

CATEDRA DE PATOLOGIA QUIRURGICA  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA

PROF. DR. E. HERNANDEZ LÓPEZ

**Lesiones precancerosas de colon y recto. Importancia  
bajo el punto de vista quirúrgico**

*Dr. Antonio Palma Rodríguez*

*Médico interno de la Clínica Quirúrgica «La Inmaculada»*

JAEN

Todos sabemos que la mejor terapéutica del cáncer empieza con un diagnóstico precoz y esto —en la actualidad— sólo se consigue de manera cierta, conociendo aquellas lesiones que faltalmente conducen a la degeneración maligna.

Esta degeneración maligna —por lo que al colon y recto se refiere— se puede producir a partir de tres procesos definidos, a saber:

1.º TUMORES EPITELIALES BENIGNOS.

2.º POLIPOSIS RECTO-COLICA (familiar o no familiar).

3.º COLITIS ULCEROSA CRONICA GRAVE.

1.º) TUMORES EPITELIALES BENIGNOS.

Es una lesión precancerosa desde el momento que hay puntos que evidencian las íntimas relaciones que existen entre los tumores epiteliales benignos del colon-recto y el cáncer, y que son:

A) En pacientes observados durante muchos años y portadores de adenomas o papilomas vellosos se ha observado que el carcinoma asentaba sobre un tumor previamente diagnosticado de benignidad.

B) En los exámenes sistemáticos de los tumores benignos extirpados mediante excisión local es frecuente observar con sorpresa un pequeño nido carcinomatoso en un tumor que

en mayor parte presenta la imagen histológica de un adenoma o de un papiloma vellosa. Está claro que el carcinoma se ha desarrollado a partir de un tumor benigno preexistente.

C) Incluso en los tumores malignos, típicos de gran tamaño, la investigación minuciosa de su eje revela con frecuencia restos de un tumor benigno preexistente.

Estos tres hechos justifican la conclusión de que el adenoma o el papiloma del colon o de recto deben de ser considerados como una lesión precancerosa. Estas lesiones se describen como precancerosas, sólo porque la experiencia clínica y anatomopatológica demuestra que a menudo el cáncer se desarrolla en ellos.

DIAGNOSTICO.—Deberá basarse en los tres síntomas típicos de su evolución, a saber:

- A) Secreción mucoglerosa.
- B) Hemorragias.
- C) Diarreas.

A) Secreción (mucoglerosa) es mucosa, espesa, translúcida y abundante (como babas de caracoles).

B) Las hemorragias no tienen tanta importancia como las deposiciones mucoglerosas. No tienen carácter definido. Pueden ser unas simples gotas al terminar la deposición en unos casos, siendo en otros, por el contrario, más abundantes.

C) Las diarreas —más concretamente falsas— dependen de la canti-

dad de secreción mucoglerosa asociada a las heces, apreciándose algunas veces fragmentos de vellosidades (como trozos de carne).

Estos síntomas citados constituyen el cuadro clínico; bastará sólo para hacer el diagnóstico confirmarlo por medio del tacto rectal y la rectosigmoidoscopia.

El primero nos permite tocar el tumor (siempre que sea de implantación baja), palpándose de consistencia blanda y gelatinosa con enorme movilidad sobre la mucosa subyacente, con pedículo ancho.

La rectosigmoidoscopia comprueba, como siempre, los datos del tacto rectal, mostrando una masa granulosa —vellosa— recubierta de una abundante secreción mucoglerosa. La evolución por lo general es larga, hasta llevar al extremo al caso de BENSAUDE, que duró cuarenta y cuatro años. Hay además un factor decisivo que hace que la evolución sea larga y es que afecta muy poco al estado general de los pacientes; motivos muy principales por el que los pacientes no le dan importancia y no les mueve ser explorados.

TRATAMIENTO. — Siguiendo a GABRIEL, de St. Mark's, Hospital de Londres, podemos emplear tres métodos de extirpación en la práctica, a saber:

- 1.º Extirpación local del tumor a través del ano.
- 2.º Extirpación radical del recto, o sea, amputación del recto, bien por

vía perineal o combinado abdominoperineal.

3.º Resección del recto con preservación del esfínter anal.

1.º La extirpación local por vía natural, o sea, a través del ano para lo cual es más que suficiente una anestesia raquídea o bien anestesia local en pacientes de edad donde es probable existan alteraciones prostáticas, que muy bien desencadenan dificultades urinarias a partir de la anestesia espinal.

Una buena abertura anal permite exteriorizar el tumor, que se desliza perfectamente. Si el tumor es pequeño, éste podrá ser deslizado suavemente hacia fuera, sobre la pared donde está implantado; localizando el pedículo, aunque ancho a través del cual está implantado sobre la mucosa, se liga por transfijión con catgut crómico resistente practicando una sutura circular con aguja curva atraumática.

Hay que tener el cuidado de que una vez ligado el pedículo, el corte de la mucosa rectal se efectúe en tejido sano, al mismo tiempo de dejar por encima de la ligadura bastante mucosa distal para prevenir alguna posibilidad de que resbale o se deslice la sutura.

Si el tumor es de mayor tamaño, o de alguna consideración, no será suficiente una transfijión o varias de su zona de implantación, sino que deberá procederse a su extirpación del siguiente modo:

Una vez efectuado una buena abertura anal, se procurará tomar el polo superior del tumor con pinzas triangulares de DUVAL, y con tijera de disección se va seccionando gradualmente a través de la mucosa hasta extenderse a medio centímetro alrededor del tumor.

La herida o solución de continuidad que va quedando es separada por una serie de puntos de catgut interrumpidos, próximos unos de otros. Se continúa de esta forma la sección y reparación de la mucosa circundante de la neoformación, usando el resto de ésta como tractor seguro, hasta que el tumor es extirpado en su totalidad y la hemorragia cuidadosamente controlada.

Las suturas interrumpidas son dejadas largas hasta que el tumor ha sido extirpado y la hemostasia verificada, siendo entonces cortados. Se introduce vaselina en el canal anal y un tubo —no grueso— se inserta para la expulsión de gases y también para revelar una supuesta hemorragia. El paciente deberá guardar cama como mínimo unos doce días, ya que éste es el período de tiempo que se considera peligroso para una secundaria hemorragia.

2.º La amputación del recto en el tratamiento de los tumores vellosos está indicado en los casos siguientes:

Tumor veloso grande de implantación alta (por encima del tercio superior del recto).

Tumor veloso bajo, que invade una considerable porción de la circunferencia rectal, y una reparación por vía anal sería imposible.

En aquellos casos donde se confirman una degeneración del primitivo tumor veloso, e incluso zonas donde éste es presumible, la idea de degeneración maligna.

Finalmente, puede estar indicada la amputación rectal en casos de tumores velosos múltiples.

El proceder en todos estos casos consistirá en colostomía, como primer tiempo, y en una amputación abdominoperineal rectal.

La operación es fácil, ya que no hay infiltración perirectal, siendo su mortalidad muy baja.

3.º La resección del recto, con conservación esfinteriana, tiende a evitar en el paciente una colostomía permanente. Esta operación puede ser hecha, bien por vía sacra, si el tumor está localizado en la ampolla rectal, o bien por vía combinada abdominoanal en el cual el colon pélvico es movilizado y descendido hacia abajo a través del canal anal.

En opinión de GABRIEL, este proceder puede tener los inconvenientes de que en casos de múltiples velosidades, estos tumores son más extensivos de lo que pueden ser estimados clínicamente, por lo que pueden tener recidivas en cualquier punto y especialmente en la línea de sutura.

## 2.º) POLIPOSIS DEL COLON Y RECTO Y CANCER.

Pese a que se describe como enfermedad familiar —poliposis familiar— (en el St. Mark's Hospital de Londres más de 60 poliposis familiar en los últimos treinta años), el carácter familiar de la enfermedad no es evidente. Cuando se establece una comparación entre los casos familiares y los aislados, no se observa ninguna diferencia en el tamaño, número o distribución de los tumores, ni tampoco en la edad de comienzo, síntomas o evolución de la enfermedad.

Los casos aislados de poliposis tienden a la degeneración maligna después del mismo período medio: 10-15 años.

La edad promedio de muerte por cáncer es aproximadamente la misma en los casos familiares que en los aislados.

## SINTOMAS: DIARREA, MOCO, SANGRE, DESNUTRICION Y ANEMIA

En la mayor parte de la familia con poliposis sólo la mitad de los hijos tienen tendencia a heredar esta anomalía, haciéndose capaces así de transmitirla a la generación siguiente.

Durante los últimos años han mejorado en gran manera los resultados finales del tratamiento quirúrgico de las poliposis familiares del colon. La razón fundamental de ello es el número cada vez mayor de pacientes tra-

tados en la fase premaligna de la enfermedad, lo cual es posible gracias a la vigilancia de los miembros afectados de las familias con poliposis como de los sanos.

MICROPOLIPOSIS Y DEGENERACION MALIGNA

A propósito del síndrome de PENTZ-JEGHERS (poliposis gastro-intestinal del delgado y pigmentación mucocutánea característica periorificial), explica cómo el examen histológico de cortes seriados del material obtenido por escisión quirúrgica o necropsia del intestino delgado de pacientes afectados del síndrome de PENTZ-JEGHERS, se puede demostrar la existencia de arcas "Poliposis microscópica", alrededor de la mayor parte de los pólipos de mayor tamaño, e incluso en segmentos no adyacentes a las proliferaciones microscópicas. Estos microadenomas no se proyectan hacia la luz del intestino, ni determinan deformaciones de la superficie peritoneal; sino que, incluidos en la pared intestinal, interrumpen la continuidad de la túnica muscular.

Algunos son simples vesículas adenomatosas que aparecen como si se hubieran invaginado a partir de la mucosa intestinal; otros son nódulos adenomatosos más complejos que se extienden de la submucosa a la subserosa.

En muchos, las células acinosas son notablemente irregulares, o incluso inmaduras.

Probablemente, esta irregularidad, junto con la aparente invasión de las capas más profundas, es la responsable de las frecuentes comunicaciones sobre su degeneración maligna y de la hipótesis habitualmente admitida de que esta evolución es tan posible en el intestino delgado como en el colon, según demostró JEGHERS y colaboradores en 1959 y MAINGOT en 1955.

DIAGNOSTICO.—Dada la iniciación y evolución insidiosa que caracterizan a esta enfermedad, manifestándose por una sintomatología banal, común a otros muchos procesos, son descubiertos por algunas de sus complicaciones (prolapso rectal, tenesmo intenso, invaginaciones graves, diarreas incoercibles con la consecuente desnutrición e hipoproteinemia y anemia, y finalmente degeneración en el carcinoma rectocólico).

El diagnóstico, por lo tanto, nos lo proporcionará la historia clínica que nos orienta hacia un proceso orgánico intestinal, después el tacto rectal, en el que se aprecian lesiones existentes en el recto, la rectosigmoidoscopia la visualiza, la exploración radiológica advierte su extensión (imagen en corbata de lunares), y por último la biopsia, quien nos resolverá la sospecha de malignidad.

TRATAMIENTO. — Es variable de uno a otros casos con arreglo a la localización de los pólipos y muy especialmente a su extensión. En ocasiones basta la electrocoagulación o bien la fulguración, pero otras veces

hay que asociar estos procedimientos a los quirúrgicos, por mutilantes que sean. Así, en las formas muy difusas, hay quien aconseja la colectomía total, pese a sus dos inconvenientes:

Primero, que la amputación de todo el intestino grueso, con el recto inclusive, es operación grave, y en segundo lugar obliga a la ileostomía permanente con todos los inconvenientes concomitantes (pérdida acuosa). Aunque es evidente que el íleon terminal, cuando falta el colon (no siempre), se coloniza, reteniendo las heces hasta un cierto grado de pastosidad, hecho que contribuye a mantener el equilibrio hídrico.

MAVO y WAQUEFIELD proponen los siguientes tipos: Primero, extirpación de los pólipos del recto y sigma por fulguraciones repetidas; segundo, iliosigmoidostomía y hemicolectomía derecha (colon ascendente y mitad derecha del colon transversal); tercero, hemicolectomía izquierda, con colostomía del sigma restante; cuarto, fulguración a través de esta boca; quinto, cierre de la colostomía.

Pero en los casos en que la enfermedad es muy invasora y que las biopsias indiquen tendencia a la degeneración neoplástica, se debe efectuar una intervención más radical, como la preconiza RANQUIN: Primero, ileostomía; segundo, colectomía total hasta la unión rectosigmoidea, y tercero, resección del recto. Otros terminan la operación del recto bajando el íleon al recto. CROSS, del Children's Hos-

pital, de Boston, separa netamente el tratamiento del segmento cólico del segmento rectal practicando cauterización de la mucosa rectal, y en el colon resección y anastomosando el colon al recto después de la resección del segmento cólico afecto.

### 3.º COLITIS ULCEROSA CRÓNICA DE LARGA EVOLUCIÓN Y CÁNCER.

Todos los cirujanos con experiencia de esta enfermedad (St. Mark's Hospital) han llegado a la conclusión de que en esta enfermedad predispone al cáncer, y que esta predisposición era infraestimada en el pasado, ya que que esta enfermedad se diagnosticaba y se estudiaba peor, a parte de una menos posible existencia.

CUTHBERT DUKES, en sus casos, vió que la duración media de los síntomas ulcerosos anteriores al comienzo del carcinoma intestinal secundario había sido de quince años; casi igual que los observados en la paliposis familiar.

La edad promedia de las colitis degeneradas era de cuarenta y dos años. Indudablemente en el futuro disminuirá la frecuencia con que se descubren carcinomas en las piezas de colectomía, debido a que en la actualidad los cirujanos intervienen en una fase más precoz de la enfermedad, antes de que el cáncer haya tenido tiempo de desarrollarse. Podemos concluir diciendo que todo paciente que haya aquejado una colitis ulce-

rosa grave durante más de diez o quince años, entra en una fase en que el peligro de cáncer intestinal es muy acentuado.

El diagnóstico de malignidad en estos casos es a veces muy difícil. Es necesario distinguirlo de las proliferaciones epiteliales que crecen hacia la profundidad, y de islotes aberrantes de epitelio normal, cual aparecen en la fase de curación de las colitis ulcerosas, como consecuencia del proceso de reparación.

**SINTOMAS.**—El cuadro clínico general presenta en primer lugar el síndrome diarreico y en segundo término dolor, fiebre o falta de ella, a veces timpanismo y alteración del estado general, más o menos intensa, según las fases evolutivas.

Al principio la diarrea suele ser moderada, pero paulatinamente aumenta el número de las deposiciones hasta alcanzar la cantidad de 20 a 30 diarias. Como la mayoría de las veces las lesiones se inician en la región rectosigmoidea, desde el principio hay el síndrome rectal, con sus pujos y tenesmo.

Las deposiciones en general son líquidas y contienen sangre. En las fases agudas y subagudas son muy típicos de este proceso las deposiciones afecales, constituidas exclusivamente por moco, sangre y a veces pus.

El dolor abdominal es un síntoma frecuente; los pacientes sufren a menudo dolores difusos o localizados en

el trayecto del colon, dolores que irradian especialmente hacia la región inguinal izquierda. No son excepcionales los casos en que el paciente no padeció el más leve dolor abdominal, a pesar de la gravedad de curso de la dolencia.

No es grave el timpanismo abdominal intermitente. Es bastante frecuente la reacción febril; en los períodos de agudización se presenta a menudo hipertermia, a veces hasta de 40°, que suele ser remitente; en las fases de calma relativa se reduce a febrícula, con preferencia vespertina. En otros casos la temperatura es normal durante todo el curso de la afección.

La alteración del estado general es casi siempre proporcional a la gravedad del proceso, y tanto mayor cuanto mayores son las pérdidas hemáticas.

**DIAGNOSTICO.**—El cuadro clínico bien interpretado ya es muy orientador de por sí, pues no hay otra enfermedad del intestino que tenga evolución cíclica parecida; pero el diagnóstico debe confirmarse de "visu" explorando la región rectosigmoidea. Cuando esta región está indemne, lo cual es raro, hay que basarse en la exploración roencgeniana y el examen de las heces.

El tacto rectal debe practicarse con mucho cuidado por el dolor que puede ocasionar. Se percibe una sensación de rigidez a causa del espasmo rectal; a veces se encuentra una u-

cosa lisa lubricada por las secreciones anormales; otras veces es granulosa, y en los casos avanzados, el índice puede palpar úlceras más o menos profundas, así como excrecencias polipoideas e incluso estenosis rectal.

La exploración endoscópica es el método que más datos proporciona, tanto para el diagnóstico como para el estudio evolutivo. Las imágenes rectosigmoidoscopias difieren según el período de la enfermedad.

Exploración radiológica es un valioso auxiliar, pues, si bien no proporciona imágenes patognomónicas, informa sobre la gravedad y extensión del proceso ulceroso y facilita el estudio de la evolución y de las complicaciones.

Las imágenes radiológicas revisten diferentes aspectos. En las primeras fases, y a veces durante toda la enfermedad, existen solamente la desaparición de las haustras cólicas, imagen que debe persistir en todas las radiografías, ya que de no ser así es propio de alteraciones funcionales del colon. Además deben de ir acompañadas de lesiones evidentes de la mucosa, tales como la pérdida de su relieve y la desaparición de los pliegues transversales.

En otras ocasiones, la región enferma adopta la forma de un tubo rígido, con disminución de su calibre y de su longitud, debido a lesiones fibrosas avanzadas, que a veces acaban en estenosis.

Cuando las úlceras son profundas, se revelan por imágenes en dientes de ratón, verdaderos nichos ulcerosos, los cuales son característicos de las fases tardías de la enfermedad.

*Exámenes de laboratorio.*—La anemia es constante, ligera en los períodos de remisión de la forma crónica e intensa en las recaídas, especialmente cuando predominan las hemorragias, así como en la forma aguda. Suele haber leucocitosis moderada con neutrofilia y desviación nuclear hacia la izquierda, que aumenta cuando se forma un acceso. La velocidad de sedimentación eritrocitaria está acelerada en relación con la agudeza del proceso morboso.

El examen microscópico de las heces no suele revelar la presencia de restos alimentarios, pero sí de una cantidad enorme de hematies, leucocitos y gérmenes de toda especie.

**TRATAMIENTO.**—Para ser eficaz, debe lograr el reposo del intestino grueso y la cicatrización de las lesiones, actuar sobre la infección y la alergia si existen, mantener el estado general del paciente y aumentar sus defensas orgánicas.

**TRATAMIENTO MEDICO.** — En general debemos aconsejar una dieta pobre en residuos a base de proteínas y reducción de los feculentos, aunque buscando su tolerancia máxima, a fin de mantener el peso corporal.

El ingreso de vitaminas es siempre

indispensable, y debe hacerse por vía parenteral, ya que por vía oral su absorción es muy precaria. Son útiles las vitaminas C, A y D, la Nicotilamida, la Tiamina y todas las del complejo B.

Si la anemia es intensa, debe recurrirse, además de las transfusiones sanguíneas, a la administración de hierro por vía bucal o intravenosa.

GALLART MONÉS obtiene con la terapéutica sulfamídica (emplea las menos absorbibles: Sil-Altiazol, Penta-guadinina, Sulfathalidín, Formocibazol). La mayoría de las veces la supresión de la supuración y la reducción del número de las deposiciones, pero sin lograr modificar la evolución anatómica de las lesiones.

La terapéutica local ha de reducirse a enemas tibios muy lentos de suero fisiológico en los caso de supuración abundante, o de pastas modificadoras con bismuto, óxido de cinc, dermatol, etc., añadiendo a ella 10 ó 15 gotas de láudano cuando los enfermos acusan tenesmo pronunciado.

Muchas veces tendremos que recurrir a los opiáceos y a la belladona para disminuir el dolor y reducir el número de deposiciones.

Se ha ensayado la administración de A. C. T. H y de cortisona; sus resultados son muy variables, modificando la evolución favorablemente de la enfermedad en algunos casos, mientras en otros se citan casos de perforación intestinal, GALLART MO-

NÉS aconseja gran prudencia en el empleo de tal agente.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.—La operación debe practicarse, en los casos de colitis ulcerosa no complicada, solamente después del fracaso del tratamiento médico llevado a cabo por facultativos expertos.

Los casos complicados con pseudopoliposis, estenosis o fibrosis intestinal, degeneración neoclásica, etc., justifican siempre la colectomía que será total o parcial, según la extensión de las lesiones.

La ileostomía sólo debe practicarse en las formas hipertóxicas muy graves, para salvar la vida del paciente, y como primer tiempo de la colectomía total.

DENNIS, THOREK, WATSON y otros aconsejan como única terapéutica quirúrgica la vaguetomía, con buenos resultados inmediatos. Debe esperarse a que el tiempo pase para juzgarla definitivamente; igual ocurre con otra enfermedad parecida, la úlcera gastroduodenal, en la que la vaguetomía al principio tenía muchos adeptos y actualmente van siendo cada día menos.

BIBLIOGRAFIA

AVERY JONES, F.: *Recientes avances en Gastroenterología*. T. T. S. A., 1960.  
 GALLART MONES, F.; GALLART ESQUERDO, A., y BADOSA GASPAS, J.:

- Lecciones clinicas de patologia digestiva.* Salvat. E. S. D., 1956.
- GABRIEL, WILLIAM, B.: *The Principles and practice of Rectal Surgery.* Fourth Edition, London, H. K. Lewis coltd., 1949.
- BACON, E.: *Essentials of proctology.* J. B. Lippincott company. Traducción, Editorial Mundi, Buenos Aires, 1948.
- CASANOVA SECO, A.: *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ano-rectales.* Editorial Labor, 1947.
- HENRI, R. B. y SIMONETTI, E. B.: *Manuel pratique de proctologia.* J. B. Bailliére et Fils, Editeurs Paris VI, 1954.
- SENEQUE, J. y C. L. CHATELIN: *Tumeurs vilieuses des colons.* Journal de Chirurgie, tomo 76, número 1, págs. 13-30, Juin-Juillet, 1958.
- DUKES, CUTHBERT: *Cancer Review,* 1930-5-241.
- PALMA, FERMÍN: *Poliposis colon-rectal.* Seminario Médico número 12, 875, 888, 1956.
- *Tratamiento quirúrgico de la poliposis colon-rectal.* Actualidad Médica, mayo, 1957.