALTA MEJORADA.

DOS AÑOS DESPUÉS CONSULTA POR PELOTA EN LA REGIÓN GLÚTEA DERECHA, DE UN MES DE EVOLUCIÓN. SE HA ESTADO TRATANDO CON PENICILINA, SINTIENDO ALIVIO.

AL EXAMEN ENCUENTRA TUMOR DURO PARARECTAL DOLOROSO, FIJO QUE SE PALPA AL TACTO RECTAL.

SE DIAGNÓSTICO ABSCESO ISQUIORRECTAL Y SE TRATÓ CON ANTIBIÓTICOS.

OCHO DÍAS DESPUÉS CONSULTA NUEVAMENTE Y SE MANDÓ A INDUCTOTERMIA. NUEVE DÍAS DESPUÉS REPORTAN QUE LA TUMORACIÓN YA ESTÁ ROJA Y CALIENTE, POR LO QUE RECOMIENDAN DRENAJE SE REFIERE A SALA DE OPERACIONES, DONDE LE HICIERON DRENAJE QUIRÚRGICO, ESTA.

DO HOSPITALIZADA POR DOS DÍAS.

OCHO MESES DESPUÉS CONSULTÓ POR SALIRLE PUS POR EL ANO. AL EXAMEN LE ENCUENTRAN A CUATRO CENTÍMETROS DEL ANO FÍSTULA ISQUIORRECTAL Y CON ESTE DIAGNÓSTICO ES INGRESADA PARA TRATAMIENTO DE FÍSTULA. EN EL SERVICIO LE PRACTICAN TACTO RECTAL Y LE ENCUENTRAN ESTRECHEZ RECTAL A SIETE CENTÍMETROS DEL ANO., E INMEDIATAMENTE SE PROCEDIÓ A RECTOSCOPIA Y BIOPSIA LO QUE FUE REPORTADA COMO CARCINOMA ESPINOCELULAR. REACCIÓN DE FREI FUE NEGATIVA.

EL DIAGNÓSTICO FUE HECHO TRES AÑOS DESPUÉS DE LA PRIMERA CONSULTA.

REHUSÓ SER OPERADA.

DISCUSION

DE LOS CINCUENTA Y UN CASOS DE TUMORES MALIGNOS DEL RECTO ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL ROSALES DE 1951 A 1960, CATORCE PACIENTES, O SEA EL 27.4%, FUERON MENORES DE CUARENTA AÑOS DE EDAD, LO QUE NOS RECUERDA UNA VEZ MÁS QUE EL CÁNCER DEL RECTO PUEDE OCURRIR EN JÓVENES. LOS DEMÁS PACIENTES MAYORES DE CUARENTA AÑOS NOS PONEN EN CLARO LOS PROBLEMAS QUE DEBEN SER ENCARADOS AL OPERAR A PACIENTES CON CÁNCER DEL RECTO, COMO SON AFECIONES GRAVES CONCOMITANTES, SOBRE TODO DE ETIOLOGÍA CARDIO PULMONAR, PARA ASEGURAR AL PACIENTE UN RIESGO OPERATORIO MÍNIMO. ESTO FUE HECHO EN NUESTRA SERIE DE CASOS OPERADOS Y REFLEJADA EN LA AUSENCIA DE MORTALIDAD OPERATORIA Y POST-OPERATORIA. DEBIDO A QUE EL CARCINOMA DEL RECTO FRECUENTEMENTE SE ORIGINA

MALIGNAS EN FORMA OCASIONAL. AUNQUE EN NINGUNO DE LOS PACIENTES DE ESTA SERIE SE ENCONTRÓ MÁS DE UN CARCINOMA, ESTO NO DEJA DE SER UNA REALIDAD, AUNQUE POCO FRECUENTE Y HAN SIDO REPORTADOS EN OTROS TRABAJOS. ÉSTO INDICÁ LA NECESIDAD DE UNA PALPACIÓN CUIDADOSA DE LOS DEMÁS ÓRGANOS DURANTE LAS OPERACIONES DEL RECTO.

LOS SÍNTOMAS COMUNES DE CAMBIOS EN HÁBITO INTESTINAL, SANGRAMIENTO, DIARREA Y DOLOR YA HAN SIDO REVISADOS ANTEIORMENTE. A PESAR DE TODO LO QUE SE HA ESCRITO Y DICHO, CONSIDERANDO EL POSIBLE SIGNIFICADO DE ÉSTOS SÍNTOMAS Y LA AMPLIA FACILIDAD DE LOS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO PARA DETECTAR CÁNCER DEL RECTO, EN VEINTE Y SEIS PACIENTES O SEA 50.08%, HUBO UN RETRASO QUE VARIÓ DESDE UNOS DÍAS A TRES AÑOS, DEBIDO A NEGLIGENCIA DEL MÉDICO PARA HACER EL DIAGNÓSTICO Y DEL PACIENTE POR TEMOR DE TENER QUE AFRONTAR UNA REALIDAD DESAGRADABLE.

LA TASA DE INDICACIÓN OPERATORIA RADICAL EN TREINTA Y DOS PACIENTES DEL GRUPO TOTAL, AUNQUE SOLO FUE VERIFICADÁ EN DIEZ Y OCHO POR HABERLA REHUSADO CATORCE, ES INDICATIVA DE QUE, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, LA LESIÓN PRIMARIA DEBERÁ SER REMOVIDA. ÉSTO ES AFIRMATIVO EN PACIENTES CON CÁNCER RECTAL, PUES AUN CUANDO LA OBSTRUCCIÓN PUEDE SER EVITADA POR UNA COLOSTOMÍA PROXIMAL, EL CURSO SUBSECUENTE DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DEL RECTO CUYAS LESIONES NO HAN SIDO REMOVIDAS ES MUY INSATISFACTORIO. LA EXPULSIÓN CONSTANTE DE SANGRE Y MUCUS A PARTIR DEL RECTO Y EL DOLOR PERSISTENTE Y SEVERO DEBIDO A COMPROMISO DE NERVIOS PERINEALES PRODUCIDOS POR EL PROCESO MALIGNO, DEBE OBLIGAR A VERIFICAR RESECCIÓN PALIATIVA A TODOS LOS PACIENTES CON CÁNCER RECTAL.

LA INCIDENCIA SIGNIFICANTE DE CASOS INOPERABLES INDICA QUE EL DIAGNÓSTICO FUE HECHO TARDÍAMENTE EN REGULAR NÚMERO DE CASOS. EL HECHO DE QUE DIEZ Y SEIS PACIENTES EN QUIENES EL EXAMEN HISTOLÓGICO NO MOSTRABA EVIDENCIA DE DISEMINACIÓN DE SU ENFERMEDAD ILUSTR A EL VALOR DE UN TRATAMIENTO RADICAL DEL CÁNCER A MENOS QUE OBTIENEN EXISTAN METÁSTASIS.

LA INCIDENCIA DE RETENCIÓN URINARIA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A LA RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL NO PUEDE SER DETERMINADA; HAY UN SOLO CASO REPORTADO EN QUIEN SE TUVO QUE EFECTUAR PROSTACTOMÍA TRANSURETRAL. EN NINGÚN CASO FUE REPORTADO DEFICIENCIA DE LA HERIDA OPERATORIA. LA REVISIÓN DE LOS CASOS CON CÁNCER RECURRENTE INDICA QUE POCO PUEDE LOGRARSE, EXCEPTO TRATAMIENTO PALIATIVO. LA OPORTUNIDAD DE CURACIÓN DE LA GRAN MAYORÍA DE PACIENTES EXISTE SOLO EN EL MOMENTO DEL PROCEDIMIENTO ORIGINAL.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DURANTE LOS AÑOS DE 1951 A 1960 FUERON VISTOS Y TRATADOS CINCUENTA Y UN CASOS DE CÁNCER DEL RECTO. LA TASA DE OPERABILIDAD FUE DE 28.03% Y LA TASA DE MORTALIDAD DE 0%. EL ANÁLISIS DE ESTE GRUPO DE PACIENTES INDICA QUE LA DIFICULTAD PARA HACER EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO ES DEBIDO A LA NEGLIGENCIA TANTO DEL MÉDICO COMO DEL PACIENTE. ESTO PUEDE SER EVITADO SI EL MÉDICO PRACTICA TACTO RECTAL Y EXAMEN PROCTOSCÓPICO EN TODOS LOS PACIENTES QUE SE QUEJAN DE SANGRAMIENTO RECTAL, CAMBIOS DE HÁBITOS INTESTINALES, DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA ABDOMINAL.

LA INCIDENCIA EN CUANTO A SEXO RESULTÓ SER UN POCO MÁS FRECUENTE EN LA MUJER QUE EN EL HOMBRE. 52.94% Y 47.06% RESPECTI-

VAMENTE.

CON RESPECTO A LA EDAD, LA MAYOR INCIDENCIA FUE DE 40 A 60 AÑOS, PERO CON UNA SIGNIFICANTE INCIDENCIA EN PERSONAS JÓVENES MENORES DE 40 AÑOS QUE FUE DE 27.4%

EN EL 68.63% SE COMPROBÓ HISTOLÓGICAMENTE LA MALIGNIDAD DE LA LESIÓN.

EL RESUMEN CLÍNICO DE ONCE CASOS DE LA SERIE PONE EN EVIDENCIA EL MAL ENCAUSAMIENTO QUE TUVIERON MUCHOS DE ESTOS PACIENTES.

LA LESIÓN MALIGNA QUE PREDOMINÓ EN ESTA SERIE FUE EL ADENOCARCINOMA O SEA EL 65.71%.

RECOMENDACIONES.

10. LA INDICACIÓN PRINCIPAL PARA LA PROCTOSCOPIA ES LA ENFERMEDAD RECTAL.

20. TODO INDIVIDUO CON ANTECEDENTES QUE REVELEN EL MENOR INDICIO DE ENFERMEDAD LOCALIZADA EN PORCIÓN DEL INTESTINO ES UN CANDIDATO A LA PROCTOSCOPIA.

30. LA EXPLORACIÓN CLÍNICA NO ES COMPLETA SI SE PRESCINDE DE LA PROCTOSCOPIA.

40. TODO CANDIDATO A PROCTOSCOPIA DEBE CONSIDERARSE PORTADOR DE ALGUNA LESIÓN IMPORTANTE, MIENTRAS NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO.

50. EN PRESENCIA DE UN ENFERMO CON SÍNTOMAS ABDOMINALES NUNCA OMITIR EL TACTO RECTAL POR DESCUIDO, POR PUDOR O POR INDOLENCIA.

60. ANTE UNA LESIÓN RECTAL NUNCA CIRCUNSCRIBIRSE A LOS SUPU

70. CUANDO SE DIAGNOSTIQUE HEMORROIDES, DEBE DESCARTARSE UN CARCINOMA DEL RECTO POR MEDIO DE LA PROCTOSIGMOIDOSCOPIA.

80. TODA LESION DE ETIOLOGIA DUDOSA DEBE SER BIOPSIADA.

REFERENCIAS.

10. CÁNCER "INDUCCIÓN A SU DIAGNÓSTICO" POR DR. JUAN ESTEBAN PE--
SSANO. CAPÍTULO No. 18. CÁNCER DEL RECTO Y ANO. SUPERVISADO POR DR.
JOSÉ M. JORGE. ARGENTINO.- PÁGINA No. 329.

20. TÉCNICA QUIRÚRGICA MODERNA POR MAX THOREK SEGUNDA EDICIÓN To--
MO III PÁGINA No. 2189. RECTO Y ANO.

30. CONTROVERSIA IN MANAGEMENT OF CARCINOMA OF RECTUM Y RESTOSI--
MOID. CURRENT SURGICAL MANAGEMENT JOHN H. MULHOLLAND. M.D. EDWING H.
ELLISON. M.D. STANLEY R. FREESAN M.D. W.B. SAUNDERS COMPANY PHILADEL--
PHIA AND LONDON. 1957. PÁGINA No. 217.

40. PRÁCTICA QUIRÚRGICA DE LA CLÍNICA LAHEY DE BOSTON POR MIEM--
BROS DEL CUERPO MÉDICO DE LA CLÍNICA LAHEY. 1954 PÁGINA No. 482 CAR--
CINOMA DE COLON Y RECTO SU PROGNOSIS. RESECCIÓN DEL CARCINOMA DEL RE--
CTO POR VÍA ABDOMINALERINEAL PÁGINA 492.

50. TRATADO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA CHRISTOPHER 1958 SEXTO EDI--
CIÓN TOMO I PÁGINA 663 AÑO Y RECTO.

60. ANALS OF SURGERY A MANTHY REVIEW OF SURGICAL AND PRACTICE
J.B. LIPPINCOTT COMPANY. PAGINA 752.

70. THE SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA LAHEY CLINIC NUMBER 19
W.B. SAUNDERS COMPANY PHILADELPHIA & LONDON COPYRIGHT, 1955, W.B. SA--
DERS COMPANY. CANCER OF THE COLON AND RECTUM PÁGINA 823.

80. THE SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA W.B. SAUNDERS COMPANY
PHILADELPHIA & LONDON 1955, W.B. SAUNDERS COMPANY. PATHOLOGY OF CANC--
OF DHE COLON AND RECTUM: CLASSIFICATION AND MODES OF SPREAD. PÁGINA
1295 SELECTION OF OPERATION FOR CARCINOMA OF THE MIDTRANSVERSE COLON
OF THE RECTUM INCLUSIVE PÁGINA 1321. SELECTION OF OPERATIONS FOR CAR--
CINOMA OF THE MIDTRASVERSE COLON

90. LA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA MODERNA DE JOSÉ E. YGARZABAL. TUMORES
DE ANO Y RECTO. TOMO 40. PÁGINA 1186. 1955.

100. THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY SYMPOSIUM EN COLON SURGERY
JANUARY 1961.

110. PUBLISHED BY THE AMERICAN ACADEMY OF GENERAL PRACTICE. SEPT--
BER 1959.

120. ARCHIVES OF SURGERY VOLUME 81 JULY 1960 AMERICAN MEDICAL ASS--
CIATION PUBLICATION RECURRENT IN ABDOMINAL INCISION OF ADENOCARCINOM
FROM RECTUM.

33-)	-117268	28382	MELANOCARCINOMA DEL ANO PROPAGADO AL RECTO.
34-)	-106984	18747	MELONOCARCINOMA DEL RECTO
35-)	-109496	16776	LINFOSARCOMA.
36-)	A-82106	24737	NO EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.
		24736	
37-)	B-13693	34062	NO EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.
38-)	-118006	10753	NO EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.
39-)	C-1011	39633	
		38748	NO EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.
40-)	-42497	36792	NO EVIDENCIA DE MALIGNIDAD.