

Las recidivas en el cáncer de recto operado

Sobre una serie de 166 casos

Dres. Luis A. Praderi, Oscar Balboa, Ricardo Voelker,
Héctor Pittamiglio y Carlos Pizzarossa

Se analizan las recidivas tumorales de una serie de 166 casos de neoplasma de recto operados considerando etiopatogenia, síndromes clínicos, diagnóstico precoz y tratamiento.

El porcentaje de recidivas representa el 9,04% del total de la serie y del 15,79 % en el grupo de resecaados con criterio radical. Se compara con otras series. Se estudian los errores de táctica y técnica, elección de procedimientos que pueden determinar las recidivas y las directivas para reducir su frecuencia.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Rectal Neoplasms.

INTRODUCCION

Propósito del trabajo. — Se analiza una serie de 166 neoplasmas de recto operados; de este estudio surgen 15 casos de recidivas tumorales, o sea 9,04 % en el total de la serie.

Nuestro propósito es precisar como se manifiesta la recidiva, como puede descubrirse precozmente, es decir como controlar los pacientes en el postoperatorio, localización, momento de aparición, relación con el procedimiento quirúrgico empleado y por tanto probables causas de su aparición; tratamiento de las recidivas y resultados obtenidos.

Previamente es preciso definir las recidivas, su frecuencia, sus mecanismos etiopatogénicos, síndromes clínicos de aparición, diagnóstico y formas de estudio.

Concepto de la recidiva. — Siguiendo a Francillon y Vignal (5, 9) consideramos:

1) *Recidiva in situ*: aparición de proceso canceroso en el plazo de meses a 2 años después de la exéresis del tumor; diferenciándola así de los nuevos cánceres. De acuerdo a la localización aparecen en la mucosa (1, 24), a

*Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi).
Hospital de Clínicas. Montevideo.*

nivel de la línea de sutura o por debajo de ella. Nunca se ha visto proximal a la sutura; sería esto sin duda un nuevo tumor o un tumor ignorado en la exéresis primaria. Estas recidivas pueden ser uni o multicéntricas y crecen en sentido centrífugo invadiendo la pared del recto y exteriorizándose luego.

2) *Recidivas regionales*: pueden aparecer en el ambiente pelviano o perineal a diferente topografía y sobre el tejido celular, o sobre algunos otros órganos como mucosa vaginal. Se descarta así la aparición de focos tumorales que se desarrollan por diseminación linfoganglionar o sanguínea regionales o a distancia. Es decir que existe una noción de tiempo, y de topografía; no siempre es posible diferenciar si se trata de recidiva verdadera o es resección incompleta o nuevo tumor.

Patogenia. — El mecanismo de producción de las recidivas, no se conoce exactamente pero manejamos dos hipótesis:

A) *Mecanismo de siembra*: a partir de células desprendidas del tumor, en el curso del acto operatorio.

Sabemos que la línea de sutura, es campo más propicio, más fértil para crecimiento tumoral. Se conocen las experiencias en conejos de Bacon Cole y Coll usando material de sutura impregnado en células cancerosas; las recidivas locales descienden de 72 % a 18 % cuando este material se ha tratado con sustancias antimetabólicas, aminoras cuaternarias, etc. Este mecanismo sugerido por Davis y Morgan en 1950, es compartido por otros autores: Cole, Mc Grew, Lofgren, Boreham, Keynes, Goligher, etc (1, 11, 12, 20, 24, 31).

B) *Mecanismo de la resurgencia*: basado en la hipótesis de que las resecciones son incompletas y quedan focos de células neoplásicas que se desarrollarían ulteriormente. Este mecanismo explicaría la aparición de recidivas distales donde la resección es más económica y la no aparición en los cabos proximales siempre más alejados (31).

Estas consideraciones son imprescindibles para entrar en tema y plantear las formas de aparición y su diagnóstico.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 19 de noviembre de 1978.

Profesor de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica, Auxiliar de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Dirección: Br. España 2761, Apto. 301, Montevideo (Dr. L. A. Praderi).

Como se manifiesta la recurrencia. — Clínicamente hemos observado (8) :

1) *Síndrome rectal.* Expulsión de gleras, mucosidad y sangre, generalmente en poca cantidad. No es patognomónico pues también lo hemos visto en estenosis cicatricial de la zona de sutura.

2) *Síndrome de estenosis rectal.* Dificultad en la movilización intestinal, constipación, materias finas, tenesmo, sensación de peso o de recto ocupado. Tampoco es patognomónico pues lo hemos visto por estenosis de la anastomosis; con el transcurso del tiempo, dilataciones y tratamiento médico han desaparecido estos trastornos.

3) *Síndrome doloroso en región sacrococcígea.* El paciente suele ser impreciso en la localización del dolor; se puede alcanzar la zona de dolor por palpación al tacto rectal, sobre la cara anterior del sacro, pero en los casos de amputación la semiología es más difícil y tenemos que conformarnos con la palpación de la cara posterior del sacro y coccix (5).

4) *Nódulos perineales.* No hemos visto sobre la cicatriz, sí sobre la pared vaginal y sobre la piel del perineo en los neoplasmas de ano (casos 39 y 58) (9).

5) *Repercusión general.* La sintomatología locoregional o digestiva es muy tardía o no aparece. Estos casos deben ser estudiados exhaustivamente para detectar la recidiva (casos 50 y 58).

6) *Síndrome urinario.* Aparición de síndromes urinarios diversos, con disuria, polaquiuria, tenesmo, en el hombre. Requiere una investigación del aparato urinario para descartar otra patología sin relación con el neoplasma (adenoma prostático) o por desplazamiento vesical post-Miles (caso 40).

Diagnóstico de la recidiva y formas de estudio. — Los estudios a practicar varían según el procedimiento quirúrgico empleado (8) :

A) Postamputación de Miles en el hombre.

B) Postamputación de Miles en la mujer.

C) Postresección con restablecimiento de la continuidad.

A) Es la situación más difícil, el periné cerrado (12) y cicatrizado nos impide hacer una buena semiología. En estos casos buscamos clínicamente alteraciones del periné (nódulos cutáneos, deformaciones, dolor a la palpación profunda); en algunos existe un seno perineal, es decir, cicatriz umbilicada. Palpación de los isquiones, sacrococcix, etc. (5). Por lo general la palpación abdominal y el tacto colostómico da pocos datos. Están indicados los estudios radiológicos del esqueleto, la urografía de excreción, examen de orina y cistoscopia como primer paso para luego realizar centellograma óseo y hepático.

Hemos tenido así la sorpresa de encontrar patología no relacionada con el tumor; adenoma prostático, hidronefrosis congénita bilateral (caso 103).

Es muy difícil descartar una recidiva cuando no se evidencian otras causas, y el tratamiento médico es inoperante; esta situación me ha llevado a realizar laparotomías exploratorias como última instancia diagnóstica. En un caso la existencia de una eventración, me brindó el motivo para un second look que resultó negativo (caso 40). Este mismo paciente hizo una carcinomatosis 2 años después.

La ausencia de sintomatología abdominal y general, la radiología negativa pero con la persistencia de los dolores sacros obligó en el caso 77 a realizar radioterapia y luego neurolysis radicular; evolucionó luego de la diseminación general.

Según Gilbertsen (11, 12) y coincidente con nuestros hallazgos, la localización más frecuente es el espacio presacro y periné; más raros en cara posterior de próstata, vesículas seminales.

En suma, el paciente de sexo masculino, luego de una operación de amputación abdominoperineal, queda en difícil situación para detectar precozmente la aparición de recidivas locales o regionales y poderlos tratar con alguna efectividad.

B) *Postamputación de Miles en la mujer.* Tenemos por norma realizar la colpectomía posterior en la operación de Miles, dado que la pared vaginal posterior por su comunidad linfática y vascular forma parte de la pared rectal (4, 10). Generalmente reconstruimos la vagina por sutura de sus caras laterales reduciéndose mucho la luz vaginal. Sin embargo el tacto vaginal es un buen recurso para explorar la pelvis. La colposcopia nos ha permitido descubrir recidivas locales incipientes; en algunos casos es un brote tumoral que hace protrusión en la vagina dando lugar a salida de mucus y sangre (34) (casos 39, 50 y 75).

Generalmente la recidiva es en brotes múltiples lo que hace impracticable una segunda exéresis. La topografía más común es vagina y peritoneo pelviano (Goligher) (11, 12).

C) *Postresección con restablecimiento de la continuidad.* En estos casos el tacto rectal y la endoscopia con biopsia generalmente hacen diagnóstico. La palpación de la zona anastomótica conduce frecuentemente a errores (9). La fibrosis, la formación de granulomas, la estenosis relativa hace muy difícil reconocer simplemente por el tacto si es una recidiva. Aconsejamos el uso de material de sutura fino del tipo del mersylene, seda fina o Dexon, y con puntos extramucosos para que la línea de sutura se destaque menos.

Tenemos varios pacientes cuya evolución en el tiempo ha demostrado que los brotes en la anastomosis no son recidivas (9); nos hemos visto obligados a reiterar las biopsias endoscópicas.

En el Saint Mark's de 177 controlados, 49 anomalías endoscópicas, sólo 4 eran recidivas (12).

Por lo general las recidivas en la línea de sutura son firmes, duras y adhieren rápidamente al sacro fijándose. En el caso 87 existía además un absceso fijo al sacro. Las recidivas en la línea de sutura no son únicamente im-

plantes mucosos sino recidivas pélvicas que se han extendido en forma centripeta a la luz del recto (Deddish, Stearus, Morson, Goligher) (12).

En esta situación por lo tanto deben realizarse periódicamente endoscopías. Según la mayoría de los autores (Francillon y Vignal) durante el 1er. año cada 3 meses y luego en el 2º y 3er. año cada 6 meses.

Esta vigilancia, en nuestro medio es muy difícil de cumplir, dado que el paciente no concurre o se niega a repetir el examen; sin embargo hemos logrado el control periódico en un número apreciable, explicándole claramente al paciente cual es la finalidad del examen; la detección de nuevos pólipos sin nombrar la palabra cáncer. La radiología la consideró inútil (12).

La investigación del C.E.A. es un método de valor aún no totalmente esclarecido en la detección de metástasis, etc. (28).

En conclusión: *la clínica es siempre tardía en la detección de la recidiva* (34).

CUADRO I

DIAGNOSTICO DE LA RECIDIVA

Examen clínico
Tacto rectal
Tacto vaginal
Tacto colostómico
Examen de laboratorio
Fibrocolonoscopia y biopsia
Estudio aparato urinario
Radiología y centellograma óseo
Laparotomía - second look

MATERIAL

Antes de entrar a considerar el tema de las recidivas es preciso conocer algunas características de la serie de pacientes estudiados. Comprende un total de 166 casos operados integrados por casuística personal de los autores (L.A.P.) (1960 - 1978) y de la Clínica Quirúrgica "F", Hospital de Clínicas, Montevideo, en el período 1973 - 1978.

Localización: 46 casos sigmoideo - rectales, 110 ampulares y 10 anales.

Sexo: 85 hombres, 81 mujeres.

Edad promedio: 66 años, oscilando desde los 20 a los 91 años como edades extremas (30).

El 30 % (50 casos) corresponde a lesiones avanzadas, como se detalla en el cuadro II.

CUADRO II

LESIONES AVANZADAS

— Carcinomatosis hígado metastásico	22
— Tumores inextirpables por crecimiento regional	11
— Formas complicadas	16
— Oclusión	9
— Fistulizados	6
— Hemorrágicas	1
— Metastasis pulmonar ..	1

El caso 50 consignado como hemorrágico es una mujer de 31 años que presentó hemorragias severas reiteradas que obligó a apresurar la intervención de exéresis.

El caso 20 presentó una metástasis pulmonar al año de la amputación, fue tratado con éxito mediante lobectomía superior derecha.

Las lesiones precoces, contrariamente fueron sólo 5 en 166 (3,6 %), presentándose como fistula anal en 2 casos, tratada por resección limitada con éxito (18) y 4 casos de pólipos con transformación carcinomatosa.

CUADRO III

LESIONES PRECOCES

5 en 166 — 3,6 %

Forma fistulosa	2
Pólipo con transformación ..	4

Estos números expresan el tipo habitual de pacientes que recibimos los cirujanos; lesiones evolucionadas con extensión loco - regional importante, generalmente por diagnóstico tardío por falta de examen (tacto rectal) tratados como afecciones banales, hemorroides, diarreas, etc.

El índice de reseabilidad asciende al 74 % (132 en 166 casos). No resecados el 26 % (34 casos) por edad muy avanzada, situación poco frecuente dado que hemos tenido buenos resultados en pacientes de más de 80 años, a los que hemos realizado resecciones tipo Hartmann e incluso amputaciones. Las afecciones asociadas, la obesidad, la ascitis carcinomatosa o la pelvis congelada por extensión tumoral, han sido las causas más frecuentes de irreseabilidad.

La presencia de metástasis hepáticas, la invasión a vísceras vecinas, el tamaño del tumor no son contraindicaciones de exéresis. Hemos practicado resección con criterio paliativo en 28 casos (16,8 %) y con criterio radical en 96 casos (57,8 %) (cuadro IV).

Es a estos últimos casos que nos referiremos más adelante al estudiar las recidivas tumorales.

CUADRO IV

Resecados	132 - 74 %
— Con criterio radical	96 - 57,8 %
— Con criterio paliativo	28 - 16,8 %
No resecados	34 - 26 %

COMENTARIO

Los procedimientos quirúrgicos de resección han sido *amputaciones abdominoperineales tipo Miles* siguiendo las directivas de nuestro maestro, el Profesor Chifflet (4, 5), vale decir extensión proximal de la exéresis al colon sigmoideo sin descenso del ángulo esplénico con

ligadura y vaciamiento de la mesentérica inferior en su origen. Estas limitaciones las comparten diversos autores (4).

La extensión de la exéresis incorpora las láminas linfáticas, la lámina de sostén, y la lámina precoccígea de Waldeyer; procuramos para ser más radical al vaciamiento, seccionarla en su inserción pelviana y no en la rectal para que queden formando parte de la pieza. Eso se logra dándole prioridad al tiempo perineal, resecando la pieza distal del cóccix, etc. No deseo extenderme mayormente sobre estos conceptos (4, 5, 6) pues no son el motivo central de este trabajo, sino insistir en su importancia pues define la radicalidad del procedimiento. La amputación perineal (Lockart-Mummery) la hemos realizado en 9 casos; consideramos que es un método paliativo.

Las resecciones tipo Dixon son las intervenciones de mejores resultados; suma a las directivas oncológicas que deben ser cumplidas, el restablecimiento de la continuidad digestiva sin secuelas. La operación de Hartmann vive de las contraindicaciones por los riesgos de falla de sutura del Dixon; es una intervención rápida sin complicaciones postoperatorias graves si tenemos la precaución de dilatar el esfínter anal o realizar una esfinterectomía para evitar la acumulación de secreciones en la ampolla con la consiguiente falla del muñón y absceso pelviano. Dejamos con frecuencia una sonda transanal y realizamos lavados periódicos del muñón para evitar la cavidad cerrada.

En 8 casos empleamos el método de pull-through al estilo de Kratzer (13, 32) (modificación de op. de Black), es decir el pasaje del cabo proximal colónico a través del cilindro rectal, exteriorizándolo ampliamente previa esfinterotomía y sin sutura. Esperamos la necrosis espontánea del sector invaginado y la unión espontánea de cabos. Vigilamos por tacto rectal y dilataciones precoces si es necesario, la zona de unión para evitar estenosis cicatriciales que suelen ser frecuentes y precoces. Las indicaciones de este procedimiento están directamente relacionadas al problema de las recidivas, como veremos más adelante.

CUADRO V

NEOPLASMA DE RECTO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE RESECCIO

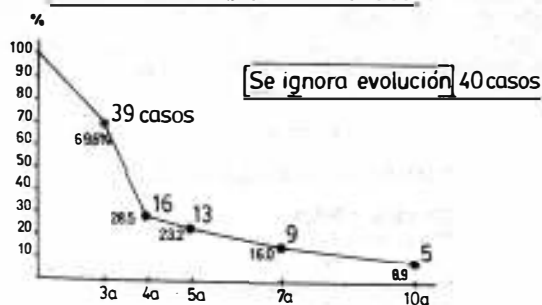
	Radi- cales	Palia- tivos	To- tales
Amputación abdominoperineal ..	40	9	49
Amputación perineal (Lockart-Mummery)	0	9	9
Operación de Dixon	33	7	40
Operación de Hartmann	8	4	12
Pull Through (Kratzer)	8	0	8
Resecciones limitadas	7	0	7
Fulguración (Madden)	0	7	7
	96	36	132

En nuestra serie realizamos algunas resecciones limitadas (7, 9) en casos muy seleccionados y la electrofulguración de Madden, método absolutamente paliativo.

El control de la evolución alejada pudo realizarse solamente en 56 casos tratados con criterio radical; la sobrevida a 3 años es del 69,6 %, a los 5 años 23,2 % y a 10 años el 8,9 %; en 40 casos no fue posible conocer evolución alejada.

CUADRO VI

CANCER DE RECTO
EVOLUCION ALEJADA CONOCIDA
TRATAMIENTO RADICAL - 56 CASOS



Recidiva tumoral. — Este tema ha sido considerado parcial o globalmente en múltiples trabajos científicos sobre cáncer de recto y ano (6, 7); denotando la preocupación de los cirujanos por buscar sus causas y la manera de evitarlo.

La escuela inglesa con Goligher, Dukss y Bassey (34) en 1958, y Morgan y Lloyd Davies (21) en 1959, analizan el tema y confirman que el mecanismo de las recidivas es en el 50 % por implantación de células en el acto operatorio; hecho ya definido desde 1936. En los trabajos siguientes (1, 4, 8, 9, 10, 12, 14, 19, 20, 21, 22, 28, 31, 34) se establecen los porcentajes de recidivas locales que hemos actualizado en el cuadro VII.

CUADRO VII

	%
Withtaker ..	4
Morson	14,5 - 8,3
Bacon y col	10 - 15
Cole	10
Champeau	8
Bertrand	8
Babcock	12
Welch (C. de ano, 1977) (local y general)	50,9
Kennedy y col. (1970)	9
Ekman (1977)	22,7
Maliakas - Houdard (1975)	12

Los porcentajes son muy variables, oscilando desde 4 al 22,7 %.

Nuestro estudio comprende 15 casos de recidiva, lo que representa el 9,04 % en el total de la serie (166 casos) y el 15,79 % en el grupo de tumores resecaos con criterio radical (95 casos).

La localización es 10 casos en línea de sutura, 3 casos en periné y 2 en vagina.

Consideramos que el porcentaje de recidivas locales varía apreciablemente según tipo anatomopatológico de tumor, tamaño y extensión loco - regional, altura tumoral y procedimiento quirúrgico empleado.

1) *Recidivas en relación al tipo anátomo - patológico.* — Hay predominio de adenocarcinomas sobre epitelomas anales; en el total de nuestra serie sólo 1 caso de epiteloma anal con poliposis colónica, los restantes son adenocarcinomas (19, 34).

Las recidivas aumentan con el grado de Dukes en todas las estadísticas. Según Morson Tipo A, 0,8 %; B, 5,2 %; C, 16 %. Gilberstein (1962) Tipo A, 9,1 %; B, 13,6 %; C, 40,8 %. Goligher, Stems y Binkley (1953) Tipo A, 6,1 %; B, 24 %; C, 31 %.

Urdinarán (35) sobre una serie de 17 casos de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Chifflet: 2 casos tipo A, 11 tipo B, 3 tipo C y 4 tipo D. En nuestra serie, ningún caso del tipo A, 5 del tipo B y 9 del tipo C (19).

Estudios A. P. Dr. Pizarrosa.

2) *Recidivas según altura tumoral.* — En numerosos trabajos se señala el hecho de que los tumores ubicados por debajo del fondo del saco de Douglas, o sea sin cubierta peritoneal, están más diseminados y por tanto más expuestos a la recidiva (1), hecho concordante con el estudio de nuestra serie (14, 22, 36).

CUADRO VIII

RECIDIVAS SEGUN ALTURA TUMORAL

Sobre Douglas:	Garlock - Ginsburg	4,9
	Wangenstein ..	10,8
	Judd - Bellegie	10,8
	Praderi - col. ..	9,09
Debajo Douglas:	Gilchrist - David	16
	Wangenstein ..	25
	Garlock - Ginsburg	30
	Judd - Bellegie	35
	Praderi - col.	19,05

Las recidivas ascienden del 10 al 30 % al resecaos tumores ubicados a menos de 15 cms. del ano.

3) *Recidiva según procedimiento de exéresis.* — Este es el punto fundamental del trabajo, pues enseña la importancia de la elección del procedimiento, como forma de disminuir la frecuencia de las recidivas locales (14, 22).

CUADRO IX

		%
Operación de Miles	4 en 40	— 10
Operación de Dixon	5 en 33	— 15,15
Operación de Hartmann	3 en 12	— 25
Operación de Lockart - Mummery	0 en 9	— 0
Pull - Through	3 en 8	— 37,5

Analizamos cada procedimiento quirúrgico.

CUADRO X

AMPUTACION ABDOMINO - PERINEAL

Total: 49

Recto	44
Ano	5

Op. radicales, 40 Paliativas, 9

Mortalidad op.	5 — 10,2 %
— Accidentes vasculares	2
— Hemorragia duodenal	1
— Colapso	
— Insuficiencia renal	
Recidivas de op. radicales	4 — 10 %
Evol. alejada radicales - conocida	24
— 3 años	18
— 5 años	5
— 10 años	3
Se ignora	11
Amputación post - recidiva	3

Análisis particular de algunos casos

Caso 50. — G. M. H. P. Rossell. Fem. 31 años.

2 meses de diarreas - rectorragias.

Hematocrito al ingreso 24 %; Hb. 8 %.

1ª int. 30/XI/72. — Tumoración ampular gran tamaño, adherido a última asa ileal y útero. Amputación ensanchada con histerectomía total, anexectomía bilateral y colpectomía posterior. Adenocarcinoma grado C Dukes. Buena evolución post - operatoria.

XII/74. — Solicita reconstrucción vaginal, examen clínico negativo.

II/75. — Plastia vaginal con rotación de colgajo perineal.

III/75. — Recidiva pelviana. Fallece a los 2 años y medio de operada.

Comentario. — A pesar de la amplitud de la exéresis, el tamaño del tumor, su tipo y extensión anatómica, y la edad de la paciente, fueron factores agravantes que determinaron la aparición de la recidiva.

CASO 77.—R.R.C. CASMU, 370.830. Masc. 37 años. Neo de recto invadiendo canal anal. Poliposis colónica.

Int. 17/IV/75. — Procto-colectomía total. Adenocarcinoma grado B. Post-operatorio sin complicaciones.

V/76. — Dolores sacrococcígeos, radiografía de pelvis negativa. Buen estado general, ausencia sint. urinarios, no hepatomegalia, sospecha de recidiva en sacro.

Cobalto terapia 4.600 rad., mejoría transitoria.

Intensos dolores sacros.

Rizotomía química. Fallece I/77.

Comentario. — No fue posible llegar al diagnóstico de certeza de la recidiva, en etapa precoz. Fue preciso indicar cobaltoterapia sobre la presunción clínica.

CUADRO XI

RESECCION ANTERIOR - DIXON

Total: 40

Radicales	33
Paliativos	7

Mortalidad op. 1 2,5 % Falla sutura

Evol. alejada radicales - Conocida . 21 - más 5 años - 5
Se ignora . 12

Recidiva de op. radicales . 5 — 15,1 %

CASO 85.—C.L. de V. C. Galicia, 41.773. Fem. 51 años.

Neo recto sigmoides. Adenocarcinoma.

VIII/74. — Resección y anastomosis.

XI/75. — Sínd. suboclusivo.

Reintervención. Adenocarcinoma de recto sigmoides. Resección ensanchada y anastomosis término-terminal.

VIII/78. — 3 años buena evolución. Control endoscópico normal.

Comentario. — El estudio de la pieza permitió aclarar que se trata de una recidiva en la línea de sutura. Es poco frecuente, poder realizar una segunda resección con anastomosis, con éxito.

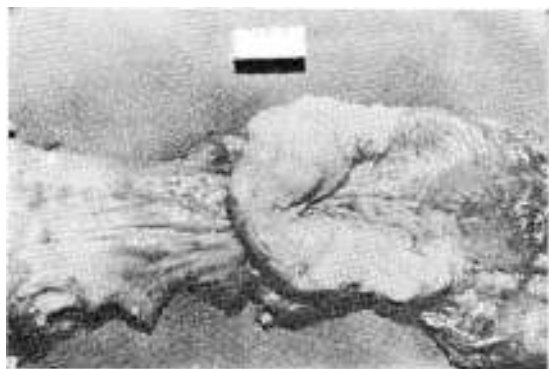


FIG. 1.—Pieza de amputación abdominoperineal, como resección de una anastomosis tipo pull-through recidivada.



FIG. 2.—Sección longitudinal de la zona anastomótica; en la parte superior el cabo proximal colónico. Se aprecia la recidiva tumoral en el cabo distal del recto, tomando todas las capas del órgano.

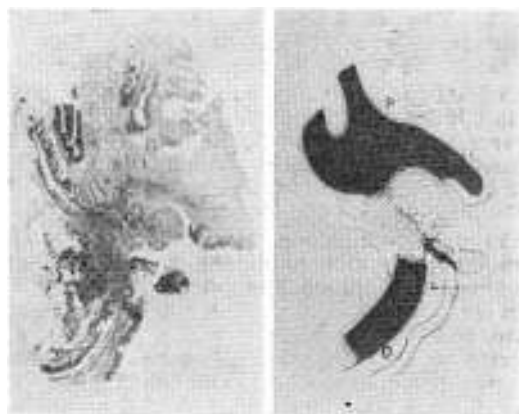


FIG. 3.—Corte microscópico de la zona anastomótica: P, cabo proximal; D, cabo distal. El área punteada marca la presencia del tumor en el recto, por resección incompleta probablemente. En recuadro se ven nódulos de siembra. Coexisten los dos mecanismos de recidiva en esta pieza.

DISCUSION

Según Goligher (12) las recidivas post-Dixon siguen 4 caminos:

- 1) desarrollo de un foco en la mucosa del colon;
- 2) resección incompleta de tejidos perirrectales;
- 3) resección económica del cabo distal del recto;
- 4) implante de células exfoliadas en línea de sutura o superficies cruentas.

En el cuadro IX se observa que la amputación abdominoperineal tipo Miles es la mejor desde el punto de vista oncológico, pues lógicamente es la que permite un vaciamiento loco-regional más amplio, pero de ninguna manera

significa que debamos prodigar el método para cubrirnos de una posible recidiva. En algunas estadísticas constituye la intervención del 80 % de los casos (10).

Consideramos que el problema más difícil en la táctica del neoplasma de recto, es elegir el procedimiento quirúrgico que represente la mayor seguridad en cuanto a la radicalidad de la exéresis que ajuste la magnitud de la intervención al estado general del paciente (edad, terreno, etc.) y que deje la menor invalidez, buscando la restitución de la continuidad digestiva.

Cada paciente exige un planteamiento en particular de las posibles soluciones (4, 6, 24); sin embargo, en términos generales podemos concluir.

Operación de Dixon: a) en tumores situados por encima de la reflexión peritoneal (9), de tamaño mediano o pequeño;

b) en tumores que descienden por debajo del Douglas, de pequeño tamaño, sin invasión de los alerones, en pelvis anchas, en pelvis femeninas.

Pull-through - Op. de Kratzer (13, 19), en tumores vecinos a la reflexión peritoneal o subperitoneales, pequeños, poco exteriorizados, que nos permiten seccionar el recto con un margen de 6 cm. por debajo del límite macroscópico del T., en pelvis estrechas, masculinas, adiposos, pues se hace más difícil la realización de una sutura y en personas jóvenes. Nuestro alto porcentaje de recidivas en este procedimiento (37,5 %) consideramos que se debe a mala selección del caso, en el comienzo de la serie.

Operación de Hartmann, indicada: 1) cuando el estado general del paciente, su edad muy avanzada, la obesidad, contraindican o hacen riesgosa la práctica de una amputación abdominoperineal.

Reduce la morbilidad y la hospitalización postoperatoria, a pesar de que el cierre primario del periné post-Miles, que realizamos en forma casi sistemática, abrevia las curaciones.

2) En pacientes con tumores grandes, exteriorizados o abscedados, con mal estado general o con metástasis hepáticas donde la indicación de exéresis es paliativa, para suprimir el síndrome rectal.

La cuarta parte de nuestros operados por este procedimiento han recidivado localmente, lo que enseña que sólo deba practicarse si los riesgos quirúrgicos son altos.

Escapan al propósito de este trabajo las indicaciones de procedimientos paliativos (Lockart-Mummery, electrofulguración, etc.) (7, 26).

CONCLUSIONES

En suma, los errores de técnica y táctica quirúrgica que pueden favorecer la aparición de recidivas se sintetizan en:

- 1) Forzar indicaciones de la resección anterior.
- 2) Sección rectal próxima al tumor.
- 3) Traumatismo tumoral intraoperatorio.

- 4) Exéresis peritumoral limitada.
- 5) Ligadura tardía de pedículos vasculares (1, 10).

Se deducen por lo tanto las *directivas para prevenir las recidivas*:

- 1) Adecuar táctica operatoria al tipo tumoral.
- 2) Ampliar las indicaciones de la amputación abdominoperineal.
- 3) Sección distal no menor de 6 cm. del límite tumoral.
- 4) Ligadura primera del pedículo hemorroidal sup.
- 5) Amplia resección peritumoral.
- 6) Clampeo de cabos - cierre primario del ano (4, 33).
- 7) Lavado - quimioterapia local (1, 16, 21).

Tratamiento de las recidivas. — El tratamiento de las recidivas debe ser en lo posible quirúrgico; la mayor efectividad se obtiene con la resección de la recidiva (4, 8, 35), pues la radioterapia y la quimioterapia prolongan escasamente la vida; sólo en un caso de nuestra serie hemos logrado una sobrevida de más de 3 años y medio.

Aquí es preciso diferenciar: 1º) las recidivas en la línea de sutura, de 2º) aquellas que aparecen como focos múltiples por invasión de órganos vecinos, lo que configura una verdadera carcinomatosis regional.

Dentro del primer grupo, hemos tratado solamente un caso en el recto sigmoideo o abdominal, con una segunda resección y restablecimiento de la continuidad con éxito (resección); cuando la recidiva es subperitoneal suele crecer rápidamente en sentido centrifugo, adhiriendo al sacro. Además se ulcera y se absceda. Cuando se pretende realizar la exéresis el recto se abre, y es difícil identificar macroscópicamente los límites tumorales; lógicamente este ambiente es inapropiado para situar una segunda anastomosis. Por tales razones

CUADRO XII

TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS

I) Médico

Radioterapia - Quimioterapia	8 casos	Fallecidos Buena evol. (3 a ½)	3 1
		Se ignora	1

II) Quirúrgico

Post - Pull - Through			
— Op. Miles	3	1 Muerte T.E.P.	
		2 Bien	
Post - Dixon	— Op. Dixon	1	Bien 3 años.
Post - Dixon	— Op. Hartmann	1	Radiot.
			Fallece al año
Post - Dixon	— Inextirpables	2	Radiot. Quimiot.
			1 bien 6 meses

el tratamiento de la recidiva cuando es subperitoneal, termina en una exploración o en el mejor de los casos en una amputación abdominoperineal.

Bacon y Berkley consideran útil la re-resección y Urdinarán - Chifflet (35) realizan 4 en 9 recidivas.

Hemos realizado radio y quimioterapia como terapias complementarias (15, 28).

Como se desprende del cuadro, los resultados del tratamiento de las recidivas son pobres (8, 9, 34); del total de 15 casos han fallecido 6, sobreviven 5 de los cuales solamente 1 caso sin síntomas y sin colostomía.

El análisis de estos resultados, nos obliga a enfatizar sobre la importancia del diagnóstico precoz, problema directamente relacionado con el control postoperatorio empleando las endoscopias repetidas en periodos breves al principio cada 3 meses, luego cada 6 meses (8).

La presencia de síntomas vagos, poco definidos, son indicación de reintervención tipo second look (8) o la investigación mediante punciones citodiagnósticas.

En el total de la serie hemos realizado 12 second look como se detalla en el cuadro XIII.

CUADRO XIII

SECOND LOOK EN EL NEOPLASMA DE RECTO

Por sospecha de recidivas ...	7 Confirmados
Por neoplasma de colon	1
Por eventración - hernia	3 Exploración negativa
Para restitución del tránsito ..	1

En definitiva, procurar el diagnóstico precoz y prodigar las exploraciones quirúrgicas para aumentar la chance de una resección de la recidiva, aún a costa de una intervención ensanchada.

Cuando la cirugía de exéresis no es posible se plantean otros métodos quirúrgicos paliativos, colostomía en caso de recidiva post - Dixon, asociada a tratamiento radiante y quimioterapia (2, 8, 15, 25, 28). Los resultados obtenidos con tratamientos combinados como se expresa en el cuadro, han sido malos en general.

Un capítulo importante de la terapia de las recidivas es el tratamiento del dolor; hemos empleado radio y quimioterapia con resultados aceptables. En 2 casos (Nos. 77 y 109) de nuestra serie fue preciso emplear la rizotomía química por la rebeldía del dolor.

RESUME

Les récidives dans le cancer du rectum opéré (Sur une série de 166 cas)

On analyse les récidives tumorales d'une série de 166 cas de néoplasmes de rectum opérés. La pathogénie, les syndromes cliniques, le diagnostic précoce et le traitement sont considérés.

Le pourcentage de récidives, représente le 9,04 % du total de la série et du 15,79 % dans le groupe de réséquer avec un critérium radical.

On fait une comparaison avec d'autres séries. On étudie les erreurs de tactique et technique, l'élection de procédés qui peuvent déterminer les récidives et les directives pour réduire son fréquence.

SUMMARY

Recurrences in operated cancer of rectum (A series of 166 cases)

Review of tumor recurrences in a series of 166 patients operated of neoplasms of rectum, with reference to etiopathogeny, clinical syndromes, early diagnosis and treatment.

Recurrences amount to 9,04 % of patient total and 15,79 % of the group of patients in whom resection was performed with radical criteria. These results are compared with those of other series. Tactical and technical errors are analyzed together with elective procedures which may be the determinant in recurrences. The paper includes guidelines for reducing frequency of condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COLE WH. Cáncer de colon y recto. *Clin Quir Norte Am*, Agosto: 871, 1972.
2. CORMAN ML, HAGGIT RC. Carcinoma of the anal canal. *Surg Gynecol Obstet*, 145: 674, 1977.
3. CULLEN PK, MAYO Ch W. A Further Evaluation of the one-stage Low Anterior Resection. *Dis Colon Rect*, 6: 415, 1963.
4. CHIFFLET A, KARS DORF H, VIOLA JC, AGUIAR A. Tratamiento de los cánceres de recto. Montevideo. Rosgal, 1961.
5. CHIFFLET A. Extensión caudal de la exéresis en el cáncer de recto alto. A propósito de 4 observaciones de cáncer múltiple de recto. *Bol Soc Cir Uruguay*, 25: 313, 1954.
6. CHIFFLET A. Surgery for cancer of the Lower Rectum. *Dis Colon Rect*, 7-6: 493, 1964.
7. EDELMANN G. The present status of treatment of tumors of the ampulla recti. *Chir Gastroenterol*, 11: 231, 1977.
8. EKMAN CA, GUSTANSON J, HENNING A. Value of a follow-up study of recurrent carcinoma of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet*, 145: 895, 1977.
9. FRANCILLON J, VIGNAL J. Les récidives in situ apres resection anterieure pour cancer du rectum. *Montpellier Chir*, 14: 41, 1968.
10. GARRIZ RA, SANTANGELO HD, RODRIGUEZ MARTIN JA, FERNANDEZ VALONI AD. Patología, diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de ano. *Rev Argent Cir*, 32: 52, 1977.
11. GOLIGHER JC, DUKES CE, BUSSEY HJR. Preservation of the anal sphincter in the radical treatment of rectal cancer. *Am Roy Coll Surg*, 22: 311, 1958.
12. GOLIGHER JC. Surgery of the anus. Rectum and Colon. London. Bailliere Tindall, 1975.
13. GRASSI G, D'ONOFRIO G. Carcinoma of the rectum and anal canal. Currents Trends in Surgical Treatment. *Chir Gastroenterol*, 9: 105, 1975.
14. GROSIDIER J, BOISSEL P, GUIBERT C. Extensive exeresis in the management of cancer of the ampulla recti. The role of Babcock's operation. *Chir Gastroenterol*, 11: 225, 1977.
15. GROSSI CE, NEALON Th F Jr, ROUSSELOT LM. Quimioterapia complementaria en el cáncer extirpable de colon y recto. *Clin Quir Norte Am*, Agosto: 925, 1972.
16. GROSSI CE. Topical 5 F.U. chemotherapy adjuvant to surgery for resectable colorectal cancer. *Abstracts International Cancer Congress*, 119, Florence, 1974.
17. HICKEY RC, MARTIN RG, KHEIR S, MC KAY Br, GALLAGER HS. Cáncer de ano, con diferencia especial a la variedad eloacógena. *Clin Quir Norte Am*, Agosto: 943, 1972.

18. KAKAGAWARA G, MIYAZAKI I. Polyps and carcinoma of the large intestine. *Chir Gastroenterol*, 2: 217, 1977.
19. KENNEDY JT MCCORNISH D, BENNETT RC, HUGHES ESR and col. Abdomino anal Pull-through. Resection of the Rectum. *Br J Surg*, 57: 589, 1970.
20. KEYNES WM. Implantation from the Bowel human in Cancer of the Large Intestine. *Am Surg*, 153: 357, 1961.
21. KRUSTEN B. Profilaxis of recurrences in the surgical approach to rectal cancer. *Abstract Int. Cancer Congress*, 119, Florence, 1974.
22. MALIAKAS S, HOUDARD Cl, CARLES JF, MATHEY JC, ACCARY D. L'amputation abdomino-transanale type Babcock - Bacon Indications et resultats a propos de 50 cas. *Ann Chir*, 29: 579, 1975.
23. MEROLA L. La resección anterior en el cáncer de recto. *Prensa Méd Argent*, 58: 1521, 1971.
24. MORGAN CN, LLOYD DAVIES OV. The comparative Results and Treatment for cancer of the Rectum. *Post - Grad Med*, 26: 135, 1959.
25. NAGLAS M. Clinical Evaluation of Combined Therapy in advanced cancer of the Rectum. *Abstract Int. Cancer Congress*, 119, Florence, 1974.
26. POIRIER A, BOW G. Role of electrocoagulation in the management of some types of cancer of the Rectum. *Chir Gastroenterol*, 11: 235, 1977.
27. POPESCU V. Dynamics of metastasis process in rectal cancer. *Abstract Int. Cancer Congress*, 119, Florence, 1974.
28. RATNER LH, WEINER MJ, COHEN SM, GREENSPAN EM. Quimioterapia del cáncer de colon y recto. *Clin Quir Norte Am*, Agosto: 907, 1972.
29. SAWYERS JL. Cáncer de células escamosas en zona perianal y ano. *Clin Quir Norte Am*, Agosto: 935, 1972.
30. SILVERBERG E. Cancer of the colon and rectum. Statistical Data. American Cancer Society. Philadelphia, 1972.
31. SOUTHWICK HW, HARRIDGE WH, COLE WH. Recurrence at the suture line Following Resection for Carcinoma of the colon. Incidence following preventive measures. *Ann Surg*, 103: 86, 1962.
32. STRUBE HD, SCHIER J, LENNER V. Anastomosis in pull-through procedures for polyposis and rectal cancer. *Chir Gastroenterol*, 9: 457, 1975.
33. TURNBULL R, KYLE K, WATSON FR, SPRATT J. Cancer of the colon. The influence of the not-touch Isolation Technic on Survival Rates. *Ann Surg*, 166: 420, 1967.
34. WELCH JP. Appraisal of the treatment of carcinoma of the anus and anal canal. *Surg Gynecol Obstet*, 145: 837, 1977.
35. URDINARAN R. Las recidivas pelvianas de los cánceres del recto. *Cir Uruguay*, 40: 383, 1970.
36. ZAFFARANO P. Surgical treatment of cancer of the rectum. *Abstracts Int. Cancer Congress*, 119, Florence, 1974.