

La nueva resección abdominoperineal para cáncer de recto. Fundamentos y técnica

The new abdominoperineal excision for rectal cancer.
Fundamentals and technique

Carlos Barberousse,* Pablo Santiago,* Juan M Costa,* Luis Carriquiry,* Óscar Jacobo*

RESUMEN

Introducción: El mayor índice de recidiva locorregional de la amputación abdominoperineal (AAP) en relación con la resección anterior baja (RAB) para el tratamiento del cáncer de recto bajo se debe a una insuficiente resección de márgenes laterales durante el primer procedimiento. Con el objetivo de mejorar los resultados oncológicos en tumores de esta topografía se han descrito variantes técnicas al procedimiento de AAP. Entre ellas destacamos el "abordaje perineal posterior extendido" que permite entre otras cosas una mejor disección peritumoral sobre todo en el plano anterior.

Material y métodos: Se presentan tres casos de pacientes en los que se realizó dicho procedimiento.

Discusión: Se analizan los fundamentos de dicho procedimiento y sus aspectos técnicos más importantes.

Conclusión: El abordaje perineal posterior extendido para el cáncer de recto bajo facilita la disección anterior mejorando el margen circunferencial de resección y disminuyendo el riesgo de apertura tumoral, lo cual reduce en un menor riesgo de recidiva locorregional.

Palabras clave: Amputación abdominoperineal, cáncer de recto, abordaje perineal posterior extendido.

Rev Latinoam Cir 2014;4(2):111-115

ABSTRACT

Introduction: The higher rate of locoregional recurrence of abdominoperineal excision (APE) in relation to low anterior resection (LAR) for the treatment of low rectal cancer is due to insufficient lateral resection margins during the first procedure. Aiming to improve cancer tumors results in this topography, several variants of the APE procedure are described. These include the "extended posterior perineal approach" which among other things allows better tumor dissection especially anteriorly.

Material and methods: Three cases of patients in whom this procedure was performed are presented.

Discussion: The basics of the procedure and its most important technical aspects are analyzed.

Conclusion: The extended posterior perineal approach for low rectal cancer facilitates anterior dissection improving circumferential resection margin and reducing the risk of tumor opening, resulting in a lower risk of loco regional recurrence.

Key words: Abdominoperineal resection (APR), rectal cancer, extended posterior perineal approach.

Rev Latinoam Cir 2014;4(2):111-115

INTRODUCCIÓN

Desde las descripciones de Miles de las resecciones rectales por cáncer,¹ la recidiva locorregional es sin duda la principal complicación evolutiva de esta cirugía. Esto claramente se relaciona con un mal pronóstico oncológico y con una mala calidad de sobrevida. La recidiva está generalmente

condicionada por una insuficiente disección lateral a nivel del recto pelviano y perineal.² Este aspecto fue claramente mejorado por dos hechos trascendentes. Por un lado, la introducción por Heald del concepto de resección mesorectal total (TMR),³ y por el otro, por la introducción del tratamiento complementario neoadyuvante y/o adyuvante en casos de cáncer avanzado locorregional.

www.medigraphic.org.mx

* Clínica Quirúrgica 2. Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia:

Carlos Barberousse

Rambla República de Chile Núm. 4291. Montevideo, Uruguay. Teléfono: 0059826192971

E-mail: carbarbe@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/revlatcir>

**Figura 1.**

Abordaje perineal. Posición del paciente y abordaje.

Como factor asociado, en varias comunicaciones se demuestra además que los resultados son peores en los pacientes sometidos a amputación abdominoperineal (AAP) en relación con los sometidos a resección anterior baja (RAB).⁴ Este aspecto está vinculado a una menor resección de márgenes laterales a nivel del tumor en la AAP, fenómeno conocido como “efecto cono” o de “reloj de arena”. Hay trabajos que indican un mayor índice de perforaciones tumorales y de positividad de márgenes laterales en tumores de recto medio y bajo.⁵

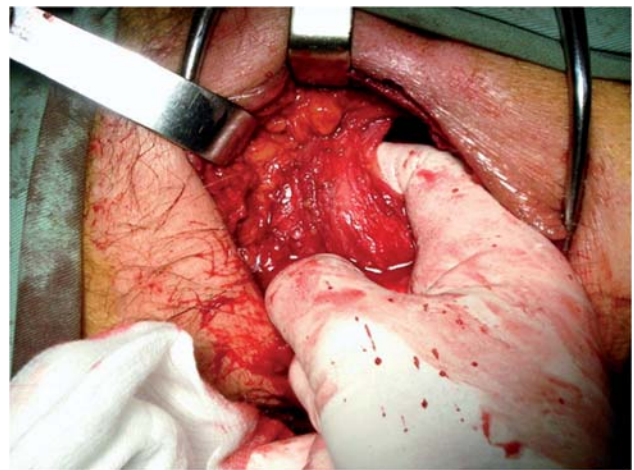
Basados en este punto, y con el objetivo de disminuir las recidivas se intenta realizar operaciones más radicales para todos los tumores de recto bajo. Dentro de estas variantes se describe el “abordaje perineal posterior extendido”.⁶ Siguiendo estos preceptos, en la Clínica Quirúrgica 2 se inició un estudio que intenta confirmar la mejoría de los resultados oncológicos con esta variante de la técnica de AAP.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2007 se seleccionaron tres pacientes con cáncer de recto bajo. De la valoración de la extensión de la enfermedad se estableció la indicación de AAP. Como criterios de selección para la utilización de la variante técnica se estableció un estadio T3-T4, que se encuentren a menos de 6 cm del margen anal y que hayan recibido neoadyuvancia.

Respecto al procedimiento destacamos varios aspectos:

Abordaje abdominal: se realiza con la técnica habitual siguiendo las premisas de una TRM convencional. Como diferencia técnica se establece que la disección se detiene por encima del plano de los elevadores. En el plano posterior a nivel del límite superior del cóccix y por delante a la altura de las vesículas seminales o del cuello del útero. Se confecciona por parte del cirujano plástico un colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen irrigado por

**Figura 2.** Disección y sección lateral de los elevadores.

arteria epigástrica inferior, para reparación del defecto perineal. El vértice de esta plastia se sutura al extremo proximal de la pieza. Se realiza colostomía y se cierra el abdomen.

Abordaje perineal posterior extendido: paciente en posición de navaja con MMII separados (Figura 1). Se diseca la grasa isquiorrectal en forma limitada y se expone toda la circunferencia de los músculos elevadores. Se seccionan los mismos cerca de su inserción pelviana eventualmente con la utilización del Ligasure® (Figura 2). Una vez disecados los planos posterior y laterales se revierte el espécimen por el periné. Este abordaje permite una más amplia y mejor expuesta disección del plano anterior con la posibilidad de resección parcial de la próstata o vesículas seminales o de la pared posterior de la vagina (Figura 3). Se concluye realizando la plastia perineal con colgajo miocutáneo (Figura 4).

En los tres casos seleccionados el resultado quirúrgico oncológico fue satisfactorio. Un paciente sufrió una necrosis del colgajo miocutáneo lo que condicionó una reintervención y un aumento considerable de la estadía hospitalaria.

**Figura 3.**

Extracción del espécimen por periné y disección de plano anterior.

**Figura 4.**

Plastia perineal.

DISCUSIÓN

La AAP es un procedimiento que todavía tiene plena vigencia en el tratamiento del cáncer de recto bajo. Tal es así que series grandes de centros holandeses y de los países nórdicos establecen un porcentaje de 70 a 80% para la AAP en tumores a menos de 6 cm del margen anal. La literatura establece claramente también que este procedi-

miento va acompañado de un mayor índice de recidivas locorregionales y de apertura tumoral durante el procedimiento. Un estudio multiinstitucional noruego establece una recurrencia local de 12% para la RAB comparada con un 28.3% en la AAP.⁵ Esto está claramente relacionado con una peor supervivencia a cinco años (65.8 versus 52.3%). Este aspecto, analizado desde el punto de vista anatómopatológico, también está demostrado en estudios

multicéntricos. Un estudio británico publicado en 2005 informa que el porcentaje de positividad de los márgenes de resección lateral en cáncer de recto oscilaron entre 7.5% en la RAB, 16.7% en la AAP y 31.7% para la operación de Hartmann.⁷ Un trabajo similar noruego establece un 12% de márgenes positivos en la RAB versus un 29% para la AAP.⁸ Se analizan los factores de riesgo que condicionan este peor resultado comparativo entre los procedimientos y se concluye que el estadio T, el estadio N, la distancia de la lesión al margen anal y la edad son factores de riesgo independientes que explican este peor resultado en la AAP en cáncer de recto bajo.⁹

En estudios de piezas de resección además se ha podido demostrar que son menores los diámetros transversos a nivel del tumor en las piezas de AAP comparadas con las de RAB. Asimismo, las lesiones con márgenes positivos característicamente presentan una menor área de tejido rodeando la muscular propia del recto.¹⁰ Este aspecto, denominado efecto “cono” o en “reloj de arena”, es quizás el responsable de los peores resultados que presenta la AAP. Quirke y Dixon establecen por primera vez en una publicación que ya tiene 20 años la correlación entre el compromiso del margen circunferencial y la posibilidad de recurrencia local. Establecen un margen mínimo de 1 mm entre el tumor y el plano de resección quirúrgica.² La diferencia entre los resultados oncológicos entre la AAP y la RAB está entonces claramente explicada por varios factores, dentro de los cuales la técnica quirúrgica es uno importante. El tiempo perineal de la cirugía del punto de vista técnico es complejo y casi invariablemente está menos desarrollado en la literatura que el tiempo abdominal con el nuevo concepto de resección mesorrectal total.

Generalmente el tiempo perineal se realiza en forma sincrónica al tiempo abdominal y en posición de Lloyd-Davies. Esta posición condiciona un mayor riesgo de perforación intestinal inadvertida, y de compromiso de los márgenes circunferenciales, ya que éstos se encuentran próximos al músculo propio del recto. Como consideración adicional, la posición dificulta la disección del plano anterior, lo que aumenta los riesgos de tratamiento insuficiente en caso de tumores que comprometan el cuadrante anterior del recto.

Considerando estos aspectos, en un artículo sueco publicado en 2007 se describe la técnica del “abordaje perineal posterior extendido”.⁶ Los objetivos buscados con esta modificación son disminuir el riesgo de perforación rectal y tumoral y crear un espécimen de resección más cilíndrico que evite el mayor compromiso del margen circunferencial. Este procedimiento se realiza con el paciente en posición de decúbito prono en “posición de navaja”. La disección perineal es más amplia y el cilindro resecado incluye los músculos elevadores que se seccionan próximos a su inserción pelviana.

Dado que generalmente la brecha perineal con esta técnica es más amplia, se describen diferentes técnicas de cierre con colgajos de tejidos de la región para minimizar la morbilidad de esta herida. El más utilizado por estos autores es un colgajo miocutáneo de glúteo mayor.

En el estudio mencionado se incluyeron 28 pacientes con cáncer de recto bajo en estadio T3 o T4 luego de administrada neoadyuvancia. Con esta técnica hubo una sola perforación inadvertida (3.5%). La anatomía patológica reveló que en dos casos hubo una respuesta patológica completa a la neoadyuvancia (pT0), en 20 casos fue pT3 y pT4 en los seis restantes. El tumor se encontraba a menos de 1 mm del margen circunferencial de resección en dos casos de T4. En cuatro pacientes el colgajo perineal presentó complicaciones (14%).

El seguimiento máximo fue de 16 meses con dos recurrencias locales en el grupo T4. Ocho pacientes murieron, cuatro sin evidencias de enfermedad, tres con metástasis a distancia y uno con recidiva y metástasis a distancia. Estos nuevos conceptos técnicos son los que motivaron en nuestro servicio el intento de reproducir esta variante. El tiempo perineal se realizó como se describió más arriba. Para el cierre de la brecha perineal se prefirió la utilización de un colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen, dado que fue el procedimiento seleccionado por el cirujano plástico que conformó el equipo quirúrgico.^{11,12}

Los resultados quirúrgicos fueron aceptables, pudiéndose reproducir sin problemas los pasos técnicos descritos. Los resultados oncológicos diferidos también fueron buenos, no presentando evidencia de recidiva locorregional a seis años de seguimiento en ninguno de los tres casos.

CONCLUSIONES

El abordaje perineal posterior extendido o abordaje extra elevador, es una modificación técnica de la amputación del recto que permite mejorar los márgenes de resección circunferencial y disminuir el grado de apertura rectal y tumoral, lo cual reduce el riesgo de recidiva locorregional.

Se trata de una técnica reproducible, con morbilidad aceptable, que facilita claramente la disección del plano anterior, y que por lo general requiere la utilización de colgajos miocutáneos para un mejor cierre de la brecha perineal.

REFERENCIAS

1. Miles WE. A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet*. 1908;2:1812-1813.
2. Quirke P, Dixon MF. The prediction of local recurrence in rectal adenocarcinoma by histopathological examination. *Int J Colorectal Dis*. 1988;3:127-131.

3. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery. The clue to pelvic recurrence? *Br J Surg.* 1982;69:613-616.
4. Wibe A, Syse A, Andersen E et al. Oncologic outcomes after total mesorectal excision for cure for cancer of the lower rectum. Anterior versus abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:48-58.
5. Eriksen M, Wibe A, Syse A et al. Inadvertent perforation during rectal cancer resection in Norway. *Br J Surg.* 2004;91(2):210-216.
6. Holm T, Ljung A, Burell T et al. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg.* 2007;94:232-238.
7. Tekkis P, Heriot A, Smith J et al. Comparison of circumferential margin involvement between restorative and nonrestorative resection for rectal cancer. *Col Disease.* 2005;7:369-374.
8. Nagtegaal ID, van de Velde CJH, Marijnen CA et al. Low rectal cancer: a call for a change of approach in abdominoperineal resection. *J Clin Oncol.* 2005;23:9257-9264.
9. Dulk MD, Marijen CA, Putter H et al. Risk factors for adverse outcome in patients with rectal cancer treated with an abdominoperineal resection in the total mesorectal excision trial. *Ann Surg.* 2007;246(1):83-90.
10. Marr R, Birbeck K, Garvican J et al. The modern abdominoperineal excision. The next challenge after total mesorectal excision. *Ann Surg.* 2005;242(1):74-81.
11. Jacobo O, Canessa C, Carriquiry C. Colgajo músculo cutáneo de recto abominaltranspélvico para reconstrucción perineal. *Cir Plást Iberlatinamer.* 2003;29(2):137-141.
12. Canessa C, Segura D, Jacobo O, Gómez del Valle M, Pérez G. Reconstrucción perineal con colgajo músculo cutáneo de recto abdominal. *Cir Uruguay.* 2003;73(2):170-174.