

Revista Mexicana de Coloproctología

Enfermedades del ano, recto y colon

Volumen 11
Volume

Número 2
Number

Mayo-Agosto 2005
May-August

Artículo:

Editorial

Historia del cáncer del recto y su tratamiento quirúrgico

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon A.C.

Otras secciones de este sitio:

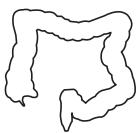
- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com



Historia del cáncer del recto y su tratamiento quirúrgico

**Dr. Manuel Manzanilla
Sevilla***

* Director de la Revista Mexicana de Coloproctología y Miembro Fundador de la Sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon A.C.

Dirección para correspondencia:
Dr. Manuel Manzanilla Sevilla
Sabinos núm. 52 Jardín de San Mateo
Naucalpan, Edo. de México 53240.

Torre Médica Celaya. Andrés Quintana Roo
núm. 546-201. Zona Centro, Celaya, Gto.,
México 38030
E-mail: mmmanzanilla2004@yahoo.com.mx

A través de las épocas de su historia, la humanidad se ha visto afectada por neoplasias malignas cuya terapéutica principal ha sido fundamentalmente quirúrgica. La historia del cáncer del recto y su tratamiento quirúrgico nos permite asomarnos a las observaciones, tácticas y técnicas de los médicos y cirujanos que han tratado de identificar, contrarrestar o curar esta importante patología de la coloproctología.

MUNDO ANTIGUO

En el Nuevo Reino de Egipto (c. 1567-1085 a.C.) se conoció la patología anorrectal. El cáncer del recto se cita en papiro (1500 a.C.) rescatado por George Ebers (1837-1898).

GRECIA

El origen de la palabra cáncer se atribuye a Hipócrates (460-377), "padre de la medicina", quien en el Siglo V, reconoció que los tumores constituían crecimientos titulares que Hipócrates denominó *carcinos* y *carcinomas* diferenciando los rectales formadores de úlceras, de otros no formadores de ellas.

INDIA

De 475 al 1500, hubo un progreso notable en el tratamiento de tumores. Paulus de Aegina (625-690), "pa-

dre de la medicina islámica", sugirió que si el cáncer podía pinzarse *in toto* y no estuviera muy desarrollado, podría intentarse su extirpación, aunque él nunca había logrado su curación, ni sabía de nadie que la hubiera observado.

ESCUELA DE ALEJANDRÍA

El tratamiento por extirpación, ligadura de vasos y cauterización se consideró relativamente exitoso para ciertos cánceres. Leonidas de Alejandría (S.II), quien ejerció durante el Reino de Trajano (98-117), junto con otros notables como Rufus, Archigenes, Aretaeus y Soranus de Efeus, en el año 180 discrepó de la conducta conservadora de Hipócrates y recomendó la resección extensa, cortando sobre tejidos sanos con escalpelo y cauterio.

ÉPOCA MEDIEVAL

Tardía (1200-1450). Lanfranco de Milán (1250-1306), fue alumno de Guglielmo de Saliceto (1210-1277) quien rescató el escalpelo desplazando grandemente al cauterio árabe.

Lanfranco es considerado "padre de la cirugía francesa", con su *Chirurgia magna*, (París 1296) reimpressa en francés en Lyon (1490) y junto con Guy de Chauliac (1298-1368), con su *Chirurgia* (1363), prevalecieron en sus doctrinas durante tres siglos. El primero de ellos, estableció la cirugía científica de Francia y en su nota-

ble obra promovió la resección radical del cáncer con sangrado libre, en tanto que Henri de Mondeville (1260-1320) y Guy de Chauliac hicieron la extirpación, usando arsénico cáustico. Este último cirujano sostuvo que la curación de la herida dependía más de los cuidados del cirujano que de la naturaleza.

Otro brillante cirujano de la Universidad de Montpellier fue Johanes de Ardene (1307-1380), a quien he denominado en otro artículo de esta revista: "Padre de la Proctología". Consideró que el cáncer del recto era incurable y podía diferenciarse de la úlcera simple, a través del tacto, por su "dureza como piedra", "en ocasiones en un lado o en otro o frecuentemente en toda la circunferencia del recto produciendo su estrechamiento y en etapas tardías, ulcerándose externamente, hasta destruir el canal anal". Describió un caso con total incontinencia y también señaló las frecuentes evacuaciones, características de esta enfermedad, así como "el paso de heces mezcladas con sangre".

RENACIMIENTO

Durante los siglos XV y XVI la cultura y la ciencia en Europa progresaron debido a las nuevas universidades, imprenta de Johannes Gutenberg (1400-1468), conquista de Constantinopla por los turcos (1453), migración de bizantinos a Italia, la medicina por observación directa y la disección anatómica.

En los siglos XVI y XVII, hubo aportaciones científicas que hicieron progresar los conocimientos sobre el cáncer. La circulación de la sangre (1628), por William Harvey (1578-1627), capilares del mesenterio y los eritrocitos por Malpighi (1628-1694) y Morgagni (1682-1771) estableció los aspectos anatopatológicos del cáncer. En 1824, el microscopio acromático abrió una nueva era en la investigación del cáncer.

SIGLO XVIII

Aunque Littré (1658-1742) comunicó la sigmoidostomía en 1710 y Faget (1674-1750), la amputación del recto en 1739, la primera extirpación con éxito de cáncer del recto fue por Lisfranc (1790-1847), cirujano de la Pitié en París, quien en 1833 resecó 9 cánceres del recto por vía perineal con sólo 3 muertes posoperatorias. Pillore, cirujano de Rouen, en Francia, en 1776 realizó la cecostomía para aliviar la obstrucción rectal por cáncer y Pring (1789-1859) cirujano de Bath, llevó a cabo en 1820, la colostomía iliaca izquierda también para aliviar la obstrucción por cáncer del recto. También señaló que su prolapsus puede ser evitado por medio de apósticos y trusas. Su operación fue un éxito; sin embargo, el paciente murió de una intoxica-

ción por mercurio administrado previamente para tratar de resolver la obstrucción.

SIGLO XIX

Las bases para el tratamiento quirúrgico del cáncer del recto comenzaron en este siglo, lográndose avances gracias a los logros en la antisepsia, patología y medicina en general.

En 1835 se estableció el primer hospital para el estudio de las enfermedades del recto en Inglaterra, siendo su fundador Frederick Salmon cuyo primer libro se tituló: "A Practical Treatise on Stricture of the Rectum".

En 1839, Amussat (1796-1856) aunque no estuvo afiliado a Hospital o Universidad de prestigio en Francia, quitó el misterio que existía sobre la colostomía, relató su historia, dio a conocer su facilidad técnica y la implantó como un procedimiento de rutina en el quirófano. Señaló que la peritonitis podía ser evitada realizando una colostomía lumbar extraperitoneal. Por su colostomía lumbar recibió premios de la Academia de Medicina de París. No obstante, la popularidad de la colostomía lumbar fue breve debido a lo angosto del espacio, la ocasional ausencia de mesocolon normal, dificultad para exponer el colon, incapacidad para explorar el abdomen y dificultad para el cuidado de la colostomía.

En 1844, Denonvilliers (1808-1872), profesor de cirugía del hospital Hotel Dieu de París, modificó la operación de Lisfranc, prolongando la incisión hasta el cóccix. El año siguiente, Dieffenbach (1794-1847), alumno de Dupuytren (1777-1835), movilizó el recto a través de incisiones anterior y posterior y efectuó su resección, suturando el extremo al ano. Este cirujano francés experimentó por primera vez con el éter en Europa y también realizó por primera vez la anastomosis de intestino delgado mediante puntos separados, conocidos como de Lembert.

En 1873 Verneil amplió el campo operatorio resecando el cóccix y llevando la incisión hasta una pulgada arriba de la articulación sacroiliaca. Sin embargo, sus resultados se acompañaron de una mortalidad operatoria de 80% y en los casos restantes hubo siempre recidiva, por lo cual prevaleció la colostomía como tratamiento quirúrgico de elección, a pesar de ser un procedimiento paliativo que prolongaba la vida del paciente, le daba comodidad y evitaba los riesgos de la operación radical.

En 1874, contando con la técnica aséptica y la anestesia, Theodor Kocher (1841-1917) de Berna, Premio Nobel de 1909, considerado como uno de los más grandes cirujanos de su tiempo, realizando la técnica de Lisfranc, hizo cierre preliminar del ano mediante una

jareta, para evitar la contaminación fecal de la herida. También aumentó la extensión de la operación abriendo desde abajo la cavidad peritoneal para lograr una mayor movilización del recto.

En 1885 Kraske (1851-1930) propuso la resección sacra del recto que revolucionó la cirugía del cáncer en tercio medio y superior del recto. La incisión se extiende desde la 2^a vértebra sacra hasta un punto por detrás del ano si los esfínteres han de ser sacrificados. Se expone el recto mediante la sección de los tejidos blandos y a través de los músculos elevadores del ano aislado previamente mediante disección romana. Se incide el peritoneo para permitirle descenso del sigmoides cuyos vasos son pinzados y doblemente ligados. Se tiran hacia abajo el recto y sigmoides, se cierra el peritoneo y se dividen 2.5 cm por arriba y por abajo del tumor o si se quiere incluir al segmento anal, la extirpación se realiza *en masse*. Este procedimiento constituyó un avance real cuya mortalidad descendió a 20% o con porcentajes menores y la recidiva fue entre 70 y 80%. Aunque esta operación se conserva en uso en algunos lugares de Europa, en los Estados Unidos ha sido sustituida por la resección abdominoperineal, ya que no permite la amplia extirpación del tumor y sus linfáticos, el ano sacro es más difícil de controlar que el abdominal, no es raro el prolapsio de la mucosa y si se intenta restablecer la continuidad puede fallar la anastomosis.

SIGLO XX

Fue Lockhart-Mummery (1875-1957) del St. Mark's Hospital de Londres quien desarrolló una técnica efectiva de resección perineal del recto en 1907, mediante laparotomía y colostomía por exteriorización de asa, haciendo a continuación o en 10 días el tiempo perineal en posición semiprona. Se moviliza el recto desde abajo con ligadura y división de los vasos hemorroidales superiores, lo más alta posible. El colon se divide en la parte superior de la herida y se cierra su extremo ciego. Se sutura el peritoneo con catgut, dejando el extremo del colon en una herida a un lado del diafragma pélvico. La operación toma 45 minutos promedio con mortalidad de 10%. Hasta 1930 era probablemente la más usada en UK y USA.

En 1908, Miles (1869-1947) del Royal Cáncer Hospital (posteriormente Royal Marsden), describió un procedimiento abdominoperitoneal en que la tumoración y todos los ganglios regionales del mesenterio, piso pélvico y periné son extirpados con el propósito de eliminar las tres cadenas linfáticas extramurales que pudieran estar metastatizadas. Se trata de una resección radical en un solo tiempo con baja mortalidad y alto

índice de supervivencia. La desventaja es la colostomía abdominal definitiva.

En 1918, Jones describió una resección abdominoperineal en dos tiempos con colostomía, para pacientes en que no era recomendable la técnica de Miles en un solo tiempo, siendo peritoneal en un tiempo y perineal extraperitoneal en otro. Sin embargo, la convalecencia es más prolongada, dos operaciones son más problema que una, la colostomía en cañón de escopeta es menos satisfactoria que la única y el tiempo de cicatrización de la fistula es más prolongado.

La resección anterior o sigmoidectomía anterior con estoma abdominal permanente fue descrita por Hartman (1860-1952) en 1923 para los casos en que las condiciones de la patología o del paciente hacen no recomendable el establecimiento de la continuidad intestinal. En ella se cierra el extremo rectal y se deja subperitoneal.

Turner de Inglaterra en 1926 y Rankin (1886-) de USA, en 1935 comunicaron una resección abdominoperineal en dos tiempos con colostomía permanente, efectuando una exploración abdominal y colostomía en cañón de escopeta en el primer tiempo y en el segundo, una disección extensa a través del periné sin abrir el fondo del saco peritoneal. Después de cerrar la herida perineal se vuelve a abrir el abdomen y se extrae la pieza a través del abdomen. Esta operación también se puede hacer en un solo tiempo. En la opinión de Rankin, el shock es menor durante la fase perineal de la segunda etapa a través del abdomen y hay más oportunidad de limpiar el hueco del sacro, la fosa isquiorrectal y las áreas ganglionares linfáticas cercanas a la pared vaginal posterior en la mujer y a las vesículas seminales en el hombre. Por otra parte, es desventaja, abrir la cavidad abdominal por segunda vez que pre-dispone a contaminación peritoneal.

En 1930 Lahey (1880-) de Boston, Director de la Lahey Clinic, describió una resección abdominoperineal con colostomía permanente en dos tiempos que permite la limpieza del segmento tumoral y da lugar a que se alivie el edema e infección, con la desventaja de que se abre el abdomen en dos etapas. En la primera, el extremo superior del sigmoides sirve para colostomía permanente, mientras el inferior se extrae por corte-punción suprapública. En la segunda etapa se vuelve a abrir el abdomen por la línea media, el extremo inferior se diseña y todo el sigmoides se empuja a la pelvis cerrando el piso pélvico por encima del mismo. El paciente se coloca en posición lateral y toda la porción distal se extrae a través de incisión perineal.

En 1937 Devine de Australia reportó en 1937 una resección rectosigmaidea abdominoperineal con ano artificial inguinal. En la opinión de Devine, la falta de

radicalidad debe ser de principal consideración en el tratamiento del carcinoma difundido tipo invasor y en ocasión de recidiva ésta es de secundaria importancia, siempre que se conserve la continencia del paciente. El paciente no se cambia de posición y técnicamente es menos compleja, evitándose tiempos quirúrgicos difíciles.

Babcock (1872-1963) en 1932 y Bacon (1893-) en 1945, ambos de USA, comunicaron operaciones con conservación de esfínteres, aplicables a todos los cánceres por arriba del nivel de la válvula media de Houston, que elimina una colostomía, omite un diafragma perineal y extrae la pieza por tracción a través de una herida perineal por tejido sano. Se ha criticado porque no preserva el esfínter interno con falla en la continencia.

Los cambios funcionales vesicales y de impotencia, permanecen como complicaciones estresantes para

cirujanos y pacientes. En las últimas décadas se han aportado nuevas técnicas quirúrgicas con conservación de ano o preservación de esfínteres, como la extirpación total anal con anastomosis coloanal transanal de Parks, en 1972, las anastomosis mediante "intestinal stapling guns" (Ravitch y Steichen, 1979), mediante engrapadora circular (Goliger 1979), la técnica de disección conocida como de "extirpación total de mesorrecto" descrita primeramente por Helad en 1982, con resección más completa "en paquete" y la cirugía laparoscópica con distintas modalidades.

Es prematuro aceptar alguno o todos estos procedimientos en cuanto a su "radicalidad oncológica", disección de grupos ganglionares, diseminación de células malignas, márgenes de sección libres de invasión tumoral y desde luego grado de supervivencia del paciente a largo plazo. El futuro habrá de hablar por sí mismo.