

## CANCER DEL RECTO (\*)

### RECTAL CANCER

*Dr. David Vanuno Saragusti (\*\*)*

**Summary:** Forty-seven patients suffering from rectum cancer examined between 1961 and 1977 are being studied; the lesions being found in 18,21% of anus and rectum diseases. Patients ranging in age between 61 and 70 years prevail, females averaging 2:1 over males. Rectal bleeding being the main reason for consultation and, in the majority of the cases, delay in consulting a physician exceeded one year (59,5%).

Other symptoms detected: a change in bowel habits, loss of weight and pain, diagnosis based upon digital rectal examination which lead to the discovery of the neoplasm in the majority of the cases. The pathologist determined adenocarcinoma as being the most frequent type of cancer.

Treatment involved a surgical procedure in 72,34% of the cases, being the abdomino-perineal resection the procedure chosen, and only 3 patients undergoing other type of surgical procedure. Mortality reached 14,28% for Miles' procedure due to general complications, whereas morbidity reached 33,33%. Recurrence ran up to 12%, which is a high rate, all being local. Dukes' classification gave 13,65% for A degree, 45,45% for B degree and 40,9% for C degree. Little is known about radiation therapy.

The means for early diagnosis of rectal cancer should be improved, thus increasing resection percentages and enhancing survival. Follow-up data on these patients are not available.

### Resumen

47 pacientes han sido estudiados entre 1961 y 1977, portadores de cáncer del recto; estas lesiones fueron halladas en el 18,21% del total de afecciones del ano y del recto. Se encontró un predominio entre los 61 y 70 años de edad, y en las mujeres con un promedio de 2 a 1 sobre los varones. Siendo el principal motivo de consulta la rectorragia y en la mayoría de los casos el tiempo de evolución superó el año (59,5%).

(\*) Monografía presentada a la Facultad de Medicina, 1981. (Resumen).

(\*\*) Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

Los otros síntomas encontrados fueron: alteración del hábito intestinal, pérdida de peso y dolor, el diagnóstico se basó en el tacto rectal que halló el tumor en casi todos los casos. El patólogo precisó la frecuencia del adenocarcinoma como tipo más común.

El tratamiento efectuado fue hecho por la cirugía, en el 72,54%, teniendo a la amputación abdomino-perineal como procedimiento de elección, y solo 5 enfermos recibieron otro tipo de cirugía. La mortalidad llegó al 14,28% en la operación de Miles y fue debida a causas de orden general, en tanto que las cifras de morbilidad están en el 33,33%. Un 12% de recidivas, cifra elevada y todas fueron locales.

La clasificación de Dukes, encontró un 13,65% para el grado A; un 45,45% para el grado B; y un 40,90% para el grado C. No hay experiencia con la radioterapia.

Se deben mejorar los medios de detección precoz del carcinoma rectal para así, elevar los porcentajes de reseccabilidad y por ende mejorar la sobrevida. No se tienen datos sobre el seguimiento de estos enfermos.

### Introducción

Se conoce que en un porcentaje que actualmente es del 50%, el cáncer del recto puede ser curado. Entre los procedimientos terapéuticos, el que es utilizado en la generalidad de los centros quirúrgicos, es el tratamiento quirúrgico.

Este enfoque debe ser realizado cuando la enfermedad está en su fase local, etapa en la cual la misma se manifiesta como una tumoración ubicada en el órgano respectivo sin que invada las estructuras o tejidos vecinos, y mucho menos que estén presentes focos distantes.

Es dable observar que en nuestro medio la mayoría de los pacientes acuden a la consulta cuando ha pasado un tiempo valioso, que ha permitido un mayor desarrollo evolutivo de la lesión o que se ha extendido fuera de las paredes del recto.

Resulta necesario manifestar que en los últimos decenios, a pesar de los mejores estudios diagnósticos, a una más completa implementación del tratamiento quirúrgico, los porcentajes de resultados establecidos a 5 o más años, no han mejorado, este hecho ha inducido a distintos grupos de estudio a ensayar el complemento de dicha terapia con los otros medios de tratamiento, traduciendo esa experiencia en resultados que permiten abrigar una esperanza de una mejoría en el pronóstico global de la enfermedad.

### Material y métodos

En un periodo que abarca diez y seis años de actividad quirúrgica, se revisaron las anotaciones clínicas, exámenes auxiliares, intervenciones realizadas, los estudios histopatológicos, correspondientes a 47 enfermos internados en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.

Frecuencia. Sobre un total de 15.500 enfermos que se internaron por afecciones quirúrgicas, se detectaron 258 pacientes con enfermedades del ano y recto, de ellos el 18,21% correspondieron a tumores malignos. La edad, de mayor frecuencia correspondió a los ubicados entre 51 y 70 años que son 28 pacientes (59,56%). En cuanto al sexo, las cifras muestran un 2 a 1 a favor de las mujeres, hechos que casi son similares a otras estadísticas nacionales (1). Motivo de consulta, la rectorragia estuvo presente en 29 casos (61,7%) del total, otros fueron tumor, diarrea y constipación con 12,7 cada uno. Tiempo de evolución, la mayoría de los pacientes tenían molestias de 1 año o más, en 28 casos (59,5%), en 16 casos (34,2%), la frecuencia fue de meses. Cuadro clínico, mostró también a la rectorragia en 59 enfermos (82,9%), diarrea en 21 casos (44,6%), en tanto que constipación en 17 veces (36,1%), el dolor fue referido por 27 enfermos (57,4%), el tenesmo rectal en un tercio de los casos (34%), gleras en 31,9% y pérdida de peso con 57,4% para 27 enfermos. Entre los signos físicos, solo 3 pacientes tenían un tumor anal (6,3%), 2 veces se halló dolor (4,2%). En el tacto rectal se encontró 33 veces un tumor en la región ampular (70,21%), en la región supraampular 7 casos (14,89%), y en ubicación anal 14,89% (7 casos).

#### Cuadro N° 1

##### Localización del tumor. 47 casos

Ampular	33 casos	70,21%
Supraampular	7 casos	14,89%
Anal	7 casos	14,89%

Las características de las lesiones mostraron, que en su aspecto macroscópico los tumores fueron vegetantes en 31 casos (65,95%), lesiones ulceradas en 9 pacientes (19,14%) y solo 7 veces (14,89%) las formas infiltrantes. (Foto N° 1).

Como procedimientos auxiliares de diagnóstico fueron precisados, que casi todos tuvieron una rectoscopia o rectosigmoidoscopia, salvo la dificultad de introducir dichos instrumentos por lesiones voluminosas. El estudio radiológico solo fué utilizado en 4 ocasiones (8,5%), dando imágenes de extensión de las lesiones (ver Fotos 2 y

3). El laboratorio sirvió solo para ver el grado de anemia de los pacientes y el aumento de la velocidad de sedimentación que fue moderado o importante en 18 casos. (38.29%). La biopsia fue practicada en la mayoría de los casos confirmando la naturaleza maligna de la lesión.

#### Carcinoma de recto



Foto N° 1

**Diagnóstico.** En nuestra serie, el diagnóstico fue primeramente basado en las características clínicas, tanto por los síntomas como por los signos físicos, en estos el orden fué el siguiente: a) inspección de la región anal, b) tacto rectal, c) anoscopía, d) rectoscopía o rectosigmoidoscopía, e) biopsia, f) raras veces radiografía. Con estos procedimientos 33 enfermos tenían realizados sus diagnósticos definitivos antes de la operación. Otros 7 casos no tuvieron biopsia pero el diagnóstico fue confirmado en la operación o examen histopatológico posterior. En 2 casos la biopsia fue insuficiente; los 5 casos restantes no tuvieron confirmación histológica.

**Tratamiento.** El tratamiento planteado en todos los casos fue el quirúrgico, pero de los 47 casos, 13 no llegaron a la intervención, 5 por ser inoperables, 6 rehusaron la cirugía, y 2 fallecieron por afecciones de orden general durante su internación.

## Radiografías de Tumores del Recto

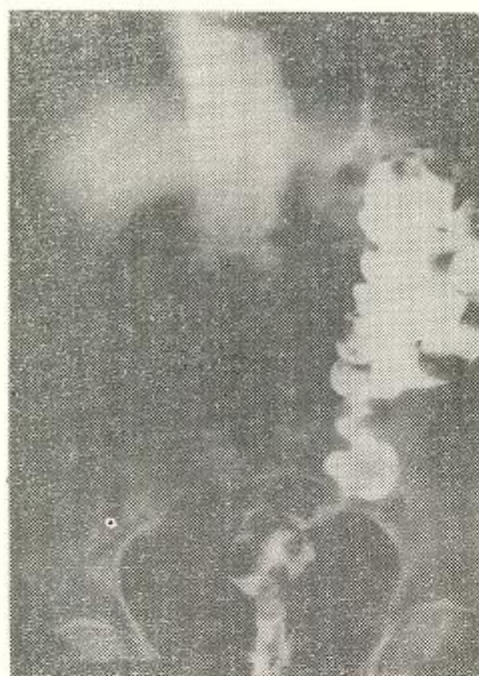


Foto N° 2



Foto N° 3

## Cuadro N° 2

## Cáncer del recto. 47 casos

Operados	54 casos	72.5%
No operados	13 casos	27.6%

El índice de operabilidad fue del 72.54%, considerándose como operación de elección a la amputación abdomino-perineal, u operación de Miles, la cual fué practicada en 21 pacientes o sea en el 53.19%, que viene a ser el índice de reseccabilidad, pero en este porcentaje están incluidos 3 casos que solo tuvieron una resección local y 1 caso con una operación de Hartmann. En los 9 enfermos restantes solo fue factible realizar una intervención paliativa que consistió en otras tantas colostomías.

Cuadro N<sup>o</sup> 3  
Cáncer del recto. 54 operaciones

Resecciones	25 veces	53.19%
— Amputación A. P.	21 veces	61.77%
— Resección local	3 veces	8.82%
— Op. Hartmann	1 vez	2.94%
Derivaciones	9 veces	26.47%

En las operaciones de Miles, siempre se efectuó la intervención en dos tiempos y con un solo equipo, conducta delineada por el citado autor (2), con una etapa abdominal seguida de otra perineal. De los tres casos con resección local, los mismos correspondieron a formaciones poliposas, y donde el diagnóstico de malignidad en el tumor fue hecho por el patólogo.

La cirugía fue ampliada en 5 casos todas ellas mujeres y debido a extensión del tumor a los genitales. Mortalidad, en tres casos se produjo el deceso en los operados por el proceder de Miles, correspondiendo en dos ocasiones a enfermedades de orden general: neumonía y tromboembolia y el tercer caso no se consignó en la historia, además la edad de los fallecidos era de 73 y 78 años. En cuanto a la morbilidad, por un lado se consigna un 38% en las operaciones con amputación, aunque 3 casos fueron por infección de la herida operatoria, 2 veces hubo diarrea, 2 veces neumonía, y 1 paciente con dolor abdominal; entre las complicaciones mediatas hubo un 33.33%, para 7 enfermos: con el siguiente detalle: fistula perineal 3 casos, prolapso vesical 1 caso, dolor perineal 1 caso.

Histopatología. Los resultados informaron en 35 casos adenocarcinomas lo cual confirma la norma en este tipo de lesiones (85.55%), se encontró 3 casos (7.14%) de carcinomas epidermoides, y en los 4 casos restantes el diagnóstico fue: papiloma perianal malignizado, adenoma vellosa en vías de malignización, neurilemona maligna y reticulosarcoma. Como se ve hay dos casos con lesiones localizadas.

La clasificación de Dukes (6), que se basa en las características de la infiltración parietal y la siembra ganglionar con correlación para el pronóstico, mostró en nuestro material en 22 casos, 21 de ellos correspondieron a las amputaciones y 1 caso a una resección local, mostró solo 3 casos para el grado A, y 19 casos para B y C, ver cuadro N<sup>o</sup> 4.

Cuadro Nº 4  
Clasificación de Dukes, 22 casos

Dukes A	3 casos	13.65%
Dukes B	10 casos	45.45%
Dukes C	9 casos	40.90%

Nos resultó prácticamente imposible establecer los resultados a distancia, si bien podemos afirmar que tenemos algunos casos con buen seguimiento a largo plazo.

Recidivas. De los 25 operados, solo hemos podido comprobar 3 casos con recidivas, uno de ellos fue de un adenocarcinoma con ganglios (Dukes C), que presentó a los dos meses una recidiva local; el otro caso con adenocarcinoma de ampolla rectal infiltrante que invade canal anal y vulva (Dukes B), que a los seis meses presentó recidiva en región vulvar; el tercer paciente fue el del neurilemona maligno que se inició con dolores perinales y a los 5 años, aparecieron nódulos en esa zona (ver foto Nº 4).

En cuanto a los otros tratamientos hay pocos datos, solo algunos protocolos informan de Radioterapia, en 3 enfermos con radioterapia única, 2 pacientes con radioterapia postoperatoria (post-amputación abdomino-perineal), y 2 casos que fueron a la colostomía por ser irresecables; los datos sobre los resultados no son precisos. En lo que a la Quimioterapia se refiere no hubo experiencia.



Recidiva local de neurilemona maligno del recto.

Foto Nº 4

### Comentarios

En el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina, (5) el cáncer del recto ocupa entre los tumores malignos del aparato digestivo el tercer lugar, siguiendo a los de colon y de estómago. En este material ocupa el 18,21% de las afecciones del ano y recto.

En sus características generales, en cuanto a sexo la proporción muestra un 2 a 1 a favor del femenino, y la edad de mayor predilección está ubicada en los pacientes de 61 a 70 años con un 31,9%. Como motivo de consulta el 61,7% correspondió a la rectorragia, en tanto que el tiempo de evolución transcurrido desde el inicio de las molestias hasta la consulta fué bastante prolongado dado que el 59,5% referían un año como mínimo. En el cuadro clínico, los síntomas estuvieron representados por la pérdida de sangre en el 82,9%, las alteraciones del hábito intestinal dieron para la diarrea un 44,6% y para la constipación el 36,1%, y entre los síntomas generales la pérdida de peso fue de una frecuencia del 57,4%. Los hallazgos físicos, fueron tumor rectal en el 70,21%, para la localización anal el 18,49%, en localización supraampular la cifra fue del 14,89%.

La biopsia efectuada en 34 casos, confirmó la malignidad de la lesión dando así el 73,34%, resultando la gran mayoría de ellos del tipo de carcinoma glandular, y algunos casos de carcinomas epidermoides, un hallazgo que se consideró excepcional fue el de una mujer con un neurilemoma maligno y hubo otro caso de un reticulosarcoma.

El tratamiento quirúrgico fue planteado en todos los casos, pero el 27,66% de ellos no fue a la cirugía por diversos motivos, 5 de ellos juzgados inoperables, 6 se negaron a la intervención, y 2 fallecieron en el transcurso de su internación, dando así un índice de operabilidad bajo 72,34%, de los cuales solo fueron resecaos el 53,19%. El acto quirúrgico que consistió en la extirpación del recto con sus cadenas ganglionares y tejidos perirrectales incluyendo el ano, finalizando la operación con una colostomía izquierda definitiva, y que se conoce como operación de Miles o amputación abdomino-perineal. Los otros procedimientos utilizados en esta serie, son, 1 caso con operación de Hartmann (2,94%), y tres enfermos con resección local (8,82%). En los 9 pacientes restantes solo se efectuó una cirugía paliativa, que consistió en una colostomía (26,47%).

Como se vé se consideró a la operación de Miles como la intervención de elección para el tratamiento del cáncer del recto, si bien actualmente las tendencias reseccionistas (resección anterior), ganan terreno. No hay en este material un control postoperatorio alejado, por lo cuál no podemos establecer cifras de curación reales, si bien existen casos de seguimiento prolongado que han superado los 5 años de sobrevida.



En cuanto a la mortalidad nuestras cifras son elevadas para los 21 enfermos que fueron amputados (amputación abdomino-perineal), ya que ella representa el 14.28%. En lo que a morbilidad se refiere, la inmediata también presenta cifras altas 58%, si bien la mayoría de estas complicaciones son de menor importancia: infección de la herida, diarrea, neumonía y dolor; las complicaciones mediatas llegan al 33.33% son en su mayoría de la región perineal y entre ellas hay recidivas locales, y en dos casos son de la colostomía.

Para una orientación pronóstica de estos enfermos vemos que los datos aportados por la clasificación de Dukes, solo tiene 13,65% para el grado A, en tanto que el 45,45% fue para el Dukes B, y corresponde un 40,90% al grado C., cifras que se asemejan a las presentadas por Moreaux (5), y que siguen también a otras series. Recidivas constatadas en 5 pacientes, sobre 25 operados, ellas fueron recidivas locales correspondiendo al 12% del total y al 14.28% de las operaciones de Miles.

De los otros procedimientos terapéuticos, algunos de nuestros enfermos fueron sometidos a radioterapia, pero no hay resultados alejados, son de radioterapia postoperatoria o bien radioterapia como única terapia. La quimioterapia no consta en las historias clínicas.

Como comentario final podemos destacar que actualmente la operación de elección para el cáncer del recto sigue siendo la amputación abdomino-perineal para las lesiones ubicadas en el recto inferior (ampolla rectal y ano), en tanto que en las lesiones ubicadas en el recto superior (supraampular), la resección anterior es la que tiene la aceptación de los principales centros quirúrgicos en la actualidad. En casos seleccionados algunos autores utilizan la resección local (excisión local del recto inferior), y otros la radioterapia de contacto (endocavitaria) (4).

### Bibliografía

1. Frutos, I. B.: Cáncer recto anal. En Primer Congreso Paraguayo de Gastroenterología, Asunción. 1980.
2. Goligher, J. C.: Cirugía del ano, recto y colon, trad. de la 3a. ed. Barcelona, Salvat. 1979.
3. Moreaux, J. & Horiot, A.: Les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. Présentation d'une série de 304 cas. Gastroent. Clin. Biol. 2 (4): 365-372, 1978.
4. Papillon, J.: Place de la radiothérapie intracavitaria a visée curative dans le traitement du cancer du rectum. 170 cas. Nouv. Presse Med. 6: 260-254, 29 Janv. 1977.
5. Rolón, P. A.: Frecuencia del cáncer del recto en el Paraguay. Comunicación personal. 1980.
6. Roseman, D. L. & Straus, A. K.: Staging of carcinoma of the colon and rectum. Surg. Gynec. & Obst. 151: 93-95, Jul. 1980.

