

# A r s M e d i c a

Año VIII

Diciembre de 1932

N.º 88

**Servicio de Patología digestiva  
del Hospital de la Santa Cruz y  
San Pablo de Barcelona**

## El diagnóstico precoz del cáncer del recto (\*)

Por el doctor **F. Gallart Monés**

Director de la Escuela de Patología digestiva del  
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona

Vamos a ocuparnos en la conferencia de hoy, del diagnóstico precoz del cáncer del recto y de lo que, una vez sentado aquél, puede esperarse del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad. Hace escasamente unos 10 años, esta neoplasia intestinal casi no interesaba a los médicos; nadie se cuidaba del problema que a diario planteaba, que en llegando a la obstrucción, se resolvía fácilmente con la práctica de un ano contra natura, mientras los cirujanos, asustados por la enorme mortalidad operatoria, se desentendían igualmente de la cuestión. Pero desde entonces hasta el momento presente, la lucha contra el cáncer del recto es un hecho innegable; y mientras los técnicos discuten si debe darse la prioridad de elección a la resección abdomino-perineal o a la practicada por vía rectal simple, el caso es que muchos enfermos curan y el optimismo de estos éxitos se traduce en una lucha mayor, frente a la neoplasia.

Si en los trabajos y publicaciones recientes, en especial en las estadísticas de HARTMANN, se comprueba que bastantes casos son susceptibles de curación gracias a la cirugía; ¿por qué tenía la operación de estas formas neoplásicas tan mala fama en estos

años pasados? Además de ser una intervención muy seria y mutilante, llegaban los enfermos al cirujano en un estado tal, no sólo de nulas defensas generales, sino de desarrollo local del tumor, invasión total de paredes y contornos del recto, que la mortalidad era crecidísima, y las probabilidades de reproducción, al cabo de cierto tiempo, mucho mayores aún. Este estado deplorable de los enfermos cancerosos del recto, era debido a que el diagnóstico precoz de la neoplasia rectal es uno de los más difíciles que en la clínica se presentan habitualmente.

La neoplasia del recto, la más benigna de todas las que asientan en el tubo digestivo, puede evolucionar durante meses, sin que ningún trastorno local o general, manifieste su presencia y vitalidad. Hay múltiples enfermos, en apariencia sanos, obesos, fuertes, que llevan no obstante en su recto, una neoplasia llegada ya al período inoperable. Contribuye a la dificultad diagnóstica el hecho de que la mayor parte de

(\*) Conferencia dada el día 22 de junio de 1932. Redacción del doctor A. Romero Calatayud, médico asistente.

los cánceres del recto, asentando a nivel de la ampolla, ni producen estenosis, ni síntoma alguno que lleve al ánimo la sospecha de su existencia, hasta que una ulceración de la masa tumoral, o su avanzado crecimiento, la manifiestan dentro por completo de los límites de la inoperabilidad.

Existe aún un tercer motivo, causa de los fracasos a que conduce el conocimiento del tumor en un período ya demasiado avanzado. Se trata de que el médico desconoce el síndrome rectal incompleto; y aguardando hasta su presentación total, deja evolucionar un proceso, que pasa gradualmente a adquirir un pronóstico sumamente grave. No se conoce este síndrome rectal incompleto, y la falta en el momento preciso, de la práctica del tacto rectal, de la rectoscopia llevada a cabo por manos especializadas, conduce a la equivocación diagnóstica segura. Pierden el tiempo los enfermos que con el título de colíticos, hemorroidarios, etc., avanzan progresivamente en el camino rápido de su terminación fatal; un simple tacto rectal puede que les hubiera salvado y su introducción en la práctica diaria, debe ser la mejor manera de luchar en contra de la neoplasia maligna del recto.

Para despistar un cáncer de recto en su comienzo, es absolutamente necesario el pensar en él; y no podemos consentir en manera alguna el que un enfermo afecto de esta terrible dolencia, pase de largo por delante de nuestros ojos, sin pensar en la posibilidad de su existencia.

¿Cuáles son los síntomas en que deberemos basarnos para diagnosticar precozmente la neoplasia rectal? Son tres: el enfermo depone sangre, tiene diversos trastornos de la defecación y aqueja tenesmo. Al comenzar la enfermedad, uno sólo de estos síntomas debe bastarnos para descubrirla, si esperamos a reunir el cuadro completo, con seguridad será ya tarde.

Es raro que el enfermo no tenga sangre en sus deposiciones. Se trata de un sujeto sano, robusto, que tiene algo de sangre en su deposición y al que muchas veces sin mirar siquiera, se le diagnostica de hemorroides. ¿Qué diferencia hay entre la sangre del neoplásico y la del hemorroidario? Tengámosla siempre muy presente. La sangre del enfermo afecto de hemorroides, riega su deposición, según una gráfica expresión habitual; es decir: depone, y con los esfuerzos, algún nódulo se rompe y un poco de sangre queda encima del excremento o es recogida al realizar el enfermo su *toilette anal*. El neoplásico, por el contrario, puede deponer sangre sola (¡cuántas neoplasias comienzan por una epistaxis rectal!), en pequeña o mediana cantidad; otras veces la sangre se une en forma de filetes recogidos por el arrastre, al excremento que sale, y otras por fin, empujan las heces la sangre retenida en la ampolla rectal, que queda materialmente cubierta por la deposición, que es posterior con relación a su salida, al revés de lo que observamos en el hemorroidario. Los tipos descritos son, pues, bien distintos de uno a otro caso; pero sea como fuere, ante todo enfermo que acusa la salida de sangre por el ano, es completamente imprescindible el practicarle el tacto rectal y la rectoscopia y biopsia en casos necesarios o dudosos.

Hemos anotado que integran también el síndrome rectal los trastornos de la defecación. El cáncer rectal puede asentar en tres zonas diferentes; a saber: en el ano; en la ampolla y en el límite de ampolla y sigmoidea. Según estas diversas localizaciones, la sintomatología en cuanto refiere a los trastornos que estudiamos, varía de unos casos a otros. Las neoplasias de ampolla, no ofrecen ningún síntoma característico, hasta períodos muy avanzados de su evolución. Por el contrario, las que asientan a

nivel de esfínter y del ángulo recto-sigmoide cursan rápidamente con trastornos de la defecación, pertenecientes al tipo de la constipación pertinaz, de las pseudo-diarreas, o de las diarreas verdaderas. Ante todo estreñido crónico, cuyo intestino no obedece a un tratamiento bien orientado, ante todo enfermo que depone varias veces al día un flujo gleroso sanguinolento característico de las falsas diarreas, o ante una diarrea típica, rara en la neoplasia rectal, en la que sólo se presenta como complicación, síntoma de rectitis o recto-colitis concomitante, o en los períodos finales de la afección cuando ya el tumor se ha ulcerado y tiene metástasis, hay que pensar sistemáticamente en la neoplasia rectal y cuidar de deslindar su existencia cuidadosamente.

Un tercer síntoma es el tenesmo. Entendemos por tal, una sensación de cuerpo extraño en el recto, con necesidad de expulsión. Un algodón introducido, un coproma, una neoplasia, lo producen de igual manera. Generalmente, el tenesmo típico, es un síntoma final de las neoplasias del recto, pero existe otra clase de tenesmo, el que cursa con pequeñas crisis de obstrucción intestinal, y que nos interesa en alto grado. Se trata de un individuo normal, que se indigesta periódicamente cada 15 ó 20 días, que tiene estreñimiento y que en los días de indigestión presenta un poco de dolor de vientre, alguna náusea, no depone nada y tiene un ligero tenesmo. De un modo gradual las crisis aumentan en intensidad; se añaden los vómitos, se le hincha el vientre, hasta que un día, el chapoteo, la macidez declive, etc., permiten seguramente diagnosticar la oclusión. Es necesario vigilar cuidadosamente estos enfermos, que tras su síndrome oclusivo, su tenesmo apenas manifiesto y su poquito de sangre en las heces, pueden ocultar la neoplasia rectal. Está claro que el tenesmo, como síntoma, puede tam-

bién presentarse en los casos de hemorroides, de colitis de tipo neuropático, etc.; pero hay que desconfiar sistemáticamente, y pensar siempre en la neoplasia, en la posibilidad de su existencia.

Frente por frente del síndrome rectal incompleto, cursando con una falsa diarrea, un estreñimiento pertinaz, etc., ante un individuo sano al parecer, que acusa sangre en sus deposiciones, es absolutamente imprescindible, si queremos despistar la neoplasia rectal, practicar el tacto, y acordarse de que la neoplasia no excluye las hemorroides, que en ocasiones son un mero síntoma del proceso tumoral. Repitamos una vez más: tacto, rectoscopia y biopsia en caso necesario, son las bases del diagnóstico del cáncer del recto en tiempo oportuno.

¿Qué datos nos puede suministrar el tan nombrado tacto rectal? La exploración visual del ano y sus márgenes nos orienta por de pronto a descartar lesiones, que como las fisuras, hemorroides externas, etc., pueden ocupar un lugar en la patología rectal. Al tacto, encontraremos fácilmente la forma ano-rectal de la neoplasia, pero no así las demás, que aparecerán ante un dedo bien acostumbrado, como algo anormal que hay más allá de la mucosa sana, como una neoformación dura, una pared que sangra con facilidad, etc. La rectoscopia nos orientará mejor en estos casos. Introducido el tubo, aparece la mucosa del recto, totalmente sana, despegada, como queriéndose meter en el tubo del rectoscopio, hasta que de pronto, en medio de esta normalidad encontramos un obstáculo, un cuerpo duro mamelonado, a veces ulcerado, que no permite el paso más allá. Es una estenosis parietal, lateral, irregular; mamelonada, la que se interpone en nuestro camino. Si por fin logramos franquearla, volveremos a encontrar más arriba de ella la misma mucosa sana que hallamos al comienzo de la exploración, en

los niveles inferiores. Esta estenosis uni, o en casos, bilateral, excéntrica, con mucosa rectal sana, es de un valor formidable para el diagnóstico de la neoplasia rectal.

La rectoscopia nos descubre a veces otro tipo de neoplasia, la ulcerada. Se trata de una ulceración aislada, dura, única, que sangra fácilmente y cuya mucosa vecina se encuentra por completo sana. ¿En qué tipo de ulceración amibiana o colítica encontraremos estos caracteres?

Bien distintas de estas estenosis neoplásicas, son las congénitas, en diafragma, de orificio central, sin lesiones vecinas, fácilmente desplazables y movibles en bloque con el recto. Otro tanto podemos decir de la estenosis con lesión difusa de la mucosa, en que la porción inferior ha cambiado el epitelio cilíndrico por pavimentoso y la mucosa infiltrada forma como un embudo que oprime el dedo y dificulta su progresión, deteniéndole casi siempre a unos 5 cms. de la entrada. En numerosos trabajos ya hemos sentado el origen perirectal de estas estenosis.

Hay por fin, otro tipo de neoplasia rectal, descubrible y diagnosticable también por la rectoscopia, pero que por su extrema rareza, no haremos sino nombrar: es la neoplasia con endurecimiento total e infiltración del recto, que no determina estenosis.

Conociendo el síndrome rectal incompleto y su traducción clínica, perderá el cáncer de recto, la mala reputación de incurable, de que goza hoy día entre médicos y cirujanos, ya que el criterio de la operabilidad está en relación con la precocidad del diagnóstico y el éxito depende más de la rapidez diagnóstica del clínico, que de la habilidad manual del operador que intervenga el proceso.

Excepción hecha de los cánceres del canal anal de tipo pavimentoso, epitelio

baso, o raramente espino-celular, susceptibles de curación por medio de un tratamiento radioterápico adecuado, las otras formas de neoplasia rectal, son tributarias de la cirugía.

El éxito quirúrgico inmediato o lejano, depende sin duda de la precocidad de la intervención, que realizada en el momento oportuno, da supervivencias de más de 5 años, como anota HARTMANN, y de 8 y hasta 12, como afirma COFFEY recientemente.

Lo mismo que en el caso de la neoplasia gástrica e intestinal, cuando todo lo que acabamos de esbozar de una manera rápida, entre a formar parte de la clínica habitual y el síndrome rectal incompleto sea conocido a la perfección por todos los clínicos, los resultados del tratamiento aplicado cambiarán radicalmente y el cirujano renovará sus esperanzas al ver trocados sus fracasos en éxitos.

#### RESUM

*Els treballs i les estadístiques que s'han publicat, demostren que el càncer rectal pot ésser guarit quirúrgicament. Per a això precisa que el seu diagnòstic sigui precoç.*

*La base d'aquest diagnòstic consisteix en pensar amb la neoplàsia, en qualsevol malalt que tingui un síndrome rectal per discret que sigui.*

*Els símptomes pels quals hom deu basar-se per a reconèixer la neoplàsia rectal són tres: primer, el malalt treu sang amb l'evacuació de ventre; segon, té tra storns de la defecació, restrenyiments o diarrea; tercer, té tenesme.*

*Generalment, quan la neoplàsia comença, es manifesta solament per un dels símptomes citats.*

*Davant d'aquesta simptomatologia és indispensable practicar el tacte rectal i la rectoscòpia.*

*El criteri operatiu està en relació amb la precocitat del diagnòstic. L'èxit quirúrgic immediat i del seu allunyament, depèn, sens dubte, del diagnòstic precoç.*

#### RÉSUMÉ

*Les travaux et les statistiques demostrent que le cancer du rectum peut être guéri par la chi-*

rurgie. Pour celà, il faut un diagnostique précoce.

La base de ce diagnostique est de penser toujours à tel neoplasme, devant tout malade qui présente le moindre syndrome rectal.

Les symptômes sur lesquels nous devons nous baser pour reconnaître le neoplasme rectal sont trois:

1. Le malade expulse du sang avec les selles.
2. Il présente des troubles de défécation, constipation ou diarrhée.
3. Il y a tenesme.

Généralement, quand le neoplasme commence, un seul de ces symptômes se manifeste.

Devant cette symptomatologie, l'examen rectal et le rectoscope sont indispensables.

La possibilité d'une opération est en relation avec la précocité du diagnostique, et le succès chirurgical, immédiat ou lointain, depend aussi, sans doute, de cette précocité.

SUMMARY

The works and statistics published show that cancer of the rectum can be cured surgically,

provided an early diagnosis of it is made.

This neoplasm must always be thought of when examining any patient who presents even the slightest rectal syndrome.

There are three symptoms we should look for in order to recognise a possible neoplasm of the rectum, viz.

1. The patient evacuates blood with the feces.
2. He presents defecation troubles, constipation or diarrhoea.
3. There is tenesmus.

When the neoplasm is at its beginning, generally one only of these symptoms becomes manifest.

When such a symptomatology is observed, a rectal examination must be made and the rectoscope used.

The possibility of an operation depends on how soon the diagnosis has been made, and the success of such an operation also depends, without doubt, on this factor.