

11209  
2 of 89



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital de Especialidades  
Centro Médico La Raza**

**EXPERIENCIA EN EL USO DE LA RESECCION ABDOMINOPERINEAL  
PARA MANEJO DEL CANCER ANORRECTAL EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO LA RAZA: ESTUDIO DE  
25 CASOS.**

**Héctor Javier Orozco Robles**

**Asesor: Dr. José Fenig Rodríguez**



**TESIS PROFESIONAL  
CIRUGIA GENERAL**

**México**

**1988**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**I N D I C E.**

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Material y métodos.....</b>	<b>2</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>2</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>5</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>9</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>10</b>

EXPERIENCIA EN EL USO DE LA RESECCION ABDOMINOPERINEAL PARA  
MANEJO DEL CANCER ANORRECTAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
DEL CENTRO MEDICO LA RAZA: ESTUDIO DE 25 CASOS.

La resección abdominoperineal (RAP) es considerada una - de las cirugías clásicas en el manejo del cáncer de recto. Fue descrita por Miles en 1908 teniendo como base los hallazgos - postmortem de pacientes con cáncer rectal y diseminación local en los que describe la existencia de tres zonas de diseminación linfática; la inferior que comprende la piel perianal, la grasa isquiorrectal y los músculos del esfínter externo; la lateral - que abarca los vasos linfáticos de los ligamentos laterales, el músculo elevador del ano, la fascia y el peritoneo pélvico; y la superior que corresponde a los ganglios retrorectales, el - mesocolon pélvico, los ganglios paracólicos, los ganglios de la bifurcación de la arteria iliaca común izquierda y los ganglios lumbares medios. De acuerdo a esto descarta el uso de la exci- - sión perineal que solo elimina las zonas inferior y lateral de- - jando intacta la zona superior que es la vía de diseminación - más importante, inicia la terapéutica de excisión en bloque por medio del abordaje abdominal y perineal. Los cambios técnicos - que ha sufrido el procedimiento son mínimos y están en relación con el uso de dos equipos quirúrgicos para realizar el abordaje simultáneo (1,2). En 1921 Hartmann propuso su técnica que co- - rresponde al tiempo abdominal del procedimiento de Miles, dada su baja mortalidad mostró ser útil en el manejo de pacientes de alto riesgo o como paliación en el carcinoma avanzado (3). En - 1930 Dixon describe la resección anterior que elimina el abor- - daje perineal y respeta el esfínter anal utilizando un margen di- - gital de resección de 5 cm para control de la recurrencia tumoral local (2). En 1978 se introduce el uso de la engrapadora EEA - con incremento del porcentaje de cirugías de salvamento del es- - fínter (4).

La morbilidad operatoria es de 25 a 68% siendo consecuencia de las dificultades técnicas que ocasionan las relaciones y la localización anatómica del recto, se describen tres tipos de complicaciones; por lesión vascular, por lesión de órganos y por lesión nerviosa, éstas influyen en la presencia de los diferentes tipos de disfunción siendo la principal la disfunción urinaria (5,6,7). La sobrevida dependerá del estadio clínico, la invasión linfática y la permeación vascular o nerviosa del tumor (7,8).

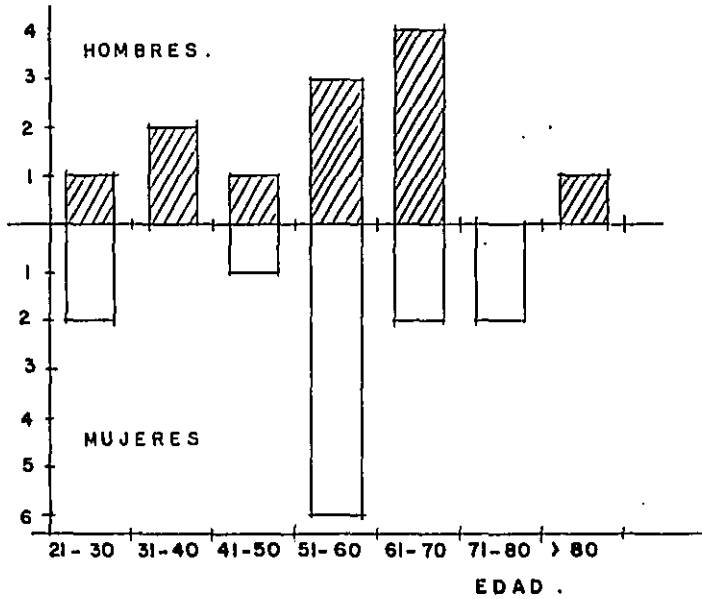
El presente trabajo se realizó para establecer normas que reduzcan la alta morbimortalidad del procedimiento en base a la experiencia del Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza.

#### MATERIAL Y METODOS.

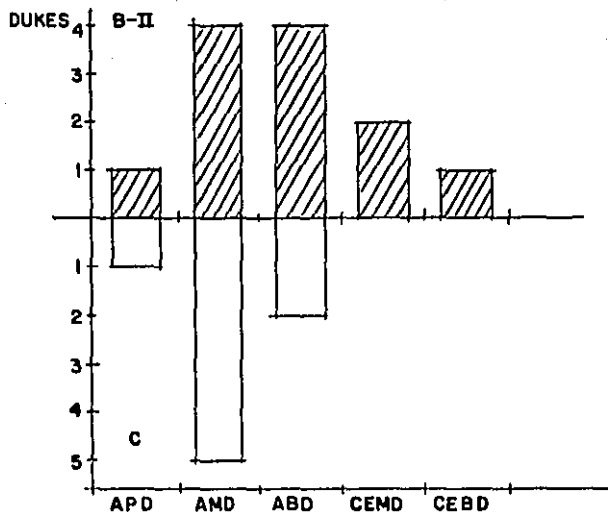
Se estudiaron 25 expedientes clínicos de pacientes operados de RAP en el Servicio de Cirugía General del H.E. C.M.R. de enero de 1982 a julio de 1987, se evaluó la incidencia del cáncer por edad y sexo, la estirpe histológica, estadio tumoral de acuerdo a la clasificación de Dukes, indicaciones para la realización del procedimiento, recurrencia tumoral local y causas de morbilidad y mortalidad operatoria.

#### RESULTADOS.

De los 25 pacientes, 13 pertenecían al sexo femenino (52%) y 12 al masculino (48%) con una edad promedio de 54.7 años y una variación de 21 a 82 años (gráfica 1), El adenocarcinoma se presentó en el 80% de los casos, el carcinoma epidermoide en el 12%, el melanoma amelanico y el linfoma histiocitico en un 4% respectivamente. De acuerdo a la clasificación de Dukes el 52% pertenecían al estadio B-II, 36% al estadio C y 12% al estadio D, predominaron los tumores con grados bajos o moderados de diferenciación celular y estadios avanzados (gráfica 2).



GRAFICA I.- INCIDENCIA POR RANGOS DE  
EDAD Y SEXO .



**GRAFICA 2.- RELACION ENTRE GRADO DE DIFERENCIACION CELULAR Y ESTADIO DE DUKES .**

**APD.- adenocarcinoma pobremente diferenciado .**

**AMD.-adenocarcinoma moderadamente diferenciado .**

**ABD.-adenocarcinoma bien diferenciado .**

**CEMD.-carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado .**

**CEBD.-carcinoma epidermoide bien diferenciado .**

Se realizó RAP en 16 pacientes por presentar cáncer en tercio medio y distal del recto, 7 con estadio B-II, 8 con estadio C y uno con estadio D; en 7 por cáncer en región perianal, 4 con estadio B-II, uno con estadio C y dos con estadio D; en dos por recidiva tumoral local posterior a resección anterior, ambos con estadio B-II.

La morbilidad operatoria fué del 60% precedida por la disfunción urinaria con 28%, infección de tejidos blandos 24%, sangrado 16%, disfunción de la colostomía 16%, oclusión intestinal 12%, tromboembolia pulmonar 8%, disfunción sexual e infarto agudo del miocardio con 4% respectivamente (gráfica 3).

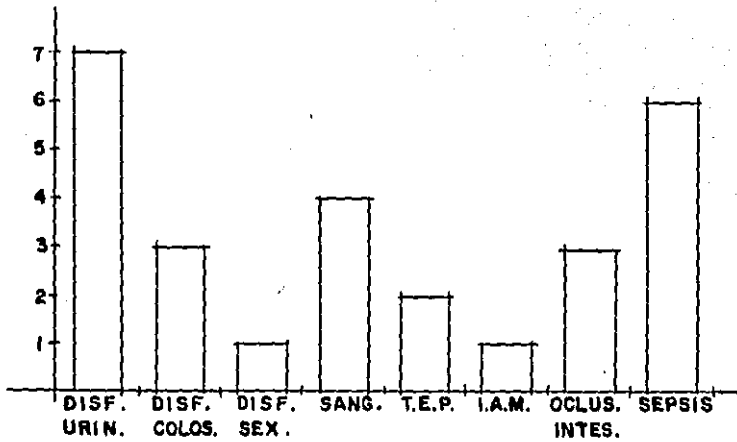
La mortalidad operatoria fué del 16% con causas variadas dos de ellas atribuibles al procedimiento quirúrgico por choque hipovolémico secundario a sangrado y por choque séptico secundario a absceso pélvico, las otras dos se clasificaron dentro de muertes súbitas y fueron secundarias a tromboembolia pulmonar e infarto agudo del miocardio.

La recurrencia tumoral local fué del 8%, ambas por metástasis a ovario realizándose ooforectomía bilateral. La supervivencia se representa en la gráfica 4 y va de acuerdo al tiempo de postoperatorio de los pacientes.

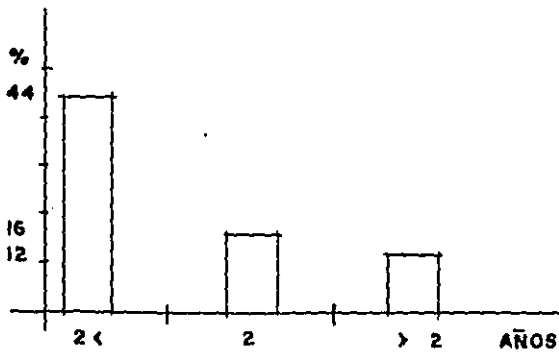
#### DISCUSION.

La incidencia de cáncer en nuestro estudio es mayor en pacientes jóvenes del sexo femenino, el 64% son menores de 60 años no existiendo relación con lo descrito en otras series que tienen una incidencia mayor a partir de la séptima década con una relación de 1.2 : 1 a favor del sexo masculino (1). La presencia de tumores bien o moderadamente diferenciados en estadios avanzados, B-II o C de Dukes, impide utilizar otros procedimientos quirúrgicos como; la excisión local que se realiza cuando; el tumor está localizado en un sitio de fácil acceso y visualización, es extraperitoneal, de bajo grado de malignidad,





GRAFICA 3.- No. DE CASOS POR COMPLICACION.



GRAFICA 4.- PORCENTAJE DE SOBREVIDA.

bien o moderadamente diferenciado, en estadio Dukes A, menor de 3 cm de diámetro, pediculado y con una invasión local que no rebasa la capa muscular del recto (9,10,13). La cirugía de salvamento del esfínter queda limitada a: tumores no obstructivos y bien diferenciados que raramente tengan propagación distal - dentro de la pared rectal, localizados en tercio medio y proximal, que puedan ser resecaos dejando una distancia mínima de 2 a 5 cm del sitio de resección al margen anal y con un funcionamiento adecuado del esfínter previo a la cirugía (8,11). La indicación inadecuada de estos procedimientos incrementa el riesgo de morbilidad y de recurrencia tumoral local. Esta última se presenta en el 10% de los casos de excisión local generalmente por metástasis ganglionares no detectadas (10), en la resección anterior varía de acuerdo al estadio tumoral y el margen distal en estadio B-II la frecuencia es de 20 y 6.9% con margen menor o mayor a 5 cm respectivamente, en estadio C es de 36.8 y 7.8% con margen menor o mayor a 10 cm (11,12). Bisgaard reporta una recurrencia del 32% con el uso de engrapadoras a diferencia del 17% de la resección anterior clásica y del 8% de la RAP (4), - nuestra incidencia es del 8% y guarda relación con lo descrito anteriormente.

El procedimiento de Hartmann es un método alternativo y está indicado en tumores con gran diseminación local que impiden la realización de una anastomosis por el riesgo de obstrucción o fistulización secundaria a recurrencia, existen indicaciones relativas que dependen del riesgo quirúrgico del paciente y de la presencia de complicaciones transoperatorias, su porcentaje de recurrencia es de 35 y 48% en estadios B y C respectivamente (3,13).

Dentro de la morbilidad la disfunción urinaria se presenta del 7 al 69% de los casos con un promedio de 10 a 30%, se divide en; disfunción vesical por denervación o por obstrucción -

latente (hipertrofia prostática), y fístulas por lesiones directas sobre vejiga, ureteros o uretra. Estos problemas se presentan antes del séptimo día de postoperatorio, en etapas tardías la disfunción vesical es sugestiva de recurrencia tumoral local. La incidencia del 28% de nuestra serie es semejante a los reportes de otros estudios predominando los problemas por disfunción vesical. (7,15,16,17).

La disfunción sexual se presenta en forma variable su incidencia es semejante al de la disfunción urinaria pero influye mucho el aspecto psicológico que llega a aumentar el porcentaje hasta el 100% (7).

La incidencia de sangrado es de 4.3% y es secundaria a lesión iatrogénica del bazo, del lecho prostático o del plexo venoso presacro, las secuelas más frecuentes son los hematomas y el choque hipovolémico que puede ser fatal de no corregirse oportunamente (7,14).

Los problemas sépticos se incrementan por la mala preparación del colon, el mal manejo de tejidos, hemostasia inadecuada, presencia de fístulas y mal uso de drenajes, su frecuencia es del 25% predominando las infecciones de tejidos blandos y el absceso pélvico (7,14).

Los estomas tienen el riesgo de presentar necrosis, prolapso o herniación con una frecuencia del 24%, estas complicaciones se asocian a una mala técnica quirúrgica (14). La oclusión intestinal se presenta en el 6% de los casos y es secundaria a adherencias postoperatorias (7). El tromboembolismo pulmonar y el infarto agudo del miocardio son causas de muerte súbita en los 10 primeros días de postoperatorio, no son complicaciones propias del procedimiento quirúrgico pero afectan de igual manera que las lesiones iatrogénicas (1,7,14).

La radioterapia preoperatoria está indicada en tumores grandes y fijas para disminuir su tamaño y facilitar la

ESTA TESIS NO PUEDE  
SALIR DE LA INSTITUCION

movilización. La quimioterapia no es de utilidad excepto en combinación con la radioterapia en el manejo perioperatorio. Ambas están contraindicadas en tumores no resecables (18,19).

La mortalidad operatoria ha disminuido a través del tiempo, del 48% en época de Miles a 1.7% actual con un promedio del 5%. En pacientes seniles con enfermedades agregadas, malas condiciones preoperatorias o en la reintervención se incrementa hasta el 20% (1,7,13).

#### CONCLUSIONES.

La única forma de mejorar la expectativa de vida de los pacientes es detectando en forma oportuna el cáncer, sospecharlo en jóvenes tomando en cuenta el porcentaje de casos menores de 60 años de nuestro estudio. Las complicaciones son secundarias a las dificultades técnicas que ocasiona la resección de tumores avanzados, en estos casos es preferible la paliación a la mutilación .

La utilización adecuada de los diferentes procedimientos quirúrgicos, evitando o detectando y manejando oportunamente las complicaciones, disminuyen la morbimortalidad, la ignorancia y la negligencia que favorecen la iatrogenia la incrementan. La sobrevida y la calidad de vida dependerán de la combinación de todos estos factores.

BIBLIOGRAFIA.

1. Ellis, H. Abdominoperineal Resection. Maingot's Abdominal Operations. Eight Edition 1985. Vol. 2; 1509-22.
2. Wolmark, N., Fisher, B. An analysis of survival and Treatment failure following Abdominoperineal and Sphincter-saving resection in Dukes' B and C rectal carcinoma. Ann Surg. 1986; 204; 480-7.
3. Doci, R., "udisio, R.A., Bozzetti, F. Actual role of Hartmann's Resection in elective surgical treatment for carcinoma of Rectum and Sigmoid colon. Surg. Gynecol and Obstet. 1986; 163; 49-53.
4. Bisgaard, C., Svanholm, H. Jensen, A.S. Recurrent Carcinoma after Low Anterior Resection of the Rectum using the EEA Staple gun. Acta Chir. Scand. 1896; 152; 157-60.
5. Schwartz, S.I., Colon, Rectum, and Anus. Principles of Surgery. Fourth edition, 1984; 1197-211.
6. Skandalakis, J.E. Colon Recto y Ano. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General. Primera edición 1984; 244-6.
7. Shackelford, R.T. Anorectal neoplasms. Surgery of the Alimentary Tract, Vol III. Second Edition. 1982; 552-90.
8. Dozois, R.R., Pezim, M.E., Gunderson, L.L. Carcinoma del Recto Tratamiento actual. Clin Quir, N.A. 1986; 4; 841-52
9. Killingback, M.J. Indications for local excision of rectal cancer. Br. J. Surg. 1985; 72; 854-6.
10. Merson, B.C. Histological criteria for local excision. Br. J. Surg. 1985; 72; 853-4.
11. Weese, J.L. O'Grady, M.G. Ottery, P.D. How Long is the Five centimeter margin? Surg. Gynecol and Obstet. 1986; 163; 101-3.
12. Heimann, T.M., and cols. Local Recurrence following Surgical Treatment of Rectal Cancer. Dis Col Rect. 1986; 29; 862-4.
13. Weakley, F.L. Cancer of the Rectum: A review of Surgical Options. Surg, Clin N.A. 1983; 1; 129-35.

14. Daly, J.W., DeCosse, J.J. Complications in Surgery of the Colon and Rectum. Surg. Clin N.A. 1983; 6; 1215-31.
15. McGuire, R.J. Neurovesical Dysfunction after Abdominoperineal Resection. Surg Clin N.A. 1980; 5; 1207-13.
16. Aagaard, J., Gerstenberg, T.C. Thiss Knudsen, J.J. Urodynamic investigations predicts bladder dysfunction at an early stage after Abdominoperineal Resection of the Rectum. Cancer. Surg. 1986; 99; 564-8.
17. Leach, G.R., Chi-Ming Yip. Delayed Bladder dysfunction after Abdominoperineal Resection: An indicator of local recurrence Urology. 1987; 29; 99-101-
18. Porter, N.H., Michells, R.J. Pre-operative radiotherapy in operable rectal cancer. Br. J. Surg. 1985; 72; 862-4.
19. Duncan, W., Adjuvant radiotherapy in Rectal Cancer. Br. J. Surg. 1985; 72; 859-62.