

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

11209
32
24

CANCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA. ISSSTE.
(REVISION DE 258 CASOS DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO DESDE-
1985 A 1990).

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

PRESENTA :

DR. DAVID GARZA DE HOYOS.

DIRECTOR DE TESIS: DR. DARIO MEZA MARTINEZ.

1990

FALLA 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 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.

INDICE

ANTECEDENTES.....	I
GENERALIDADES.....	4
OBJETIVOS.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSION.....	I7
CONCLUSIONES.....	I9
BIBLIOGRAFIA.....	20

ANTECEDENTES

LAS LESIONES INTERMEDIAS O PRECANCEROSAS Y LAS LESIONES MALIGNAS FUERON YA OBJETO DE ESTUDIO EN 1899, PERO NO FUE SI NO HASTA 1948 EN UN ARTICULO DE SUNDERLAND Y BINKLEY EN QUE DISTINGUIERON POR PRIMERA VEZ ESTAS LESIONES. LA ASOCIACION DE TUMORES DE TEJIDO BLANDO Y OSEO VISIBLES Y PALPABLES, CON LA FORMACION DE POLIPOS EN EL COLON FUE RECONOCIDA EN 1912 POR DEVIC Y BUSSY.

EN UNA SERIE DE TRABAJOS, EN LA DECADA DE 1950, ELDEN - J. GARDNER Y COLABORADORES DESCRIBIERON UN SINDROME PATOLOGICO QUE LLEVA EL NOMBRE DE ESTE INVESTIGADOR; Y ASIMISMO ESTABLECIERON EL PELIGRO CONSIDERABLE DE SURTIR CANCER DEL INTESTINO GRUESO POR ESOS PACIENTES.

LAS PRIMERAS CONTRIBUCIONES SOBRE EL MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER COLORRECTAL APUNTARON AL ALIVIO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL. EN 1710, LITRE FUE EL PRIMERO EN SURTIR LA FACTIBILIDAD DE ABRIR EL COLON PARA ALIVIAR LA OBSTRUCCION.

LA PRIMERA CECOSTOMIA FUE REALIZADA POR PILLORE EN 1776 POR UN CARCINOMA OBSTRUCTIVO Y DURÉT EN 1793 LLEVO A CABO LA PRIMERA COLOSTOMIA EXITOSA. EN 1797, FINE EFECTUO UNA COLOSTOMIA TRANSVERSA EN UN PACIENTE CON CARCINOMA OBSTRUCTIVO DE RECTOSIGMOIDES CON RECUPERACION.

LA PRIMERA RESECCION Y ANASTOMOSIS EXITOSA, CONSERVANDO EL ESFINTER POR CARCINOMA DE COLON FUE INFORMADA EN 1844 POR REYBARD Y EN 1879 CZERNY RESECO EXITOSAMENTE UN TUMOR CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL. EN 1892, BLOCH ACONSEJO LA RESECCION EXTRABDOMINAL DEL COLON OBS TRUIDO POR UN TUMOR.

EN 1895, PAUL PUBLICO UNA TECNICA DE RESECCION EXTRABDOMINAL DE CANCER DE COLON Y EN 1898, MIKULICZ LLEVO A CABO UNA OPERACION SIMILAR; POR ENDE EL PROCEDIMIENTO SE DENOMINO OPERACION DE PAUL MIKULICZ.

FUERON LOS CLASICOS ESTUDIOS DE MILES (1908) LOS QUE DEMOSTRARON LA IMPORTANCIA DE LA REMOCION DE LOS GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES.

DURANTE LAS DECADAS DE 1900-1940, EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE ELECCION POR CANCER COLORRECTAL FUE LA EXTIRPACION CON EXTERIORIZACION (PAUL-MIKULICZ) O LA RESECCION ABDOMINOPERINEAL (MILES).

LOS PRINCIPIOS BASICOS DE LA ANASTOMOSIS INTESTINAL FUNDADOS POR PARKER-KERR, ASI COMO LAS APORTACIONES DE BALFOURD, MURPHY, LEMBERT, HALSTED, HERMANOS MAYO, CUSHING, CONNELL, MOYNIHAN Y OTROS; Y DE WESTHUSES EN EL SENTIDO DE DESCRIBIR LA RAREZA DE LAS METASTASIS A DISTANCIA PERMITIO VALORAR LA ANASTOMOSIS -- INTRAPERITONEALES EN OPERACIONES PARA CANCER DE COLON.

LA CIRUGIA PARA CANCER DE COLON NO PODIA HABER EVOLUCIONADO SIN EL DESARROLLO DE LOS ANTIBIOTICOS, LOS AVANCES DE LA ANTISEPSIA Y DE LOS BANCOS DE SANGRE, -- ASI COMO DE LA ANESTESIA.

EN 1914 EL CARCINOMA COLORRECTAL FUE LA PRIMERA NEOPLASIA TRATADA POR RADIOTERAPIA SEGUIDA POR EXTIRPACION QUIRURGICA, PERO DECLINO SU UTILIDAD YA QUE EL ADENOCARCINOMA SE CONSIDERO RESISTENTE A LA MISMA, -- ELLO MOTIVO A QUE SU USO SE INDICARA COMO MEDIDA PALIATIVA. CON EL ADVENIMIENTO DE LA COBALTOTERAPIA Y EL DESARROLLO DE APARATOS DE SUPERVOLTAJE, LAS RADIACIONES PALIATIVAS EN LESIONES AVANZADAS O RECURREN--TES SON RECOMENDABLES.

LA QUIMIOTERAPIA UTIL EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA COLORRECTAL ES RELATIVAMENTE RECIENTE Y COMENZO -- EN 1957 POR LA SINTESIS Y LOS ESTUDIOS PRECLINICOS -- DEL 5-FLUOROURACILO (5-FU) POR PARTE DE HEIDEL ---- BERGER DUSCHINSKY.

EN EL PRIMER CUARTO DE ESTE SIGLO LA DECISION QUIRURGICA SE HUBIERA INCLINADO POR LA RESECCION ABDOMINOPERINEAL - CON COLOSTOMIA TIPO MILES Y CUALESQUIERA OTRO PROCEDIMIENTO QUE RESPETARA EL ESFINTER.

ACTUALMENTE, CUANDO EL CARCINOMA SE HALLA EN EL TERCIO - INFERIOR DE RECTO (0-5 cm) LA CIRUGIA DE ELECCION ES LA RESECCION ABDOMINOPERINEAL (MILES); PARA LESIONES EN TERCIO SUPERIOR (10-15 cm) LA INTERVENCION ES LA RESECCION ANTERIOR DE RECTO Y PARA LESIONES DE TERCIO MEDIO (5-10 cm), SE CUENTA CON TODAS LAS OPCIONES, ALGUNOS CIRUJANOS ACONSEJAN SISTEMATICAMENTE LA INTERVENCION DE MILES Y -- OTROS UNA RESECCION ANTERIOR BAJA. (4-5-6-II-I2).

GENERALIDADES

DESPUES DEL CANCER DE PIEL Y DE PULMON, EL CANCER DEL APARATO DIGESTIVO ES EL MAS FRECUENTE EN EL MUNDO. -- (II)

EN LOS PAISES OCCIDENTALES EL CARCINOMA GASTRICO Y EL COLORRECTAL; DENTRO DE LOS CANCERES DEL APARATO DIGESTIVO, SON LOS MAS FRECUENTES. LOS SEIS PAISES CON MAYOR MORTALIDAD PARA EL CANCER DE COLON SON: DINAMARCA, N. ZELANDA, AUSTRIA, IRLANDA, LUXEMBURGO, ALEMANIA FEDERAL.

DENTRO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR CANCER EN NUESTRO PAIS EN EL DECENIO 1962-1971, EL CANCER COLORRECTAL OCUPA EL SEGUNDO LUGAR, CON UNA TASA DE MORTALIDAD CERCANA AL 2 POR CIENTO MIL (EN TODAS LAS EDADES). (20)

EXISTE CANCER SINCRONICO EN EL 4-5% DE LOS PACIENTES CON CANCER DE COLON Y EXISTE CANCER METACRONICO. POSRESECCION EN EL 3% DE LA POBLACION A 11 AÑOS.

LA ETIOLOGIA ES DESCONOCIDA, EXISTE PREDISPOSICION AMBIENTAL DADA POR UNA DIETA REFINADA, CON POCO RESIDUO, RICA EN PROTEINAS ANIMALES. LAS FIBRAS PROMUEVEN UN TRANSITO INTESTINAL RAPIDO, LIMITANDO LA EXPOSICION DE LA MUCOSA A CARCINOGENOS. EXISTE TAMBIEN UN PREDOMINIO DE BACTERIAS ANAEROBIAS QUE PRODUCEN CARCINOGENOS POR ALTERACION QUIMICA DE LOS ALIMENTOS Y SECRECIONES INTESTINALES; ASI COMO UNA ALTERNACION DE LAS SALES BILIARES.

EXISTE TAMBIEN UNA PREDISPOSICION GENETICA, SOBRE TODO EN PACIENTES CON POLIPOSIS HEREDITARIA, ANTECEDENTES DE CANCER COLORRECTAL, CA DE MAMA, CARCINOMA DE GENITALES Y CUCI.

EXISTE UNA MAYOR FRECUENCIA ENTRE LA SEXTA Y SEPTIMA DECADAS DE LA VIDA. SE ENCUENTRA EN EL 85% DE LOS PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS. ES MAS FRECUENTES EN MUJERES EL CANCER DE COLON Y EL CANCER DE RECTO EN LOS HOMBRES.

LA DISTRIBUCION DEL CANCER COLORRECTAL ES LA SIGUIENTE:

- COLON IZQUIERDO.- 83%
- CIEGO-COLON ASCENDENTE.- 11.6%
- TRANSVERSO.- 5.3%

EL 50% DE LOS CANCERES COLORRECTALES OCURREN EN LOS 25 cm DISTALES DEL INTESTINO GRUESO Y EL 95% DE LOS MISMOS SON ADENOCARCINOMAS QUE PRESENTAN DIFERENTES GRADOS DE MALIGNIZACION.

SU DISEMINACION ES DIRECTA POR EXTENSION A OTROS ORGANOS VECINOS, HEMATOGENA A HIGADO Y PULMON; SIENDO LA MAS FRECUENTE POR VIA LINFATICA (INTRAMURAL-EX-TRAMURAL).

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS SON: DOLOR ABDOMINAL, ALTERACIONES EN LAS EVACUACIONES, HEMORRAGIA RECTAL PERDIDA DE PESO, MASA PALPABLE, ANEMIA, INCONTINENCIA FECAL.

EL DIAGNOSTICO SE REALIZA A TRAVES DEL TACTO RECTAL CON BUSQUEDA DE SANGRE OCULTA EN HECE Y RECTOSIGMOIDOSCOPIA EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS, COMPLEMENTANDO EL ESTUDIO CON COLONOSCOPIA, COLON POR ENEMA, EXAMENES DE LABORATORIO Y MARCADORES TUMORALES.

LA CLASIFICACION DE DUKES (1940). MODIFICADA DE ---ASTWOOD-COLLER

- A.- LESION LIMITADA A LA MUCOSA.
- B₁.- EXTENSION A LA MUSCULARIS SIN INVASION --GANGLIONAR.
- B₂.- MAS ALLA DE LA MUSCULARIS, SIN INVASION --GANGLIONAR.
- C₁.- LESION B₁ - B₂ , CON METASTASIS GANGLIONAR.
- C₂.- ATRAVIESA TODA LA PARED E INVADE GANGLIOS.
- D.- METASTASIS DISTANTES, INOPERABLES.

LAS OPCIONES QUIRURGICAS Y COADYUVANTES SON MULTIPLES:

- TRATAMIENTO LOCAL
- RESECCION ABDOMINOPERINEAL (MILES)
- RESECCION ANTERIOR DEL RECTO
- RESECCION CONSERVANDO EL ESFINTER
- RADIOTERAPIA
- QUIMIOTERAPIA
- INMUNOTERAPIA

EL PRONOSTICO DEPENDE DEL GRADO DE MALIGNIDAD Y DISEMINACION.

LA SOBREVIVENCIA A LOS CINCO AÑOS ES DE 36 - 40%.

LA MORTALIDAD QUIRURGICA ES DEL 4%. (I-4-9-IO-II-I2-I4).
(8-I5-I6-I7-I8-I9). (I-3-7-8-IO-II-I2-I3-I5-I6-I7-I8-20).

OBJETIVOS

- 1.-CONOCER LA FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS DEL CA. COLORRECTAL EN LA POBLACION DERECHAHABIENTE DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.
- 2.-EVALUAR FACTORES DE RIESGO.
- 3.-IDENTIFICAR SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES.
- 4.-CONOCER LOS METODOS PARA EL DIAGNOSTICOS USADOS EN EL H.G. TACUBA.
- 5.-OBSERVAR EN QUE ESTADIO SE ENCUENTRA LA ENF. EN EL MOMENTO DE SU DIAGNOSTICO.
- 6.-CONOCER EL SITIO DE LA LESION .
- 7.-CONOCER EL TRATAMIENTO QUIRURGICO Y COMPLICACIONES DURANTE EL POSTOPERATORIO.

MATERIAL Y METODOS

SE REVISARON EXPEDIENTES CLINICOS, DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE DE COLON Y RECTO DE LOS PERIODOS COMPRENDIDOS DEL 24 DE MAYO DE 1985 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1990. SIENDO 258 - CASOS , DE LOS CUALES, II SON DE CANCER DE COLON Y RECTO, DIAGNOSTICADOS POR SU CUADRO CLINICO LABORATORIO Y GABINETE . SIENDO CONFIRMADOS POR PATOLOGIA.

DE LOS II PACIENTES SE LES DISTRIBUYO POR EDAD, SEXO, GRUPO SANGUINEO, CUADRO CLINICO, SITIO DE LA LESION, ESTADIO, LAS TECNICAS QUIRURGICAS UTILIZADAS SEGUN EL CASO, ASI COMO COMPLICACIONES EN EL POST-OPERATORIO.

RESULTADOS

SE REVISARON 258 CASOS DE CIRUGIA COLORRECTAL DE LOS CUALES, II SON POR CANCER DE COLON Y RECTO, CORRESPONDIENDO EL 4.26% DE LAS CIRUGIAS. DE LOS II CASOS, 5 SON DEL SEXO FEMENINO Y 6 SON DEL MASCULINO. EL 72.72% DE LOS PACIENTES TENIAN ARRIBA DE 50 AÑOS. EL 45.45% DE LOS PACIENTES ERAN FUMADORES Y EL 36.36% PRESENTAN ALCOHOLISMO POSITIVO. SE ANALIZO TAMBIEN LA ASOCIACION CON GRUPOS SANGUINEOS ENCONTRANDO QUE EL 81.81% PERTENESEN AL GRUPO O POSITIVO Y EL 18.18% AL GRUPO A POSITIVO. EL SINDROME DISENTERIFORME SE PRESENTO EN EL 81.81%, BAJA DE PESO EN EL 90.90%, RECTORRAGIA EN 63.63%, DOLOR ABDOMINAL EN EL 72.72%, ATAQUE AL ESTADO GENERAL 81.81%, FIEBRE 36.36%, ANEMIA 63.63%, Y CONSTIPACION 45.45%. LOS METODOS DE DIAGNOSTICO USADOS FUERON RECTOSIGMOIDOSCOPIA EN EL 72.72%, TELE DE TORAX EN 90.90%, TACTO RECTAL EN 63.63%, COLON POR ENEMA EN 81.81%, USG. 72.72% ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO 36.36%, HEPATOESPLENOGRAMA EN 36.36%, UROGRAFIA EXCRETORA EN 36.36% Y COLONOSCOPIA EN 18.18%. LOS SITIOS DE LESION DEL CANCER DE COLON Y RECTO FUERON RECTOSIGMOIDES EN UN 54.54%, COLON DESCENDENTE EN 9.09%, CIEGO EN 27.27%, ANGULO HEPATICO EN 9.09% Y COLON ASCENDENTE EN 18.18%.

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS QUE SE REALIZARON
A BASE A LA EXPERIENCIA CON QUE SE CUENTA EN EL -
HOSPITAL TACUBA Y DEACUERDO A LA ESTIRPE HISTOLO-
GICA Y LOCALIZACION DE LA LESION FUERON :

RESECCION ABDOMINOPERINEAL-----45.45%

HEMICOLECTOMIA DERECHA-----36.36%

HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA----- 9.09%

COLECTOMIA TOTAL----- 9.09%.

ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSERVADAS EN EL POST -
OPERATORIO, SE ENCONTRARON 18.18% DE ABSCESOS RE-
SIDUALES, 18.18% EN HERNIA DE COLOSTOMIA Y DEHISCEN-
CIA DE HERIDA QUIRURGICA EN UN 9.09%.

LA ESTIRPE HISTOLOGICA FUE DE ADENOCARCINOMA EN UN
100%.

SE ENCONTRO, QUE EN ESTE GRUPO DE PACIENTES, DEACUERDO
A LA CLASIFICACION DE DUKES SE ENCONTRO;
EL 27.27% EN ETAPA A, EL 18.18% EN ETAPA B Y 54.54% EN
ETAPA C.

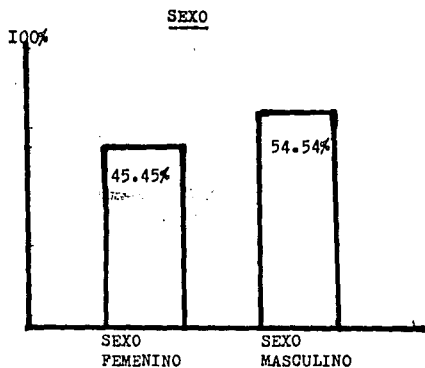


FIG. I

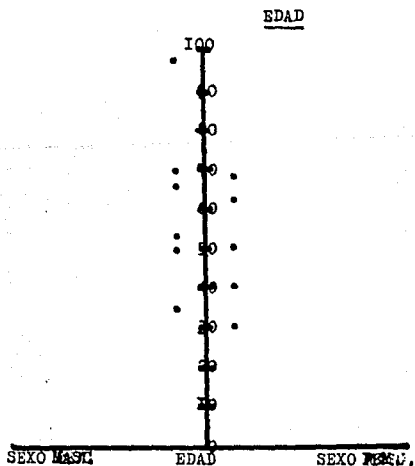


FIG. 2

SINTOMATOLOGIA

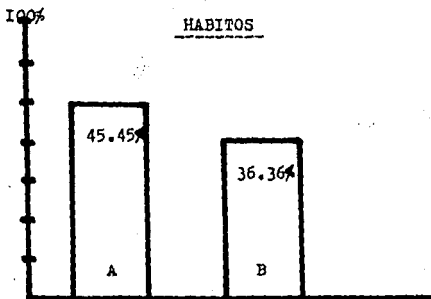
	# PACIENTES	%
SINDROME DISENTERIFORME	9	81.81%
BAJA DE PESO	10	90.90%
RECTORRAGIA	7	63.63%
DOLOR ABDOMINAL	8	72.72%
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	9	81.81%
PIEBRE	4	36.36%
ANEMIA	7	63.63%
CONSTIPACION	5	45.45%

FIG.5

////////////////////////////////////
METODOS DE DIAGNOSTICO

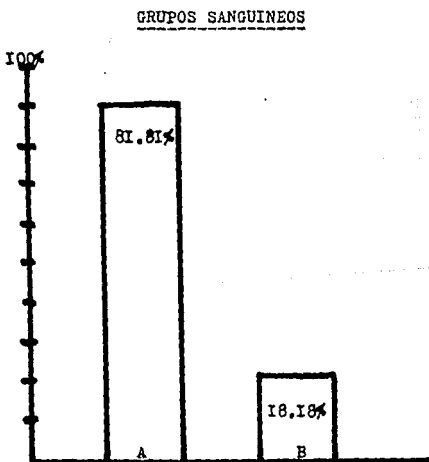
	# PACIENTES	%
RECTOSIGMOIDOSCOPIA	8	72.72%
TELE DE TORAX	10	90.90%
TACTO RECTAL	7	63.63%
COLON POR ENEMA	9	81.81%
ULTRASONOGRAFIA	8	72.72%
ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO	4	36.36%
HEPATOESPLENOGAMAGRAFIA	4	36.36%
UROGRAFIA EXCRETORA	4	36.36%
COLONOSCOPIA	2	18.18%
TAC.	3	27.27%

FIG.6



A.-TABAQUISMO.
B.-ALCOHOLISMO.

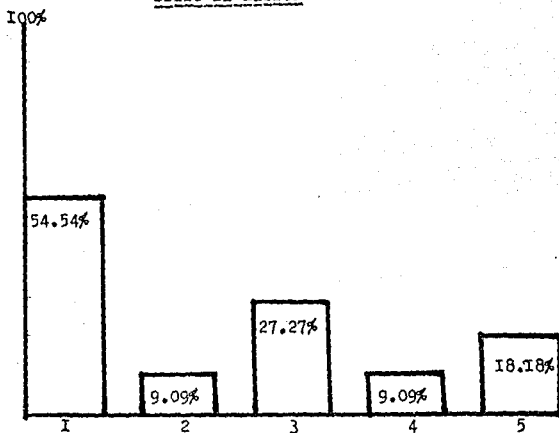
FIG.3



A.-GRUPO O POSITIVO.
B.-GRUPO A POSITIVO.

FIG.4

SITIO DE LESION



1-RECTOSIGMOIDES.
2-COLON DESCENDENTE.
3-CIEGO.
4-ANGULO HEPATICO.
5-COLON ASCENDENTE.

FIG.7

TRATAMIENTO QUIRURGICO

TECNICA QX.	PACIENTES	%
1 RESECCION ABDOMINOPERINEAL	5	45.45%
2 HEMICOLECTOMIA DERECHA	4	36.36%
3 HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA	1	9.09%
4 COLECTOMIA TOTAL	1	9.09%

FIG.8

TIEMPO
+++++

24/05/85
A
20/08/87

21/08/87
A
30/11/90

SITIO
+++++
DE
++
LESION
+++++

RECTOSIGMOIDES	5	I
COLON DESCENDENTE	0	I
CIEGO	0	3
ANGULO HEPATICO	0	I
COLON ASCENDENTE	0	2

PACIENTES
+++++

FIG.9

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

ABSCESO RESIDUAL-----	18.18%
HERNIA DE COLOSTOMIA-----	18.18%
ABSCESO DE PARED-----	9.09%
DEHISCENCIA DE HX. QX.-----	9.09%

FIG.10

ESTIRPE HISTOLOGICA

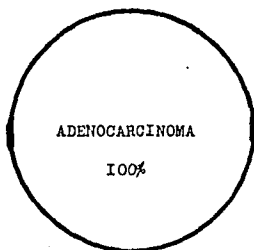


FIG.II

CLASIFICACION DE DUKES

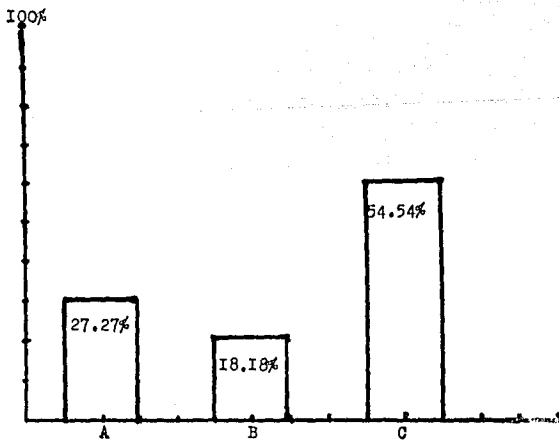


FIG.I2

DISCUSION

EN EL PRESENTE TRABAJO, SE OBSERVO, AFECTADOS CASI POR IGUAL A HOMBRES Y MUJERES (FIG. 1). LA RELACION DE LA FRECUENCIA DE CANCER DE COLON Y RECTO CON LA EDAD, NOS DEMUESTRA UN AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE UN 72.72% DESPUES DE LOS 50 AÑOS DE EDAD, SEMEJANTE A LA LITERATURA ACTUAL (FIG. 2).

EN ESTUDIOS RESIENTES, SUGIEREN UNA RELACION DE ALCOHOL Y TABACO, PARA PRODUCCION DE CANCER DE COLON Y RECTO, PERO NO ES CONCLUYENTE. EN NUESTRO ESTUDIO, SE CONCONTRO TABAQUISMO EN UN 45.45% Y ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO EN UN 36.36% (FIG. 3). SE OBSERVO, UNA INCIDENCIA ELEVADA, EN LOS PACIENTES CON GRUPO O POSITIVO, EN UN 81.81% Y PARA EL GRUPO A POSITIVO UN 18.18%. TAL VEZ, SE DEBE, A LA MAYOR FRECUENCIA DE LAS PERSONAS TIENEN O POSITIVO (FIG. 4).

LA SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE, FUE: BAJA DE PESO EN UN 90.90%, SINDROME DISENTERIFORME EN 81.81%, ATAQUE AL ESTADO GENERAL EN 81.81%, DOLOR ABDOMINAL EN 72.72%, ANEMIA EN 63.63%, RECTORRAGIA EN 63.63%, CONSTIPACION EN 45.45% Y FIEBRE EN 36.36% SIENDO SEMEJANTE A LA LITERATURA MEDICA (FIG. 5).

DE LOS METODOS MAS FRECUENTEMENTE USADOS FUERON - RECTOSIGMIDOSCOPIA EN 72.72%, COLON POR ENEMA EN 81.81%, USG EN 72.72%, TELE DE TORAX 90.90%, TACTO - RECTAL EN 63.63% (FIG. 6).

EL CANCER DE COLON Y RECTO FUE LOCALIZADO EN UN 54.54% EN RECTO SIGMOIDES, SIENDO EL SITIO MAS - FRECUENTE(FIG. 7). TOMANDO EN CUENTA EL SITIO DE LA LESION Y TIEMPO, ENCONTRAMOS,QUE LA INCIDENCIA ES MAYOR PARA RECTO SIGMOIDES,DEL 24/05/85 AL - 20/08/87 EN UN 45.45%, PERO DEL DIA 21/08/87 AL- 30/II/90 , EL SÍTIO DE LESION FUE DEL COLON DERECHO EN UN 54.54%, OBSERVANDOSE LA INCIDENCIA DE LA LESION ,HACIA COLON DERECHO, ESTOS ULTIMOS 3 AÑOS.(FIG.9).

LAS TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS FUERON; RESECCION ABDOMINOPERINEAL EN 45.45%, HEMICOLECTOMIA - DERECHA EN 36.36%,HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA EN 9.09% Y COLECTOMIA TOTAL EN 9.09%. LAS TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS,FUERON DE ACUERDO AL SITIO DE LESION. (FIG.8).

LA ESTIRPE HISTOLOGICA,ENCONTRADA EN ESTE ESTUDIO,- FUE ADENOCARCINOMA EN UN 100% (FIG.II).

EN NUESTRO ESTUDIO, DEACUERDO A LA CLASIFICACION DE DUKES, SE ENCONTRO UN 54.54% DE LOS PACIENTES EN - ESTADIO C, 27.27% EN ESTADIO A Y 18.18% EN ESTADIO B. ESTO ESTA EN RELACION AL TIEMPO DE DIAGNOSTICO DEL PADECIMIENTO, EL CUAL ES DX. TARDIAMENTE.(FIG.I2).

CONCLUSIONES

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 1.-EL CANCER COLORRECTAL, DIAGNOSTICADO EN FORMA TEMPRANA, AUMENTARA EL INDICE DE VIDA, PORQUE EL TRATAMIENTO QUIRURGICO SERIA CURATIVO Y NO PALIATIVO EN ETAPAS TARDIAS. POR LO QUE SE DEBE IMPLEMENTAR MEDIDAS DIAGNOSTICAS, PARA DETECTAR PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO.
- 2.-LA MAYOR PARTE DE LOS CA. DE COLON Y RECTO APARECE, DESPUES DE LOS 50 AÑOS DE EDAD, POR LO CUAL SE DEBERA REALIZAR PRUEBAS DE SANGRE OCULTA EN HECEs, EN PACIENTES DE MAS DE 40 AÑOS.
- 3.-LOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO, DEBERAN DE SER ALIMENTADOS CON ABUNDANTE FIBRA, LIBRE DE GRASAS Y AUMENTAR EL TRANSITO INTESTINAL.
- 4.-EL PRINCIPAL OBJETIVO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER COLORRECTAL, ES CURAR AL PACIENTE, EN CASO CONTRARIO, PROPORCIONAR TRATAMIENTO PALIATIVO Y SECUNDARIAMENTE, PRESERVAR LA FUNCION DEL ESFINTER.

BIBLIOGRAFIA

1. ADLER S. VILLALOBOS JJ. DIETA Y CANCER DEL APARATO DIGESTIVO. GAC.MED.MEX. 1979; 115:442
2. BONGIEVANNI Y MANUAL CLINICO DE GASTROENTEROLOGIA AITO DIGESTIVO CAP' 18 TUMORET PAG. 591 - 636
3. CEDERMARK B. RIEGER A. WAHRON B. FORSGREN L. PREOPERATIVE SHORT TERM RADIOTHERAPY IN RECTAL CARCINOMA: A PRELIMINARY REPORT OF A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY. CANCER MAR: 1985 VOL 55 No. 6 PAG. 1182 - 1185.
4. CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA CIRUGIA GASTROINT-STINAL AGT: 1976 PAG. 971 - 982 ED. INTERAMERICANA
5. CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA ENFERMEDADES DE COLON-RECTO-ANO AGT: 1972 PAG: 847 - 922 ED. INTERAMERICANA
6. CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA CIRUGIA COLON-RECTO VOL I 1983 PAG: 129 - 135 ED. INTERAMERICANA
7. COLLIER P. TUROWSKI P. DIAMOND D. SMALL INTESTINAL ADENOCARCINOMA COMPLICATING REGIONAL ENTERITIS. CANCER FEB: 1985 VOL. 55 No. 3 PAG. 516 - 521
8. DE CECIL, TRATADO DE MEDICINA INTERNA TOMO II 15a ED, 1983 CAP. XVI PAG. 1925 - 1931 ED. INTERAMERICANA

9. ELLIOT MS. LEVENSGEIN JH. WRIGHT JP. KOTPIER RE.
EARLY DETECTION OF COLORECTAL CANCER USING FAECAL
OCCULT BLOOD TESTES.
S. AFR. MED. J. 1984 II:66(6):219-21

10. FARRERAS V. ROZMAN C. MEDICINA INTERNA
TOMO I CAP. I PAG. 154 - 157

11. GUTIERREZ SC. ARRIBARRENA A. DEL VALLE BP.
FISIOPATOLOGIA QUIRURGICA DEL APARATO DIGESTIVO
CAP 19 CANCER COLORRECTAL PAG. 193 - 207
ED. MANUEL MODERNO 1988

12. MAINGOT ELLIS. SCHWARTZ. OPERACIONES ABDOMINALES
VOL. II CAP. 53-57 PAG. 1342 - 1434
ED. INTERAMERICANA 1984

13. MINTON JF. HOEHN L. GERBER DM. SHORSELEY S. CONNOLLY D.
SECOND-LOOK COLORECTAL CANCER STUDY.
CANCER MAR: 1985 VOL. 55 No. 6 PAG. 1284 - 1290

14. PANT ED. PENOTLIO-PREISER CM. BERRY CO. ZAMORA PO.
COTA (COLON-OVARIAN TUMOR ANTIGEN)
AN IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY
AM J. CLIN PATHOL 1986; 86: 1-9

15. SABISTON DC. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA
ED. I Ia. VOL. I CAP: 33 PAG. 1074 - 1079
ED. INTERAMERICANA

16. SARRE R. JAGELMAN D. MC. GANNON E. WEAKLEY F.
COLECTOMY WITH ILIORECTAL ANASTOMOSIS FOR FAMILIAL
ADENOMATOUS POLIPOSIS: THE RISK OF RECTAL CANCER
SURGERY JAN 1987 VOL. 101 No. 1 PAG: 20 - 26

17. SUGARBAKER PH. GIANCLA PJ.DWYER A. NEUMAN NR.
A SIMPLIFIED PLAN FOR FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH COLON
AND RECTAL CANCER SUPPORTED BY PROSPECTIVE STUDIE OF
LABORATORY AND RADIOLOGIC TEST RESULTS
SURGERY JUL: 1987 VOL. 102 No. 1 PAG. 79 - 87

18. TECNICAS QUIRURGICAS ILUSTRADAS
TOMO 1/3 - 3/2 1978 PAG. 3 - 37 Y 3 - 47
ED. SALVAT.

19. VILLALOBOS J. DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL CANCER DEL
APARATO DIGESTIVO
REV. GASTROENTEROL MEX 1987 VOL. 52 No. 1 PAG. 1 - 4

20. VILLALOBOS JJ. ANZURES MA. RODRIGUEZ L. ET AL.
OCTAVO INFORME DEL GRUPO DE ESTUDIOS SOBRE CANCER DEL
APARATO DIGESTIVO.
REV. GASTROENTEROL MEX. 1987 VOL. 52 No. 1 PAG. 21 - 27

21. BLOEM.ZWAVELING.STIJNEN.ADENOCARCINOMA OF COLON AND
RECTUM:A REPORT ON 624 CASES.NETH-J-SURG. 1988 OCT.
40(5). P 121-6.

22. ROSCH.LORENZ.GLASSEN.ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN
THE EVALUATION OF COLON AND RECTAL DISEASE.GASTRO-
INTEST-ENDOSC. 1990 MAR-APR. 36(2 SUPPL).P 33-9.

23. BOUWMAN.WEAVER.COLON CANCER: SURGICAL THERAPY. GASTRO-
ENTEROL-CLIN-NORTH-AM. 1988 DEC. 17(4).P 859-72.

24. VOGEL.McPHERSON.DIETARY EPIDEMIOLOGY OF COLON CANCER.
HEMATOL-ONCOL-NORTH-AM. 1989 MAR. 3(1).P 35-63.

24. GADACZ.McFADDEN.ULLAH.ADENOCARCINOMA OF THE ILEOSTOMY:
THE LATENT RISK OF CANCER AFTER COLECTOMY FOR ULCERA-
TIVE COLITIS AND FAMILIAL POLYPOSIS.SURGERY.1990 JUN.
107(6).P 698-703.