

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

TÉMA:

ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO DE 1976=1986.

EN EL HOSPITAL DE PEMEX.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DR. OSCAR DIAZ JIMENEZ.

TESIS PRESENTADA POR:

DR. MARIO BORJA HIDALGO

PARA OBTENER EL TITULO

CIRUJANO ESPECIALISTA.

SEDE: HOSPITAL CENTRAL NORTE DE

CONCENTRACION NACIONAL PEMEX.

FEBRERO DE 1988

Handwritten signature and initials

FALLA DE ORIGEN

OFICINA COORDINADORA
DE ENSEÑANZA
★ FEB 10 1988 ★
HOSPITAL CENTRAL

DR. FERNANDO ROMERO FERNANDEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
ORIGINAL FIRMADO

7/209
ej 17
SEDE DE LA FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO.: ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO.

RESUMEN.

El Adenocarcinoma de recto y Ano Ocupa un Lugar Preponderante entre la Patología del Aparato Digestivo. El Tumor más Frecuente del tubo Digestivo es de Estomago, Seguido por el Tumor Ano Rectal. Casi la mitad de los Cánceres del Intestino Grueso - Ocurren en el Recto, Unión Rectosigmoideo y Ano.

El Adenocarcinoma de recto y ano se estudio Retrospectivamente durante 10 años de 1976-1986. Se Encontró 21 Casos con Estudio histopatológico positivo. Se Encontró 11 casos del sexo femenino y 10 casos del Sexo masculino. El promedio de edad es de 75 años. Se encontro 19 casos de Adenocarcinoma de Recto y 2 casos de Adenocarcinoma de ano. El Lapso entre los Primeros síntomas y la Primera consulta fue de 6 meses en Promedio.

Se realizó Historia Clínica y Exploración complementaria anoscopia, Rectosigmoidoscopia y Colonoscopia en el 70%. Se realizó toma de biopsia Excisional y Insicional de la lesión con clasificación de acuerdo a Dukes.

Respecto a manejo quirurgico 14 pacientes aceptaron abdominoperineal de Miles. con preparación de colon se realizó 5 días antes de la cirugía. La Resección de Miles se llevó con un solo Equipo Quirurgico y en Dos tiempo, Un tiempo abdominal y Otro tiempo Perineal. La Mortalidad quirurgica fue de Un paciente con el 5% secundario a una Arritmia Cardíaca durante el Posoperatorio. Las complicaciones de la Resección abdominoperineal fue la Infección, La pérdida de livido, Invaginación de Colostomia. La sobrevivencia es de 75% a 5 años.

Acuatro Pacientes se les realizó Colostomia de Devina por el grado de Infiltración a los tejidos a pelvis, Utero y Prostata. Tras pacientes no Aceptaron tratamiento quirurgico por las Metástasis del Estoma. Estos pacientes se les manejó con Quimioterapia y Radioterapia Paliativa.

La mejor Supervivencia de nuestra casuistica se llevó a cabo por la Resección Abdominoperineal de Miles. Actualmente sigue siendo la Resección de miles muy difundida y Aceptada por otras Instituciones.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Villalobos J.J. Cáncer del Aparato Digestivo Gaceta Medica de México 163-273 1978.
- 2.- Tomas C Shneider MD William J. Schute Management Of Carcinoma of anal canal Surgery Octubre de 1991.
- 3.- Loceidio S.A. Eng K and Copp G.F. Abdomino Resection for Mirectal cancer a Fifteen y Experience Ann Surg 196-321 1983.
- 4.-

DR MARIO BORJA HIDALGO

HOSPITAL DE CONCENTRACION NACIONAL
DE PEMEX ATZCAPOTZALCO.

INTRODUCCION.

El cancer de Recto y Ano. es una de las Neoplasias más importantes y Frecuentes del aparato digestivo. Suceptible de ser curado con un -- manejo oportuno.

Se realiza un estudio retrospectivo de 10 años con el fin de evaluar la epidemiología del adenocarcinoma de Recto y Ano. y los resultados de las diferentes modalidades de tratamiento. Que se han usado en la población derechohabiente del Hospital de Pemex.

MATERIAL Y METODO.

En el servicio de Cirugía General y Oncología del Hospital de Pemex se estudiaron 30 pacientes con adenocarcinoma de Recto y Ano entre los años 1975 1986. Se excluyeron del trabajo 9 pacientes por no contar con el expediente Clínico y Reporte Histopatológico.

En total de pacientes del presente estudio fué de 21 pacientes de los cuales sus edades fueron de 35 96 años con un promedio de 75 años de edad (GRAFICA 2).

En nuestra casuística el sexo predominante fue el sexo femenino de 11 casos con el 52.3%. en el sexo masculino con 10 casos con el 47.7% con un total de 21 casos (GRAFICA 1):

Se realizó historia Clínica y Exploración complementaria con Anoscopia, Rectosigmoidoscopia y Colonoscopia en el 100%. El lapso entre los síntomas y el diagnóstico del adenocarcinoma de Ano y Recto en el Hospital de Concentración Nacional de Pemex es de 4-6 meses y en no muy pocas ocasiones en etapa avanzada (CUADRO 1).

Todos los casos del presente estudio cuentan con estudio Histopatológico Positivo.

Los Pacientes fueron estudiados, determinándose la extirpe histológica, así como su grado de diseminación y Agresividad tanto local como distal, para ello nos valimos de la historia clínica y Exploración armada con rectosigmoidoscopia.

Se realizó la preparación del Colon con Enemas Evacuantes a las 12 Hrs. antes del estudio de la Rectosigmoidoscopia. Procedimiento a tomarse biopsia Insicional y Exsicional de todas las lesiones sospechosas -- Incluyendo lesiones Polipoideas. en el caso de lesiones polipoideas se realizó en Quirofano en forma excisional.

Una vez colaborada la existencia de adenocarcinoma de Ano y Recto se clasificó según el grado de Invación local y Agresividad con el método de Dukes y Broders. (16) (CUADRO 4).

Se realizaron estudios complementarios para excluir la presencia de deseminación a distancia como tórax, TAC de abdomen y Huevo pélvico según ameritará el caso en particular.

Una vez indicada la cirugía los pacientes fueron internados 5 días previos para preparación de Colon y Recto. La preparación de Colon y Recto incluyó dieta sin residuo los tres primeros días, Dieta líquida sin residuo al cuarto y quinto día y ayuno a partir de la noche previa a la intervención Quirúrgica. Además se aplicaron enemas evacuantes con un litro de solución salina y un gramo de Neomicina cada 24 Hrs. Los tres primeros días de cada 12 Hrs. el cuarto y Quinto día.

La Preparación farmacológica consistió en la administración de 250-500 mgs. de metronidazol por vía oral cada 8 Hrs. e Intravenoso un día antes de su cirugía.

La realización Quirúrgica en este Centro Hospitalario fue la resección Abdominoperineal de Mile Realizada por un solo equipo quirúrgico, realizándose el primer tiempo abdominal y el segundo tiempo en perineal en una sesión quirúrgica.

De los 21 pacientes integrados en nuestro estudio. 14 pacientes aceptaron la resección abdominoperineal en un solo tiempo quirúrgico y con un solo equipo quirúrgico (CUADRO 5).

RESULTADOS:

Entre la sintomatología más frecuente observada del adenocarcinoma de Recto y Ano se encuentra el Sangrado Rectal, en la cual se observó en 18 pacientes con un 85.7%. Otro hallazgo frecuente fue lesiones polipoideas en 12 pacientes con el 57.1%. Otro signo frecuente fue la presencia hemorroides en dos pacientes, La pérdida de peso se presentó en 8 pacientes con un 28.9%. Se determinó la hemoglobina preoperatoriamente encontrándose Anemia clínica con determinaciones de HB de 6- 7.5 y con hematocrito de 20-22. Se palpó por Tacto Rectal y se Observó por rectosigmoidoscopia tumoración rectal en 4 pacientes con el 19%. Otro signo observado fue la fístula perianal en dos pacientes con el 9.4%. Otro síntoma frecuente fue el dolor que se presentó en pacientes con etapa clínica avanzada. (CUADRO 3).

La clasificación más utilizada por Nuestro Hospital del adenocarcinoma de Recto y Ano fue la de Dukes y ocasional de Broders nos enfocaremos a la clasificación de Dukes. Se encontró Dukes A en 3 pacientes con el 14.2%. Dukes B con 8 pacientes con el 38% Dukes C con 5 pacientes con el 28.5% y por último Dukes C11 con 4 pacientes con el 19.0 %. Lo que nos concluye que los pacientes en el hospital de Pemex llegan en un estadio temprano y con grandes posibilidades de curación comparados con el hospital de Cancerología. El manejo de nuestros pacientes se realizó con cirugía, medidas paliativas. Los Pacientes que aceptaron resección abdominoperineal fueron 14 que se les realizó en dos tiempos quirúrgicos y con un solo equipo quirúrgico. La resección abdominoperineal predominó por el grado de invasión de la lesión así como su localización en tercio medio de recto.

La Resección abdominoperineal sigue siendo una de las cirugías más difundidas y más realizadas en los centros hospitalarios de oncología y de nutrición. Entre las complicaciones observadas de la resección de miles se encontró Infección. Fístula. Invaginación de la colostomía perdida de la livido y arritmia cardíaca.

La mortalidad operatoria de los pacientes que se les realizó abdominoperineal fue de un paciente con presencia de arritmia. la mortalidad fue de el 5%. Hubo necesidad de aplicación de Quimioterapia a dos pacientes que se les había realizado abdominoperineal por la presencia de Actividad tumoral en región Inguinal. Entre las reacciones observadas en la aplicación de la quimioterapia fue las náuseas, vómitos y alopecia. (CUADRO 8) (CUADRO 6). Hubo tres pacientes que no aceptaron manejo quirúrgico de resección abdominoperineal por las molestias del estómago. como medida paliativa se les aplicó quimioterapia con 5-Fluoracilo.

Hubo cuatro pacientes que se les realizó colostomía de devine por la presencia de Invaginación a pelvis. Invaginación a vejiga y otro a Utero. como medida paliativa se le aplicó radioterapia entre las reacciones adversas se encontró Proctitis, Fístula y Enteritis Posradiación. (38).

Se observó mejor supervivencia entre los pacientes que aceptaron tratamiento quirúrgico. que los pacientes con colostomía de devine. y se observó mejor supervivencia en pacientes con Dukes A y han llegado a tener supervivencia de 5-10 años. La supervivencia del adenocarcinoma en Pemex es de menor de un año de 5 pacientes con el 28%. de un año a 3 años de 4 pacientes con el 19.5% y de 3-5 años de 8 pacientes con el 38%. de 5 a 10 años del 14.2% (CUADRO 7).

COMENTARIOS.

El adenocarcinoma de Recto y Ano ocupa un lugar predominante entre la patología del Aparato Digestivo. El tumor más frecuente es de estomago con 32.6% seguido del tumor rectal con el 25.3% (1). --- Casi la mitad de los Cánceres de Intestino Grueso ocurren en el --- recto. Unión Rectosigmoideo y Ano.

Constituye aproximadamente una tercera parte de todos los decesos de Intestino Grueso en Nuestro Hospital. El Cáncer de Recto y Ano es más frecuente en los países anglosajones en cáncer de Recto y Ano ocupa el 15% de la totalidad de los padecimientos malignos del aparato digestivo. En México la Proporción varía en 1=5% según estadísticas de Distintos Hospitales (2). La Casuística Internacional revela un aumento del adenocarcinoma de Recto y Ano sobre el estomago. (1) (2). La casuística de frecuencia en países anglosajones es a la edad de 60 años promedio. En comparación con la nuestra que es en promedio de 75 años. La Casuística del Instituto Nacional de la Nutrición Muestra una Casuística de 50=60 años (2) (GRÁFICA 2). la frecuencia del Adenocarcinoma de Recto y Ano en nuestro hospital nos muestra que el 90% de los adenocarcinomas son de recto y el 10% son de Ano. (CUADRO 2).

El Cáncer de Recto diagnosticado oportunamente, puede y debe extirparse totalmente en forma radical con ello es posible la curación. (1) (2) (3) (4).

Entre los factores etiologicos de nuestro estudio se encontro la -- poliposis Intestinal y Rectal con el 57.1% (CUADRO 3).

Otros de los factores incluidos entre ellos la Poliposis familiar --- Colitis Ulcerativa, pacientes con cancer coloproctal (4) (5) (6).

Los factores dietéticos pueden también ser importantes en la Etiología del cancer rectal. Entre nuestra casuística se observó la disminución importante de Ingesta de Fibra Vegetal y alto consumo de alimentos --- refinados (7). Se ha colocado que el 7.2% de los pacientes controlados por colonoscopia de polipos Adenomatosos y Velloso han ocurrido el Adenocarcinoma (8) (9) (10) (11).

Las Manifestaciones más frecuentes de nuestro estudio se encuentran el sangrado rectal. Cambios intestinales. Constipación. Dolor Rectal así como pujo y tenesmo, pérdida de peso y Hemorroides (CUADRO 3).

Un tercio de todos los adenocarcinomas Rectales y de Ano son fácilmente palpables con el tacto rectal y puede proporcionar información vital para determinar la elección del procedimiento quirúrgico (20).

A la palpación se palpa tumoración dura. Abultada. Irregular. Constituida de mamelones friables y asentada en una base indurada y presencia de bordes duros y acortados. Las manifestaciones en nuestra casuística se observó en primer lugar el sangrado rectal, polipos, hemorroides, pérdida de peso, anemia, hubo presencia de fistula y dolor.

La diseminación del adenocarcinoma de Recto y Ano puede ocurrir lateralmente hacia las paredes de la pelvis o posteriormente a las paredes del sacro. Hay también una extensión local afectando las paredes del recto. El crecimiento es con bastante rapidez en forma circular y muy lentamente en forma longitudinal. Por lo cual disminuye la luz del --- recto. En nuestra casuística se observó en cuatro pacientes invasión de recto importante y diseminación a otros órganos como vejiga, vagina, uretra, próstata (13).

Por el hecho de diseminación del adenocarcinoma rectal hay que revizar perfectamente los rélievos ganglionares Inguinales. Hay dos pacientes - que se realizó disección radical de Ingle por Infiltración Tumoral (13) (14).

Las Clasificaciones Histopatologicas del Cancer Rectal han cambiado - durante los últimos años entre ellos la de Dukes 1932=1935. La de ---- VICC 1978 y recientemente la de American Jnst Comitec on Cancer ---- (AJC=1981) así como el Stadio Asther Coller (16). En nuestra casuis-- tica se utilizó la de Dukes y Broders. (CUADRO 4).

En el Instituto Nacional de la Nutrición y del Hospital de la Raza del Centro Médico Nacional se utilizó la clasificación de Dukes (1) (2) (3). Se han utilizado por muchos años la presencia de Marcadores e Indicado-- res de Malignidad la cual consiste en una variedad de Marcadores enzi-- maticos, Hormoras plasmaticas, Proteinas. Degradación de proteínas entre estos Marcadores e Indicadores se encuentran el CMA Colonic Mucoprotein Antigen CSA Colon Specific Antigen. BOFA Onofetal Antigen. son marca-- dores prometedores que nos dilucidaran en un tiempo el pronostico, el manejo del adenocarcinoma de recto (17).

El antigeno carcinoembrionario. no es específico del cancer rectal --- pero puede estar elevado en un 40% en los pacientes con Adenocarcinoma Localizado. El 40% de la determinación de Antigeno Carcinoembrionario se debe a Cancer Colorectal (18).

En nuestra casuistica los Pacientes fuerón estudiados posterior a la Cirugía con Determinaciones de Antigeno carcinoembrionario. Los valu-- res se consideraron de 2.5 como normales. se considero el valor de 5 ng/ml. como positivo.

Se considero que pacientes con Adenocarcinoma de Recto o Ano con ACE con valores mayores de 20 ng/ml seguramente estan con metastasis a higado = con pobre pronostico. (17) (18).

El antigeno carcinoembrionario puede estar elevado en un 40% de los pacientes con carcinoma localizado. En el 50% de los que tienen afectación ganglionar y el 80-90% con metastasis. (17) (18) (19).

Para realizar el Diagnostico de adenocarcinoma de Recto en nuestra ---- casuistica se realizo Biopsia Excisional e Insicional. La biopsia excisional Corresponadio a 3 pacientes y Biopsia insicional a 18 pacientes. en toda la casuistica se colaboro estudio Histopatologico Positivo. -- algunos autures mencionan la toma de biopsia con la pinza de brunings (16).

Medios de diagnostico.

El anoscopio es un auxiliar complementario de Exploración y se realizo en toda lesión sospechosa o con sangrado rectal.

La rectosigmoidoscopia es una parte Esencial del diagnostico. en ella debemos anotar el tamaño de la lesión la distancia del margen anal y en ocasiones se toma la Biopsia excisional. de polipos sospechosos.

La Colonoscopia debe efectuarse en cualquier paciente sospechosa de -- adenocarcinoma sin olvidar que las lesiones de colon pueden ser mulfo-- cales. Se ha observado la frecuencia del Adenocarcinoma Rectal Multi-- focal de 1.7-8.1%. Además los tumores malignos metacromaticos tendrán. --- metastasis en el 100% de los casos (20) (21).

La colonoscopia actualmente se considera el mejor medio de diagnostico para lesiones tumorales de Colon y Recto. (22) (23).

Se realizo Colonoscopia en nuestro estudio a 15 pacientes y fue el medio de diagnostico más certero. Se debera realizar Colonoscopia a pacientes con alto riesgo de cancer.

Urograna Excretorio.

Se efectuó a todo paciente con cáncer de recto que se sospecha con infiltración a vías urinarias.

Gamagrama Hepático.

Se efectuó en nuestra casuística a dos pacientes con sospecha de metastasis hepáticas.

TRATAMIENTO.

Al contrario de lo que acontece con otros tumores del aparato digestivo aún en presencia de metastasis lejanas es necesario la extirpación Quirúrgica. Esta conducta justifica ya que al quitar la lesión primaria suprime la fuente de metastasis y se evita la obstrucción, perforación y la fistulización. Respecto a los procedimientos utilizados de manejo encontramos con el manejo más utilizado es la resección abdominoperineal de Miles con 14 pacientes. Y Colostomia de Devine en tres pacientes. En el Instituto Nacional de Nutrición así como el centro medio nacional utilizan la resección anterior baja la resección abdominosacra y en ocasiones el procedimiento de Pullthrough. En nuestros pacientes hemos estado limitados a procedimientos por el tipo de localización así como el grado de agresividad el tumor. Otra de las limitantes es la Carencia de Engrapadoras se sutura mecánica.

El procedimiento más utilizado para nuestros pacientes es la resección Abdominal de Miles por la localización en su mayoría en el tercio medio de recto. (4).

Entre la patología de la región Ano-Rectal encontramos el tumor carcinológico. Carcinoma Epidermoide. Melanoma maligno informa maligno y tumor cloacogénico (TABLA 3).

Un procedimiento utilizado en países como Estados Unidos y parte de --- Europa es la Excisión local de la tumoración. sin embargo persiste el --- desacuerdo en cuanto a la magnitud de la resección indicada para el --- carcinoma del tercio superior (24) (25).

La resección Anterior Baja.

El procedimiento consiste en la eliminación trasabdominal de más lesión maligna ubicada en los tercios superiores del recto, junto con tejidos proliferativos regionales y la creación de una anastomosis termino-terminal del sigmoides a el Recto. Estudios llevados por Wilson sobre el tratamiento del Ca de Sigmoides=Recto llego a la conclusión de que es--- importante el grado de margen distal para la supevivencia y la recu---- rrencia. En la cual que mientras más margen mejor pronostico de super- vivencia y menor recurrencia (26).

La Resección Abdomino Sacra.

La operación fue apoyada y Recomendada por Locadio y Cols. para tratar lesiones ubicadas a 7=9 cmts del anillo anal en el varon y de 5.5 cmts en la mujer. En la serie de pacientes de Locadio y Erg hubo infiltra- ciones de la Anastomosis en el 9.7% de los operados. El procedimiento de Resección Abdomino Sacra se tiende ha utilizar en recurrencia de la tu- moración a nivel lateral. (27) (28) (29).

Anastomosis Coloanal.

Esta operación consiste en unir Per Anun el Colon Sigmoides con la linea anorectal (linea Pectinada). del recto restante al que se ha limpiado de Mucosa. El procedimiento ideado por Parks y Percy. La Anastomosis puede suturarse con la mano o colocando la sutura distal en bolsa desde abajo Según lo propuso Goligher (30) (31).

Otro de los métodos utilizados para el tratamiento del cancer de recto es la electrocoagulación primaria de la lesión propuesta por Madden. (28) (29).

La Resección abdominoperineal de miles.

La operación más practicada por Nuestra Institución por su localización del adenocarcinoma. La Cirugía consistio en dos tiempos quirurgicos. un tiempo abdominal y otro perianal. con utilización de cambio de instrumental y cambio de batas de cirujano.

El tiempo abdominal. se reseca la tumoración por los ligamentos laterales del recto. rebazando el repliegue peritoneal. tratando que los límites quirurgicos seran de por lo menos de 5 cms. Se realiza resección de toda masa rectal y se realiza colostomia permanente a nivel medio de la cresta iliaca a reborde costal izquierdo. Se procede al segundo tiempo quirurgico con resección de toda la región de Ano y Recto insidiendo y siendo parte de la cirugía la resección de músculos esfinterianos y elevadores del Ano musculos elevadores del Ano. (TABLA 4).

El procedimiento más utilizado en el Instituto Nacional de nutrición y Cancerología fue esta con un 70% (1) (2).

Otro de los manejos que se utilizo en nuestra casuistica fue la Quimioterapia y Radioterapia. (32).

Se realizo aplicación de Quimioterapia y Radioterapia preoperatoria antes de realizar abdominoperineal que es el procedimiento ideal para su manejo. (33) (34) (35).

Quimioterapia.

El tratamiento del cancer Rectal y Ano recidivante se limita a la radioterapia regional Paliativa y Quimioterapia. debido a la gran incidencia de recidiva ganglionar. a la metastasis a distancia frecuentemente se utiliza radioterapia.

El 5-Fluoracilo es el único agente estandar que ha proporcionado respuestas objetivas en aproximadamente 20% la pauta de utilización del 5-Fluoracilo es de 13.5 mgs kilogramo de peso al día. Durante días consecutivos repetidos a intervalos de 5 semanas. Las reacciones adversas del 5-Fluoracilo fueron nausea. vomitos. alopecia.

Otra alternativa utilizada es la infusión intrarterial de nitrogeno 13 (36) (37).

Debido a la gran incidencia de recidiva ganglionar regional ya sola o con metastasis a distancia. frecuentemente se utiliza radioterapia --- para paliar la sintomatologia dolorosa sobre todo se observo recidivas pelvicas de 2 pacientes. Metastasis lumbares en dos pacientes con dolores incapacitantes. Las dosis que se les administro fue de 5000 rads. en cinco a seis semanas.

Se recomienda aplicación de radioterapia posoperatoria a los pacientes Ca de recto ya que disminuye el indice de recurrencia la dosis. (4500-5000 rads) (38).

CONCLUSIONES.

La Patología Maligna del Recto Y Ano Ocupa un Lugar importante en el Aparato Digestivo. Hay una Mayor frecuencia del sexo femenino a Tener cancer del recto en forma creciente muy probablemente a la Carencia De fibra en su Alimentación.

Cualquier Paciente Mayor de 40 años con Sangrado Rectal debera descartarse Patologia de Tipo Maligno, Agotaremos todos los Estudios posibles para Estudio.

Todo Polipo Rectal debera extirparse y Mandarse a Histopatologia ya que es un factor Etiologico de la Patologia Maligna del Recto y Ano. Deberemos realizar Revisiones a los Pacientes Posoperados de Polipectomia cada 6 meses con Rectosigmoidoscopia.

Deberemos utilizar la Colonoscopia Como medio de Diagnostico mas exacto para Tumores de Recto y Ano Maligno. Deberemos Realizar Coloscopia a Todo paciente con Diagnostico de Cancer Ano Rectal por la presencia de Tumores metacromaticos de Recto que en Ocaciones se Asocian con Cancer Proximales y Metastasis El Cancer de recto es en Ocaciones Multifocal debere descartarse Otro Tumor de Colon.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

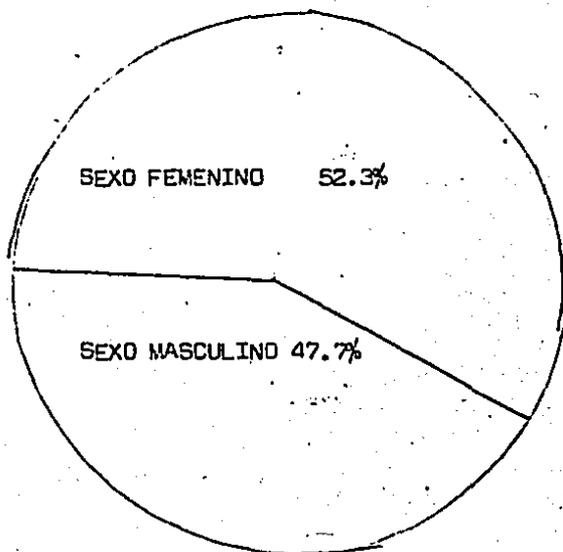
1. - Villalobos J.J. Primer informe de Grupo de Estudio de Cáncer del Aparato Digestivo Gaceta Médica México 115=427=1979.
2. - Pelaez Cebrian M. Mendez Centeno. Tratamiento del Cáncer del colon y recto y sus resultados; Observaciones en 20 años. en Hospital Español de México. Rev. Mex. 31;183 . 1966.
3. - Villalobos J.J. Cáncer del Aparato Digestivo Gaceta Médica de México. 163=273 1978.
4. - Oliver H. Beahrs M.D. Colorectal Cáncer Staging as a Prognostic Feature Cáncer 50=2615=2617 1982.
5. - Alberto S. Sundbland Mucinoss Carcinomas of the Colon and recto and their Relation to polyps. Cáncer 50=2504=2509 1982.
6. - Castelman B. Krisckstein MD Do Adenomatous Polyps of the colon become malignante N. Engl. J. Med 26=649= 1962.
7. - Sandamore H. Harold M.D. Cáncer of the colon and rectum General aspects. Disgnostic Treatmente Prognosis Diseases of colon an --- rectum Surgery 12=105 1969 Vol. 1.
8. - Timothy J. Pagana M.D. Eliuh J. Ledezma. The Use of colonoscopia in the study of synochronous Colorectal Neoplams Cáncer 53=356=359 1984.
9. - By Gordon S. Cameron and George Juvenile Polyposis coli a case treated With Ileorectal Pullthrough Journal of Pediatric Surgery Vol. 14 N=5 Octubre de 1979.
10. - Steplen F. Jener M.D. Holan H Miller The Spectrum of Polyposis -- Surgery Gynecology Obstetrics Diciembre 1984 Vol. 159.

11. -
12. - Sherlock Lipkin Winaner S.J. Predisposing Factors in colon carcinoma Adv. Intern Med. 20=121=1975.
13. - Bruce M. Boman Carcinoma of the Anal Canal a Clinical and Pathologic Study of 188 cases Cancer 114=125=1984.
14. - Harold J. Wanebo. Pelvic Recurrence of rectal Cancer Options for carcleters Resection DIC. 1986.
15. - Dione the Pattern of blood-borne Metastasis from Carcinoma of --- rectum Cancer 18 778=781 1965.
16. - Oliver H. Beahrs MD. Colorectal Cancer Staging a Pronostic feature Cancer 50 2615=2617 = 1982.
17. - Vay Liang W. Gomb The Role of tumor Markens in the manage mon of - Colorectal Cancer Cancer 50=2618 2623=1982.
18. - Sugerbaken DH Zamcheck N Moore Assesseme of sernal carcindem--- brionic Antigen CEA. Assays in posoperation Detection of recurrent Colorectal Cancer Cancer 38-2310--2315 1976.
19. - More T Dahr P. Zamcheak Netal. Xarcindembryonin Antigen Liven --- Disease Gastroenterology 63=80 1972.
20. - Cunliffe W.J. Hasleton P Tweedle D.E.F. et al Incidence of Synchro nous and metchronous Colorectal Cancer Br. J. Surgery 71 (41=943 1984.
21. - Devits J.E. Roth Mayo L.A. And Brown the significance of multiple adenocarcinoma of the colon y recto Ann. Sunrg 169=364 362 1969.
22. - K.D. Vella cott Rising Detection rate of Symtomats Dukes a Colo-- rectal Cánceres Surgery 1987 Vol. 7 Eiera.
23. - Hugo Bugler M.D. Endoscopic Follow Up After colorectal Cancer --- Surgery Cancer 54 792=793 1984.

24. - Beart R. N. Jr. and Biggers. Local Excision of colorectal cancer
Probl Surgery 240=243 1985.
25. - Killingsbank M.D. Indi. Beahrs O.H. The Curative Treatment of --
carcinoma of sigmoides rectosigmoidis y rectum. Ann. Surg. 70
150=154 1983.
27. - Parc R. Fr Leux P. Turet E. a) Resection and coloanal anasto--
mosis With colic Reservoir for rectal carcinoma (abstract) Br J.
Surg 72 Supl 3 129 1985.
28. - Localio S.A. Eng. K and Copp G.F. Abdomino Sacral Resection For
Midrectal Cancer a Fifteen y experience Ann Surg 198=321=322 1983.
29. - Madden J.L. And Randalaff S.C. Electrocoagulation as a primary
curative Method in the treatmente of carcinoma of the rectum.
Surg Gynecolog Obst. 157 164 179 1983.
30. - Goligher J.C Duthiec HL Dedombal F.T. El al abdomino Anal Pullr--
rthrough excisión for tumours of the third of the rectum a com--
parisen With lon anterior resection. Br J. Surg 323 1965.
31. - Goligher J.C. Use of circular Staplins Gou With perianal Inser--
tion of anorectal for se sting suture Construcción of very Low
Colorectal on Coloanal Anastomoses. Br J Surg 56 501 504 1979.
32. - Victor Letay FH Carlos Quintos Jose L. Trujillo. Gastroenterolo--
gia tratamiento quirurgico del cancer de recto y ano 1981=115.
33. - Thomas C Shneider MD. William J. Schulte Managemente of carcinoma
of anal canal Surgery Octubre de 1981.
34. - Papillon J. Resectable rectal cancers treatmente by curative and
cavitary Irradiation JAWA 231 1385=1387 1975.
35. - Bruce M. Buman C Harles Carcinoma of the anal canal cancer 54
114=125 1984.

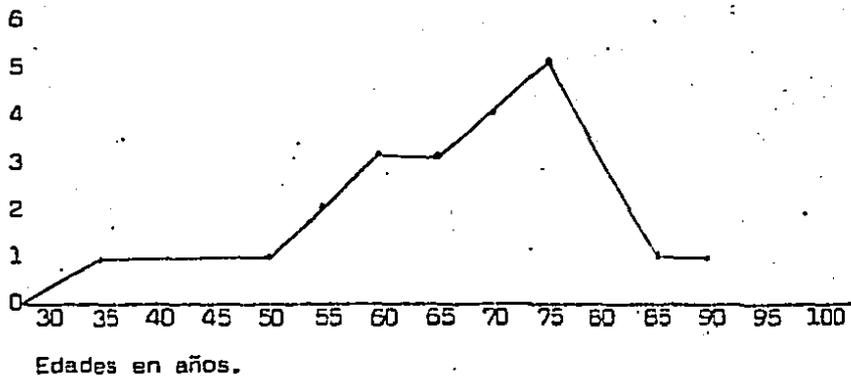
36. - Cary A. Present. Prospective Randomized reappraisal of 5-Fluorouracil as metastatic colorectal carcinoma cancer 2610 3614=1984.
37. - John A Ridge MD. Perfusion of colorectal Hepatic metastases cancer 59 1587 1553 1987.
38. - Yehura S Patt. Adjuvant perioperative hepatic arterial mitomycin C and Fluoridina Combined. Cancer 59 1987.
39. - Alle. Gunderson. Radiation Therapy For Residual Colorectal carcinoma oncology. 1208 1981.

FRECUENCIA DEL ADENOCARCINOMA DE RECTO Y DEL ANO .
1976= 1986 POR SEXOS CASOS (N=21) .



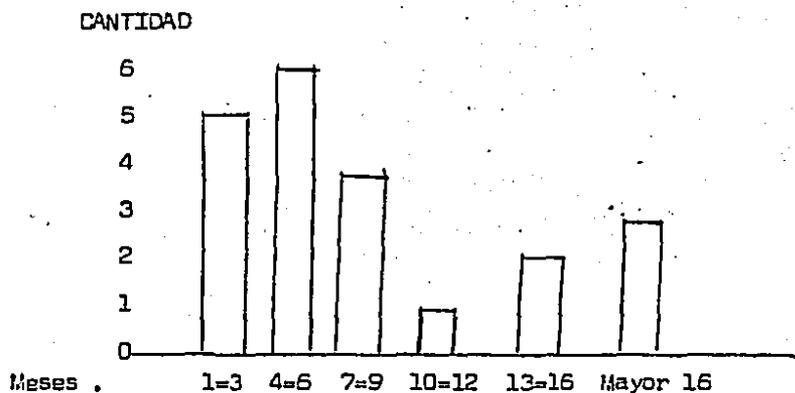
GRAFICA 1.

FRECUENCIA DEL ADENOCARCINOMA DEL RECTO Y ANO
1976=1986 POR EDADES CASOS (N=21).



GRAFICA 2.

ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO . LAPSO ENTRE LOS PRIMEROS
SINTOMAS Y LA PRIMERA CONSULTA.



CUADRO .1

A DENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO ENTRE LOS AÑOS 1976-1986 H.C.N.C.N.
FRECUENCIA EN EL RECTO Y FRECUENCIA EN EL ANO.

ADENOCARCINOMA	Pacientes	SEXO	
		FEm.	Masc.
DE RECTO	19	10	9
DE ANO	2	1	1

CUADRO, 2

SINTOMATOLOGIA DEL ADENOCARCINOMA DEL RECTO Y DEL ANO
 EN EL H.C.N.C.N. PEMEX 1976-1986.

SINTOMAS Y SIGNOS	No de Pacientes	% de Pacientes.
Sangrado	18	85.7%
Polipo Centinela	12	57.1%
Hemorroide Centinela	10	47.6%
Perdida de peso	8	38.0%
Anemia	6	28.5%
Tumor	4	19.0%
Fistula	2	9.0%
Dolor	2	9.0%

CUADRO. 3

CLASIFICACION DE DUKES DEL ADENOCARCINOMA DEL RECTO Y ANO

Clasificación de Dukes	No. de Pacientes.	%
A- 3	14.2%	
B- 8	38%	
C ₁ - 6	28.5%	
C ₂ - 4	19.0%	

Biopsia ° ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO.

CUADRO . 4

PATOLOGIA DE ANO =RECTO EN EL HOSPITAL DE PEMEX HONCN.

1975=1985 CASOS (N=31).

	ADENOCARCINOMA ANO=RECTO	CARCINOMA EPIDERMIOIDE	MELANOMA MALIGNO	CARCINOMIDE.
NO. CASOS	21 =67.7%	6 = 19.3%	3 = 9.6%	1 = 3.2%

CUADRO . 5

MANEJO DEL ADENOCARCINOMA DE ANO =RECTO EN EL HONCN.

1975=1985 CASOS (N=21).

	ABDOMINOPERINEAL DE MILES	NO ACEPTARON EL TRATAMIENTO	COLOSTOMIA EN ASA .
No. CASOS	14 =55.6%	4 =19%	3 =14.2%

CUADRO. 6

ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO en el H.C.N.C.N. 1976-1986

SOBREVIDA.

ESTADIO	Menor de 1 año	1-3 años	3a 5 años	5 a 10 años	7 a 10 años
No.					
A-3	1		1	1	
B-5	2	1	3	2	
C _i -6	1	1	3		0
C _{II} -4	1	2	1		
Total	5=23.8%	4 = 19.5%	8 = 39%	3=14.2%	0 = 0%

CUADRO . 7

ADENOCARCINOMA DE RECTO Y ANO COMPLICACIONES DE RESECCION ABDOMINOPERINEAL Y COLOSTOMIA EN ASA.

abdominoperineal.

perdida de Lívido Infeccion de H. Quirugica Hemorragia Fistula Arritmia.

5 =23.8% 1=4.7% 3= 14.2 % 1=4.7% 1 =4.7% °

Colostomia en Asa.

Infección. Invaginacion del Asa.

1 =4.7% 1=4.7%.

CUADRO. 8