

El papel de la biopsia por excisión en el tratamiento curativo del cáncer del tercio interior del recto

Drs. Pedro J Morgado N, Luis G. Gómez V, José A Suárez, Pedro J Morgado Sch

Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Instituto de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina de la Universidad de Venezuela, Caracas.

INTRODUCCION

La aparición de los antibióticos y las máquinas autosuturadoras, entre otros avances, han permitido el desarrollo de nuevas tendencias para tratar el cáncer del tercio inferior del recto, al mismo tiempo que los cirujanos buscan mejorar las condiciones de vida y dar mayor oportunidad de cura a estos pacientes.

Se marcó así el comienzo del incremento en el uso de la resección anterior y, más recientemente, la resección local (1-18), siguiendo un más riguroso proceso de selección para el procedimiento.

La experiencia acumulada en algunos centros, no obstante el relativamente pequeño número de casos reportados (13,14), ha elevado el criterio de cura después de la resección local. Como puede esperarse, surge un nuevo problema: la búsqueda del paciente ideal para hacer el tratamiento con fines curativos.

Es común observar en las grandes series quirúrgicas, una proliferación de los casos Dukes B y C, en contraste con un pequeño número de casos A. Una serie (18) reporta una diferencia substancial con respecto a la diseminación linfática y vascular y, por ende, de las tasas de curación, cuando se comparan pacientes con estadio pT1, pT2, T1 y T2. Si nuestros esfuerzos son dirigidos a buscar los tumores T1, con invasión limitada a la mucosa y la submucosa, sin penetración a la muscularis propia (estadio 1A, clasificación de la Unión Internacional Contra el Cáncer-Tumor-Nódulo-Metástasis (UICC TNM) entonces podemos hacer una mínima cirugía con un máximo de beneficios para el paciente.

El siguiente problema que requiere solución, hoy en día en muchos países, es determinar la mejor manera de llevar a cabo la selección preoperatoria de los candidatos potenciales para una resección local curativa. Hasta que apareció la ecosonografía

transrectal, el único método asequible era la evaluación digital siguiendo la clasificación de York-Mason, que nos daba la oportunidad de sospechar la presencia de tumores solitarios limitados a la pared rectal (19). La tomografía computada, usada en la mayoría de los países, nos ha permitido eliminar candidatos potenciales mostrando evidencia de metástasis pélvicas o en otros órganos abdominales. El mismo papel puede ser asignado a la ecosonografía, particularmente en el área hepatobiliar. En nuestro grupo, el reciente uso de la ultrasonografía transrectal nos ha permitido hacer una selección objetiva, eliminando potenciales candidatos para la resección local. Finalmente, y quizás el más importante de los problemas, es el entrenamiento del patólogo para decidir, sobre una biopsia por congelación, la profundidad de penetración de una lesión y su grado de malignidad mientras el paciente espera anestesiado, en la sala operatoria. Los errores médicos usualmente traen resultados trágicos, pero errar es humano. Y cuando el error envuelve este aspecto en particular, es preferible errar por el lado de considerar una segunda intervención, para realizar cirugía pélvica radical, que hacer un procedimiento pélvico radical que más tarde encontramos innecesario. Si el tumor demuestra invasión de la muscularis propia en el examen histológico perioperatorio, el hallazgo es evidente y constituye una línea divisoria que no debe ser traspasada y, en consecuencia la resección local debe ser abandonada si uno intenta curar el paciente. No es común para un patólogo reportar un hallazgo de cáncer invadiendo la muscularis propia cuando esto no está ocurriendo realmente. Lo opuesto es más posible, es decir, que se reporte la ausencia de invasión a la capa muscular y más tarde se la encuentre, en el examen regular del espécimen.

La expectativa de vida en un país determinado debe también ser considerada a la hora de decidir la resección local. Pacientes ancianos, que están por encima del tope del nivel de la expectativa de vida, son buenos candidatos para que se les ofrezca esta opción, aunque los más jóvenes pueden recibir los beneficios de una operación menos agresiva y con menos complicaciones potenciales que una operación corriente de cáncer rectal.

Con estos pensamientos, en 1980 comenzamos un estudio prospectivo, habiendo aplicado estrictos criterios de selección para utilizar la biopsia-excisión, no sólo como elemento diagnóstico, sino también, si se llenaban los extremos exigidos, como procedimiento terapéutico curativo en los cánceres del tercio inferior del recto.

PACIENTES Y METODO

Diez pacientes fueron incluidos en el estudio entre 1980 y 1986, con un mínimo de seguimiento de 5 años. Un paciente, operado en los años 70, fue excluido del estudio por considerarse que no llenó los requisitos de candidato para biopsia-excisión curativa, a pesar de haber sido resecado localmente por sus malas condiciones generales.

El estudio incluyó nueve mujeres y un hombre, entre 62 y 78 años de edad. Todos los pacientes consultaron por un autodiagnóstico de hemorroides, sin quejas específicas, y el tumor fue encontrado en el examen proctológico rutinario, que incluyó examen digital anoscopia y sigmoidoscopia rígida. En todos los casos se hizo colonoscopia después del hallazgo inicial. La evaluación requerida para los casos de resección local con carácter curativo, incluyendo determinación de la movilidad del tumor, que debía ser completamente móvil (York-Mason I), sénil, sin invasión de la muscularis propia, evidenciada en el ultrasonido intrarectal en los casos donde éste fue practicado, libre de ulceraciones obvias, no más de 3 cm de diámetro y sin signos evidentes de invasión linfática local asequible a la punta del dedo, o en las regiones inguinales, sin evidencias de metástasis y sin hallazgos sospechosos en la tomografía pélvica y ultrasonografía abdominal, y sin tumores colónicos adicionales evidenciados en la colonoscopia.

El colon fue preparado usando la ruta anterógrada, con 3-4 litros de solución electrolítica con polietilenglicol. La anestesia utilizada, fue general inhalatoria.

Carcinoma fue definido como aquel tumor que

ha roto la lámina propia.

En seis pacientes se usó la ruta transanal y en cuatro el recto fue abordado por la vía anocóxigea, preservando los esfínteres. La resección del tumor fue en forma oval, dejando aproximadamente 5 mm de margen libre. El espécimen fue examinado inmediatamente por corte congelado y teñido con hematoxilina-eosina. Sólo pacientes con tumores bien diferenciados, de bajo grado de malignidad, extendiéndose en profundidad hasta la submucosa, sin evidencia microscópica de invasión linfática o vascular y con márgenes de sección libres de tumor, fueron incluidos en el análisis definitivo.

El proceso regular de las biopsias fue hecho en el laboratorio de patología del Centro Médico de Caracas y en el Instituto de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina "Luis Razetti" de la Universidad Central de Venezuela.

RESULTADOS

Encontramos que diez pacientes llenaron las exigencias para el protocolo de excisión local curativa, en la evaluación preoperatoria. En el corte peroperatorio por congelación, en nueve, el tumor había roto la lámina propia y en uno la invasión se extendía hasta la capa muscular y en este particular caso, la intervención se cambió a una resección anterior convencional y la restitución del tránsito se hizo mediante una anastomosis con doble engrapado. Este paciente fue excluido del análisis final.

Los nueve pacientes con excisión local tuvieron un postoperatorio inmediato libre de complicaciones y fueron seguidos entre 5 y 11 años. Una paciente tuvo una recidiva local dentro del primer año de seguimiento y fue nuevamente resecada, pero recibió radioterapia complementaria con 4 500 R. Al presente, 6 años después de su primera intervención está libre de enfermedad local o general. Una paciente sobrevivió 6 años y murió en el postoperatorio de una pancreatectomía total, realizada por un carcinoma primario de la cabeza del páncreas, sin evidencias de recurrencias del carcinoma rectal. En total, 9 pacientes sobrevivieron más de 5 años, sin enfermedad recurrente.

DISCUSION

La resección local del cáncer rectal (biopsia-excisión) para el estadio de la escala TNM, provee una alternativa razonable para el tratamiento curativo

de los pacientes con tumores del tercio inferior del recto, que por razones de edad tienen un riesgo más alto de complicaciones o en quienes se espera resultados adversos después de la cirugía convencional: desnutridos, obesos, etc.

El problema de hacer un diagnóstico a tiempo de los pacientes con estos tumores, continúa, sin tener una respuesta positiva, en vista de que todos ellos vienen a la consulta con el autodiagnóstico de hemorroides. Si los médicos rehusan entender que el cáncer del recto, aun cuando no constituye en nuestro país un problema de salud pública, sí constituye un gran riesgo para la salud del paciente que lo padece, continuarán haciendo exámenes incompletos de la región anorectal y diagnosticando tardíamente una entidad nosológica que pudiera beneficiarse de un diagnóstico más temprano. Por consiguiente, la educación de los médicos generales y de la población en general es fundamental si esperamos diagnosticar el cáncer del recto en una etapa temprana. Antes de someter un paciente añoso a los riesgos de una cirugía radical convencional para cáncer del recto, debemos considerar la expectativa de vida de ese grupo de población.

Probablemente la resección local en estos pacientes, puede ser tan útil como una cirugía agresiva.

Este trabajo demuestra que la escala clínica descrita por York-Mason es válida, y se correlaciona con los hallazgos histopatológicos en ausencia de más elaboradas técnicas de diagnóstico, de cuya utilidad no dudamos sino que, por el contrario, como en el caso de la ultrasonografía intraluminal, amplia y entusiastamente recomendamos, ya que, en el momento actual, es la más valiosa para la selección de los pacientes y prever las frustraciones perioperatorias que dependen tanto de la valoración subjetiva de los ojos y el dedo. Nuestra conclusión es que la resección local del adenocarcinoma del tercio inferior del recto con una biopsia por excisión, constituye un procedimiento útil para tratar pacientes muy selectos, en tanto se sigan estrictos criterios clínicos, paraclínicos e histopatológicos.

REFERENCIAS

1. Wolff WI, Shinya H. Definitive treatment of malignant polyps of the colon. *Ann Surg* 1975;182:516-423.
2. Biggers OR, Beart RW, IIIstrup DM. Local excision of rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986;29:374-377.
3. Killinback MJ. Indications for local excision of rectal cancer. *Br J Surg* 1985;72(Suppl):54S-56S.
4. Barry AR, Souter RG, Campbell WB, Mortensen NJMcC, Kettlewell MGW. Endoscopic transanal resection of rectal tumours: a preliminary report of its use. *Br J Surgery* 1990;77:134-137.
5. Hermanek P, Gall FP. Early (microinvasive) colorectal carcinoma; pathology, diagnosis, surgical treatment. *Int J Colorectal Dis* 1986;1:79-84.
6. Stearns MW, Sternberg SS, De Cosse JJ. Local treatment of rectal cancer. *Large bowel cancer. Clin Surg Int* 1981;1:144.
7. Whiteway J, Nicholls RJ, Morson BC. The role of surgical local excision in the treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 1985;72:694-697.
8. Graham RA, Garnsey L, Milburn Jessup J. Local excision of rectal carcinoma. *Am J Surgery* 1990;160:306-312.
9. Buess G. Transanale endoskopische Mikrochirurgie. En: Bues G, editor. *Endoskopie. Von der Diagnostik bis zur neuen Chirurgie*. Köln: Deutscher Arte-Verlag, 1990:288-311.
10. Morson BC. Factors influencing the prognosis of early cancer of the rectum. *Proc R Soc Med* 1966;59:607-608.
11. Hildebrandt U. Local curative treatment of rectal cancer. *Colorect Dis* 1991;6:74-76.
12. Madden JL. Cancer of the rectum: Local treatment. En: Fazio VW, editor. *Current therapy in colon and rectal surgery*. Filadelfia: BCDecker, 1990:130-136.
13. Hager T, Gall FP, Hermanek P. Local excision of cancer of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1983;26:149-151.
14. Wilson E. Local treatment of cancer of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1973;16:194-199.
15. Grigg M, McDermott FT, Pihl EA, Hughes ESR. Curative local excision in the treatment of carcinoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1984;27:81-83.
16. Greany MG, Irving TT. Criteria for selection of rectal cancer for local treatment. *Dis Colon Rectum* 1977;20:463-466.
17. Fazzio V. Curative local therapy of rectal cancer. *Int J Colorectal Dis* 1991;6:66-73.
18. Gall FP. Cancer of the rectum. *Int J Colorectal Dis* 1991;6:84-85.
19. Mason AY. Rectal cancer: The spectrum of elective surgery. *Proc Roy Soc Med* 1976;69:237-244