

La Vía Posterior en el Tratamiento de las Lesiones Benignas del Tercio Inferior del Recto

Dr. Pedro Morgado N.*
Dr. Rafael Alfonzo*

Morgado N.P, Alfonzo R. La vía posterior en el tratamiento de las lesiones benignas del tercio inferior del recto. *Centro Médico*, 1990;36:94-95.

RESUMEN

Se presenta una serie de cuatro pacientes operados por lesiones benignas del tercio inferior del recto, tres pólipos vellosos y un ano imperforado con bolsa rectal alta, empleando el abordaje posterior de Kraske, modificado al conservar la integridad del sacro y del coxis. La técnica quirúrgica, igualmente, permite una buena visualización de todo el tercio inferior del recto y las estructuras anatómicas vecinas, del inferior de la ampolla rectal y del canal anal, sin necesidad de seccionar el complejo esfinteriano.

ABSTRACT

Four patients with benign lesions of the lower third of the rectum, treated by a modification of Kraske's technique, are discussed. Three patients had villous polyps and the fourth, a mongolic child, had a high imperforated anus without recto-urethral fistula. Details of the surgical technique are given, stressing the usefulness of the procedure which allows a nice visualization of the rectal ampulla and its surrounding structures. The authors strongly recommend this modified Kraske's technique, for the management of non-malignant lesions of the lower third of the rectum which cannot be treated through the anus.

PALABRAS CLAVES

Aparato Digestivo, Cirugía Abdominal, Oncología, Recto.

La vía posterior para el abordaje de los tumores malignos del recto fue propuesta por Kraske,⁶ pero debido a su frecuente fistulización y a su alta tasa de recurrencia local, fue abandonada al aparecer en 1906 la resección abdomino-perineal introducida por Miles. Posteriormente fue modificada por Finsterer,⁴ Goetz,⁵ D'Allaines,² Donaldson,³ Localio⁷ y York-Mason^{8,9} buscando resolver los problemas básicos de la técnica original en relación con los problemas malignos.

Recientemente la técnica de Kraske ha sido puesta nuevamente en uso, para tratar neoplasias benignas y malformaciones congénitas que afectan el tercio inferior del recto. Las neoplasias más comúnmente tratadas con esta técnica son los pólipos vellosos voluminosos, que no pueden ser exteriorizados a través del ano.^{10,11,12}

El presente trabajo se refiere a cuatro pacientes operados por neoplasia benigna³ y ano imperforado con bolsa rectal alta,¹ seguidos entre 2 y 11 años.

MATERIAL Y METODO

El material lo constituyen tres mujeres con edades de 70, 64 y 58 años, y un niño de 8 años de edad, mongólico, nacido con una imperforación anal y tratado inicialmente con una colostomía transversa derecha.

El diagnóstico pre-operatorio de las tres mujeres fue de pólipo vellosos del tercio inferior del recto.

Todos los pacientes fueron evaluados apropiadamente antes de la intervención. En el niño se demostró la existencia de una bolsa rectal situada por encima de los elevadores y buena contractilidad de los esfínteres.

Salvo en el niño, donde se practicó una anastomosis coloanal, la técnica quirúrgica fue uniforme, empleando anestesia general en todos los pacientes.

TECNICA QUIRURGICA

Paciente en posición semi-prona y nalgas separadas forzosamente; identificación de esfínteres mediante estimulación eléctrica; incisión media posterior desde el coxis hasta el esfínter externo; apertura de la fascia inter-elevadora; disección combinada del tercio inferior del recto; identificación de las estructuras

* Servicio de Cirugía N° 2, Hospital "Carlos J. Bello", Caracas.

anteriores; proctotomía en la cara posterior, con resección del proceso neoplásico y cierre del defecto rectal con una sutura en dos planos, empleando Vicril en ambos. En el caso de la imperforación anal, se constató la ausencia de fístula rectouretral y se llevó la disección superiormente hasta la reflexión peritoneal, a fin de movilizar ampliamente la bolsa rectal, que fue anastomosada a un orificio anal creado mediante incisión cruciforme de la piel a nivel de la fovea anal. En esta anastomosis se empleó sutura de Vicril 4-0 y posteriormente se cerró la colostomía. En ningún caso se hizo resección del coxis. Un dren de succión al vacío fue colocado a ambos lados del recto, reparándose el periné plano a plano, empleando cárgut crómico 3-0 y la piel con Dremalón 4-0. Los drenes de succión fueron retirados a las 48 horas o antes, si no había secreción. En tres pacientes se empleó Metronidazole y Cefotaxime a dosis de 1 y 3 gramos, respectivamente, durante el acto quirúrgico, y en ninguno de ellos hubo infección postoperatoria. En otra paciente no se empleó antibiótico peroperatorio y presentó un absceso perineal que drenó espontáneamente y evolucionó sin complicaciones ulteriores.

DISCUSION

La técnica empleada por Kraske incluía la extirpación del coxis y, para ganar mayor campo, las últimas dos piezas sacras con disección y ligadura cuidadosa de la arteria sacra media. La técnica de York-Mason, así como la de Peña, en el niño, para el tratamiento del ano imperforado, seccionan el complejo esfinteriano para permitir una mejor visualización de la ampolla rectal y el canal anal, requiriendo una cuidadosa reparación quirúrgica. Sin embargo, el mecanismo esfinteriano, en la práctica, es poco afectado.

El abordaje que presentamos, sin ser original, permite enfrentar directamente los problemas del tercio inferior del recto. Idealmente, puede y debe ser utilizado para la resección de las lesiones neoplásicas benignas, voluminosas, que permita, en primer lugar, un adecuado margen de resección y, en segundo lugar, una cómoda reparación del defecto creado. El margen de resección es

importante, porque muchas de estas lesiones polipoideas vellosas pueden tener cambios histológicos degenerativos, incluso focos de carcinoma, que podrían considerarse suficientemente tratados en esta forma.

La vía posterior, sola, o combinada, es igualmente apropiada para el tratamiento de las malformaciones anorectales altas, con o sin fístula recto-uretral o recto-vaginal, así como también para la exploración de heridas perineales con lesión pura del recto extraperitoneal, pudiendo ser asociada a la exploración abdominal en caso de sospecha de lesiones intra-abdominales.

BIBLIOGRAFIA

1. Crowley R.T., Davis D.A.: A procedure for total biopsy of doubtful polipoids growths of the lowest large bowel segment. *Surg. Gyn-Obst.* 1951; 93:23.
2. D'Allaines FLA, de Vernejour R.: Conservation de la fonction sphincterienne dans la cure operatoire du cancer du rectum. *J Chir. (Paris)*, 1946; 62:275.
3. Donaldson G.A., Rodkey G.V., Behringer G.A.: Resection of the rectum with anal preservation. *Sur. Gyn-Obst.* 1966; 123:571.
4. Finsterer H.: Zur chirurgischen Behandlung des Rectum-Carcinom. *Arch. Klin. Chir.*, 1941. 202:15.
5. Goetze O.: Die abdominosacrals Resektion des mastdarms mit wieder Herstellung der naturlichen inkontinenz. *Arch. Klin. Chir.* 1944. 206:293.
6. Kraske P.: Zur Exstirpation Hochsitzender Mastdarmkrebse. *Verhandl. Deutsche. Gellesch. Chir.* 1885, 14:464.
7. Localio S.A., Eng K.: Malignant tumors of the rectum. *Curr. Probl. Surg.* sept. 1975, 12:1.
8. Mason-York A.: Transphincteric approach to rectal lesions. En Nehus LM (editor): *Surgery Annual.* 6., 1974. New York, Appleton Century Croft.
9. Mason-York A.: Transphincteric exposure of the rectum. *Ann. R Coll. Surg Eng.* 1972, suppl, 51:320.
10. O'Brien P.H.: Kraske's posterior approach to the rectum. *Surg. Gyn-Obst.*, 1976, 142:413.
11. Peña
12. Wilson S.E., Gordon H.E.: Excision of rectal lesions by the Kraske approach *Am. J. Surg.* 1969, 118:213.