

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Resección endoanal curativa en cáncer de recto: Resultados alejados y evaluación de protocolo

Dr. JAIME CONTRERAS P

Departamento de Cirugía, (Centro), Facultad de Medicina, Universidad de Chile y
Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

Veintitrés pacientes portadores de un cáncer de recto bajo fueron tratados en forma consecutiva por medio de una resección local endoanal con intención curativa. Todos los tumores tenían una biopsia que demostraba un grado bien o moderadamente diferenciado y se localizaban a no más de 10 cm del margen anal. El estudio preoperatorio demostraba lesiones bien circunscritas a la pared rectal, sin compromiso de la grasa perirectal o los nódulos linfáticos vecinos. Hubo dos complicaciones postoperatorias y no se presentó mortalidad. En el estudio de la pieza resecada se encontraron 6 tumores T1, 14 T2 y 3 casos de T3. Solamente 9 pacientes (39,1%) cumplieron las distintas fases de selección y tratamiento establecidos en un protocolo basado en parámetros clínicos, imagenológicos e histopatológicos. Sólo un tercio de los T2 recibió quimiorradioterapia coadyuvante. No se realizaron resecciones radicales en los T3. Hubo 7 casos de recidiva locorregional (30,4%), seis de ellas en el grupo en que no se respetó el protocolo. En 4 pacientes se intentó cirugía de rescate con o sin quimiorradioterapia. Cuando el protocolo fue cumplido, la recidiva fue sólo de 11,1%. Cuatro de los 7 pacientes con recurrencia local lograron ser rescatados por nuevas resecciones con o sin terapia coadyuvante. La supervivencia quinquenal es de 76,4%; el seguimiento fue completo con una media de 67 meses, y extremas de dos y dieciséis años.

PALABRAS CLAVES: *Recto, cáncer de recto, resección endoanal*

SUMMARY

A local endo-anal resection with curative intention was practiced in 23 consecutive patients with low rectal cancer. All tumors were histologically well or moderately differentiated carcinomas. The localization was down to 10 cm from the anal margin. The preoperative study showed well-delimited lesions in the rectal wall, without involvement of the perirectal fat or the adjacent lymph nodes. There were 2 postoperative complications and there was no mortality. The study of the surgical specimen showed 6 tumors T1, 14 T2 and 3 T3. Only 9 patients (39.1%) complied with the different selection and treatment phases established in a protocol based on clinical, imaging and pathologic parameters. Only 1/3 of the T2 patients received adjuvant chemoradiotherapy. No radical resections were performed in the T3 cases. There were 7 cases of local recurrence (30.4%), 6 of them in the group treated out of the protocol. In 4 patients salvage surgery with or without chemoradiotherapy was attempted. When the protocol was followed, recurrence was found only in 11.1% of the cases. Four out of the 7 patients with local recurrence were rescued with additional resections with or without adjuvant therapy. The five-year survival is 76.4%; complete follow-up was 67 months on average with a range of 2 to 16 years.

KEY WORDS: *Rectum, rectal cancer, endo-anal resection*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento convencional de los carcinomas de recto bajo ha sido la resección radical con o sin preservación esfinteriana.^{1,2} La amputación abdominoperineal obliga a una colostomía definitiva. En la resección anterior ultrabaja, el riesgo de dehiscencia anastomótica puede alcanzar a un 15%; en la evolución tardía, un significativo número de pacientes presentará urgencia defecatoria y cierto grado de incontinencia.³ Las disfunciones urinarias y sexuales, a su vez, afectarán a un 15% de los pacientes tratados con alguna de estas técnicas.¹ Estas complicaciones y secuelas, algunas de ellas definitivas, justifican la permanente búsqueda de tratamientos menos agresivos en pacientes con lesiones bien circunscritas, pero que aseguren un pronóstico al menos similar al de la cirugía más radical; la resección local, la electrocoagulación, la irradiación endocavitaria y la laserterapia son los más estudiados.⁴ La aplicación de estas técnicas, que inicialmente fue para pacientes de riesgo muy elevado, permitió observar que no ocurría un incremento significativo de las recidivas.⁵⁻⁷ La resección local endoanal tiene la ventaja comparativa de obtener un espécimen para el estudio de patología, lo que permite una precisa determinación del grado de penetración del tumor; ello ha llevado a la consideración de que un 3 a 5% de estos pacientes puede ser tratado con esta metódica.⁸⁻¹²

Hace 16 años iniciamos nuestra experiencia en resección local curativa para cáncer de recto bajo, seleccionando los pacientes según las siguientes características: límite cefálico del tumor no más allá de 7 cm del margen anal, tamaño no superior a 5 cm, no adherido a planos profundos, sin adenopatías palpables, grado histológico bien o moderadamente diferenciado y una estadificación negativa para enfermedad regional o a distancia. Las resecciones locales con fines paliativos y los adenomas vellosos malignizados fueron excluidos.¹¹ Desde hace nueve años hemos contado con la Endosonografía rectal y la Tomografía axial computada de pelvis, que han permitido mejorar esta selección que debe finalizar en el acto operatorio mismo con el examen anorrectal bajo anestesia. La técnica de resección y la preparación de la pieza extirpada para su estudio histopatológico han sido ya descritos.^{5,11}

El estudio de anatomía patológica informará el grado de penetración de la invasión tumoral, que será fundamental en la decisión terapéutica integral: en aquellos casos de compromiso no más allá de la submucosa (T1) no se indicará terapia coadyuvante, la que sí se indicará en lesiones que

invaden la muscular propia (T2). Los tumores que alcanzan la grasa perirrectal (T3) serán sometidos a una resección radical.^{4,11,12}

El objetivo de este estudio es la evaluación de los resultados alejados y el cumplimiento del protocolo en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

En el período comprendido entre octubre de 1985 a septiembre de 1999, hemos tratado 188 pacientes portadores de un cáncer de recto medio o inferior. En 23 de ellos (12,2%) se extirpó localmente el tumor por vía transanal, con la técnica descrita como "biopsia total". Son 13 mujeres y 10 hombres, con edades entre 34 y 87 años (media 63). La fecha de corte se debe a la necesidad de contar con un seguimiento de al menos 22 meses. Sólo 8 pacientes fueron estudiados con endosonografía rectal y 7 con tomografía axial. Diecisiete tenían CEA preoperatorio, normal en 14 de ellos. Todos los tumores eran móviles, protruidos en 12 y ulcerados en 11.

El límite cefálico de la lesión era hasta 7 cm del margen anal en 17, y entre 7 y 10 en los otros 6. El tamaño del tumor era de 5 o menos cm en 22, y el restante midió 6 cm. El compromiso era de la pared posterior en 14, anterior en 5, lateral en 3 y en hemircunferencia en un caso.

Todos los tumores eran bien o moderadamente diferenciados. Al momento de la resección, la pieza salió fragmentada en dos casos. La herida se dejó abierta en 7 pacientes y se suturó en 16.

Se presentaron 2 complicaciones postoperatorias: una hemorragia precoz que fue taponada y una tardía que requirió hospitalización y transfusiones; la herida estaba suturada en el primer caso y abierta en el otro. No hubo reintervenciones ni mortalidad operatoria.

El estudio anatomopatológico informó compromiso no más allá de la submucosa (T1) en 6 pacientes, invasión de muscular propia (T2) en 14, y de la grasa perirrectal (T3) en 3. A quimiorradioterapia o radioterapia exclusiva accedieron 5 T2 y 2 T3. Ningún T3 fue sometido a cirugía radical.

El seguimiento fue completo hasta julio de 2001 o en fecha de deceso por causa conocida, con una media de observación de 67 meses.

Se hizo un corte cronológico en diciembre de 1993; fecha en que se tuvo acceso más habitual a las técnicas de estudio por imágenes y a la quimiorradioterapia. Once pacientes quedaron en el primer período y 12 en el segundo.

En cada caso se evaluó el cumplimiento de todas las variables incluidas en el protocolo. En las

recidivas locales se estableció su relación con estadio, cumplimiento del protocolo y período en el que fue tratado. Se estudiaron además las conductas adoptadas en los pacientes recidivados y la sobrevida quinquenal.

RESULTADOS

Sólo 9 pacientes (39,1%) fueron tratados según los criterios establecidos: 3 en el primer período (27,3%) y 6 en el segundo (50%). De los 14 casos en que no se respetó el protocolo, hay 4 con cirugía defectuosa, 8 no sometidos a terapia coadyuvante y 2 no reintervenidos para cirugía radical (Tabla 1).

Siete pacientes (30,4%) presentaron una recidiva local o regional. Cinco corresponden al primer período (45,5%) y 2 al segundo (16,7%). Para los distintos estadios, la recidiva fue de 33,3% en T1, 28,6% en T2 y 33,3% en T3. Entre los que fueron tratados de acuerdo al protocolo, la recidiva es de 11,1% versus 42,9% en los que no lo cumplieron (Tabla 2).

En los recidivados se intentó cirugía de rescate en 5 de ellos (Tabla 3). De los 2 casos T1, uno fue resecado y sometido a quimiorradioterapia, falleciendo 9 años después sin evidencia de nueva falla. El otro paciente desarrolló precozmente metástasis cerebrales, falleciendo a los dos años. En 3 de los 4 T2 se intentó un rescate quirúrgico: uno fallece a los 7 años sin evidencia de enfermedad y

Tabla 1
CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN QUE NO SE CUMPLIÓ PROTOCOLO

Fecha	T	Causal	Recidiva	Rescate
-85	II	No adyuvante	Sí	Sí (RAP)
-86	II	No adyuvante	No	
-91	II	No adyuvante	No	
-91	II	No adyuvante	No*	
-92	II	No adyuvante	Sí	Sí (C+ady.)
-92	I	Falla técnica ⁽¹⁾	Sí	Sí (C)
-93	II	No adyuvante	No	
-93	I	Falla técnica ⁽²⁾	Sí	Sí (C+ady.)
-94	II	Falla técnica ⁽²⁾	Sí	
-95	III	Falla técnica ⁽¹⁾	Sí	Sí (RAP)
-97	III	No cirugía rad.	No•	
-99	II	No adyuvante	No•	
-99	II	No adyuvante	No•	
-99	III	No cirugía radical	No•	

*Qx Ro por 2º prim. (8 m).

•Qx Ro

⁽¹⁾ Pieza quirúrgica fragmentada.

⁽²⁾ Bordes positivos.

Tabla 2
RECIDIVA SEGÚN ESTADIO Y CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLO

Estadio	n	con prot.	sin prot.
I	2 (6)	0 (4)	2 (2)
II	4 (14)	1 (5)	3 (9)
III	1 (3)	0 (0)	1 (3)
Total	7 (23)	1 (9)	6 (14)

n: Indica el total de casos para esa variable.

los otros 2 viven sanos a los 9 y 16 años de operados. En el otro recidivado no se intentó rescate alguno por tener 87 años y una condición general deteriorada, falleciendo un año después.

En el T3 recidivado se realizó una resección abdominoperineal a los 4 meses, falleciendo a los dos años con enfermedad diseminada.

De los 8 pacientes en que no se cumplió el protocolo y no recidivaron, 3 recibieron quimiorradioterapia (2 T3 y 1 T2); en otros 5 T2 no se realizó tratamiento complementario por el difícil acceso a la radioterapia en nuestro medio hospitalario. Todos viven libres de enfermedad, con una media de 68 meses de seguimiento (extremas de dos y quince años).

Diecisiete pacientes están actualmente vivos y sin enfermedad manifiesta. La sobrevida quinquenal real es de 76,4%. Sólo se registró una muerte por cáncer luego de 5 años, por metástasis pulmonares.

DISCUSIÓN

La resección local endoanal en cáncer de recto tiene como objetivo final la erradicación del tumor con una mínima morbimortalidad, evitando secuelas en las funciones defecatoria, urinaria y sexual, y con una expectativa de sobrevida al menos similar a la obtenida con cirugía radical.¹ La quimiorradioterapia postoperatoria, necesaria en tumores

Tabla 3
CONDUCTA EN RECIDIVADOS (n= 7)

- T ₁ (falla técnica)	- RL 4 m, fallece 2á
- T ₁ (falla técnica)	- RL + Ro 2á, fallece 9á
- T ₂ (No coadyuvante)	- RAP 17 m, vive 16á
- T ₂ (no coadyuvante)	- RL + ady. 2á, vivo 9á
- T ₂ (falla técnica)	- No rescate, fallece 1á
- T ₂ (protoc. OK)	- RLR x 2 veces, fallece 7á
- T ₃ (falla técnica)	- RAP 4 m, fallece 2á

con compromiso de la muscular propia, tiene una tolerancia aceptable, por lo que no invalida la vida futura de los pacientes.¹²

El 12,2% de los carcinomas de recto tratados por nuestro grupo accedió a esta técnica, índice muy superior a lo publicado y recomendado por diversos centros.⁴ Ello se debe a que al menos 6 de nuestros 23 pacientes tenían tumores más altos o más grandes que lo recomendado, y el rechazo de algunos a una cirugía radical.

Los índices de recidiva local informados en las 2 últimas décadas varían de 0 a 30%.^{7,13} En nuestro medio reportamos un 20% de recidiva en pacientes seguidos de 1 a 10 años;¹¹ sin embargo, algunos pacientes fallecieron de cáncer luego de un período de observación más extenso. En este nuevo estudio, que incluye esos 10 casos iniciales, se registra una recidiva de 30,4% debida casi exclusivamente al quiebre del protocolo, factor que ha sido gravitante en el resultado final (Tablas 3 y 4).

Dos pacientes con carcinomas poco invasores (T1) recidivaron, muriendo precozmente uno de ellos con una enfermedad diseminada. Recientes estudios señalan que un 10 a 15% de estos tumores metastizan, por lo que es necesario reconocer los factores de riesgo. Además del grado de diferenciación y las trasgresiones técnicas, pareciera que existe una mayor posibilidad de recidiva loco-regional en tumores que se extienden a través de toda la submucosa, donde se ha detectado invasión linfática en un 27 a 69% de estos casos.¹⁴⁻¹⁶

La mayoría de los estudios retrospectivos en pacientes T2 tratados con terapia coadyuvante informan de una recidiva no mayor a 2%^{5,6,11} versus 15 a 20% en aquellos sólo resecaados;^{4-6,8,12,17} en nuestro estudio hubo 5 pacientes no sometidos a tratamiento coadyuvante que no presentaron falla loco-regional. Sin embargo, la evidencia actual reafirma la conveniencia de un tratamiento combinado.

La conducta deseable en tumores con compromiso de la grasa perirrectal (T3) es la cirugía radical precoz,^{4,8,14} que permite una sobrevida a 5 años mayor al 90%; sin embargo, nuevos estudios demuestran resultados alentadores con las terapias coadyuvantes.¹² Estas opciones deben ser discutidas con el paciente, quien debe tener pleno conocimiento de los riesgos y las secuelas de uno u otro tratamiento. Dos de nuestros casos, debidamente informados, rehusaron la posibilidad de una colostomía definitiva y fueron tratados con quimiorradioterapia, con excelentes resultados hasta los 4 y 2 años de seguimiento, respectivamente.

El 76,4% de sobrevida quinquenal real en este estudio es similar al de pacientes de estadios similares sometidos a cirugía radical.^{18,19} Un caso de metástasis pulmonares a los 7 años reafirma la conveniencia de un seguimiento más prolongado.

CONCLUSIONES

La resección local endoanal en algunos pacientes con cáncer de recto bajo puede ser considerada como una opción terapéutica válida debido a su muy baja morbilidad, la preservación de la función esfinteriana, la ausencia de secuelas urinarias y sexuales y resultados oncológicos similares a los pacientes sometidos a cirugía radical.

Sin embargo, estos buenos resultados dependerán del estricto respeto a los protocolos de tratamiento establecidos para cada estadio. Los tumores con compromiso hasta submucosa podrán ser tratados sólo con resección local; los que invaden la muscular propia requerirán quimiorradioterapia complementaria: aquellos con compromiso de la grasa perirrectal no deberían acceder a esta técnica si los estudios clínico e imagenológico predicen este estadio; sin embargo, en caso de ser un hallazgo del estudio de la pieza resecaada, deberá discutirse juiciosa y cuidadosamente la convenien-

Tabla 4
RESECCIÓN LOCAL ENDOANAL EN CA DE RECTO

Autor, año	n	T1	T2	T3	SV%	R. loc.%	Seguimiento años
Mason, 1977	14	0	14	0	100	0	1-8
Hager, 1983	59	39	20	0	97	10	3,5
Stearns, 1984	31	15	14	2	90	26	> 5
Grigg, 1984	16	16	0	0	100	6	9
Whiteay, 1985	40	13	18	9	88	12	> 5
Killingback, 1985	34	0	28	6	82	23	?
Biggers, 1986	141	—	?	—	65	27	> 5
Bermúdez, 1992	16	3	16	0	94	0	1-10
Bannura, 1993	10	4	6	0	100	20	1-7
Contreras, 2001	23	6	14	3	76,4	30,4	2-16

cia de una cirugía radical o una terapia coadyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rothenberger DA, Wong WD: Abdominoperineal resection for adenocarcinoma of the rectum. *World J Surg* 1992; 16: 478-85.
2. Williams NS, Johnston D: The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *Br J Surg* 1983; 70: 460-2.
3. Karanjia ND, Schache DJ, Heald RJ: Function of the distal rectum after low anterior resection for carcinoma. *Br J Surg* 1992; 79: 114-6.
4. Abel ME, Rosen L, Kodner IJ: Practice parameters for the treatment of rectal carcinoma - Supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 991-1006.
5. Morson BC, Bussey HJ, Samoorian S: Policy of local excision for early cancer of the colorectum. *Gut* 1977; 18: 1045-50.
6. Whiteway J, Nichols RJ, Morson BC: The role of surgical local excision in the treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 1985; 72: 694-7.
7. Waugh E, Baeza MR, Rahmer A: Tratamiento conservador del cáncer de recto bajo. *Rev Chil Ginecología* 1992; 2: 128-31.
8. Killingback M: Local excision of carcinoma of the rectum: indications. *World J Surg* 1992; 16: 437-46.
9. Minsky BD: Clinical experience with local excision and postoperative radiation therapy for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 405-9.
10. Taylor RH, Hay JH, Larsson SN: Transanal local excision of selected low rectal cancer. *Am J Surg* 1998; 175: 360-3.
11. Bannura G, Contreras J: Resección local curativa en cáncer de recto. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 393-8.
12. Bleeday R, Breen E, Jassup M: Prospective evaluation of local excision for small rectal cancers. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 388-92.
13. Biggers OR, Beart RW, Ilstrup DM: Local excision of rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 374-7.
14. Nivatvongs S: Surgical management of early colorectal cancer. *World J Surg* 2000; 24: 1052-5.
15. Muto T, Sawada T, Sugihara K: Treatment of carcinoma in adenomas. *World J Surg* 1991; 15: 35.
16. Kikuchi R, Takano M, Tagaki K: Management of early invasive colorectal cancer: risk of recurrence and clinical guidelines. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1286-9.
17. Hager Th, Gall FP, Harmanek P: Local excision of cancer of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 149-51.
18. McDermott FT, Hughes ES, Pihl E: Local recurrence after potentially curative resection for rectal cancer in a series of 1008 patients. *Br J Surg* 1985; 72: 34-7.
19. Bannura G, Contreras J, Cumsille MA: Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto: análisis de 180 pacientes. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 646-54.

INFORME

Dr. CARLOS AZOLAS S

Quiero en primer lugar agradecer al Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile el haberme designado como informante del trabajo de ingreso del Dr. Jaime Contreras Pacheco que nos trae la experiencia en 14 años sobre "Resección endoanal curativa en cáncer de recto: Resultados alejados y evaluación de protocolo".

El tema presentado por el Dr. Contreras constituye, en la actualidad, uno de los procedimientos quirúrgicos a realizar en carcinomas bajos del recto que permite preservar el aparato esfinteriano pero siempre que estas lesiones cumplan rigurosamente con los requisitos exigidos en los protocolos que el grupo de trabajo se haya planteado.

Ahora bien, el número de pacientes que puede cumplir con estos requisitos es muy bajo. En la actualidad, como los señalan las distintas publicaciones, sólo el 5% de los carcinomas del recto son adecuados para la resección local con propósitos curativos.

En la presentación del Dr. Contreras los 23 candidatos a este procedimiento correspondieron

al 12,2% de todos los tumores del recto medio o inferior, tratados en el mismo período, vale decir, de octubre de 1985 a septiembre de 1999. En nuestra experiencia tenemos 12 casos con resección local lo que corresponde al 5,3% de 227 cánceres de recto bajo operados en un período de 18 años. Esto tiene enorme importancia, pues impide reunir un número suficientemente grande de estos tumores que permita lograr adquirir una gran experiencia personal en la resección local de estas neoplasias, lo que podría justificar, finalmente, la falla en la toma de decisiones en algunos enfermos.

Ahora, en su trabajo el Dr. Contreras nos describe las características y naturaleza de las lesiones tumorales, así como también, la técnica quirúrgica con que fueron abordados. Quisiera señalar que existen diferencias, de acuerdo a los grupos de trabajos, con respecto a algunos puntos de los protocolos a emplear en la selección de estos tumores bajos. Por ejemplo, hay diferencias específicamente en: tamaño de la lesión; localización del tumor con respecto a la altura medida desde las márgenes

nes del ano y al lugar en que se ubica en la pared rectal. Así, en la mayoría de las publicaciones, en lo personal y como también lo señala el autor, el margen superior del tumor no debe sobrepasar el límite de 7 cm a partir del borde anal. En este aspecto, en la serie del Dr. Contreras, sólo 17 lesiones respetaron este límite, ubicándose sobre él hasta los 10 cm los 6 casos restantes. Hacemos notar que hay protocolos como el de Bleday R (1997) que incluye también tumores hasta los 10 cm. Pensamos que si se tomó esta decisión en la serie que comentamos, fue porque probablemente las lesiones eran polipoideas, muy móviles y/o pequeñas; hacemos notar, entonces, que no respetó un punto de su protocolo. Con respecto al tamaño del tumor existen diferencias de acuerdo al protocolo suscrito por las diferentes series. En el protocolo del Dr. Contreras el tumor tiene que tener un tamaño de 5 cm o menos, lo que se cumplió en 22 pacientes, el tamaño en un caso fue de 6 cm (ocupaba una hemi circunferencia), por lo que también queda fuera de su protocolo. Para nosotros y de acuerdo con otros autores, la resección endoanal es un procedimiento adecuado para carcinomas menores de 3 cm; esto lo hemos respetado en todos nuestros pacientes. La ubicación de las lesiones en las caras del recto, también la consideramos relevante. Así, a diferencia del autor, no resecamos tumores de la cara rectal anterior, a excepción de que sean pequeños y soleventados. Esto porque en el hombre es muy fácil sobrepasar la fascia de Denonvillieres en nuestro afán de resecar la lesión con amplios márgenes y lesionar estructuras urogenitales vitales y, en la mujer no sólo penetrar a la vagina sino que también a la cavidad peritoneal. Todas estas complicaciones están descritas en la literatura. Pero el punto más relevante en este aspecto se refiere a la profundidad o penetración del tumor en la pared rectal, de manera que carcinomas que comprometen hasta el tejido graso perirrectal quedan fuera de este protocolo.

Estamos de acuerdo con el Dr. Contreras que toda lesión tumoral que va a ser sometida a este tipo de cirugía debe ser bien o moderadamente diferenciada. Esto en relación a estudios anatómopatológicos, especialmente de la Escuela Japonesa que han demostrado que lesiones con estas características y confinadas hasta la *Muscularis mucosae*, es decir tumores (T1) pueden ser metastizantes a linfonodos en un 5% de los casos, pero muy raramente tienen capacidad de diseminación intramural más allá de 1 cm. Cuando la lesión invade la muscularis propia (T2) y los tejidos perirrectales (T3) el riesgo de metástasis ganglionares

aumenta a 17% y 70% respectivamente. En caso de ser indiferenciados este compromiso aumenta al doble. Para ahondar aún más en este aspecto, recientemente se ha propuesto una nueva clasificación de estos cánceres precoces. Así, tumores SM1 son aquellos en que la neoplasia invade sólo el tercio superior de la submucosa; en el SM2 la invasión alcanza al tercio medio y en el SM3 al tercio inferior. Lesiones SM1 y SM2 rara vez recidivan localmente o metastatizan ganglios linfáticos: en estos casos la excisión local constituye la técnica quirúrgica de elección. Lesiones SM3 y SM2 de tipo plano deprimido presentan gran riesgo de recidiva local y de metástasis ganglionares, por lo tanto, la resección local es insuficiente (Kikuchi, 1995 y Nivatvongs, 2000). Pero habría que agregar que hay carcinomas con "mala biología" y que a pesar de haber sido sometidos a una RAP o una RL más RT + QT, recidivan y el paciente muere por su enfermedad.

En la serie del Dr. Contreras hubo 6 pacientes con neoplasias (T1), 14 (T2) y 3 (T3).

El autor señala, además, que se hizo un corte en la serie que nos presenta, dividiéndola en dos períodos: Uno de octubre de 1985 a diciembre de 1993 y otro, desde esa fecha a julio de 2001, quedando 11 pacientes en el primer período y 12 en el segundo; da la razones del porqué de esta división. En base a esto analiza varios parámetros como: en 14 de los 23 pacientes de su serie no se respetó el protocolo establecido, es decir, en un 60,9%, porcentaje que consideramos muy alto. En estos 14 pacientes hubo 4 cirugías defectuosas (2 con pieza quirúrgica fragmentada y 2 con bordes positivos) además, 8 no fueron sometidos a terapia coadyuvante y 2 no se rescataron con cirugía radical.

Ahora bien, a través de las diversas series publicadas se ha logrado establecer que los mejores resultados de esta cirugía se obtienen con sólo RL para los T1; para los T2: RL más RT + QT y, para los T3 el rescate debe ser con cirugía radical, aunque hay series que han obtenido excelentes resultados a largo plazo en T3 rescatados sólo con RT + QT postcirugía.

De la serie que analizamos, 7 pacientes (el 30,4%) presentaron una recidiva local, 5 corresponden al primer período (45,5%) y 2 al segundo con un 16,7%. De acuerdo a los estadios la recidiva fue de 33,3% en los T1 (2/6); del 28,6% en los T2 (4/14) y de 33,3% en los T3 (1/3).

En general, la recidiva es muy variable de acuerdo a las distintas series publicadas llegando algunas hasta cerca del 30%. Así por ejemplo, en la serie de Bleday R. (1997) en 48 pacientes operados con este procedimiento, hubo recurrencia en

un 8% (4/48) con seguimiento promedio de 40,5 meses. En cambio, en la serie de Taylor (1998) presenta una recidiva de 29,8% en 47 enfermos (14/47): 7/27 (T1); 5/17 (T2) y 2/3 (T3) con un seguimiento promedio de 52 meses. De los 47 pacientes 23 recibieron RT y recidivaron 3 (13%) y, 24 no recibieron RT recidivando 11 (45,8%). La sobrevida a 5 años libre de enfermedad fue de 81% para quienes recibieron RT y de 52% para los que no la recibieron. Esto enfatiza el uso de la RT postoperatoria en los T2 y en los T3 que no se rescatan con cirugía. El autor señala que el hecho de no haber usado RT en los casos que la requerían fue por la dificultad de acceder a ella en su medio de trabajo. Pero asevera que de los 5 pacientes no sometidos a tratamiento coadyuvante ninguno presentó falla locorregional.

Estamos de acuerdo con el autor que los tumores T3 debe ser sometidos a cirugía radical cuando se pesquisan preoperatoriamente, lo que ha permitido una sobrevida a 5 años superior al 90%.

El seguimiento alejado de esta serie fue durante 16 años con una media de 67 meses y con una sobrevida quinquenal de 68,8%, lo que consideramos de gran relevancia, dado que el seguimiento es un problema del que adolecen, en general, la mayoría de las series nacionales publicadas.

En resumen, podemos concluir que en el trabajo del Dr. Jaime Contreras se cumplen los requisitos planteados por el autor, es decir, demostrar que la RL puede ser la solución quirúrgica ideal

para algunos carcinomas rectales bajos, pero siempre que exista un criterio en la selección de los casos. Es digno de destacar la honestidad con que analiza su serie en este aspecto, especialmente en relación a los puntos establecidos y no cumplidos de su protocolo, así como también los resultados obtenidos, que sin ser objetables podrían haber sido mucho mejores si hubiera sido más estricto en la selección de los estadios tumorales y en la aplicación de su protocolo.

Por último y en lo personal quiero felicitar al Dr. Jaime Contreras Pacheco, a quien conozco hace muchos años, por haberse decidido ingresar a nuestra Sociedad. Nos consta la seriedad y calidad científica que siempre han contenido los trabajos en que ha participado y, éste que hoy nos ha presentado, no amerita una crítica acerva, pues ha sido su propio autor quien la ha hecho en forma muy rigurosa. Esperamos que este trabajo, en la forma en que se nos ha presentado sirva de ejemplo para quienes comienzan a adentrarse en estos procedimientos quirúrgicos y sea la acuciosidad, la norma que se deba tener siempre presente para obtener los mejores resultados.

Por las consideraciones anotadas, el trabajo del Dr. Jaime Contreras P. revela esfuerzo, interés, dedicación y lo más importante, honradez en este tema controversial de la coloproctología, especialidad tan cara para nosotros, por lo que recomiendo al Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile su aceptación como socio de ella.