

## NOTAS CLÍNICAS

### TUMOR VELLOSO DE RECTO

M. HIDALGO HUERTA y C. MORENO GONZÁLEZ-BUENO.

Servicio de Aparato Digestivo de la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción. Profesor: C. GONZALEZ-BUENO.

Hacemos una comunicación de este caso por tratarse de una lesión precancerosa del recto, del que se extraen, por el número de vicisitudes por las que ha pasado el enfermo, gran número de enseñanzas.

Resumiendo la historia, se trata de un varón de sesenta y ocho años, visto en la Clínica por el doctor JIMÉNEZ DÍAZ, que desde hacia cinco años tenía deposiciones diarreicas, muy frecuentemente sanguinolentas, y entre mezcladas con moco. Durante este tiempo fué visto por varios médicos, que le trataron sintomáticamente como de colitis inespecífica. Desde hacía seis meses tenía dificultad para defecar, alternando las crisis de estreñimiento con las de diarrea o seudodiarrea, pujos y tenesmo. En marzo de 1957 tuvo dos grandes rectorragias: una de ellas le motivó la pérdida de conocimiento. Diagnósticado de tumor rectal, fué intervenido el 2-IV-1957, practicándosele simplemente una colostomía.

Al ingresar en la Clínica presenta dolor rectal, expulsando por el ano con gran frecuencia moco limpio. Tiene un buen estado general, ligera anorexia, y a la exploración abdominal se observa tiene practicada una colostomía ilíaca, probablemente defuncionada, pues tiene dos bocas: la proximal, por donde el enfermo hace de viento con regularidad, y la distal, cuyo abocamiento está un par de centímetros por debajo de la anterior, y por donde sale bastante cantidad de líquido claro de difícil interpretación, pues no poseemos informe de su primera intervención.

Los análisis practicados dieron el siguiente resultado: Hematies, fórmula y recuento, normales. Urea en sangre, 1 gr. por 1.000. Electrocardiograma, normal. Glucemia, normal.

Por tacto rectal se palpaba una masa blanda a pocos centímetros de las márgenes del ano, que la rectoscopia (doctor VIESCA) confirmaba se trataba de un tumor veloso que abarcaba la casi total circunferencia del recto, parecía bastante libre y no se podía precisar su longitud porque el rectoscopio apenas podía progresar por la gran estrechez que a este nivel presentaba la luz rectal. Se tomó biopsia y se hizo otra rectoscopia por el estoma distal de la colostomía, confirmando la impresión de tumor veloso y su gran crecimiento en longitud.

El informe histopatológico de la biopsia diagnosticaba la lesión de tumor veloso de recto, no existiendo signos de malignidad en el trocito remitido.

Dado el buen estado general del enfermo, las pruebas de función hepática eran negativas, parecía un buen caso quirúrgico y solamente restaba enterarse qué era el líquido que salía por la boca distal de la colostomía. Con este objeto se practicaron pielografías descendentes; indemnidad ureteral, que ratificaba el doctor CI FUENTES en su informe endoscópico.

Con objeto de definir más los límites de la tumoreación se hizo un enema opaco, que demostraba la tumoreación, aunque cuya imagen no corresponde exactamen-

te con lo que se comprobó después en la pieza de exéresis (fig. 1).

El 15-VII-1957 fué intervenido por el doctor GONZALEZ-BUENO. Bajo anestesia general, con el enfermo en posición de litotomía y previamente cateterizados ambos uréteres, se comienza la intervención sincrónicamente por vía abdomino-perineal. Laparotomía pararectal izquierda infraumbilical; abierto el peritoneo parietal y previa comprobación de la no existencia de metástasis en ninguna viscosa abdominal, así como de la palpación de una tumoreación extensa, blanda y no adherente, en la porción alta del recto, se comienza desha-

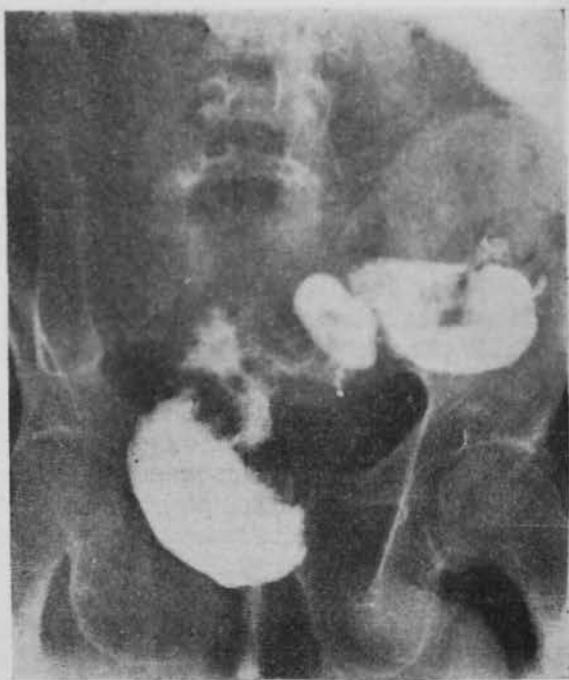


Fig. 1.—Enema opaco.

ciendo la colostomía, que, aunque presenta dos bocas exteriores, es lateral, con un túnel de piel intermedio, lo que hace que no se pueda aprovechar el abocamiento proximal. Liberación y resección del recto, sigma y tercio inferior del colon descendente, según la técnica de Miles, ligando la hemoroidal superior y sigmoideas en el origen de la mesentérica inferior, con lo que la toilete ganglionar se hace lo más extensa posible, a pesar que no se observan ganglios patológicos. Cierre del peritoneo pérvico, colostomía ilíaca permanente y pared por planos, dejando por vía perineal un taponamiento con guante de goma relleno y tiras de gasa.

El curso postoperatorio del enfermo ha sido magnífico, dándole de alta totalmente curado de todas sus heridas el 9-VIII-1957. Únicamente tuvo en los primeros días dificultad para orinar y polaquiuria; por lo demás, normal después de esta intervención, y de la que poco a poco se ha recuperado totalmente en estos días.

El informe anatomopatológico de la pieza es el siguiente: Estudio macroscópico: 45 cm. de recto y colon con borde anal. A 4 cm. de éste comienza una tumoreación que se extiende 14 cm. hacia arriba y ensancha en otros 14 cm. el calibre del órgano. Tiene aspecto finamente papilomatoso, clásico del pólipos vellosos, y en el centro una ulceración de 3 por 3 cm. (figs. 2 y 3). Se

disecan nueve ganglios y todos ellos parecen metastásicos.

Estudio microscópico: Tumor de muy variado aspecto, en zonas conserva la apariencia de pólipos vellosos;

pero en otras se desorganiza, se hace más claramente adenocarcinomatoso; sufre degeneración mucinoide en muchas porciones, y en la zona central ulcerada crece en finos cordones como un carcinoma grado IV que



Fig. 2.—Pieza de exéresis en toda su extensión.

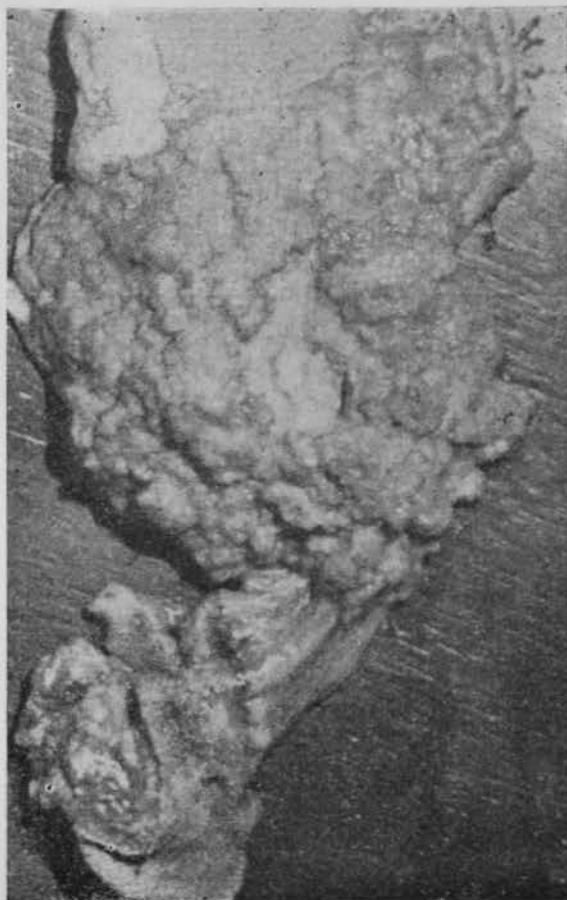


Fig. 3.—Tumor en detalle.

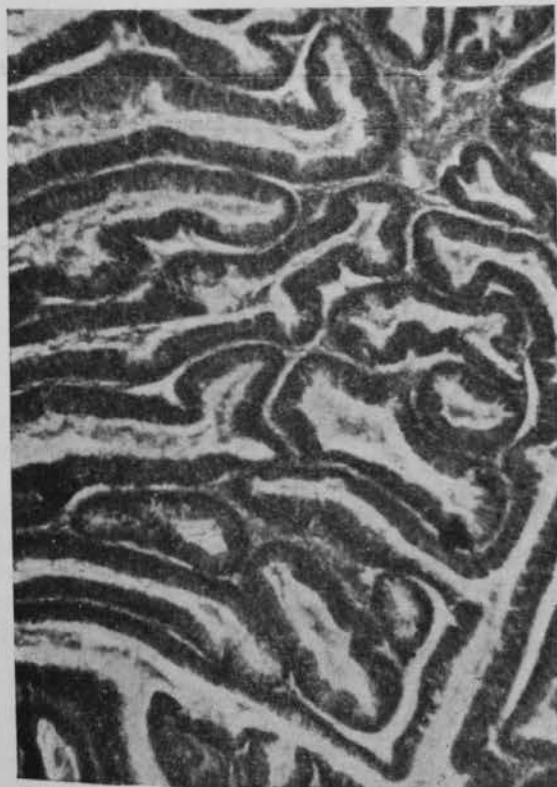


Fig. 4.—Zona poliposa todavía benigna.



Fig. 5.—Tránsito de pólipos vellosos a carcinoma coloide.

atraviesa ampliamente muscular y adventicia (figs. 4, 5, 6 y 7). Los nueve ganglios disecados muestran invasión neoplásica y en ellos (a veces en uno mismo) el tumor adopta las formas antedichas, variando de un grado II al IV o sufriendo intensa degeneración a un grado C del esquema de Dukes. A pesar de esto, y dado lo amplio de la exéresis y la edad del enfermo, creemos que el pronóstico en cuanto a supervivencia será bueno.

Este es un caso, como decíamos al principio, extraordinariamente aleccionador. Por una parte, demuestra que todavía la práctica del tacto rectal y de la rectoscopia están muy poco extendidas, siendo imprescindibles y obligadas en

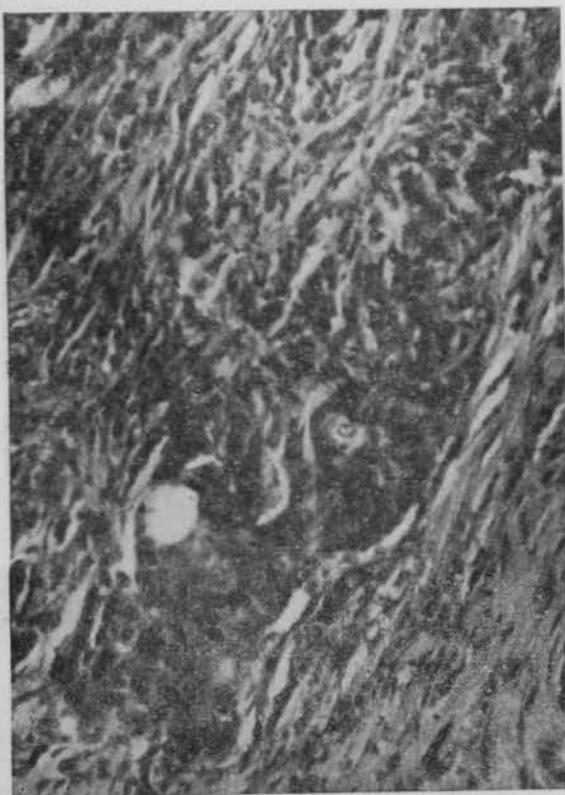


Fig. 6.—Crecimiento en profundidad como carcinoma. Grado III-IV.

todo tipo de colitis sin diagnóstico, y más aún si ésta cursa con sangre y moco en las deposiciones. Lo que modernamente no debe suceder es el diagnosticar una colitis sin ponerle un segundo apellido, pues ello conduce a operar los tumores en fases muy avanzadas, como en este caso, cuando son justamente estos tumores los más agradecidos a la cirugía siempre que sean diagnosticados en su iniciación.

Por otra parte, demuestra la importancia práctica extraordinaria que supone el trabajar en equipo, coordinado, de internistas, especialistas y cirujanos, como se verifica en la Clínica, lo que hace posibles diagnósticos rápidos y máximas garantías para el acto quirúrgico.

Por último, queremos señalar, como lo hacen BARBERÁ VOLTAS y VIESCA en sus ponencias al VIII Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición, que estos tumores vellosos están aumentando de frecuencia, y que su potencial maligno es tan grande que sería raro el tumor veloso que con el tiempo no degenerase en cáncer, cánceres en general de bajo grado de malignidad (no en este caso) y con poca tendencia invasora.

La benignidad de un tumor veloso no debe nunca establecerse por el solo informe histopa-

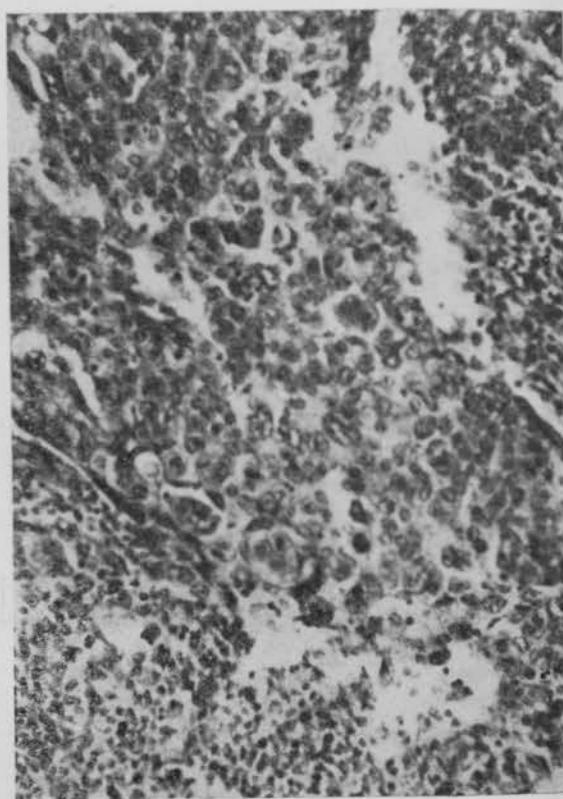


Fig. 7.—Ganglio metastatizado en forma de carcinoma indiferenciado.

tológico de una biopsia, pues si bien es cierto que con la máxima frecuencia la degeneración comienza por la periferia del tumor, no lo es menos que, como toda regla, está sometida a excepciones. Y así, SCARBOROUGH y KLEIN encuentran que en un 30 por 100 de los tumores vellosos en los que la biopsia era benigna, el examen anatomo-patológico detallado de la pieza mostró signos evidentes de malignización en alguna zona. Esto hace que nuestro criterio, en el aspecto quirúrgico, sea el de realizar exéresis amplias, aunque teniendo siempre presente que lo que estamos extirpando son tumores potencialmente malignos, no cánceres, por lo que en muy pocas ocasiones no conservamos los esfínteres.