

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. E. Palma

POLIPO RECTAL ADENOCARCINOMATOSO. CIRUGIA CONSERVADORA (*)

Dres. Eduardo C. Palma y Francisco del Campo y Br. Yolanda Peña

Presentamos una observación de pólipo rectal adenocarcinomatoso, que fue tratado mediante cirugía conservadora, con buenos resultados.

Paciente L. A. M. (Nº Reg. 60.715) de 55 años de edad. **Enf. Act.** Desde hace 15 años padece de crisis diarreicas a repetición, con hasta 6 deposiciones diarias de materias líquidas, sin emisión de sangre, pus o mucosidades. Sus períodos de calma, eran interrumpidos por síndromes rectales, con pujos y tenesmo. Desde hace 2 años ha comenzado a tener pequeñas enterorragias en las deposiciones, con estrias de sangre roja, a veces precedidas de dolores cólicos en el abdomen inferior. Desde hace 5 meses, se han sumado nuevas molestias, con la aparición de una dispepsia dolorosa epigástrica post-prandial tardía (3 horas), de mediana intensidad y anorexia. **Ant. Pers.** Dispepsia atípica e irregular desde su juventud. **Ant. Fam.** Padre fallecido de cáncer gástrico.

Ex. Clín.: Buen estado general. Abdomen: dolor a la palpación profunda del epigastrio; tácto rectal sin particularidades.

Exámenes complementarios. — Funcional hepático normal. Gastro-duodeno: bulbo deformado, con pliegues gruesos de disposición radiada, edema de la mucosa e imagen de posible nicho ulceroso de cara. **Quimismo gástrico:** normo-clorhidria de concentración y gasto. **Coproparasitario:** negativo. **Ex. Coprológico; Macroscópico:** Materias heterogéneas en parte moldeadas, algo aumentadas de consistencia y en parte gomosas, brillantes con abundante mucus ligado, desprendiendo regular cantidad de burbujas al batido. Escasos restos de farináceos. **Microscópico:** escasa celulosa digerible A.S.: (+). No se observa almidón. **Estudio radiológico de colon por enema:** Después de evacuación y a nivel de la ampolla rectal, se observan alteraciones del relieve mucoso, que aparece irregular y dibuja imágenes aparentes en su aspecto lacunar. El resto del colon es hipertónico,

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 14 de mayo de 1958.

sin que se aprecien signos lesionales (Dr. Capandeguy). **Rectosigmoidoscopia:** A los 15 cms. del ano, se encuentra en la cara lateral derecha de la parte alta del recto, una masa patológica de color violáceo, que llena la luz y tiene aspecto blastomatoso. Se toma fragmento para biopsia. **Ex. Anatomopatológico de la biopsia:** Pequeño fragmento de mucosa intestinal, que se incluye en totalidad y en el que se observa un **adenocarcinoma**. (Prof. Dr. P. Ferreira Berrutti).

En base a los resultados de los exámenes clínicos y de laboratorio, se hizo **diagnóstico** de Neoplasma alto del recto (a la vez que un probable ulcus duodenal). Se estableció como **tratamiento**, la realización de una re-



FIG. 1. — Fotografía del pólipo pediculado percibiéndose las zonas vegetantes de sus $\frac{3}{4}$ distales.

sección quirúrgica del recto, con posible conservación del ano y descenso del colon.

Operación. — Prof. Palma, Dr. Del Campo y Srta. Yolanda Peña. Paciente en posición decúbito dorsal y ginecológica. La exploración anal y rectal baja es negativa. Se efectúa una laparotomía mediana infraumbilical y parcialmente supra. La exploración muestra un posible ulcus duodenal de cara anterior, con adherencias y bridas a la vesícula, que se liberan. La exploración cuidadosa del abdomen no revela metástasis a distancia, ni adenopatías, en el meso sigmoide, ni en el rectal. La inspección del recto no ofrece particularidades; la palpación revela que sus paredes son flexibles, no infiltradas, palpándose solamente en su parte alta una masa pediculada, móvil, con aspecto de pólipo. Se protege la cavidad abdominal con compresas embebidas en antibióticos y se efectúa una proctotomía anterior, comprobándose la existencia de dos pólipos, muy próximos, uno pediculado de 6 cms. de largo y otro pequeño sesil, de 1 cm. de longitud; ambos tienen macroscópicamente aspecto benigno, no están ulcerados, son flexibles y la mucosa en que se implantan es

también flexible y deslizable. Se les extirpa en bloque, conjuntamente con un collarete de mucosa que rodea a sus zonas de implantación. Sutura hemostática de la mucosa con surget de gastergut, que afronta los labios de la resección. Cierre de la proctotomía en 3 planos, con surget de gastergut y 2 planos de puntos de lino en la seromuscular. Se suspende la resección del recto, condicionándola al examen anatómo-patológico de las piezas extirpadas.

Informe anatómo - patológico. — Dr. D. Mendoza): Pólipo ovalado de 18 mm. por 15 mm. en sus diámetros mayores, que se extirpa con su base de implantación. Al corte mediano longitudinal, se aprecia un engro-



FIG. 2. — Microfotografía topográfica a pequeño aumento del pólipo pediculado, viéndose que la mucosa del collarete de implantación está indemne, así como no existe infiltración del tallo de la tumoración, ni del corión de la mucosa.

samiento de la mucosa y una hemorragia intersticial en la zona de implantación. Se incluye la mitad del mismo. Se archiva el resto del material.

Microscópicamente se observa una lesión tumoral con los caracteres de un pólipo adenomatoso, en parte de arquitectura papilar, que presenta en algunas áreas una estratificación de las células glandulares, con pérdida de la polaridad celular, y marcado cromatismo nuclear, que en conjunto corresponde a los signos descriptos en las transformaciones malignas de un pólipo adenomatoso. Hacemos notar sin embargo que no existe infiltración carcinomatosa de la mucosa ni tampoco de la base de implantación de este tumor, la cual se encuentra absolutamente libre de invasión neoplásica. Por estos hechos señalados, es que consideramos a esta lesión en un estado de evolutividad hacia un tumor maligno epitelial, pero en el cual le falta el rasgo más esencial de éstos, y que es la infiltración del corion por células neoplásicas. Microscópicamente se trataría de un epiteloma "in situ" (carcinoma intraepitelial). En definitiva: se trata de un pólipo adenomatoso con transformación maligna intraepitelial de sus formaciones glandulares.

La evolución del paciente fue excelente, siendo dado de alta de la Sala al 10º día. Su evolución en Policlínica ha sido sin incidentes.

CONSIDERACIONES. — Esta observación ofrece algunas características de interés que son dignas de mención.

Desde el punto de vista patológico se trata de un adenocarcinoma de la mucosa rectal extirpado en su primera etapa evolutiva, cuando se encuentra exclusivamente “in situ”, sin invasión



FIG. 3. — Microfotografía de la biopsia preoperatoria que muestra lesiones adenocarcinomatosas típicas.

no sólo de la pared, sino tampoco del corión de la mucosa, y sin ruptura de la basal.

El examen macroscópico de los pólipos (Fig. 1), completado con su estudio microscópico, revela la existencia simultánea y en áreas vecinas, de zonas adenomatosas de aspecto tumoral benigno y de áreas malignas adenocarcinomatosas. La mucosa de las zonas periféricas de los pólipos son de aspecto adenomatoso benigno; a la vez, la mucosa de las áreas rectales en que se implantan los pólipos son de aspecto normal. El tallo del tumor pediculado, así como el corión de las zonas de implantación de ambos pólipos están indemnes de toda infiltración neoplásica.

Estos hechos histo-patológicos, unidos a las características clínicas del caso, con sus discretos trastornos durante 15 años,

seguidos luego de agravación de sus molestias con enterorragias moderadas en los últimos 2 años, permiten establecer el diagnóstico retrospectivo de la existencia de un pólipo adenomatoso benigno de larga evolución.

El caso que presentamos, además de constituir un adenocarcinoma rectal "in situ", representa a nuestro juicio una observación documentada de degeneración maligna de un adenoma poli-

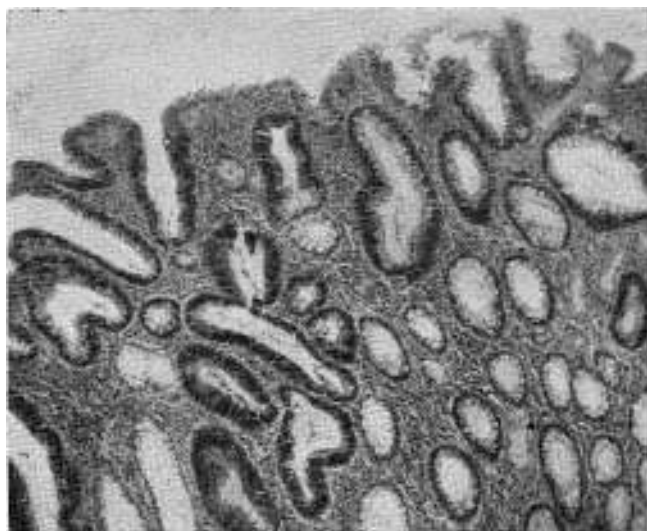


FIG. 4. — Microfotografía de la pieza operatoria en una zona en que se observan lesiones adenomatosas benignas (abajo a la derecha) y áreas adenocarcinomasas con estratificación de sus células glandulares, pérdida de la polaridad nuclear, marcado cromatismo nuclear, yemamiento interglandular y glándulas más próximas. No hay invasión del corion, ni ruptura de la basal.

posó del recto. Estos hechos ratifican el concepto de que todo pólipo recto-cólico debe ser extirpado a la brevedad posible, como terapéutica preventiva de su transformación cancerosa.

Las observaciones de los especialistas gastroenterólogos y de los proctólogos, así como las estadísticas de los exámenes autópicos sistemáticos han mostrado en los últimos años, la relativa gran frecuencia de los pólipos benignos del intestino grueso, que pueden pasar inadvertidos durante largo tiempo, ya porque sean asintomáticos o porque originen discretos trastornos funcionales

y no son diagnosticados por la ausencia frecuente de sintomatología física.

Estos hechos obligan a recurrir precozmente a los exámenes especializados en todos los casos en que existe el menor trastorno funcional, pues la recto sigmoidoscopia y el estudio radiológico contrastado, completado con la biopsia constituyen la llave del diagnóstico de estas lesiones.

Nuestra observación muestra también el valor relativo de la biopsia, para establecer la naturaleza benigna o maligna de un pólipo, pues existen en la tumoración zonas adenomatosas y otras de naturaleza carcinomatosa. Felizmente en la biopsia hecha por rectoscopia se tomó un área maligna, pero pudo haber ocurrido lo contrario y haberse tomado una zona adenomatosa, con la que se hubiera ignorado la degeneración cancerosa.

Las biopsias deben ser amplias, tomándose tejido en varias zonas. A su vez el examen anatomopatológico debe ser hecho de manera seriada, antes de eliminarse la posibilidad de su degeneración maligna.

La observación que presentamos da lugar a consideraciones terapéuticas de interés.

El paciente fue llevado a la mesa de operaciones con el diagnóstico anatómo-patológico de cáncer rectal alto.

A pesar de ello, en este caso, como en todos los de la Clínica Quirúrgica a nuestro cargo, la decisión final del Tratamiento operatorio de los cánceres de recto es tomada solamente en la mesa de operaciones, luego de la laparotomía y de un inventario cuidadoso de las lesiones (con o sin biopsia extemporánea). No se efectúa ningún tiempo operatorio previo, que obligue luego a la resección en todos los casos, o dé lugar a invalideces innecesarias.

Los pacientes son colocados en la mesa de operaciones de manera tal que puede efectuarse sin desplazamiento alguno, y en una sola intervención, los 3 tiempos de la resección o amputación, por vía combinada abdomino-perineal, con o sin descenso. La operación es realizada en cada caso, sólo en la medida de las necesidades de cada paciente, y en un solo acto operatorio.

La extirpación de estos pólipos cancerizados pudo haber sido realizada por vía endoscópica, resecándoseles con el asa del electro-cauterio.

Cuando la lesión se encuentra a 7 cms. o más del orificio anal, preferimos su abordaje por vía alta, en la forma antecitada. Al nivel del fondo de saco de Douglas o por encima de ella, la resección endoscópica ofrece varios riesgos dignos de ser tenidos en cuenta, como consecuencia de la caída de éscaras, cuya extensión y profundidad son imprevisibles, pudiendo originarse hemorragias, infecciones y perforaciones. Además la visualización es imperfecta y no puede tenerse certeza de si la cauterización ha sido precisa, o excesiva, o si se han dejado áreas sospechosas sin extirpar.

Estas mismas consideraciones son aplicables a los pólipos presuntamente benignos.

Por estas razones es que en los pólipos del recto benignos o malignos que se hallan por encima de 7 cms. del ano, somos partidarios de su abordaje por laparotomía y proctotomía, siempre que no existan contraindicaciones derivadas del estado general del paciente.

Dr. Bosch. — Si nadie hace uso de la palabra, la mesa se complace en felicitar al Dr. Palma por la originalidad de su comunicación y los excelentes resultados obtenidos, exhortándolo, al mismo tiempo, a seguir en esta vía de trabajo y traernos a su vez tan valiosa experiencia.