

PRESERVACION DEL ESFINTER ANAL EN EL CANCER DE RECTO DISTAL (*)

RESUMEN

Se presenta una revisión bibliográfica somera y se realizan consideraciones sobre los distintos tipos de técnicas quirúrgicas con preservación del mecanismo esfinteriano en tumores rectales bajos.

Se analizan las condiciones que deben reunir las lesiones para ser considerada este tipo de técnica. Se comentan las operaciones más frecuentes incluyendo las resecciones locales, transanales, transesfinterianas, transcraas y la resección anterior baja y se comenta la utilización de la quimio-radio terapia adyuvante. Se concluye en la validez de estas técnicas para disminuir la morbilidad postoperatoria de la cirugía del cáncer de recto bajo.

SUMMARY

A brief bibliographic revision is presented and considerations about different surgical techniques for resection of distal rectal cancers with preservation of the sphincter mechanism are exposed.

The necessary conditions of the lesions are analyzed. The most useful operations are commented including local, transanal, transsphincterian, transcoxigeal and low anterior resection.

The application of adjuvant chemotherapy is analyzed.

It is concluded that operations that preserve the anal sphincter are of great value in diminishing the postoperative morbidity in the treatment of distal rectal cancer.

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas del recto debe aspirar a la extirpación total de la misma y del tejido regional invadido eventualmente. Las metas deben contemplar la curación ante todo y luego la refuncionalización tratando de que esta sea lo más fisiológica posible, minimizando la morbilidad y maximizando

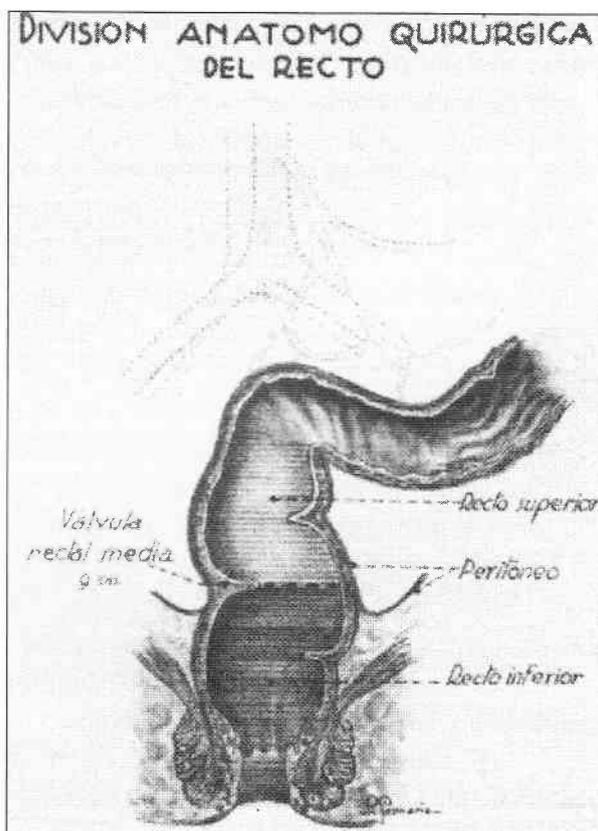
(*) Monografía seleccionada de las presentadas al completar su rotación los alumnos de la Universidad Católica de Córdoba que cursan la materia de clínica quirúrgica en el Hospital Privado.

(**) Cirujano titular de la sección cirugía general - Hospital Privado.

Alumnos: Martín Ponce de León, Agustín Silberberg y Ricardo Zoldano.
Docente Instructor - Dr. Héctor Eynard (**)
Servicio de Cirugía General
Hospital Privado de Córdoba

la calidad de vida del paciente. Para lograr estos objetivos el cirujano debe tener en cuenta la división anatómica del recto (figura 1), que desde el punto de vista quirúrgico podemos delimitar en dos segmentos:

- El recto superior que se encuentra por encima de la válvula rectal media o derecha, objeto generalmente de operaciones de restauración de la continuidad colorrectal y conservación del complejo esfinteriano.
- El recto inferior, cuya cirugía plantea problemas y decisiones más difíciles.



Durante muchos años, una sola técnica regía para el tratamiento de las lesiones ubicadas en el sector inferior, basada en la premisa de que, al aceptarse una determinada operación (en este caso la amputación abdominoperineal de Miles) por ser la más radical, ofrecía las mejores perspectivas de curación y debía aplicarse a todos los casos sin distinción del tipo de lesión ni de las características del enfermo portador. Pero esta técnica, aunque exitosa en la mayoría de los pacientes, muestra como talón de Aquiles, importante alteración de la funcionalidad y considerable morbilidad que han justificado la búsqueda de nuevas alternativas de tratamiento que no comprometan la potencial cura y evite el sacrificio innecesario del mecanismo esfinteriano anal.

En las últimas dos décadas hubo un resurgimiento del interés de los métodos abdominotransanales, derivados de la técnica de Maunsell, también llamados de descenso o "telescopaje", con el fin de obtener anastomosis más bajas. Entre ellos se cuentan los métodos de Black, Toupet, Turnbull y Cutait. Estas intervenciones parecen haber sido superadas actualmente por la eficacia lograda con los instrumentos mecánicos de anastomosis, y por las técnicas manuales de anastomosis a través del ano, como las practicadas por Parks y Hawley. Hasta aquí se han mencionado las operaciones de tipo radical, que son sin duda operaciones mayores, delicadas y de alto riesgo, que no se adaptan al creciente número de enfermos de edad muy avanzada con alteraciones orgánicas importantes.

Gracias a los avances tecnológicos del equipo quirúrgico, un mejor conocimiento de la biología tumoral y de sus patrones de diseminación, los principios de tratar de conservar la continencia y la imagen corporal sumados a la nueva tecnología en diagnóstico por imágenes (tales como ultrasonido extracorporeal y endocavitario, TAC, RMN, etc.) han dado como resultado una gran cantidad de procedimientos que preservan el mecanismo esfinteriano, evitando una colostomía definitiva y otras secuelas.

El tratamiento local o conservador exige la extirpación o destrucción total del tumor incipiente antes de que se produzca la diseminación a los ganglios vecinos. Ello puede conseguirse por extirpación local, electrocoa-

gulación o radioterapia de contacto endocavitaria o intersticial. Se ha documentado efectividad y seguridad apropiadas con estas técnicas correctamente efectuadas, en pacientes adecuadamente seleccionados. Actualmente en importantes centros asistenciales de los países más desarrollados, el 70 % de los cánceres (CA), rectales son tratados con resección anterior con preservación del esfínter y un 20 % con resección abdominoperineal.

Este trabajo trata de reflejar, aunque sea someramente, los avances excepcionales en este campo y quizás brindar una visión en pos de lograr un tratamiento más efectivo y menos mutilante para cada enfermo.

Diversos trabajos han demostrado una relación estadística significativa entre la extensión circunferencial del tumor y la sobrevida al cáncer post-resección. También se encontró que los hallazgos histológicos que se asocian con un aumento del riesgo de metástasis linfáticas incluyen invasión venosa y/o linfática intramural y la presencia de nidos de células carcinomatosas indiferenciadas (en capullo).

El valor de la citometría de flujo y del PCR en la selección de pacientes no está todavía correctamente evaluado. Sin embargo, el contenido celular del DNA es un importante predictor del resultado del tratamiento independientemente del estado patológico y el grado histológico del tumor. Carcinomas no diploides se han asociado con alto riesgo de desarrollo de metástasis móviles y fallas en el tratamiento.

Además de la ultrasonografía intrarrectal, de comprobada eficacia, otros métodos de imagen se han evaluado. Las conclusiones de varios estudios muestran que la TAC y la RMN no son mejores que un simple tacto rectal realizado por un clínico experto para evaluar la extensión de la invasión de la pared rectal por pequeños carcinomas en un estadio temprano.

CRITERIO DE SELECCIÓN DE PACIENTES

Una objetiva estadificación clínica preoperatoria influye en forma directa en el éxito del tratamiento local. Hasta hace poco, para lograr identificar el tumor en estadios tempranos, el único método disponible era la biopsia a través de la anatomía patológica, y por supuesto, la pre-

sentación clínica. Actualmente y gracias al desarrollo de la ecografía intrarrectal, poseemos la máxima información disponible para la toma de decisiones de la conveniencia de los procedimientos locales.

Las características que deben reunir los tumores para considerar la posibilidad de emplear un tratamiento local son las siguientes:

- Ubicación en el recto inferior distal en la cara posterior o en las laterales.
- Técnicamente accesible para un tratamiento local.
- Menos de 4 cm. de diámetro.
- Movable sobre los planos profundos.
- Preferiblemente exofítico.
- Bajo grado de malignidad.
- Que no existan ganglios retrorrectales palpables.
- Sin contacto con el esfínter.

En forma general podemos decir que cuando los síntomas locales asociados al tumor primario pueden ser erradicados y la potencial morbilidad y mortalidad asociados con la resección abdominoperineal pueden ser eliminados, la destrucción local se presenta como la mejor opción.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO LOCAL

Las alternativas terapéuticas más comúnmente empleadas en el manejo del carcinoma distal de recto incluyen, la resección local, resección anterior baja con anastomosis coloanal, irradiación intracavitaria y la electrocoagulación. Sin embargo algunos autores también incluyen la fotoablación con láser, como un tratamiento paliativo en carcinomas avanzados, mientras que para carcinomas de bajo estadio aún no se tienen resultados concretos a cerca de su eficacia. Se puede decir que ninguna de estas técnicas de terapia local es la preferida, porque es importante tener en cuenta que el tratamiento de este tipo de carcinoma está netamente influenciado por el modo o los criterios de selección de cada paciente.

RESECCION LOCAL

A pesar de los buenos resultados de la resección

abdominoperineal para tratar los cánceres rectales bajos, la resección local se ha conservado como una opción viable en el caso de los tumores distales y actualmente se ha convertido en uno de los procedimientos más utilizados; mencionaremos aquí un estudio realizado en Alemania que compara la recurrencia local y a distancia y la tasa de supervivencia entre la resección abdominoperineal y la resección local; en 71 mujeres y 71 hombres (edad media 64 años) con adenocarcinoma primario de recto ubicado entre 5-10 cm del margen anal se realizaron 89 resecciones locales y 53 abdominoperineales. Los pacientes fueron seguidos por un mínimo de 24 meses. No hubo diferencias significativas en cuanto a la supervivencia en tumores tipo Duckes A-B, sí se marcaron en los Duckes C, lo que nos lleva a decir que la resección local es un método adecuado en cuanto a supervivencia y recurrencias locales en los tipos A y B, mientras que la resección abdominoperineal lo es en los tipo C sobretodo por el compromiso locorregional existente. Mas a menudo, este procedimiento se selecciona por el mal estado médico del paciente o el rechazo de este cuando se le propone una colostomía.

Una de las primeras series de resecciones locales por cáncer fue publicada por Morson y cols. quienes realizaron 143 resecciones locales de cánceres rectales bajos con la finalidad de definir las características de los tumores que podrían volverlos accesibles a la resección local. De las 91 lesiones con bordes negativos, solo dos recurrieron de manera local y una lo hizo a distancia. De las 69 que tenían bordes positivos, 13 recurrieron a nivel local (18,8 %) y una lo hizo a distancia. La tasa bruta de supervivencia a cinco años en el caso de las lesiones con bordes negativos fue del 82,5 %, en tanto que se aproximó al 60 % en los casos que poseían bordes positivos. Hay que señalar que 115 de los 143 carcinomas eran lesiones T1; 81 % medía menos de 3 cm de diámetro y 96 % era de grado bajo.

Los resultados positivos de este estudio hicieron que se concluyera en que los cánceres rectales bajos que son accesibles desde el punto de vista técnico para la extirpación a través de resección local han de someterse a ella por esta técnica, pero que la resección debe conside-

rarse como una biopsia con extirpación local. Por lo tanto, el paciente debe someterse a resección ulterior sólo si el examen patológico revela malas características pronósticas dentro del tumor, como bordes positivos o grado de mala clase.

La ventaja principal de la resección local es que evita la laparotomía, un período mas prolongado de dolor y recuperación y la incidencia alta de complicaciones urinarias, sexuales y de las heridas que acompañan a las resecciones abdominoperineales. El segundo atributo de la resección local es la preservación de los esfínteres anales. Por lo tanto es de interés la calidad de la función esfinteriana después del acto quirúrgico. En diversas series se señala una función buena o satisfactoria en 80 a 100 % de los pacientes. En una serie se informó que 4 de 14 pacientes experimentaron trastornos de la función.

Las resecciones locales del cáncer rectal consisten en la extirpación completa del tumor con bordes circundantes de tejido normal. Es de importancia crítica la selección apropiada de los pacientes, de manera ideal, los tumores deben tener menos de 4 cm de diámetro, abarcar menos del 40 % de la circunferencia rectal, no acompañarse de ganglios perirrectales palpables y ser móviles al tacto rectal. Básicamente se puede optar entre estos tres métodos para la resección local.

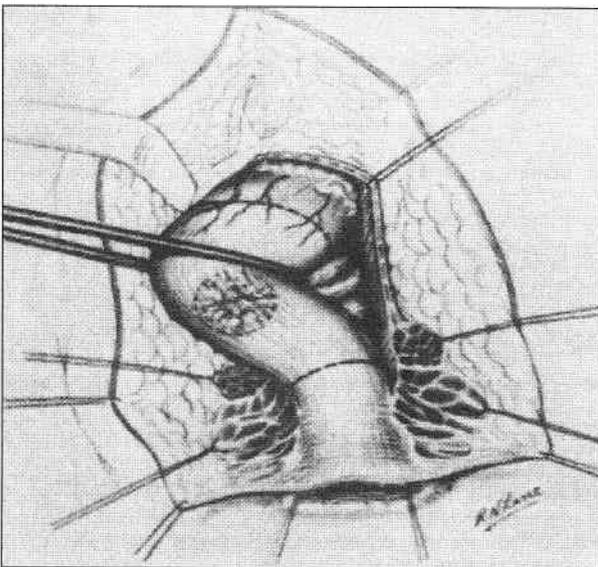


Figura 2: resección de un segmento tubular cerrado.

1) RESECCIÓN TRANSANAL

La mayor parte de los cánceres rectales distales pequeños se pueden resear mediante esta técnica. Antes del procedimiento todos los pacientes se someten a preparación mecánica e intestinal completa; con el paciente en posición prona se utiliza un separador bivalvo para dilatar el ano y exponer la lesión. Una vez que esta se ve con claridad se aplican puntos de tracción en sitios 1 a 2 cm distales al tumor para tirar de este y ponerlo a la vista. A continuación se mide un borde de 1 cm alrededor de la lesión con electrocauterio, y se reseca la pared intestinal en su espesor total. En seguida se cierra en sentido transversal el defecto que queda en la pared del intestino con puntos de vicryl del número 3-0. Entre las complicaciones potenciales de este procedimiento están: retención urinaria, infecciones de vías urinarias, impactación fecal, infecciones de los espacios perirrectal e isquiorrectal y hemorragia tardía. Sin embargo la incidencia de estas es bastante baja.

2) RESECCIÓN TRANSCOCCIGEIA

Este procedimiento se emplea para las lesiones de mayor tamaño o mas proximales. En primer lugar se efectúa una incisión junto al sacro y al cóccix con el objeto de desprender el ligamento coccigeoanal y resear el cóccix. Una vez que se ha ligado la arteria sacra media, se pueden separar los músculos elevadores del ano en la línea media para exponer al esfínter externo y al recto. Se realiza una proctotomía longitudinal posterior, a través de la cual se puede resear el tumor expuesto. La herida se cierra en uno o dos planos con puntos separados de vicryl 3-0 u otro materiales de sutura a largo plazo. Se reaproxima la musculatura del elevador del ano y se reinserta en el sacro el ligamento coccigeo anal.

Una de las complicaciones de este procedimiento que produce mas problemas es la aparición de fístulas fecales que se extienden desde el espacio que está por detrás del recto. La incidencia de esta complicación varía entre el 5 y 20 %.

3) RESECCIÓN TRANSESFINTERIANA

El acceso transesfinteriano requiere sección completa de los esfínteres y de la pared posterior del recto. En el procedimiento se seccionan en la línea media los músculos elevador del ano y esfínter externo. Después de resecar el tumor, recto, esfínteres y musculatura se reaproximan cuidadosamente en forma escalonada. Son pocas las indicaciones de esta técnica debido a la alta incidencia de incontinencia fecal.

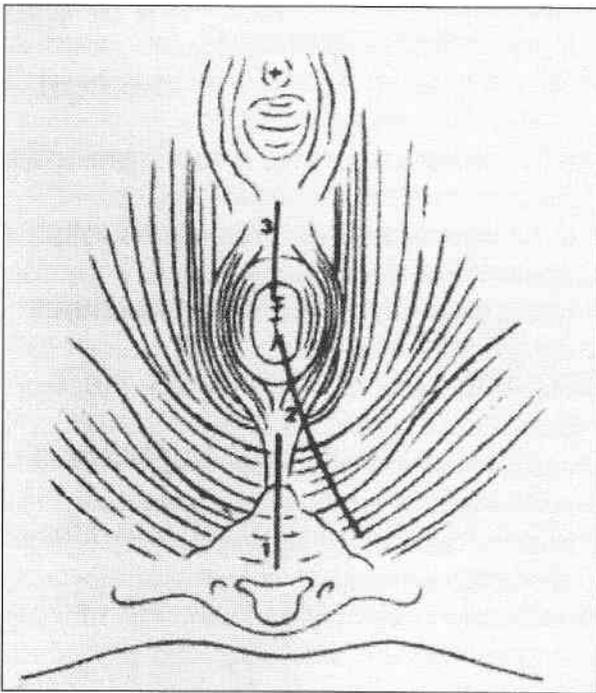


Fig 3 Distintas técnicas transesfinterianas.

RESECCIÓN LOCAL MAS TRATAMIENTO ADYUVANTE

Las recurrencias locales después del tratamiento del cáncer rectal pueden ser desastrosas en muchos pacientes. Los factores de riesgo que predisponen a la recurrencia son bordes circunferenciales positivos y enfermedad microscópica en los ganglios vecinos. La posibilidad de que estos dos factores de riesgo precipiten la recidiva tumoral ha llevado al uso de radioterapia con haz externo para los tumores rectales de mal pronóstico.

En diversos estudios se ha demostrado que la radioterapia coadyuvante después de la resección local dis-

minuye las tasas de recurrencia local, aunque no incrementa las tasas de supervivencia. En estudios adicionales se ha señalado que la quimiorradiación coadyuvante en estos casos disminuye las tasas de recidiva local y a su vez aumenta las tasas de supervivencia.

Con base en estos datos, el National Health Institute, efectuó una reunión de consenso en la que se recomendó que todos los pacientes con enfermedad en estadio T3 o mas avanzada se traten con quimiorradiación coadyuvante. Diversos grupos han emitido la hipótesis de que, después de la resección local de los cánceres rectales, la radioterapia coadyuvante podría ser beneficiosa al reducir las recurrencias locales después de resecciones radicales. De manera específica, la radioterapia podría esterilizar los bordes circunferenciales potencialmente positivos al microscopio, o los ganglios linfáticos positivos que son técnicamente difíciles o imposibles de resecar por vía transanal.

Diversas series de pacientes que fueron sometidos a resección local combinada con radioterapia o quimiorradioterapia coadyuvantes informaron que las tasas de recurrencia local varían entre el 0 y 11 % en los estudios que abarcaron lesiones en estadios T1 y T2 y entre 0 y 18 % para lesiones en estadio T3. Las tasas de supervivencia varían entre 66 y 100 % según la profundidad de penetración de los tumores.

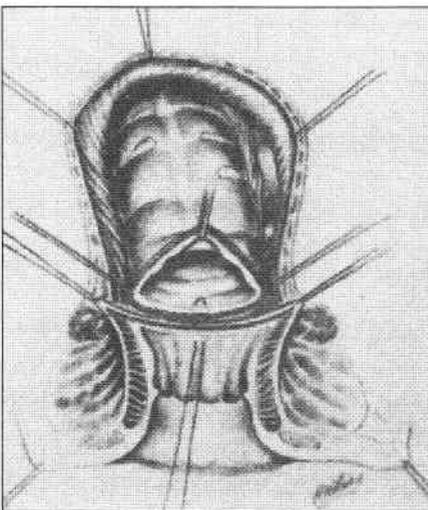
Se han publicado dos series prospectivas con mas de 40 pacientes cada una. Bleday y cols. trataron a todos los pacientes con resección local y añadieron quimiorradiación postoperatoria a los que tenían lesiones T2 y T3. Los resultados demostraron una tasa de recurrencia local del 8 % y solo dos de 48 pacientes murieron de la enfermedad durante una vigilancia media de 40 meses. El análisis ultrterior de los que experimentaron recidiva local reveló mal pronóstico en los que tenían bordes positivos o invasión linfática. Los tumores con otras características como producción de mucina y ulceración, no respondieron mal; en base a estos resultados los autores concluyeron que eran modalidades terapéuticas adecuadas la resección local aisladamente en los pacientes con lesiones T1 y la resección local mas quimioterapia coadyuvante en los que tenían lesiones T2, a menos que la histopatología re-

velara bordes positivos, invasión linfática o penetración en la grasa perirrectal; en estos casos el paciente debe someterse a un tratamiento más enérgico. Estos datos se reiteran en una serie publicada por Ota y cols., en la cual a todos los pacientes se efectuó radioterapia postoperatoria, aunque solo recibieron quimioterapia postoperatoria los pacientes con lesiones T3. Después de 36 meses se produjo una tasa de recurrencias locales de 6,5 % y la tasa global de supervivencia a los 3 años fue de 93 %. Estos autores concluyeron que la resección local combinada con radioterapia era una opción terapéutica viable para los sujetos con cánceres rectales bajos.

La complicación más importante de la aplicación de radioterapia es la aparición de fístulas perianales con una incidencia de 5 a 7 %.

RESECCION ANTERIOR BAJA CON ANASTOMOSIS COLOANAL

La resección anterior baja con anastomosis coloanal es una operación técnicamente desafiante. Algunos cirujanos suelen seccionar el intestino en la parte alta del colon descendente y después ligan la arteria hemorroidal superior. Se intenta preservar el plexo y los nervios hipogástricos por detrás de esta arteria, lo mismo que los nervios de cada pared pélvica lateral. Efectúan disección pélvica hasta los músculos elevadores del ano; la disección anterior es la más difícil y debe tenerse cuidado de no lesionar la pared dorsal de la vagina, la próstata o las vesículas seminales.



La resección termina mediante colocación de una grapadora rotatoria por arriba del anillo anorrectal (1 a 2 cm por arriba de la línea dentada).

Fig. 4 Aproximación del colon al conducto anal abierto

Estas anastomosis pueden efectuarse con una bolsa de colon en forma de J. Se cree que la función postoperatoria inmediata puede mejorar gracias a la bolsa de mayor capacidad.

La mayoría de los cirujanos protegen la anastomosis mediante una ostomía proximal de desviación (por lo general ileostomía) que se ocluye 6 a 12 semanas después.

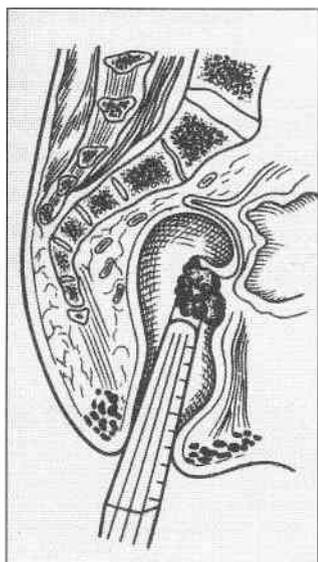
La resección anterior baja con anastomosis coloanal preserva los esfínteres anales interno y externo; este procedimiento es atractivo porque permite resecar el tumor, el mesorrecto y otros tejidos que tienen ganglios linfáticos en la proximidad del tumor, a la vez que se evita la colostomía permanente; la única contraindicación anatómica a esta operación es cuando el tumor se extiende por la pared intestinal hacia la musculatura esfinteriana o de los elevadores del ano. Por lo tanto el cirujano cuando elija este procedimiento deberá preguntarse si el tumor podrá ser resecao adecuadamente sin dañar el músculo elevador del ano ni el complejo esfinteriano propiamente dicho. Esta circunstancia se da fundamentalmente en los tumores localizados en la unión del tercio medio con el tercio inferior del recto aproximadamente 6 cm por encima del reborde anal. Esto confirma que este procedimiento es utilizado en tumores altamente seleccionados que asientan cerca del piso pelviano pero sin infiltración gruesa de los músculos antes mencionados. Existen varias series publicadas en las que se incluyen tasas de recurrencia local entre el 5 y 20 % y tasas de supervivencia a cinco años que varían entre 62 y 73 %. Aunque la resección anterior baja y la anastomosis coloanal parecen ser formas aceptables de tratamiento en cuanto al control del cáncer, algunos datos indican que la función esfinteriana postoperatoria y la evacuación podrían no ser tan buenas como desearían tanto los médicos como los pacientes. La mayor parte de las series informan tasas de 15 % de fuga fecal, 5 % de ensuciamiento de la ropa interior y 22 % de necesidad urgente de defecar. Los pacientes que fueron examinados por manometría anal revelaron disminución del tono de reposo y de la longitud anal después de la anastomosis coloanal, pero recuperación de la presión de expulsión hasta el valor preoperatorio. Los pacientes con lesio-

nes T3 o N1, requieren quimiorradiación coadyuvante.

Se ha sugerido que crear una bolsa a nivel de la anastomosis anal puede mejorar la función postoperatoria. Ortiz y cols. compararon los casos de 15 pacientes con anastomosis directa y los de 15 pacientes en que se colocó una bolsa en J; el primer grupo manifestó ensuciamiento y necesidad urgente de evacuar el intestino de mayor magnitud y mas de cuatro evacuaciones al día. En resumen, aunque la función después de la anastomosis coloanal plantea mas problemas que después de la resección local, si se evita la radioterapia coadyuvante postoperatoria o si se emplean bolsas en forma de J, el mejoramiento de la función puede implicar mas satisfacción para el paciente.

IRRADIACION INTRACAVITARIA

Debido a la limitada tolerancia de los tejidos de la región rectoanal a las altas dosis de terapia radiante, este método todavía no ha sido demostrado como altamente efectivo en la curación del carcinoma rectal. Sin embargo Papillon y cols. demostraron que la irradiación intracavitaria era efectiva para determinados casos como aquellos en los que el carcinoma se ubica en la parte media o distal del recto; esta técnica se basa en la utilización de una sonda que es la encargada de irradiar una pequeña zona de la mucosa rectal, lo que permite una escasa penetración tisular. La sonda es colocada por medio de un sigmoidoscopio modificado que permite ponerla en íntimo contacto con la formación tumoral (figura 5).



El tratamiento comprende cuatro sesiones, con un intervalo de cuatro o seis semanas entre cada una de ellas. La dosis total de irradiación es de aproximadamente 90-150 Gy. Los pacientes que van a recibir esta modalidad terapéutica deben ser adecuadamente seleccionados, las lesiones deben ser moderadamente diferenciadas y

deben estar confinadas a la pared rectal, con un diámetro máximo de 4,5 cm y a una distancia máxima del margen anal de aproximadamente 10 cm.

Utilizando estos criterios Papillon informó una tasa de mortalidad del 8,9 % y una tasa de supervivencia libre de enfermedad del 77 % sobre 245 pacientes observados por un mínimo de 5 años luego del tratamiento. La recurrencia local y las adenopatías metastásicas perirrectales se desarrollaron en 25 pacientes. De los 187 pacientes vivos al momento de la revisión 181 presentaron una función anal normal. Para culminar, además de los criterios mencionados anteriormente debemos recalcar que esta técnica no es aconsejable para aquellos pacientes que presenten adenopatías metastásicas.

Un cuidadoso seguimiento es necesario porque la mayoría de las complicaciones locales pueden ser controladas, usualmente con cirugía radical.

Las principales ventajas de este método radican en que es una técnica totalmente ambulatoria, de bajo costo, con escasas complicaciones y además puede ser aplicada en pacientes delicados o inoperables por edad avanzada. Por otra parte algunos resultados demuestran que esta técnica en conjunto con la radioterapia externa pueden ser aplicadas en carcinomas mas avanzados como los de estadio T2-3 N0-1, siendo la supervivencia a los 5 años entre el 50 % y 70 %.

Esta técnica también puede ser utilizada como tratamiento adyuvante luego de la excisión local, en el tratamiento de adenomas vellosos y como método paliativo en tumores avanzados.

ELECTROCOAGULACION

La electrocoagulación ha sido la alternativa mas frecuentemente seleccionada para la conservación del esfínter anal en el cáncer de recto distal. Esta técnica comenzó a utilizarse desde el año 1935 como tratamiento paliativo en la enfermedad diseminada, hasta que en los últimos años empezó a mostrar resultados espectaculares como una variedad de tratamiento curativo local con conservación de la función esfinteriana. Pretende destruir completamente el tumor mientras está localizado en la pared de recto. La electrocoagulación debe lograr la destruc-

ción profunda de todo el espesor de la pared rectal, llegando generalmente hasta la grasa perirrectal e incluyendo un borde de tejido sano. Es necesario vigilar periódicamente el lecho, y puede necesitar varias sesiones de tratamiento. Si se considera que no se ha destruido totalmente la lesión se debe recurrir a la operación radical antes de que sea demasiado tarde.

Los criterios para selección de pacientes son similares a los utilizados en los otros tratamientos mencionados con anterioridad pero haciendo mención especial a que la lesión no debe ubicarse a más de 10 cm del margen anal. Este procedimiento es realizado bajo anestesia raquídea y luego de una adecuada limpieza colónica. La posición de litotomía y la dilatación del esfínter anal permiten una adecuada exposición para efectuar el procedimiento.

La electrocoagulación es un procedimiento sumamente tedioso; la penetración fina pero total de la pared rectal para destruir el tumor no produce grandes consecuencias siempre y cuando el punto de la injuria esté lejos de la reflexión peritoneal. Los pacientes por lo general permanecen hospitalizados durante 2-4 días hasta que pueda comprobarse la defecación en forma espontánea y sin sangrado. Cuatro a seis semanas después se realiza un control para evaluar la posibilidad de persistencia tumoral, las áreas sospechosas serán sometidas a biopsiado por vía endoscópica. El no poder llevar a cabo este control o la aparición de un adenopatía palpable pararectal constituyen evidencias de fallas en el tratamiento y justifican el empleo de nuevas medidas terapéuticas.

Madden y Kandalaf acumularon una vasta experiencia en la utilización de este método; trataron 204 pacientes con carcinomas de hasta 8 cm de diámetro, algunos de ellos involucraban toda la circunferencia rectal. Estos pacientes requirieron un promedio de 3,5 sesiones de electrocoagulación. En 156 de estos enfermos el procedimiento fue utilizado con intentos de curación, 97 pacientes (62 %) no tuvieron enfermedad recurrente ni adenopatías hasta 5 años luego del tratamiento. La tasa de supervivencia a los 5 años fue del 71 %.

Un grupo de 48 pacientes con un carcinoma inoperable o con contraindicaciones para realizar la resec-

ción abdominoperineal utilizaron este método como paliativo resultando en una tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del 35 %.

Cuarenta y ocho pacientes presentaron complicaciones posoperatorias, siendo la más común el sangrado residual en el sector intervenido.

Los pacientes con tumores pequeños poseen mejores resultados. Aquellos con carcinomas de menos de 3 cm de diámetro poseen una tasa de supervivencia a los 5 años del 72 % en comparación con el 62 % de aquellos que los poseen de un tamaño mayor; así mismo los tumores exofíticos tienen una tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años del 62,8 % en comparación a los tumores ulcerados en los que esta es del 54,7 %.

Aunque las tasas de curación obtenidas con electrocoagulación parecen menos satisfactorias que los resultados logrados con la excisión local o con radioterapia, análisis más detallados de los resultados sugiere que los cirujanos que proponen este procedimiento son menos selectivos en la elección de sus pacientes.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE LUEGO DEL TRATAMIENTO LOCAL

La recurrencia de enfermedad luego del tratamiento local ocurre en un 6,44 % de los pacientes. Aunque las opciones para tratar la recurrencia tumoral incluyen la excisión local, electrocoagulación, radioterapia; la resección abdominoperineal o la resección anterior baja son las alternativas empleadas con mayor frecuencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Braun J, Treutner K, Winkeltau G. 1992. Results of Interesphincteric Resection of the Rectum with Direct Coloanal Anastomosis for Rectal Carcinoma. Ann. J. Surg 163:407-412.
2. De Cosse JJ, Wond RJ, Quan SHQ. 1989. Conservative Treatment of Distal Rectal Cancer by Local Excision. Cancer 63-219-263.
3. Di Matteo G, D Mascagni, a. Lentini. 1994. Advances in Rectal Cancer Surgery. Dis Colon & Rectum 37 (Supl): 50-53.
4. Elizabeth Breen & Ronald Bleday. 1997. Preservation of the Anus in the Therapy of Distal Rectal Cancer. Surgical Clinics of North America 77 (1): 71-83.
5. Gerard JP, Romestaing P, Ardiet JM, Mornex F. 1998. Sphincter Preservation in Rectal Cancer. Endocavitary Radiation Therapy. Semin. Radit. Oncol 8 (1): 13-23.
6. Goligher J.C. 1989. Cirugía del Ano, Recto y Colon p. 522-658.
7. Heinmann TM, Steinhagen RM. 1992. Surgical treatments of tumors of the distal rectum with sphincter preservation. Ann Surg 216; 432-437.
8. Isenberg J, Keller HW, Pichlmaier H. 1995. Middle and Lower Third Rectum Carcinoma: Sphincter Saving or Abdominoperineal Resection?. Eur j Surg Oncol 21 (3): 265-269.
9. Lentini J. 1982 Temas de Coloproctología. p. 265-293; 297-305.
10. Mortensen N, Ramirez J, Takeuchi N. 1995. Anastomosis de un Reservorio Colonico en J con el Ano tras Extirpación Rectal por Carcinoma: Resultado funcional. The British Journal of Medicine (Ed. Española) 14 (2): 83-86.
11. Murray, Jhon J. & Thomas J. Stahl. 1993. Sphincter - Saving Alternatives For Treatment of Adenocarcinoma Involving Distal Rectum. Surgical Clinics of North America 73 (1); 131-141.
12. Paty PB, Enker WE, Cohen AM. 1994. Treatment of rectal cancer by low anterior resection with coloanal anastomosis. Ann Surg 219: 365-412.
13. Philip B. Paty, Warren Enker, Alfred Cohen. 1994. Treatment of Rectal Cancer by Low Anterior Resection With Coloanal Anastomosis, Annals of Surgery 219 (4): 365-373.
14. Scholefield J & Northover JMA. 1995. Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de Recto. The British Journal of Surgery (Ed. Española) 14 (3):218-221.

Derechos iguales para todos, privilegios especiales para ninguno.

*Thomas Jefferson - Abogado
Ex Presidente de USA*