

CANCER DE RECTO. (CORRELACION CLINICA ENDOSCOPICA Y RADIOLOGICA)

Dres. L. M. BARANDICA, HÉCTOR BOTTE, ALEJANDRO JMELNITZKY,

La gran mayoría de las casuísticas acerca de esta cada vez más frecuente e importante afección, son presentadas o publicadas por equipos quirúrgicos, por lo que creemos de importancia evaluar los resultados y conclusiones de la experiencia acumulada en los últimos años en la práctica hospitalaria en la sección Gastroenterología de la Cátedra de Medicina Interna D del profesor doctor Fidel Schaposnik, y en la práctica privada, por un equipo de clínicos. Creemos que dicha importancia se ve acrecentada: 1º por la frecuencia del diagnóstico tardío, en el que más de una vez influyen la falta de rigor y agresividad en su realización o bien la condescendencia del médico; 2º el evidente aumento de la frecuencia de la enfermedad: la American Cancer Society estima 39.000 muertes en 1962 y 76.000 afectados en 1965 por cáncer recto-colónico, de los cuales un elevado porcentaje pertenecen al cáncer de recto; 3º la relativa sencillez del diagnóstico, y las grandes posibilidades terapéuticas cuando éste es temprano.

SINTOMATOLOGÍA:

La edad de aparición más frecuente es entre los 50 y los 70 años, aunque se han publicado observaciones en adolescentes (por ejemplo un caso de 16 años de Zavaleta y colaboradores). La mayoría de los pacientes consultan entre los 6 meses y el año de aparición de los primeros síntomas. El síntoma de consulta más frecuente es la proctorragia, en oportunidades copiosa, y en otras como pequeñas gotas de sangre manchando las heces, diagnosticadas muchas veces imprudentemente por el enfermo y algunas por el médico como hemorroides. Esto se agrava en muchos casos al observarse realmente las hemorroides a la inspección de la región anal, no siendo raro los casos de cáncer del recto intervenidos quirúrgicamente unos meses antes por sus hemorroides, las que enmascaran la verdadera trascendencia del cuadro, restando tiempo quizás precioso para una terapéutica eficaz. Muchas veces

al presentarse la proctorragia ya nos encontramos ante un cáncer avanzado.

Las alteraciones del tránsito intestinal, en forma de constipación o diarreas, son también frecuentes síntomas de consulta, y en ocasiones más precoces que la proctorragia. La diarrea adopta generalmente la forma de tipo bajo, con moco, pus y sangre, pujos y tenesmo. Estos últimos pueden presentarse también en forma aislada.

La obstrucción, más frecuente en las neoplasias de tipo infiltrativo estenosante es siempre un signo tardío; lo mismo sucede con los signos de repercusión general como astenia, anemia, adelgazamiento, etc.

CASUÍSTICAS Presentamos 15 casos recopilados en los últimos 3 años en la práctica hospitalaria y privada.

CASUÍSTICA:

•

INTERVALO HASTA LA CONSULTA: 20 días a 18 meses

PROCTORRAGIA	10 casos	75 %
DIARREA	8 casos	55 %
PUJOS Y TENESMO	8 casos	55 %
DIARREA Y CONSTIPACION ..	4 casos	35 %
DOLOR COLICO	4 casos	35 %
ADELGAZAMIENTO	12 casos	85 %
ANOREXIA	6 casos	40 %
ASTENIA	6 casos	40 %
ANEMIA	4 casos	35 %

ENDOSCOPIA: La rectosigmoidoscopia es el pilar fundamental en el diagnóstico del cáncer de recto. Es un procedimiento sencillo, rápido y poco molesto para el paciente, pero debe ser realizado por personal entrenado y con técnica e instrumental adecuados. La sistemática seguida por nosotros en el examen proctológico es la siguiente: 1º) inspección de la región anal; 2º) tacto rectal minucioso, ya que en un número apreciable de casos esta maniobra ya hace sospechar el diagnóstico; 3º) anoscopia, que puede ser obviada y realizarse al retirar el rectoscopio, lo que permite cuando se utiliza óptica de gran aumento visualizar mejor las lesiones; 4º) rectosigmoidoscopia y biopsias. Nunca realizamos los dos primeros pasos sin posterior rectosigmoidoscopia, para evitar falsas orientaciones en el diagnóstico. Ha-

mos hincapié en la técnica de tomas biópsicas, las que deben ser repetidas y en distintos puntos de la lesión. En nuestra experiencia, hemos comprobado la superioridad del rectoscopio de luz distal, con suficiente calibre y óptica de gran aumento que permite visualizar lesiones muy pequeñas. Utilizamos tubo de 30 centímetros, lo que nos permite explorar recto y gran parte de sigmoide, aunque no insistimos en transponer la unión rectosigmoidea ante grandes espasmos, estenosis, o ante la manifestación de dolor por parte del enfermo, ya que consideramos esa región fácilmente explorable por la radiografía con enema baritada, la que realizamos sistemáticamente en forma inmediata al examen endoscópico, lo que evita al paciente una nueva preparación, muchas veces más desagradable que el estudio mismo. Uti-

lizamos lo menos posible la insuflación; procedimiento molesto para el enfermo y no exento de riesgos. Hemos comprobado las ventajas de la aspiración de limpieza durante el examen, que hace a éste más rápido y permite un mejor campo visual.

Es necesario lograr que el estudio endoscópico se realice en forma rutinaria y sistemática en todo paciente con manifestaciones ano-rectales, alteraciones del tránsito intestinal, etc.

En ese sentido, es de gran valor mencionar la vasta experiencia realizada en Francia por el equipo de Albot y colaboradores en la investigación precoz del cáncer digestivo; estos autores, pese a reconocer la pobreza del cáncer de recto en sus comienzos en cuanto a sintomatología, relatan casos diagnosticados endoscópicamente con comprobación histopatológica hasta tres años antes de la invasión submucosa, en pacientes que se negaron repetidamente a la intervención quirúrgica. Sintetizaremos por su valor, la significación que estos autores dan a las alteraciones funcionales perilesionales de la mucosa en el diagnóstico temprano de la afección, en especial en las formas polipoides.

Estas alteraciones de la mucosa son bien circunscriptas, y están rodeadas de mucosa normal, sana, e indicarían la superficialidad del cáncer, desapareciendo con la invasión submucosa. Son más evidentes cuanto más pequeña es la lesión neoplásica propiamente dicha.

Se describen cinco aspectos fundamentales:

- I) edema perilesional, rosado, no friable, rodeando en forma circular o semicircular la lesión;
- II) “signo de atracción de los pliegues”, en el que se observan pliegues mucosos perilesionales

finos radiados, o en ocasiones anárquicos;

- III) “signo de hipervascularización en fondo de ojo”; se observa sólo en pólipos malignos sésiles de ínfimo tamaño, presentándose como un halo de capilares color rojo vinoso, muy congestivo y no friable;
- IV) la llamada “mucosa en piel de lija” con playas mucosas de superficie rugosa, granulosa, muy congestivas y sangrante en napa;
- V) “signo del pliegue marginal”, que presenta un pliegue mucoso redondeado y elevado, regular separado aproximadamente 1 cm de la lesión.

Estas alteraciones no se presentan en los procesos benignos, ni en los malignos avanzados.

Desgraciadamente, no hemos tenido oportunidad de observar este tipo de alteraciones, ya que todos nuestros casos se refieren a enfermos con cáncer avanzados.

En este sentido, las imágenes endoscópicas corresponden a las descritas clásicamente.

Las más frecuentes corresponden a las vegetantes, con la conocida imagen en “coliflor”, que en muchas oportunidades ocupan gran parte del campo visual, fácilmente sangrante al contacto con el rectoscopio, y en muchas ocasiones ulcerada, saniosa.

Damos importancia al llamado “pólipo centinela”, al que hemos hallado en algunas oportunidades a más de 15 centímetros de la neoplasia, corriéndose el riesgo de encandilarse por el hallazgo y dar por terminada la exploración, explicando así la sintomatología del paciente, causada en realidad por una afección más seria. En ocasiones puede tra-

tarse en realidad de un cáncer doble, como hemos hallado en una oportunidad (pólipo e imagen en "coliflor" malignos histológicamente).

Con mucha menor frecuencia hemos hallado la forma infiltrante, que se pre-

CASUÍSTICA:

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO .	15 casos	100 %
DIAGNOSTICO DIGITAL	7 casos	47 %
BIOPSIA NEGATIVA	2 casos	13 % (*)
VEGETANTES	11 casos	
INFILTRANTES	4 casos	
POLIPO CENTINELA	3 casos	

(*) Se confirmó el cáncer quirúrgicamente.

RADIOLOGIA:

La exactitud del examen radiológico por enema baritada disminuye en los extremos del colon en especial en el recto. El estudio de este segmento debe realizarse bajo control radioscópico, obteniendo placas seriadas en distintas posiciones: oblicuas, perfil y en ocasiones Trendelenburg con objeto de estudiar la unión rectosigmoidea, sumamente difícil de visualizar cuando existe redundancia de asas intestinales; utilizamos muchas veces en estos pasos la posición de Chassard-Lapind, con el enfermo sentado en anteflexión sobre la placa y el tubo de rayos encima. Agregamos la mucosografía con doble contraste de aire y bario según método de Fischer.

En las formas vegetantes o polipoideas hallamos defectos de repleción y distorsión de la imagen mucosa, que deben cumplir la condición de repetirse en las distintas posiciones. La presencia de restos de bario dentro del defecto de repleción, indica ulceración.

Es muy difícil la diferenciación radiológica entre tumores polipoideos benignos y malignos; generalmente las lesiones malignas son irregulares y mayo-

res de cinco centímetros, mientras las benignas son más pequeñas, regulares y lisas; van a favor de este último diagnóstico la presencia de un pedículo fino que asienta sobre una mucosa de apariencia y motilidad normal.

El carcinoma estenosante, en virola, da la conocida imagen en "corazón de manzana", en "hongo" o en "pinzas de cangrejo", con la consiguiente rigidez de las paredes rectales. La técnica de alto kilovoltaje de Gianturco y Miller, no resulta de utilidad para el estudio de pólipos rectales.

Debemos recalcar, que a pesar de seguir los requisitos técnicos estipulados, no debe ser motivo de tranquilidad para el médico una radiología negativa en pacientes con sintomatología anorectal. En la casuística de Zavaleta y colaboradores, sobre 216 cánceres de recto, en un 30 % no se halló radiológicamente la lesión pese a saber su ubicación precisa por estudio endoscópico previo.

Sin embargo la radiología seriada de colon en estos pacientes es indispensable, para descartar el cáncer doble, de relativa frecuencia para conocer la extensión de la lesión rectal.

CASUÍSTICA:

NO SE REALIZO Rx	2 casos	
NO SE VISUALIZO LESION	4 casos	30 %
VEGETANTES	7 casos	
INFILTRANTE	2 casos	

CONCLUSIONES:

- 1º) El cáncer de recto es una afección frecuentemente diagnosticada en nuestro medio en estado avanzado, muchas veces por errores o falta de agresividad en el diagnóstico.
- 2º) Dada la relativa sencillez del diagnóstico, el clínico y el médico general deben estar avisados, y recurrir al examen proctológico ante la menor sintomatología ano-rectal, ya que el diagnóstico temprano permite buenos resultados terapéuticos.
- 3º) El examen digital y la rectosigmoidoscopia son los pilares del diagnóstico, pero esta última debe ser realizada por personal entrenado, y con material y técnica adecuada. La radiología es útil como complemento, pero nunca debe ser utilizada en forma aislada.
- 4º) Creemos que la exploración endoscópica debe convertirse en rutinaria en los consultorios gastroenterológicos y proctológicos, recalcando la importancia de la búsqueda de alteraciones perilesionales de la mucosa, citados en los estudios de Albot y Col.
- 5º) Pensamos que la incorporación de la endofotografía seriada del recto será un aporte de gran importancia para el diagnóstico

temprano, a la vez que permitirá obtener documentación objetiva de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

1. ZAVALETA, A., y otros, *Cáncer de recto*. Rev. Arg. de Cirugía, vol. 16: 517, 1969.
2. PARTURIER, A. A.; ABOT y otros, *A propos de quelques difficultés de diagnostic du cancer du rectum*. Arch. Franc. Malad. App. Digest., vol. 55: 83, 1966.
3. CHAMPEAU MET BRUCHON, P., *Cancer du rectum*. Arch. Franc. Malad. App. Digest., 93: 273, 1967.
4. PARTURIER; ALBOT; y MIANSAROW, H. *Aspectos endoscópicos perilesionales de las formas de comienzo del cáncer de recto*. La Prensa Médica Argentina, vol. 49: 2263, 1962. Ver: La Presse Medicale, 67: 1075, 1954; Arch. Malad. App. Digest., 48: 750, 1969.
5. SWINTON, N.; SELIM, S.; ROSENTHAL, D. *Cancer of the rectum and sigmoid*. The Surg. Clin. N. Am., 47: 657, 1967.
6. CHAMPEAU, *Cancer du rectum*. J. de Chir., 93: 273, 1967.
7. MORETON, R. D. *Double contrast examination of colon, with special emphasis on studies of the sigmoid*. Radiology, 60: 510, 1953.
8. HELWIG, E. B. *Adenomas and the pathogenesis of cancer of the colon and rectum*. Dis. Colon Rectum, 2: 5, 1959.
9. MAC SWAIN, B.; SADDLER, R. N.; and MAIN, F. B. *Carcinoma of colon, rectum and anus*. Ann. Surg., 155: 782, 1962.
10. GIANTURCO, C.; & MILLER, G. A. *Routine search for colonic polyps by high voltage radiography*. Radiology, 60: 496, 1953.