

zó en nuestro caso, consiste en esplenectomía con antibioterapia postoperatoria⁸.

M.P. García Rodríguez, O. Bonachía Naranjo, J. Lázaro González, M.L. Martín Esteban, T. Butrón Vila, J. García Borda, A. García Carranza, M. García Padrós, R. Ramos Martínez y M. Lomas Espadas

Servicio de Cirugía. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Bibliografía

1. Arazo P, Muñoz JR, Aguirre JR, Mur M, Pascual A, García Aranda A et al. Absceso esplénico. *An Med Intern* 1990; 7: 144-146.
2. De Górgolas M, Fernández Giusti A, Azofra J, Ezpeleta C, Barros C, Renedo G et al. Abscesos esplénicos: estudio clínico-microbiológico de quince casos. *Rev Clin Esp* 1991; 189: 278-282.
3. Phillips GS, Radosevich MD, Lipsett PA. Splenic Abscess. *Arch Surg* 1997; 132: 1331-1336.
4. Canora Lebrato J, Aguilar Martínez JL, Soto Mas J, Aranda Valle C, Rico Irlas J. Absceso esplénico: presentación de un caso y revisión de la literatura. *An Med Intern* 1999; 16: 31-34.
5. Caballero P, Jiménez G, Ostiz S, Sánchez C, Cordero JL, Aizcorbe M. Absceso esplénico por *Salmonella*. Utilidad del drenaje percutáneo. *Cir Esp* 1998; 63: 228-229.
6. Robles P, García-Gallego F, De Alba J, García J, Domínguez FJ, Oliver JM. Endocarditis protésica y absceso esplénico causados por *Clostridium clostridioformis*. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 360-362.
7. Calderón Amigo R, Corell Planalles R, Todolí Tomás G, Navarro Roldán J, Mor Gorrochategui C, Bertomeu Blanch F. Fístula esplenopleural secundaria a un absceso esplénico de origen brucelósico. *Cir Esp* 1998; 63: 318-320.
8. Villalba Ferrer F, Martí Cuñat E, Puche Pla J, Durán Bermejo MI, Bordallo Cortina A, Domingo del Pozo C et al. Absceso esplénico como complicación de una pancreatitis aguda. *Cir Esp* 1999; 66: 466-468.
9. Di Cataldo A, Trombatore G, Candiano C, Rodolico MS, Li Destri G, Licata A. Absceso esplénico. *Rev Esp Enf Digest* 1992; 81: 289-290.
10. Herman P, Oliveira e Silva A, Chaib E, D'Albuquerque LC, Pugliese V, Machado MCC et al. Splenic abscess. *Br J Surg* 1995; 82: 355.
11. Rendón Unceta P, Soria de la Cruz MJ, García Gullón C, Morales Ponce F. La ecografía en diagnóstico y tratamiento de los abscesos esplénicos. *Rev Esp Enf Digest* 1994; 85: 58-59.
12. Goerg C, Schwerk WB. Color Doppler imaging of focal splenic masses. *Eur J Radiol* 1994; 18: 214-219.

Distinción entre cáncer del margen anal y del canal anal

Sr. Director:

Quisiéramos añadir un comentario a la Carta al Director sobre consideraciones clinicoterapéuticas del cáncer de margen anal publicada en CIRUGÍA ESPAÑOLA¹ en julio de 2000, con la cual estamos fundamentalmente de acuerdo, pero consideramos conveniente insistir en la importancia de distinguir entre cáncer del margen anal y cáncer del canal anal por sus diferencias epidemiológicas, histológicas y pronósticas (se citan ambos en el primer párrafo de la carta y podría inducir a error).

El cáncer de margen anal es más frecuente en varones y el de canal anal en mujeres, como se cita en la carta referida. Dos tercios de los tumores anales son de canal anal. Los cánceres

distales al margen anal asientan sobre epitelio escamoso estratificado queratinizado y hasta 5 cm del margen², y los de canal sobre las tres distintas porciones que se distinguen en éste: la más distal, de epitelio escamoso estratificado sin pelo (entre el margen anal y la línea dentada), la zona de transición, caracterizada por epitelio cúbico y glandular, 1-1,5 cm por encima de la línea dentada, y el epitelio columnar desde la zona de transición hasta el anillo anorrectal. La definición del margen proximal de los llamados tumores del margen anal ha variado en el tiempo. Los grupos del St. Mark's Hospital y Memorial Sloan-Kettering Cancer Center^{3,4} clasificaban los tumores distales a la línea dentada como cánceres del margen anal. Sin embargo, la AJCC y la UICC⁵, definen el margen anal como la zona cutánea con pelo que comienza en el extremo inferior de la membrana mucosa del canal anal.

El pronóstico del cáncer del margen anal es favorable, siendo raras las metástasis a distancia (y si éstas aparecen, normalmente se dan en los ganglios inguinales superficiales). Sin embargo, el cáncer del canal anal es localmente agresivo, pudiendo afectar al mecanismo esfinteriano e incluso la uretra, la próstata, la vagina, la vejiga, el sacro o el hueso pélvico, y no son raras las metástasis ganglionares mesentéricas, pero la mayoría de muertes relacionadas con el tumor se deben a enfermedad locorregional incontrolada.

Las implicaciones terapéuticas son, no obstante, el punto más importante y actual de comentario. Ello ha movido, por ejemplo, a la Subcomisión de Tumores Digestivos del Hospital 12 de Octubre a diseñar un protocolo específico para estos tumores. Los tumores pequeños (< 5 cm) y superficiales de margen anal pueden tratarse mediante extirpación local con margen de seguridad, con supervivencias a 5 años mayores del 80%. Ésta puede incluir parte de esfínter interno y externo, sin afectar a la continencia. Sin embargo, los tumores grandes y profundos deben tratarse como lesiones del canal anal⁶.

El tratamiento del cáncer del canal anal ha sido la amputación abdominoperineal hasta los años ochenta, con una tasa de curación cercana al 50%. Sin embargo, actualmente la cirugía se reserva para los tumores T1 (< 2 cm), mediante exéresis local, para pacientes con respuesta incompleta a quimiorradioterapia, para lesiones recurrentes locales o regionales (ganglios inguinales o mesentéricos), para pacientes con síntomas muy importantes (sepsis perineal, fístula urinaria o fecal intratable, incontinencia intolerable) y para la derivación fecal temporal en pacientes con lesiones prácticamente obstructivas^{6,7}. El tratamiento primario actual para el cáncer de canal anal y los grandes tumores del margen anal es la radioquimioterapia. Se basa en el trabajo pionero de Nigro et al⁸, y actualmente se utilizan 5-FU, mitomicina C y radiación de 45-55 Gy. La respuesta completa es de hasta el 90%, con supervivencias a 5 años cercanas a 85%, pudiéndose conservar los esfínteres en la mayoría de pacientes^{9,10}.

C. Loinaz Seguro y P. Rico Selas

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid.

Bibliografía

1. Granero Trancón JE, Bermejo Abajo J, Lana Gómez A, Cervero Vázquez R. *Cir Esp* 2000; 68: 84-86.
2. Cummings B. The treatment of anal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1989; 17: 1359-1361.

(*Cir Esp* 2001; 69: 90-91)

3. Morson BC. The pathology and results of treatment of squamous cell carcinoma of the anal canal and anal margin. *Proc R Soc Med* 1960; 53: 4 14-420.
4. Greenall MJ, Quan SHQ, Stearns MW, Urmacher C, DeCosse JJ. Epidermoid cancer of the anal margin. *Am J Surg* 1985; 149: 95-101.
5. Beahrs OH, Henson DE, Hutter RVP, Kennedy BJ. Manual for staging of cancer (4.ª ed.). Filadelfia: JB Lippincott, 1992; 83-87.
6. Berger DH, Feig BW, Fuhrman GM. The MD Anderson surgical oncology handbook (1.ª ed.). Boston: Little, Brown and Company, 1995; 185-189.
7. Mappes HJ. Gibt es noch chirurgische Indikationen in der Therapie des Anal-Karzinoms? *Zentralbl Chir* 2000; 125: 365-369.
8. Nigro ND, Sydel HG, Considine B, Vaitkevicius VK, Leichman L, Kinzie JJ. Combined preoperative radiation and chemotherapy for squamous cell carcinoma of the anal canal. *Cancer* 1983; 51: 1286-1289.
9. Cummings BJ. The role of radiation therapy with 5-fluorouracil in anal cancer. *Semin Radiat Oncol* 1997; 7: 306-312.
10. Ryan DP, Compton CC, Mayer RJ. Carcinoma of the anal canal. *N Engl J Med* 2000; 16: 792-800.

Adhesiolisis laparoscópica

Sr. Director:

El reciente trabajo de Ramia et al¹ sobre adhesiolisis laparoscópica nos ha parecido oportuno e interesante, coincidiendo con los autores en el planteamiento quirúrgico y conclusiones. No obstante, podemos hacer algunas observaciones prácticas de la táctica quirúrgica laparoscópica para este tipo de procesos.

Nuestra larga experiencia en el abordaje laparoscópico de las eventraciones nos ha conducido a tener que hacer múltiples adhesiolisis masivas, en ocasiones con crisis de encarceración y oclusión²⁻⁴. Hemos podido comprobar que el dolor abdominal crónico que muchos pacientes con eventración o hernia abdominal refieren, desaparece después de la liberación de sus adherencias visceroviscerales y visceroparietales. Asimismo, hemos utilizado la vía laparoscópica en el tratamiento de la oclusión postoperatoria, de la suboclusión crónica y del dolor abdominal crónico sin causa orgánica.

Como norma general, el abordaje de estos enfermos debe hacerse en decúbito supino, con una presión abdominal del neumoperitoneo no inferior a 14 mmHg para favorecer la máxima liberación de la pared abdominal de sus conexiones viscerales. La óptica (trocar de 10 mm y ángulo de 30°) y los dos trocares de trabajo (5 mm) deben estar posicionados en el mismo flanco, que será el izquierdo para los procesos cicatrizales medios o derechos y viceversa para los cuadros adherenciales izquierdos. Si introducimos un nuevo trocar en el espacio contralateral para cambiar la óptica, forzosamente hay que acompañar otro trocar de trabajo para evitar la desorientación intracavitaria; sin embargo, esta eventualidad solamente se ha producido en nuestra experiencia cuando existían adherencias por debajo del plano de la óptica y de los trocares de trabajo.

El trocar de Hasson puede inspirar seguridad y confianza, pero no está exento de graves lesiones iatrógenas⁵, no siendo necesaria su utilización siempre que la entrada se produzca por el espacio subcostal izquierdo.

Estamos de acuerdo en no traccionar asas intestinales muy adheridas al plano parietal o cicatrizal. Habitualmente no es necesario salvo en adherencias laterales o pélvicas. Para esto es necesario que la mano izquierda del cirujano presione sobre la pared abdominal en el punto mismo en que está trabajando la tijera con la extremidad opuesta. Recomendamos la utilización de tijeras armónicas ultrasónicas tanto para la disección como para la adhesiolisis, la liberación de vasos epiploicos y la minimización del riesgo de lesión o perforación visceral. Recomendamos, asimismo, no emplear electrocauterio en contacto o proximidad intestinal, así como ser muy prudentes en el control total de la tijera con electrocoagulación para evitar lesiones desapercibidas a distancia. En adherencias muy firmes en las que la serosa intestinal se confunde con el peritoneo parietal, recomendamos la tijera de corte fino, sin cauterio, a ser posible sin tracción del asa, utilizando la disección roma y movilización progresiva con control visual absoluto sobre la superficie de corte. De esta forma, si llega a producirse una lesión intestinal, puede identificarse correctamente y suturarse con seguridad.

La liberación abdominal debe ser total y las antiguas cicatrices operatorias exploradas al completo, poniendo especial cuidado en que las laparotomías xifoumbilicales pueden incluir adherencias patológicas del estómago y del hígado en el ligamento redondo, que asimismo es necesario seccionar pues pueden ser causa de dolor crónico, vómitos y trastornos digestivos no explicados. Una vez completada la operación, introducimos 300 cm³ de solución de hialuronato férrico al 0,5% (Intergel®, Ethicon, Somerville, NJ), que puede ser útil para evitar futuras adherencias⁶, aunque son necesarios nuevos estudios que puedan confirmarlo.

La vía laparoscópica es útil, eficaz y muy beneficiosa para los pacientes con estas enfermedades, reduce significativamente el riesgo de lesión visceral en relación con la cirugía abierta convencional², así como la morbilidad y la estancia hospitalaria, pudiendo abordarse sin restricciones iniciales para cualquier paciente en función del grado de experiencia quirúrgica laparoscópica.

**M.A. Carbajo Caballero, J.I. Blanco Álvarez,
J.C. Martín del Olmo, F. Martín Acebes,**

M. Toledano Trincado y C. de la Cuesta de la Llave

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Dr. M.A. Carbajo Caballero). Hospital de Medina del Campo. Valladolid.

Bibliografía

1. Ramia JM, Pardo R, Padilla D, López A, Cubo T, Hernández Calvo J. Adhesiolisis laparoscópica. *Cir Esp* 1999; 66: 546-548.
2. Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JI, De la Cuesta C, Toledano M, Martín F et al. Laparoscopic treatment vs open surgery in the solution of major incisional and abdominal wall hernias with mesh. *Surg Endosc* 1999; 13: 250-252.
3. Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JI, de la Cuesta C, Martín F, Toledano M et al. Laparoscopic treatment of ventral abdominal wall hernias: preliminary results in 100 patients. *JSLs* 2000; 16 (en prensa).
4. Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JI, Sastre L, De la Cuesta C, Martín F et al. Volumineuse éventration xipho-pubienne à sacs multiples. La réparation coelioscopique est-elle possible? *Eur J Coelio-Surg* 1998; 26: 41-44.

(*Cir Esp* 2001; 69: 91-92)