
Resección abdominoperineal por cáncer de recto: presentación de caso y revisión bibliográfica

Abdominoperineal resection for Rectum cancer: case report and bibliographic review

Italo Rojas Vera *
Giovanni Gomezcoello Moya **
Mercedes Palacios ***
Tania Guerrero Pazos ***
Jaime Colamarco Negrete ***

Resumen

Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma indiferenciado de recto; es tratado agresivamente con una resección abdominoperineal y excéresis ganglionar evolucionando favorablemente; actualmente recibe tratamiento quimioterapéutico y radioterapia. El tratamiento más importante en este tipo de neoplasias sigue siendo la resección quirúrgica amplia, con esta oportunidad exponemos una revisión bibliográfica sobre el tema.

Palabras claves: excéresis, adenocarcinoma indiferenciado, recto, quimioterapia, radioterapia.

Summary

We present the case of a male patient with non differentiated adenocarcinoma of rectum; which is aggressively treated with an abdominoperineal resection and ganglionic exceresis, evolutionating favorably; He is in chemotherapy and radiotherapy at the present time. The most important treatment in this type of neoplasia is a wide surgical resection.

Historia clínica

Paciente de 62 años de edad, masculino, casado, sin antecedentes familiares de importancia, con antecedentes personales de hipercolesterolemia e hiperuricemia. Ingresa por presentar estreñimiento, deposiciones muco-sanguinolentas y pérdida de peso, 4 meses de evolución; en la última semana se agrega dolor en área sacra y tenesmo.

Al tacto rectal se detecta tumoración dolorosa en área rectal posterior de 3x4cm, mamelonada, sangrante; se realiza biopsia por endoscopia.

El examen anatomopatológico reporta adenocarcinoma túbulo-papilar indiferenciado infiltrante del recto.

Se realizan los exámenes de gabinete correspondientes: hemograma, enzimas hepáticas, Rx de tórax, ecografía abdomino-pélvica, TAC de abdomen, enema de bario, colonoscopia; no se encontró datos de enfermedad metastásica.

Dado que el tumor se encuentra a 5cms del margen anal es necesario someter al paciente a una amputación abdominoperineal (Operación de Miles), luego de realizada, se detecta infiltración prostática siendo imposible realizar la resección completa de la neoplasia.

Su evolución es favorable sin alteraciones urinarias, con colostomía funcionante. Actualmente, se encuentra bajo tratamiento paliativo (radioterapia).

Introducción

El cáncer de recto representa el 25% de las neoplasias del tubo digestivo; la edad pico de incidencia es a los 70 años; es más común en el sexo masculino, el 8% de estas neoplasias se diagnostican antes de los 40 años de edad (2, 6, 8, 9).

* Médico Residente 3 de Medicina Interna

** Médico Residente 1 de Cirugía, Hospital Luis Vernaza, Guayaquil – Ecuador

*** Médicos Residentes, Guayaquil - Ecuador

Factores de riesgo:

La raza blanca tiene 1 a 4 veces más riesgo que la negra. Existe predisposición familiar la cual se observa mejor en los síndromes de poliposis familiar:

- 1) Poliposis familiar del colon (es autosómica dominante, hay múltiples pólipos adenomatosos y hacia los 55 años de edad el 100% habrá presentado cáncer).
- 2) Síndrome de Gardner (pólipos adenomatosos en colon y recto, osteomas, fibromas, quistes sebáceos).
- 3) Síndrome de Turcot (gliomas múltiples + pólipos adenomatosos colónicos).
- 4) Síndrome de Oldfield (quiste sebáceo + pólipos) (1, 2, 6, 7).

Las dietas pobres en fibra constituyen un factor importante en la aparición del carcinoma colorrectal, se ha propuesto que la fibra puede diluir o fijar carcinógenos fecales (Fecapentanos y benzopirenos), ya que se aumenta la velocidad del tránsito intestinal y se disminuye el tiempo de exposición de la mucosa a los carcinógenos (2, 6, 9).

El aumento de las grasas en las dietas estimula la secreción de ácidos biliares y la formación de cetosteroides (esteroles), estos metabolitos del colesterol se consideran carcinógenos. En pacientes colecistectomizados la bilis se vierte continuamente al tubo digestivo y el riesgo del cáncer de colon aumenta el doble (1, 2, 5, 6).

Los pólipos vellosos son los más frecuentes en el recto y el 25 al 40% de ellos presentarán carcinomas in-situ o invasor (2, 4, 6).

Las enfermedades intestinales inflamatorias (Colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn), tienen aumentado el riesgo de cáncer maligno de acuerdo con la cronicidad de su patología (después de 10 años el riesgo de adenocarcinoma es no menos del 10% en la colitis ulcerativa) (1, 4, 6, 8, 9).

Manifestaciones clínicas

Las principales son: cambios en los hábitos defecativos (diarrea, estreñimiento), dolor abdominal, tenesmo, sensación de evacuación incompleta, disminución del calibre de las heces, polaquiuria neumatúria (fístula recto vesical), dolor en el periné o en las nalgas o en la zona sacra (2, 3, 5, 6, 7).

Otras manifestaciones son los llamados síndromes paraneoplásicos entre los más importantes tenemos Dermatomiositis, acantosis nigricans, tromboflebitis, eritema anular centrífugo, hipertrichosis lanuginosa, síndrome de Leser-trelat (2, 7).

Diagnóstico diferencial

Se deben considerar los abscesos pelvianos y uterinos, otras tumoraciones pelvianas (cordomas, tumores de vejiga y próstata), así como tumores rectales benignos (adenomas vellosos) (1, 2, 3).

Histología

La mayoría son adenocarcinomas, los tumores carcinoides son más comunes en el apéndice y el recto; hay una pequeña tendencia a dar metástasis cuando miden más de 5cms; en el canal anal la mayoría son neoplasias epidermoides. Macroscópicamente pueden ser ulcerados, polipoide o fungoso, coloide (mucinosos), infiltrativo (1, 4, 6, 7, 9).

Metástasis

El cáncer rectal produce metástasis hacia los ganglios linfáticos iliacos internos, retroperitoneales, mesentéricos inferiores e inguinales (2, 9).

Las metástasis a distancia en orden de importancia son: hígado, pulmón, columna vertebral y SNC (2, 5, 7).

Mecanismos de diseminación

Entre los más comunes tenemos la diseminación directa, transperitoneal, linfática, hematogena (2, 3, 4, 6, 7, 9).

Métodos diagnósticos

El tacto rectal puede ser útil si se detecta una masa de características neoplásicas (superficie dura, áspera, irregular, sangrante).

La proctoscopia permite un examen del recto y es de poca utilidad; la sigmoideoscopia es una extensión de la proctoscopia.

La colonoscopia en la actualidad es el estudio más exacto y completo del colon ya que permite aspirar cualquier acumulación de líquidos en el colon y es posible obtener biopsias. El enema del colon permitirá detectar lesiones mayores de un cm de diámetro especialmente si se utiliza el método de doble contraste. Las radiografías de tórax son útiles en la detección de metástasis pulmonares; el urograma excretorio se utiliza para valorar compromiso renal y si es necesaria una nefrectomía en bloque, la cistoscopia esta indicada cuando se sospecha invasión de la vejiga; la ecografía (figura 1), la TAC y la resonancia magnética son útiles para delimitar la tumoración (2, 4, 6, 7, 8, 9).

Figura 1

Fig. 1: Ecografía pélvica se detecta próstata aumentada de tamaño de contornos lobulado y una masa rectal posterior de 3x4cm aproximadamente.

El antígeno carcinoembrionario es una glucoproteína que debe determinarse sus concentraciones siempre antes de operar un carcinoma colorrectal. El centelleograma óseo con tecnecio 99 es útil para detectar metástasis óseas (2, 6, 9).

Detección temprana de cáncer colorrectal:

El grupo de alto riesgo (con antecedente familiar de cáncer, carcinomas de próstata y vejiga, cuello uterino, útero, ovarios y mamas) se recomienda estudio colonoscópico antes de los 45 años de edad y después cada 3 a 5 años. En el grupo de bajo riesgo (no hay factores de riesgo conocidos), la prueba de detección de sangre oculta en heces es un método práctico de detección temprana (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9).

Tratamiento:

Hay controversia respecto a las particularidades de la resección del carcinoma rectal; existen tres tipos de cirugía:

1. Resección anterior, la anastomosis se realiza por arriba del repliegue peritoneal anterior y la arteria mesentérica inferior se liga distal al origen de la arteria cólica izquierda.
2. Resección anterior baja: se moviliza por completo el recto hasta el nivel del músculo elevador del ano, la anastomosis se efectúa por debajo del nivel del repliegue peritoneal anterior.
3. Resección abdominoperineal (Operación de Miles) implica la extirpación del colon, recto y conducto anal; el sigmoidees se exterioriza mediante una colostomía permanente; a veces es necesario movilizar el ángulo esplénico para unir los extremos sin que queden a tensión.

Los carcinomas en la porción distal del recto es decir a 7 cms del borde anal casi siempre se extirpan mediante resección abdominoperineal. Los carcinomas de la parte superior del recto se tratan con una resección abdominal anterior; los de la parte media se tratan con una resección anterior baja.

La conservación del ano con restablecimiento de la continuidad intestinal está llegando a ser lo usual en el tratamiento de los cánceres de las partes media y superior del recto.

Existen múltiples operaciones como la resección abdomino-sacra (procedimiento de Kraske), la resección transanal abdominal de Parks, la resección transesfinteriana abdominal de York Mason y la resección coloanal (descenso endorrectal) que buscan no distorsionar las

funciones del recto y del esfínter anal en lo posible (2, 5, 6, 7, 8, 9).

Quimioterapia:

Un estudio significativo determinó que en pacientes que recibieron Metil-CCNU, vincristina y 5-fluorouracilo en el post-operatorio aumentó la sobrevida (2, 3).

Radioterapia:

Es útil en pacientes con ganglios linfáticos positivos, se ha señalado una mejoría de la supervivencia a 5 años del 64 al 80%, también se ha utilizado pre-operatoriamente en la enfermedad localmente avanzada a la dosis de 2500 cGy para alcanzar eficacia terapéutica (2, 4, 6, 7, 9).

Conclusiones

Actualmente existe una tendencia marcada a conservar el esfínter anal, aún en casos en que la tumoración se encuentre a menos de 4cm del mismo, debido a la existencia de las grapadoras EEA, las cuales facilitan la anastomosis que manualmente sería muy difícil.

La resección abdominoperineal se recomienda cuando la tumoración está próxima o ha tomado el esfínter anal.

Referencias bibliográficas

1. Berkow R: El Manual de Merck de diagnóstico y tratamiento. 6ª ed, Ed Merck Sharp & Research Laboratories, Rahway, New Jersey – USA 899-901, 1978
2. Cameron R: Oncología práctica. 1ª ed, Ed Panamericana, Madrid – España 311-320, 1994
3. Farreras N: Tratado de Medicina Interna. 10ª ed, Ed Marín, Barcelona – España 195-198, 1978
4. Lawrence M: Diagnóstico clínico y tratamiento. 3ª ed, Ed El Manual Moderno, México 530-531, 1997
5. Madden J: Atlas de Técnicas Quirúrgicas. 1ª ed, Ed Interamericana, México 377-380, 1967
6. Schwartz S: Principios de cirugía. 5ª ed, Ed Interamericana, México 1132-1137, 1991
7. Veronesi U: Cirugía Oncológica. 1ª ed, Ed Médica Panamericana, Buenos Aires - Argentina 259-277, 1994
8. Watts D: Terapéutica Médica. 5ª ed, Ed Manual Moderno, México 244-276, 1983
9. Way L: Diagnóstico y tratamiento quirúrgico. 7ª ed, Ed El Manual Moderno, México 322-323, 1995

Dr. Italo Rojas Vera

E-mail: italo_rojas@hotmail.com



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL