



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

"CANCER DE COLON Y RECTO"

Hospital "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE

Revisión Retrospectiva de 28 Casos.

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

p r e s e n t a :

Dr. Antonio Mejía González

México, D. F.

1979

Antonio Mejía González
[Signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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.

A mis Padres:

Que con cariño, comprensión
y ayuda hicieron que mi --
anhelo se hiciera realidad.

A mis Hermanos:

ORDULIA
MARTIN
AURELIO
JUANA
ARMANDO
FRANCISCA
ROSARIO
MARTHA
I. YOLANDA.

A mi Esposa: MARTHA

A mis Hijos: MONICA, CLAUDIA y ADRIAN.

Que con su amor y asistencia me estimu-
laron en momentos difíciles y gozaron -
conmigo en momentos de alegría.

Al Dr. CARLOS VIESCA TREVIÑO.

Maestro, amigo y asesor de la
presente tesis.

Dr. GABINO CASALES ORTIS.

Agradeciendo su apoyo y -
enseñanza brindada.

Al Dr. RUBEN CHARVEL TOBIAS

y

Dr. ALFREDO DELGADO CHAVEZ.

Mis maestros y amigos por las-
enseñanzas de que fui objeto -
por parte de ellos.

A todos los adscritos del Servicio de Cirugía.

Dr. IGNACIO DE LA PEÑA

Dr. FRANCISCO ALVAREZ

Dr. FERNANDO PALACIO V.

Dr. GUILLERMO MIJARES C.

Dr. ROBERTO LAMDA P.

Dr. SAMUEL SIUSLEIB CH.

" CANCER DE COLON Y RECTO "

Revisión Retrospectiva de 28 ca
sos en 7 años de Labores Hospi-
talarías.

HOSPITAL GENERAL

"Lic. Adolfo López Mateos"

MOTIVO DEL TRABAJO.

El presente trabajo fué motivado, para conocer la frecuencia del carcinoma del colon y recto en éste hospital, dentro de los primeros 7 años de labores del mismo, conociendo, como por todos es sabido, que éste tipo de neoplasia ocupa el 2o. lugar de frecuencia (11)-(tabla No. 1) entre las neoplasias que afectan al aparato digestivo de nuestra población, y que es variable su presentación en diferentes países, dependiendo de características económicas, factores ambientales(4), factores genéticos y otros.(2)

MATERIAL Y METODOS.

Se tomaron como bases para la investigación del presente trabajo, - los datos registrados en la oficina de estadísticas y los expedientes -- del archivo clínico del hospital.

- 1.- Los pacientes ingresados tanto en el servicio de Medicina Interna, - como en Cirugía, y que fueron tratados quirúrgicamente, practicándoseles diferentes intervenciones, ya sea de urgencia, como electivas.
- 2.- Se estudiaron y clasificaron los expedientes encontrados en el archivo clínico del hospital, y de los cuales se encontró que fueron realizadas 39 intervenciones quirúrgicas por carcinoma de colon y recto, - de las que fueron encontrados únicamente 29 expedientes. El resto de ellos, no fue utilizable por estar, unos, en procesamiento de microfilme y otros que no fué posible dar con ellos.

RESULTADOS.

En seguida se mencionarán los datos que se tomaron como parámetros para la elaboración del presente trabajo, tanto clínicos como de laboratorio y gabinete, haciéndose al final comparaciones con series extranjeras, principalmente americanas.

SEXO.

De los casos examinados, fueron 15 pacientes del sexo masculino - (53.57%), y 13 pacientes del sexo femenino, correspondiendo éstos, a un 46.42% del total. La incidencia es de 1:1. Tabla No. 2.

EDAD.

La edad de los pacientes, oscilo entre los 30 y los 80 años, habiendo detectado la mayor incidencia en las décadas de los 40-70 años.

Tabla No.3

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Se tomaron en cuenta, tanto neoplasias malignas como enfermedades asociadas. Solamente en 1 paciente se encontró datos de antecedente de carcinoma de esófago, (3.57%) y diabéticos en 3 pacientes (10.71%). No se encontraron datos acerca de poliposis familiar ni otros síndromes asociados con el carcinoma colorectal. Tabla No. 4

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

En éste tipo de antecedentes, es donde se encontró gran variedad de padecimientos. Entre los mencionados como asociados con el carcinoma de colon y recto, encontramos la apendicitis aguda, en 2 pacientes,

(7.14%), procesos hemorroidales en 5 pacientes (17.85%), y la colitis crónica en 2 pacientes (7.14%), 1 caso concomitante de C.A.C.U. y llamando la atención, las numerosas alteraciones en el tránsito intestinal, manifestaciones presentes por períodos de diarrea, constipación, haciendo mas difícil el diagnóstico temprano de carcinoma de colon, ya que se menciona en diferentes artículos,(7), es un problema concomitante a los padecimientos ya mencionados. Tabla No. 5.

CUADRO CLINICO.

Se mencionan únicamente los datos más predominantes y los que se consideran importantes para la comparación posterior con otras series.

1. Tiempo de Evolución. En nuestra serie, el tiempo de evolución fué -- muy variable, ya que no se precisó la sintomatología actual, confundiéndola con otros padecimientos agregados. Haciendo un promedio de los casos mas verídicos, el tiempo de evolución sería de 3 meses, la presentación de los síntomas relacionados con carcinoma de colon.
- 2.- Alteraciones Intestinales. Estas se mencionan como pujo, tenesmo, -- períodos de diarrea, alternados con constipación. Dichas alteraciones se presentaron en 24 de los pacientes observados, haciendo un total de (85%) de los casos revisados. Tabla No. 6
- 3.- Pérdida de Peso. Se menciona ésta variable, dependiendo de la localización del carcinoma en el colon, según diferentes artículos(10) -- Se menciona que en los cánceres del colon derecho, se presenta aproximadamente en un 70%, relacionado con la severidad del padecimiento, -- siendo la presentación de éste síntoma más baja en los cánceres de -- otras localizaciones.

En nuestra revisión se menciona en un total de 16 pacientes, con (42.85%), Tabla No. 6

4.- Astenia, Adinamia y Anorexia. Estos síntomas se relacionan más comúnmente con la presentación o más, de hemorragias y como consecuencia de la anemia concomitante. En nuestra serie se menciona en un 50% de los casos. Tabla No. 6

5.- Masa palpable en abdomen. En diferentes artículos se menciona como un síntoma inconstante, con un porcentaje de 50% y 34% (10) (11). En la serie revisada, se encontró en 7 pacientes, con un (25%), dependiendo de su localización. Tabla No. 6

6.- Sangrado rectal. Esta manifestación varía de acuerdo a la localización de la neoplasia; su presencia es más frecuente como estrias sanguinolentas y en pocas ocasiones, como franca hemorragia (10) (5). En cáncer de colon derecho, se observa en pocas ocasiones. En las neoplasias del colon izquierdo, ésta aseveración es más la regla que la excepción, con mayor razón si la neoplasia se localiza en recto ó en rectosigmoides. (10) (5).

Confinado al recto el cáncer, es una regla que se presente siempre en todos los pacientes, ya sea como estrias sanguinolentas con moco, ó con franca hemorragia rectal. (5) (11).

En nuestra revisión, se presentó en un total de 17 pacientes, haciendo un 60.72%. Tabla No. 6

7.- Anemia. Este síntoma se relaciona con el sangrado rectal, ya sea en una u otra manifestación, concordante con el tiempo de evolución.

(10) (7). Tabla No. 6.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Distribución "anatomica. Se está de acuerdo en general, que el asiento -- más frecuente de las neoplasias de colon es en la parte distal del mismo (rectosigmoide), con excepción del ciego, que en ocasiones, tiene la misma frecuencia que el sigmoides. Tabla No. 10.

Multiplicidad de Lesiones. El colon que muestra un carcinoma, parece mostrar una tendencia a desarrollar un segundo y en ocasiones, hasta un tercer carcinoma independientemente que se presente sincrónica o metacrónicamente. Se presta a confusión, el hecho de valorar adecuadamente, si en los pacientes afectos de carcinoma de colon ya resecado y posteriormente se presenta otro foco neoplásico, ya sea cercano o distal del primario, si se trata de un nuevo carcinoma o de metástasis o recidivante.

Tamaño y Ritmo de Crecimiento. Pocas veces se puede reconocer los adenocarcinomas muy pequeños del colon; Las tumoraciones de menos de 1 cm son benignas. El tamaño de la lesión, no guarda relación alguna con la presencia ó ausencia de metástasis.

Por lo general, se está de acuerdo en que el carcinoma de colon es de crecimiento lento. Se refiere que se necesitan varios años (20' -- más años), para que un tumor polipoides aparezca como carcinoma.

Grados de Propagación del Tumor. Este dato es más importante para el Cirujano que planea la extirpación y para el patólogo que debe formular el pronóstico, que el aspecto superficial de dicho tumor.

Se anexa tabla de clasificación de Duckes, modificada por Astler y Coller. Tabla No. 15

Vías de Propagación. únicamente se mencionan éstas, sin ahondar en su explicación.

Por propagación Directa en estructuras de sostén y órganos adyacentes.

Por Infiltración y Embolismo dentro de los Espacios Vasculares Sanguíneos.

Por Infiltración y Embolismo de los Conductos Linfáticos.

Por Diseminación o Implantación en las Capas Serosas ó en Superficies Denuidadas.

A continuación, se hace un pequeño breviarío de las neoplasias que afectan más frecuentemente al colon y recto, referidos únicamente a las malignas.

ADENOCARCINOMA.

Es el tipo más frecuente de los procesos malignos del colon, ocupa un 95% de éstas neoplasias en intestino grueso.

Es en el recto, la localización más frecuente del cáncer en dicho órgano. Según artículos norteamericanos, ocupa el 2o. lugar dentro de las neoplasias en el hombre en el mundo occidental, ya que en par

tes como Hungría se reporta un 13% y los reportes de varios estados de la unión Americana, son de 11.3%-18%. (2). En México, Rumanía, Bélgica y Hawaii son más bajos. En México, el Dr. Ruiz Moreno hizo un estudio de 14,500 pacientes y encontró 242 de éstos, con cáncer de colon, y de ellos, 161 o sea el 66.52%, fué de recto y el resto en diferentes partes del colon. (5).

En nuestra revisión, también la localización más frecuente fué en el recto, con 11 pacientes y con 67.85%, en arc dos dentro de la clasificación B y C de Duckes.

C.A. COLOIDE ó MUCINOSO.

Este tipo de tumoración, ocupa el 5-15% de los adenocarcinomas.

Se diferencia principalmente en la gran producción de moco que presenta. El recto y rectosigmoides son los sitios más frecuentes de presentación y es más frecuente en el hombre que en la mujer en relación de 2:1 (10). En nuestra revisión, fué una mujer la presentó la lesión.

POLIPO ADENOMATOSO.

Son discutidos y desconocidos los factores tales que si todos o solamente algunos cánceres de colon proceden de un pólipo, el tiempo invertido en la transformación o el mecanismo de la misma, pero en general se acepta ésta sugerencia; que la asociación de pólipo y cáncer. Además, se ha demostrado todos los estadios del carcinoma hasta la fase de carcinoma invasor en pólipos aparentemente normales.

En nuestra revisión, 1 paciente ven presentó dicho pólipo, habiéndosele practicado únicamente resección de la porción de colon afectada, (sigmoides) sin más tratamiento.

SARCOMA.

Aunque el linfoma puede afectar cualquier tejido linfoide, no es infrecuente su localización en colon, generalmente en forma de tumor intraparietal localizado, o en forma de una manifestación de una enfermedad sistémica.

Se menciona en una serie de revisión de la Clínica Mayo (10), en un período de 57 años, encontraron únicamente 69 casos de linfoma maligno comprobado de colon. Bacon (10) que comprende 2,160 neoplasias de intestino grueso, encontró únicamente 13 casos de linfosarcoma haciendo una incidencia de 0.62%. Se señala una predominancia del sexo masculino de 2:1.

En nuestro caso, fué una mujer la que presentó ésta lesión, haciendo se el diagnóstico trans-operatoriamente, sin el resultado histopatológico de la pieza quirúrgica.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

Los métodos de diagnóstico para el carcinoma de colon, son variados; describiremos los usados en la revisión actual.

TÁCTO RECTAL.

Se considera como el primer método de diagnóstico de importancia. Aproximadamente, de un 60-70% de todas las neoplasias de colon y recto, se asientan en la zona del recto y del rectosigmoides, sitio -- que se facilita para explorar digitalmente, observándose la validez de dicho procedimiento exploratorio.

En la serie revisada, se practicó en 24 pacientes, con un 85.72%, - de los cuales, fué positivo en 10 pacientes con 1 negativos, con - un 35.7% y 50% respectivamente. No se practicó en 4 pacientes, (14. 29%) no especificando la causa.

COLON POR ENEMA.

Generalmente, éste procedimiento es un estudio para reforzar el --- diagnóstico he ho por la rectosigmoidoscopia y en ocasiones, es el - primer estudio hecho al paciente, para continuar con otros para confirmar o descartar dicho diagnóstico.

En la serie se practicó en 16 pacientes, con (57.14%) con una posi- tividad en un(53.58%), con 3.57% de negatividad, o sea en 1 solo - paciente. No se practicó en 11 pacientes, por haberse obtenido el - diagnóstico por medio de biopsia, hecha por rectosigmoidoscopia.

En series extranjeras, se menciona un error diagnóstico de 6.9% -- (10). Tabla No. 7.

BIOPSIA.

Se tomaron un total de 23 biopsias, con un (82.14%), habiendo resultado positivo en 17 pacientes, con un 60.72% y negativo en 6 pacientes, con 21.42% no habiendose practicado en 5, ya que se hizo el diagnóstico de padecimiento alto, sin practicar colonoscopia ó haber resultado negativas.

La biopsia tomada adecuadamente, proporciona un 90% de seguridad en el diagnóstico, pero la tomada por rectosigmoidoscopia en manos inexpertas, al igual que en la colonoscopia, no es muy confiable.

(9) (12) (11). Tabla no. 7

RECTOSIGMOIDOSCOPIA.

Por medio de éste método se pueden diagnosticar aproximadamente el 70% de las neoplasias de intestino grueso. (11) (10). Se practicó en nuestra revisión en un total de 19 pacientes, (67.85%) resultando positivo en 15, (53.57%) y negativo en 4, con (14.29%) no habiendose practicado en 9 pacientes, con (32.14%). En éstos, el padecimiento era de localización alta, motivo por el cual no se practicó.

Tabla No. 7.

COLONOSCOPIA.

Este estudio se utiliza cuando se sospecha que el padecimiento es de localización alta y no es posible observarlo por medio de la rectosigmoidoscopia y cuando el colon por enema no es suficiente para afirmar el diagnóstico.

En nuestra revisión se practicó en 4 pacientes, siendo positivo en 1, con (3.57%) y negativo en 3, con (10.72%).

En EE.UU., dado el alto porcentaje de aumento del cancer de colon y recto, se practica con más incidencia, a pesar de su alto costo.

Tabla no.6 (12).

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

Se practicó en un 1 paciente, siendo positivo éste. Generalmente, es un procedimiento que no se usa en lesiones del intestino grueso, ya que se cuenta con otros medios de diagnóstico, los cuales son -- confiables.

OPROS.

En la revisión hecha, a varios pacientes se le practicaron estudios complementarios como S.E.G.D., uretrocitoscopia y esofagoduodenoscopia, cuando se precisó de éstos estudios. Cuando se intervino de urgencias, únicamente se tomaron placas simples de abdomen y laboratorio de rutina.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Para decidir qué conducta hay que tomar delante de un paciente que es portador de un carcinoma de colon, se tomaron los siguientes para metros:

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.

Este es muy importante, ya que es el que va a hacer que el Cirujano encargado del paciente, entre al quirófano con la idea de la técnica ya definida, de endiendo de saber exactamente ya la localización y extirpe histológica de la lesión y si hay o nó metástasis.

En nuestra serie revisada, únicamente se intervinieron dos pacientes con cuadro sugestivo de apendicitis aguda, uno más con cuadro de oclusión intestinal y otro con el diagnóstico de S.T.D.A., con la -- sospecha ya de un carcinoma de colon izquierdo.

A otro paciente se le intervino, practicándosele una laparotomía ex ploradora, ya que a pesar de los estudios practicados, no se logró saber la etiología de la tumoración y se intervino con el diagnósti co de probable ameboma, vs. carcinoma de ciego. Tabla No. 8

INTERVENCION PRACTICADA.

Se hace un desgloseamiento de las intervenciones practicadas en nues tra revisión.

Se intervinieron 28 pacientes, de los cuales se practicaron llemi-colectomías con anastomosis término-terminal; 7 operaciones de Harman; 1 transversostomía; 1 cecostomía; 6 operaciones de Milles; 1 - polipectomía más resección intestinal y anastomosis T-T.; 1 polipec

tomía sin resección intestinal.

Las intervenciones practicadas, fueron de acuerdo al diagnóstico preoperatorio, y siguiendo las reglas de la Cirugía Oncológica, dependiendo de la localización y extirpe histológica de la lesión.

En las intervenciones de urgencias, como en el caso de los cuadros sugestivos de apendicitis aguda, se actuó como el caso lo requería, tanto si había o no metástasis, localizadas o a distancia.

Tabla No. 9

ORGANOS AFECTADOS.

El órgano más afectado resultó ser el recto, con total de 11 pacientes, haciendo un (39.29%), siguiendo en orden de frecuencia, el rectosigmoides, con 4 pacientes, con un (14.29%); continuando con sigmoides, con 3 casos con (10.72%), transversos con 3 pacientes, con igual porcentaje que el anterior, lo mismo que ciego, con mismo No. de pacientes y porcentajes. Siguiendo con colon descendente con 2 pacientes con (7.41%) y colon ascendentes con igual No. de pacientes y porcentajes. Tabla No. 10.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.

Concordando con los órganos afectados, se encontró que el diagnóstico preoperatorio se hizo lo más cercano posible a la realidad ya que de acuerdo a éste se intervino al paciente, planeando antes la intervención apropiada; solamente en los casos intervenidos de urgencia, se se diagnosticó como apendicitis aguda a dos, 1 cuadro sugestivo de oclusión intestinal y 1 paciente con diagnóstico de S.T.

D.A. Tabla No. 8.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

Encontramos en los diagnósticos post-operatorios, los siguientes; - con mayor número de casos, se identificaron como adenocarcinomas bien diferenciados "C" de Duckes, con 9 casos, con un (32.14%) del total; como adenocarcinomas bien diferenciados tipo "B" de Duckes, con 8 casos, con un (28.58%).

Se encontró un caso de sarcoma con 3.57% y con igual número de pacientes y de tanto por ciento, con un pólipo adenomatoso, 1 caso de papilar, 1 mucinoso, 1 primario de vesícula y en 6 casos no se encontró el estudio histopatológico. Tabla No. 11.

METASTASIS.

En relación a las metástasis, se presentaron un total en 12 pacientes, con 42.86% de los cuales, 5 resultaron generales, con 17.86% 1 caso en el cual se encontró in Situ con 3.57%), 1 caso con cadena ganglionar meséptica afectada, con 3.57%), 1 caso a pulmón y a hígado, con 3.57%), 1 caso a tejido adiposo, a ureteros, 1 caso, y otro caso, a peritoneo y mesenterio, cada cual, con 3.57% del total. Tabla No. 12.

QUIMIOTERAPIA.

Del total de los pacientes intervenidos con el diagnóstico, tanto preoperatorio como post-operatorio de carcinoma y de acuerdo al reporte histopatológico final, se le dió tratamiento complementario a 11 pacientes, o sea un total de 39.29% del total, ya sea con 5 FU-- a los antes mencionados. A 1 paciente se le dió tratamiento a base

de ambos quimioterapia y radioterapia, por el diagnóstico de sarcoma. De los 11 pacientes que recibieron quimioterapia a base de 5 fluoracilo a dosis de 1 gr por 4 días en el primer mes, y posteriormente, 1 gr. cada 8 días. De todos los pacientes, todos se perdieron, a excepción de 3 pacientes, en el transcurso de 1 mes a 6 meses, y solamente las 3 mencionadas, continuaron con sus sesiones de 5 fluoracilo; 1 paciente, por año y medio y se perdió posteriormente; 2 pacientes, continaron asistiendo a control.

1 paciente se le dio durante 10 meses y se programó para una segunda intervención quirúrgica, para observar la evolución de padecimiento, la cual fue negativa, suspendiéndosele toda medicación.

Otra paciente, continua con sus sesiones de 5 fluoracilo, pero sin manifestaciones de recidiva del tumor, adaptándose perfectamente a la colostomía.

Todos los pacientes tenían etiquetados sus padecimientos como lesiones "C" de Duckes en 6 pacientes y en el resto, como "B" de Duckes. El paciente que tenía el diagnóstico de Sarcoma, se envió al C.H.20 De Nov. para radiaciones, pero no volvió a presentarse en el servicio de oncología.

DEFUNCIONES.

En la serie revisada, encontramos que 13 pacientes fallecieron y el resto se perdió sin saber de ellos. Muerte post-operatoria fueron 6 pacientes, con diferentes diagnósticos, así como fallecimientos de pacientes que reingresaron dados de alta de 1 mes a 6 meses.

También se tomó en cuenta 1 paciente que regresó después de 1.5 a-- el cual recibió sus dosis de quimioterapia incompletas, con el diag-- nostico de adenocarcinoma bien diferenciado "B" de Duckes, y falle-- ce en el hospital, con problemas de sepsis y carcinomatosis. Se le había practicado intervención de Killes, con colostomía permanente. Se mencionan a continuación 1 s diagnósticos encontrados en éstos fallecimientos.

Infarto del Miocardio, en 3 pacientes, con (10.71%); con broncone-- monia, 1 paciente (3.57%); con bronconeumonía más coma diabético, -- igual número de pacientes y porcentaje que el anterior; así mismo, encontramos 1 paciente con I.R.A. más S.T.D.A., y otro caso con -- insuficiencia hepática con I.R.A. (síndrome hepatorenal), y 1 ca-- so más con D.E.E., con (3.57%) cada uno de ellos. En 2 pacientes, -- se les diagnosticó carcinomatosis generalizada, con (7.14%) y 3 pa-- cientes con Shock Hipovolémico, concomitante con sepsis generaliza-- da, con (10.71%). Tabla No. 14.

CASOS FALLECIDOS.

Se encontraron que 12 pacientes con el diagnóstico de carcinoma de colon de grado diverso, no regresaron a control, variando éste, -- desde el momento de su alta hospitalaria, hasta año y medio des--- pues. únicamente 3 pacientes continuaron control oncológico; 1 pa-- ciente falleció después de 8 meses de complicaciones inherentes a la lesión tumoral y 2 pacientes se encuentran en control.

SOBREVIDA.

La sobrevida de los pacientes que fueron intervenidos por carcinoma colorectal, es variable en nuestra serie; se encontró que 12 pacientes perdidos, sin saber su evolución post-operatoria y superviven-
cia. En los pacientes que se controlaron, la evolución es la si si siguiente; 1 paciente con el diagnóstico de adenocarcinoma "C" de Du-
ckes, a la cual se le practicó operación de Miles, con solostomía
permanente, sobrevivió 3.5 años, sin saberse más posteriormente --
del paciente. Otra paciente, la cual tenía el diagnóstico de ade-
carcinoma de ángulo hepático de colon, con infiltración en la muco-
únicamente, practicándosele resección y anastomosis T-T, recibien-
quimioterapia durante 10 meses y se le practicó 1 segunda reinter-
vención sin evidencia de tumor.

Otra paciente, la cual se le practicó operación de Miles, por ade-
nocarcinoma de recto, tipo "B" de Duckes, recibió quimioterapia du-
rante 12 meses, y está actualmente bajo control, pero sin eviden-
cia de recidiva del tumor, adaptándose bien a la colostomía.

Tabla no. 14.

RESUMEN.

De los casos examinados, encontramos que de acuerdo al sexo, 15 pacientes fueron del sexo masculino y 13 pacientes del sexo femenino haciendo un porcentaje de (53.57 y 46.42%) respectivamente, con incidencia de 1:1 .

Relative a la edad, promedio fué de 40-70 años.

En cuanto a los antecedentes, encontramos que sólo 1 paciente tenía antecedente de un familiar de un carcinoma de esófago, y diabéticos en 5 pacientes.

Dentro de los antecedentes personales patológicos, fué en donde se encontró variedad de padecimientos agregados, siendo los principales: 2 casos de apendicitis aguda, con (7.14%); 5 pacientes con procesos hemorroidales, con (17.85%); dos casos etiquetados como colitis crónica, (7.14%) y un caso de C.A.C.U. concomitante, con (3.57%).

Se mencionan numerosos pacientes los cuales presentaron alteraciones intestinales, sin mencionarse dentro de algún cuadro clínico, siendo el (85%) de los pacientes revisados, no pudiendo más que obtener un promedio del tiempo de evolución aproximado de 8 meses, de los casos más verídicos.

Resumiendo los datos de pérdida de peso, se presentó en un total de 16 pacientes, con un (42.85%), con frecuencia más acentuada, en los cánceres localizados en el colon derecho.

La astenia, adinamia y anorexia, se relaciona más preferentemente con la aparición o nó de la hemorragia rectal, ya sea en franca -- rectorragia, ó con estrias sanguinolentas, siendo más marcada en en carcinomas de localización baja, ya sea en el sigmoides, rectosigmoides y en el recto, siendo de menos consideración en el colon -- descendente.

La masa palpable en abdomen, se encontró en 7 pacientes, con un -- (25%), dependiendo de su localización.

El signo que más se encontró en los pacientes afectados por carcinoma colorectal, fué el de sangrado de recto, ya que se presentó -- en 17 pacientes, siendo en forma de estrias y de franca hemorragia rectal, con un (65.7%).

La anemia se relaciona con éste signo, o sea el sangrado rectal, -- variando de acuerdo a la intensidad y cronicidad del sangrado.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

Tacto Rectal. Se considera como el primer método de diagnóstico de importancia, ya que un 60-70% de las neoplasias de colon y recto, - se asientan dentro de ésta área, la cual puede ser explorada digitalmente, dado ésto, se observa la validez de éste método de exploración. Se practicó en la serie revisada, un total de 24 ocasiones con un (85.72%), siendo positivo en 10 pacientes con (35.72%) y negativo en 14 pacientes, con (50%) y no practicándose en 4, con -- (14.29%).

El colon por enema, se practicó en un total de 16 pacientes, éste estudio resultó positivo en 15 y negativo en 1, haciendo un (53.58 y 3.57%) respectivamente, en la serie revisada.

Rectosigmoidoscopia. Se practicó en 19 pacientes, con resultados positivos en 15 con (53.57%) y negativos en 4 (14.29%).

Biopsia. Se tomaron 23 biopsias, de las cuales resultaron positivas (60.72%), o sea en 17 pacientes y negativas en 6 pacientes con (21.42%).

La colonoscopia se realizó en 4 pacientes, siendo positiva en 1 y negativa en 3, con (3.57 y 10.72%) respectivamente.

La citología exfoliativa, se practicó en 1 paciente, siendo positiva con (3.57%).

Cuando se practicaron estudios complementarios, como por ejemplo, - S.E.G.D. uretroscopia y esofago duodenoscopia, fué que el paciente presentó sintomatología de dichos aparatos. En los casos en que se intervino de urgencia, se le tomaron únicamente placas simples-

de abdomen y laboratorio de rutina. (B.HI, Q.S. y G-O).

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

De los 28 pacientes intervenidos, a 11 pacientes se les practicó - hemicolectomía con anastomosis T-T.; 7 operaciones de Hartman; 1 - transversoestomía; 1 cecostomía; 6 operaciones de Milles; 1 polipectomía, más resección intestinal y anastomosis T-T.; 1 polipectomía simple.

ORGANOS AFECTADOS.

Del estudio, el órgano más afectado, resultó ser el recto, con 11-pacientes, siguiendo en orden decreciente, rectosigmoides, con 4 - pacientes; con porcentaje de (14.29%), continuando con sigmoides, - con 3 casos (10.72%), el colon transverso, con 3 pacientes e igual porcentaje que el anterior; con ciego, también igual; colon descen-dente con 2 pacientes y descendente igual, con (7.41) respectiva-mente.

En 11 pacientes se hizo el diagnóstico de carcinoma de recto, con- (39.29%); en 2 pacientes se hizo el diagnóstico de C.A. de sigmoides y a 1 paciente con carcinoma de descendente, con (7.41 y 3.57%) respectivamente, con el mismo porcentaje y número de pacientes, se diagnosticó carcinoma de transverso.

En colon descendente se encontraron 4 casos, con(14.28%); en 2 pa-cientes con diagnóstico de apendicitis aguda con (7.41%) y a 1 pa--ciente con diagnóstico de cuadro su-oclusivo con(3.57%) y otro -- con diagnóstico de S.T.D.A.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO.

Se etiquetaron como sigue: 9 casos de adenocarcinoma bien diferenciado clase "C" de Duckes, con un (32.14%).

Clase "B" de Duckes, bien diferenciado, 8 casos, (28.58%)

1 caso reportado como sarcoma. (3.57%) 1 pólipo adenomatoso, 1 caso de papilar, 1 mucinoso, 1 primario de vesícula y en 6 casos no se encontró el resultado del estudio histopatológico.

Las metástasis variaron desde generales, que fueron en 5 pacientes (17.86%). 1 caso en el cual se reportó In Situ (3.57%). 1 caso a cadena ganglionar mesentérica, 1 caso a tejido pericólico, 1 caso a pulmón y a hígado, 1 caso a tejido adiposo y a ureteres; 1 caso a peritoneo y a mesenterio, cada cual de los anteriores, con un porcentaje de (3.57%). En tot 1, las metástasis se encontraron en 12 pacientes.

QUIMIOTERAPIA.

De los 11 pacientes, a los cuales se les dió tratamiento quimioterápico como complemento de su tratamiento, fueron tratados con 5 - fluoracilo, variando el tiempo y dosis. El tiempo varió desde 1 mes hasta 12 meses. La dosis fué a razón de 1 gr. diario por 4 días en el primer mes, y 1 gr. por semana posteriormente. A todos estos -- pacientes, tenían el diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado, tanto B como C de la clasificación de Duckes.

A 1 paciente, el cual tenía el diagnóstico de sarcoma, se le envió al C.H. 20 de Nov. para radiaciones y quimioterapia, pero se per--

dió el paciente.

Actualmente, se encuentran dos pacientes en control, ya que el tercer paciente que se encontraba en control, falleció a los 8 meses de complicaciones inherentes a la lesión tumoral.

De los dos pacientes en control, a 1 paciente se le practicó un intervencion para descartar recidiva del tumor, obteniendo resultado negativo a tumor. Otro paciente se encuentra, aparentemente sin evidencia de tumor, adaptada a la colostomía, llevando 12 meses de quimioterapia.

DEFUNCIONES.

Fueron variados los diagnósticos encontrados en los certificados de defunción; 3 infartos del miocardio(10.71%); bronconeumonía igual porcentaje y pacientes; 1 paciente con bronconeumonía, más coma diabético; 1 caso de I.R.A. más S.T.D.A., uno más con síndrome hepato renal; , otro caso de D.H.E. con(3.57%) cada uno de ellos. Carcinomatosis generalizada(7.14) y 3 pacientes con Shock hipovolémico con comitante con sepsis generalizada. (10.71%)

CASOS PERDIDOS.

De los casos perdidos, se encontró que hubo perdidos desde el momento de darse de alta, hasta un año y medio después. De los cuales no se supo la evolución posterior, siendo en total 12 los pacientes extraviados.

OPERABILIDAD Y RESECCABILIDAD.

La palabra operabilidad, es una expresión comúnmente usada para -- indicar la posibilidad de extirpación de un tumor maligno.

La palabra reseccabilidad, ya sea en forma paliativa o curativa de un tumor, quiere decir que dicho tumor puede ser resecado en su totalidad, independientemente de que ese tumor haya dado o no metástasis a distancia o se encuentre localizado. En general, la idea de todo cirujano es de resecar todo aquel tumor, maligno en este caso, que esté provocando problemas ya sea de obstrucción, o independientemente de su clasificación histológica, pero variando el grado de invasión, sea posible extirpación completa de dicha tumoración con todos los órganos comprometidos, previa comprobación de nulas metástasis a distancia de dicho tumor, y así poder brindar al paciente una sobrevivencia de hasta 5 años.

Actualmente, existen dos tendencias de actuar frente a casos de -- carcinoma con metástasis a distancia. Unos cirujanos, con tendencia a resecar el tumor, aduciendo que tarde o temprano dicho tumor dará problemas obstructivos al paciente, brindando únicamente tratamiento paliativo al paciente y otros cirujanos, que sabiendo metastásico dicha neoplasia, dan tratamiento radioterápico y quimioterápico y sólo en caso necesario, intervenir quirúrgicamente al paciente para librarlo de una obstrucción ya establecida por el tumor.

RECIDIVAS DEL TUMOR.

La aparición de metástasis locales o a distancia en el 70-75% de las personas que se someterán a intervenciones curativas por cáncer colorectal, implica la presencia de micrometástasis tanto locales como a distancia en el momento de la primera intervención.

La recidiva local, se observa en un promedio de 40%, especialmente en las lesiones de rectosigmoides y recto.

En un intento de mejorar los resultados del tratamiento, actualmente se está llevando a cabo experimentos inmunológicos para tratar con ayuda de la radioterapia y la quimioterapia, y combinaciones de las mismas, tanto en período previo ó posterior a la cirugía.

El uso del antígeno carcinoembrionario con determinaciones seriadas, es una guía que pudiera servir como alarma en pacientes los cuales se encuentran en control post-operatorio y recibiendo su tratamiento coadyuvante de quimio-inmunoterapia ó radioterapia, y también en los pacientes con metástasis francas.

DISCUSION.

Podemos considerar al carcinoma de colon y recto, como una neoplasia que más atacan a los seres humanos, ya que en los EE.UU., se considera que únicamente el cáncer de piel en sus diversas formas, supera la presentación de casos carcinomatosos del colon y recto. (12)-(11).

En nuestro país, por desgracia, falta una estadística verdadera para conocer la incidencia de este padecimiento entre nuestros habitantes, ya que se considera a este padecimiento, en 2o. término entre las neoplasias que afectan al aparato digestivo. (5)-(11)-(1). En relación al sexo, encontramos que no hay diferencia alguna en ellos, ya que ataca por igual a hombres y mujeres, haciendo una incidencia de 1:1 en el estudio revisado y equiparable a series extranjeras. (9)-(2)-(4).

La edad de los pacientes afectados, varió entre los 30-80 años, con promedio de 40-70 años, no variando con lo reportado con otras series. (9)-(2)-(4).

Antecedentes heredo-familiares. Únicamente se toman en cuenta, los parientes cercanos que padecen trastornos genéticos, como poliposis familiar, síndrome de Peutz Jeguer y otros. En nuestra estadística, no se encontró datos de éstos síndromes, ya como se sabe, estos antecedentes cercanos, aumentan el riesgo de presentar la neoplasia hasta en un 50%. (6)-(9)-(12)-(2).

Antecedentes personales patológicos. Entre éste tipo de antecedente se mencionan como predisponentes, la colitis ulcerosa de más de 10 20 años de evolución, la poliposis juvenil, adenomas en colon, pólipos adenomatosos en el mismo, etc.

Se hace la aclaración de que en nuestra revisión, no se obtuvo absolutamente ningún dato de colitis ulcerosa en nuestros pacientes en contraste con artículos norteamericanos, en los cuales se hace especial énfasis a la colitis ulcerosa como una de las principales causas potencialmente malignas en intestino grueso.

(8)-(6)-(4)-(1).

Pérdida de Peso. Es un dato más o menos constante, ya que en series extranjeras, se mencionan variables, desde un 30-40%, dependiendo de la localización de la tumoración, ya que es sabido que los cánceres del lado derecho, dan más ésta signología.

En la serie mexicana se mencionan con un 20% de una serie de 242 - pacientes(5) pero relacionado con el cáncer de recto exclusivamente. En nuestra revisión se mencionan un total de 42.85%.

Astenia, adinamia y anorexia. Se mencionan como síntomas relacionados al grado de severidad del tumor y más supuestamente, al grado de anemia presente. Se menciona que se presenta aproximadamente en la mitad de los casos. (10)-(11).

La historia de masa palpable en abdomen, no se menciona en unas series, pero en otras se presenta aproximadamente en el 50% (10)-(11). En nuestra serie se encontró en 7 pacientes siendo un (25%).

En artículos norteamericanos se menciona un 22%. (10).

Sangrado Rectal. De presentación más frecuente en los cánceres de colon izquierdo y de recto, en forma de rectorragias o de estrías sanguinolentas visibles, y las más de las veces, en forma de sangre oculta en heces, detectable únicamente por la prueba del guaya co. En los cánceres de sigmoides, rectosigmoides y recto, es una regla, más que la excepción. En nuestra serie revisada, se encontró en un 60.72%; en la serie mexicana revisada, se reporta en un 70%. (9)-(12)-(10)-(11).

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

Tacto rectal. Está considerado como el primer método de diagnóstico en el carcinoma de recto y rectosigmoides, ya que es sabido --- que aprox. el 63% de las neoplasias colorectales, se asientan en éste sitio. En la serie mexicana revisada por el Dr. Ruiz Moreno --- reporta un 70% de positividad, referido únicamente a cáncer de recto(5). En nuestra revisión se encontró con positividad en 35.72%, y negativo en 50%. Esta disparidad en los resultados, es que en --- nuestra revisión se encontraron tumoraciones en todo el colon y --- recto, y la anterior es sólo en recto. (10)-(9).

Colon por enema. Generalmente, éste estudio se deja condicionado a los hallazgos de la rectosigmoidoscopia, y sirve como complemento. En ocasiones, éste estudio es el primero de otros, cuando se considera que la lesión es de localización alta. En artículos diferentes, se menciona un error diagnóstico de 6.9% (9). En nuestra revisión

sión se llevó a cabo en 16 pacientes, con positividad en un (53.58%) y negativo en (3.57%). En el resto de pacientes, no se practicó -- por haber obtenido el diagnóstico por biopsia, tomada por rectosigmoidoscopia.

Rectosigmoidoscopia. Por éste método se pueden diagnosticar aproximadamente el 70% de las neoplasias de intestino grueso. Practicándose en nuestra revisión en un total de 19 pacientes, con positividad de (53.57%) y negativo en (14.29%), no practicándose en los otros pacientes, por ser la lesión de localización alta.

En la serie mexicana se practicó en un 100%, habiendo resultado positivo en el 100%, referido únicamente a recto y rectosigmoides.

(5)-(9)-(10)-(11).

Colonoscopia. Es un estudio que se usa, cuando se sospecha que el padecimiento tumoral se encuentra alto, y no es posible visualizar por medio de la rectosigmoidoscopia. En nuestros pacientes revisados se practicó en 4, siendo positivo en 1 (3.57%) y negativo en 3 con (10.71%). (12)

Citología Exfoliativa. Esta técnica no es bien aceptada en el diagnóstico de cáncer de colon y recto, ya que el clínico y el cirujano disponen de otros métodos para llegar al diagnóstico de la lesión y con más veracidad. En nuestra serie revisada se practicó en 1 paciente, siendo positiva (3.57%).

En otras series se omite por completo éste estudio, y en algunos artículos se menciona que ofrece hasta un 85% de positividad.

(11)-(10)(9).

Biopsia. Se tomaron en total de 23 biopsias, haciendo un(83.14%), positividad de(60.72%) y negativas en (21.42%). No se practicó en 5, ya que su sintomatología era alta. La biopsia transoperatoria, es de un 90% de seguridad, bien tomada, y por rectosigmoidoscopia o colonoscopia, se reporta una positividad de 70%.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

De las intervenciones practicadas, se hicieron 11 hemicolectomías con anastomosis T-R. 7 intervenciones de Hartman; 1 transversostomía; 1 cecostomía; 6 intervenciones de Miles; 1 polipectomía más resección intestinal y anastomosis T-T. 1 polipectomía simple.

Las intervenciones practicadas, fueron de acuerdo al diagnóstico preoperatorio y en las intervenciones de urgencia, como en los casos de apendicitis aguda, se actuó como el caso lo requería.

El cáncer colorectal, puede tratarse quirúrgicamente en etapas iniciales en el 80% de los casos, en promedio, pero sólo el 40% de éstos, tendrán una sobrevivida de 5 años. La supervivencia guarda relación inversa con el grado del tumor.(10). Se reportan más sobrevivida cuando el tumor se encuentra en la mucosa únicamente, reportandose una supervivencia de 74-100%. Si el tumor a penetrado en la muscularis y penetra a la grasa precólica mesentérica, disminuye aún más la supervivencia, que cuando la lesión interesa únicamente la muscularis sin a travésala.(Etapa "B" de Duckes y B2 de Astler-Coller), siendo de 40-60% y de 64% respectivamente; si los ganglios linfáticos se encuentran tomados, ("C" de Duckes) es aún más baja-

la tasa de supervivencia, siendo ésta de (30%). (12)

La afectación de 1 ó más ganglios, también se ha mantenido en cuenta, ya que influye en la sobrevida, siendo en relación inversa según los ganglios tomados. (12).

Discutiendo la técnica operatoria, usada en el presente trabajo y en relación a otras series, encontramos que no hay diferencia alguna, a excepción del uso ó nó de la quimioterapia antes de la intervención quirúrgica. (12)

La quimioterapia como método de curación y tratamiento del adenocarcinoma de colon y recto, también ha tenido sus favorecedores y se reporta un estudio hecho a pacientes con clasificación de "B y C" de Duckes que han sido tratadas con dos periodos intensivos de 5 días con 5 FU intravenoso, inmediatamente después de la intervención, han tenido una mayoría importante en la supervivencia, que otros grupos tratados únicamente con la cirugía. A los 3 años, el 61.6% de 49 pacientes estaban vivos y sin datos de enfermedad, clasificados como "B" de Duckes. Se reportó una sobrevida de 57.5% a un grupo de 40 pacientes clasificados como "C" de Duckes, se instituyó el mismo tratamiento que al grupo anterior y a los 3 años-- no se observaron complicaciones(12).

En nuestro grupo, la quimioterapia dada a nuestros pacientes, sirvió como coadyuvante en el tratamiento únicamente en 4 pacientes, los cuales sobrevivieron de 1 mes después de la intervención, hasta 3.5 años.

También se recomienda el uso de la radioterapia preoperatoria para disminuir el índice de recidivas post-operatorias. (12)-(11)-(10). En nuestra serie, no se le dió tratamiento alguno de radioterapia a ningún paciente.

Desde 1973 se han mantenido en estudio, la combinación de tratamiento posterior a la intervención quirúrgica para el carcinoma de colon y recto, la combinación de la aplicación de la BCG y de 5FU., - método que aparentemente ha dado resultados en cuanto a la disminución de las recidivas post-operatorias y por consiguiente, aumentar el índice de supervivencia de éstos pacientes (clasificados tanto - "C como B" de Duckes. (12)(9).

Estos estudios continúan experimentalmente y aún es poco tiempo para decir que son recomendables y con buenos resultados para el tratamiento de las micrometástasis tanto locales como a distancia del tumor. Sobre éstas bases, se recomienda que el tratamiento coadyuvante se haga sólo en el contexto exacto de circunstancias que aseguren la inocuidad para el paciente y la calidad de los datos científicos. (12).

ORGANOS AFECTADOS.

En relación a órganos afectados, los datos encontrados no difieren con los datos de otras series publicadas (10)-(11). En lo que se está de acuerdo en que el recto es el órgano más afectado por el cáncer colorectal.

SOBREVIDA.

En relación a ésta, podemos decir que nuestra supervivencia es baja, comparándola con series extranjeras, pero podemos decir, que nuestros pacientes, cuando acuden al Médico Especialista, es por vienen en mal estado general, aunado a la mala alimentación de nuestro pueblo; y que cuando a un paciente se le dice que es portador de un cáncer del colon, dicho paciente no es capaz de soportar dichas palabras y menos si el paciente tiene que soportar toda la vida una colostomía, lo que equivale a una mala educación médica de la población. Nuestro porcentaje fué de 10.7% hasta 3.5 años. Dos pacientes continúan en control, 1 paciente sin recidiva ya comprobada de la lesión (clasificada como B de Duckes en ángulo hepático) y con anastomosis T-T. La otra paciente se adaptó perfectamente a la colostomía (maestra de primaria) ya que se le practicó una operación de Milles. (clasificada como C de Duckes en recto).

La mortalidad post-operatoria es también alta, ya que 8 pacientes fallecieron en el post-operatorio inmediato y 5 más en el lapso comprendido de 1 mes a año y medio.

CONCLUSIONES.

- 1.- La incidencia del carcinoma de colon y recto, dentro de la Institución, y en especial en el hospital general, "Lic. Adolfo Lopez Mateos", es baja. (tabla No. 1).
- 2.- No fué posible examinar todos los expedientes de los pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas por carcinoma colorectal, por faltar en el archivo clínico del hospital.
- 3.- En cuanto a resultados obtenidos, observamos que no se encuentra diferencia significativa con otras series, en cuanto a sexo, edad, -- cuadro clínico, únicamente en los antecedentes M.F, no se encontró antecedentes de síndromes que generalmente se asocian a ésta neoplasia. En cuanto a enfermedades concomitantes, sí encontramos que los pacientes afectados de carcinoma tuvieron otras enfermedades, que en muchos casos, fué motivo para que se pudiera confundir los inicios de dicha enfermedad(cáncer), con otros menos importantes en su etiología, pero más floridos en su sintomatología.
hay que hacer recalcar, que en nuestros pacientes, no hubo caso alguno relacionado con colitis ulcerosa, y que en los E.E.U.U. se menciona tan frecuentemente asociada ésta enfermedad a cáncer colorectal.
- 4.- En relación a órganos afectados, la diferencia no es significativa y se encuentra aproximadamente con los mismos porcentajes mencionados en series extranjeras, con recto en 1er. término.
- 5.- En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, éstas están indicadas -

por el diagnóstico preoperatorio, y el criterio quirúrgico no difiere del mencionado en artículos y textos extranjeros.

6.- La mortalidad fué alta, (28.57%), pero tomemos en cuenta que los pacientes, cuando acuden por primera vez al Consultorio del Especialista, y se detecta la sospecha diagnóstica de carcinoma colorectal generalmente se hace cuando dicha enfermedad ya se encuentra en un período avanzado, como lo demuestran los diagnósticos post-operatorios. Tenemos, además, que la mayoría de los pacientes, se presentan con un estado general ya deteriorado, tanto por la acción tumoral y la falta de una alimentación adecuada, y con tendencia a presentar toda clase de complicaciones post operatorias inmediatas y mediatas a pesar de los intentos de llevar al paciente al quirófano, en las mejores condiciones generales posibles.

7.- Observamos que continúa siendo la falta de educación médica, la principal causa de que los pacientes afectados de ésta enfermedad, acudan a los especialistas cuando el proceso se halla avanzado, y tomando en cuenta también que en ocasiones, el paciente acude al Médico por presentar alteraciones intestinales y el médico, sin ahondar mucho en el padecimiento, lo etiqueta como una simple colitis, sin dar de mayor importancia a éste hecho.

- Podemos concluir, que para una detección más temprana del carcinoma colorectal, primeramente se debe pensar en ello. Adiestrar al Médico General, para qué, en pacientes que ameriten, por la sintomatología mencionada, se practiquen los estudios que más a mano tenga el

Médico en su consultorio, y siendo el primero, el tacto rectal, ya que éste método exploratorio puede dar bastante buenos resultados. Existen otros métodos sencillos como la rectosigmoidoscopia, la -- cual puede practicarse en el consultorio y la búsqueda de sangre o culta en heces, con la prueba del guayaco. Utilizando éstos métodos sencillos, es fácil detectar aproximadamente el 70% de las neoplasias colorectales, ya que un 63% de lesiones tumorales del intestino grueso, se asientan en la zona de rectosigmoidees y recto.

9.- Insistir en la educación médica continua, ya que ésta es un factor importante para que la población cuando perciba los primeros síntomas intestinales, acuda al médico para que se le practique los exámenes convenientes para descartar la posibilidad de una neoplasia colorectal, ya que esto, influye en el pronóstico, y a sabiendas - de que el cáncer colorectal es uno de los tumores malignos de crecimiento lento y de mejor pronóstico cuando se descubre prematuramente.

10.- Tratar de mejorar, en cuanto al control de pacientes post-operados de carcinoma colorectal, en conjunto con el servicio de trabajo social, que no se pierdan tantos pacientes, para saber su evolución post-operatoria y así evaluar el tratamiento impartido y tratar de mejorar éste en caso necesario.

11.- Insistir en el mejoramiento del servicio de archivo, para que no se pierdan tantos expedientes y tenerlos a la mano para cuando sean - solicitados .

12.- En cuanto al personal médico, insistir en la transcripción completa de la hoja de operaciones, tanto en el expediente, como en el libro adecuado en los datos completos, para cuando se microfilmen éstos sea transcrita correctamente y puedan ser utilizados posteriormente.

CUADRO 1

Carcinoma de Estómago.	1 %
Carcinoma de Colon y Recto.	0.29%
Carcinoma de vesícula.	0.26%
Carcinoma de esófago.	0.17%
Carcinoma de páncreas.	0.13%
Carcinoma Primario de Hígado.	0.06%
Carcinoma de Duodeno.	0.02%
Carcinoma de int. Delgado.	0.009%

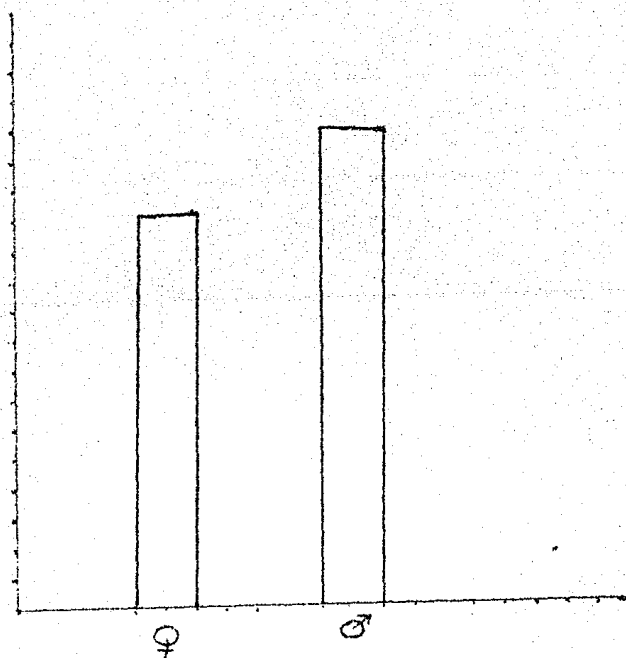
Relacion porcentual del carcinoma de colon y recto con otros carcinomas del Ap. Digestivo en 32,465 enfermos atendidos en el Hospital-De Enferm. de la Nutrición, durante 10 años.

Carcinoma de estómago.	0.64%
Carcinoma de colon y recto.	0.16%
Carcinoma de vesícula.	0.14%
Carcinoma de Esófago.	0.07%
Carcinoma de Páncreas.	0.08%
Carcinoma Primario de Hígado.	0.006%
Carcinoma de Duodeno.	0.00%
Carcinoma de Int. Delgado.	0.006

Relación porcentual del carcinoma de colon y recto con otros carcinomas del Ap. Digestivo en 33,075 enfermos atendidos en el Hospital-General "Lic. Adolfo Lopez M. (ISSSTE). durante 8 años.

CUADRO No. 2.

Gráfica de Sexo;



CUADRO No. 3

EDAD.	CASOS.	PORCIENTO.
30-40	1	3.57
41-50	7	25.00
51-60	4	14.28
61-70	10	35.72
71-80	<u>6</u>	<u>21.43</u>
total:	28	100.00

CUADRO No. 4

ANTECEDENTES RENOVACIONALES (REOPERACIONES Y OTROS).

C.A. DE ENFERMO.	1	3.57%
DI. ESTIGOS.	3	10.71%

0000000

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES FISICALES PATOLOGICOS:

Enfermedades.	Casos.	% .
Colitis Crónica;	2	7.14
Diabéticos:	3	10.71
Hemorroides:	5	17.85
Litiasis Ves.:	3	10.71
Apendicitis ag.:	2	7.14
G.A.C.u.	1	3.57
Cirrosis hep.:	2	7.14
Hipertension art.:	<u>1</u>	<u>3.57</u>
Total:	19	67.76

CUADRO No. 6

CUADRO CLINICO.

SINTOMAS.	CASOS.	%
Tiempo de Evol.	28	8 (meses).
Alteraciones Intest.	24	85.71%
Astenia, Adinamia y Anorex.	12	42.85%
Pérdida de Peso.	16	57.14%
Masa Palpable.	7	25.00%
Sangrado Rectal.	17	60.72%
Anemia.	8	28.57%

CUADRO No. 7.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

Método.	Positivos.	%	Negativo.	n.S.P.	%	
Tacto Rectal.	10	35.71%	14	50%	4	14.28%
Colon por Enema.	16	57.14%	1	3.57%	11	39.28%
Rectosigmoidoscopia.	15	53.57%	4	14.28%	9	32.14%
Biopsia.	17	60.71%	6	21.43%	5	17.85%
Colonoscopia.	1	3.57%	3	10.71%	24	85.71%
Citología exfoliativa.	1	3.57%			27	96.42%

CUADRO No. 8.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO.

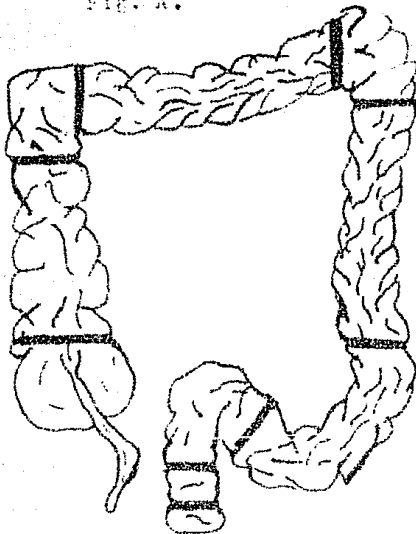
	CASOS	%
C.M. De Recto.	11	39.28%
C.D. Rectosigmoides.	2	7.14%
C.A. Sigmoides.	2	7.14%
C.A. Colon Descendente.	1	3.57%
C.A. Transverso.	1	3.57%
C.A. Ascendente.	4	14.28%
Ciego, vs. Ameboma.	2	7.14%
S.F.D.A.	1	3.57%
Apendicitis Aguda.	2	7.14%
Cuadro Oclusivo.	1	3.57%
Total.	28	100.00%

CUADRO No. 9

INTERVENCION REALIZADA.

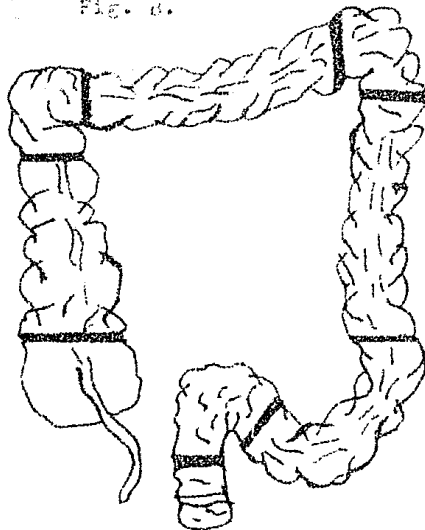
Hemicolectomía, Anast. T-T.	11	39.28%
Operación de Hartman.	7	25.00%
Operación de Milles.	6	21.42%
Transversostomía.	1	3.57%
Cecostomía.	1	3.57%
Polipectomía.	1	3.58%
Polipectomía más Resec. In. y Anast. T-T.	<u>1</u>	<u>3.58%</u>
	28	100.00%

Fig. A.



Ciego.	4.1%
Colon Ascendente.	3.7%
Angulo Hepático.	2.3%
Colon Transverso.	4.1%
Colon Descendente.	5.4%
Sigmoides.	17.1%
Rectosigmoides.	10.1%
Recto.	46.2%
Ano-recto.	3.7%
Angulo Esplénico.	2.8%

Fig. B.



Ciego.	10.71%
Colon Ascendente.	7.41%
Angulo Hepático.	- - -
Colon Transverso.	10.71%
Angulo Esplénico.	- -
Colon Descendente.	7.41%
Sigmoides.	10.71%
Rectosigmoides.	14.29%
Recto.	39.29%
Anorecto.	- -

Fig. A.- Localización del cáncer en diferentes segmentos del colon, en una serie de 617 pacientes. The Jackman, R.J. y Naughton, J. "Carcinoma of the large intestine" JAMA 134;1287-89 -- 1974.

Fig. B.- Localización del cáncer en diferentes segmentos del colon, estudio de 28 pacientes. Hospital Lic. Alfredo López Mateos 1978.

CUADRO No. 11

DIAGNOSTICO POST-MORTEM.

Adenocarcinoma bien diferenciado. "C" Duckes	9	32.14
" " " "B" "	8	28.58
Sarcoma.	1	3.57
Pólipo Adenomatoso.	1	3.57
Papilar.	1	3.57
Mucinoso.	1	3.57
Primario de Vesícula.	1	3.57
No se encontró estudio histopatológico.	<u>6</u>	<u>21.43</u>
Total:	28	100.00

CUADRO No. 12

METASTASIS.

IN SITU.	1	3.57%
Generalizadas.	5	17.86%
Cadena Gang. Mesenterica,	1	3.57%
Tejido periclólico.	1	3.57%
Fulmon, higado.	1	3.57%
Tejido adiposo.	1	3.57%
Ureteros.	1	3.57%
Peritoneo y mesent rio.	<u>1</u>	3.57%
	12	

CUADRO No. 13

QUIMIOTERAPIA.

Grado "C" de Duckes.	6	5FU.
Grado "B" de Duckes.	4	5FU.
Sarcoma.	1	5FU. más Rd.

CUADRO No. 14

DIAGNOSTICO DE DEFUNCION.

	Pacientes.	%
Infarto de Miocardio.	3	10.71%
Bronconeumonia.	1	3.57%
Bronconeum. más Diabetes.	1	3.57%
I.R.A. más Insuf. Hepática.	1	3.57%
I.R.A. más S.T.D.A.	1	3.57%
Carcinomatosis Generalizada.	2	7.14%
Shock Hipovolémico, más S.T.D.A.		
más sepsis.	3	10.71%
Desequilibrio M.E.	1	3.57%
Casos Perdidos.	12	42.87%
Casos en Control.	<u>3</u>	<u>10.72%</u>
	28	100.00%

CUADRO No. 15.

SORREVIDA.

0-15 Meses.	2	7.14%
16-36 Meses.	-	- - -
36-48 Meses.	1	3.57%

- Dos pacientes se encuentran actualmente en control.
1 paciente, ya libre de tumor (previa revisión por laparotomía).

1 paciente, se encuentra a base de quimioterapia.

"- Se reportó una paciente que sobrevivió 3.5 años, habiendo recibido quimioterapia continuamente por 2 años, habiéndose perdido posteriormente, hasta que regresó y murió en el Hospital, por problemas de sepsis y/e inherentes a la lesión tumoral. (Operación de Miles.)

Bibliografía.

- 1.- The evolution of cancer of the colon and rectum.
T. Muto, H.J. K. Bussey, and B.C. Morson.
From the Pathology Dep. of St. Mark's Hospital. London, England.
- 2.- Epidemiology of cancer of the colon and rectum.
Presented at the National Conference on Cancer of the colon and rectum. San Diego, Calif. January 7-9, 1971.
- 3.- Leiomyosarcoma of the colon. Raphael L. W. M.D. John B. Steward, M.D. and et. al. From Dep. of Pathology, Royal Army Medical College, Dep. of Surgery. Queen Alexandra Military Hospital, London, England.
- 4.- Cancer of the colon and rectum, and adenomatous polyps.
A review of epidemiologic finding. Presented at the National Conference on Cancer of the colon and rectum, San Diego, Calif. January 7-9 1971.
- 5.- Cancer of the colon and rectum; Rectal cancer in Mexico.
Fidel Ruiz Moreno. M.D. Dis. Colon and rectum. Jan-Feb. 1976.
- 6.- Familial factors in adenocarcinoma of the colon.
James V. Neel, M.D. Received for January 27-1971.
- 7.- Systemic Syndromes associated with neoplastic of the colon.
Presented at the national conference on cancer of the colon and rectum San, Diego, Calif. Jan.-feb. 1971.
- 8.- Principal multiples cancers of the colon.
L. Barna, M.D. et. al. Semmelweis Medical University I. Surgical Clinic Budapest, Hungary. 1976
- 9.- Clinical Trends and Topics. Screening for Colon cancer. Sidney J. Winaver, M.D. Paul Snellrock M.D. Gastroenterology service, Dep. of Medicine Dep. Epidemiology Memorial Sloan Kettering cancer Center New York N.Y. 1975.
- 10.- Tumores de Intestino Grueso.
R.J. Jackman, M.D. and O.H. Beahrs. Clinic Mayo. Universidad de Minnesota.
- 11.- Quimioterapia y quimioinmunoterapia del cáncer colorectal.
Dr. Manuel Valdivieso. Dr. Giora M. Navlign
Jefe del servicio de inmunoterapia. Dep. de Terapeutica del Desarrollo, Hosp. Oncológico M.D. Anderson, Houston, Texas. 1978.

Cáncer colorectal. normas y estándares de organizaciones sanitarias y oficiales. Dr. Harold E. Bowman. Director, Dep. de Patología, Hospital Ferguson-Droste-Ferguson, Grand Rapids, Michigan. 1978.

12.- Cáncer de colon y recto.

Dr. Roberto Hernandez de la Portilla. Jefe del Dep. Consulta Externa. I.N.N. 1972. Diagnóstico del cáncer de colon y recto.

Dr. Gerardo de Esesarte, Jefe de Proctología, I.N.N. 1972.