

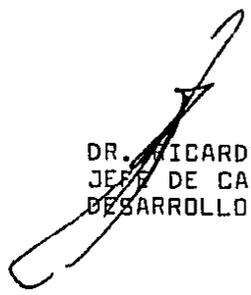
2 ej 13
11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

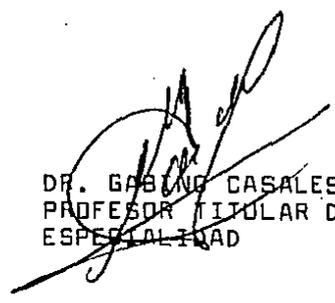
SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA COLORECTAL A 6 AÑOS

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL
TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
PRESENTA EL

DR. DANTE CHAVEZ RANGEL



DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO



DR. GABRIEL CASALES ORTIZ
PROFESOR TITULAR DE LA
ESPECIALIDAD

México D.F., Noviembre de 1989.

FALTA DE ORIGEN



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.

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de 25 pacientes con el diagnóstico de cáncer colorectal de 1981 a 1986 en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE en la Ciudad de México, para analizar la supervivencia de los pacientes con esta patología.

De los 25 pacientes estudiados 15 fueron hombres (60%) y 10 mujeres (40%) con una edad media de 66.5 años.

El cáncer de colon se presentó con mayor frecuencia que rectal (76% y 24%) respectivamente).

De acuerdo con la clasificación de Dukes para el cáncer colorectal encontramos un paciente tipo A, 12 tipo B y 12 tipo C. El grado de sobrevida reportado fue de 100%, 66% y 8.3% para cada tipo respectivamente.

En relación al grado histológico se encontraron 8 bien diferenciados, 14 moderadamente diferenciados y 3 indiferenciados.

Hay una relación directa entre el grado histológico de carcinoma indiferenciado con una pobre tasa de sobrevida. Nosotros concluimos que la clasificación por etapas del tumor así como el grado de diferenciación histológica siguen siendo los factores pronósticos más importantes para determinar la sobrevida del paciente con esta enfermedad.

SUMMARY

We present a retrospective study of 25 patients diagnosed with colorectal cancer from 1981 to 1986 at the Adolfo López Mateos Hospital in México city, for analyze the survival rate of this malignancy.

Of these 25 patients, 15 were male (60%) and 10 were female (40%), with a median age of 66.5 years.

The colon carcinoma was present in 76% of the cases (19 patients) while rectal cancer had 24% of presentation (6 patients).

In accord with Dukes clasification for this kind of carcinomas we found 1 patient type A, 12 patients type B, and 12 -- type C.

The survival rate was 100%, 66% and 8.3% for each type respectively.

The hystologic grade, reported 8 well differenciaded tumors, 14 with moderate differentiation and 3 undifferentiated.

There is a direct relationship between the hystologic grade (undifferentiated) and low survival rates.

We concluded that carcinoma clasification in accord to Dukes and the hystologic tumor's grade, are still the utmost important factors in determine the survival of all patients with this malignancy.

I. - INTRODUCCION

Debido al incremento en muchos países de cáncer colorectal - esta condición constituye un desafío en la investigación y - trabajo clínico diario. La supervivencia en las personas -- con esta enfermedad no ha mejorado mayormente desde 1950. Parece ser que la cirugía ofrece la única posibilidad de curación. A pesar de considerables esfuerzos otros abordajes terapéuticos no han mejorado la supervivencia a largo plazo. La etapa histopatológica del tumor resecado es el más importante factor pronóstico. En suma la etapa del tumor, grado morfológico, invasión vascular producción de moco y algunos factores más son los que determinan la supervivencia en este tipo de patología (3).

Aunque ha habido considerables avances en técnicas quirúrgicas permitiendo se realicen menos procedimientos radicales, más del 60% de los pacientes mueren dentro de los 5 años de su presentación (13).

Datos recientes de la Sociedad Americana del Cáncer indican que 147,000 nuevos casos de cáncer colorectal fueron diagnosticados en 1988, y aproximadamente 61,500 pacientes morirán por esta enfermedad. Es comunmente la segunda causa más frecuente de cáncer representando un formidable problema de Salud Pública. En México, el grupo de estudio sobre Cáncer del Aparato Digestivo presentó el 6to. informe sobre el tema, indicando las variaciones observadas en cuanto a frecuencia de los distintos carcinomas así como las diferencias en distintos hospitales del Distrito Federal, correspondiendo al - cáncer colorectal la 2da. posición después del cáncer de estómago. (14)

En relación a otros adyuvantes que se mencionan en la literatura médica como la radioterapia, quimioterapia así como coloproctomía y ligadura alta o baja de la Arteria Mesentérica-Inferior durante la cirugía curativa solo la radioterapia ha demostrado ser útil principalmente en cáncer rectal. (1,6,7,14)

En cuanto a la recurrencia ésta es el mayor problema después tratamiento quirúrgico. Recurrencias pélvicas han sido reportadas de 15 a 50% de los pacientes después de cirugía curativa para cáncer rectal. Se dice que una amplia disección perineal puede teóricamente reducir la tasa de recurrencia local así como mejorar el pronóstico global. (16)

Siendo la supervivencia del cáncer colorectal un factor poco analizado en nuestro medio, nosotros analizamos este aspecto en un período de 6 años, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE de la Ciudad de México D.F.

2.- MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo en 25 pacientes con carcinoma primario del colon y recto quienes fueron diagnosticados y tratados en un período de 6 años del 1º de enero de -- 1981 al 31 de diciembre de 1986 en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE. La localización anatómica del tumor fue determinada prequirúrgica postquirúrgicamente o por observación patológica. La clasificación por etapas se hizo conforme lo describió Dukes originalmente: solo se incluyó las etapas mas no las subetapas ya que así fueron reportadas por patología de nuestro Hospital. El grado de diferenciación histológica (poco diferenciado, medianamente diferenciado y bien diferenciado) también fue tomada en cuenta para la supervivencia.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico comprobado de (histológico) cáncer colorectal.

Pacientes con tumor anal, perianal, tumor cloacogénico carcinomas apendiculares fueron excluidos de este estudio.

Los datos obtenidos fueron exclusivamente de las notas quirúrgicas y de los reportes de Patología que se encontraron en los expedientes clínicos y en el caso de duda fueron revisados los archivos del Departamento de Patología, año por año. El seguimiento fue por 6 años y se verificó personalmente la supervivencia a partir del momento del diagnóstico. El tipo de cirugía fue en algunos casos con intento curativo y la terapia adyuvante mal llevada por los pacientes casi en la mayoría de los casos.

Se incluyen el presente estudio 25 pacientes los cuales llenaron los criterios de inclusión antes mencionados.

3.- RESULTADOS

De los 25 pacientes incluidos en este estudio, la distribución por sexos fue de la siguiente manera: 15 fueron hombres y 10 mujeres, siendo el rango de edad para los hombres 45 a 82 años con una media 67.8 años.

Para las mujeres el rango de edad fue de 39 a 78 años con una media de 65.3 años.

El carcinoma que más frecuentemente se observó fue el de cólon (19/25) 76%, y el resto fue rectal (6/25) 24%.

Con respecto a la etapa de Dukes para este tipo de malignidad los casos A, solo hubo un caso; los casos B, fueron 12 y para la etapa C, 12 casos. Con respecto al grado de diferenciación histológica 4 casos fueron indiferenciados; 14 casos medianamente indiferenciados y 7 casos bien diferenciados -- fig. I.

La supervivencia a 6 años para la etapa A fue de 100% para la etapa B de 66% y para la etapa C fue de 8.3% teniendo una tasa de mortalidad global de 60.0% y la supervivencia global de 40%. La supervivencia año por año fue la siguiente manera el caso A de Dukes ha vivido 4 años; los casos B un paciente vivió 3 años y el otro lleva 3 años de supervivencia; 2 pacientes han vivido 4 años; 4 pacientes han vivido 5 años y solo un paciente ha sobrevivido 6 años y en los casos C de Dukes II pacientes sobrevivieron solo un año y el otro ha sobrevivido por 5 años fig. II.

En casos de cáncer rectal la localización anatómica por tercios no fue posible la determinación de ésta por carecer de los datos en el expediente.

Respecto al tipo de cirugía realizado, la operación de -
Miles (resección abdominoperineal) se llevó a cabo en 9 -
pacientes; la hemicolectomía derecha en II; la hemicolectom
tomía izquierda en I; y la resección anterior en 4.

4.- DISCUSION

En este estudio los resultados obtenidos son bastante interesantes en relación a supervivencia del cáncer colorectal encontrando una supervivencia a los 6 años de 100% para la etapa A, de 66% para la B y de 8.3 para la C. Willet y Cols reportan una sobrevida de 97% para la etapa A, de 78% y de 50% para la C. (15,2)

Golisher y Cols haciendo referencia a la supervivencia relacionada la etapa histológica reporta resultados similares -- excepto para la etapa C que es de 50% (15)

Esto puede tener la explicación de que los pacientes con esta patología son mal controlados en el posoperatorio y la terapia adyuvante no es debidamente aplicada.

Con relación al reporte histopatológico de por etapas y no por subetapas esto también tiene impacto en la sobrevida. Newlana y Cols analizan este aspecto y concluyen que las subetapas tienen una significancia estadísticamente más fidedigna. (10)

Con respecto al grado de diferenciación histológica que reportó originalmente Broders y actualmente manejada en tres grados (bien, moderadamente y pobremente diferenciada) tenemos que en nuestro estudio hubo correlación directa con la supervivencia mejorando esta entre mejor sea el grado de diferenciación histológica (8).

Nuestros paciente con cáncer rectal no fueron debidamente manejados con radioterapia, no pudiendo sacar conclusiones al respecto. De la misma manera no se pudo conocer la influencia

en la sobrevida en pacientes del sexo femenino con cáncer colorectal - que pudieran haber tenido tumor de Krukenberg por falta de información en el expediente clínico, Ballantyne y Cols. -- informa que se puede mejorar la sobrevida realizando cofo-- rectomía bilateral principalmente en cáncer colónico. (1).

Otro aspecto con influencia en la sobrevida de pacientes -- con cáncer colorectal que esta en discusión es si la ligadu ra alta o baja de la AMS determina mejores tasas de supervi vencia a 5 años, este aspecto fue estudiado por Pezim y - - Cols, no encontrando diferencias en los 2 grupos que estu-- dió. (11). En nuestro grupo de pacientes no se pudo deter minar ya que este punto no esta determinado en los expedien tes. En cuanto a la recurrencia pélvica y perineal de los- pacientes que fueron sometidos a resección abdominoperineal por cáncer rectal, Wilking y Cols, refieren que una amplia perineal podría teóricamente reducir las tasas de recurren- cia así como mejorar el pronóstico global. (16) A nuestros pacientes no se les ha estudiado desde este punto de vista y no siendo posible analizar en este estudio su impacto en - la sobrevida. Danzi y Cols. analizando este mismo aspecto - nos mencionan que la supervivencia para las etapas A,B y C es de 86%, 62% y 31% respectivamente. (2)

La subetapa de pacientes con cáncer colorectal tiene actual mente mayor valor que las etapas descritas por Dukes. Newland y Cols. evaluando el pronóstico de las subetapas cli nicopatológicas en cáncer colorectal, refiere que ésta ofre ce un medio de refinamiento y la capacidad de predecir la -- conducta tumoral. (10) En el Servicio de Patología de nues tro hospital solo se reporta etapas y no subetapas no pudien do hacer la correlación con este último sistema.

En cuanto al papel del antígeno carcinoembrionario (ACE) no se realizó a todos los pacientes y el control post-operato rio para valorar la recurrencia tumoral quedó sin ser evalua

da. En un estudio hecho por Savrin y cols. usando valores preoperatorios de ACE concluye que es útil solo para valorar la recurrencia y no sirve como diagnóstico. (12)

En este estudio nosotros pudimos analizar la supervivencia a 6 años a pesar de haber tomado las etapas de Dukes y no las subetapas reportadas en la literatura mundial cols. y concluimos que debemos analizar estos datos en un estudio prospectivo revisando nuevamente las laminillas del tumor resecado y determinar las subetapas y ver la significancia estadística en la supervivencia.

DIFERENCIACION HISTOLOGICA

Figura 1

		GRADO DE DIFERENCIACION		
		BIEN	MODERADAMENTE	POBREMENTE
CASOS	A	1	0	0
"	B	5	7	0
"	C	2	7	3
TOTAL	25	8	14	3

Fuente: Archivo Clínico del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos. 1989.

DATOS DEL CARCINOMA COLORRECTAL

Figura II

		MORTALIDAD GLOBAL 60%	SUPERVIVENCIA GLOBAL 40%	SUPERVIVENCIA X AÑOS					
				1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	6a.
CASOS	A 0		1				1		
"	B 4		8		2	2	7	1	
"	C 11		1					1	
TOTAL	15		10						

Fuente: Archivo Clínico del Hospital Regional "Lic Adolfo López Mateos. 1989.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Ballantyne Gart H., M.D. Reigel Martha M., MD. Wolf - Bruce G.M.D. Ilstrup Duane M.M.D. Dophorectomy and Colon Cancer. Ann. Surg. 202 (2): pag 209-214, August 1985.
- 2.- Danzi M., M.D. Ferulano G.P. M.D. Abate S. M.D., Dillio S., M.D. and Califano G., M.D. Survival and Locations of Recurrence Following Abdomino-Perineal Resection for Rectal Cancer. J. of Surg. Oncol. 31: 235-239 (1986).
- 3.- Emdin Stefan O., M.D. P.H.D., Stenlig Roger, M.D. and Roos Goran, M.D. Pronostic Value of DNA content in Colorectal Carcinoma. Cancer 60: 1282-1287, 1987.
- 4.- Friedman Paul, M.D. Garb Jane L., M.S. Park Won C., M.D. Survival Dolloging Moderate-Dose Preoperative Radiation Therapy for Carcinoma o the Rectum. Cancer 55: 967-973, 1985.
- 5.- Goligher J.C. Classic Articles in Colonic and Rectal Surgery. Dis Col. and Rect. Vol. 23 (87) Pag 605-611 1980.
- 6.- Ghahremani Gary G., M.D. F. AC. R., and Dowlastahi, M. D. F.A.C.S. Colorectal Carcinomas: Diagnostic Implications of Their Changing Frequency and Anatomic Distribution. World J. Surg. 13, 321-325 1989.
- 7.- Griffin Marie R. M.D., Bergstraih Erik J., M.S. Coffey Robert J. M.D. Predictors of Survival After Curative - Reseccion of Carcinoma of the Colon and Rectum. Cancer 60:2318-2324, 1987.
- 8.- Halburson T.B., M.D. and Seim E., Degree of Differentiation in Colorectal Adenocarcinoma: a Multivariate - analysis of the influence on survival. J. Clin Pathol May; 41 (5): 532-7, 1987.
- 9.- Johnson Morris G., MD. and Jolly Phillip C., M.D. Analysis of Mass Colorectal Cancer Screening Program for Cost-Effectiveness The AM J. Surg. 154 Pag. 261-264 1987.
- 10.- Newland Ronald C., MB. Chapuis Pierre H., DS and Smyth Eric Jonh. The Pronostic Value of substaging Colorectal Carcinoma. Cancer 60: 852-857, 1987.
- 11.- Pezim M.E., MD Nichols R.J., Survival After High or Low Ligation of the inferior Mesenteric Artery During Curative Surgery for Rectal Cancer. Ann Surg. 200 (6): pag. 729-733. 1984.
- 12.- Savrin Ronald A., MD Cooperman Marc M.D. Clinical Application of Carcinoembrionic Antigen in Patients with --- colorectal Carcinoma. Dis Col. and Rect. 22 (4): pag. 211-215. 1979.

- 13.- Sikora Karol FCCR. Chan Stephen MRCD., Evan Gerard PHD. c-myc Oncogene Expression in Colorectal Cancer. Cancer 59: 1289-1295, 1987.
- 14.- Villalobos J. Jesus y Cols. Cancer del Aparato Digestivo (epidemiología). Rev. Gastroenterol Mex. 51 (4) pag. 206-212, 1986.
- 15.- Willet Christopher G., M.D. Tepper Joel E., M.D. Failure Patterns Followin Curative Resection of Colonic Carcinoma. Ann Surg. 200 (6): 685-690, 1984.
- 16.- Wilking Nils M.D., Herrera Lemuel, M.D., Pelvic and Perineal Recurrences After Abdominoperineal Resection for - Adenocarcinoma of Rectum. 150 (5): pag. 561-563, 1985.