

11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.

" TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER COLORECTAL "

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL:

DR. LORENZO PIMENTEL UGARTE

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD

EN CIRUGIA GENERAL.

MEXICO D.F. 31 DE OCTUBRE DE 1991.

REGISTRO
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
* NOV. 7 1991
COORDINACION DE
CAPACITACION Y DESARROLLO
DE INVESTIGACION

DR. JAVIER DAVILA TORRES
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION.

DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. AMADO GOMEZ ANGELES
COORDINADOR DE CIRUGIA



Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación

FALLA DE ORIGEN



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.

" TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER COLORECTAL "

AUTOR. DR LORENZO PIMENTEL UGARTE.

DOMICILIO. CALLE CHIAPAS No. 25 DEPARTAMENTO 4,
COLONIA ROMA. MEX., D.F.


ASESOR. DR MARTIN CAMACHO DOMINGUEZ.


VOCAL TITULAR DE INVESTIGACION EN CIRUGIA GENERAL.
DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ.


JEFE DE INVESTIGACION. DR ENRIQUE ELGUERO PINEDA.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS.

RESUMEN

En este estudio se llevo a cabo una revisión bibliográfica de los conceptos actuales del cáncer colorectal y también se revisaron las mejores técnicas quirúrgicas efectuadas para este padecimiento y se hizo un estudio retrospectivo de los pacientes tratados durante los años de 1989 a 1991, todos ellos tratados y manejados por el servicio de cirugía general del Hospital Regional LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS. En donde encontramos una relación de frecuencia de 1 a 1.4 hombres y mujeres respectivamente, así como el intervalo de aparición de los síntomas y el diagnostico fue de más de un año en 50% (seis pacientes) y los restantes con una variación de dos días a ocho meses:

Palabras claves : Cáncer colorectal, técnicas quirúrgicas, clasificación de Dukes.

SUMMARY

In this study a bibliographic review about the actual concepts of the colorectal cancer, and about the best surgical technics known today for this ailment, was made.

A restrospective analysis was also made of the treated patients during the years 1989 to 1991, all of them treated and managed by the General Surgery Service of the Regional Hospital "Lic. Adolfo López Mateos".

There was found a frecuency relation of 1 to 1.4 in men and women respectively. The intervals of time between the appearance of the symptoms and the diagnostic, was of more than 1 year in the 50% (6 patients) and between 2 to 3 months in the rest of them.

Key words : colorectal cancer, surgical technics, Dukes clasification.

I N D I C E.

1.- R E S U M E N.

2.- I N T R O D U C C I O N.

3.- M A T E R I A L Y M E T O D O S.

4.- R E S U L T A D O S.

5.- D I S C U S I O N

6.- C U A D R O S Y G R A F I C A S.

7.- B I B L I O G R A F I A.

I N T R O D U C C I O N .

Hasta el momento no han cambiado los patrones epidemiológicos como para justificar que se describan separadamente el cáncer de colon y de recto por lo que consideraremos como cáncer colorectal y considerando que se ha hecho patente que la frecuencia del cáncer colorectal está cambiando de predominancia en el recto hacia una localización en el colon.

El cáncer colorectal es altamente curable cuando se detecta en su desarrollo temprano y generalmente su tratamiento básico es quirúrgico, siendo importante y necesario conocer su forma de diagnóstico, manejo y tratamiento.

FACTORES ETIOLOGICOS.

Al igual que para la mayor parte de los tumores malignos se desconoce la etiología precisa del cáncer colorectal, sin embargo, la tendencia actual hace pensar que los factores ambientales no genéticos, así como los dietológicos (en donde las dietas son bajas en fibras y tienen alta variedad de carbohidratos no digeribles) dan resultado de heces compactas y de poco volumen, que condiciona un tránsito intestinal lento y que a su vez permite un tiempo mayor para la formación de carcinógenos, permaneciendo en contacto mayor tiempo con la pared intestinal, siendo que a su vez las heces compactadas concentran mayor cantidad de los mismos.

Las dietas altas en grasas no saturadas, implican al metabolismo de las grasas a nivel del lumen intestinal se asocia con esteroides neutros, ácidos y sus metabolitos, los cuales tienen similitud estructural con carcinógenos conocidos, reportándose un estudio del 82% de pacientes con cáncer colorectal con el hallazgo de altas concentraciones de ácidos biliares en las heces.

La flora bacteriana del intestino principalmente los anaerobios son capaces de conjugar las sales biliares y gracias a la gran cantidad de enzimas es factible que algunos microorganismos puedan

metabolizar la grasa o los ácidos biliares a carcinógenos, siendo lo citado la sospecha más importante de causa del cáncer colorectal postulándose también bases genéticas, así el cáncer colorectal se ha asociado a la poliposis familiar, los adenomas vellosos, las poliposis congénitas múltiples del colon, en la colitis ulcerativa y el síndrome de Garner, se consideran todas las entidades como lesiones precancerosas citando como ejemplo la poliposis familiar que es atribuida a un gen Mendeliano dominante y se caracteriza por el desarrollo de múltiples adenomas dentro del colon y del recto que se malignizan en un 95%, así como, los pólipos adenomatosos de más de 1 cm de diámetro, son conocidos por desarrollar malignidad.

ANATOMIA PATOLOGICA Y CLASIFICACION DE DUKES.

La lesión maligna común del colon y recto es el adenocarcinoma, el tumor procede del epitelio glandular, puede invadir microscópicamente vasos sanguíneos y metastatizar órganos a distancia, más comúnmente al hígado. Puede diseminarse por vía linfática a nódulos linfáticos regionales y fácilmente pasar a la circulación sistémica, puede diseminarse localmente dentro de órganos adyacentes.

Histológicamente el cáncer puede aparecer como bien diferenciado, moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado.

El tumor puede producir mucina y empujar el núcleo hacia un lado de la célula creando una apariencia de anillo de sello.

Macroscópicamente el tumor puede ponerse de manifiesto de muchas maneras, generalmente los tumores más pobremente diferenciados son más invasivos cuando se hace el diagnóstico y el tumor más invasivo empobrece el pronóstico.

Los tumores del colon y recto son relativamente de lento crecimiento. Los síntomas usualmente aparecen tempranamente en el desarrollo de la enfermedad y las metástasis ocurren relativamente

tarde. El crecimiento del tumor y la diseminación son objeto de considerable variación, ligado en parte el grado histológico (basado en el orden celular y de diferenciación), acción ameboide aumentada en algunas células cancerosas, ligado a enzimas como hialuronidasa, adhesividad disminuida de las células tumorales, tamaño de la lesión en el sitio primario y la cantidad de tiempo que la lesión ha estado presente. Variables adicionales incluyen la localización del tumor, factores indeterminados del huésped, manipulación durante la cirugía, la edad y el sexo del paciente.

La primera oportunidad para medir el crecimiento del cáncer en su sitio de origen fue reportado en 1961 por Spratt y Ackerman. En este estudio se realizaron 9 enemas con aire de contraste alrededor de un período de 7.5 años, las medidas radiográficas del tumor fueron tomadas y por una apropiada representación sobre una gráfica de crecimiento fue hecha para confirmar un crecimiento exponencial en volumen, el tumor fue calculado al doble en un tiempo de 636.5 días.

La importancia de invasión tumoral en las implicaciones pronosticas fueron postuladas por Dukes en el año de 1930 y subsecuentemente revisadas por el mismo en 1932. Esta vino a ser conocida como la clasificación de Dukes y esta originalmente fue dirigida al cáncer de recto.

CLASIFICACION DE DUKES PARA CANCER RECTAL (1932)	
ESTADIO	CLASIFICACION.
A	Carcinoma limitado a la pared del recto.
B	Carcinoma diseminado por continuidad directa al tejido extrarectal sin metástasis a nódulos linfáticos.
C	Metástasis presentes a nódulos linfáticos regionales.

Realizó numerosas y meticolosas disecciones para identificar metástasis a nódulos linfáticos. Dukes modificó más ampliamente su clasificación en 1944.

ESTADIO	CLASIFICACION (1944)
A	Carcinoma confinado a la pared del recto.
B	Carcinoma diseminado por continuidad directa al tejido perirectal; sin metástasis a ganglios linfáticos.
C1	Metástasis presentes en nódulos pero no en la ligadura.
C2	Metástasis presentes en nódulos a nivel de la ligadura.

Otros han incluido sus propias clasificaciones, expandiendo y subdividiendo la clasificación de Dukes, hasta incluir el cáncer del colon y metástasis diseminadas. La adición de la categoría " D " ha sido favorablemente bien aceptada como representante del tumor más allá del potencial de curabilidad quirúrgica.

CLASIFICACION CLINICOPATOLOGICA DEL CANCER COLORECTAL.

ESTADIO	CLASIFICACION
A	Carcinoma confinado a la pared intestinal.
B	Carcinoma diseminado por continuidad directa al tejido perirectal o pericolónico sin metástasis a nódulos linfáticos.
C	Metástasis presentes en nódulos linfáticos regionales.
D	Implantes en epiplón; siembra peritoneal, metástasis más allá de los confines de la resección quirúrgica.

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DEL CANCER COLORECTAL.

OBSTRUCCION. De acuerdo a la mayoría de los autores, 9 de cada 10 obstrucciones colónicas son causadas por cáncer del colon y la obstrucción de la porción izquierda del colon es 9 veces más frecuente que la de la mitad derecha. Del 8 al 23% de los pacientes hospitalizados por primera vez con cáncer colorectal son portadores de obstrucción completa.

Diagnóstico. El inicio de la obstrucción es insidiosa y la enfermedad usualmente está avanzada cuando los pacientes son vistos por primera vez, la sintomatología depende en gran parte del grado de funcionamiento de la válvula ileocecal, si la válvula se encuentra incompetente se presenta distensión abdominal, vómitos y dolor.

En presencia de obstrucción de asa cerrada y válvula ileocecal competente, la distensión abdominal es más pronunciada y el vómito es menos frecuente. Generalmente no se presentan alteraciones electrolíticas importantes.

La placa simple de abdomen usualmente es de valor, frecuentemente se puede investigar el sitio de la obstrucción, la presencia de obstrucción parcial o completa y se puede identificar el estado de competencia de la válvula ileocecal. La identificación del sitio de la obstrucción se puede dificultar cuando existe distensión simultánea del intestino delgado y del intestino grueso.

La sigmoidoscopia temprana y el enema de bario son también de gran valor.

Ocasionalmente las radiografías demuestran obstrucciones aisladas del intestino delgado. Este hallazgo es debido a carcinomas de la región de la válvula ileocecal o de la porción proximal del colon derecho, aunque algunos casos de cáncer del

signoides perforado y con adherencias pueden causar imágenes similares.

El origen colónico de las obstrucciones aisladas del intestino delgado deben ser sospechadas en pacientes ancianos que no tienen cirugías abdominales previas o en individuos con historia de dolor abdominal bajo con cambios en los hábitos intestinales o con melena.

El enema de bario es una prueba diagnóstica crítica de esta condición.

El manejo de la obstrucción del intestino grueso puede variar de acuerdo a la necesidad del paciente con obstrucción del intestino delgado por adherencias y con posible estrangulación. Ejemplo, si existe un carcinoma que obstruye el ciego con reflujo libre dentro del intestino delgado, este debe ser descomprimido parcialmente antes de la resección definitiva, mientras se prepara el colon.

PERFORACION CECAL. La obstrucción aguda en asa cerrada de colon en presencia de una válvula ileocecal competente, es una emergencia quirúrgica debido al temor de una perforación diastásica del ciego, existiendo el peligro de una progresión hacia la rotura.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio comprende a los pacientes con cáncer colorectal que fueron tratados con cirugía tanto de urgencia como en forma electiva, por el departamento de cirugía general, del Hospital general Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE. Durante el período comprendido entre el 10. de marzo de 1989 al 10 de septiembre de 1991 .

Se revisaron todos los expedientes de los pacientes con diagnóstico de cáncer del colon ó del recto comprendiendo un total de 12 casos, excluyendose del estudio a los pacientes que fueron sometidos a cirugía en años anteriores y que aún cuentan con vida.

EL presente estudio se efectuó, para valorar las técnicas quirúrgicas efectuadas así como su indicación, complicaciones, evolución de los pacientes, la localización de la lesión, resultado histopatológico y el estadio de acuerdo a la clasificación de Dukes, así como la sobrevida y el seguimiento de los pacientes el cual es durante el primer año cita a la consulta cada dos meses para revisión de rutina y a los seis meses se le solicita teleradiografía de Tórax, colón por enema, colonoscopia, pruebas de funcionamiento hepático, gamagrama hepático y tomografía axial computarizada abdominal. El segundo año se cita cada tres meses para revisión de rutina y cada seis meses se le solicitan todos sus exámenes, el tercer año se le cita cada cuatro meses para revisión de rutina y cada seis meses se le solicitan todos sus exámenes, el cuarto año se le cita cada cinco meses y cada seis meses se le solicitan todos sus exámenes y el quinto año se le cita cada seis meses solicitándole también todos sus exámenes de control.

RESULTADOS

De los doce pacientes estudiados, diez fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, dos pacientes que egresaron por alta voluntaria. De los doce, siete fueron del sexo femenino y cinco del sexo masculino (tabla 2) .

La edad media fué de 60 años, con una edad mínima de 34 años y una máxima de 86 años (tabla 1) .

Las localizaciones más frecuentes fueron en cólon sigmoideas y en el recto (tabla 3) .

La sintomatología más frecuente fueron los cambios en los hábitos intestinales en un 75% (9 pacientes), y no presentes en 25% (3 pacientes) (tabla 7) .

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas según la localización del tumor fueron consignadas en la tabla 6. El estadio C fué el más frecuente, los dos pacientes de alta voluntaria se encontraron clasificados en estadio " D ", de Dukes (tabla 5) .

La supervivencia a un año fué del 42% (5 pacientes) que actualmente viven, el 42% (5 pacientes) fallecieron antes de un año y 16% (2 pacientes) se desconoce su condición hasta el momento, considerándose que un paciente en estadio " B " falleció a los 15 días de su postoperatorio por infarto agudo del miocardio.

Todos los estudios fueron confirmados por examen histopatológico (tabla 5) en donde se reportaron estadios avanzados de la enfermedad como la etapa " C " de Dukes, 50% (6 pacientes) y la etapa " D " 25% (3 pacientes) .

El presente estudio nos indica que los pacientes llegan en

etapas avanzadas y que a pesar de ello la intervención quirúrgica que se realiza, como la resección abdominoperineal de Miles (34%) y la hemicolectomía derecha con ileotrasversoanastomosis terminoterminal (25%) son los que mejor resultados han dado (tabla 6).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ESTA TESIS NO DEBE

DISCUSION.

La enseñanza ordinaria sobre el carcinoma colorectal indica que se trata de un padecimiento que puede ser compatible con la curación (1, 8).

Suele enseñarse que el tratamiento correcto para este trastorno es la resección quirúrgica, muchas veces muy amplia como la resección abdominoperineal de Miles (2, 9).

Aunque lo demostraron Fieldieng y Wells (3) que aunque la mortalidad inicial era muy alta; las cifras de supervivencia a uno y cinco años eran mayores después de la resección primaria a pesar de la colostomía.

Una observación es la presencia de cáncer colorectal en personas jóvenes (1) en comparación con lo observado en años anteriores, con la serie de USA y la Gran Bretaña, es esta serie la alta incidencia ocurrió en la quinta década de la vida seguida de la sexta y la séptima, lo que corresponde a la serie publicada por Okuno (1), unicamente difiere en que ellos reportaron después de la sexta la cuarta y en nuestro estudio reportamos la mayor incidencia semejante a la serie de USA y Gran Bretaña en donde encontramos primero la sexta, la séptima y la cuarta décadas de la vida más afectadas (2).

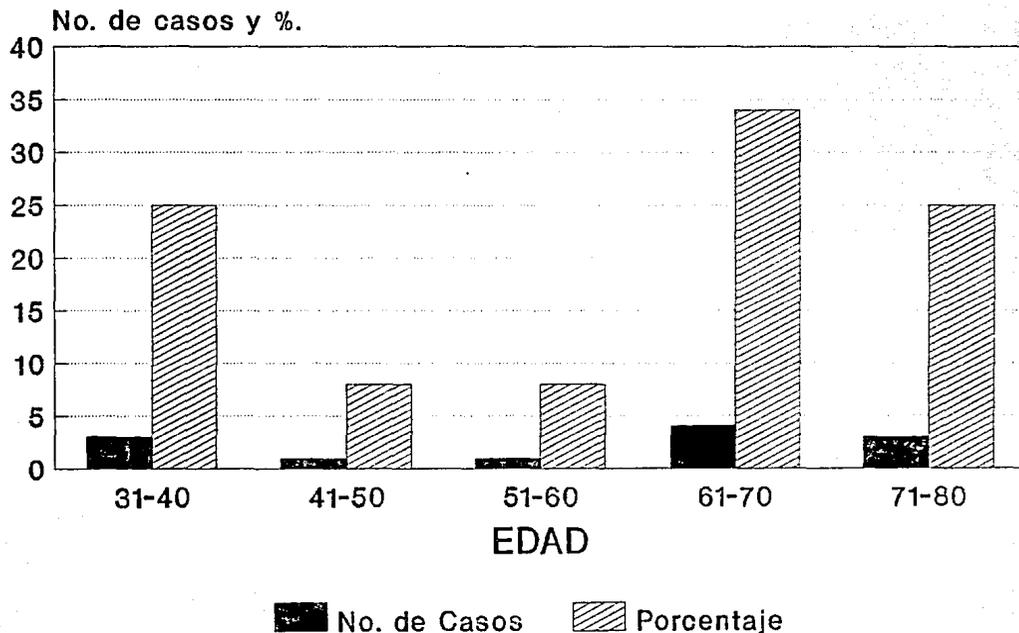
También en relación de hombres a mujeres en nuestra serie es de 1:1.4 respectivamente, a diferencia de las series de Martin y cols (2), así como la serie de Galandiuk y cols (4) que fué de 1.5:1 y 1.7:1 respectivamente, y una relación del 0.74:1 en la serie de Okuno (1) y que se asemeja a la nuestra. Otra observación importante es el alto porcentaje de pacientes que están bajo tratamiento de hemorroides u otras enfermedades anorectales y unicamente los pacientes acudieron al hospital cuando los tratamientos fallaron o los síntomas se agudizaron (5, 6).

En nuestra serie el porcentaje de intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico fué de más de un año en 6 pacientes 50% y en los siguientes refirieron la sintomatología de dos días a ocho meses de evolución en comparación con los siete meses de la serie de Okuno y cols (1).

Se ha enfatizado la importancia del tratamiento temprano del cáncer colorectal como lo refiere SanFelippo y Beahrs (2) y se puede demostrar claramente como procedimiento curativo del paciente con estadio " A " de Dukes, ya que lleva una sobrevida del 63% y que unicamente del 38% en las series de Martin (2). En donde nuestra serie arrojó una sobrevida del 42% y esto quiere decir que conforme se han perfeccionado las técnicas quirúrgicas así como los métodos de control y de anestesia, la sobrevida a 5 años ha aumentado gradualmente y concluimos que la clasificación de Dukes (7) y el grado de malignidad son usualmente importantes en el pronóstico y por lo tanto continuar con las mejores técnicas de tratamiento quirúrgico que pronostican una evolución favorable en estos pacientes (5).

TABLA 1

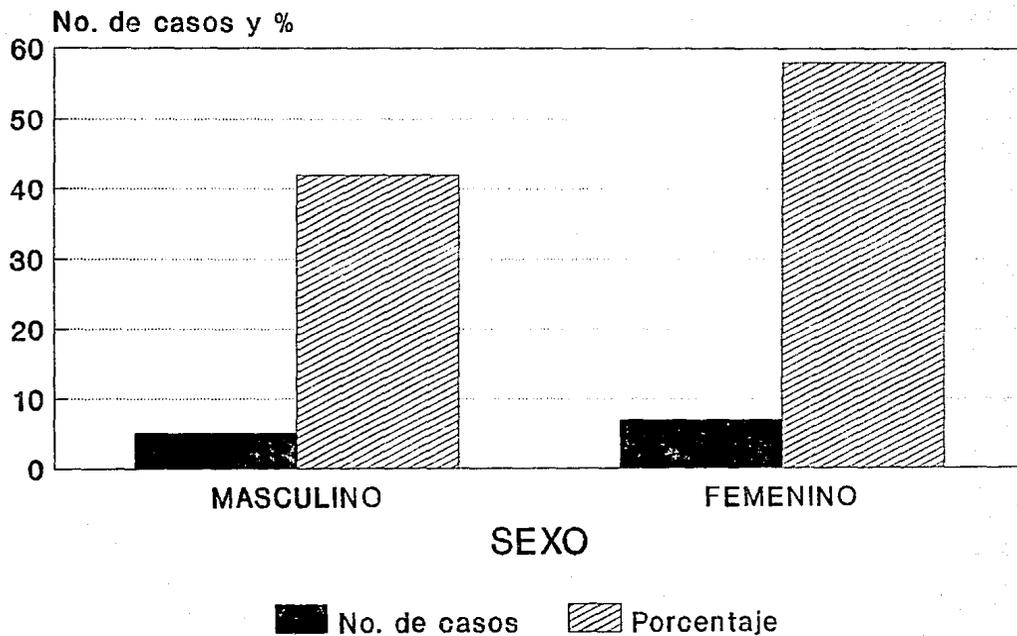
EDAD



Fuente :
H.R.A.L.M.

TABLA 2

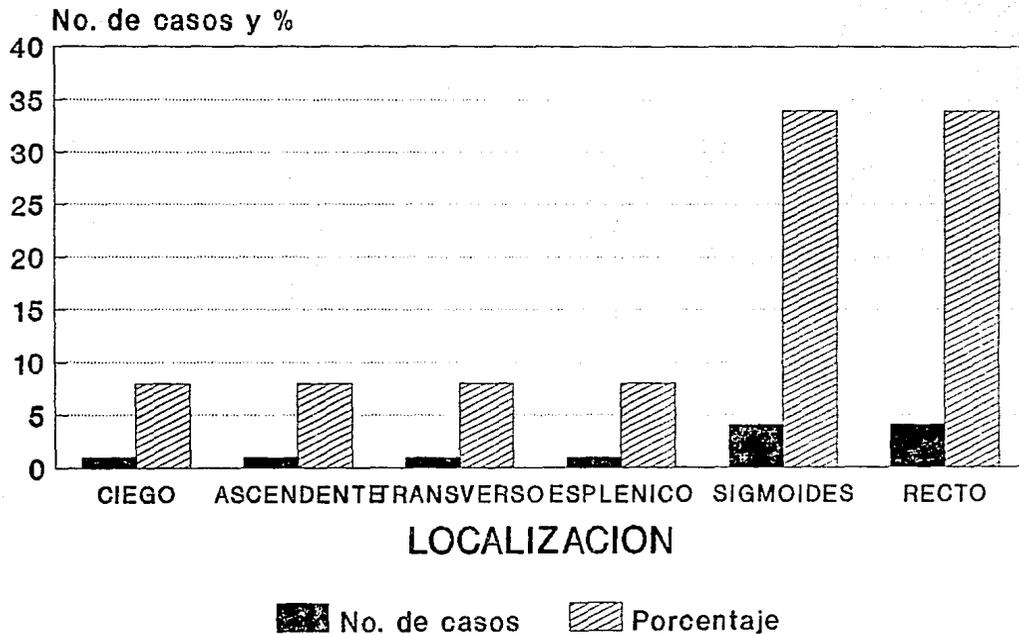
SEXO



Fuente :
H.R.L.A.L.M.

TABLA 3

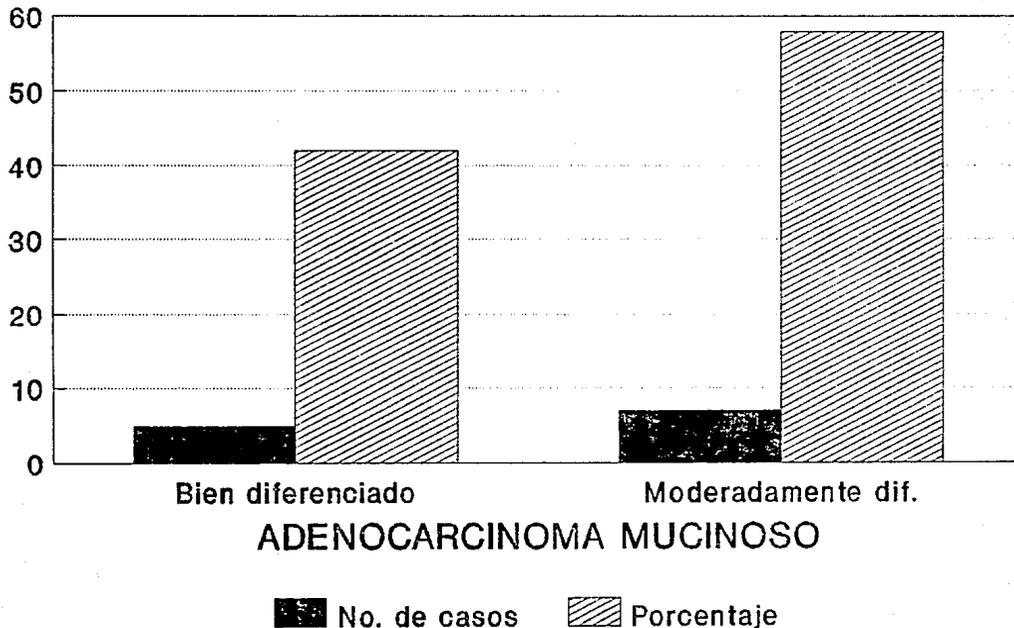
LOCALIZACION.



Fuente :
H.R.L.A.L.M.

TABLA 4

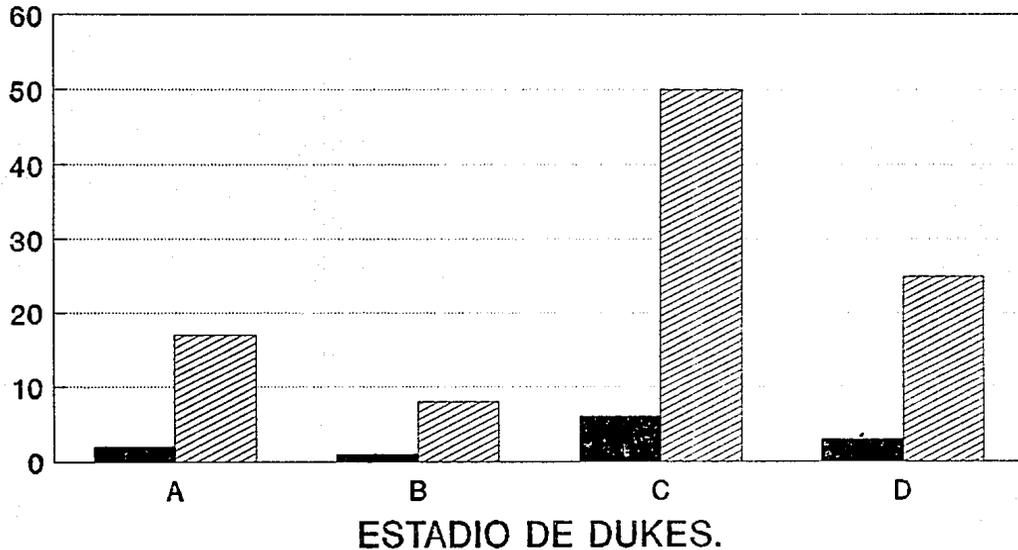
RESULTADO HISTOPATOLOGICO.



Fuente :
H.R.L.A.L.M.

TABLA 5

ESTADIO DE DUKES.

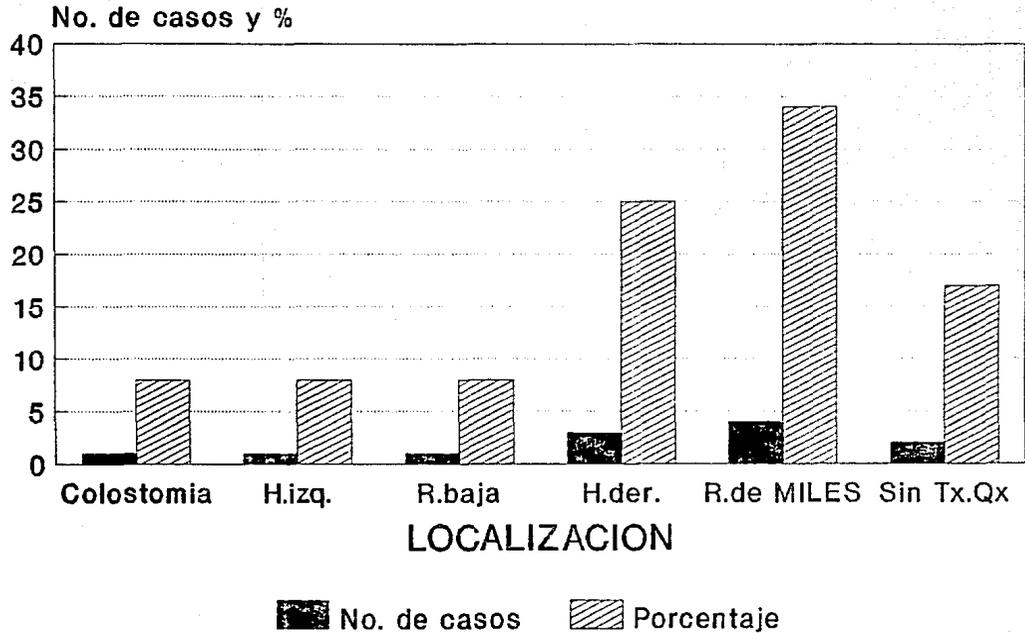


■ No. de casos ▨ Porcentaje

Fuente :
H.R.L.A.L.M.

TABLA 6

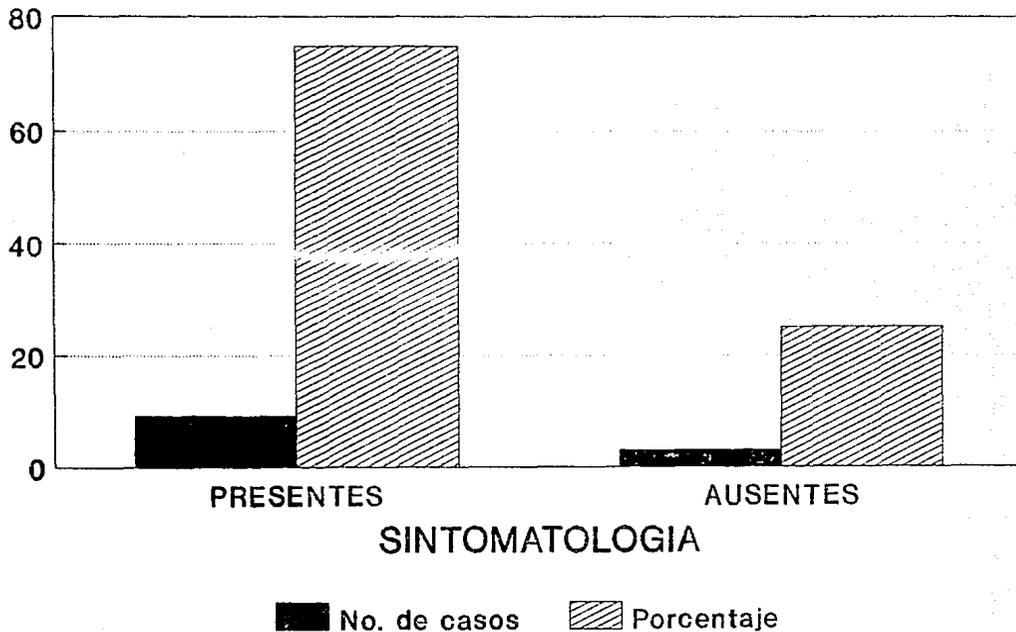
TECNICA QUIRURICA



Fuente :
H.R.L.A.L.M.

TABLA 7

CAMBIOS EN HABITOS INTESTINALES.



Fuente :
H.R.L.A.L.M.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- OKUNO M.D. Colorectal carcinoma in young adults. A.J.S. 1987; 154: 264-268.
- 2.- MARTIN M.D. Colon and rectal carcinoma. The A.S. 1987;53: 146-48.
- 3.- FIELDING M.B. FRCS. Covering stoma for elective anterior resection of the rectum. An automode operation ?. The A.J.S. 1984; 147: 524-30.
- 4.- GALANDINK M.D. Villous and tubulovillous adenomas of the colon and rectum. A retrospective review. The A.J.S. 1987;153 : 41-7.
- 5.- CHURCH M.D. Abdominoperineal resection of the rectum. Problems in general surgery. 1986;3:221-34.
- 6.- TACHIKAWA. Cancer of the colon and rectum in persons under forty years of age. A.J.S. 1983; 6: 649-53.
- 7.- MORGAN M.D. FRCS. Management of obstructing carcinoma of the left colon by extended right hemicolectomy. A.J.S. 1985; 149:327-29.
- 8.- GUTIERREZ SAMPERIO CESAR. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo. Ed. Manual Moderno 1988, 193-207.
- 9.- NYHUS. Mastery of surgery. Ed. Panamericana 1986, 1200-1320.
- 10.- TERABE et al. Clinical and histopathological study on cancer of the colon and rectum in persons under forty years of age. J.J.S.C.S. 1984; 45: 1574-78.