

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION

“SALVADOR ZUBIRÁN”

Resección Abdominoperineal por Cáncer de Recto: Experiencia de 10 años en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

TESIS

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:

COLOPROCTOLOGIA

PRESENTA:

ROGER NESTOR VEGA BATISTA

ASESOR:

DR. QUINTIN HECTOR GONZALEZ CONTRERAS

CIRUJANO DE COLON Y RECTO

JEFE DEL SERVICIO DE COLON Y RECTO

INSTITUTO DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION “SALVADOR ZUBIRAN”

MEXICO D.F. AGOSTO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dr. Quintín Héctor González Contreras

Asesor de Tesis

Jefe de Servicio de Cirugía de Colon y Recto

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz

Director de Cirugía

Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion “Salvador Zubiran”

Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez

Director de Enseñanza

Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Rebeca luz de mi hogar

A mis hijos Diego Enrique y Daniel Alejandro

A mis padres y suegros, por su apoyo

A los doctores, Quintín González y Omar Vergara, maestros y amigos

A mis colegas Rabi-Rabi, Juan Carlos y Heydi

Al Instituto Nacional de ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

INDICE

I. Resumen	.....	1
II. Introducción	.....	4
III. Justificación	.....	9
IV. Objetivos	.....	10
V. Materiales y métodos	.....	11
VI. Resultados	.....	13
VII. Discusión	.....	16
VIII. Conclusión	.....	19
IX. Anexo	.....	20
X. Referencias	.....	23

Resumen

Introducción

La resección abdominoperineal, es el procedimiento de elección para los pacientes con cáncer del tercio inferior del recto. Esta cirugía fue descrita originalmente por Ernest Miles en 1907, donde el identifico una gran tasa de morbilidad sistémica y local, con rangos del 4 al 46% y altas tasas de recurrencia que son hasta de 30%.

Objetivos

El objetivo de este estudio es revisar la experiencia y resultados obtenidos en pacientes con cáncer rectal localmente avanzado sometidos a resección abdominoperineal en los últimos 10 años en un centro de tercer nivel en la ciudad de México (INCMNSZ), con enfoque en las variables demográficas, complicaciones postoperatorias, así como recurrencias y sobrevida en general.

Materiales y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se revisaron los expedientes de todos los pacientes de cualquier edad y ambos géneros con diagnóstico de cáncer de recto sometidos a resección abdominoperineal. El análisis se realizó con el software estadístico SPSS versión 16 y MedCalc 10. Se consideró significancia estadística una $p < 0.05$.

Resultados

Se obtuvo un total de 25 pacientes, de los cuales 10 (40%) eran de género femenino y 15 (60%) masculino. El rango de edad, 30 a 84 años con una media de 64.4 años. Se identificaron un total de 14 complicaciones de la herida perineal (56%), de las cuales 7 (50%) fueron dehiscencias, (42.8%) complicaciones superficiales y 1 (7.1%) seno persistente. Los pacientes con niveles bajos de hemoglobina presentaron una mayor tasa de complicaciones que los pacientes con niveles normales de la misma ($p < 0.02$). De la misma manera se analizaron los efectos del índice tabáquico, Diabetes mellitus, albumina sérica, niveles de ACE, IMC, uso de aminos en el transoperatorio, distancia del tumor al margen anal, número de ganglios resecados y la administración de adyuvancia para un mayor riesgo de complicaciones, sin embargo ninguna de las anteriores mostró resultados estadísticamente significativos.

Se identificó un mayor riesgo de recurrencias en pacientes con ganglios linfáticos positivos ($p < 0.03$) Por otra parte el promedio de ganglios resecados fueron de 11.79 con un rango de 1 a 42. Se identificaron un total de 8 (32%) recurrencias, con una sobrevida libre de recurrencias de 19 meses (rango 5-57), 42.85% de los que recurrieron están vivos a 10 años, 83.3% de los que no recurrieron están vivos a 10 años. La sobrevida media global fue de 37 meses (rango 8-102) y un paciente falleció, teniendo una tasa de mortalidad operatoria de 4%.

Conclusión

En nuestra experiencia obtuvimos una elevada tasa de complicaciones asociada al procedimiento resección abdominoperineal en los pacientes con cáncer de recto, misma que fue inversamente proporcional a la medición de hemoglobina de los pacientes. Con una aceptable sobrevida a 10 años en aquellos pacientes que tuvieron recurrencias y una muy baja mortalidad.

INTRODUCCION

Se estima que Estados Unidos durante el 2008, se diagnosticaron 40,740 nuevos casos de cáncer de recto, de los cuales corresponden 23,490 a hombres y a 17,250 mujeres. Durante el mismo año se estima que murieron aproximadamente 49,650 personas de cáncer de colon y recto. Aunque es el tercer cáncer más frecuentemente diagnosticado, la mortalidad tiende a disminuir debido a los programas de detección temprana y las modalidades terapéuticas. (1, 2).

En México los tumores malignos ocupan el tercer lugar como causa de muerte durante el 2007, 35,303 mujeres y 33,509 hombres. No se tienen datos sobre el cáncer rectal y este es considerado en conjunto con el cáncer de colon y ambos representan el 4.7% (1660 casos) de las defunciones por tumores malignos en mujeres y el 4.6% (1541 casos) en hombres. (3). El grupo de Villalobos, aunque con un sesgo por citar únicamente hospitales de concentración de la ciudad de México, reporta el cáncer colorrectal como el segundo en frecuencia relativa con 33%, solo después del cáncer gástrico (4).

El cáncer de recto se define como la lesión localizada dentro de los 12 centímetros proximales del margen anal determinados mediante rectosigmoidoscopia rígida.

La mayoría de los cánceres localizados en los últimos 5 cm del recto, requieren un resección abdominoperineal. Esta operación descrita originalmente por Ernest Miles en 1907, está asociada a una alta morbilidad y una tasa de recurrencia local con rangos que varían entre 4 y 46%. (1, 5,6,7,8, 9). Actualmente se considera que la resección abdominoperineal por cáncer de recto, es necesaria en alrededor del 23 y 28% según Heald (10) y Wai (11) respectivamente. La RAP también es asociada a una alta tasa de perforaciones intraoperatorias inadvertidas (8-26%) lo que en la serie noruega mostro ser un importante indicador pronostico de recurrencia local de hasta 30%.9 (12).

La resección abdominoperineal (RAP) se ha asociado a una mayor tasa de recurrencia comparado con la resección anterior baja (6, 13, 14). Las razones posibles incluyen una mayor incidencia de disección inadecuada en la RAP o que los nódulos linfáticos envueltos pueden seguir un patrón diferente en cáncer rectal bajo (15) el mesorrecto es el mesenterio visceral que rodea el recto y está cubierto por una hoja de fascia visceral. Distalmente el mesorrecto se adelgaza hasta revelar el musculo del esfínter anal interno y el “plano sagrado” de la disección perimesorrectal llamada así por Heals, termina en el plano interesfintérico entre el interno y el externo. En la ETM este tubo de musculo liso es usado para las anastomosis coloanales, pero en casos de cáncer de recto alto, el mesorrecto, puede no ser transectado y la escisión puede no ser total. La técnica de la ETM conlleva la disección hasta el piso de la pelvis, esto facilita la anastomosis baja y la preservación de los esfínteres, la buena visualización de los nervios ayuda a su preservación. La introducción de la ETM ha resultado en una importante reducción de la RAP por cáncer de recto, que paso de ser la técnica “gold estándar” en el

siglo 20 para ser un procedimiento requerido en solo el 15% de los pacientes con cáncer de recto. (5,8,9,15)

La escisión total del mesorrecto (ETM) consiste en la disección cortante en el plano que separa la fascia visceral mesorrectal de la fascia parietal de la pelvis. La técnica quirúrgica dirigida a la ETM y extirpación del tejido incluyendo el tumor rectal, ha sido ampliamente adoptada, con resultados satisfactorios. (15) Por ejemplo en un estudio en Suecia, se reporta una tasa de recurrencia local de 6% en pacientes con ETM comparado con el 14% y 15% en el grupo control ($p < 0.0001$) (16).

El tratamiento óptimo del cáncer de recto bajo, puede maximizar la preservación de los esfínteres con una baja mortalidad y morbilidad, sobre esto, los resultados oncológicos con una baja tasa de recidiva local y una mayor supervivencia, son consideraciones importantes (17,18). La combinación preoperatoria de quimioterapia y radioterapia ha mejorado el control de la enfermedad local y la preservación de los esfínteres en pacientes con cáncer localmente avanzado con ultrasonograma endorrectal T3 y T4. Guillen y colaboradores reportaron tasas 80% de preservación de esfínteres en pacientes que se les realiza quimiorradioterapia preoperatoria y escisión total del mesorrecto (5,19). Se logró preservación de esfínteres en 87 de 109 pacientes (80%) y el resto 22 pacientes fueron sometidos a resección abdominoperineal. Es posible que nuevas técnicas en las disecciones interesfintéricas aumenten las tasas de preservación de esfínteres (14,19). En este estudio se reporta márgenes circunferenciales

negativos en todos los pacientes que recibieron terapia neoadyuvante en contraste con lo reportado en estudios previos sin neoadyuvancia que muestran hasta un 25% de márgenes radiales positivos. En este estudio también se demostró q la diseminación submucosa del cáncer es rara (menos de 2%) y cuando existe no se extiende más de 1 cm, concluyendo que un margen distal de 1 cm puede ser suficiente en la resección rectal por cáncer con terapia neoadyuvante. (19)

El cierre primarios de la herida y colocación de drenajes en la resección abdominoperineal por cáncer de recto, es ampliamente aceptado. La hemostasia meticulosa y evitar la contaminación macroscópica son mandatorios. Aun con estos cuidados los abscesos ´perineales y las re-operaciones son más frecuentes en los cierres primarios que en los pacientes que se realiza empaquetamiento pélvico. Las complicaciones son frecuentemente asociadas a antecedentes como el tabaquismo, radioterapia y diabetes. La falla en la cicatrización de la herida perineal después de una resección por cáncer de recto, es un problema mayor, ya que prolonga el tiempo de hospitalización y puede demorar el inicio de la radioquimioterapia adyuvante lo que puede tener un impacto negativo en la recurrencia local y la sobrevida a largo plazo. (7, 8, 9, 20)

Una de las opciones en el manejo de la herida perineal consiste en la aplicación de omento y colocación de un dispositivo de presión negativa (VAC) en las cuales se han reportado resultados favorables. (20)

Delande y cols en un estudio que compara el cierre primario de la herida perineal contra el empaquetamiento del área pélvica en pacientes con hemostasia

insuficiente y/o contaminación, encontró una mayor tasa de curación total de la herida a los 30 días de la cirugía (30% vs 0%, $p=0.001$) en los pacientes con cierre primario y una menor demora en la cicatrización total de la herida (47 vs 69 días $p=0.01$), pero una mayor tasa de abscesos perineales, hematomas y reoperación (14, 20).

JUSTIFICACION

Hasta nuestro conocimiento, no hay en la literatura médica de México, un estudio sobre los resultados obtenidos con la resección abdominoperineal por cáncer de recto, desconociéndose los resultados oncológicos y las complicaciones que acompañan este procedimiento.

OBJETIVOS

Generales: describir y analizar la experiencia en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de la Nutrición Salvador Zubirán de la resección abdominoperineal en el periodo comprendido entre 1997 y 2007.

Específicos: analizar e identificar las complicaciones, resultados oncológicos, sobrevida y mortalidad de la resección abdominoperineal por cáncer de recto en el INNCMNSZ, utilizando las variables obtenidas mediante la revisión de los expedientes clínicos. Entre las variables a analizar se encuentran: edad, sexo, índice tabáquico, alcoholismo, diabetes mellitus, niveles de hemoglobina, uso de esteroides, niveles séricos de albumina y Antígeno Carcinoembrionario (ACE), índice de masa corporal, estadio oncológico, estado de márgenes circunferenciales y distales, numero de ganglios afectados, aplicación o no de quimioradioterapia preoperatoria, uso de aminos en el trans y postoperatorio, presencia o no de colecciones intraabdominales, complicaciones en las heridas perineales, hernia paraestomal, recurrencia, tipo de recurrencia, tratamiento de la recurrencia, tiempo de diagnostico de la recurrencia, sobrevida, morbilidad y mortalidad .

MATERIALES Y METODOS

Este es un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, en el que se incluyeron todos los pacientes de cualquier edad o sexo, sometidos a una resección abdominoperineal por cáncer de recto, en el periodo entre 1997 y el 2007 en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de la Nutrición Salvador Zubirán.

Se realizo un análisis multivariado con los programas EpiInfo 3.4.1 y SPSS 16. Se utilizo la prueba exacta de Fisher. Los datos de frecuencia se analizaron con χ^2 o prueba exacta de Fisher, todos los valores de P se reportaran a dos colas y la significancia estadística se asignara si es P de ≤ 0.05 .

Se realizo una revisión manual de los libros Archivos de el Salón de Operaciones del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de la Nutrición Salvador Zubirán. Posteriormente se reviso en los Archivos Clínicos del INCMNSZ, cada uno de los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a resección abdominoperineal y se excluyo aquellos a quienes se opero por otras causas ajenas a cáncer de recto.

Un formato de recolección de datos fue elaborada y se revisaron los expedientes obteniendo los datos de: edad, sexo, índice tabáquico, alcoholismo, diabetes mellitus, niveles de hemoglobina, uso de esteroides, niveles séricos de albumina y Antígeno Carcinoembrionario (ACE), índice de masa corporal, estadio oncológico, estado de márgenes circunferenciales y distales, numero de ganglios afectados, aplicación o no de quimioradioterapia preoperatoria, uso de aminos en el trans y

postoperatorio, presencia o no de colecciones intraabdominales, complicaciones en las heridas perineales, hernia paraestomal, recurrencia, tipo de recurrencia, tratamiento de la recurrencia, tiempo de diagnóstico de la recurrencia, sobrevida, morbilidad y mortalidad .

RESULTADOS

Se revisaron 25 expediente de pacientes a quienes se les realizo la resección abdominoperineal por cáncer de recto, 10mpacientes del sexo femenino (40%) y 15 masculinos (60%). La edad comprende entre 30 a 84 años con una mediana de 64.4 años. El 56% de los pacientes cursaron con complicaciones de herida quirúrgica, principalmente del tipo infeccioso, 14 dehiscencias superficiales (solo piel) y 14 dehiscentes hasta tejido profundo, un paciente desarrollo un seno persistente. Se realizo un análisis estadístico de los factores que pudieran influir en las complicaciones de la herida como lo son los niveles de hemoglobina, tabaquismo, diabetes mellitus, albumina, antígeno carcinoembrionario, índice de masa corporal, uso de aminasen el transoperatorio o postoperatorio, quimioterapia y radioterapia preoperatoria. Los niveles de hemoglobina en los pacientes con herida perineal complicada es de 13.12 gr/dl y de 10.8 gr/dl en los no complicados ($p= 0.020$). El índice tabáquico no mostro un impacto sobre la incidencia de complicaciones en la herida perineal, 7 de los 14 pacientes con la herida complicada fumaban, así como 3 de 11 pacientes sin complicaciones con una $p= 0.4139$. Los pacientes con diabetes mellitus no mostraron mayor índice de complicaciones, de los 14 complicados solo 3 tenían diabetes mellitus, mientras que de los 11 no complicados, 5 tenían diabetes ($p= 0.3892$). la albumina sérica

preoperatoria en los pacientes complicados fue en promedio 3.48 gr/dl y los no complicados de 3.37 gr/dl con una $p= 0.6038$. los niveles séricos de antígeno carcinoembrionario de los pacientes complicados y el índice de masa corporal, no mostraron diferencia significativa, con valores de P. de 1.62 y 0.8264 respectivamente, al igual que el uso de aminas trans o postoperatorio con valor de P de 0.6667. La aplicación de quimiorradioterapia perioperatoria en 6 pacientes con herida complicada, no mostro diferencia significativa con los 8 pacientes que no recibieron aminas y presentaron heridas complicadas ($P= 0.1153$). Las transfusiones sanguíneas se dieron en 8 pacientes que se complicaron y 6 se complicaron y no recibieron transfusiones con un valor de P. de 1.0. De los pacientes que presentaron recurrencia, 3 cursaron con complicaciones de herida y 11 no con un valor de $P= 0.6564$.(Tabla 1)

La hernia paraestomal se presento como una complicación tardía en 7 pacientes lo que corresponde a un 28% de los pacientes, no se identifico ningún factor que se presentara determinante de riesgo para la hernia paraestomal. La mediana de tiempo de presentación fue de 3.4 años. Posterior al diagnostico, 5 pacientes fueron sometidos a cirugía y dos se negaron a someterse a un nuevo procedimiento correctivo.

La mortalidad operatoria del grupo fue de 4% (una paciente de 73 años) por complicaciones pulmonares.

La recurrencia global fue de 28% (7 pacientes) con una presentación clínica cuyo diagnostico se realizo a una media de 19.66 meses (rango de 5 a 57 meses).El

análisis estadístico de los niveles de ACE en pacientes con recidiva y los que no tenían recidiva dio una P con un valor de 0.6011, lo que no es significativo. Los márgenes circunferenciales fueron medidos en 4 de los 7 pacientes, siendo positivos en solo uno. Un paciente con recidiva, tenía reporte histopatológico de margen distal positivo y al hacer un análisis estadístico, no es significativo ya que muestra un valor de P. de 0.28. La presencia de ganglios positivos, mostro una diferencia estadísticamente significativa entre los 6 pacientes con ganglios positivos y recidiva contra un solo paciente con ganglios negativos y recidiva. (Tabla 2)

El método diagnóstico de la recidiva fue tomografía en 3 pacientes, mediante elevación de ACE en 3 pacientes y un paciente con Tomografía y Resonancia Magnética Nuclear negativos con PET. La recurrencia local se observó en 3 pacientes al igual que las metástasis hepáticas y un paciente con metástasis pulmonar. Un paciente con metástasis hepáticas se realizó hepatectomía y 2 pacientes con recurrencia local se les realizó tratamiento quirúrgico paliativo. Cuatro pacientes recibieron tratamiento médico paliativo. El 83.3% de los pacientes sin recurrencia, están vivos a los 10 años, sin embargo, de los que presentaron recurrencia, solo el 42.85% está vivo a los 10 años. Cinco pacientes con recurrencia recibieron quimiorradioterapia neoadyuvante y 2 no la recibieron, esto arroja un valor de P de 1.0, lo que no es significativo. (Tabla 3)

DISCUSION

El cáncer de recto, definido como aquel proximal a 12 centímetros del margen anal, es una patología que demanda una adecuada evaluación con la finalidad de proporcionar al paciente, un adecuado tratamiento, ya sea médico o médico-quirúrgico. Los procedimientos quirúrgicos para el cáncer de recto varían desde una resección transanal, hasta un procedimiento más radical como lo es la resección abdominoperineal para el cáncer que se encuentra generalmente a menos de 5 centímetros del margen anal. Este procedimiento conlleva una alta tasa de complicaciones y una alta tasa de recidiva que puede variar entre el hasta un 46% (5). Esta alta tasa de recidiva se debe probablemente, a lo avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico y/o a la diferente circulación linfática que existe en el tercio inferior del recto. Aun en la década pasada la resección abdominoperineal, fue considerada la técnica de elección para el tratamiento del cáncer de recto en el tercio anterior, pero en la actualidad ese concepto ha variado y se aplica realiza en cada vez menos casos. Guillen y cols. reportan que este procedimiento fue necesario en únicamente el 15% de los pacientes con cáncer de recto distal. Esta disminución se atribuye principalmente a dos factores que son el uso de la quimiorradioterapia preoperatoria y nuevas técnicas de grapado. Con la terapia combinada, se logra una disminución en el tamaño de la lesión en la

mayoría de los casos, lo que permite una preservación de los esfínteres (7, 21). Las nuevas técnicas quirúrgicas de grapado, disección interesfintéricas y escisión total del mesorrecto, han jugado un papel determinante en la disminución de los procedimientos de resección abdominoperineal. Las tasas de resección RAP son significativamente más altas en hospitales con bajos volúmenes de cirugía rectal por cáncer, (46% vs 32% en hospitales de bajo y alto volumen respectivamente)(22). En nuestro estudio se recabaron 25 casos de RAP por cáncer de recto durante un periodo de 10 años, que representan un bajo número de cirugías a pesar de ser un hospital de concentración. Por las razones antes expuestas, se explica el bajo número de cirugías, indicando que los procedimientos que preservan los esfínteres son los que más frecuentemente se realizan en nuestra institución. Este estudio no está dirigido a analizar la incidencia de cáncer y los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados.

Las complicaciones de la herida perineal aparecen como la de más frecuente presentación (56% en nuestro estudio) y representan un serio problema para el paciente y el equipo médico (22). Kenneth y cols. reportan una incidencia de dehiscencia de heridas perineales de 22% y una tasa global de complicaciones de 51%.(7, 21) La complicación retrasa el inicio de la quimioterapia postoperatoria cuando es requerida e incrementa los costos por manejo y hospitalización de estos pacientes. Hipotéticamente el retraso en la terapia adyuvante, empeora el pronóstico sobre la recidiva local y la sobrevida.

La recurrencia local continua siendo una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad, 7 (28%) de nuestros pacientes la presentaron, con un promedio de

presentación de 19.66 meses muy cercano a lo reportado que refieren un 60-80% en los primeros 24 meses, actualmente se considera que las tasas razonables varían entre un 10 y 31%(7, 21, 22). Esto indica la importancia de un seguimiento minucioso del paciente en los 2 primeros años. La recurrencia local y las metástasis hepáticas se presentaron en 3 casos cada una, un solo paciente desarrollo metástasis pulmonares lo que corresponde a un 12% respectivamente. Hay reportes de tasas de recidiva local tan bajas como 1.7% y sobrevida a 5 años de 87%(11). Los factores analizados mostraron que la presencia de ganglios positivos por enfermedad neoplásica, como único factor de riesgo para el desarrollo de la recidiva local. La metástasis hepáticas que están presentes hasta en un 70% de los pacientes de cáncer de recto al momento de su muerte, solo se presenta en un pequeño número en nuestro grupo de estudio. (22)

En nuestro estudio la sobrevida a 5 años depende de el estadio y se mostro en un 65% para estadios II, 44% IIIB, 30% IIIC y 29% estadio IV, encontrándose dentro de los valores reportados de sobrevida global en cáncer de recto (60-80% estadios II, 30-50% estadios III y 20% estadios IV)(2). El hecho de que a todos nuestros pacientes se les realizo RAP, indica lo avanzado de la patología y la necesidad del procedimiento, mermando en cierta medida la sobrevida, que aun es aceptable en nuestro grupo. Cabe mencionar que la sobrevida se ha aumentado en los últimos años en un 10-15 %, gracias a la instauración de diversos tipos de terapia combinada preoperatoria o neoadyuvante, la cual recibieron el 64% de nuestros pacientes. No se demostró que esta tuviera efectos sobre la recidiva local o metástasis ni en las complicaciones en general.

CONCLUSION

La Resección Abdominoperineal es una cirugía eficaz para el tratamiento del cáncer de recto en su tercio inferior. La dehiscencia e infecciones de las heridas perineales siguen presentándose como uno de los principal y más frecuente complicación. Los niveles de hemoglobina son un factor determinante en la presentación de complicaciones, principalmente en la herida perineal.

En nuestro instituto la RAP, tiene bueno resultados en cuanto a la recurrencia local y sobrevida de los pacientes igualables a los reportados en otros centros.

La presencia de ganglios positivos, al igual que en los reportes de la literatura, es un factor determinante en la recurrencia.

La resección abdominoperineal, aunque ha disminuido su uso, juega un papel preponderante en el tratamiento del cáncer de recto en su tercio distal.

ANEXOS

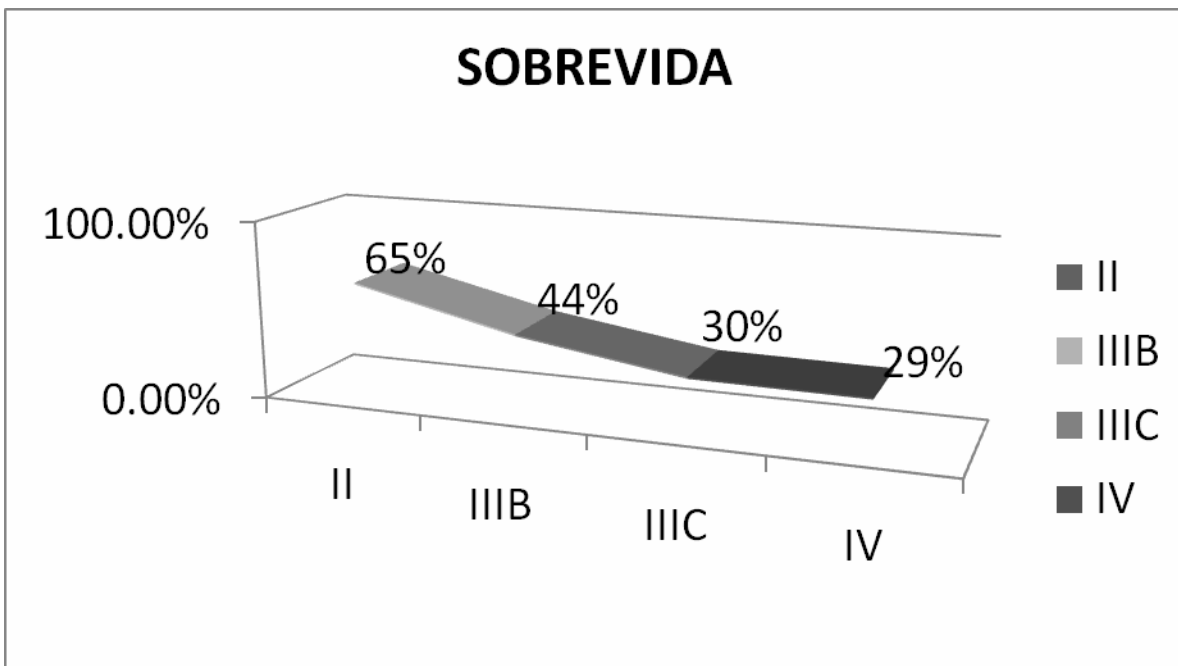
TABLA. 1

FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES PARA HERIDA PERINEAL			
	COMPLICADO	NO COMPLICADO	P
EDAD	63.57 (14.22)	65.45	0.0967
HB	13.12 (1.85)	10.8 (2.80)	0.0204
INDICE TABAQUICO	7/14	3/11	0.4139
DIABETES MELLITUS	3/14	5/11	0.3892
ALBUMINA	3.48 (0.51)	3.37 (0.53)	0.6038
ACE	16.14 (31.22)	14.52 (20.64)	0.8835
IMC	25.51 (3.10)	25.75 (5.05)	0.8374
USO DE AMINAS TRANS OPERTAORIO	6(14)	3(11)	0.6766
QUIMIO Y RADIOTERAPIA	11/14	5/11	0.1153
RECURRENCIA	3 (14)	4(11)	0.6564

TABLA. 2

FACTORES ASOCIADOS A RECURRENCIA			
	CON RECURRENCIA	SIN RECURRENCIA	P
ACE	20.1	13.64	0.6011
GANGLIOS POSITIVOS	6 (7)	6 (18)	0.0302
QUIMIO Y RADIOTERAPIA	5(7)	11 (18)	1.0
MARGENES DISTALES	NEGATIVOS	NEGATIVOS	0.0781

TABLA. 3



BIBLIOGRAFIA

- 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;2:1812-3.
- 2- National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology, Rectal Cancer, 2009.
- 3- Estadísticas Vitales 1996-2007, Instituto Nacional de estadísticas y Geografía.
- 4- González Trujillo José Luis, Vargas Vorácková Florencia, Torres Villalobos Gonzalo, Mike Pilar, Villalobos Pérez José de Jesús Variaciones en un periodo de 24 años del cáncer colorrectal y gástrico en México Volúmen: 2003_68_2 Número: 120
- 5- Nissan A. et al. Abdominoperineal Resection for Rectal Cancer at a Specialty Center. Dis Colon Rectum, January 2001.
- 6- M. Davies, D. Harries, G. Hirst, R. Beynon, A. R. Morgan, N. D. Carr and J. Beynon, Local recurrence after abdomino-perineal resection, Colorectal Disease, 11, 39–43.

- 7- Farid, Hany, O'Connell, Theodore X., Methods to decrease the morbidity of abdominoperineal resection. *American Surgeon*, 00031348, Dec95, Vol. 61, Issue 12
- 8- Frye, Jhon y cols. ABDOMINOPERINEAL RESECTION OR LOW HARTMANN'S PROCEDURE. *ANZ J. Surg.*2004;74: 537–540
- 9- Law W L, Chu K W, *Impact of total mesorectal excision on the results of surgery of distal rectal cancer. British Journal of Surgery; 2001, 88, 1607-1612*
- 10-Heald RJ, Smedh RK, Kald A, et al. Abdominoperineal excision of the rectum: an endangered operation _Norman Nigro Lectureship_. *Dis Colon Rectum.* 1997;40:747–751.
- 11-Koopmann M, Heise C. Laparoscopic and Minimally Invasive Resection of Malignant Colorectal Disease. *Surg Clin N Am* 88 (2008) 1047–1072
- 12-Eriksen MT, Wibe A, Syse A et al. *Inadvertent perforation during rectal cancer resection in Norway. Br J Surg 2004; 91: 210–6.*
- 13-Ferrigno Robson et al. Neoadjuvant radiochemotherapy in the treatment of fixed and semi-fixed rectal tumors. Analysis of results and prognostic factors. *Radiation Oncology*2006, 1:5
- 14- Murrel Zuri et al. *Contemporary Indications for and Early Outcomes of Abdominoperineal Resection. The American Surgeon;Oct, 2005, Vol. 71. 837-841.*

- 15-Marr Roger et al. *The Modern Abdominoperineal Excision. The Next Challenge After Total Mesorectal Excision. Ann Surg* 2005;242: 74–82)
- 16-Martling AL, Holm T, Rutqvist LE, et al. Effect of a surgical training programme on outcome of rectal cancer in the County of Stockholm: Stockholm Colorectal Cancer Study Group, Basingstoke Bowel Cancer Research Project. *Lancet*. 2000;356:93–96
- 17-Wai Lun Law and Kin Wah Chu. *Anterior Resection for Rectal Cancer With Mesorectal Excision; A prospective Evaluation of 622 patients. Ann Surg* 2004;240: 260–268)
- 18- *Methods to decrease the morbidity of abdominoperineal resection. By: Farid, Hany, O'Connell, Theodore X., American Surgeon, 00031348, Dec95, Vol. 61, Issue 12.*
- 19-Guillem Jose et al. A Prospective Pathologic Analysis Using Whole-Mount Sections of Rectal Cancer Following Preoperative Combined Modality Therapy *Implications for Sphincter Preservation. Annals of Surgery* • Volume 245, Number 1, January 2007. 88-93
- 20-Cresti Silvia et al. Advantage of vacuum assisted closure on healing of wound associated with omentoplasty after abdominoperineal excision: a case report. *World Journal of Surgical Oncology* 2008, 6:136
- 21-Smeth Kenneth et al. Abdominoperineal Excision With Partial Anterior En Bloc Resection in Multimodal Management of Low Rectal Cancer: A Strategy to Reduce Local Recurrence. *Dis Colon Rectum*, June 2006.
- 22- Bleday Ronald, Garcia-Aguilar Julio. *Surgical Treatment of Rectal Cancer. Textbook of Colon and Rectal Surgery. ASCRS. 2007*