

Las recidivas pelvianas de los cánceres del recto

Dr. RICARDO URDINARAN *

Es motivo de este trabajo exponer algunas consideraciones vinculadas a la patología y el tratamiento de este tema, cuya importancia hemos podido apreciar repetidamente a través de nuestra actividad en la Clínica Quirúrgica "A", a cargo del Prof. Dr. Abel Chifflet.

A instancias de nuestro profesor, quien nos orientó con su vasta experiencia en la materia, hemos realizado este estudio, el cual refleja lógicamente los conceptos por él preconizados en cirugía proctológica.

Hemos utilizado una casuística formada por 21 casos de recidivas pelvianas de cáncer de recto, que constituyen la totalidad de los estudiados, tratados y controlados en nuestra Clínica a partir de su instalación en el Hospital de Clínicas en 1957 y hasta agosto de 1968. El total de cánceres de recto en ese lapso fue de 161. Los tratamientos radiantes y quimioterápicos correspondientes se realizaron en su totalidad en el Instituto de Oncología del Ministerio de Salud Pública, o en el Departamento de Radiología de la Facultad de Medicina, en el Hospital de Clínicas.

MATERIAL CLINICO

Edad.

Los 21 casos estudiados se ubican entre edades que oscilan de los 42 a los 83 años, con un promedio de 61,9 años.

Tiempo de evolución.

1º) *De la enfermedad primaria:* El tiempo de evolución osciló entre 1 mes (caso 16) y 4 años (caso 20).

2º) *Tiempo de control postoperatorio:* Osciló entre un mínimo de 5 meses y 1 día y un máximo de 4 años, 9 meses y 11 días. En 6 casos el control postoperatorio del paciente se hizo hasta su fallecimiento, se interrumpió antes en 14 casos, mientras que el caso restante permanece vivo hasta la publicación de este trabajo (caso 2).

3º) *Tiempo de evolución entre operación y recidiva:* Tuvo un mínimo de 2 meses y 25 días y un máximo de 3 años, 2 meses y 12 días.

Topografía del tumor primario.

El neoplasma original estaba en recto abdominal o sigmoideo en 11 casos, en recto pelviano en 2 casos, en recto perineal en 4 casos y en recto anal en otros 4 casos.

Topografía de la recidiva.

De las 21 recidivas, 15 fueron pelvianas. Se distribuyeron: 5 a nivel de la anastomosis, 4 en la cicatriz perineal, 3 en la luz del recto, 2 en la grasa perirrectal, 3 en cara posterior de vagina, 1 en la pared ósea, una pelvis enyesada y un caso con un pólipo con carcinoma "in situ".

Hay 20 localizaciones porque 4 enfermos tenían localizaciones dobles y una enferma hizo 2 localizaciones consecutivas (caso 21).

Tratamiento del tumor primario.

En 11 casos de tumor abdominal o recto-sigmoideo se hizo resección y anastomosis (Dixon) en 4 casos, resección abdominal (Hartmann) en 3 casos, resección y anastomosis por vía perineal en 2 casos, polipectomía en 1 caso y amputación abdominoperineal en el restante.

En los 2 tumores pelvianos se hizo amputación abdominoperineal en 1 caso y polipectomía en otro.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de junio de 1970.

* Graduado en Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

En los 4 tumores perineales se hizo amputación abdominoperineal en 3 casos y amputación perineal en el restante.

En los 4 tumores anales se hizo amputación perineal en 3 casos y amputación abdominoperineal en el restante.

Anatomía patológica.

El tipo histológico del tumor primario fue adenocarcinoma en 17 casos, carcinoma epidermoide en 2 casos, un carcinoma sólido indiferenciado y un tumor vellosos.

Según la clasificación de Dukes, hay 2 casos del tipo A (incluyendo un tumor vellosos recidivante), 11 casos del tipo B, 3 casos de tipo C y 4 de tipo D.

En 9 resecciones sólo se dejó constancia en 4 casos de la distancia entre el tumor y la sección inferior de la pieza. La que se hizo a mayor distancia fue a 8 cm. (caso 15), según descripción operatoria.

Se tuvo estudio anatomopatológico de la recidiva en 13 casos. En el resto el diagnóstico de recidiva fue clínico o clinicorradiológico. No hubo discordancia entre el tipo histológico del primario y la recidiva.

Tratamiento de la recidiva.

Se trataron 9 casos sobre 21; en 7 el tratamiento fue quirúrgico: 1 amputación abdominoperineal, 2 vaciamientos ganglionares inguinales, 1 resección tipo Hartmann, 1 hepatectomía parcial por metástasis dolorosa, 1 extirpación de tumores vellosos y en el caso 21 se hizo extirpación de una recidiva del tabique rectovaginal, luego exploración (mostró carcinomatosis peritoneal) y colostomía izquierda y por último infiltración anestésica caudal.

En 2 casos se hizo terapia radiante: en el caso 2 betatrón y 5-fluoruracilo; y en el caso 18, telecobaltoterapia.

CONSIDERACIONES ETIOPATOGENICAS

Las resecciones.

Se practicaron resecciones en 9 casos: 4 Dixon, 3 Hartmann y 2 resecciones y anastomosis por vía perineal. Hubo reci-

diva pelviana en 8 de estos casos: 5 fueron en la anastomosis, 2 en al luz rectal y 1 en la grasa perirrectal.

1º) *La importancia del borde inferior de la resección:* Consideramos fundamental la distancia entre el borde inferior del tumor y la sección inferior de la pieza. Se obtuvo ese dato en 4 casos, en 3 por el estudio anatomopatológico, estando la sección inferior a 3,2 y 2 cm. El caso restante lo midió el cirujano, estando la sección a 8 cm. con la pieza en fresco.

Siguiendo la opinión de Dunphy y Broderick (5), de que la sección inferior en fresco debe estar a más de 10 cm. del tumor, y también la opinión de Quer, Dahlin y Mayo (11), de que es necesario un margen de 2,5 cm. con la pieza fijada para evitar la extensión intramural retrógrada, encontramos que en un solo caso de estos 4 se situó la sección inferior a más distancia de la exigida (caso 3, 3 cm.).

2º) *La difusión retrógrada por vía ganglionar:* De acuerdo a la importancia dada por Grinnell (8) a las metástasis ganglionares como mecanismo de difusión retrógrada, en las 9 resecciones había un caso del tipo A de Dukes, 6 casos del tipo B y 2 del tipo D. No había casos de tipo C, que son los que podrían llevar a la difusión retrógrada.

3º) *La difusión retrógrada intravascular:* No se pudo estudiar, pues en ningún caso el patólogo señaló si había o no propagación venosa.

4º) *La implantación mucosa:* No se tomó otra precaución que el clampeo del intestino para evitar la diseminación de células neoplásicas y su probable implantación en la mucosa.

El haber encontrado 5 recidivas en la anastomosis y 2 en la luz del recto, coincide con cifras aportadas por Cole (3), quien sobre 9 recidivas en resecciones, encontró 6 en la línea de sutura y 3 lejos de ella.

Este autor cree que la implantación se hace en los puntos de sutura, arrastrando la aguja células neoplásicas que se depositan allí.

También Goligher, Dukes y Bussey (7) dan importancia a este mecanismo y explican por él casi la mitad de los casos de su serie.

Lofgren, Waugh y Dockerty (9) por un lado y Black y Kelly (2) por otro, estudiando un mismo grupo de pacientes, explican por implantación mucosa el 77 % de sus recidivas.

Vink (13) sostiene que la desinfección y lavados locales del intestino favorecen el desprendimiento e implantación de células neoplásicas (especialmente en la anastomosis) y aporta comprobaciones experimentales.

En nuestra serie es alta la frecuencia de recidivas en la anastomosis (5 casos), además de 2 recidivas endoluminales en operaciones de Hartmann, en la línea de sutura del cabo distal, según datos de la historia.

Debemos entonces considerar seriamente la posibilidad de implantación mucosa en estos casos, especialmente si tenemos en cuenta que no se tomó otra precaución que el clampeo del intestino y además se hicieron enemias previas a la intervención.

5º) *El nuevo cáncer*: Esta posibilidad es tenida en cuenta por varios autores: Goligher, Dukes y Bussey (7); Lofgren, Waugh y Dockerty (9); Dunphy (6); Scudamore, Corr y Judd (12); y si bien la proporción en sus series es pequeña, el mecanismo no pierde validez.

En nuestra serie también encontramos casos ilustrativos. El caso 16, multioperado por neoplasmas de colon, presentó una formación polipoidea rectal, a la cual se hizo resección endorrectal y cuyo estudio mostró un adenocarcinoma. A los 16 meses se le resecó un tumor adenomatoso benigno y 14 meses después presentó un enorme tumor de recto inextirpable. Este enfermo, con una particular predisposición a la malignización de su mucosa cólica, plantea la posibilidad de que la recidiva se originara en el primer pólipo, pero pudo haber un tercer pólipo maligno.

Las amputaciones.

Sobre 10 amputaciones, tenemos 4 casos del tipo B de Dukes, 3 del tipo C y 2 del tipo D. El caso 5 no se pudo catalogar.

El número de casos avanzados es mayor que en las resecciones, lo cual explica mejor la recidiva.

El mecanismo más plausible para la producción de éstas, es la extensión tumoral más allá de los límites de exéresis.

Siguiendo a Chifflet (4), pensamos que la causa de esa difusión puede ser la tendencia linfófila de algunos tumores, que obstruyendo las normales vías de salida, difunden células neoplásicas en amplios territorios pelvianos. Por otro lado, en los tumores bajos del recto hay linfáticos que drenan hacia las vías de los segmentos altos.

Comentario.

De lo antedicho, podemos deducir que en las resecciones toda vez que se descarte la posibilidad de un nuevo cáncer, debemos pensar que los mecanismos más probables de producción de las recidivas pelvianas son la difusión intramural retrógrada y la implantación mucosa. Queda en suspenso la posibilidad de difusión retrógrada intravascular, que no pudimos estudiar. En las amputaciones, el mecanismo sería la extensión tumoral más allá de la exéresis, favorecida por la tendencia linfófila del tumor.

PREVENCION DE LAS RECIDIVAS

En las resecciones.

Estudiamos la prevención en dos etapas:

1º) *En el tratamiento del tumor primario*: Aquí encontramos aspectos importantes a tener en cuenta.

a) *El límite inferior de la resección*: Es uno de los factores de mayor trascendencia en la producción de recidivas.

Según vimos, la distancia considerada como margen de seguridad para evitar la difusión intramural retrógrada se respetó en un solo caso de nuestra serie.

Por otra parte, cuando el cirujano valora la situación y cuando realiza la sección inferior, casi siempre tracciona el intestino para ver mejor. Por ser éste muy elástico, le ofrece una impresión falsa de la distancia a la cual se hace la sección, y vemos luego como disminuye el espacio entre el tumor y aquélla.

Creemos entonces prudente hacer una apreciación del nivel del corte con el recto suelto para así garantizar un margen suficiente de mucosa por debajo del tumor.

A partir de estos hechos, es que creemos necesario dar más atención a la observancia de esas antedichas distancias como intento de prevenir la producción de recidivas.

b) *La indicación operatoria*: Este es un aspecto muy relacionado con el anterior por la importancia de una correcta indicación para respetar criterios oncológicos como el precedente.

Respecto a esto debemos recordar la opinión del Prof. Chifflet (4), quien dice que es necesario distinguir entre resecciones por tumor abdominal o por tumor pelviano. En estas últimas es posible una buena exéresis visceral por vía abdominal, pero los tejidos periviscerales, de posible invasión tumoral, no se extirpan bien.

Por tanto, pese a que esta operación tiene pocos riesgos operatorios y deja una buena función intestinal, del punto de vista oncológico, cuando se trata de tumores ampulares, los enfermos están mal operados si se practica una resección anterior.

c) *La implantación mucosa*: Diversos autores proponen medidas para evitar este mecanismo.

Vink demuestra experimentalmente que la desinfección y lavados intestinales favorecen la implantación de células tumorales. Por otras razones, en nuestra Clínica no se acostumbra una preparación intensa del intestino, pero pensamos que este es un punto a considerar.

Cole sugiere la ligadura del intestino a distancia del tumor, además del correspondiente clampeo, lavar con agua ambos cabos y seccionar un segmento adicional de intestino antes de suturar.

Goligher, Dukes y Bussey lavan el cabo distal con bicloruro de mercurio.

En base a lo observado en nuestra serie, tenemos la impresión de que es necesario utilizar estos métodos como forma de disminuir la frecuencia de las recidivas, aunque hayan dudas de su eficacia. También creemos fundamental la investigación experimental en ese terreno, a fin de perfeccionar nuevos métodos.

2º) *Después de tratado el tumor primario*:

a) *La detección precoz de la recidiva*: Es frecuente comprobar recidivas que por su volumen o su fijación a la pelvis ósea están fuera de alcance de toda terapia curativa.

En las 9 resecciones de nuestra serie se trató la recidiva en 4 casos, en todos quirúrgicamente. En los 2 casos que se controlaron había metástasis fuera de la pelvis (casos 8 y 17), lo cual confirmaría la detección tardía.

Esto evidencia que para detectar la recidiva precozmente es necesario ajustar los métodos de control en dos sentidos: buscar un contacto médico-paciente cercano y continuado, y usar en forma habitual los recursos clínicos y paraclínicos disponibles, a saber:

b) *El tacto rectal bajo anestesia*: Brinda una perspectiva más amplia que el tacto rectal simple, el cual es insuficiente para detectar precozmente las recidivas pelvianas, como lo demuestra el caso 3 de nuestra serie, una resección y anastomosis por vía perineal controlada 11 meses con tacto rectal simple. Al cabo de ese tiempo se hace tacto bajo anestesia, que muestra una enorme masa fija al sacro.

Sin duda una lesión tan extensa se desarrolló en un lapso más prolongado, y examinada bajo anestesia se hubiera detectado antes. Por esto pensamos que este recurso debe usarse periódicamente, pese a sus dificultades de realización en Policlínica.

c) *El examen rectosigmoidoscópico de control*: Ha sido considerado fundamental por Scudamore, Corr y Judd (12). Dada la elevada proporción de recidivas en la línea de sutura o sus vecindades, creemos que deba ser usado como examen de rutina.

d) *El "second look"*: Creemos fundamentales el criterio y la experiencia del cirujano para determinar la necesidad y el momento de poner en práctica este recurso tan discutido.

Prevención en las amputaciones.

Una vez que se produce la recidiva, se empobrece en tal forma el pronóstico que se puede decir sin exagerar que en la ope-

ración se juega el porvenir del paciente. Es allí donde el cirujano debe extremar sus esfuerzos. Además, resulta difícil detectar precozmente la recidiva. El bagaje del cirujano se limita casi exclusivamente a la clínica y la radiología simple.

TRATAMIENTO

Aspectos quirúrgicos.

En nuestra serie sólo fueron tratadas 9 recidivas sobre un total de 21, 7 con tratamiento quirúrgico y 2 con radioterapia. No se hicieron tratamientos combinados de radioterapia y cirugía.

Los resultados fueron negativos, excepto el caso 2, al cual se hizo, paradójicamente, una amputación paliativa y luego se le trató su recidiva con betatrón y 5-FU.

Dividiremos este enfoque terapéutico según se trate de resecciones o amputaciones.

1º) *En las resecciones:* En nuestra serie, sobre un total de 9 se trataron quirúrgicamente 4.

Como ya vimos, la probabilidad de curación aumentará con la detección precoz de la recidiva. Cabe señalar la opinión de Bacon y Berkley (1), quienes justifican la re-resección y sostienen que "se debe dejar de lado la actitud de que es un procedimiento empírico y sin bases, si existe evidencia de que la sobrevida es posible, como resultado de un esfuerzo científico bien planeado".

Por nuestra parte, vemos a la re-resección como una posibilidad más a plantear cuando se decide el tratamiento, pero dada la gravedad de la recidiva, pensamos que se debe encarar el problema con criterio de radicalidad para garantizar las máximas posibilidades de curación, o sea que no debe vacilarse en realizar amputaciones o aun operaciones más amplias si el caso lo requiere.

2º) *En las amputaciones:* No se trató quirúrgicamente ninguna. Pensamos que algunos de estos casos pudieron estar al alcance de la cirugía aun cuando tuviese que ser agresiva, tal como lo establece Phillips (10), quien sostiene que si la recidiva consiste en una implantación en el tejido celular, puede ser suficiente la ex-

tirpación local, y cuando hay una recidiva local profunda, está justificada la exploración abdominal y una extirpación ampliada, incluyendo aun el aparato urinario.

En base a los hechos anotados, tanto en resecciones como en amputaciones, creemos posible mejorar el pronóstico vital de estos enfermos. Pero no debemos olvidar que el tratamiento paliativo también es importante como posibilidad de prolongar la vida y para que ésta transcurra lo más confortable posible.

La radioterapia.

La radioterapia convencional tiene efecto muy limitado sobre los cánceres digestivos, como puntualiza Kasdorf (4). Pero esto no es válido para la radioterapia de supervoltaje que ha demostrado mayor efectividad, ampliándose así sus indicaciones. Se puede llegar entonces a curaciones definitivas, como demuestran Williams, Shulman y Todd (14).

En nuestra serie se trataron 2 casos (2 y 18), ambos con fines paliativos. Como vimos, el caso 2 es el único que sigue vivo con sobrevida de más de 3 años.

Estos métodos, y especialmente el betatrón, tienen probada efectividad en lesiones superficiales, de la cicatriz perineal o sus vecindades (en nuestra serie hay 4 casos de este tipo), y algo menos en recidivas profundas, donde las radiaciones llegan en dosis progresivamente menores. Las recidivas perineales anteriores también son tratables, excepto si se localizan en el árbol urinario, donde las únicas posibilidades, discutibles por otra parte, son quirúrgicas, según Phillips (10).

Considerando a la radioterapia de supervoltaje un medio terapéutico de real eficacia, pensamos que debe usarse con más frecuencia, especialmente en forma combinada con la cirugía, sea en el preoperatorio para limitar y disminuir de tamaño las lesiones, o en el postoperatorio, donde debiera usarse en forma sistemática.

Cualquiera sea el esquema adoptado, se deduce que las posibilidades de curación aumentan al superponer cirugía y radioterapia de supervoltaje. Pero este planteo necesita otros dos importantes factores: un planeamiento cuidadoso de la terapéutica, hecho en forma conjunta por el ci-

rujano y el radioterapeuta, y previamente, la detección más precoz posible de la recidiva.

De la conjunción armónica de estos factores, creemos que sea dable esperar un panorama menos sombrío que el actual en el problema que nos ocupa.

RESUMEN

Se hacen consideraciones sobre las recidivas pelvianas de los cánceres de recto, haciendo en primer término un análisis del material clínico disponible.

Se hacen consideraciones etiopatogénicas, destacándose como mecanismos fundamentales en la producción de recidivas la difusión intramural retrógrada y la implantación mucosa.

Se destacan los hechos más importantes respecto a la prevención de dichas recidivas, haciéndolo en dos etapas sucesivas: durante el tratamiento del tumor primario y en el transcurso del control postoperatorio.

Se analizan aspectos referentes al tratamiento de las recidivas pelvianas, del punto de vista quirúrgico y radioterápico, destacándose la importancia de la combinación de ambos tipos de tratamiento en forma sistemática.

RÉSUMÉ

Considérations sur les récidives pelviennes des cancers du rectum. Analyse, en premier lieu, du dossier clinique disponible.

Considérations étio-pathogéniques, faisant ressortir comme éléments fondamentaux, dans l'apparition de récidives, la diffusion intramurale rétrograde et l'implantation muqueuse.

On met l'accent sur les mesures à prendre les plus importantes pour prévenir ces récidives, à deux stades successifs: lors du traitement de la tumeur primaire et au cours du contrôle post-opératoire.

Considérations sur certains aspects du traitement des récidives pelviennes, du point de vue chirurgical et radiothérapique, en soulignant l'intérêt qu'il y a à combiner les deux types de traitement d'une manière systématique.

SUMMARY

The author discusses the general aspects of pelvic recurrence of cancer of the rectum with an analysis of the clinical material available.

Etiopathologically the fundamental mechanism in recurrences is retrograde intramural diffusion and implantation in the mucous membrane.

Prevention of recurrence can be divided in two successive stages: during treatment of the primary tumor and in postoperative control.

Surgical and radiotherapeutical aspects in the treatment of pelvic recurrences are analyzed; the combination of both types of treatment applied systematically is of great importance.

BIBLIOGRAFIA

1. BACON, H. E. and BERKLEY, J. L. The rationale of re-resection for recurrent cancer the colon and rectum. *Dis. Colon and Rectum*, 2: 549, 1959.
2. BLACK, B. M. and KELLY, A. H. Recurrent carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Results of treatment after continence-preserving procedures. *Arch. Surg.*, 71: 538, 1955.
3. COLE, W. H. Recurrence in carcinoma of the colon and proximal rectum following resection for carcinoma. *Arch. Surg.*, 65: 264, 1952.
4. CHIFFLET, A., KASDORF, H., VIOLA, J. C. y AGUIAR, A. R. *Tratamiento de los cánceres del recto*. Montevideo, 1961. Imp. Rosgal.
5. DUNPHY, J. E. and BRODERICK, E. G. A critic of anterior resection in the treatment of cancer of the colon and pelvic colon. *Surgery*, 30: 106, 1951.
6. DUNPHY, J. E. Metastatic and recurrent cancer of the colon and rectum: Surgical significance and management. *Dis. Colon and Rectum*, 2: 77, 1959.
7. GOLIGHER, J. C., DUKES, C. E. and BUSSEY, H. J. R. Local recurrences after sphincter-saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Brit. J. Surg.*, 39: 199, 1951.
8. GRINNELL, R. Distal intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Surg. Gynec. Obst.*, 4: 421, 1954.
9. LOFGREN, E. P., WAUGH, J. M. and DOCKERTY, M. B. Local recurrence of carcinoma after anterior resection of the rectum and the sigmoid. *Arch. Surg.*, 74: 825, 1957.
10. PHILLIPS, J. H. C. Radical treatment for perineal recurrence after combined excision of the rectum. Report of a case. *Dis. Colon and Rectum*, 7: 487, 1964.
11. QUER, E. A., DAHLIN, D. C. and MAYO, C. W. Retrograde intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. A microscopic study. *Surg. Gynec. Obst.*, 96: 24, 1953.

12. SCUDAMORE, H. H., CORR. W. P. and JUDD, E. S. *Proc. Staff Meetings Mayo Clin.*, 35: 258, 1960.
13. VINK, M. Local recurrence of cancer in the large bowel: the role of implantation metastases and bowel desinfection. *Brit. J. Surg.*, 41: 431, 1954.
14. WILLIAMS, I. J., SHULMAN, J. M. and TODD, I. F. The treatment of recurrent carcinoma of the rectum by supervoltage-X-ray therapy. *Brit. J. Surg.*, 44: 506, 1957.

DISCUSION

Dr. Priario: Quiero, en primer lugar, felicitar al Dr. Urdinarán por haber traído a la Sociedad de Cirugía un tema de cáncer avanzado; lo ha expuesto muy bien y serían muchos mis comentarios, pero seguramente el tiempo no me daría para hacerlo in extenso. Sin embargo, quisiera hacer unas pequeñas acotaciones.

Primero, que día a día nos vemos enfrentados al problema del neoplásico avanzado, el cual antes era abandonado a su suerte, sólo con la indicación de opiáceos. Pero hoy en día, quizás como consecuencia de otras terapéuticas que permiten al neoplásico sobrevivir más, el tratamiento de su anemia, de las infecciones asociadas, le permiten vivir mucho más de lo que uno se imagina. Y por lo tanto uno se ve obligado al tratamiento de esos enfermos con procedimientos que no sólo sean los opiáceos, porque es posible darles una larga sobrevida, como decía el Dr. Urdinarán, en perfectas condiciones de vida y por un período bastante apreciable.

Así, por ejemplo, la cirugía paliativa que expuso el Dr. Urdinarán, en la parte del recto, con resecciones paliativas o con derivaciones en el caso de infiltración ureteral, puede permitir una mejoría extraordinaria o a veces pasar muchos meses sin dolor. La terapéutica del dolor es una cosa que debe ser tenida muy en cuenta.

En el Hospital de Clínicas el Dr. Grunwald está asociado al Servicio de Oncología y trata buena cantidad de pacientes, ya sea con infiltraciones o neurólisis. En determinadas circunstancias los pacientes han sido pasados al Instituto de Neurología para realizar neurotomías o también leucotomías prefrontales.

El hecho de que el paciente sufra de intensos dolores, por sí no es indicación absoluta de morfina, dado que muchos pacientes sufren por infiltración local, tienen un buen estado general, no tienen metástasis a distancias. Entonces la indicación médica debe ser calmar el dolor por otros procedimientos, sin necesidad de recurrir a los opiáceos que es el final del enfermo.

También asociado a esto, y no precisamente en cáncer de recto, la cirugía endocrina por ejemplo, en otro tipo de neoplasmas también puede ser de una enorme utilidad.

En materia de neoplasma de recto me quiero referir a las infusiones arteriales con agentes químicos antineoplásicos. Hemos pre-

sentado al Congreso de Ginecología, y también a la Sociedad de Cirugía, nuestra experiencia en infusiones intraarteriales en materia de tumor pelviano y puedo decirle a la Sociedad de Cirugía que un 30 % de pacientes aproximadamente, que tienen infiltraciones de la pelvis por el neoplasma del recto, presentan una mejoría que dura un tiempo equis que nosotros no podemos prever. Usamos las vías de cateterización de la aorta por vía femoral retrógrada, y la infusión gota a gota en forma permanente durante días, e incluso meses, como tenemos algún caso.

Esto se puede realizar gracias a las bombas de infusión, una de ellas portátil que ha sido mostrada en esta Sociedad de Cirugía el año pasado. En este momento tenemos un paciente que está recibiendo infusión intraarterial con la bomba de infusión portátil y ya lleva aproximadamente un mes de esa terapéutica con una buena tolerancia del paciente. Aunque el tumor siga evolucionando, sin disminuir de tamaño logramos calmar el dolor por semanas o meses, y no sabemos cuando reaparecerá nuevamente el dolor.

También el Dr. Urdinarán se ha referido a la radioterapia paliativa. En el Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas hemos colaborado con el Dr. Kasdorf en el tratamiento radical de varios pacientes que presentaban infiltración neoplásica de la pelvis, y se ha logrado también obtener una gran mejoría del paciente.

Otro asunto al cual me quería referir es a los lavados en el acto operatorio. Hemos usado el hipoclorito de sodio y el bicloruro de mercurio, y hemos lavado con agentes químicos antineoplásicos.

Aunque experimentalmente parece demostrarse, cuando se lava con agentes químicos antineoplásicos en las heridas tumorales, la cantidad de recidivas es menor, sin embargo en la clínica estadísticamente no parece haber una relación tan directa de causa a efecto.

Lo evidente es que hay una importante disminución de recidivas locales cuando se hacen lavados profusos, ya sea con sueros o con agentes químicos antineoplásicos. La experiencia, muy abundante del Servicio del Dr. Stehlin donde tuve la oportunidad de actuar por mucho tiempo, parecería demostrar que es indiferente realizar los lavados con simple suero fisiológico que con los sueros adicionados de mostaza nitrogenada.

Por último, quería concluir diciendo que nosotros podemos darle bienestar al neoplásico avanzado con todos estos distintos procedimientos, procedimientos asociados, y que siempre deben ser tenidos en cuenta antes de entrar en la etapa de los opiáceos.

Es decir que aquí se aplica muy bien la frase de Petterson que dice que al neoplásico no podemos pretender darle años de vida, sino simplemente confort y vida a sus años.

Dr. Valls: Tengo que felicitar al Dr. Urdinarán porque su trabajo es excelente, tanto en la presentación como en sus conclusiones.

Lo digo en base a que he tenido experiencia también, en parte compartida con el Dr. Priario.

Estas recidivas pueden ocurrir, en primer lugar, en parte porque el neoplasma es un neoplasma extenso ya, el enfermo ha llegado tarde al cirujano. He operado un enfermo, que trató después el Dr. Priario, que llevaba dos años tratado por médicos y me fue enviado con diagnóstico de hemorroides. Tenía un enorme neoplasma. Le hice una amputación perineal, pasó dos años bien y después hizo una recidiva local.

A ese enfermo le hice el diagnóstico por punción del tejido cicatricial. El Dr. Paseyro informó que existía una recidiva neoplásica, es decir que la punción fue muy eficaz. Le administramos 5-fluoracilo y alivió sus dolores.

Otro paciente hizo una recidiva. Le practiqué una resección de recto pasando muy por debajo, a diez centímetros del neoplasma, pero hizo la recidiva en la zona de sutura. Aquí interviene la falta de preparación, seguramente por no haberle hecho lavado con sustancias que fueran por ejemplo la solución de bicloruro de mercurio, como usan en el Hospital San Marcos.

Pero además, otra cosa que uso últimamente para evitar esa implantación es mojar con tintura de yodo la línea de sutura, y el material de sutura en alcohol yodado. Lo he hecho en dos enfermos que llevan dos años de operados y están bien.

La otra cosa importante que quería señalar que se hace actualmente, cuando se practica una amputación de recto en una mujer, es la extirpación de la pared posterior de la vagina junto con el recto. Con eso se pueden evitar recidivas locales.

Nosotros hemos visto recidivas de todos esos tipos. Cuando se decide practicar una opera-

ción con pretensiones curativas de neoplasma de recto, si el enfermo ha sido operado antes de una lesión anal baja, no se le debe hacer una resección. Si ha sido operado por error de hemorroides, por ejemplo, puede tener una implantación en esa zona y a ese enfermo hay que hacerle una amputación de recto.

Dr. Urdinarán: Agradezco los comentarios de los Dres. Priario y Valls y quiero agregar algo que considero tal vez el elemento en el cual he hecho más énfasis en el trabajo. Me refiero a la costumbre, de cuando se está observando el tumor y el margen que queda por debajo, es muy frecuente tomar el recto con la mano para desplazarlo hacia los costados o hacia atrás, y en ese caso se está traccionando el tumor. El intestino es muy elástico y en general da una impresión falsa de la distancia a la cual se va a seccionar. En el momento en que se tracciona y se coloca el clamp. Cuando se suelta el intestino la distancia disminuye bastante.

He tenido oportunidad de observar casos de resección en los cuales apenas terminada la extirpación de la pieza y llevada al cuarto de disección, al observar el borde inferior de la resección que durante el transcurso de la operación se había colocado bastante por debajo y se había hecho con una distancia suficiente, quedaban sólo unos pocos milímetros de tumor al borde inferior de la sección.

Por eso es que recalca aquí que creo conveniente cuando se coloca el clamp en L, hacerlo lo más flojo y suelto posible como forma de tener una real visión de la distancia a que se realiza esta sección. Nada más.