

Trabajo del Laboratorio de Patología Quirúrgica

METODO DE ESTUDIO EN LA EXTENSION LINFATICA  
DEL CANCER RECTAL

*Presentación de once observaciones*

*Dr. Luis M. Bosch del Marco*

*Dr. Américo Fossati*

El diagnóstico del cáncer del recto debe ser hecho precozmente, en presencia de los primeros signos clínicos del mal. Esta afección evoluciona generalmente en determinado tiempo, porque la lesión cancerosa y en especial de la ampolla rectal no da sintomatología clínica en tanto ella no se ulcere y se acompañe de lesión inflamatoria de la mucosa. Existen ciertos caracteres anatómicos sobre los cuales vamos a insistir que hacen confiar en un buen pronóstico, cuando los síntomas clínicos aparecen aun cuando la lesión anatómica esté adelantada; razón demás para no escatimar esfuerzos en la prédica del diagnóstico precoz.

Tales caracteres anatómicos han hecho dividir a Cuthbert Dukes a los cánceres del recto en los tipos A. B. y C., de acuerdo a la extensión de la infiltración neoplásica. Los del grupo A. en los que el crecimiento se limita a la pared rectal, los del grupo B. en los que el crecimiento invade la grasa perirectal respetando los ganglios linfáticos y los del tipo C. en los cuales la infiltración alcanza los ganglios de la región.

Y así en un análisis de 1000 piezas operatorias estudiadas en el St. Marks Hospital de Londres, este mismo autor ha encontrado en los casos considerados como operables, que 15 % correspondían a casos A.; 35 % a casos B y 50 % a casos C.

El 91 % de operados viven después de cinco años en los cánceres del tipo A., cuando la exeresis se ha realizado antes de la extensión del mal a los tejidos perirectales; cuando ello sucede, cánceres de tipo B. el 64 % sobreviven cinco años y más aún.

Los del grupo C. con metástasis ganglionar, sólo en un 16 % sobreviven al acto operatorio escasamente cinco años.

Desde que mucho depende de si hay o no metástasis ganglionar, es obvio destacar la importancia del estudio anatomopatológico de las piezas operatorias en tal sentido. Y es la finalidad de esta comunicación señalar tal método de estudio, que en 11 observaciones han sido analizadas de acuerdo a los métodos que preconizan los cirujanos y patólogos ingleses.

### Examen de la pieza operatoria. La vaina del recto

Extirpado todo el recto, con los tejidos perirectales y envueltos en la vaina rectal o fascia propia del recto, se ha de proceder a la sección de la pieza por una de las caras, lo que permitirá la visualización interna total de órgano y de la lesión. En el contenido vásculo-ganglionar del recto se halla la vía linfática más importante del mismo, es la vía de la hemorroidal superior, de ahí que la extirpación del órgano con su vaina asegure la extirpación ganglionar y vascular correspondientes. Explica esta razón anatómica porque el cáncer rectal es una enfermedad primero regional y la importancia que en cirugía ha de conferírsele a esa vaina o cubierta propia. Esto confirma además lo que Moynihan ha dicho: "que la cirugía del cáncer no es una cirugía de órgano sino una cirugía de sectores linfáticos, enseñados por la anatomía y la anatomía patológica. Obtenida y abierta la pieza se ha de proceder al estiramiento mantenido de la misma, para la exposición completa de la lesión y zonas de vecindad. Posteriormente se le fija en tal forma, en una solución de formol corriente (10%), para realizar dos o tres días después la disección del contenido de la vaina rectal; determinando los caracteres exteriores del órgano, estado de la grasa perirectal, trayectoria de los vasos, y el territorio ganglionar. Disección prolija de cada ganglio, determinando su exacta posición y tamaño. Para su estudio histológico ha de seccionarse en rebanadas cada uno de ellos, dejando si es posible una mitad en la pieza operatoria. Esquematisado el territorio y situación ganglionar, ha de tenerse cuidado en la numeración de cada ganglio, para que una vez realizado el estudio histológico se sepa establecer su situación con respecto al tumor y a los vasos.

Disección pues, corte de cada ganglio separadamente, para su estudio microscópico, señalando la posición en un esquema dibujado o fotografiado. Lo hemos así realizado en 11 observa-

ciones; logrando determinar cual ganglio recibió la primera metástasis y orientarse así en la dirección de la infiltración ganglionar vecina.

Westhues en Alemania expone la técnica empleada en el examen de las piezas y las razones que tuvo para adoptarlas; se admite, dice, la dificultad para hallar los ganglios perirectales en la grasa que rodea el órgano, pero afirma que es posible determinarlos, aun a aquellos del tamaño de una cabeza de alfiler.

Para ello recurre al método de la deshidratación, desengrasado y fijación en xilol. Procede luego a la iluminación intensa de los tejidos, pudiéndose apreciar así sus menores detalles: tumor, linfáticos, vasos, nódulos minúsculos.

---

**Evolución, modo de propagarse.** — Iniciado el cáncer en el epitelio cilíndrico por proliferación atípica adopta un aspecto arquitectural de tipo adenocarcinomatoso; esta lesión se desarrolla primero en la mucosa, para invadir la submucosa posteriormente; hecho habitual en la evolución general de los cánceres, quienes marchan por debajo de la mucosa, respetándola en forma tal que oculta siempre la infiltración por debajo. De ahí que la exeresis deba siempre hacerse a distancia.

Sobreviene luego el crecimiento por reproducción, infiltra la muscular en vecindad con tramas linfáticas intramurales de gran riqueza y llega a la superficie externa del órgano en contacto con la red linfática intermediaria, finalmente invade el tejido graso perirectal con participación de la red linfática extramural.

Prosiguiendo su invasión llega a vincularse con la red linfática del subperitoneo y redes periviscerales vecinas, propagándose al fondo de saco vaginal, próstata, vejiga, útero, huesos, etc. En base a esta propagación local Dukes ha establecido su clasificación ya conocida.

La diseminación linfática es la más frecuente: existen en el recto y ano dos grandes territorios linfáticos, el de los que están por debajo de la línea pectínea que van a los ganglios inguinales, y el de los que están por encima que se vuelcan en la cadena linfática de la hemorroidal media hacia el ganglio hipogástrico, y

muy en especial los de la vía hemorroidal superior que se dirigen a los ganglios de la bifurcación de la mesentérica inferior.

Los primeros ganglios que se toman son los que están en la vecindad de la lesión, posteriores en general. La infiltración se hace en forma lenta y de uno a otro lo que es fundamental para establecer normas sobre el pronóstico del cáncer rectal. Del análisis de 1000 piezas operatorias que hace Dukes, concluye que es excepcional la infiltración de un ganglio a distancia sin haberse infiltrado en forma primaria aquellos vecinos al tumor las excepciones las constituyen los cánceres de cierta malignidad — 3,5 % — (14 casos en 400 observaciones).

El número de infiltración ganglionar neoplásica es un punto de especial interés a considerar. Aquel autor establece en su trabajo que en la mayoría de los casos en donde se hallaron metástasis ganglionares, solamente ella afectaba a dos, tres o cuatro ganglios, quedando los demás indemnes y debiéndose recordar que el número de ganglios del recto es de 20 a 50, sostiene que la infiltración del cáncer rectal es un proceso lento y progresivo.

En 1000 casos, 505 tienen propagación linfática y el 50 % de los casos con uno o dos ganglios tomados, las metástasis halladas fueron de 57,7 % en las mujeres; 46,6 % en los hombres. En ambos sexos el porcentaje de casos con metástasis ganglionar fué más alto para los pacientes más jóvenes.

La diseminación linfática puede hacerse también por permeación. Ella no fué hallada en las piezas que nos tocó analizar en cifras tan reducidas; pero se halló en el 15 % de 539 casos investigados (St. Mark Hospital), especialmente entre los cánceres rectales más jóvenes y con neoplasias de alto grado de malignidad histológica.

En estos casos la proliferación maligna es tan rápida que las células crecen y se multiplican al mismo tiempo que se embolizan, constituyendo verdaderos cordones neoplásicos entre ganglio y ganglio dando ello origen a las propagaciones anormales. Cuando las vías linfáticas se obstruyen pueden así haber desviaciones.

Conjuntamente con la infiltración ganglionar neoplásica pueden verse ganglios aumentados de volumen y afectados de un proceso inflamatorio como lo veremos en algunas observaciones.

**Diseminación venosa.** — Desde el punto de vista anatómico-patológico este mecanismo de propagación no ha sido estudiado detenidamente hasta el año 1943 por Seefeld y Barga pese a su indiscutible existencia y a la frecuencia de las metástasis hepáticas que explican el gesto inicial del cirujano en el primer tiempo de una amputación del recto, cuando trata de reconocer el estado anatómico de aquel órgano. Existen cánceres hemófilos, con tendencia a propagarse en las venas capaces de dar metástasis al comienzo de su evolución. Rankin y Broders establecen que en casos operados en la Mayo Clinic, el hígado es el sitio más común de las metástasis por esta vía.

El estudio de los vasos sanguíneos por cortes no ha sido realizado en las piezas por nosotros estudiadas. Dukes en 539 que analizó microscópicamente halló en 17,8 % células cancerosas en la luz de las venas. Esta diseminación fué vista en cánceres de los tipos B. y C., es decir no antes que el tumor aflorara a la superficie externa del órgano y se le vió de preferencia en aquellos situados en el tercio superior del recto. Paralelamente a la infiltración ganglionar se presenta la vascular, no sería ajeno a ello sin duda la proximidad de los vasos hemorroidarios a los ganglios neoplásicos. No obstante se han visto 60 casos en 100 en donde la invasión venosa se hizo a punto de partida del crecimiento primario por tendencia ya particular del neoplasma a invadir el torrente venoso.

**Valor en la clasificación para el pronóstico.** — W. B. Gabriel y Dukes, en una publicación hecha en el British Journal of Surgery, insisten en la importancia del estudio ganglionar como elemento de ayuda para establecer el pronóstico del cáncer rectal y van aún en la clasificación más lejos. Dicen así que cuando los ganglios regionales han sido solo los afectados ya que los ganglios de la bifurcación se encuentran indemnes, debe establecerse un buen pronóstico por la modalidad de propagación de un ganglio al vecino en el cáncer del recto. Y a este tipo de cánceres los denominan C 1; por el contrario cuando la infiltración cancerosa ha alcanzado los ganglios de la bifurcación de la mesentérica inferior, debe establecerse un mal pronóstico pues debe admitirse que etapas ganglionares más altas han sido alcanzadas. En apoyo de estas conclusiones podemos recoger las impresiones de los cirujanos de Edinburgo, Querry Wood y D. G. Wilkie quienes

afirman también que la infiltración ganglionar se hace de uno a otro y siempre en forma ascendente a lo largo de los vasos hemorroidarios superiores, salvo en los casos de permeación en donde pueden establecerse las desviaciones a las que ya nos hemos referido.

Puede decirse de lo expuesto que en el tratamiento de la afección que nos ocupa, podrá darse al enfermo tantas más probabilidades de cura cuanto más alto se vaya en la ligadura de los vasos hemorroidarios superiores, estableciendo la sección intestinal en la parte más baja del colon pélvico.

**Análisis del estudio comparativo entre la clasificación adoptada y la clasificación histológica.** — La mayoría de los cánceres del recto tienen el carácter histológico adenocarcinomatoso.

Los cánceres coloideos son menos frecuentes, y menos aún los esquirrosos. Se han clasificado desde este punto de vista estos tumores de acuerdo al grado de diferenciación celular (Broders 1925, Rankin y Broders 1928, Ochsenshirt 1928).

El primero ha dividido el adenocarcinoma en IV grados por todos conocidos, basándose en la ley biológica que al más alto grado de diferenciación corresponde el menor poder de reproducción. Rankin supone que en lo referente al cáncer rectal, los mejores resultados han sido obtenidos en los casos I y progresivamente menos satisfactorios en los grados II y III siendo muy malos en los del grado IV.

Es de hacer notar que lo referente al grado histológico del cáncer rectal, no se presenta en forma uniforme en el mismo tumor; así las células cancerosas son menos diferenciadas en las zonas invasoras que en la superficie del mismo. De modo pues que para obtener un juicio histológico exacto sobre el grado de malignidad del proceso, no basta el material biopsico pre-operatorio, sino el estudio completo y seriado de la pieza extirpada.

En el St. Mark's Hospital se hicieron estudios en este sentido en múltiples piezas operatorias, comparándolas con los resultados biopsicos (técnica de Gabriel) y pudo apreciarse que aquellos tumores rotulados como tipo I de la clasificación de Broders, correspondían a cánceres de tipos II, III, de acuerdo al estudio de la pieza operatoria. En las 1000 piezas analizadas por Dukes, clasificáronse 985, obteniéndose estos resultados: 66, de grado I;

559 de grado II; 224 de grado III; 14 de grado IV; y 122 eran mucoides; no hallóse diferencia para el sexo, si para las edades; los grados de mayor malignidad correspondían a pacientes de menor edad en concordancia con la mayor expansión de los cánceres como ya fué dicho en los mismos enfermos. La posición y el tamaño del tumor no guardó relación con su estructura histológica; por el contrario la hubo entre su grado histológico y el poder de propagación linfática y vascular.

Una similar concordancia fué encontrada entre los grados histológicos y la linfática permeación. Las cifras concluyentes en este sentido no las destaca por no sobrecargar de números esta breve comunicación. Surge de estas consideraciones la importancia de conocer el tipo histológico del tumor como índice de la extensión linfática o venosa.

En las observaciones de los casos que presento, se ha verificado la clasificación histológica estableciendo simplemente el alto o menor grado de malignidad.

**Sintomatología y diagnóstico.** — Nada debo señalar en lo que se refiere a la sintomatología del cáncer rectal; insistir solamente en que ella puede traducirse por disturbios funcionales, sensaciones rectales o corrimientos. La perturbación del acto reflejo normal, podrá establecerse en cualquiera de sus elementos, en lo que antecede a la defecación, en lo que la acompaña o en lo que la sigue, en el mayor o en el menor número de defecaciones. La sintomatología física tendrá su principal exponente en los datos obtenidos por el tacto rectal que nos brindará los principales caracteres semiológicos del tumor y de sus propagaciones.

El diagnóstico precoz ha de establecerse con la ayuda de la rectosigmoidoscopia, biopsia y estudio radiográfico:

1º *La rectosigmoidoscopia*: nos objetivará la lesión principal y el estado del resto de la pared rectal.

2º *La biopsia*: nos confirmará el diagnóstico y nos permitirá ir al acto operatorio con mayor tranquilidad para realizar una operación de exeresis, sin que en ella debamos confiar para el pronóstico.

3º *La Radiografía*: nos permitirá descartar la existencia de tumores malignos múltiples, tema del cual no nos ocuparemos en este momento.

Hemos expuesto someramente con lo dicho muchos de los aspectos dignos de estudio en esta afección rectal, señalando la estrecha relación entre el pronóstico de la misma y la extensión linfática de ella que merece por cierto el estudio anatómico-patológico realizado en las observaciones que a continuación expondré a ustedes. Y es por este camino que hemos de seguir nuestro análisis concomitantemente con la evolución alejada de los enfermos, para poder llegar a tener algún día aunque en escala reducida, resultados como los obtenidos por autores extranjeros y lograr formarnos experiencia personal.

El estudio de los vasos del tumor no ha sido realizado, en las piezas que presentamos y que necesariamente deberá completarse en otro momento, dada la importancia de la diseminación venosa en los cánceres del recto; podemos decir lo mismo en lo referente a la infiltración nerviosa.

A este respecto Seefeld y Barga en su trabajo de la Mayo Clínica de 1943 hallaron en el análisis de 100 casos de cáncer del recto, el 20 % de invasión por las venas y el 30 % por los nervios.

A continuación ofreceré a ustedes unas proyecciones de 11 piezas operatorias:

Las números 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, se trata de enfermos intervenidos por el Prof. Larghero; la observación 10 corresponde a un informe del Dr. Campisteguy que ha tenido la gentileza de otorgarnos la pieza operatoria para su estudio; la observación 11 corresponde a una pieza operatoria que nos ha sido enviada de campaña, por el Dr. Orihuela. La N<sup>o</sup> 5 me es personal.

Al Prof. Larghero nuestro reconocimiento por los casos que nos ha cedido, y con los cuales él inició y nos orientó en este estudio que hemos podido realizar en el Laboratorio de Patología Quirúrgica que dirige.

1. — A. B., 62 años. Lab. Pat. 10.340.

Sintomatología recto sigmoidea datando de tiempo atrás, agravada en los últimos 6 meses.

Tacto rectal: con la punta del índice se alcanza una masa dura, en rodete, ulcerada.

Rectoscopia: se confirman los datos de tacto rectal.

Biopsia (10.511). Adenocarcinoma-infiltración total de la pared-ganglios sin metástasis.

PLANCHIA N: 1

enfermo: A B  
caso N: 1

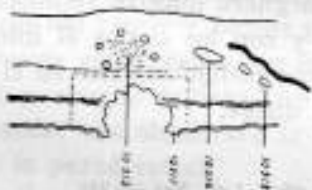
diagnostico clinico : cancer rectal  
diagnostico operatorio : C. X sup. en vitrola ulcerado  
diagnostico anatomico-patologico : adeno-carcinoma



ganglio - adeno-carcinoma



ganglio ganglio normal



el adeno-carcinoma infiltrante y penetrante hacia el tej. perirectal, los ganglios - infiltracion de la gran ganglion por contornamiento de esta, ocupacion del ganglio grande, colenoa calcarea fuera de la capsula. No dentro del ganglio.  
ganglio no metast.  
ganglio - no metast.  
ganglio - no metast.

X-142. — Operación: Amputación perineal del recto en dos tiempos, de Lockhart Mummery. (Dr. Larghero).

Curación.

2. — J. L. C., 60 años. Lab. Pat. 10.666.

Diarrea desde hace 3 meses. Anteriormente ha sido siempre normal en sus evacuaciones. Nota deseos imperiosos de defecar 3 horas después de haber comido el vientre por la mañana.

Como síntomas rectosigmoideos luego de su inicial perturbación, tenesmo, pujos, deposiciones frecuentes, pequeñas hemorragias, luego de mover el intestino.

Sin pérdida de peso, ni anorexia.

Tacto rectal: Se alcanza el reborde duro de la úlcera neoplásica.

*Rectoscopia.* — Neoplasma a 12 cms. del ano.

*Biopsia.* (Br. E. Castro). Adenocarcinoma.

II-1943. — Amputación perineal del recto, por la técnica de Lockhart Mummery (Dr. Larghero).

Operación: En dos tiempos.

Curación.

---

3. — A. S., 63 años. Lab. Pat. 10.726.

Ocho meses de síndrome colítico. Sintomatología rectosigmoidea (tenesmo, pujos, deposiciones frecuentes, pequeñas hemorragias atribuidas a hemorroides desde años atrás). Nunca se le hizo tacto, tratándosele la colitis. Buen apetito. Peso conservado.

El Dr. H. Lorenzo y Losada hace el diagnóstico de cáncer por el tacto.

*Biopsia:* Adenocarcinoma N° 10.685. Gang. sin metástasis. Laboratorio de Patología.

II-1943. Amputación perineal del recto en dos tiempos por la técnica de Lockhart Mummery. (Dr. Larghero).

Curación.

---

4. — F. B., 38 años. Pieza Lab. Pat. 10.689.

Constipación desde hace 5 años. Sintomatología rectosigmoidea luego de esta inicial perturbación, dolores, diarrea, mucus, sangre; últimamente tenesmo.

Adelgazamiento moderado. Apetito regular.

Tacto rectal: No se tacta nada en el canal ni en la ampolla. Muy alto un rodete duro al hacer esfuerzos de defecación.

*Biopsia:* Adenocarcinoma.

III-1943. — Operación: Amputación perineal por técnica de Lockhart Mummery en dos tiempos. (Dr. Larghero).

---



PLANCHA N° 3

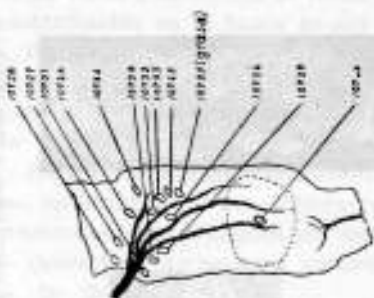
enfermo A.S.

caso N° 3

diagnostico clinico : cancer rectal

diagnostico operatorio : c. ampular bajo

diagnostico anatomo-patologico : adeno-carcinoma



ganglios: 10722-21 - 27 - 26 - 27 -

28 (nivel del pedículo)

29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 -

35 metástasis.

10724 - adenocarcinoma vegetal-ile.

gruesa infiltracion de la pared.

PLANCHA N.º 4

enfermo F.B.  
 caso N.º 4  
 diagnóstico clínico: cáncer rectal  
 diagnóstico operatorio: c. N.º sup. en fodele  
 diagnóstico anatomo-patológico: adenocarcinoma



adenocarcinoma



sarcoma



este adenocarcinoma  
 está forma adeno de tubo-epi-  
 telioma mucosa.  
 Plegias: una de uno. No plegias  
 por adenomas son adenomas  
 que está del principio de un adeno-  
 ma en su metástasis.



5. — S. P., 55 años.

Sintomatología rectosigmoidea que se inicia hace dos meses y medio.

Tenesmo, modificación en la forma de sus heces, pujos. Además, disuria y poliaquiuria. Portador de hemorroides.

Tacto rectal: Cáncer en pared anterior de la ampolla, cuyo borde sup. no se alcanza. Infiltra  $\frac{3}{4}$  de la circunferencia del recto.

Rectoscopia: Cáncer ulcerado, a rodete rígido

Citoscopia: Pliegues levantados, edematosos a nivel del fondo vesical. Se presume puedan corresponder a una infiltración neoplásica.

Biopsia: Adenocarcinoma. Ganglios sin metástasis.

I - 1945. — Operación: Amputación perineal en dos tiempos según técnica de Lahey. (Dr. Bosch).

Buena evolución.

6. — P. F., 49 años. Lab. Pat. 10.080.

Desde hace años, crisis dolorosas de vientre, con diarrea (10 deposiciones diarias), Mucosidades y sangre posteriormente.

Sintomatología rectosigmoidea: tenesmo, pujos, constricción anal, flemas, mucus sanguíneo lento.

Estado general bueno.

Tacto rectal: A. 7 cms. del orificio anal, en pared ant. rectal, se toca el borde inf. de una úlcera a grueso rodete de fondo plano con peq. vegetaciones.

La ulceración tiene por tamaño el de una moneda de \$ 0.50, sin adherencias al plano prostático.

Biopsia: Adenocarcinoma. Lab. Pat. 10.043.

Rectoscopia: Ulceración brotante, sangrante, bordes rígidos.

I - VIII - 1941. — Operación: Amputación perineal (Lockhart-Mummery). Dr. Larghero. Muerte post-operatoria.

No se le hizo autopsia.

---

7. — A. B., 70 años. Lab. Pat. 10.328.

Hallazgo casual del tumor por tacto rectal, en circunstancias de un examen médico a que fué sometido por trastornos prostáticos.

Tacto rectal: Cáncer ulcerado de la pared anterior vegetante y fijo.

Rectoscopia: A 10 cms. Cáncer ulcerado.

Biopsia. Lab. Pat. Adenocarcinoma, 2 ganglios infiltrados en la vecindad de la lesión. Los de bifurcación hemorroidal superior-normal.

I - IV - 1942. — Operación: Amputación perineal por técnica de Lockhart-Mummery. (Dr. Larghero).

Buena evolución.

8. — H. C., 37 años. Lab. Pat. 10.323.

Cuadro oclusivo. Desde la infancia, trastornos en su defecación. Desde

PLANCHA N° 5.

enfermo: S. D.  
caso N°: 5.

diagnostico clinico: cancer rectal

diagnostico operatorio: c. ulcerado, pared anl. 1/2 sup

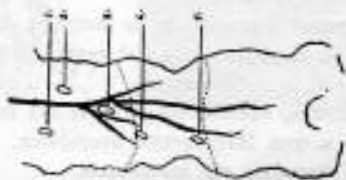
diagnostico anatomopatologico: adenocarcinoma



adenocarcinoma



g. sarcomat



nota: adenocarcinoma, infiltracion  
produce cas. ulceracion  
en la muscular  
ganglios. n.º 4 y 4-r sin metastasa

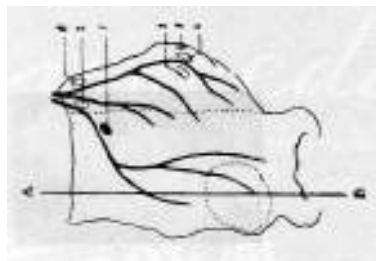


PLANCHIA N° 6

enfermo. D.F.  
 caso N° 6  
 diagnóstico clínico: cancer rectal.  
 diagnóstico operatorio: c. 1/2 medio  
 diagnóstico anatómico patológico: adeno-carcinoma



adeno-carcinoma



1- adeno-carcinoma infiltrante  
 ulcerado  
 2- gástrico / infiltración masiva  
 3- 2-4-3 / prec. inflamatoria  
 4- 2- adenitis caeteral masiva  
 5- acúla fibrosa receptada



enfermo A.B.  
 caso N° 7  
 diagnóstico clínico : cancer rectal  
 diagnóstico operatorio : c. N° ml. en placa  
 diagnóstico anatómico patológico : adenocarcinoma



adenocarcinoma



Preparato em alcohol y  
 con glicerol colorado



PLANCHIA N° 7



esta adenocarcinoma  
 glicolico y colorado  
 J.B.P.

hace dos meses: diarreas y crisis de distensión abdominal. No hemorragia. Sin síntomas rectales.

Tacto rectal: No es posible de realizar.

Rayos X: Estricturación neoplásica al parecer en parte alta del recto 1/3 superior.

Rectoscopia: Realizada fuera del cuadro doloroso inicial. Estenosis alta del recto.

Biopsia: Adenocarcinoma; carácter histológico de gran malignidad, ganglios sin metástasis.

V - 1942. — Operación: Amputación perineal por técnica de Lockhart-Mummery. Operación en dos tiempos.

Buena evolución.

---

9. — G. de la F., 43 años. Lab. Pat. 12.408.

Defecación perturbada desde hace mes y medio.

En los últimos días sintomatología rectosigmoidea: pujos, tenesmo rectal, sangre.

Pérdida de peso y anorexia.

Tacto rectal. Tumor ulcerado en cara ant. de ampolla rectal vegetante.

Biopsia. Adenocarcinoma, atipismo moderado, infiltración de la musculosa llegando hasta la grasa. 11 ganglios sin metástasis.

17 - X - 1944. — Operación: Amputación perineal según técnica de Lockhart-Mummery. (Dr. Larghero).

Buena evolución.

10. — H. A., 63 años. Lab. Pat. 12.076.

Diarreas profusas, numerosas, con sangre y mucus datando de 18 meses. Fué regular en sus evacuaciones anteriormente a esa fecha. Antigua hipertendida y dispéptica biliar. Desde hace 20 días recrudescimiento de su perturbación intestinal: tenesmo, pujos, expulsión de pus y sangre.

Rectoscopia: Pólipo de 2 cms. de diámetro mayor pediculado implantado sobre cara post. de recto a 8 cms. del ano. Hay pus a ese nivel. El pólipo sangra por encima. Hasta 20 cms. no hay lesión.

Biopsia: Tumor a disposición papilar, del tipo adenocarcinomatoso. Ganglios sin metástasis.

Resección por vía perineal. (Dr. Campisteguy).

5 - V - 1944. — Operación: En un tiempo.

30 - IV - 1945. El enfermo sigue bien.

**Resumen.** — Se presentan 11 piezas operatorias de cáncer rectal con su estudio anatómo-patológico linfático y ganglionar. Señálase en él la importancia de la disección ganglionar desde el punto de vista pronóstico en tal afección.

PLANCHIA N°8

enfermo. H.C.  
caso N°8

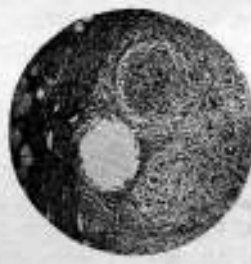
diagnostico clinico: cancer rectal  
diagnostico operatorio: c.virola ulcerado a bordes vegetantes  
diagnostico anatomopatologico: adenocarcinoma vegetante



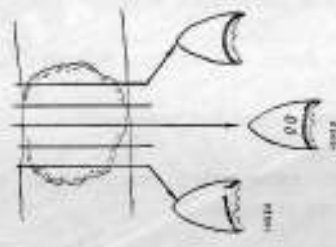
adenocarcinoma



adenocarcinoma



adenocarcinoma



esta. Fragmento del cor con sus perlas como se ve en el caso.  
adenocarcinoma vegetante y maligno. Fr. ganglionar sin metástasis. Metástasis en el hígado y en el pulmón del lado izquierdo. Metástasis en el pulmón del lado derecho. Metástasis en el pulmón del lado izquierdo. Metástasis en el pulmón del lado derecho. Metástasis en el pulmón del lado izquierdo. Metástasis en el pulmón del lado derecho.



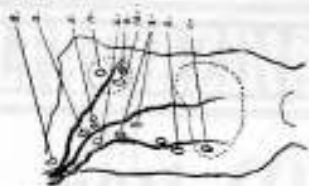
PLANCHA N° 9.

enfermo G. F.  
caso N° 9.

diagnostico clinico : cancer rectal  
diagnostico operatorio : c. 1/3 medio, cara ant. ulcerado  
diagnostico anatomopatologico : adenocarcinoma



\* Adenocarcinoma



12-13. Adenocarcinoma, algunas medu-  
sulas, infiltracion de la muscu-  
latura y la grasa  
ganglio y hiperplasia de los folículos  
de melanocitos.  
ganglios 12-13-14-15-16-17. un melan-  
oma.



PLANCHIA N 10

enfermo, H.A.  
caso N° 10

diagnostico clinico : cancer rectal

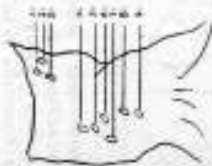
diagnostico operatorio : c. aboms. del ano, c/post.

diagnostico anatomopatologico : adenocarcinoma papilar



adenocarcinoma

normal



100x - adenocarcinoma a. cripto-  
glandular, papilar, ab-  
dominal, c/post.



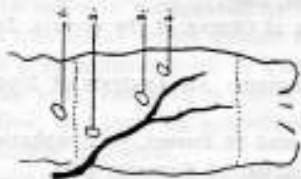
PLANCHA N.º II

enfermo B.Z.  
caso N.º II

diagnostico clinico : adenocarcinoma  
diagnostico operatorio : adenocarcinoma infiltrante  
diagnostico anatomopatologico : epit-cilindrico-papilar.  
infiltrante



Adenocarcinoma



masa fibrosa  
infiltracion neoplasmica que  
se ha extendido a la muscular  
y celular

masa epitelio cilindrico papilar  
adenocarcinoma primitiva  
infiltracion de la muscular  
se hay infiltracion de la glosa  
a este nivel del fondo del nes-

BIBLIOGRAFÍA

- BACON (H. E.). — Ano, recto, colon sigmoide. 1942.
- BENSAUDE (colaboración CHARRIER (J.) y DUFOUR (A.)). — Maladies de l'intestin. 1935.
- CUNEO (B.). — De la conservación de la región esfinteriana en la extirpación del recto por vía perineal. 1930.
- DUKES (C.). — The Clasification of Cáncer of the rectum. Journal of Pathology and Bacteriology. 1932.
- DUKES (C.). — Cancer of the rectum: An Analysis of 1000 cases. Journal of Pathology. 1940.
- GABRIEL (W. B.), DUKES (C.) and 76 Bussey. — Lynphatic spread in cancer of the rectum. British Journal of Surgery. 1935.
- GABRIEL (W. B.). — Brit. Med. Journal. 1931.
- GRINNELL (R. S.). — La propagación linfática y venosa del carcinoma del recto. Anales de Cirugía. Agosto 1942.
- LARGHERO IBARZ (P.). — Cinco años de actuación en la Cátedra de Patología Quirúrgica. 1943.
- LOCKHART MUMMERY (P.). — Disease of the rectum and colon. 1934.
- MILES (W. E.). — Cancer of the rectum. 1926.
- MONDOR (H.). — La extensión del cáncer del recto. 1932.
- QUERRY WOOD (W.) and WILKIE. — Carcinoma of the rectum. Edinburgo Medical J. 1933.
- RANKIN and BRODERS. — Surg. G. y n. and Obst. 1928.
- SEEFELD (Ph. H.) and BARGEN (J.). — The spread of carcinoma of the rectum. An. of Surgery. Julio 1943.
- SOUPANET, LEIBOVICI y PERROT. — Cáncer del recto extirpado por vía abdómino-perineal. Boletines y memorias de la S. de Cirugía, París. 1934.
- WESTHUES. — Archiv. für klinische Chirurgie. 1930.

DISCUSIÓN

Prof. Stajano. — Yo he oído con mucho gusto la comunicación del Dr. Bosch. En realidad las piezas de extirpación que ha mostrado vienen a confirmar y a dar un poco más de fuerza a la impresión clínica que tengo respecto a los cánceres del recto.

De acuerdo con observaciones con evolución prolongada, de enfermos operados, yo tenía una impresión que no era para pregonarla sino para tenerla íntimamente y era la siguiente: Los cánceres del recto y los recto-sigmoideos a pesar de su tamaño, a pesar de lo tardío que se operan por sus características clínicas por todos conocida, son operados generalmente en fases avanzadas. Y es cierto que si hacemos una estadística de cánceres del recto operados, con las sobrevidas, tenemos que aceptar que es un cáncer que mata como todos los cánceres, pero que tiene la particularidad

— al menos es la impresión que yo tengo — que es un cáncer relativamente benigno y no tengo mucho temor en decirlo, porque he tenido la impresión después de una serie de casos observados, de que neoplasmas operados en etapas avanzadas y ampliamente y que a pesar de hacer un pronóstico malo han tenido sobrevidas prolongadas contra todas las presunciones hechas en el momento operatorio y después de extirpar la pieza.

En realidad sobre la malignidad de los cánceres no se puede generalizar. Yo decía que no se puede hablar en general sino que cada órgano hace su cáncer a su manera y no se puede comparar el cáncer del recto con el cáncer del seno, como no se puede comparar con otro cáncer de un órgano cualquiera, que tiene su modalidad propia; su evolución y su pronóstico enteramente diferente.

En el cáncer del recto no es el tamaño del tumor lo que hace grave el cáncer, lo que hace difícil la terapéutica es la enfermedad ganglio-linfática correspondiente. Y así como en el cáncer del seno la metástasis es precoz y se puede decir que es contemporánea del nacimiento del cáncer, no así en el cáncer del recto en el que la enfermedad linfática es relativamente tardía y así se operan cánceres avanzados, en que las metástasis linfáticas son discretas.

En los casos que el Dr. Bosch nos muestra se ven gruesos tumores con solo tres ganglios tomados, cuando mucho. Lo mismo en las cadenas altas llama la atención que en esas piezas de los autores ingleses, no hay un conglomerado ganglionar grande, sino que hay uno o dos y no ese conglomerado que se observa por ejemplo en los cánceres de otras localizaciones. De manera que esos datos anatómicos que yo expreso pueden dar razón de esa relativa benignidad de los cánceres del recto.

En realidad eso es lo que me sugiere ese dato anatómico muy preciso, que viene a dar razón a esa modalidad particular de los cánceres que nos ocupa — y creo que en parte se puede publicar su relativa benignidad.

Yo quisiera que me aclararan los Dres. Bosch y Ardao algo sobre la permeación linfática y la clasificación que surge de ella. Yo desearía que se me aclarara eso de la permeación linfática, teoría que tanta moda ha tenido y de la que yo tengo una impresión particular. ¿Histológicamente la permeación linfática se reconoce por caracteres verdaderos? Yo creo que la permeación linfática no es una forma corriente de difusión de los cánceres. Yo creo que es una forma episódica y excepcional y solo observable en determinadas circunstancias. No es del caso que pueda ponerse frente a frente a la teoría de la embolización, sino que la permeación linfática es algo que aparece sólo en los cánceres avanzados y en determinado momento de repleción de las vías linfáticas principales. Es sólo entonces cuando aparece.

No es pues una manera normal de invasión. Es una forma de progresión de la célula neoplásica en linfáticos que están abarrotadas y entonces la permeación se hace a contracorriente o en sentido distinto al normal.

Esa teoría no puede seguir planteada en los mismos términos que cuando Handley la emitió, Destaco pues, brevemente de esta interesante comunicación la escasa colonización linfática, los pocos ganglios comprobados y la benignidad clínica relativa post operatoria.

**Dr. Ardao.** — Yo debo expresar al Prof. Stajano que mi experiencia en el punto que se inquiera, en lo que se refiere al cáncer del recto es muy poca. Yo podría informarle lo que he visto en el Saint Mark's, precisamente con gente que enseñaba y el criterio que tengo hecho respecto al problema de la metástasis linfática de los cánceres en general, particularmente en lo que se refiere al cáncer del pulmón y al cáncer del seno.

Yo creo que la propagación linfática de los epitelomas glandulares, en general, no es por embolia. Cuando uno estudia al microscopio la lesión primitiva en un cáncer del recto se encuentran los linfáticos de la pared, de la sub-mucosa o de la sub-serosa llenos de células neoplásicas. Sería muy curioso que aparecieran tan a menudo así cinco u ocho células embolizadas distendiendo el canal linfático. Me parece que muy a menudo el cáncer se propaga de la lesión primitiva a los ganglios rellenando como una inyección al canal linfático.

Los otros días miraba un papiloma de vejiga. Se veían los linfáticos intersticiales de la pared vesical rellenos de células neoplásicas. Particularmente yo he estudiado la propagación linfática del cáncer del pulmón a propósito de una tesis. Algunas veces se ven cánceres de bronquios que dan una metástasis masiva del ganglio y los linfáticos vecinos que afloran a la cortical están rellenos de células linfáticas. Pudiera suceder también que fueran linfáticos que se rellenan a contra corriente. Me parece que la embolia neoplásica existe, eso es indudable. Si se observan preparaciones microscópicas de cáncer de estómago, de mama, de pulmón, se encuentra a menudo los canales linfáticos llenos de células neoplásicas. Eso explica lo que señalaba el Dr. Bosch que los cánceres del recto se propagan a veces alrededor de los nervios. Son los linfáticos que van junto con el nervio los que se relevan.

Estoy de acuerdo en lo demás, con el Prof. Stajano que la masa del cáncer no dice nada en cuanto a pronóstico ni a edad del tumor.

En lo que se refiere a la clasificación del St. Mark's Hospital en 4 tipos histológicos según el grado de malignidad no estoy convencido de su realidad — aunque la clasificación pueda ser efectiva. La morfología no es suficiente para dar un grado corriente de malignidad. Y así volvemos un poco a lo que nuestro maestro el Profesor Navarro solía decir que “el cáncer no es lo que se ve sino lo que no se ve”.

**Dr. Bosch.** — En primer lugar, agradezco a los colegas el interés que ha despertado esta comunicación. Debo decir, además, que el problema que plantearon no ha sido tenido en cuenta con respecto a la clasificación.

El problema de la permeación no ha sido tomado como elemento de juicio para hacer la clasificación, sino que ésta se basa en la topografía

ganglionar y a la topografía de la infiltración del cáncer de la pared y de la permeación del ganglio.

El problema de la permeación lo han planteado estas personas con el objeto de explicar ciertas desviaciones de la infiltración neoplásica, en aquellos casos — muy pocos, excepciones — en donde no se observaba la infiltración ganglionar en el sentido ascendente. A ese respecto, Westhues, en el Congreso alemán de Cirugía del año 1935 afirmó que en una serie de piezas operatorias que estudió, no observó ningún ganglio infiltrado a unos centímetros del neoplasma.

Para explicar la infiltración ganglionar, hace intervenir al proceso de la permeación sin entrar en mayores detalles con respecto a lo que quiere decir la palabra permeación.

Agradezco al Dr. Ardao las aclaraciones que nos acaba de brindar y en cuanto a la sugerencia del Prof. Chifflet, diré que nosotros sólo hemos podido realizar estudio incompletos de la pieza operatoria. Nos hemos referido únicamente al estudio linfático. Encarado así el problema, es incompleto, pues no se puede hablar de pronóstico del cáncer del recto con el estudio ganglionar solo. Pienso completar esta comunicación con un trabajo sobre el estudio de la propagación venosa y perineural.

---