



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER COLO RECTAL
EN EL H.E.C.M.N.R.**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA
P R E S E N T A :**

DRA. EFIGENIA ZARATE HERNANDEZ

**ASESORES :
DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ
DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA
DR. FIDEL RODRIGUEZ ROCHA**

MÉXICO

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CLINICAS MEDICO LA RAZA.



COLOPROCTOLOGIA de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
DR. ARTURO ROBLES PARAMO
SUBJEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA.
DR. JESUS ARENAS OSUNA

TITULARES DEL CURSO DE COLOPROCTOLOGIA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGIA.
DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ
MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA.
DR. FIDEL RODRIGUEZ ROCHA
DR. FRANCISCO CUEVAS MONTE DE OCA

NOMBRE DEL ALUMNO.
DRA. EFIGENIA ZARATE HERNANDEZ.
RESIDENTE DEL 6º AÑO DE COLOPROCTOLOGIA
NUMERO DEFINITIVO DEL PROTOCOLO:

99 69 00 136.

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES:

Por impulsar mi vida profesional y personal, por estar conmigo en todas y cada una de las etapas de mi vida, por todos esos momentos de ternura y amor.

A MIS HERMANOS:

Porque cada uno, me ha apoyado en esos momentos difíciles y, por enseñarme algo de sí mismos.

A MIS PROFESORES:

A todos y cada uno de Ellos, por su paciencia, dedicación y conocimientos aportados para mi desarrollo profesional, a los que guardare mi eterna gratitud.

AGRADECIMIENTOS.

AL DOCTOR MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ
DOCTOR FRANCISCO CUEVAS MONTE DE OCA
DOCTOR FIDEL RODRIGUEZ ROCHA.
POR LA EXPERIENCIA TRANSMITIDA Y SER
UN EJEMPLO A SEGUIR.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
POR HABERME ACOGIDO EN SUS INSTALACIONES
PARA LA FORMACION PROFESIONAL DE MI PERSONA.

INDICE

1- TITULO.....	1
2- RESUMEN EN ESPAÑOL.....	2
3- RESUMEN EN INGLES.....	3
4-INTRODUCCION.....	4
5- MATERIAL Y METODOS.....	11
6- RESULTADOS.....	12
7- DISCUSION.....	14
8- CONCLUSIONES.....	16
9- GRAFICAS Y CUADROS.....	17
10-REFERENCIAS.....	32

TITULO

“TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL
CANCER COLORRECTAL ENELHECMNR.”

RESUMEN

“TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER COLORRECTAL EN EL HECMNR”

OBJETIVO: Conocer el comportamiento del cáncer colorrectal con el tratamiento quirúrgico.

MATERIA Y METODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional, abierto; se estudiaron 76 pacientes con cáncer colorrectal (CCR), tratados quirúrgicamente en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, en el periodo comprendido de Enero-1996 a Diciembre de 1998.

RESULTADOS: La enfermedad (CCR) afectó por igual a ambos sexos. La edad promedio de aparición fue de 40.8 años, rango (28-90). Se localizó en el recto 67.10% (51 casos), sigmoides 17.10% (13 casos), ciego 7.89% (6 casos). La Etapificación pre y postquirúrgica fue la B 67.10% (51 casos), la etapa A 3.94% (3 casos). El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la Resección Abdomino-Perineal 40% (32 pacientes). El tipo Histológico fue el Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado en 60.54% (46 casos), Bien Diferenciado 25.0% (19 casos), Poco Diferenciado 13.15% (10 casos). Hubo complicaciones perioperatorias en 14 pacientes (18.43%), las cuales fueron menores. No hubo mortalidad perioperatoria. La mortalidad se presentó a los 6.2 meses en 5 pacientes (6.57%), con sobrevida de 71 pacientes (93.43%). La sobrevida actuarial es de 0.90.

CONCLUSION: La edad de presentación del CCR fue 20 años menor a la reportada. La etapificación más frecuente fue la B 67.10%. la localización del CCR más común fue en el recto 67.10%. El tratamiento quirúrgico del CCR tiene baja morbimortalidad y sigue siendo la mejor opción en la actualidad.

PALABRA CLAVE: TRATAMIENTO QUIRURGICO, CANCER DE COLON,
CANCER DE RECTO

ABSTRACTS.

“SURGICAL TREATMENT OF COLORRECTAL CANCER AT HECMNR”

OBJETIVE: To know the behavior of the cancer colorrectal with the surgical treatment.

MATERIALS AND METHODOS: Retrospective study, descriptive, transverse, observational, open. They were analyzed 76 patient with cancer colorrectal (CRC), treated surgically in the service of coloproctology of the Specialities Hospital Medical Center the Race, between January 1996 to December of 1998, the data were obtained from the clinical files.

RESULTS: The disease (CRC) affected by equal to both sexes. The age appearance average was of 40.8 years, range (28-90). Was located in the rectum 67.10% (51 cases), sigmoides 17.10% (13 cases), cecum 7.89% (6 cases). The stages pre and postoperative it was the B 67.10 % (51 cases), the stage A 3.94% (3cases). The surgical procedure more frequent was Abdominal-Perineal Resection (APR) 42.10% (32 cases). The type Histologic more frequent was adenocarcinoma Moderately Differentiated 60.54% (46 cases), Well Differentiated 25.0% (19 cases), Little Differentiated 13.15% (10 cases). There were complications perioperative in 14 (18.43%), those which were smaller. There was not mortality peroperative. The mortality was 6.2 months in 5 patient (6.57%), with survival of 71 patients (93.43%). The survival actuarial is of 0.90.

CONCLUSION: The presentation age of the CRC was 20 smaller years to the reported. The most frequent stage was the “B” 67.10% the location of the CRC more common was in the rectum 67.10%. The surgical treatment of the CRC has decrease morbimortality and continues being the cornerstone for its manage.

KEY WORD: SURGICAL TREATMENT, CANCER OF COLON.
CANCER OF RECTUM

INTRODUCCION.

El Cáncer Colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países industrializados. En 1995, en los Estados Unidos de Norteamérica se diagnosticaron 150,000 casos nuevos, 57,000 fallecieron a causa de esta enfermedad. En ese país y en México es la segunda causa de muerte por neoplasias malignas de tubo digestivo (1,2,3,4), con una tasa de 51.6 por 100.000 habitantes(5), con la probabilidad de que se desarrolle cáncer colorrectal entre el nacimiento y los 70 años de edad de aproximadamente 4% (1). En colon se diagnostica el doble de cánceres que en el recto (1,3,5,6).

Los factores etiopatogénicos son : 1) ambientales, 2) dietéticos, 3) genéticos; de acuerdo a estos el CCR se divide en: 1) esporádico, 2) hereditario y 3) asociado a enfermedad inflamatoria crónica del colon y recto. (1,5,6). Los pacientes con poliposis familiar (PAF) representan sólo 1% de todos los pacientes con CCR, mientras que los pacientes con síndrome de cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (SCCHSP), varía del 3-30% en la población afectada por CCR (3,4).

El SCCHSP descrito por Lynch en 1971, se caracteriza por tener una transmisión vertical (autosómica dominante) y se subdivide en 2 variedades: Lynch I, en el que se encuentra un adenocarcinoma de colon localizado predominantemente en colon derecho (próximo al ángulo esplénico), a una edad promedio de 45 años, en ausencia de poliposis difusa del colon y por la presencia de tumores sincrónicos o metacrónicos en el resto del colon y/o recto, además de antecedente de neoplasia colorrectal de primer grado. El síndrome de Lynch II, tiene las mismas características del anterior y además, se asocia a otros cánceres extracolónicos, como son: endometrio, estómago, ovario, intestino delgado,

vías biliares, leucemia y el carcinoma de células transicionales del urotelio, así como, antecedente familiar de CCR. (1,4). Debido a que la prevalencia de pólipos adenomatosos del colon y recto en Estados Unidos de Norteamérica y otros países occidentales es alta; y además se ha comprobado su evolución a adenocarcinomas, se han realizado pruebas de detección oportuna de este tipo de lesiones como : determinación de sangre oculta en heces, colon por enema, y colonoscopia , especialmente en los grupos de personas de alto riesgo: aquellas con historia familiar de PAF, edad mayor de 40-50 años, evolución de Enfermedad inflamatoria pélvica de más de 10 años de evolución, y antecedentes familiares de cáncer colorrectal. (1,3,6).

Se ha comprobado que la polipectomía colonoscópica disminuye la incidencia de CCR hasta 90%(3,6). En las heces en estos casos se encuentra entre 0.6-1.2 ml/24hrs de sangre. Su valor predictivo para detectar pólipos o carcinomas fué de 0.5-14%, con una mediana de 3% para pólipos adenomatosos (3, 6, 8, 9, 10). La endoscopia logra la visualización completa de todo el colon en el 75% de todos los procedimientos, con la rectosigmoidoscopia flexible se ha encontrado que el 50-60% de las neoplasias del colon y recto se localizan en los últimos 60cm del intestino grueso (10). El valor predictivo para detectar adenomas y cáncer fué de 22.58%. El porcentaje de cánceres en etapas tempranas (Duke's A y B) fué de 65-81% (6,10).

El diagnóstico de CCR se hace en pacientes sintomáticos. El estadio que presentan generalmente es locorregional avanzado (Duke's B2 y C). Los métodos de imagen disponibles son el colon por enema y el ultrasonido, la Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética, además de Inmunocentellografía. El propósito de estos estudios es determinar la etapa en que se encuentra el CCR mediante: 1) el conocimiento de la penetración tumoral, 2) metástasis ganglionares y 3) metástasis hepáticas y/o

extrahepáticas. El estudio de elección para conocer los primeros dos puntos es la ultrasonografía intraluminal y endorrectal, sin embargo este método de diagnóstico no se encuentra disponible en nuestro medio, por lo que se recurre a otros medios de diagnóstico, la sensibilidad del Ultrasonido es de 88%. La TAC y la RM son útiles para evaluar la invasión del tumor a órganos vecinos y para las metástasis hepáticas o extrahepáticas. La sensibilidad reportada es de 61 y de 79% respectivamente (6,7,8). La determinación del antígeno carcinoembrionario (ACE), no se utiliza como prueba de investigación primaria, por su falta de especificidad. La concentración preoperatoria del ACE tiene importancia pronóstica, y se ha demostrado que se correlaciona con el tamaño y el grado de diferenciación de los carcinomas del colon y recto. Se ha visto que la mayor concentración preoperatoria del ACE se relaciona con una supervivencia más insatisfactoria. Después de la cirugía curativa, la concentración del ACE se normaliza en un mes. La persistencia elevada de la misma, denota enfermedad residual o metastásica (6).

En los pacientes que no se efectúa una colonoscopia completa en su evaluación preoperatoria por presentar obstrucción rectal o intestinal, se recomienda hacerla dentro de los primeros seis meses después de la resección. Isler, reportó 7% de cánceres sincrónicos en ese grupo de pacientes. (5,6).

Las metas del tratamiento quirúrgico son obtener un control local adecuado de la tumoración y restablecer la función. Los parámetros de evaluación de estas metas son: 1) la tasa de recurrencia local, 2) la evaluación de la función urinaria, sexual, intestinal y anal, 3) incrementar la supervivencia (1,3,6,7).

Los sistemas de clasificación Dukés modificado y TNM, del CCR, se crearon para conocer el grado de penetración tumoral. Los tumores localizados a la mucosa (estadio A) tienen una supervivencia a 5 años de 90%, cuando penetran a la pared muscular (estadio

B) 60%, cuando presentan ganglios linfáticos metastásicos (estadio C) 30%, y cuando presentan metástasis a distancia (estadio D) 5% (11,12,13,14,15). En los años 30's, y posteriores Dukes realizó un análisis retrospectivo global de los posibles factores pronósticos en pacientes operados de carcinoma rectal; observó que la penetración en la pared rectal y la diseminación hacia los ganglios linfáticos regionales eran los factores más importantes (13, 14).

El pronóstico suele describirse en términos de supervivencia a los 5 años y de la recidivas locales o distales. Ello está directamente relacionado con la diseminación de estos tumores, ya sea por invasión directa o por diseminación linfática hematogena.(16). Otro de los factores que influyen en la sobrevida son: edad y sexo, los cuales no son factores determinantes, aunque Hughs y col. Sugirieron que disminuye la supervivencia de los pacientes mayores de 70 años, y las mujeres evolucionan mejor que los hombres (16). Los ganglios positivos en caso de tumor primario de colon reduce la supervivencia y hay pruebas de que los tumores primarios bien diferenciados se comportan mejor que los mal diferenciados, o los que tienen células mucinosas y en anillo de sello, además de invasión de vasos y nervios. (16,17). El número de metástasis y órganos vecinos afectados, tiene un impacto controvertido sobre la sobrevida. Fester y berran, demostraron que, a menos que los nódulos fueran bilaterales, el número no era un aspecto determinante de importancia en los resultados (17).

Los pacientes con 3 o menos nódulos metastásicos evolucionan mejor que los que tienen 4 o más ganglios linfáticos afectados. (10).

El CCR dá metástasis primordialmente hacia los ganglios linfáticos regionales; hasta 25% de los pacientes experimentan metástasis hepáticas sincrónicas y 50% metacrónicas. Las técnicas quirúrgicas modernas han arrojado una tasa de mortalidad

operatoria de las resecciones hepáticas mayores que no llega a 50%, y sobrevida a 5 años de 30-35%. Los pacientes sintomáticos y los que tienen pruebas hepáticas alteradas evolucionan mal (10,13,16).

Las transfusiones perioperatorias de sangre es un factor que interviene para disminuir las cifras de supervivencia después de la cirugía en CCR, ya que altera la respuesta inmunitaria del huésped y crea un entorno permisivo para que prolifere la neoplasia, la sobrevida fué de 23% menor a 5 años, y de 30% menor a los 10 años en pacientes que recibieron 2 o más paquetes globulares, en comparación con los que no recibieron transfusión (93%). La recurrencia local y las metástasis aumentan cuando se transfunden 2 o más paquetes globulares (17).

En cuanto a la técnica quirúrgica, el margen distal aceptado es de 2cm, aunque posiblemente es suficiente entre 1 y 2cm. Los márgenes mayores de 2cm no influyen en la sobrevida o los porcentajes de recidiva local, en cambio los inferiores a 1cm se acompañan de recidiva local mayor. La exéresis mesorrectal completa disminuye el porcentaje de recidiva local hasta 3-4%, ya que se elimina todo el tejido linfático mesentérico lateral (18).

El tratamiento quirúrgico para el cáncer de ciego, colon ascendente y ángulo hepático es la Hemicolectomía derecha, mientras que, en el cáncer de colon transversal, y colon descendente se realiza Hemicolectomía izquierda. La recidiva local es poco frecuente en los pacientes sometidos a resección de un carcinoma del colon abdominal, a menos que haya provocado perforación o invadido las estructuras adyacentes. La invasión intramural distal no es superior a 5 cm a partir del borde palpable del tumor; por lo tanto no existe diferencias en los porcentajes de recidiva local entre la resección anterior baja, con conservación de esfínteres y la resección abdominoperineal, siempre que se tenga un buen borde, además, aunque puede producirse una diseminación perioperatoria de células

tumorales durante la manipulación del tumor, es posible reducirla mediante aislamiento linfovascular y luminal del mismo antes de la manipulación. Al comparar un grupo donde se aplicó la técnica de “No tocar “ con el grupo de intervención convencional, no se observaron diferencias estadísticamente entre los porcentajes de metástasis hepáticas. (14% frente 22%, supervivencia a 5 años (60% frente 56%), número de total de muertes (40% frente a 44%), muertes por recidiva (25% frente a 31%) o muerte por invasión vascular (31% frente a 52%) (5,7,16 y 19).

En el cáncer de recto el principal sitio de recurrencia es local (25%), en el cáncer de colon es de hígado (15%, ganglios linfáticos retroperitoneales (5), pulmón (4%), peritoneo (3%), hueso y cerebro (1%). (17).

Actualmente se pueden efectuar estudios como la inmunocentelleografía con Indio 111 marcado con un Anticuerpo Anti-CEA, y se obtiene sensibilidad para detectar recurrencia de 87-100% (1,7,16).

El tratamiento con radioterapia reduce la tasa de recidiva local, efecto que puede potencializarse con el empleo de quimioterapia simultáneamente. Con la resección quirúrgica se logra la curación en menos del 50% de estos pacientes y después de la resección anterior baja del carcinoma rectal, el porcentaje de supervivencia a los 5 años es de 8-34%. En raras ocasiones se desarrolla una recidiva aislada en la herida del cierre perineal, después de una resección abdominoperineal. El porcentaje de recidiva pélvica después de la cirugía aumenta de un 20-50% o más, si el tumor penetra en la pared muscular del recto o los ganglios linfáticos pélvicos contienen implantes tumorales. Si existe penetración de la pared intestinal (estadio T3NoMo) el porcentaje de recidiva local es de 25%, el porcentaje de recidiva local tras la cirugía va de 17% cuando

la penetración es microscópica (T3NoMo), hasta el 67% en los tumores con positividad ganglionar que penetra a través de la pared intestinal e invaden órganos adyacentes (T4N1Mo) (6,7,19,20,21)

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron los expedientes Clínicos de los pacientes con cáncer colorrectal confirmado histológicamente tratados quirúrgicamente en el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, durante el período comprendido de Enero de 1996 a Diciembre de 1998. En todos los pacientes se revisó que presentaran algoritmo de diagnóstico completo, este consiste en Historia clínica completa que incluye la exploración física adecuada y detallada, además de la exploración proctológica que incluye un tacto rectal, anoscopia y rectosigmoidoscopia, con toma de biopsia en caso necesario. Solicitamos además colon por enema con Técnica de Fisher, colonoscopia diagnóstica, también con toma de biopsia en caso necesario, reporte Histológico. Se evaluó también los procedimientos quirúrgicos realizados, el uso de hemoderivados para el período perioperatorio; exámenes de laboratorio básico, como son: Biometría Hemática, Tiempos de Cuagulación, Química Sanguínea, Electrolitos Séricos, Pruebas de Función Hepática Completa, y determinación de Antígeno Carcinoembrionario, como marcador tumoral, y por último, los exámenes de Extensión tumoral como son: Radiografía de Tórax, Tomografía de abdomen y pelvis, Ultrasonido Hepático, Urografía Excretora, además de la Valoración de Riesgo Quirúrgico.

Los datos obtenidos se concentraron en el instrumento de trabajo, y el análisis estadístico se hizo con medidas de Dispersión y Tendencia Central, además del cálculo de la sobrevivencia actuarial con método de Curtler-Ederer (1958).

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 76 pacientes adultos tratados quirúrgicamente por Cáncer Colorrectal en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, en el periodo de enero de 1996 a diciembre de 1998, obtuyéndose los siguientes resultados: la enfermedad afectó por igual a ambos sexos (38 mujeres y 38 hombres), la edad promedio de aparición fué de 40.8 años, con rango de 28-90 años. El 23.68% (18 pacientes) presentaron antecedentes oncológicos Heredo-Familiares y sólo el (1.31%) que correspondió a 1 caso tuvo antecedente de cáncer de Colon, las neoplasias más frecuentes fueron; CaCu, Ca Gástrico, Ca de Mama y Ca de Próstata. El tiempo de evolución de la enfermedad en el 48.70% de los casos tuvo una duración -1año, y el tiempo máximo de evolución fué +3años (14.47%) con 11 casos. Por otra parte, dado que predominó la localización de la enfermedad neoplásica en colon izquierdo y recto, los datos clínicos más frecuentes fueron: rectorragia 26.66% (52 casos), disminución del calibre de las heces 13.86% (27 casos), cambio en los hábitos intestinales 9.76% (19 casos), dolor anorrectal 8.20% (16 casos) y pérdida de peso 17.45% (34 casos).

Con respecto a la localización de la neoplasia: el 67.10% (51 pacientes) presentaron la lesión en los últimos 15 cm del tubo digestivo bajo (recto). El sitio de localización más frecuente en el colon fué : sigmoides 17.10% (13 casos), seguido por la localización en ciego 7.89% (6 casos). Se encontraron neoplasias sincrónicas en 3.94% (3 pacientes).

La Etapificación prequirúrgica se estimó en etapa B (Clasificación de Duke's-Astler-Coller, modificada por Gunderson) con 51 casos (67.10%), la siguientes etapa en orden de frecuencia fué C (22.36%) 17 casos, la etapa D (6.60%) 5 casos y por último, en solo 3 casos (3.94%) se observó la etapa A (Ca in situ).

El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fué la RAP (Resección Abdomino-Perineal), lo anterior por la localización rectal de la mayoría de las neoplasias 42.10% (32 pacientes), los tumores primarios tratados por RAP fueron clasificados de acuerdo a la Clasificación de Dukés-Astler-Coller-Gunderson referidos en

(14) y descrita en la tabla (9); se realizó colostomía derivativa por enfermedad avanzada en 7 pacientes (8.75%). En el perioperatorio 26.32% (20 casos) recibieron transfusión sanguínea, sin datos clínicos de reacción alérgica, de los 20 pacientes, 12 (60%) recibieron 1 solo paquete globular y 8 pacientes (40%) 2 paquetes globulares.

El tipo histológico diagnosticado más frecuente fue el Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado 60.54% (46 casos), El adenocarcinoma Bien Diferenciado se encontró en 25.0% (19 casos) y el Adenocarcinoma Poco Diferenciado se presentó en 13.15% (10 casos).

Las complicaciones perioperatorias registradas sucedieron en 14 casos (18.43%), las cuales fueron menores, ya que no influyeron significativamente en la estancia intrahospitalaria. No hubo mortalidad perioperatoria.

La Etapa clínica postquirúrgica definitiva fue: la más frecuente B 47.36% (36 casos), la etapa C 38.15% (29 casos), en Etapa D tuvimos 6.57% (5 pacientes).

Con respecto al seguimiento postoperatorio, 48 pacientes (63.15%) fueron enviados para tratamiento adyuvante, 32 pacientes (66.66%) recibieron Radioterapia y Quimioterapia combinadas, y los 16 pacientes restantes recibieron quimioterapia o radioterapia únicamente.

En 12 pacientes (15.78%), no fue posible la excisión completa de la neoplasia, por lo que, se consideraron como portadores de enfermedad residual y fuera de tratamiento curativo. La recurrencia sucedió en 9 pacientes; en 6 casos se presentó a los 4 meses (66.66%), y en 3 pacientes (33.34%) a los 16 meses en promedio.

La Mortalidad sucedió a los 6.2 meses en 5 pacientes (6.57%), y sobreviven por consecuencia 71 pacientes (93.43%). La sobrevida actuarial progresiva o acumulada es=0.90.

DISCUSION:

En la historia natural del Cáncer Colorrectal (CCR) la cirugía se ha mantenido como la fase más importante del tratamiento, ya que con ella se pretende aprovechar al máximo las posibilidades de curación, con la eliminación en bloque del tumor y ganglios linfáticos, y con márgenes que sean adecuados para asegurar la eliminación de toda la carga tumoral local-regional; así mismo, la radioterapia y quimioterapia han tomado relevancia en el tratamiento adyuvante preoperatorio y seguimiento postquirúrgico.(6).

El enfoque del presente estudio fundamentalmente nos permite conocer los resultados con el tratamiento quirúrgico en un servicio no oncológico.

Con respecto a la edad llama la atención que en nuestra serie de 76 pacientes, el promedio de presentación fué a los 40 años, en comparación con la serie del Dr. Luna , serie también mexicana del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del IMSS, donde la edad promedio de presentación fué a los 56años.(14).

Referente al sexo y cuadro clínico , no encontramos alguna diferencia significativa con la reportada en la literatura, como en las series de Newland (11), Luna (14 y Heal y cols. (18).

En cuanto a la localización de la neoplasia, seguimos observando que la principal zona afectada es la región sigmoideo-rectal, apesar de que esta área es una zona de estudio accesible a una exploración proctológica completa (Tacto rectal, anoscopia, rectosigmoidoscopia), nos damos cuenta que no se efectuó, ni se efectúa de manera sistemática en el algoritmo de diagnóstico de la sintomatología anorrectal.

En nuestra serie y en la cita (14), la Resección abdomino-perineal (RAP) fué el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado (67%), sin embargo, en la serie antes referida, representó el 84.84%, y fué realizada en pacientes con etapa A (19 casos). Lo anterior aparenta sobretratamiento quirúrgico, sin embargo hay que tomar en cuenta que la radioterapia preoperatoria reduce las etapas de acuerdo a las citas referidas por Hool (7).

En nuestro estudio, encontramos al momento de la cirugía que el 22.36% de los pacientes (17 casos) se consideraron fuera de tratamiento curativo por enfermedad residual y etapas avanzadas.

Por otra parte, el reporte histopatológico definitivo fué congruente con nuestra valoración prequirúrgica de la invasión tumoral.

En nuestra serie las complicaciones perioperatorias representaron (18.43%) y fueron menores, y no influyeron en la estancia intrahospitalaria. No existió mortalidad operatoria; en este mismo rubro en la serie (14) se consideraron complicaciones perioperatorias mayores y fueron reportadas como: hemorragia transoperatoria (15%), infección de la herida perineal (21%), infección de la herida abdominal (9%) y 5 pacientes murieron dentro de los primeros 30 días del postoperatorio.

Con respecto a la recurrencia, se presentó en 9 pacientes (11.84%), y en la serie (14), se reportó de 9.8%, esto es reflejo de una cirugía radical aún para las etapas tempranas.

Por último, la sobrevida de nuestro grupo general es de 93.43% (71 pacientes) y la sobrevida actuarial es de 0.90. En la serie del Dr. Luna (14) se reportó una sobrevida actuarial de 50% y la corregida de 59%, lo anterior no indica que nuestro manejo sea mejor, sino que se requiere de mayor tiempo de vigilancia.

CONCLUSION.

- 1.- El cáncer Colorrectal (CCR) afecta por igual a hombres y mujeres.
- 2.- La edad de presentación de la enfermedad en nuestra serie es menor a la reportada en otras series:40 años Vs 56 (Dr. Luna) (14).
- 3.- Los datos clínicos más frecuentes son 5: Rectorragia (26.66%), Pérdida de peso (17.45%), Disminución del calibre de las heces (13.86%), Cambio en los hábitos intestinales (9.76%), y Dolor anorrectal (8.20%).
- 4.- La localización predominante se encuentra en los últimos 15cm del tubo digestivo (67.10%).
- 5.- 68.62% (35 pacientes), pudieron haber sido diagnosticados por un Tacto rectal.
- 6.- El procedimiento quirúrgico realizado con mayor frecuencia fué la RAP (40%).
- 7.- El 47.36% (36 casos) fueron considerados candidatos a cirugía curativa (Etapificación Postquirúrgica B).
- 8.- 15.78% (12 pacientes) fueron considerados fuera de tratamiento quirúrgico curativo por enfermedad residual o etapa avanzada.
- 9.- El Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado fué el tipo histológico más frecuente (60.54%) 46 casos.
- 10.- El tratamiento quirúrgico tiene una tasa baja de Morbimortalidad.
- 11.- El manejo principal del Cáncer Colorrectal sigue siendo el tratamiento quirúrgico.

CANCER COLORRECTAL

AÑO	CASOS
1996	28
1997	20
1998	28
TOTAL	76

Cuadro 1.

SEXO

AÑO	FEMENINO	MASCULINO
1996	14	14
1997	9	11
1998	15	13
TOTAL	38	38

Cuadro 2.

ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS

AÑO	EXTRA COLÓNICOS	COLÓNICOS
1996	9 (32.14%)	1
1997	4 (20%)	0
1998	4 (14.28%)	0
TOTAL	17 (22.36%)	1 (1.31%)

Cuadro 3.

LOCALIZACIÓN
RECTO

TERCIO INFERIOR	35	46.09%
TERCIO MEDIO	10	13.12%
TERCIO SUPERIOR	6	7.89%
TOTAL	51	67.10%

cuadro 4.

LOCALIZACIÓN

RECTO	51	67.10%
COLON SIGMOIDES	13	17.10%
C. DESCENDENTE	1	1.31%
ANGULO ESPLÉNICO	1	1.31%
ANGULO HEPÁTICO	2	2.63%
C. ASCENDENTE	2	2.63%
CIEGO	6	7.89%
TOTAL	76	100%

Cuadro 4a.

CANCER SINCRÓNICO

AÑO	CASOS	%
1996	0	0
1997	1	1.31%
1998	2	2.63%
TOTAL	3	3.94%

Cuadro 5.

CUADRO CLÍNICO

	Número de Casos	%
Rectorragia.	52	26.66%
Disminución del calibre de las Heces.	27	13.86%
Pérdida de peso.	34	17.45%
Cambio en los hábitos intestinales.	19	9.76%
Dolor anorrectal.	16	8.20%
Estreñimiento.	13	6.66%
Dolor abdominal.	15	7.69%
Tumor palpable.	7	3.58%
Hematoquezia.	6	3.07%
Incontinencia Anal.	1	0.51%
Anemia.	4	2.05%
CUCI (21 años Evolución).	1	0.51%

Cuadro 6.

ETAFIPLICACIÓN PREQUIRÚRGICA.

*ETAPA	AÑO			TOTAL	
	1996	1997	1998	Numero de casos	%
A	0	2	1	3	3.94%
B	24	12	15	51	67.10%
C	3	3	11	17	22.36%
D	1	3	1	5	6.60%
				76	100%

*Clasificación Duke's-Astler-Coller .

Cuadro 7

CIRUGIAS REALIZADAS

TIPOS DE CIRUGIA	CASOS	%
RAP (Resección Abdomino-Perineal)	32	40%
Hemicolectomía Derecha	10	12.5%
RAB (Resección Anterior Baja)	8	10.0%
Colostomía Derivativa	7	8.75%
Sigmoidectomía	8	10.0%
Tumorectomía +Policlectomía	6	7.50%
Colectomía Subtotal	3	3.75%
RA (Resección Anterior)	2	2.50%
Hemicolectomía Izquierda	2	2.50%
Proctomía +Coloanoanastomosis	2	2.50%

Cuadro 8.

ETAPIFICACIÓN DEFINITIVA: R.A.P.

*ETAPA	Número de Casos	%
B2	13	40.63%
B3	4	12.50%
C1	4	12.50%
C2	9	28.12%
D	2	6.25%
TOTAL	32	100%

Cuadro 9.

*Clasificación Duke's-Astler-Coller .

ETAPIFICACIÓN POSTQUIRÚRGICA.

**ETAPA	AÑO			TOTAL	
	1996	1997	1998	Numero de casos	%
A	3	2	1	6	7.89%
B1	3	2	1	6	7.89%
B2	12	3	8	23	30.30%
B3	4	2	1	7	9.21%
C1	1	3	2	6	7.89%
C2	1	4	12	17	22.36%
C3	3	1	2	6	7.89%
D	1	3	1	5	6.57%
				76	100%

**Clasificación Duke's-Astler-Coller-Gunderson.

Cuadro 10.

HISTOLOGIA

TIPO HISTOLOGICO	CASOS	%
Moderadamente Diferenciado	46	60.54%
Bien Diferenciado	19	25.0%
Poco Diferenciado	10	13.15%
Carcinoide	1	1.31%
Total	76	100%

Cuadro 11.

COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS

AÑO	SI	NO
1996	2	26
1997	5	15
1998	7	21
TOTAL	14 (18.43%)	62 (81.57%)

Cuadro 12.

TRATAMIENTO ADYUVANTE

AÑO	SI	NO
1996	13	15
1997	11	9
1998	24	4
TOTAL	48 (63.15%)	28 (36.85%)

Cuadro 13

TRATAMIENTO ADYUVANTE

Tipo de Tratamiento Adyuvante	Casos	%
Quimioterapia.	7	14.5%
Radioterapia.	9	18.75%
Quimioterapia y Radioterapia Combinada.	32	66.66%

Cuadro 13a.

RECURRENCIA.

AÑO	SI	NO	ENFERMEDAD RESIDUAL
1996	5 (17.85%)	18 (64.28%)	5 (17.85%)
1997	3 (15%)	12 (60%)	5 (25%)
1998	1 (3.57%)	25 (89.28%)	2 (7.14%)
X	(12.14%)	(71.18%)	X=16.66%

Cuadro 14.

AÑO	MORTALIDAD		SOBREVIDA	
	CASOS	%	CASOS	%
1996	4	14.29%	24	85.71%
1997	1	5%	19	95%
1998	0	0%	28	100%
TOTAL	5	6.57%	71	93.43%

Cuadro 15.

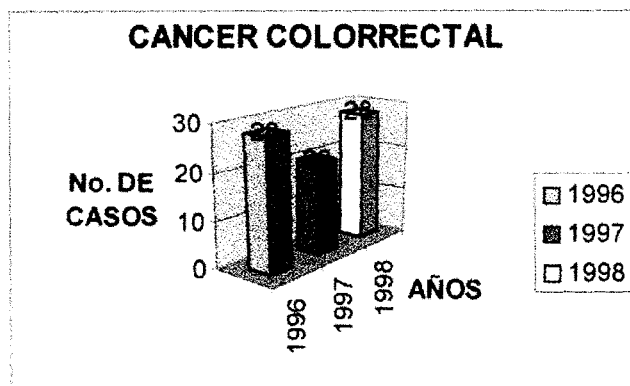


FIGURA 1.

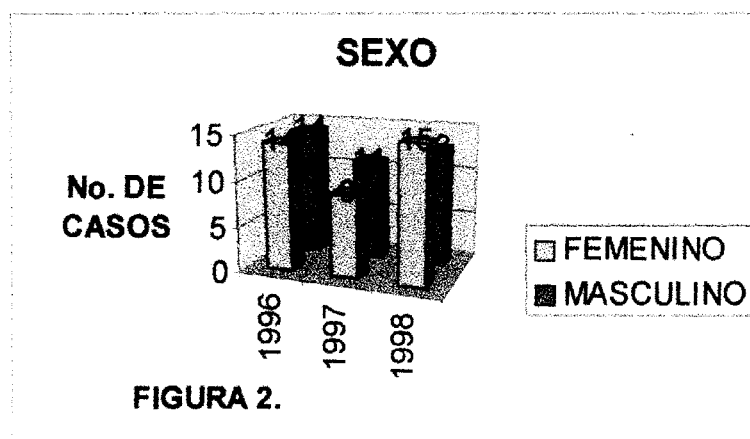


FIGURA 2.

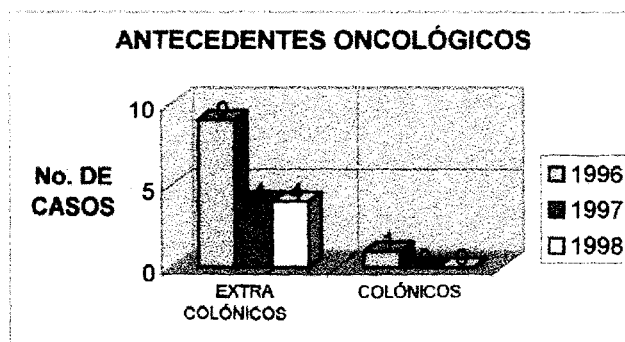


FIGURA 3.

H.E.C.M.R. I.M.S.S.
 SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA.
 N=76.

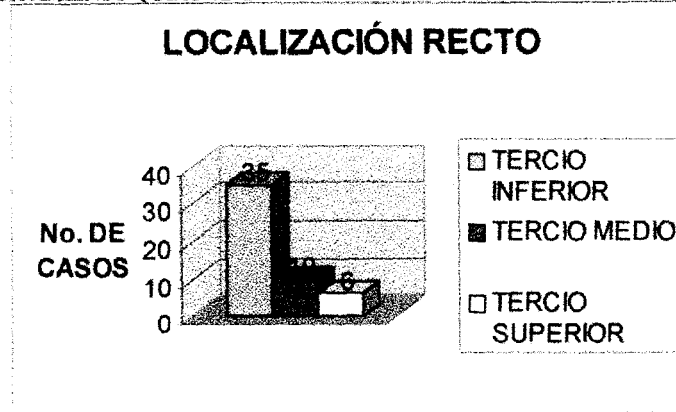


FIGURA 4.

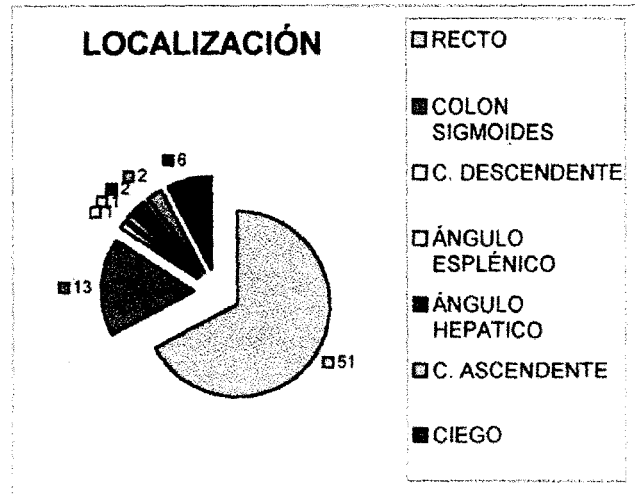


FIGURA 4a

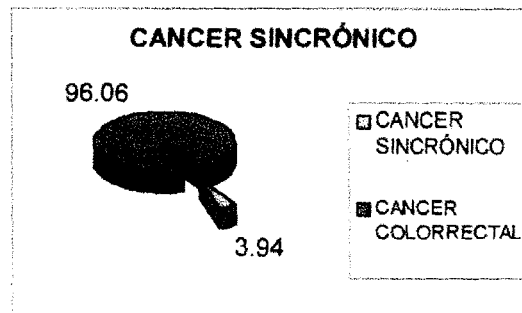


FIGURA 5.

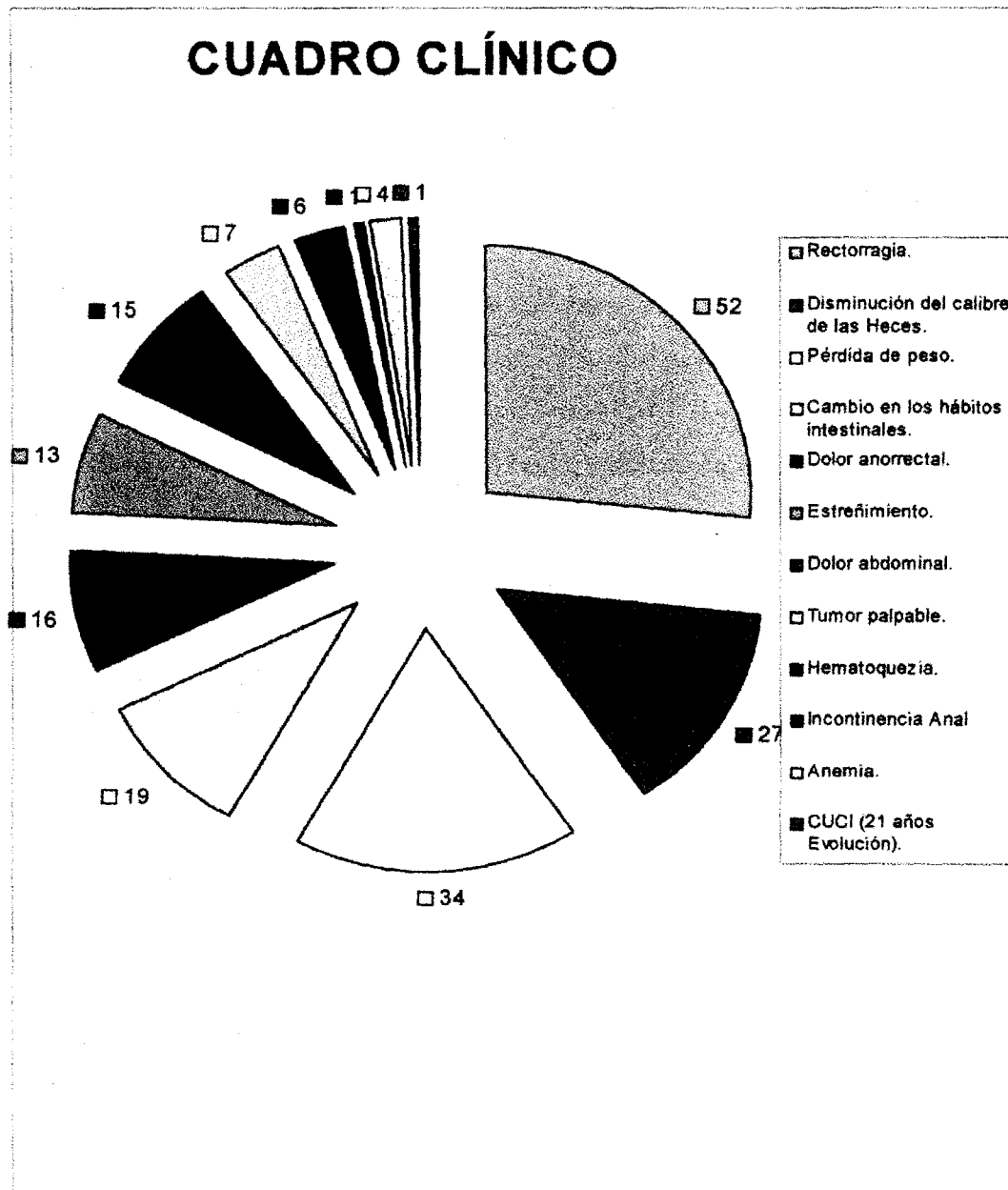


FIGURA 6.

H.E.C.M.R. I.M.S.S.
 SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
 N=76

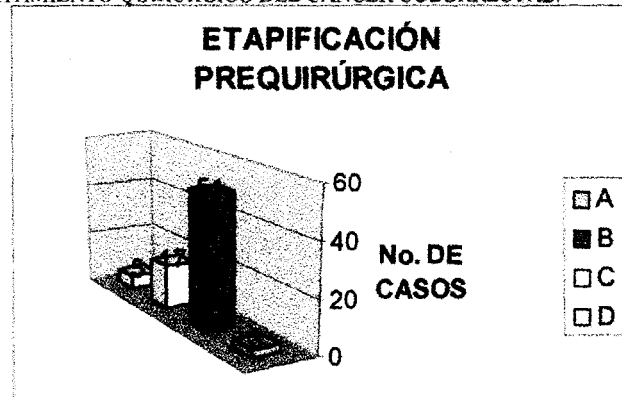


FIGURA 7.

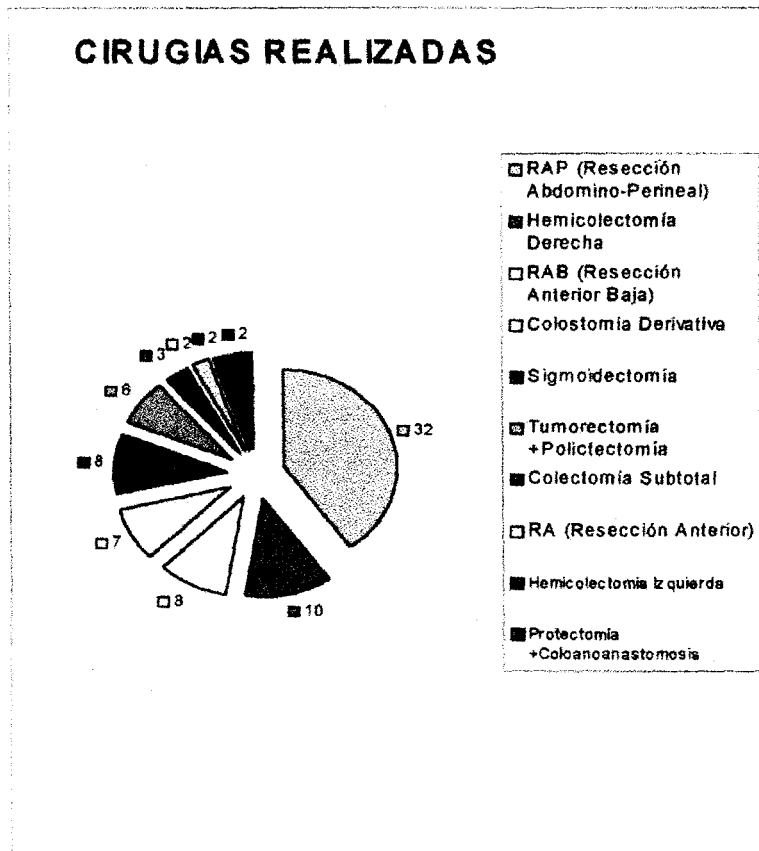


FIGURA 8.

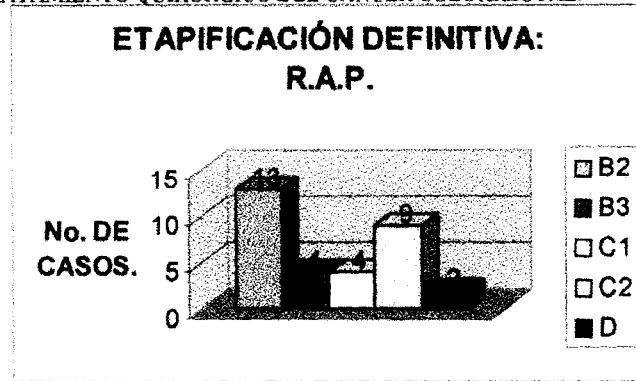


FIGURA 9.

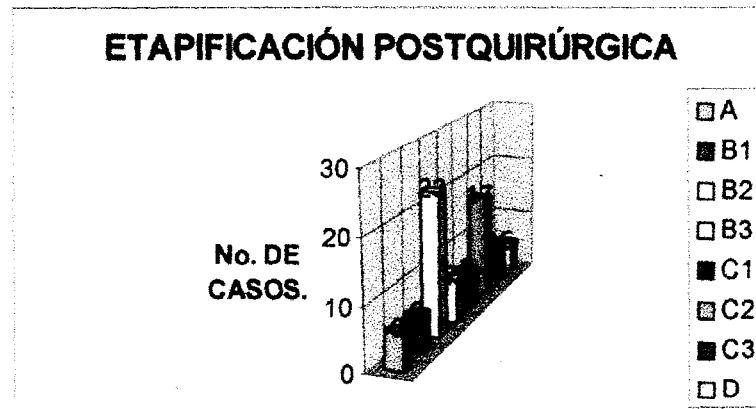


FIGURA 10.

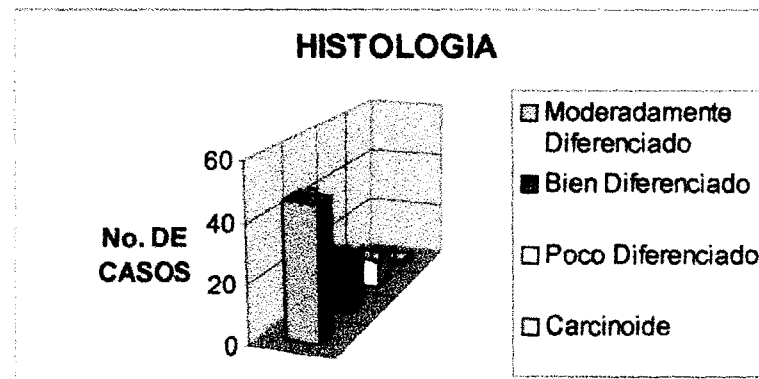
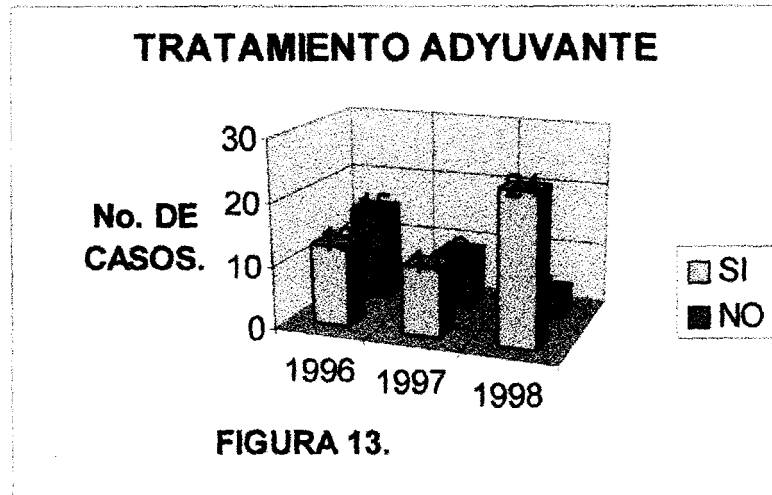
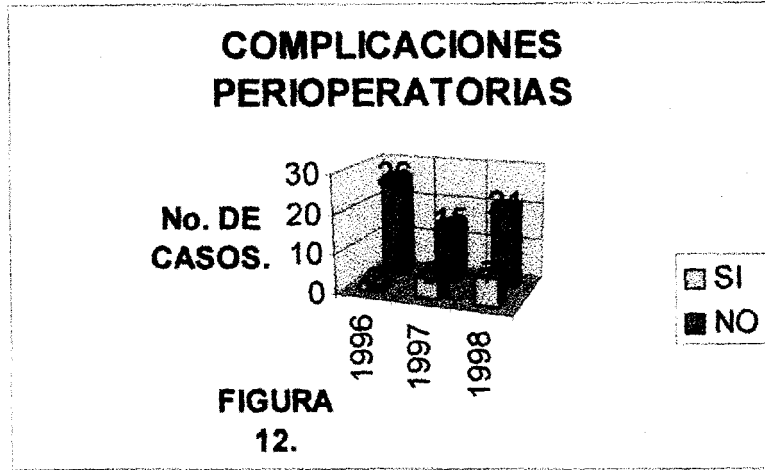


FIGURA 11.



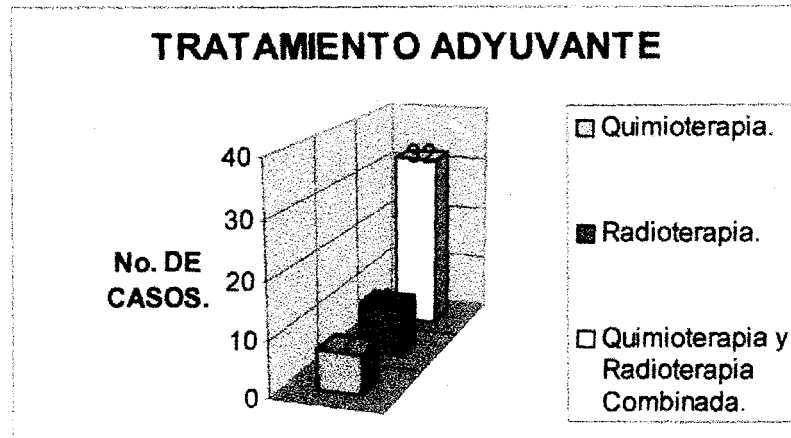


FIGURA 13a

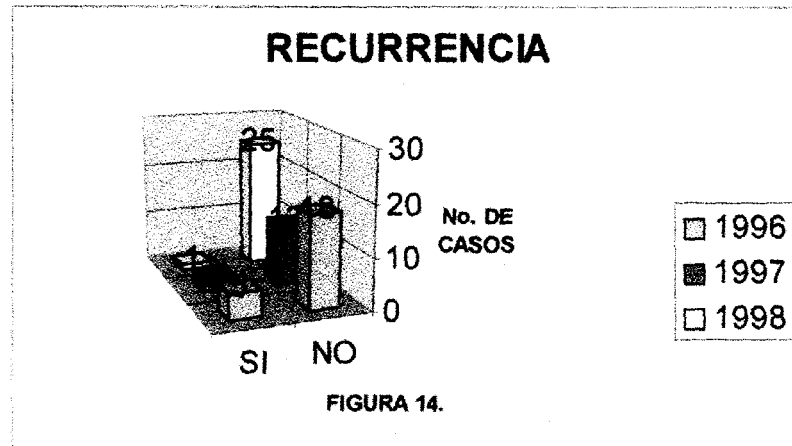
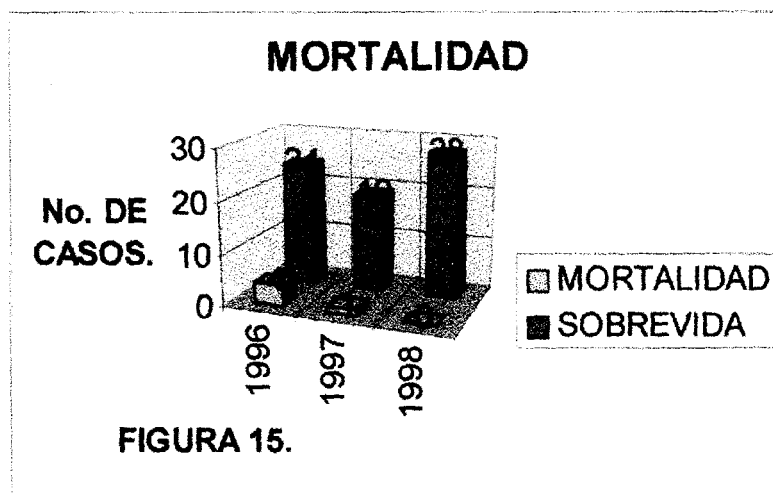


FIGURA 14.

H.E.C.M.R. I.M.S.S.
 SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
 N=76.



REFERENCIAS

- 1.- Luna PP, Reyna HA, Rodríguez DF, Medrano R, et al. Cáncer Colorrectal. *Rev Gastroenterol Méx* 1997;62(3):175-183.
- 2.- Estadística de egresos hospitalarios de la secretaría de salud, 1996. *Salud pública de México* 1998;40(1):88,95,98.
- 3.- Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Stolar MH, et al. Colorrectal Cancer Screening: Clinical Guidelines and Rationale. *Gastroenterology* 1997;112:594-642.
- 4.- Luna PP, Quiñonez G, Benitez L, Barrientos FJ, et al. Cáncer Colorrectal Hereditario sin poliposis. Síndrome de Lynch. *Rev Gastroenterol Méx* 1995;60(3):169-174.
- 5.- Tovar VG, Flores M, Salmerón J, Lazcano PC, et al. Epidemiologic Panorama of Colorrectal Cancer in México, 1980-1993. *Dis Colon Rectum* 1998;41(2):225-231.
- 6.- Schoemaker D, Black R, Giles L, Touli J. Yerly Colonoscopy, Liver CT, and Chest Radiography do Not Influence 5-Year Supervival of Colorrectal Cancer Patients. *Gastroenterology* 1998;114 (9):7-14.
- 7.- Hool GR, Church JM, Fazio VW. Decision-Marking in Rectal Residency Programs. *Dis Colon Rectum* 1998;41(2):147-152.
- 8.- Winawer SJ, Zauber A, Nah M, O'Brien JM, Gottlier S, et al. Prevention of Colorrectal Cancer By Colonoscopic polypectomy. *N Eng J Med* 1993;329(27):1979-1987.
- 9.- Winawer SJ, Zauber A, O'Brien JM, Gottlier S, Nah M, et al. Randomized Comparison Of Surveillance Intervals After Colonoscopic Removal Of Newly Diagnosed Adenomatous Polyps. *N Eng J Med* 1993;328(13):901-905.

10.-Kronborg O, Fenger CJ, Worms SA, Pederson JH. Causes of Death during the First 5 Years of a Randomized trial of Mass screening for Colorectal Cancer With Fecal Occult Blood Test. *Scand J Gastroenterol* 1992;27(14):47-52.

11.-Newland RC, Owen FD, Chapuis PH, Bokey L. Survival after Curative Resection of Lymph Node Negative Colorectal Carcinoma. *Cancer* 1995;76(15):564-71.

12.- Ness RM, Holmes A, Klein R, Green J, Dittus R. Outcome States Of Colorectal Cancer: Identification and Description Using patient Focus Groups. *Am J Gastroenterol* 1998;93(4):1491-1497.

13.-O'Connell MJ, Martenson JA, Wieand HS, Krook JE, et al. Improving Adjuvant Therapy For Rectal Cancer By Protracted-Infusion Fluoracil With Radioation Therapy After Curative Surgery. *N Eng J Med* 1994;331(13):502-7.

14.- Luna PP, Castro JM, Delgado S, Labastida S, et al. Local Recurrence Of Rectal Adenocarcinoma Following Preoperative Radiation Therapy and Surgery. *Arch Med Res* 1992;23(4):183-188.

15.- Krook JE, Moertel CG, Gunderson LL, Wieand HS, et al. Effective Surgical Adyuvant Therapy For High –Risk Rectal carcinoma. *N Eng J Med* 1991;324(11):709-15.

16.-Hida J, Yasutomi M, Maruyama T, Nakajima A. et al. Results from Pelvic Exenteration for Locally Advanced Colorectal Cancer With Lymph Node Metastases. *Dis Colon Rectum* 1998;41(2):165-168.

17.-Edna TH, Bjerkeset T. Perioperative Blood Transfusions reduce Long-Term Survival Following Surgery For Colorectal Cancer. *Dis colon Rectum* 1998;41(4):451-459.

18.- Heald RJ, Husband M, Ryal DH. The mesorectum in rectal cancer surgery-the clue to pelvic recurrence?. *Br J Surg* 1982;69(6):613-616.

19.- Poeze M, Houbiers GA, Van Velde JH, Wobbs T, et al. Radical resection of locally advanced colorectal cancer. *Br J Surg* 1995;82(1):1386-1390.

20.-Gerard A, Buyse M, Nordlinger B, Loygue J, et al. Preoperative Radiotherapy as Adjuvant Treatment in Rectal Cancer. *Ann Surg* 1998;208(5):606-614.

21.- Liefers GJ, Cleton AM, Cornelis JH, Van De velde JH, et al. Micrometastases and Survival In Stage II Colorectal Cancer. *N Eng J Med* 1998;339(4):223-8.

22.-Dawson-Saunders, Trapp RG. *Bioestadística Médica*. Primera edición, 1993. Editorial Moderno. Pp 215-222. México .