

11235



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS
UNIDAD DE ONCOLOGIA III**

**CANCER COLORECTO - ANAL
EXPERIENCIA 1985-1989**

FALLA DE ORIGEN

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN ONCOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. JORGE BARAJAS ECHARTEA**

Dirigida Dr. Alfonso Torres Lobaton



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 está 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.

DR. ALFONSO TORRES LOBATON

JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ONCOLOGIA.

TUTOR DE LA TESIS.

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes and a large loop at the bottom, positioned above a horizontal dashed line.

FIRMA

ESTA TESIS QUEDO REGISTRADA EN LA SUBDIRECCION DE

INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO DE

LA SECRETARIA DE SALUD CON LA CLAVE:

DIC/91/PC/09/112/01/06 .

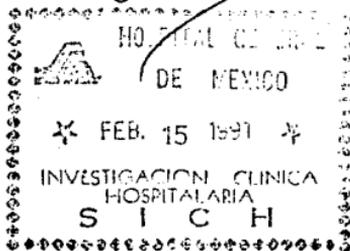
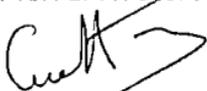


TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCION	1
EPIDEMIOLOGIA	2
ENFERMEDADES PREDISPONENTES	4
CLASIFICACION HISTOLOGICA	8
CUADRO CLINICO	10
CURSO Y COMPLICACIONES	12
METODOS Y DIAGNOSTICOS	16
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	18
CLASIFICACION CLINICA	21
TRATAMIENTO	23
MATERIAL Y METODOS OBTENIDOS EN LA UNIDAD	36
RESULTADOS	37
DISCUSION Y CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFIA	45

RESUMEN

El Cáncer Colorectal constituye un problema de salud en países anglosajones, donde ocupa el segundo lugar como causa de muerte. (1,2,3,9). Esta enfermedad se asocia a padecimientos predisponentes como la Colitis Ulcerosa Inespecífica, Síndromes Asociados a Póliposis del Colon, Cáncer Familiar, Etc. (10,11,16).

Ocurrió fundamentalmente entre la sexta y séptima década de la vida sin mostrar predominio en cuanto al sexo. (5,6,7).

En nuestro país de acuerdo al Registro Nacional del Cáncer (5), esta enfermedad se ubica dentro de las primeras 15 neoplasias más comunes con una frecuencia menor a la que ocupa el Cáncer Gástrico, el que representa la neoplasia más frecuente dentro de la patología tumoral maligna del aparato digestivo. (7,8,10).

En este trabajo se muestra la experiencia del Servicio de Oncología, Unidad de Tumores Mixtos, del Hospital General de México, con el manejo del Cáncer del Colon, recto y ano, a través del análisis de 191 casos atendidos durante el lapso de 5 años. Se realizan algunas consideraciones de los factores que influyeron en el tratamiento y evolución de estos pacientes.

INTRODUCCION

La cifra anual de incapacidades y muertes debidas a tumores malignos del colon, recto y ano; con las consiguientes repercusiones de caracter social y económico, constituyen un grave problema y uno de los mayores retos de la medicina. Cuando los tumores malignos de estas estructuras se descubren en sus primeros estadios, pueden extirparse por completo.

Sin embargo muy a menudo no son diagnosticados adecuadamente hasta que han progresado y alcanzado un estadio avanzado.

El público apenas si tiene un conocimiento superficial del cáncer del intestino y gran parte de los médicos juzgan los tumores del colon y del recto solo a la luz de sus manifestaciones tardías.

Existe una necesidad imperiosa, tanto por parte del médico como del público, de llevar a cabo una constante vigilancia del cáncer colorectal. Es necesario mantener una actitud de prevención suspicaz respecto a la significación de los síntomas referibles al intestino grueso.

Además, hay que instigar a que empleen sin limitación y sin tardanza aquellos procedimientos diagnosticos que hoy están a su alcance.

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer colorecto-anal, es el segundo tumor maligno más frecuente en los Estados Unidos, donde su incidencia es de aproximadamente 5% en los varones y 6% en las mujeres. (1, 2).

Causa 50 mil muertes al año en ese país y 11 mil en Italia, lugares en donde ocupa el segundo lugar como causa de muerte sólo después del cáncer de Pulmón en el hombre y del cáncer de Mama en la mujer. (3,9).

Se reporta una menor frecuencia en los países africanos y asiáticos. (1,3,11).

En Brasil ocupa el quinto lugar como causa de Cáncer Primario y mantiene la relación hombre: mujer 1 a 1. (4,2).

En México, el Registro Nacional del Cáncer, publicado en 1989 lo ubica en ambos sexos dentro de las primeras 15 neoplasias primarias y en segundo lugar, después del Cáncer Gástrico en las del tubo Digestivo. (5).

Según publicaciones nacionales de los principales Instituciones de Salud. (6,7). Es también un problema relativamente frecuente, y aunque no se cuentan con cifras estadísticamente comparables en todas sus variables, la frecuencia del Cáncer Colorecto-anal en México, es inferior a la observada en los países Anglosajones. (7,10).

La incidencia en ambos sexos es prácticamente igual, con una ligera prevalencia del cáncer de Colon en las mujeres y del recto en los hombres. (2,3).

La edad media al momento del diagnóstico son los 60 años con prevalencia en la sexta y séptima década de la vida. (3).

Su aparición en pacientes jóvenes debe hacernos sospechar en Poliposis Familiar ó en cuadro de Cáncer Familiar. (1,11).

Una dieta rica en grasas y proteínas debe considerarse un factor de riesgo, por la asociación a grandes cantidades de ácidos biliares y de metabolitos fecales del colesterol. (11).

Estudios epidemiológicos en emigrantes han demostrado que este factor aunado a la ingesta de azúcares y dieta escasa en fibra facilitan la proliferación de bacterias anaerobias capaces de metabolizar los esteroides a carcinógenos y cocarcinógenos y conjugan ácidos biliares.

La fibra vegetal actuaría de la siguiente manera:

- Aumento de volúmen de las heces y disminución de la concentración de carcinógenos.
- Aumento del tránsito y disminución del tiempo de exposición
- Disminuye el Ph fecal e inhibe el crecimiento bacteriano.
- Disminuye la conjugación bacteriana de los ácidos biliares.
- Aumenta la absorción de carcinógenos por la fibra. (9,11).

ENFERMEDADES PREDISPONENTES

POLIPOS ADENOMATOSOS:

Durante varias décadas el potencial de malignización de un pólipo ha sido un punto muy polémico. (1,2,9,10,11).

Sin embargo hoy en día parece indudable que un importante porcentaje de los carcinomas colorectales se desarrollan en pólipos adenomatosos. (11).

No obstante conviene recordar que la gran mayoría de los pólipos del colon son de tipo hiperplásico y por lo tanto sin riesgo de malignización. (11,16).

El riesgo de desarrollar un cáncer sobre un polipo adenomatoso depende fundamentalmente de su tamaño, multiplicidad y tipo histológico. (11).

Los pólipos adenomatosos tipo tubular comprenden el 60 a 75% de todos los pólipos, son de pequeño tamaño y su riesgo de cáncer es inferior al 5%.

Los del tipo vellosos representan 10-15%. son de mayor tamaño (2-3 cms) y su potencial de malignización del 40-50%.

Los del tipo intermedio tubulovellosos, son de tamaño intermedio y su potencial de malignización del 2-20%. (11).

POLIPOSIS COLONICA FAMILIAR:

Se hereda como un factor autosómico dominante con un 80% de penetrancia. En la adolescencia comienzan a aparecer pólipos adenomatosos que se limitan al colon y recto, a partir de los 30 años la incidencia de cáncer se hace progresiva hasta el 100% de los casos, por lo que es conveniente practicar una Proctocolectomía total cuando están asintomáticos. (1,9,11).

SINDROME DE GARDNER:

Se hereda también como un rasgo dominante, pero a la poliposis colorectal se asocian tumores de las tres capas germinales. (Osteomas, quistes dermoides, miomas, quistes sebáceos, etc.). Los tumores de partes blandas preceden a los adenomas colorectales y su tendencia a la malignización es similar a la de la Poliposis Familiar, aunque el riesgo también afecta al área pancreaticoduodenal. (11).

SINDROME DE TURCOT:

De herencia recesiva, es un cuadro muy raro, donde la poliposis Colónica se asocia a tumores del sistema nervioso central (Glioblastomas, Meduloblastomas), que son la causa de muerte de estos pacientes. (10,11).

OTROS:

El Síndrome de Cronkhite y Canadá se asocian pólipos adenomatosos a un cuadro de enteropatía pierde proteínas y alteración de los tegumentos.

El Síndrome de Peutz-Jeghers y la Poliposis Juvenil del Colon son hamantomas, por lo que el potencial de malignización es nulo. (11,16).

HISTORIA FAMILIAR DE CANCER:

Los miembros de familias con cánceres de Colon, presentan una especial disposición a desarrollar esta neoplasia en edades más tempranas y es de carácter multifocal. No es rara la asociación con otras neoplasias (Mama, ovario, endometrio).

COLITIS ULCEROSA:

Hasta el 50% de los cánceres colorectales de estos pacientes son multicéntricos y de carácter muy agresivo. El potencial de malignización esta en relación directa con la duración de la enfermedad y no con la intensidad de la misma.

Así el 3% de todos los pacientes desarrollarán cáncer en los primeros 10 años de evolución, y alcanzan hasta el 25% pasados 20 años. (11).

CANCER DE LA REGION ANAL

Representa el 3% de los tumores del tubo digestivo. El cáncer del conducto anal predomina en el sexo femenino en una proporción de 3:1, mientras que el del margen anal es más frecuente en hombres.

Presenta su máxima incidencia en la sexta y séptima década de la vida. Dado que aproximadamente la mitad de los pacientes presentan otra patología rectal se ha relacionado con fisuras, hemorroides, fístulas, condilomas, abscesos, radioterapia previa y leucoplasia.(3,11).

El tumor se origina en las siguientes estructuras: epitelio graso del conducto y margen anal, epitelio del transición y el epitelio que recubre los conductos de Herrman.(3).

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma Epi-dermoide y se considera al Cloacogénico como variante del anterior. El grado de diferenciación se relaciona con la localización, bien diferenciados los del margen anal y mal diferenciados los del conducto anal.(1,2,3,11).

CLASIFICACION

HISTOLOGIA

LOCALIZACION

COLORECTAL

I.- Origen Epitelial.

- a) Adenocarcinoma
- b) Carcinoma Epidermoide
- c) Carcinoide

II.- Origen Mesenquimatoso.

- a) Melanoma
- b) Sarcomas 1.- Leiomiocarcinoma
- 2.- Fibrosarcoma
- 3.- Liposarcoma
- c) Linfomas

(9)

El 98% son adenocarcinomas, el resto corresponde a una miscelánea de linfomas, melanomas y sarcomas de partes blandas.

El 60% se localiza en el rectosigmoides, por lo que un 35% es accesible a la palpación rectal.

Un 3% tienen presentación multicéntrica, sincrónica o metacrónica. (1,3,9,11).

Desde el punto de vista macroscópico se dividen en tumores vegetantes, crecen hacia la luz intestinal, alcanzan gran tamaño y se localizan preferentemente en Colon ascendente.

Por otra parte los tumores infiltrantes o estenozantes son característicos del Colon descendente.

Entre los adenocarcinomas colorectales predominan los bien ó moderadamente diferenciados⁴ y tan sólo un 15-20% son indiferenciados. En general son secretóres de pequeñas cantidades de mucina, cuya imagen intracelular corresponde al adenocarcinoma en anillo de sello. El tipo mucinoso ó coloide se caracteriza por presentarse en personas jóvenes. (9,11).

CUADRO CLINICO

En un principio el cáncer colorectal es completamente asintomático, y la clínica generalmente revela un proceso avanzado. Las manifestaciones clínicas dependerán en gran medida de la localización y forma de crecimiento del tumor.

El dolor abdominal es el síntoma más común, las otras manifestaciones más frecuentes son:

COLON DERECHO:	* Dolor Abdominal	(70-80%)
	* Melena y anemia	(65-80%)
	* Masa Abdominal	(67-80%)
	* Sint.Generales	(30-40%)

COLON IZQUIERDO:	* Dolor Abdominal	(68-82%)
	* Constipación	(15-30%)
	* Cambios Hab.Intest.	(40-80%)
	* Rectorragia	(44-53%)
	* Masa Abdominal	(26-46%)

COLON SIGMOIDES:	* Constipación	(40-80%)
	* Dif. para evacuación	(15-30%)
	* Rectorragia	(66-88%)
	* Dolor abdominal	(60-83%)
RECTO:	* Rectorragia	(66-88%)
	* Heces acintadas	(65-80%)
	* Cambios Hab. Intest.	(60-81%)
	* Tenesmo rectal	(7-25%)
	* Masa al tacto rectal	(65-80%)
ANO:	* Rectorragia	(60-70%)
	* Dolor anal	(18-30%)
	* Sensacion Cuerpo Ext.	(10-15%)
	* Prurito Anal	(5-10%)

(1,2,3,11).

CURSO Y COMPLICACIONES

El cáncer colorectal se disemina por continuidad, contigüidad, extensión intracavitaria y por vías linfáticas y hematogena. (1,3).

LOCAL:

En su evolución afecta toda la circunferencia de la pared intestinal, estenozando la luz, es la principal vía de diseminación del cáncer inicial y se debe a la disposición de los linfáticos de la submucosa. posteriormente en lesiones más agresivas puede aparecer crecimiento longitudinal, paralelo a la pared intestinal, por diseminación a lo largo de los linfáticos epicólicos y paracólicos.

La invasión perpendicular a la pared es la que determina la invasión ganglionar y la diseminación a distancia sirviendo de base a la Clasificación anatomoclínica de Dukes.

La invasión local a los espacios perineurales es característica de los tumores más indiferenciados y agresivos, con mayor tendencia a la diseminación linfática y recidiva local.

Por contigüidad afecta también a los órganos adyacentes (vejiga, ovario, intestino delgado, etc.) y puede dar lugar a fístulas.

DISEMINACION LINFATICA:

Los ganglios linfaticos del colon se dividen en:

- a) Epicólicos. Alineados contra la pared intestinal.
- b) Paracolicos. Localizados en el margen del mesenterio.
- c) Intermedios. Localizados en el trayecto de los vasos Mesentéricos.
- d) Principales. Localizados en el origen de los vasos Mesentéricos. (1.3).

En el 50% de los pacientes resecaados se encuentra afectación ganglionar, lo que condiciona el pronóstico y el tratamiento quirúrgico. Aunque en un alto porcentaje de los casos la diseminación ganglionar se realiza en forma escalonada, no deja de haber excepciones especialmente entre los tumores rectales.

La red linfática que rodea al Colon drena a los ganglios paracólicos, desde ahí alcanzan los grupos ganglionares que acompañan a los grandes vaso. El Colon derecho drena al grupo ganglionar de la arteria mesentérica superior, y el izquierdo incluido el sigma y los dos tercios superiores del recto drenan al grupo de la mesentérica inferior y desde este grupo al de la porta.

En el tercio inferior del recto el drenaje es más complejo y afecta por un lado a los ganglios inguinales y por otro lado a los ganglios pélvicos (Iliaca Interna y Comun). (11).

DISEMINACION HEMATOGENA:

La cual ocurre más frecuentemente con la circulación portal, puesto que todo el colon y parte del recto son tributarios de las venas mesentéricas, más aún en ocasiones se presentan metástasis únicas en la región vertebral lo que presupone anastomosis entre el plexo hemorroidal y el plexo presacro.

La mayoría de las metástasis son hepáticas, a pesar de las numerosas anastomosis portocava, las metástasis pulmonares son raras.

La muerte sobreviene en la mayoría de los pacientes por la consecuencia de las metástasis masivas hepáticas o a otros organos vitales como el pulmon ó cerebro.

La mitad de los pacientes muere como resultado de una complicación relacionada directamente con el crecimiento del tumor.

1.- Obstrucción Intestinal Aguda:

Precedida de episodios de suboclusión, es más frecuente en los tumores del colon izquierdo, aunque no es rara en el derecho.

2.- Perforación:

Se presenta por invasión tumoral a la pared intestinal ó bien secundaria a obstrucción intestinal, con el consiguiente cuadro de abdomen agudo.

3.- Hemorragia:

Se presenta en pocas ocasiones menos del 5% de los casos y es más frecuente en los cánceres del recto.

4.- Invasión a órganos Vecinos:

Puede ocasionar el tumor al atravesar la pared intestinal obstrucción ureteral y uremia secundaria, peritonitis por perforación, abscesos paracólicos y fístulas internas (Cólico-colicas, vesico-colicas, etc). (1,3).

REGION ANAL CURSO Y COMPLICACIONES

Es muy diferente a la del colon y del recto por el mayor grosor de su capa muscular y la presencia del esfínter anal, por ello la infiltración longitudinal hacia el recto es predominante, cuando invade el esfínter y sobre pasa éste, puede alcanzar estructuras perineales (uretra, próstata, vagina.)

DISEMINACION LINFATICA:

La diseminación linfática esta en funcion de la localización del tumor, los del canal:anal es ascendente, alcanzado los ganglios sacros, paracólicos y para-aorticos. Los de la margen anal lo hacen hacia los ganglios inguinales, aunque también pueden utilizar la vía anteriormente descrita.

DISEMINACION HEMATOGENA:

Es muy rara y las metástasis se localizan en hígado y pulmón en un 3%. (11).

EXAMENES DIAGNOSTICOS

1.- Examen Rectal:

Este un procedimiento simple y es mandatorio en cualquier caso de sospecha de tumor colorecto-anal, y durante cualquier examen médico a sujetos mayores de 40 años. Se debe ser enfático en afirmar que el 70% de los tumores rectales pueden ser palpados por examen digital rectal.

2.- Rectosigmoidoscopia y Biopsia:

Este método tiene un valor definitivo en el diagnóstico al menos en los dos tercios de los cánceres rectosigmoideos y permite investigar aproximadamente 25-30 cms. de la porción distal del intestino.

3.- Colonoscopia y Biopsia:

Los endoscopios de fibra óptica han hecho posible esta modalidad y provee este método gran información completa del colon, con precisión, esta igualmente indicada en el diagnóstico y tratamiento de polipos.

4.- Colon por Enema:

Este procedimiento es mandatorio en pacientes con diagnóstico de cáncer colorectal, sobre todo con doble contraste proporciona el diagnóstico del sitio, forma de crecimiento, y datos de malignidad. Las lesiones más frecuentemente documentadas son: Lesiones polipoidea, lesiones con crecimiento vegetante intraluminal, extraluminal, lesiones estenóticas y linitis plástica, esta última es rara y cuando se presenta es más frecuente en el rectosigmoides.

5.- Sangre Oculta en Heces:

Este procedimiento es simple, económico, fácilmente aceptable y permite la detección de tumores no sintomáticos cuando es realizado correctamente.

6.- Antígeno Carcinóembrionario:

Después de 20 años de estudios clínicos se concluye su utilidad como factor pronóstico, dada la relación directa entre tasas más elevadas (por arriba de 4 ng/dc) es igual al estadio más avanzado. Se emplea en el seguimiento ya que su elevación refleja la presencia de recidivas, sobre todo en los primeros dos años. De la misma forma se están utilizando antígenos monoclonales como el CA.19.9. (1,3,11).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Apendicitis:

Aproximadamente un cuarto de los pacientes con cancer colorectal entran a la sala de operaciones con el diagnóstico de apendicitis aguda, sobre todo cuando se presenta en pacientes mayores de 50 años deberá descartarse esta posibilidad.

Tuberculosis Intestinal:

Las lesiones hiperplásicas pueden ocasionar signos objetivos de obstrucción a nivel de la valvula ileocecal. la invasión simultánea del ileon puede manifestarse como un hallazgo radiológico.

Cuerpos Extraños:

Cuando existe la presencia de fitobezoar y tricobezoar, puede producirse obstrucción y ulceraciones, especialmente en el Ciego. Son difíciles de diferenciar del carcinoma.

Colitis Ulcerosa Segmentaria:

Esta enfermedad se manifiesta con dolor abdominal, moco y sangre en las heces, por lo que los hallazgos radiológicos deben ser identificados y cuidadosamente evaluados.

Diverticulosis:

Son generalmente localizados en el Ciego y en el sigmoides y frecuentemente asociados a infección (diverticulitis) la cual es responsable de la formación de abscesos pericólicos y de masas inflamatorias intra-abdominales, cuya naturaleza exacta resulta difícil de asegurar.

Endometriosis:

Esta se manifiesta como una lesión extrínseca la cual envuelve a un segmento intestinal, radiologicamente se aprecia afectación de la serosa con mucosa intacta, debe sospecharse en mujeres con edad fértil y con episodios periódicos de dolor abdominal.

Otras:

Hemorroides y enfermedades no malignas deben también considerarse en el diagnóstico diferencial como los pólipos benignos, los lipomas y leiomiomas.

Así como la invasión tumores malignos como son :
Cáncer renal, Linfomas, Melanomas y Cordomas sacrococigeos.
(1,3,9,10).

CANCER ANAL EXAMENES DIAGNOSTICOS

1.- Historia Clínica:

La cual debe elaborarse completa y cuidadosamente, el 100% de los tumores pueden ser diagnosticados mediante inspección y tacto rectal.

2.- Rectoscopia:

Puede ser de utilidad para diferenciar de tumores de origen rectal y delimitar invasión ascendente.

3.- Biopsia Directa:

Proporciona la comprobación histopatológica de la enfermedad en un 100% de los casos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- 1.- Condiloma Lúetico.
- 2.- Condiloma acuminado.
- 3.- Hemorroides Ulceradas.
- 4.- Fístulas y lesiones secundarias a Irradiación.

(1,3,9,11).

CLASIFICACION

CANCER COLORECTAL:

La clasificación de Dukes fue descrita en 1932 por el Dr. Cuthbert Duke del St. Mark's Hospital London.

Depende de la profundidad de la invasión a la pared intestinal del tumor, ha sido modificada sucesivamente por varios autores hasta llegar al TNM (1977) y DNMG (1980).

Así como la Clasificación de la AJC y la Modificada de la UICC. Se presenta la de Astler-Coller (1978):

Estadio

- A Tumor limitado a la mucosa.
- B1 Tumor que invade la muscular.
- B2 Tumor que se extiende más allá de la muscular.
- C1 B1 + ganglios positivos.
- C2 B2 + ganglios positivos.
- D1 Residual tumoral.
- D2 Metástasis a distancia.

(1,3,6,11).

CLASIFICACION

CANCER DE LA REGION ANAL:

Se presenta la instituida por el TNM (1987).

Tx	Tumor primario no demostrado.
T0	Sin evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor de 2 cms ó menos en su mayor dimensión.
T2	Tumor mayor de 2 cms pero menor de 5 cms.
T3	Tumor mayor de 5 cms.
T4	Tumor de cualquier tamaño que invade órganos. vecinos (vagina, uretra, vejiga).
N0	Sin metástasis regionales.
N1	Metástasis en ganglios perirectales.
N2	Metástasis unilateral inguinal.
N3	Metástasis en ganglios perirectales e inguinales ó inguinales bilaterales.
M0	Sin evidencia de metástasis.
M1	Evidencia de metástasis a distancia.

(1,3,11).

TRATAMIENTO

CIRUGIA RADICAL:

El manejo preoperatorio debe incluir la preparación del paciente, valoración anestésica, adecuada hidratación y estado nutricional. Informar al paciente varios días antes de la cirugía del tipo resultado de la misma, sobretodo en caso de colostomía permanente. la cual deberá marcarse el sitio del estoma en posición sentada, el día anterior a la intervención.

En preparación intestinal, se recomiendan diferentes métodos los cuales incluyen dieta líquida, aceites catárticos, enemas evacuantes y medicamentos como la eritromicina, neomicina, cefuroxima y metronidazol.

El uso del lavado mecánico por sonda nasogástrica con abundante solución salina no es recomendable actualmente.

Los pacientes aÑosos con cÁncer que van a ser sometidos a cirugía pelviana tienen un riesgo especial de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, por lo que se recomienda el uso de heparina a bajas dosis (5000 unidades cada 12 hrs) en el período preoperatorio, así como el uso de medias de sostén. Pruebas repetidas han demostrado reducción postoperatoria de la sepsis con estas medidas. (11,12,13,14).

RESECCION DEL COLON:

Existe abundante información sobre la historia temprana del manejo quirúrgico del cáncer de colon en los libros de Cope, Meade y Singer. La primer Cecostomía fue realizada por Pillore en 1776 por un carcinoma obstructivo. En 1797, Fine efectuó una colostomía transversa por un carcinoma obstructivo del rectosigmoides. La primera resección y anastomosis exitosa por carcinoma de colon fue informada por Reybard en 1844 y en 1879 Czerny resecó exitosamente un tumor con anastomosis termino-terminal. Fueron los clásicos estudios de Miles los que demostraron la importancia de la remoción de los ganglios linfáticos regionales en los tumores rectales los que sentaron las bases para las modernas operaciones de resecciones amplias y adecuadas.

Los principios básicos de la resección y anastomosis por Cáncer de colon incluyen:

- 1.- Cuidadosa preparación del paciente.
- 2.- Cuidadosa preparación del colon.
- 3.- Elección de un incisión generosa y bien planificada para obtener una exposición excelente.
- 4.- Conocimiento del drenaje linfático e irrigación de las regiones específicas del colon.
- 5.- Construcción de una anastomosis con irrigación y sin tensión. Cierre fuerte de la incisión.

(12,13,14).

EXTENSION DE LA RESECCION EN DIVERSOS SITIOS

El Carcinoma de Ciego y Colon Ascendente proximal:
Deberán tratarse con una colectomía derecha que abarque el drenaje linfático a lo largo de las arterias ileocólicas, cólica derecha y rama derecha de la cólica media.

El Carcinoma del Angulo Derecho:
Se extirpa preferentemente mediante una hemicolectomía derecha, con sección de la arteria cólica media en su origen y anastomosis del ileon con el colon transverso distal.

El Carcinoma de Parte Media Colon Transverso:
Requiere la escisión de todo el mesocolon transverso, con ligadura de la arteria cólica media, arteria cólica derecha y la rama ascendente de la cólica izquierda.

El Carcinoma del Angulo Izquierdo y Colon Descendente:
Requiere la ligadura de la cólica izquierda ó sección de todo el pedículo mesentérico inferior. Anastomosis entre el colon transverso y el rectosigmoides, lo que requiere una amplia disección mesentérica.

El Carcinoma del Sigmoides:

Habitualmente involucra la preservación de la arteria cólica izquierda, asumiendo que no hay ganglios altos en la arteria mesenterica inferior, si hay ganglios agrandados se corta todo el pedículo mesenterico inferior.

La Resección de las metastasis hepaticas debe intentarse siempre: se reporta un aumento en la sobrevida de un 30%. (17)

CANCER OBSTRUCTIVO DEL COLON

Aproximadamente el 20% de las obstrucciones intestinales se deben a lesiones situadas en el intestino grueso. y por mucho la más común en el mundo occidental es el carcinoma de colon. Goligher (1984) ha estimado que alrededor de una quinta parte de todos los cánceres de colon desarrolla una obstrucción completa, complicandose con la perforación intestinal una vez avanzado el cuadro.

Opciones Quirúrgicas disponibles:

- 1.- Resección con establecimiento de la continuidad.
- 2.- Resección del tumor y exteriorización de los segmentos seccionados (Paul-Mikulicz ó Hartmann).
- 3.- Laparotomia con descompresión preliminar del intestino colostomia ó cecostomia.
- 4.- Descompresión a ciegas. (12,13,14).

PERFORACION:

Se ha informado perforación libre en el 0.6 a 4.7% de los casos de cáncer colorectal, con formación de abscesos del 0.3-4%, mientras que las fistulas son menos comunes.

En una serie de Goligher 1957 (12), de sus 115 perforaciones ocurrieron proximales a la lesión obstructiva.

La perforación libre generalmente causa el cuadro clínico de una peritonitis aguda junto con abdomen distendido y timpánico. El manejo exitoso requiere una adecuada reposición de líquidos, antibioticos de amplio espectro y cirugía temprana. El procedimiento más efectivo es la resección del colon perforado con exteriorización de una colostomía terminal por encima y una fistula mucosa por debajo, ó en caso de tumor rectosigmoideo una Bolsa de Hartmann.

Goligher y Smiddy han informado una mortalidad del 77% en todos los tipos de perforación tratados con cierre y colostomía, comparada con el 24% en caso de resección primaria.

RESECCION RADICAL DEL COLON Y ORGANOS ADYACENTES:

Series retrospectivas recientes han demostrado que muchos tumores localmente avanzados pueden curarse con cirugía local radical. (12,14).

RESECCION DEL RECTO

Antes de la operación el Cirujano debe disponer de los siguientes datos:

- 1.- Sitio exacto del carcinoma.
- 2.- Su fijación a tejidos ó vísceras circundantes.
- 3.- Grado de malignidad determinado en la biopsia previa.
- 4.- La presencia ó ausencia de metástasis.
- 5.- La condición general del paciente y una evaluación de las posibilidades del paciente de tolerar la cirugía.

El principal objetivo de una operación radical por carcinoma del recto es curar al paciente, si es posible, y si no proporcionarle un buen paliativo. Un importante objetivo secundario es preservar la función esfinteriana toda vez que sea posible sin poner en peligro la posibilidad de curación.

De hecho si se comparan las tasas de sobrevida con resección abdominoperineal del recto y la resección anterior, todas las series muestran una sobrevida significativamente mejor con una resección anterior, esto se debe a que tumores más favorables son tratados con una resección anterior habiendo más casos A y menos C, menor grado de malignidad. (12).

RESECCION ANTERIOR DEL RECTO:

Sitio: El factor más importante es la ubicación del tumor, es la distancia entre el reborde anal y el nivel más inferior del tumor medida por sigmoidoscopia. Los tumores situados entre 10 y 15 cms. pueden ser tratados por los cirujanos sin mucha dificultad. Los tumores a menos de 5 cms del reborde anal deben ser tratados con resección abdominoperineal. Quedan los del espacio 5 a 10 cms, los cuales deben ser individualizados y tratados de acuerdo al método en el que este más familiarizado el cirujano.

No hay duda de que la resección anterior se ha extendido desde el uso de la sutura mecánica, todo cirujano que trata cáncer del recto debe estar preparado para usarla.

RESECCION ABDOMINOANAL:

Es una variante de la resección anterior del recto, y se realizan las anastomosis con un procedimiento de telescopaje, dejando un muñón de 5-6 cms., sin embargo las complicaciones son más comunes y los resultados menores a los obtenidos con una resección anterior baja. (12,13).

RESECCION ABDOMINOPERINEAL:

Este procedimiento se ha convertido en clásico y sus detalles han cambiado poco desde que fuera descrita en 1908 por el Dr. Miles. Sin embargo Charles Mayo en 1904 describió una técnica de resección abdominoperineal combinada.

En la Gran Bretaña la resección sincronizada ó combinada del recto fue llevada a cabo por Lloyd-Davies y Morgan en el St. Mark's Hospital en 1938.

La indicación del procedimiento es la resección de tumores rectales a 5 cms. del reborde anal o localizados a menos de 10 cms. pero con crecimiento intramural ó de alto grado de malignidad.

Consiste en remover el recto, sitio del tumor, el ano y el colon distal (Sigmoides), junto con los tejidos perianales, perirectales y mesenterio del colon sigmoides. Se establece una colostomía permanente. (12,13,14).

RESECCION ABDOMINUSACRA:

Los hombres con lesiones de 7 a 11 cms. y las mujeres con lesiones de 5.5 y 10 cms. del margen anal son candidatos a este procedimiento las lesiones por debajo de este límite se tratan con resección abdominoperineal y por arriba con resección anterior.

SOBREVIDA:

La tasa cruda de supervivencia en 5 años luego de 360 operaciones curativas fue del 60.6%. La tasa de supervivencia en resección anterior 66.2%, con resección abdominosacra 62.9% y con resección abdominoperineal de 43.4%. En pacientes sin compromiso de ganglios linfáticos las tasas de supervivencia fueron del 75.9% de la resección anterior, 75% resección abdominosacra y 59.5% con la abdominoperineal.

La tasa de recurrencia pelviana fue de 13.3% resección anterior, del 14.6% resección abdominosacra y 13.3% de la abdominoperineal. Por lo que se concluye que la tasa de supervivencia como de recurrencias estuvo determinada por el estadio de la enfermedad y no por la operación efectuada.

RADIOTERAPIA ADYUVANTE:

Existe mucho interés en aumentar el valor curativo de la exéresis quirúrgica de carcinomas rectales con el uso de dosis bajas de radioterapia preoperatoria. Un estudio controlado en el Memorial Hospital de Nueva York no demostró ningún beneficio con el agregado de radioterapia, pero otro estudio multicéntrico en los US. Veterans Hospitals sugirió que la irradiación podría mejorar la tasa de supervivencia a los 5 años.

La divergencia de opinión llevó al Medical Research Council en la Gran Bretaña a efectuar un estudio multicéntrico de irradiación preoperatoria. (12).

Ochocientos veinticuatro pacientes que padecían un carcinoma rectal operable fueron distribuidos al azar para ser tratados con cirugía sola y radioterapia preoperatoria, no demostró diferencia alguna en la tasas de supervivencia actuarial a los 5 años. Las tasas de recurrencia local y sin metástasis fueron similares en todos los grupos.

(1,3,6,11,12).

QUIMIOTERAPIA:

Aunque se ha utilizado durante los últimos 20 años la quimioterapia no a provisto resultados satisfactorios, se han reportado contradictorios con resultados de 25 hasta el 85%, el Fluoracilo ha sido la mejor droga, y usado en 2000 casos ha demostrado un rango de respuestas objetivas del 20%.

Se han tratado con otros fármacos, como la Mitomicina C reportada por estudios japoneses con respuesta del 30% y en los de USA del 10%. También combinaciones múltiples como las de BCNU, Adriamicina, Ara C, las cuales no superan las respuestas obtenidas con el Fluoracilo solo. (1,3,11,12).

Por infusión continua por la arteria hepática se reporta respuestas favorables. (15).

COMPLICACIONES QUIRURGICAS:

Infección de la Incisión:

La infección postoperatoria de la incisión es particularmente común en la cirugía del colon, debido al alto riesgo de contaminación a partir del intestino abierto.

Estudios recientes han demostrado que una cuidadosa preparación intestinal y el uso de cobertura antibiótica han reducido el riesgo significativamente. (12,13).

Dehiscencia anastomótica:

El importante accidente que requiere de un comentario es la filtración a nivel de la anastomosis colónica. Es poco usual que ocurra un grado de filtración severo distal a una colostomía protectora. Clínicamente se dividen en dos grupos el primero en donde hay un grado mínimo de filtración y la cual debe ser manejada conservadoramente, y el segundo en el cual existe el cuadro clínico de la peritonitis generalizada su tratamiento es de urgencia y no se debe intentar suturar la línea de filtración sin exteriorizar ambos extremos.

Obstrucción Intestinal:

La causa usual es la formación de adherencias. Otra es la hernia interna, el asa del delgado se introduce en un defecto del mesenterio ó enrollarse alrededor de la colostomía (12).

RESULTADOS:

Estadio Clínico	Supervivencia a 5 años
A	75-95%
B1	65%
B2	50%
C1	40%
C2	15%
D	2%

(11).

TRATAMIENTO DEL CANCER DEL ANO Y CONDUCTO ANAL

Los carcinomas anales son muy raros, las grandes series publicadas provienen de centros especializados como la Clínica Mayo en donde el Dr. Bearhs (12) pudo preever sus resultados en 204 pacientes. No es sorprendente que haya opiniones divergentes en cuanto al tratamiento de las lesiones particularmente comprando cirugía contra radioterapia. (12).

Cualquiera que sea la modalidad de tratamiento es importante diferenciar entre tumores del reborde anal y del propio conducto anal, así como el tratamiento del primario y las metastasis inguinales. En opinion de autoridades del Reino Unido y de Estados Unidos debe preferirse el tratamiento quirúrgico. (9,12,13).

Los tumores del reborde anal distales de la línea dentada pueden researse localmente con un amplio margen de 2.5 cms. ó más, aún cuando sea necesario un injerto de piel. (12).

Los tumores del recto terminal, conducto anal ó reborde anal que sobrepasan la línea dentada deben tratarse con resección abdominoperineal por el alto riesgo de compromiso ganglionar ascendente.

También se recurre a la resección abdominoperineal en aquellos casos raros de linfoma, melanoma y sarcoma de partes blandas del conducto anal.

La radioterapia fue aconsejada en el pasado, actualmente el Dr. Papillon (11,12) resurge este método mediante el uso de Teleterapia con Cobalto 60, braquiterapia con Iridio. De los 19 pacientes tratados 12 están libres de enfermedad a 4 años, sin embargo se reporta una tasa de radionécrosis del 25% en otros centros. La quimioterapia puede usarse como radiosensibilizador, el Fluoracilo es el más frecuente.

El manejo de los ganglios inguinales clínicamente palpables debe ser la Disección Inguinocrural radical uni ó bilateral según sea necesario.

SOBREVIDA:

En la Clínica Mayo se reporta una sobrevida a los 5 años del 57.8% para el Carcinoma Epidermoide, del 62.9% para el Carcinoma Cloacogenico. El Epidermoide Perianal 74.2%. (11,12,14).

MATERIAL Y METODOS

Se llevo a cabo un análisis retrospectivo que incluyo la revisión de 16,300 expedientes de pacientes atendidos en el Servicio de Oncología, Unidad de Tumores Mixtos, del Hospital General de Mexico, en el periodo comprendido del 1 Enero de 1985 al 31 de Diciembre de 1989. Durante este lapso, 191 pacientes con diagnóstico de cáncer colorecto-anal recibieron algún tipo de manejo en la Unidad de Tumores Mixtos.

De los expedientes respectivos, se obtuvo información relacionada con las siguientes variables: sexo, edad mínima, máxima, promedio de edad, distribución por décadas, manifestaciones clínicas más frecuentes y su tiempo de evolución; etapas clinicopatológicas; utilizando para el cáncer colorectal la clasificación de Astler-Coller y para el cáncer de la región anal la clasificación TNM.

Las variedades histológicas, procedimientos quirúrgicos efectuados con finalidad "curativa" y paliativa, la morbimortalidad en ambas modalidades, terapéutica medica adyuvante como es la radioterapia y quimioterapia. Asi como la evolución y el seguimiento de los pacientes.

RESULTADOS

De los 191 pacientes, 100 (52.3%) fueron mujeres y 91 (47.7%) hombres. La edad mínima fue de 19 años y la máxima de 92 años, con una media de 55.66 años, las décadas predominantes fueron la sexta y séptima década con un 24% y 26% respectivamente. (Figura 1).

El tiempo de evolución del cuadro clínico al momento del diagnóstico fue: para 18 pacientes (9.4%) menor de 3 meses, de 4 a 6 meses 52 (27.4%); de 7 a 12 meses 47 (24.6%); 13 a 18 meses 40 (20.9%) y mayor de 18 meses 34 (17.7%), por lo que 121 pacientes (62.2%) consultaron después de 6 meses de haber iniciado las manifestaciones clínicas. (Figura 2).

Por su localización anatómica: Recto 103 pacientes (55%), Región Anal 45 (24%) y Colon 43 (23%).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron; del Cáncer de recto, predominó el Síndrome Disentérico 76 pacientes (74%), Rectorragia 64 pacientes (65%), y Heces Acintadas 58 (57%). (Tabla I). Del Cáncer de Colon, se conjuntan las manifestaciones clínicas independientemente de su localización: Dolor Abdominal 21 pacientes (50%); Síndrome Anémico y Síntomas Generales 23 (55%); Masa Abdominal 16 (40%). (Tabla II).

DISTRIBUCION POR DECADAS

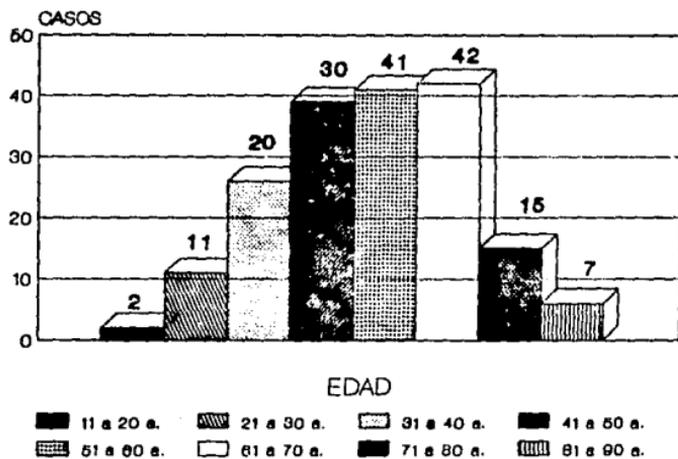


Figura 1

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS

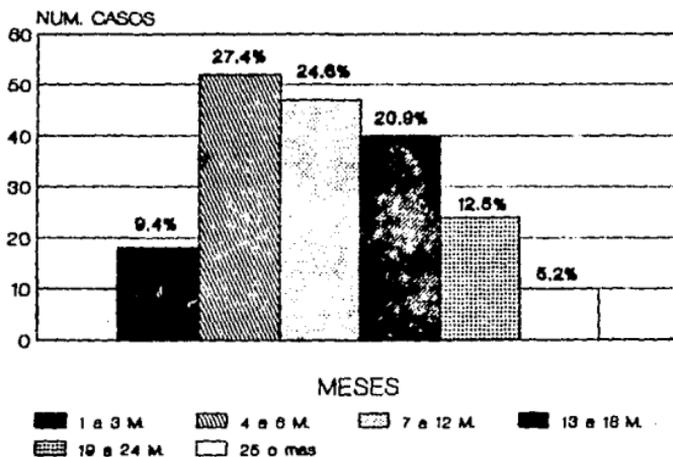


Figura 2

CANCER DE RECTO CUADRO CLINICO

Manifestacion	No.	Por ciento
Rectorragia	64	65%
Heces acintadas	58	57%
Sindrome disenterico	76	74%
Dolor abdominal	18	17%
Constipacion	36	34%
Sintomas generales	12	11%
Perforacion	1	0.9%

Numero total de pacientes 103

Tabla 1

CANCER DE COLON CUADRO CLINICO

Manifestacion	No.	Por ciento
Dolor abdominal	21	50
Masa abdominal	16	40
Sintomas generales y anemia	23	55
Rectorragia	10	25
Abdomen agudo	14	25

No. total de pacientes 43

Tabla II

El Cáncer del Conducto y Margen Anal se manifestó de la siguiente manera: Masa 34 pacientes (80%); Heces Acintadas 15 pacientes (35); y Adenopatía Metastásica Inguinal en 6 pacientes (12%). (Figura 3).

Varietades Histológicas del Cáncer Colorectal fueron Adenocarcinoma 134 pacientes (92% Adenoescamoso 1 paciente (0.5%); Carcinoma Epidermoide 1 (0.5%). No determinado en 10 pacientes (7%). (Tabla III). Hubo en el reporte de la pieza quirúrgica 4 casos de Enfermedades Asociadas: 1 de Colitis Ulcerosa Inespecífica, 1 de Pólipo Velloso , 1 de Pólipo Tubular y 1 de Enfermedad de Crohn.

No se determinó en este estudio asociación frecuente a Enfermedades Predisponentes.

Las variedades Histológicas del Cáncer del Conducto y Margen Anal fueron: Carcinoma Epidermoide 35 pacientes (80%); Adenocarcinoma 3 (4%); Melanoma 2 pacientes (2.5%) y Linfoma N.H. 1 (1.5%). No determinado en 4 pacientes (12%). (Figura 4). Ambos Melanomas y el Linfoma con enfermedad diseminada al momento del diagnóstico.

Los Estadios Clinicopatológicos de acuerdo a la Clasificación de Astler-Coller para el Cáncer Colorectal fueron los siguientes: A 3 pacientes (2%); B1 15 pacientes (10%); B2 6 pacientes (4%); C1 20 pacientes (14%), C2 21 pacientes (16%); D1 16 pacientes (12%), D2 10 pacientes (7%). No se determinó en 50 pacientes (35%). (Tabla IV).

CANCER DEL CONDUCTO Y MARGEN ANAL CUADRO CLINICO

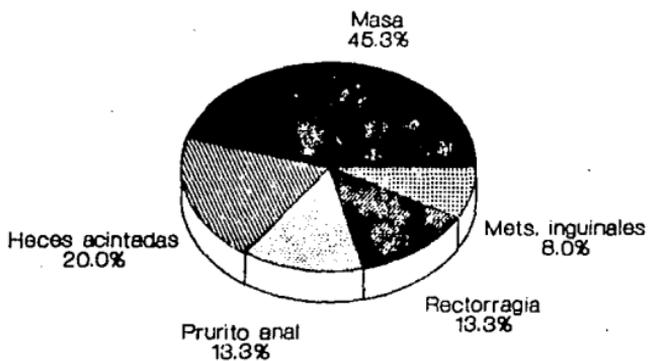


Figura 3

CANCER COLORECTAL VARIEDADES HISTOLOGICAS

TIPO	No.	Por ciento
Adenocarcinoma	134	92%
Adenoecamoso	1	0,5%
Ca. Epidermolde	1	0,5%
No determinado	10	7%

Tabla III

CANCER DEL CONDUCTO Y MARGEN ANAL

VARIEDADES HISTOLOGICAS

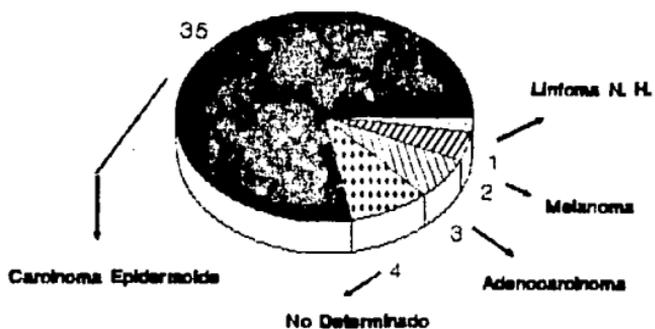


Figura 4

CANCER COLORECTAL
CLASIFICACION ANATOMOCLINICA
ASTLER-COLLER

Estadio	No. pacientes	Por ciento
A	3	2%
B1	15	10%
B2	6	4%
C1	20	14%
C2	21	16%
D1	16	12%
D2	10	7%
No determinado	50	35%
	148	100%

Tabla IV

Para el Cáncer del Conducto y Margen anal se utilizó la Clasificación TNM, pero como no cuenta con Etapas Clínicas, se subdividieron los pacientes en tres grupos: El primero, en el cual la enfermedad se encontró localizada (sin afectar estructuras vecinas); el segundo cuando existió Invasión Local (afectación de estructuras vecinas) y el tercero cuando se encontró Invasión a distancia (principalmente inguinal). (Tabla V).

Resultados del Tratamiento Quirúrgico:

Las Cirugías efectuadas con finalidad " curativa " fueron las siguientes: Resección Abdominoperineal 64 pacientes (58%); Hemicolectomía Derecha 19 pacientes (18%); Resección Anterior del Recto 13 pacientes (12%); Exenteración Pélvica 8 pacientes (7.3%); Hemicolectomía Izquierda 4 pacientes (3.8%) y una Escisión Local Amplia Perineal (0.7%). (Tabla VI).

Cabe mencionar que al procedimiento radical generalmente se asoció con la extirpación multivisceral, por ejemplo a Resección Abdominoperineal en las mujeres se efectuó con panhisterectomía y resección de pared vaginal posterior, ó en caso de Metastasis Inguinales, se realizó la Disección Radical Inguinocrural.

Se consignó como Exenteración Pelvica cuando se efectuó la Disección ganglionar Pelvica. En sus variantes Posterior ó Total, esta última se efectuó en una ocasión con neovejiga Ileal. (12,13,14).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**CANCER DEL CONDUCTO Y MARGEN ANAL
GRADO DE INVASION**

Localizado	4 pacientes	10%
Invasion local	14 pacientes	35%
Invasion a distancia	12 pacientes	30%
No determinado	10 pacientes	25%

Tabla V

**TRATAMIENTO QUIRURGICO
FINALIDAD CURATIVA**

PROCEDIMIENTO	No.	Por ciento
Reseccion Abdominoperineal	64	58
Hemicolectomia Derecha	19	18
Reseccion Anterior del Recto	13	12
Exenteracion Pelvica	8	7.3
Hemicolectomia Izquierda	4	3.8
Escision Local Amplia Perineal	1	0.7

Tabla VI

Las Cirugías con finalidad Paliativa:

Colostomía 39 pacientes (73%); Laparotomía Exploradora y biopsia 11 pacientes (21%); Ileostomía 2 (3%); Ilectransversoanastomosis 2 pacientes (3%).

Se realizaron un total de 109 Cirugías Radicales y 54 Cirugías Paliativas. Se obtuvieron los datos de complicaciones y mortalidad en 70 pacientes operados con finalidad "curativa" y 40 pacientes operados paliativamente.

Con las siguientes complicaciones de la Cirugía Radical: Fístula vesicoperineal 1; shock cardiogénico 1; abscesos residuales 2; tromboflebitis 1; Necrosis del Colgajo y fístula vesicovaginal 1; necrosis del estoma y sepsis 2; dehiscencia de anastomosis y sépsis 1; shock hipovolémico 2; bronconeumonía 1. Un total de 12 lo que significa 17.1% de morbilidad, la mortalidad operatoria se registró en 7 pacientes lo que representa el 10 %.

Las complicaciones de la Cirugía Paliativa fueron: Edema agudo de pulmón 1; arritmia Cardíaca 1; tromboembolia pulmonar 1; Insuficiencia hepática secundaria a metástasis 1; peritonitis 1. En total 5 lo que representa 12.5% de morbilidad, y con una mortalidad del 10% con 4 pacientes.

Cabe mencionar que se efectuó en 8 ocasiones Cirugía de Urgencia; 5 por perforación intestinal y 3 por oclusión; en las cuales se realizó un procedimiento de resección y derivación (Colostomía).

Terapia Adyuvante:

Radioterapia: Cuarenta y tres pacientes (39,4%) recibieron radioterapia como parte de su tratamiento integral. Cinco de ellos (4,5%) radioterapia preoperatoria y 38 (34,9%) postoperatoria; cuya indicación fue la vecindad en los márgenes de sección quirúrgica, alto grado de malignidad de la lesión neoplásica, ó bien, la presencia de metástasis ganglionares en los especímenes quirúrgicos.

Las dosis promedio en la modalidad preoperatoria fueron los 3000 rads y postoperatoria 4500 rads. (1,3,11).

Quimioterapia: Se empleó básicamente un agente antimetabolito, el 5 Fluoracilo en la mayoría de las veces sólo; a dosis convencionales con promedio 4 ciclos; en 21 pacientes (19,2%). En pocas ocasiones se asoció a Mitomicina C y en dos también se agregó la Ciclofosfamida. Y siempre en combinación con radioterapia. (1,3,15).

No se utilizó ningún otro tipo de terapia adyuvante.

Seguimiento:

De los 191 pacientes tratados con finalidad "curativa", ya sea con: cirugía sola; cirugía + radioterapia ó cirugía + radioterapia + quimioterapia; se logró obtener un seguimiento de 70 pacientes (64.2%). Sin datos de actividad tumoral de 6 meses a 5 años 37 (33.9%) y con fracaso al tratamiento también 37 pacientes (33.9%). Desertaron de la Unidad 35 pacientes (32.1%). (Figura 5).

De los 37 pacientes sin actividad tumoral, 14 (38%) se les realizó únicamente Cirugía Radical. Quince (40%) con Cirugía Radical + Radioterapia; y 8 (22%) se trataron con Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia. Por lo que no encontramos diferencia significativa entre el uso de Cirugía sola y la terapia adyuvante. (Tabla VII).

En cuanto al Estadio Clínico; de 37 pacientes sin actividad tumoral con Cáncer Colorectal; en estadio A: 2; B1: 12; B2: 6; C1: 5; C2: 6; ningún D1 ó D2, y para portadores de Cáncer Anal; Localizado 3; con Invasión local 2 y con Invasión a distancia 1 paciente. Por lo que fueron 25 pacientes (67.5%) en ambos grupos con etapas tempranas de la enfermedad.

RESULTADOS GLOBALES DEL TRATAMIENTO SEGUIMIENTO

Sin Actividad tumoral	No.	Por ciento
Unicamente Cirugia	14	38
Cirugia + Radioterapia	15	40
Cirugia + Radioterapia + QT	8	22
	<hr/>	
	37/70	

Tabla VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El Cáncer Colorectal representa la segunda neoplasia más frecuente del tubo digestivo, el del conducto y margen anal es poco común. Sin embargo en ambos la relación hombre:mujer fue de 1:1. Existió prevalencia entre la sexta y séptima década de la vida. No se demostró asociación frecuente a enfermedades predisponentes en este estudio, datos que concuerdan con las publicaciones nacionales. (6,8,10).

Generalmente el cuadro clínico, cuando es evidente, demuestra estadio clínico avanzado, hecho que se demostró al presentar esta condición en la mayoría de nuestros pacientes.

Principal factor pronóstico y que condiciona un tratamiento quirúrgico "ampliado" o la resección multivisceral. (12,13,14).

El Adenocarcinoma fue el tumor maligno más frecuente en el Colon y el recto. El Carcinoma Epidermoide fue la neoplasia más frecuente de la región anal. (9,10).

Los dos casos de Melanoma de la región anal fueron sumamente agresivos, como se reporta en la literatura (1,9,12).

El presente estudio nos permite emitir la siguientes conclusiones:

1.- La Resección Abdominoperineal fue el procedimiento más usado para el Cáncer recto-anal.

2.- Fue necesaria la resección multivisceral en la mayoría de la Cirugía radical debido a las etapas Clínicas avanzadas.

3.- La mortalidad fue del 10%, la cual se considera baja, por la magnitud de los procedimientos efectuados.

4.- Es recomendable utilizar la Clasificación de Astler-Coller, debido a que contiene variables con valor pronóstico.

5.- Debe realizarse un máximo esfuerzo tratando de conservar la función del esfínter anal con procedimientos como la resección abdominosacra y abdominoanal siempre que sea posible, sin sacrificar el principio oncológico.

6.- No se demostró significativamente ventaja con el uso de la Radioterapia y quimioterapia adyuvantes, lo que concuerda con la literatura. (6,11,12).

7.- En el tratamiento del cáncer del margen anal en etapas clínicas iniciales debe intentarse la cirugía conservadora y el uso de la terapia adyuvante, en donde sí se reporta ventaja significativa, que es el criterio actual del Servicio de Tumores Mixtos.

8.- Proponemos la creación de una Clínica de Tumores del Tubo Digestivo en conjunto con otros Servicios del Hospital.

BIBLIOGRAFIA

1. Vincent TV. Cáncer Principios y Práctica de Oncología. Salvat 1984. Pag: 598-675.
2. Robert WB. Colon, Rectum & Anus. Cancer 33:684 1990 pag: 684-685.
3. Bonadona G. Hand Book of Medical Oncology. Masson 1989. Pag: 556-568.
4. Instituto Nacional de Cancer. Brasil. Cancer N6 Brasil 1976-80. Brumini Editor. 1982. Pag: 4, 37, 266.
5. Secretaria de Salud. Mexico. Registro Nacional del Cancer. 1987. México. Df. 1989. Cuadros 1 y 2.
6. Carrillo JF. y Cols. Adenocarcinoma de Recto Tratamiento Quirúrgico y Radioterapia Adyuvante. Revista del Instituto Nacional de Cancerología. México. 35:2 Pag: 796-801.
7. Instituto Nacional de la Nutrición. Colon y Recto. Méndez Oteo 1972. Pag: 491-508.
8. Martín AL. Fundamentos de Gastroenterología. F. Mendez 1977. Pag: 491-508 y 474-483.
9. Bockus HL. Gastroenterología. Tomo II. Salvat 1962. Pag: 617-639 y 986-1062.

10. Villalobos JJ. Gastroenterología Segunda Edición. Tomo II. Mendez Oteo 1982. 76-125.
11. Cuevas-Santos. Oncología Básica. Vector Editores 1985. Pag: 518-529.
12. Maingot SC. Operaciones Abdominales. Octava Edición Tomo II. Editorial Médica Panamericana 1986. Pag: 1323-1373 y 1412-1486.
13. Nyhus JB. El Dominio de la Cirugía. Tercera Edición. Tomo II. Editorial Médica Panamericana 1989. Pag: 1303-1313 y 1345-1381.
14. Beattie EJ. Atlas de las Modernas Técnicas de Cirugía Mayor. Editorial Científico Médica 1970. Pag: 322-334.
15. Current Problems In Cancer. Regional Treatment Of Hepatic Metastases and Hepatocellular Carcinoma. Year Book Medical Pub. Inc. 1989. Pag: 210-227.
16. Chavez ML. Pólipos y Cáncer de Colon. Conceptos Actuales de las lesiones precursoras del Cáncer Invasor. Revista del Hospital General de México. 51:4 1988. Pag: 223-227.
17. Fadi FA. Hepatic Resection for Primary and Metastatic Tumors. The American Journal Of Surgery 156:noviembre 1988. pag: 368-373.