

VIII. CANCER DE COLON, RECTO Y ANO

Dr. Rafael Manzur Luna, Profesor Adjunto de la Clínica Quirúrgica II.

Dr. Jorge Pérez, Profesor Titular de la Clínica Quirúrgica II.

Dr. Juan C. Tarquini, Jefe de Trabajos Prácticos, Clínica Quirúrgica II.

Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

En el Servicio Cátedra de Cirugía II del Hospital Central, de 1964 a 1980 se han registrado 115 casos de cáncer de colon, recto y ano.

Nuestro principal motivo de consulta fue por enterorragia, 48 %; dolor, 29 %, y suboclusión intestinal, 21 %. La localización más frecuente es en orden decreciente: recto, 26 %; sigmoides, 25 %; colon ascendente, 22 %. No hubo diferencia en relación al sexo.

Referente a la edad la mayor incidencia fue después de los 60 años con el 58 % de los casos.

Todos nuestros casos fueron clasificados en grados de Dukes: A 8 %, B 29 %, C 50 %.

La sobrevida alejada de los mismos fue: de 6 meses a 1 año, 69 %; de 1 a 2 años, 57 %; de 2 a 3 años, 42 %; de 3 a 4 años, 31 %; de 4 a 5 años, 18 %; más de 5 años, de 9 %.

SUMMARY

In the Surgical Service II, Central Hospital, Mendoza, Argentina, there had been registered 115 cases of ano-colon-rectal carcinoma between 1964-1980.

The principals signs were: bleeding, 48 %; intestinal occlusive syndrome, 21 %; pain, 29 %.

The most frequent localization were: rectum, 26 %; sigmoid, 25 %; right colon, 22 %.

There were not noticed sexual differences in incidence.

The age prevalence was of 58 % in patients with more than 60 years old. We classified our cases though the Dukes table: A 8 %, B 29 %, C 50 %.

The survival rate of the patients was:

Six months-1 year, 69 %; 1-2 years, 57 %; 2-3 years, 42 %; 3-4 years, 31 %; 4-5 years, 18 %; more than 5 years, 9 %.

INTRODUCCION

El cáncer de colon y recto es el tumor maligno más frecuente del tubo digestivo y también es el de mayor morbilidad, y en mortalidad sólo lo supera el cáncer de pulmón y mama.⁽¹⁾

La incidencia del cáncer de colon y recto se mantiene estacionario a nivel mundial; desde 1950 a 1978 es de cerca del 15 % habitantes.

La frecuencia en relación al sexo es estadísticamente no significativa.⁽²⁾

Se calcula que en los Estados Unidos se diagnostican por año aproximadamente 100.000 cánceres de colon y recto y de éstos fallecen el 50 %.⁽³⁾ El mejor método de diagnóstico precoz del cáncer de colon y recto es la búsqueda de sangre oculta por el método de Guayaco. Este método puede ser hecho en un examen general sin muchas complicaciones.^(1, 5, 2)

Otro método de detección del cáncer de colon y recto es por el rectosigmoidoscopia. En general se dice que el 60 % del cáncer de colon y recto es diagnosticado por este instrumento, y en todo paciente con sintomatología proctológica de más de 40 años se debe realizar de rutina.^(1, 5, 2)

Si el test del Guayaco es positivo y el examen recto sigmoidoscópico es negativo se debe usar el colonoscopio con el objeto de ver y tomar biopsias de la zona sospechosa.

La lesión preneoplásica más frecuente del cáncer de colon y recto es el pólipo. En la polipo-

sis múltiple familiar el cáncer es multifocal en 32 % de los casos. El pólipo adenomatoso lo hace en 12 % de los casos y el adenoma vellosa presenta focos de células atípicas en 75 % de los casos.⁽²⁾

La colitis ulcerosa también puede terminar en un cáncer y es más frecuente cuanto más años de evolución presenta la colitis ulcerosa. Como ejemplo diremos que cuando la colitis ulcerosa tiene más de 45 años de evolución puede desarrollarse cáncer de colon en 45 % de los casos.⁽³⁾

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio y Cátedra de Cirugía II del Hospital Central de Mendoza, desde 1964 a 1980, se han registrado 115 casos de cáncer de colon y recto. Habiendo sido clasificados en estadios de Dukes de la siguiente forma:

Estadio de las lesiones		
Estadio A	10	8 %
Estadio B	34	29 %
Estadio C	58	50 %
No clasificados	13	11 %
Pacientes registrados	115	

En 50 % de los casos los pacientes consultaron con estadios avanzados (C).

Referente a la edad, la mayor incidencia está entre las décadas del 50-60 y de más de 60 años con 93 pacientes:

Distribución

Edad:		
20-30 años	5	
31-40 años	7	
41-50 años	10	
51-60 años	35	
+ de 60 años	58	
Número de casos	115	
Sexo:		
Femenino	66	58 %
Masculino	49	42 %
Número de casos	115	

De los 115 pacientes registrados 66 eran mujeres y 49 hombres, lo que indica que en nuestra serie difiere del consenso mundial. Los síntomas fundamentales por los que consultaron nuestros pacientes fueron: enterorragias, en 48 %; dolor, en 29 %; suboclusión, en 21 % de los casos.

Motivo de consulta

Enterorragia	56	48 %
Dolor	34	29 %
Suboclusión	25	21 %
Anemia	24	20 %
Diarrea	20	17 %
Constipación	11	9 %
Tenesmo rectal	9	9 %
Pérdida de peso	8	6 %
Fístula anal	1	1 %
Ardor anal	1	1 %

La localización más frecuente de nuestros pacientes fue en el recto, con 26 %; colon sigmoideos, con 25 %; colon ascendente, con 22 %.

Localización

Recto	30	26 %
Colon sigmoideos	29	25 %
Colon ascendente	26	22 %
Colon transversal	12	10 %
Colon descendente	11	9 %
Margen de ano	5	4 %
Poliposis familiar múltiple y cáncer de colon	2	1 %

ANATOMIA PATOLÓGICA

El principal tipo histológico encontrado es el adenocarcinoma en 89 % de los casos. De éstos los semidiferenciados ocupan el 54 %; indiferenciado, 15 %; mucosecretor, 5 %; papilar, 4 %;

diferenciado, 3 %. Se han registrado dos sarcomas, un leiomioma y un sarcoma fibroblástico. Hemos tenido dos pacientes con poliposis múltiple familiar y cáncer simultáneos. El porcentaje de cáncer múltiple de colon es de 4 %, dos con PMF, y dos con cáncer simultáneo.

Tipos histológicos

Adenocarcinoma: 102 (89 %)	
Indiferenciado	15
Semidiferenciado	54
Mucosecretor	5
Papilar	4
Diferenciado	3
No clasificados	21
Sarcoma: 2 (1 %)	
Leiomioma	1
Sarcoma fibroblástico	1
poliposis múltiple familiar y cáncer: 2 (1 %)	
Sin histología: 9 (8 %)	

TRATAMIENTO

La conducta terapéutica seguida en nuestro Servicio Cátedra es el siguiente: "El único tratamiento curativo en el cáncer de colon y recto es el quirúrgico". Nosotros hemos practicado todos los tipos de cirugía en el tratamiento del cáncer de colon y recto. Cuando el tumor está localizado en el colon derecho, realizamos la hemicolectomía radical derecha. Si el tumor está localizado a nivel del colon transversal se hace la transectomía radical.

Si el cáncer se encuentra ubicado en el colon descendente izquierdo se realiza la hemicolectomía radical izquierda. Cuando la localización es a nivel del sigmoideos se practica la resección anterior o de Dixon. Si el cáncer se encuentra ubicado en el recto superior realizamos la operación de Dixon o resección anterior, y si se localiza en el recto medio o inferior, practicamos la operación de Miles.

En el cáncer de ano realizamos la operación de Miles acompañada generalmente con disección inguinal bilateral simultánea.⁽⁴⁾

Se han realizado 26 hemicolectomías derechas, 18 operaciones de Miles, 17 resecciones anteriores, 16 hemicolectomías izquierdas.

Tratamiento

Hemicolectomías derechas	26
Operación de Miles	18
Resección anterior	17
Hemicolectomías izquierdas	6
Resección-Mickultz	6
Ano de Wagstaff	6
Colectomías totales	5
Laparotomías exploratorias	5
Electrocoagulación (cáncer de recto)	5

Año de Lahey	4
Resección y año de Lahey	4
Resección combinada	4
(Transverso y asas delgadas)	
(Transverso y estómago)	
No se operó	2
Exenteración pelviana	2
Operación de Hartman	1
Ileostomía	1
Cecostomía	1

COMPLICACIONES

De las 113 operaciones realizadas, en 51 pacientes no tuvimos complicaciones. La complicación más frecuente fue la infección de la herida operatoria en 10 casos, vejiga neurogénica en 4 casos, fístulas perianales en 3, peritonitis por dehiscencia de sutura en 3, hemorragia digestiva en 2 (por stress), estenosis de ano en 2.

Complicaciones

Sin complicaciones	51
Infección herida operatoria	10
Vejiga neurogénica	4
Fístula perianal	3
Peritonitis por dehiscencia de sutura	3
Hemorragia digestiva	2
Estenosis de ano	2
Ictericia postransfusional	1
Necrosis isquémica	1
Fístula gastrocólica	1
Fallece por otra afección sin operación	1
Embolia de pulmón	1
Evisceración	1
Cistocele	1
Fístula ureterovaginal	1
Insuficiencia renal	1
Brida posoperatoria	1
Fístula intestino delgado	1
Hernia interna	1

BIBLIOGRAFIA

1. Bacon, H. E.: "Cancer of the colon, rectum and anal canal". J. B. Lippincot, Co. Filadelfia, 1964.
2. Berk, J. E.; Haubich, W.: "Malignant tumors of the colon and rectum". En Gastroenterology, H. Bockus, Filadelfia, 1964, volumen II.
3. Bagen, J. A.: "The nature of the carcinoma associated with ulcerative colitis. Dis-colon y rect", 5:536, 1962.
4. Laurence, A., y Murray, A. J.: "Cáncer de recto colonsigmoide". Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1967.
5. Pérez, V.: "Gastroenterología clínica". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1976.
6. XII Congreso Internacional del Cáncer. Octubre 1978, Buenos Aires. U. I. C. C. Resúmenes.

EVOLUCION

De los 113 enfermos intervenidos, en 49 desconocemos su evolución. De los 64 restantes que se controlaron la sobrevida es la siguiente: fallecieron 14 pacientes antes de los 6 meses. De éstos, 6 fueron en el posoperatorio inmediato (accidente cerebrovascular, necrosis isquémica, embolia de pulmón, insuficiencia renal, hernia interna).

De 6 meses a 1 año fallecieron 5; de 1 a 2 años, 7; de 2 a 3 años, 3; de 3 a 4 años 6; de 4 a 5 años, 4. Todos los fallecidos han sido por la enfermedad.

Viven 27 pacientes (42 %). El porcentaje de sobrevida según la evolución es: de 6 meses a 1 año fue de 69 %; de 1 a 2 años, 57 %; de 2 a 3 años, 42 %; de 3 a 4 años, 31 %; de 4 a 5 años, 18 %; más de 5 años, 9 %.

Es importante recalcar que estos malos resultados en la evolución alejada se debe a que nuestros pacientes consultaron en forma tardía, y tenemos 50 % de ellos que lo hicieron con estadio "C", es decir tumor que infiltra todas las capas de la pared y que posee adenopatías metastásicas en los troncos arteriales principales.

Evolución

	Fallecidos	Vivos	
0 a 6 meses	14	6	—
6 meses a 1 año	5	3	69 %
1 a 2 años	7	3	57 %
2 a 3 años	3	4	42 %
3 a 4 años	6	3	31 %
4 a 5 años	4	2	18 %
Más de 5 años	—	6	9 %
Desconocidos	49		