

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cáncer del tercio inferior del recto: Avances en su estudio y tratamiento

Dr. FRANCISCO LÓPEZ KÖSTNER

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

El tratamiento del adenocarcinoma del tercio inferior del recto (últimos 7 cm) presenta múltiples desafíos al equipo tratante determinados principalmente por las distintas alternativas terapéuticas a seguir, las que a su vez pueden derivar en importantes diferencias en la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados en el estudio y tratamiento en pacientes operados por un adenocarcinoma del tercio inferior del recto. *Material y Método:* Se revisó la base de datos de todos los pacientes intervenidos con intención curativa por un adenocarcinoma del recto inferior entre enero de 1975 y julio de 2003. En los últimos años se incorporó un nuevo método de etapificación: endosonografía rectal (ER) y una técnica quirúrgica que permite preservar el esfínter anal en tumores ubicados entre 3 y 5 cm del margen anal: resección anterior ultrabaja con disección interesfintérica y anastomosis coloanal manual (RAUBIE). *Resultados:* En el período antes señalado se operaron con intención curativa 165 pacientes por un tumor del tercio inferior del recto, la edad promedio fue 61,8 años y correspondieron al sexo femenino el 56% de los pacientes. La distancia media del tumor al margen anal fue de 4,3 cm y el 51% de los pacientes fue sometido a radioterapia adyuvante. Desde el momento que se introduce la endosonografía rectal se observa un marcado incremento en el porcentaje de pacientes sometidos a radioterapia neoadyuvante (30% vs 68% $p < 0,0001$). Por otra parte, el porcentaje de pacientes sometidos a una resección abdominoperineal cae significativamente una vez que se inicia la RAUBIE (69% vs 34% $p < 0,0001$). El promedio de seguimiento fue de 47 meses. La tasa de recidiva local y la supervivencia global a cinco años fue de 15% y 59% respectivamente. *Conclusión:* Se observa un incremento significativo del porcentaje de pacientes sometidos a neoadyuvancia pudiendo ser la endosonografía rectal uno de los factores más gravitantes que expliquen este hecho. Paralelamente se observa una reducción significativa de la tasa de resección abdominoperineales.

PALABRAS CLAVES: **Adenocarcinoma tercio inferior de recto, tratamiento**

SUMMARY

Treatment of adenocarcinoma of the lower third of the rectum (last 7 cm) poses many challenges to the treating team, mainly because of the several therapeutic options, which may determine important differences in patient's quality of life. The objective of this article is to analyze the results of work up and treatment of patients operated for an adenocarcinoma of the lower third of the rectum. *Material and methods:* The database of all patients with curative surgery for lower rectal adenocarcinoma between January 1975,

and July 2003 was retrospectively reviewed. In later years, a new staging tool was added: endorectal ultrasound (EU). Also recently there has been a new surgical technique that allows preserving the anal sphincter in tumors between 3 and 5 cm from the anal verge: Ultra low anterior resection, with intersphincteric dissection and manual coloanal anastomosis (ULARIS). Results: One hundred sixty five patients were operated, with a mean age of 61.8 years. 56% of patients were female. mean distance from the tumor to the anal verge was 4.3 cm and 51% of patients received adjuvant radiotherapy. Since the introduction of endorectal ultrasound there is a marked increase of neoadjuvant radiotherapy (30% vs 68%, $p < 0.0001$). On the other hand, the proportion of patients undergoing an abdominoperineal resection declines with the use of ULARIS (69 vs 34%, $p < 0.0001$). Median follow up was 47 months. Five-year local recurrence and overall survival were 15 and 59%, respectively. Conclusion: There is a significant increment of the percentage of patients undergoing neoadjuvant therapy, with endorectal ultrasound being one of the determinant factors. At the same time, there is a significant decline in abdominoperineal resection rate.

KEY WORDS: **Adenocarcinoma of the lower third of the rectum, treatment**

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CC) se encuentra dentro de las tres principales causas de muerte por cáncer en la mayoría de los países occidentales.¹ En Chile no disponemos de un registro de tumores por lo que su magnitud se determina en torno a indicadores no muy precisos e indirectos, como la tasa de mortalidad y egresos hospitalarios.^{2,3} Se estima que el CC en Chile tenderá a acercarse a la realidad del resto de los países occidentales. Afortunadamente el CC comparado con otros tumores epiteliales del tubo digestivo, presenta un pronóstico más favorable lográndose curar la enfermedad en más del 60% de los pacientes.⁴ Cuando el tumor se ubica en los últimos 15 cm del tubo digestivo se habla de cáncer de recto (CR) localización que presenta las suficientes particularidades como para que en la actualidad se analicen ambos tumores en forma diferenciada.

Lo más característico del CR es el hecho de encontrarse rodeado por una estructura ósea que restringe el espacio entre éste y los órganos aledaños, lo que confiere una mayor dificultad al cirujano para lograr márgenes libre de tumor. Posiblemente ésta sea una de las situaciones más determinantes en la alta tasa de recidiva local observada después de una resección con intención curativa.⁵ Con la finalidad de reducir la tasa de recidiva local, la neoadyuvancia (quimiorradioterapia) ha ido posicionándose como un paso importante previo a la cirugía. Su mayor indicación es en los tumores que invaden el mesorrecto y/o estructuras aledañas.^{6,7}

En la medida que el tumor del recto se encuentra más cercano al aparato esfinteriano, se hace cada vez más difícil la preservación de la función evacuatoria y de este modo se han desarrollado diferentes alternativas técnicas. En el tratamiento del cáncer de recto, el mayor desafío para el cirujano de colon y recto es el tratamiento de los tumo-

res ubicados en los últimos 7 cm (tercio inferior). Es en esta localización donde se concentra la mayor tasa de recidiva local⁸ y en donde la decisión del cirujano es crítica ya que el paciente puede quedar con una colostomía definitiva (resección abdominoperineal) o ser sometido a un procedimiento que permita preservar su función esfinteriana. Previo a la decisión terapéutica se deben considerar múltiples factores: a) *dependientes del paciente* tales como su riesgo quirúrgico, situación basal (vida independiente, adaptación, etc.), función esfinteriana (clínica y manométrica), b) *dependientes del tumor* como la distancia al margen anal, localización en el recto, tamaño, fijeza a estructuras aledañas (evaluado por tacto rectal), grado de diferenciación en la biopsia, metástasis regionales y/o a distancia, c) *dependientes del grupo quirúrgico* como la experiencia en las distintas técnicas y la tasa de recidiva local. Todo esto habla que en el pronóstico del paciente será clave una buena evaluación preoperatoria. En los últimos años se han agregado nuevos métodos de evaluación que pueden ser utilizados por el mismo cirujano como la endosonografía rectal. Este examen permite evaluar la invasión del tumor en la pared y el compromiso ganglionar en el mesorrecto en forma bastante precisa,⁹ por otra parte permite estudiar la anatomía del esfínter anal interno y externo lo que es útil para definir la invasión por parte del tumor y/o la interrupción anatómica por traumatismos perineales previos (obstétricos, cirugías, etc).

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados en el estudio y tratamiento de pacientes operados por un adenocarcinoma del tercio inferior del recto.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisó la base de datos de cáncer de colon y recto en la cual se mantiene un registro activo de

todos los pacientes operados en la institución desde el año 1975. Para efecto del estudio se incluyeron los pacientes operados hasta Julio de 2003 siendo seleccionados como cáncer del tercio inferior del recto a todos aquellos cuyo borde inferior del tumor se encontraba en los últimos 7 cm, del margen anal medido con un rectoscopio rígido.

Desde el año 1998 se empezaron a ingresar los datos en forma prospectiva y además se establecieron algunos cambios terapéuticos como la incorporación de la resección anterior ultrabaja con disección interesfintérica y anastomosis coloanal manual (RAUBIE). El año 1999 se incorporó la endosonografía como un método de estudio preoperatorio de rutina en los pacientes con cáncer del recto inferior y se inició el uso de la coloplastia en la reconstrucción de los pacientes sometidos a una proctectomía completa.¹⁰ En la etapificación de los tumores se utilizó por mucho tiempo la clasificación original de Dukes siendo reemplazada por el TNM del año 2000. De este modo todos los pacientes previos al año 2000 fueron reclasificados con TNM.

El criterio de selección de pacientes para quimioterapia preoperatoria previo al inicio de la endosonografía fue incluir a todos los pacientes con tumores fijos al tacto rectal. En la actualidad se seleccionan todos los pacientes con tumores uT3-4 y/o uN+. La decisión de la técnica quirúrgica a realizar ha sido habitualmente tomada por el cirujano previo al inicio de la quimiorradioterapia. El protocolo de quimiorradioterapia se ha mantenido según lo publicado previamente.¹¹

Con respecto al tipo de técnica quirúrgica, se realizó una resección anterior baja (RAB) en todos aquellos pacientes en quienes el borde inferior del tumor permitía un margen macroscópico libre de por lo menos 2 cm, al borde superior del anillo anorrectal y además quedaba tejido en el recto remanente disponible para anastomosar. En términos prácticos esto significa no hacer una RAB en tumores por debajo de 5 cm del margen anal. Esta situación cambió con la incorporación de la RAUBIE en todo aquel paciente que presente un tumor hasta un centímetro por arriba de la línea pectínea, que no sea mal diferenciado y que el paciente presente una buena función anal (clínica y manometría). En otras palabras esto ha permitido ofrecer este procedimiento a pacientes con tumores ubicados hasta 3 cm del margen anal.

La resección local transanal la hemos considerado con intención curativa en casos muy seleccionados de tumores ubicados en los últimos 7 cm del margen anal, que sean móviles al tacto rectal, de preferencia ubicados en cara posterior, no mayores de 3 cm, no ulcerados y con histología favorable

(tumores bien o moderadamente diferenciados). En la actualidad le asignamos mucha importancia a la evaluación con endosonografía rectal considerando candidatos a los pacientes con tumores uT1 N0 y casos muy seleccionados de tumores uT2 cuando la opción es una resección abdominoperineal.

Para la definición de recidiva local o metástasis a distancia se incluyó la confirmación histológica, enfermedad palpable o evidente en estudios radiológicos con subsiguiente progresión clínica y/o datos bioquímicos de apoyo: elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA). Se definió como recidiva local a todo tumor recurrente en la pelvis o canal anal con o sin enfermedad concomitante a distancia. Metástasis a distancia fue definida como cualquier recidiva de tumor fuera de la pelvis e incluyó las metástasis a la cavidad abdominal, hígado, pulmones, cerebro y huesos. El patrón de recidiva fue asignado al momento del diagnóstico. La mayor parte de los pacientes fueron controlados cada 6 meses en forma clínica, con exámenes bioquímicos (CEA) y de imágenes (ecotomografía abdominal y/o tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis.¹²

Método estadístico

Se utilizó el test del chi cuadrado para la comparación de las variables categóricas y la t de Student en la comparación de las variables conti-

Tabla 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS
PACIENTES

Variable	n
Edad (x)	61,8±13,6
Sexo	
Femenino	56%
ASA	
I	42%
II	51%
III	7%
Distancia del tumor al margen anal (cm)	4,3±1,9
Pacientes estudiados con endosonografía rectal	34/40 (85%)
Etapificación endosonográfica	
uT	
uT1	3%
uT2	20%
uT3	77%
uN	
uN+	50%

Tabla 2
PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA DESDE EL INICIO DE LA ENDOSONOGRAFÍA

	Período A	Período B	Total
Sin radioterapia	55%	26%	49%
Radioterapia preoperatoria	30%	68%	39%
Radioterapia postoperatoria	15%	6%	12%

Período A: 1975-1998.

Período B: 1999-2003.

nuas considerándose significativo un valor $p < 0,05$. Para la estimación de las tasas de recidiva local, metástasis a distancia y sobrevida a 3 años, se utilizó el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Entre enero de 1975 y julio de 2003 se operaron 380 pacientes con adenocarcinoma rectal, la edad promedio fue de 62 años (i: 20-90) correspondiendo al sexo femenino el 58% de los pacientes. La tasa de reseccabilidad del tumor fue de 97% y la operación fue considerada con intención curativa en 350 pacientes (93%). De estos, un total de 165 pacientes (47%) presentaban un tumor localizado en los últimos 7 cm del recto y son quienes componen esta serie. Las características demográficas se muestran en la Tabla 1. La distancia media del tumor al margen anal fue de 4,3 cm (i: 0,7 cm). Entre los estudios de etapificación preoperatorios

Tabla 3
OPERACIONES PRACTICADAS DESDE EL INICIO DE LA RAUBIE

	Período A	Período B	Total
Resección local	9%	10%	10%
Resección anterior baja	22%	31%	25%
RAUBIE	0	25%	9%
Resección abdominoperineal	69%	34%	56%

Período A: 1975-1997.

Período B: 1998-2003.

destaca el hecho que desde el momento que se introdujo la ER el 85% de los pacientes fue estudiado con este examen y fueron etapificados como tumores uT1, uT2 y uT3 el 3%, 20% y 77% respectivamente. Desde que se incorpora la ER, se observa un aumento significativo de la indicación de radioterapia a expensa de la neoadyuvancia (Tabla 2).

Con respecto al tipo de operación practicada, se observa una reducción significativa de las resecciones abdominoperineales (RAP) desde que se incorpora la RAUBIE (69% vs 34% $p < 0,0001$) (Tabla 3). El detalle de los pacientes sometidos a esta técnica se describe en la Tabla 4. Comparada con otras alternativas técnicas, la RAUBIE se asocia aun mayor tiempo operatorio y morbilidad (Tabla 5). Con respecto a la morbilidad global, una o más complicaciones se observaron en 55 pacientes (morbilidad global 33%) y dos pacientes fallecieron dentro de los 30 días postoperatorios (mortalidad global 1,2%).

Tabla 4
PACIENTES SOMETIDOS A UNA RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA CON DISECCIÓN INTERESFINTÉRICA Y CON ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL

Año	Edad	Sexo	Dist al margen anal	Q-Ro preop.	Coloplastia	Morbilidad	Recidivada	Seguimiento (meses)
1998	76	M	4	No	No	No	No	31
2000	52	M	3	Sí	No	Infec. hda. op.	No	36
2000	50	M	4	Sí	Sí	Filtración anastomótica	Local y distancia	18
2000	68	F	5	No	Sí	No	No	36
2001	67	M	3	Sí	Sí	Filtración anastomótica	No	24
2001	76	F	4	Sí	Sí	No	No	26
2001	61	M	4	Sí	Sí	Retención urinaria	No	24
2001	39	M	5	Sí	Sí	No	No	24
2001	40	M	3	Sí	Sí	Ileo postoperatorio	Local y distancia	22
2002	62	M	4	Sí	Sí	No	No	16
2002	62	M	4	Sí	Sí	No	No	18
2002	43	M	3	Sí	Sí	No	No	12
2002	65	F	3	Sí	Sí	No	No	18
2003	69	F	3	No	Sí	No	No	6
2003	39	M	5	Sí	Sí	No	No	5

Tabla 5
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LAS DISTINTAS OPERACIONES

Variable	RL	RAB	RAUBIE	RAP
Tiempo operatorio	90 min	259 min	296 min	235 min
Distancia del tumor al margen anal	4,4 cm	5,9 cm	3,8 cm	3,6 cm
Morbilidad	6%	21%	33%	41%
Radioterapia preoperatoria	0	42%	80%	33%
Etapa del tumor				
I	83%	32	70%	25%
II	17%	37%	15%	34%
III	0	31%	15%	36%
IV	0	0	0	5%

RL: Resección local.

RAB: Resección anterior baja

RAUBIE: Resección anterior ultrabaja con disección interesfintérica y con anastomosis coloanal manual.

RAP: Resección abdominoperineal.

En el estudio anatomopatológico se confirmó la presencia de tumores en etapa I, II y III en el 35%, 31% y 30% respectivamente. Destaca el hecho de una reducción de los tumores en etapa III e incremento en etapa I que pudiera explicarse por subetapificación producto del mayor porcentaje de pacientes sometidos a neadyuvancia (Tabla 7).

El promedio de seguimiento fue de 47 meses observándose una sobrevida global a 5 años de 59%. La tasa de recidiva local estimada a 5 años fue 15%. Al analizar específicamente a la RAUBIE, se debe señalar que aun cuando el seguimiento promedio es corto (21 meses), solo dos pacientes de 15 han presentado una recidiva local.

DISCUSIÓN

Por mucho tiempo el tratamiento del cáncer de recto del tercio inferior fue sinónimo de una colostomía definitiva dado que la alternativa quirúrgica de rutina era la resección de todo el recto junto con el canal anal y al aparato esfinteriano. El pensamiento detrás de este planteamiento fue el realizar un procedimiento radical que ofreciera una baja

tasa de recidiva local. Tal cual como fue propuesto, se pensaba en la extensión microscópica del tumor no solo a proximal (por vía linfática), sino lateral y en particular distal.^{13,14} En efecto, los trabajos de Girnell contribuyeron a establecer que el margen macroscópico mínimo debiera ser no menor de 5 cm ya que en algunos estudios se había encontrado diseminación hasta 4 cm distal del tumor.^{15,16} En 1948 Claude Dixon de la Clínica Mayo comunica su experiencia en el tratamiento del cáncer del recto superior a través de una resección anterior que permitía la preservación del esfínter anal.¹⁷ Dado los resultados quirúrgicos y oncológicos favorables, esta alternativa técnica se impuso a la resección abdominoperineal en el tratamiento de los tumores rectales en esta localización. El desarrollo de las engrapadoras mecánicas,^{18,19} el uso de las técnicas de "pull through",^{20,21} el descenso endoanal del colon con anastomosis coloanal²² y la evidencia que un margen macroscópico libre de 2 cm, era suficiente para la sección del recto, permitieron dar otro gran paso para liberar a los pacientes de una colostomía definitiva.^{23,24} Es así como a mediados de los años 80s se publican numerosos estudios comparativos entre resección abdominoperineal y resección anterior baja en el tratamiento de los tumores del recto medio (8-11 cm), quedando claro

Tabla 6
ETAPA DEL TUMOR SEGÚN EL ESTUDIO DE LA PIEZA OPERATORIA

	Período A	Período B	Total
Etapa 0	0	4%	1%
Etapa I	31%	42%	35%
Etapa II	29%	36%	31%
Etapa III	36%	16%	30%
Etapa IV	4%	2%	3%

Tabla 7
SEGUIMIENTO Y RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD

	Toda la serie
Seguimiento (meses)	47
Recidiva local	15%
Sobrevida global	59%

que se mantenía la radicalidad permitiendo un pronóstico enteramente comparable.²⁵⁻²⁷

De este modo se restringe la resección abdominoperineal para aquellos tumores ubicados en el tercio inferior del recto (últimos 7 cm del margen anal). El desarrollo del concepto de la resección completa del mesorrecto²⁸ y la evidencia que la mayor parte de las recidivas locales se encontraban más relacionadas al margen lateral que al distal²⁹ fueron posiblemente los elementos más importantes para dar el siguiente paso. Los implantes distales en el mesorrecto (hasta 4 cm)²⁸ y el concepto de la resección completa de éste independiente de la localización del tumor en el tercio medio o inferior, permitió estandarizar la técnica quirúrgica y derribar el paradigma del margen distal de 2 cm.^{24,30,31} A fines de la década anterior se publicaron algunas experiencias mostrando un pronóstico similar en pacientes con tumores localizados en el tercio inferior del recto y que fueron sometidos a una resección anterior baja o resección abdominoperineal.^{32,33}

La indicación protocolizada de radioquimioterapia preoperatoria en los tumores voluminosos del tercio inferior permitió trabajar con lesiones pequeñas o con cicatrices lo que favoreció desde el punto de vista técnico el accionar quirúrgico especialmente cuando se interviene dentro del canal anal. De este modo se habían dado los pasos suficientes para preservar el esfínter anal en los tumores del tercio inferior del recto pero aún quedaba por responder respecto a la función evacuatoria en pacientes sometidos a una proctectomía total en quienes fuera necesaria la resección parcial del esfínter anal interno. El desarrollo del reservorio de colon³⁴ y la coloplastia³⁵ permitieron responder esta inquietud. De este modo surge el concepto de la preservación del esfínter anal en tumores localizados en los últimos 5 cm. Dado que a esta altura se hace muy difícil la sección distal oncológica segura del recto por vía abdominal, se plantea iniciar la cirugía a través del canal anal con lo cual se marca en forma segura el margen distal liberándose el recto distal a través de una mucosectomía y resección parcial del esfínter anal interno.³⁶⁻³⁸ Posteriormente se realiza una resección anterior baja convencional hasta los elevadores, se optimiza la capacidad del colon distal (reservorio de colon o coloplastia), se realiza el descenso y se pasa a través del canal anal para terminar con una anastomosis coloanal manual e ileostomía de protección. Evidentemente que esta es una gran cirugía que se asocia a una morbilidad significativa y que después de un período de 2 a 3 meses hay que reingresar al paciente para el cierre de su ostomía transitoria.

La evolución en el estudio y tratamiento de los pacientes con un adenocarcinoma del tercio inferior del recto en nuestra institución ha sido bastante acorde con la realidad internacional observándose un incremento del porcentaje de pacientes sometidos a neoadyuvancia (quimiorradioterapia) posiblemente determinado por una mejor selección de pacientes en quienes la endosonografía rectal pareciera haber cumplido un papel destacado. Desde su introducción en nuestra institución, la ER ha sido realizada en el 85% de los pacientes con cáncer del tercio inferior del recto. Este examen permite una mayor sensibilidad y especificidad que el tacto rectal o tomografía computada de pelvis que han sido los métodos clásicos de etapificación en cáncer de recto.^{39,40} La efectividad de la endosonografía rectal es comparable a la resonancia magnética pero su costo es menor, es bien tolerada por el paciente y puede ser realizada por el mismo cirujano.^{9,41} Otro aspecto interesante es que la ER permite evaluar la respuesta a quimiorradioterapia y en algunos casos podría ayudar en la selección de pacientes para resección local transanal.⁴²⁻⁴⁴ Una desventaja de la endosonografía es la limitación en la visión de profundidad que no nos permite evaluar bien el margen libre de mesorrecto antes de llegar a las estructuras óseas. Es aquí donde la resonancia magnética puede complementar a la ER. Posiblemente el mayor porcentaje de pacientes sometidos a neoadyuvancia haya sido la causa del aumento de tumores en etapas más iniciales observado en los últimos años.

Con respecto al tratamiento de los pacientes con un cáncer del tercio inferior del recto, un porcentaje mayoritario de pacientes fue sometido a una resección abdominoperineal (56%) lo que se reduce significativamente una vez que se introduce la RAUBIE. Como se puede ver todos los pacientes sometidos a una RAUBIE habrían sido candidatos a una resección abdominoperineal. Al observar la morbilidad asociada a esta intervención se debe destacar la gran diferencia existente frente a la resección local e incluso sobre la resección abdominoperineal. Sin embargo, se debe señalar que ésta es una nueva alternativa técnica en la que se ha debido superar una curva de aprendizaje. Al revisar los resultados de otras series en las cuales se ha realizado una RAUBIE, podemos concluir que nuestras cifras se comparan favorablemente lo que puede explicar porqué se han mantenido patrones de seguridad y criterios de selección estrictos y el hecho que durante la curva de aprendizaje haya participado un mismo cirujano (FLK) en todas las intervenciones.^{38,45} La mayor morbilidad ha sido la deshicencia parcial de la anastomosis coloanal que

en ambos casos gracias a su ileostomía proximal, no requirieron de ninguna medida especial más que esperar por su cicatrización. Ningun paciente ha requerido una reintervención y no hemos observado mortalidad operatoria.

Con respecto al segundo temor derivado de la calidad de su función anal, se puede decir que en quienes se cerró su ostomía, independientemente de su nueva función evacuatoria, todos prefieren la vía natural de evacuación frente a su ileostomía previa. Dado el número reducido de pacientes no es posible concluir respecto a la calidad evacuatoria pero se debe señalar que solo un paciente de los 14 evaluables presenta una incontinencia mayor que requiere del uso de pañales. Los pacientes restantes presentan un promedio de 4 evacuaciones en las 24 horas y un 20% de ellos presentan incontinencia nocturna intermitente. Sin duda que esta situación depende de la longitud de esfínter anal interno que ha sido resecado, el uso de radioterapia preoperatoria y el tiempo en que se realiza la evaluación. En nuestra experiencia se observa mejoría incluso hasta un año después de haber sido cerrada la ileostomía. Al analizar otras experiencias, se observan resultados similares en términos de continencia, promedio de evacuaciones y urgencia.^{38,46} Evidentemente que esta nueva función evacuatoria no es perfecta pero se debe señalar que la calidad de vida de estos pacientes es bastante mejor que la de los ostomizados⁴⁷ y por último en el peor de los casos se podría volver a una ileostomía.

El tercer temor que se presenta frente a esta técnica que permite la preservación del esfínter anal es la seguridad oncológica. En ninguna de las piezas analizadas en anatomía patológica se observó un margen distal o lateral positivo lo cual descarta el primer temor de estar realizando un procedimiento oncológico insuficiente. Solo dos pacientes presentaron una recidiva local para una localización conocida como de "alto riesgo".⁸ Al analizar los dos pacientes que presentaron una recidiva local, se debe señalar que el primer paciente presentaba un cáncer en la cara anterior del recto con sospecha endosonográfica de invasión de la próstata por lo que se le ofreció una prostatectomía concomitante con la resección anterior, situación que el paciente rechazó. De este modo se le practicó una resección de la cápsula prostática quedando un margen negativo de 3 mm y que en su seguimiento posterior fue el sitio de recidiva. el segundo paciente presentó un implante de alrededor de 5 mm en la región perianal alejado unos 3 cm por fuera del margen anal. Este implante no le generaba síntomas y se le extirpó con anestesia local lográndose una resección con margen negativo. A

los pocos meses se le diagnosticaron múltiples metástasis pulmonares. La causa de este implante puede ser atribuida a los puntos de tracción para realizar la anastomosis coloanal, situación descrita por otros autores.⁴⁸ En efecto, la tasa de recidiva local en el tercio inferior del recto oscila entre un 10 y 20%.^{45,49,50} Aún cuando el seguimiento es aún breve, la mayor parte de los pacientes ha pasado sus primeros 18 meses que es el tiempo en el cual se presentan la mayor parte de la recidivas.⁵¹ De este modo pensamos que esta operación es una realidad, que se puede ofrecer con seguridad y con resultados funcionales bastante razonables. Otro importante avance es realizar el tiempo abdominal de esta intervención a través del acceso laparoscópico dejando el trabajo oncológico al tiempo perineal.⁵² Aún cuando aún no hemos realizado esta intervención por vía laparoscópica, creemos que es atractiva y puede ser que en un futuro ayude a disminuir la morbilidad especialmente en lo que se refiere al tiempo abdominal.

Evidentemente que la magnitud y morbilidad de la intervención anterior podría ser evitada con otra alternativa técnica como lo es la resección local transanal. Esta operación presenta una tasa de morbilidad menor del 10%, puede ser realizada con anestesia regional y permite una óptima preservación del aparato esfinteriano y con un posterior reintegro a la actividad muy rápido ya prácticamente no se asocia a dolor ni limitación funcional.⁵³ El gran temor frente a esta operación es su seguridad oncológica ya que la tasa de recidiva local oscila entre un 5% y un 30%. Más que una recidiva local lo que ocurre es una persistencia tumoral en el mesorrecto a través de las metástasis ganglionares que no son resecaadas durante de esta operación. En otras palabras al no poder resecarse el mesorrecto con los ganglios aledaños al tumor, la recidiva en gran parte dependerá de la probabilidad de que hayan quedado ganglios metastáticos. De este modo, el planteamiento más utilizado en la actualidad es el de ofrecer esta intervención a los tumores tempranos en los cuales la probabilidad de metástasis ganglionares es baja.⁵⁴⁻⁵⁶ De hecho, de acuerdo a nuestro criterio de selección ofrecemos esta intervención con carácter curativo solo a los pacientes con tumores en quienes sospechamos una invasión hasta la submucosa (uT1). En casos muy seleccionados (alto riesgo quirúrgico) se podría plantear esta intervención en tumores con invasión parcial de la muscular propia (uT2). Posiblemente el uso de estos criterios estrictos junto al hecho que nuestros pacientes consultaron en forma tardía, pueden explicar que la resección local transanal sea la alternativa técnica menos frecuentemente

utilizada y que incluso su indicación no se haya incrementado ha pesar de la introducción de la endosonografía rectal.

Finalmente la resección abdominoperineal aún mediante un lugar en el tratamiento de estos pacientes en particular en los tumores voluminosos con invasión del aparato esfinteriano o en aquellos casos con mala respuesta a radioterapia, en pacientes cuyo tumor alcance hasta la línea pectínea o en pacientes con una disfunción esfinteriana. La morbilidad asociada a la resección abdominoperineal es comparable con otras series nacionales y extranjeras y sitúan a esta intervención como una alternativa segura en pacientes seleccionados.⁵⁷⁻⁶³ Un avance observado en los últimos años es ofrecer la resección abdominoperineal por un acceso laparoscópico dado que el trabajo oncológico se realiza principalmente por vía perineal.⁶⁴⁻⁶⁶ Los resultados publicados son comparables en términos de morbilidad y aparentemente el pronóstico tampoco sería distinto. En esta serie se han operado con intención curativa solo dos pacientes por lo que no se puede concluir al respecto.⁶⁷

En conclusión, en la actualidad se cuenta con mejores métodos de estudio y tratamiento para los pacientes con cáncer del tercio inferior del recto. La endosonografía rectal posiblemente sea uno de los principales responsables del incremento de pacientes sometidos a terapia neoadyuvante. El hecho de trabajar sobre cicatrices o tumores pequeños (quimiorradioterapia neoadyuvante) sumado al desarrollo de la RAUBIE puede explicar la reducción significativa de la tasa de resecciones abdominoperineales en los últimos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M: Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 23-47.
- Medina E, Csendes A: El cáncer de colon y recto en Chile: características epidemiológicas. *Rev Méd Chile* 1989; 117: 707-13.
- Medina E, Kaempffer AM: Cáncer mortality in Chile: epidemiological considerations. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1195-02.
- López F, Rahmer A, Pimentel FR, Guzmán S: Cáncer colorrectal, estudio de sobrevida y resultados quirúrgicos. *Rev Méd Chile* 1993; 121: 1142-8.
- McCall J, Cox M, Wattchow D: Analysis of local recurrence after surgery alone for rectal cancer. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 126-32.
- Bosset JF, Magnin V, Maingon P *et al*: Preoperative radiochemotherapy in rectal cancer: long-term results of a phase II trial. *Int J Oncol Biol Phys* 2000; 46: 323-7.
- Elsaleh H, Joseph D, Levitt M, House A, Robbins P: Preoperative chemoradiotherapy in locally advanced rectal cancer. *Aust N Z J Surg* 1999; 69: 737-42.
- López-Kostner F, Lavery IC, Hool GR, Rybicki LA, Fazio VW: Total mesorectal excision is not necessary for cancers of the upper rectum. *Surgery* 1998; 124: 612-7; discussion 617-8.
- López F, Pinedo G, Soto G y cols: Utilidad de la endosonografía rectal en la etapificación preoperatoria del cáncer de recto. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 136-40.
- López-Kostner F, Zúñiga A, García-Huidobro I: Resección anterior baja del recto más reconstitución con coloplastia. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 94-6.
- Zúñiga A, Escalona A, López-Kostner F *et al*: Cáncer del recto localmente avanzado: Impacto de un protocolo de radioquimioterapia preoperatoria en los resultados quirúrgicos inmediatos. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 551-6.
- Zúñiga A, Rahmer A, Guzmán S, Llanos O, López Kostner F, Herreros R: Cáncer colorrectal: Valor del seguimiento después de las resecciones curativas. *Rev Méd Chile* 1989; 117: 273-8.
- Miles E: A method of performing abdominopelvic excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2: 1812-3.
- Miles WE: The radical abdomino-perineal operation for cancer of the rectum and the pelvic colon. *Br Med J* 1910; 2.
- Grinnell R: The lymphatic and venous spread of carcinoma of the rectum. *Ann Surg* 1942; 116: 200-16.
- Grinnell R: Lymphatic metastases of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1950; 131: 494-06.
- Dixon CF: Anterior resection for malignant lesions of the part of the rectum and lower part of the sigmoid. *Ann Surg* 1948; 128: 425-8.
- Fain SN, Patin S, Morgarsten L: Use of mechanical apparatus in low colorectal anastomosis. *Arch Surg* 1975; 110: 1079-82.
- Knight CD, Griffen FD: An improved technique for low anterior resection of the rectum using EEA stapler. *Surgery* 1980; 88: 710-4.
- Turnbull RB, Cuthbertson A: Abdominorectal pull-through resection for cancer and for Hirschsprung's disease. Delayed posterior colorectal anastomosis. *Cleve Clin Q* 1961; 28: 109-15.
- Cutait DE, Figlione FJ: A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection. *Dis Colon Rectum* 1961; 1961: 335-42.
- Parks AG: Transanal technique in low rectal anastomosis. *Proc R Soc Med* 1972; 65: 975-6.
- Williams NS, Dixon MF, Johnston D: Reappraisal of the 5 centimeters rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patient's survival. *Br J Surg* 1983; 70: 150-4.
- Madsen PM, Christiansen J: Distal intramural spread of rectal carcinomas. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 279-82.
- Slanetz CA, Herter FP, Grinnell RS: Anterior resection

- versus abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Am J Surg* 1972; 123: 110-5.
26. Nicholls RJ, Tichie JK, Wasworth J, Parks AG: Total excision or restorative resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br J Surg* 1979; 66: 625-7.
 27. Willisms NS, Johnston D: Survival and recurrence after sphincter saving resection and abdominoperineal resection for carcinoma of the middle third of the rectum, 1984. 1984; 71: 278-82.
 28. Heald RJ, Husband EM, Ryal RD: The mesorectum in rectal cancer surgery - the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 1982; 69: 613-6.
 29. Quirke P, Durdey P, Dixon MF, Williams NS: Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumor spread and surgical excision. *Lancet* 1986; ii: 996-9.
 30. Vernava AM, Moran M, Rothemberger DA, Wong WD: A prospective evaluation of distal margins in carcinoma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 333-6.
 31. Karanjia ND, Schache DJ, North WR, Heald RJ: Close shave in anterior resection. *Br J Surg* 1990; 77: 510-2.
 32. Lavery IC, López-Kostner F, Fazio VW: Fernández-Martin M, Milsom JW, JM C: Chance of cure are not compromised with sphincter-saving procedure for cancer of the lower third of the rectum. *Surgery* 1997; 122: 779-85.
 33. López F, Zúñiga A, Rahmer A: Resección abdominoperineal versus operaciones con preservación de esfínter anal en pacientes con adenocarcinomas del tercio medio e inferior del recto. *Rev Chil Cir* 1999; 121: 1142-8.
 34. Lazorthes F, Fages P, Chiotasso P, Lemozy J, Bloom E: Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and colo-anal anastomosis for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1986; 73: 136-8.
 35. Z'Graggen K, Maurer CA, Buchler MW: Transverse coloplasty pouch. A novel neorectal reservoir. *Dig Surg* 1999; 16: 363-6.
 36. Lazorthes F, Fages P, Chiotasso, Bugaat R: Synchronous abdomino transphincteric resection of low rectal cancer: new technique for direct colo-anal anastomosis. *Br J Surg* 1986; 73: 573-5.
 37. Kusunoki M, Skoji Y, Yanagi H *et al*: Modified anoabdominal rectal resection and colonic J-pouch anal anastomosis for lower rectal carcinoma: preliminary report. *Surgery* 1992; 112: 878-83.
 38. Rullier E, Zerbib F, Laurent C *et al*: Intersphincteric resection with excision of internal anal sphincter for conservative treatment of very low rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1168-75.
 39. Nicholls RJ, Mason AY, Morson BC, Dixon AK, Fry IK: The clinical staging of rectal cancer. *Br J Surg* 1982; 69: 404-9.
 40. Kim NK, Kim MJ, Yun SH, Sohn SK, Min JS: Comparative study of transrectal ultrasonography, pelvic computerized tomography, and magnetic resonance imaging in preoperative staging of rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 770-5.
 41. Gualdi GF, Casciani F, Guadalaxara A, D'Orta C, Poletini F, Pappalardo G: Local staging of rectal cancer with transrectal ultrasound and endorectal magnetic resonance imaging: comparison with histologic findings. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 338-45.
 42. Bartram C, Brown G: Endorectal ultrasound and magnetic resonance imaging in rectal cancer staging. *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31: 827-39.
 43. Sengupta S, Tjandra JJ: Local excision of rectal cancer: what is the evidence. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1345-61.
 44. Soto G, López F, Zárate A *et al*: Endosonografía rectal y radioquimioterapia preoperatoria en cáncer de recto. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 359-64.
 45. Köhler A, Athanasiadis S, Ommer A, Psarakis E: Long-term results of low anterior resection with intersphincteric anastomosis in carcinoma of the lower third of the rectum. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 843-50.
 46. Ikeuchi H, Kusunoki M, Shoji Y, Yamamura T, Utsonomiya J: Functional results after "high" coloanal anastomosis and "low" coloanal anastomosis with a colonic J-pouch for rectal carcinoma. *Surg Today* 1997; 27: 702-5.
 47. Williams NS, Johnston D: The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *Br J Surg* 1983; 70: 460-2.
 48. Thompson WH: Adenocarcinoma arising on the site of a Gelpi retractor after coloanal anastomosis for rectal cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 1176.
 49. Gamagami R, Liagre A, Chiotasso P, Istvan G, Lazorthes F: Coloanal anastomosis for distal thir rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1272-5.
 50. Takase Y, Masatoshi O, Komatsu J: Clinical and functional comparison between stapled colonic J-pouch low rectal anastomosis and hand-sewn colonic J-pouch anal anastomosis for very low rectal cancer. *Surg Today* 2002; 32: 315-21.
 51. Abulafi AM, Williams NS: Local recurrence of colorectal cancer: the problem, mechanism, management and adjuvant therapy. *Br J Surg* 1994; 81: 7-19.
 52. Vithiananthan S, Cooper Z, Betten K *et al*: Hybrid laparoscopic flexure takedown and open procedure for rectal resection is associated with significantly shorter length of stay than equivalent open resection. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 927-35.
 53. Bleday R, Breen E, Jessup JM, Burgess A, Sentovich SM, Jr SG: Prospective evaluation of local excision for small rectal cancers. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 388-92.
 54. Morson BC, Bussey HJ, Samoorian S: Policy of local excision for early cancer of the colorectum. *Gut* 1977; 18: 1045-50.
 55. Grigg M, McDermott FT, Phil EA, Hughes ESR:

- Curative local excision in the treatment of carcinoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 81-3.
56. Bannura G, Contreras J: Resección local curativa en el cáncer de recto. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 393-8.
 57. Raddatz A, Ibáñez L, Zúñiga A, Rahmer A, Cornejo E: Resección abdominoperineal. Experiencia clínica. *Rev Chil Cir* 1982; 4: 443-6.
 58. Valenzuela D, Hermansen C, Stevens P *et al*: Tratamiento del cáncer rectal. *Rev Chil Cir* 1995; 47: 342-52.
 59. Contreras J, Fasola C, Bannura G, Andrade O, Navarrete C, Flores R: Complicaciones en la cirugía del cáncer de colon y recto. *Rev Chil Cir* 1982; 35: 232-5.
 60. Huenchullán I: Amputación abdominoperineal del recto en el cáncer de recto y ano. *Rev Chil Cir* 1977; 2: 65.
 61. Bokey EL, Chapuis PH, Hughes WJ, Koorey SG, Hinder JM, Edwards R: Morbidity, mortality and survival following resection for carcinoma of the rectum at Concord Hospital. *Aust N Z J Surg* 1990; 60: 253-9.
 62. Rothenberger D, Wong D: Abdominoperineal resection for adenocarcinoma of the low rectum. *World J Surg* 1992; 16: 478-85.
 63. Bannura G, Contreras J, Cumsille Ma, Melo C: Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer del recto: análisis de 180 pacientes. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 646-54.
 64. Kokerling F, Scheidbach H, Schneider C *et al*: Laparoscopic abdominoperineal resection: early postoperative results of a prospective study involving 116 patients. *The Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group. Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1503-11.
 65. Sackier JM, Berci G, Hiatt JR, Hartunian S: Laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum. *Br J Surg* 1992; 79: 1207-8.
 65. Baker RP, White EE, Titu L, Duthie GS, Lee PW, Monson JR: Does laparoscopic abdominoperineal resection of the rectum compromise long term survival? *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1481-5.
 66. López F, Soto G, Pérez G *et al*: Protocolo de cirugía laparoscópica intestinal. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 225-31.

INFORME TRABAJO DE INGRESO

En primer término quisiera agradecer al Directorio de nuestra Sociedad la distinción al designarme como Informante del Trabajo de Ingreso del Dr. Francisco López Köstner titulado "CÁNCER DEL TERCIO INFERIOR DEL RECTO: AVANCES EN SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO". Este estudio toca uno de los temas más complejos y apasionantes de la cirugía.

El mejor pronóstico relativo del cáncer colorectal señalado por el autor, es algo innegable con cifras globales del 60% de sobrevida a 5 años, lo que se compara muy favorablemente con el pronóstico de otros tumores digestivos (estómago 30%, vesícula 7%, esófago 5% y páncreas 3%). Como lo insinúa el autor, con la información que hoy día se dispone, es necesario considerar por separado el cáncer del colon y el cáncer de recto. No sólo la situación anatómica de este último sino probablemente diferencias biológicas (por ejemplo, diferencias en el comportamiento del CEA) dan cuenta de las notables diferencias en los resultados globales de sobrevida entre ambos tumores. En efecto, series nacionales y extranjeras obtienen una sobrevida a 10 años de 83% en pacientes sometidos a una intervención con intención curativa por un cáncer de colon, cifra que no supera el 50% en los casos de cáncer del recto.

El autor enfrenta con claridad el problema del cáncer del tercio inferior del recto que define como aquellos tumores ubicados por debajo de 7 cm al

margen anal medido con un instrumento rígido. Con una mirada totalizadora, analiza los problemas técnicos, las indicaciones de la resección local y de la técnica de la resección anterior ultrabaja con disección interesfintérica (RAUBIE), así como el impacto de la ultrasonografía endorrectal (USER) en la toma de decisiones y la trascendencia de la neoadyuvancia en el manejo de este tumor.

En los resultados es llamativo el porcentaje global de reseccabilidad con intención curativa del 93% de la serie total que abarca 25 años de la Institución con un total de 380 pacientes. Definitivamente estamos frente a una serie muy favorable con sólo un 5 a 7% de los pacientes en estadio TNM IV, cifra que en los hospitales públicos de nuestro medio alcanza por lo menos al 25%. Esta realidad de la PUC, que probablemente refleja la condición socioeconómica y de acceso a la salud de dichos pacientes, es semejante a centros de punta de USA, lo que, por otra parte, no refleja la realidad global de ese país. En efecto, el número de casos nuevos de cáncer de recto para el año 2002 se calcula en USA en 41.000. Por otra parte, los grandes centros especializados (Mayo, Cleveland, Sloan-Ketering, etc.) publican 800 a 1.200 casos en 10 o más años, no superando los 250 a 300 casos tratados por año. ¿Dónde reciben tratamiento el resto de los miles de pacientes portadores de un cáncer de recto? Sin duda, en centros asistenciales

más pequeños y hospitales del condado donde la protocolización, la experticia y el apoyo tecnológico es muy distinto.

El Dr. López define con precisión las indicaciones de la RAB y de la RAUBIE, reservando esta última para los tumores de los últimos 5 cm. Del mismo modo señala con claridad los criterios para decidir una resección local, que en los últimos 5 años se han basado en la etapificación mediante USER. El porcentaje de Resección local no ha variado entre ambos períodos (9 y 10% respectivamente), lo que probablemente refleja la mejor discriminación del examen en comparación con la clínica y el TAC. En otras palabras, pacientes clínicamente candidatos a resección local, son objetados por tener un compromiso transmural avanzado y/o linfonodos positivos a la USER. Del mismo modo, gracias a este examen, ha aumentado la indicación de la neoadyuvancia en forma significativa, lo que queda claramente demostrado en este estudio.

A pesar del sesgo que significa el análisis retrospectivo de las complicaciones, los resultados en cuanto a morbilidad global que alcanza al 33% es muy satisfactoria. Del mismo modo, asumiendo que se trata de una serie consecutiva (sin exclusión de pacientes), la mortalidad global del 1,2% de una serie que abarca un período de 25 años son muy destacados y se comparan favorablemente con la mayoría de las series publicadas. Al respecto, debemos reconocer que hasta hoy no existe un criterio de mortalidad operatoria que sea universal y consensuado. El concepto de mortalidad hasta los 30 días de la intervención utilizado por el autor, tiene el sesgo de los pacientes que fallecen con posterioridad de complicaciones directamente relacionadas con la cirugía efectuada, lo que hoy día no es excepcional producto del notable avance registrado en los últimos años en las unidades de pacientes críticos. La mortalidad definida como intrahospitalaria, es decir, hasta el alta o fallecimiento del paciente, podría no registrar los pacientes que reingresan en el corto plazo por complicaciones médicas o quirúrgicas de curso letal.

Aunque el autor reconoce la mayor complejidad técnica y la mayor morbilidad de la RAUBIE, no es menos cierto que ésta no es superior a otras técnicas de descenso con conservación esfinteriana y, sin duda, elimina la morbilidad de la herida perineal de la resección abdominoperineal (RAP) que no es despreciable. Expone con detalle los aspectos técnicos de esta técnica, considerando la calidad de vida una vez cerrada la ileostomía de protección y, por cierto, analiza la seguridad oncológica de la técnica. En cuanto a los aspectos técnicos, la RAUBIE empleada en 15 pacientes con

buenos resultados inmediatos debieran mejorar aún más con la curva natural de aprendizaje. Los resultados en términos de recidiva local y sobrevida a largo plazo no es posible definirlos actualmente por el corto tiempo de seguimiento (21 meses como promedio). Esto adquiere mayor relevancia si aceptamos que la recidiva local puede presentarse en forma más tardía en los pacientes sometidos a radioterapia preoperatoria. No obstante lo anterior, la recidiva local global (es decir con o sin recidiva a distancia) del 15% para este tipo de tumores es muy satisfactoria y su explicación es multifactorial: la buena selección de los pacientes, el impacto de la neoadyuvancia y, sin duda, la calidad de la cirugía radical efectuada por el Dr. López, hecho demostrado en las series de Europa y en USA. No se analiza en el texto porqué una recidiva local tan satisfactoria no impacta en forma clara la sobrevida global que es sensiblemente similar a la serie histórica de la institución (59% versus 50%). Creo que sólo el seguimiento en el largo plazo nos dará la respuesta a esta interrogante crucial.

La conclusión sobre la vigencia de la RAP en muy acertada y, sin duda, en aquellos pacientes con compromiso del aparato esfinteriano, tumores que alcanzan o sobrepasan la línea pectínea o con insuficiencia previa de la función esfinteriana no cabe otra posibilidad. Esta cifra que en el segundo período de la serie corresponde al 34% de los pacientes es óptima, puesto que se refiere sólo a los tumores del recto inferior y representa alrededor del 10% del total de los tumores del recto.

En suma, el Dr. López nos presenta una serie institucional que abarca un período de 25 años, destacando los avances de los últimos 5 años, en los cuales se incorpora en el diagnóstico y la etapificación preoperatoria la USER, lo que sin duda, representa una iniciativa personal del Dr. López. Además, se define más claramente las indicaciones de la neoadyuvancia en el manejo del cáncer del tercio inferior del recto apoyado por la USER y finalmente se inicia una experiencia con la técnica de la RAUBIE que permite la conservación esfinteriana en pacientes con tumores bajos favorables por su tamaño y movilidad o bien, con una respuesta clínica significativa a la radioquimioterapia preoperatoria. La serie muestra resultados muy alentadores lo que refleja la dedicación, el esfuerzo y la refinación técnica lograda por el Dr. López.

El Dr. Francisco López Köstner se formó en la PUC como cirujano general durante 3 años y luego como especialista en cirugía digestiva por otros 2 años. En el año 1996 viaja a USA para realizar un Fellowship en la Cleveland Clinic, Ohio, USA du-

rante 2 años, que posteriormente complementa con un entrenamiento en USER. Es profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de la PUC y desde el año 2003 ejerce como Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Clínico. A los 40 años exhibe un curriculum muy destacado con más de 20 trabajos publicados en el extranjero y más de 40 publicaciones nacionales como autor o coautor. Ha ganado varios proyectos concursables, ha participado en múltiples Congresos y organizado Cursos internacionales de gran calidad. En suma, el Dr. López ha desarrollado una labor muy destacada y fructífera en el campo de la cirugía digestiva, manteniendo un equilibrio entre lo asistencial, la docencia, la investigación y la extensión, sin olvidar sus dotes de organizador y motor de numerosos proyectos, entre los cuales

debo mencionar la USER, la cirugía laparoscópica colorrectal y los estudios de biología molecular del cáncer colorrectal. Sr. Presidente, en vista de lo anterior, es para mí particularmente grato solicitar a Ud. la incorporación del Dr. López Köstner como miembro titular de la Sociedad de Cirujanos de Chile, esperando que nuevos aportes contribuyan al mejoramiento continuo de nuestra Sociedad y al avance de la cirugía digestiva de nuestro país.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.
MSCCH

Santiago, noviembre 16 de 2003.