

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO
GASTROCIROLOGIA

128
24

**MANEJO DEL
CANCER
COLORECTAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. MIGUEL ANGEL VAZQUEZ GARCIA

ASESORES:

DR. PEDRO REYES PARAMO
DR. MARIA DE JESUS GONZALEZ BLANCO



PUEBLA, PUE.

1994.

1995



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.

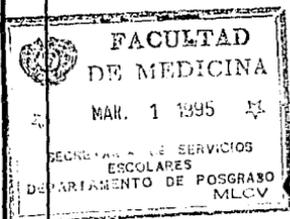
11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL
GENERAL DE DIVISION MANUEL AVILA CAMACHO
GASTROCIROUGIA

128
279



**MANEJO DEL
CANCER
COLORECTAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. MIGUEL ANGEL VAZQUEZ GARCIA

ASESORES:

DR. PEDRO REYES PARAMO
DR. MARIA DE JESUS GONZALEZ BLANCO



PUEBLA, PUE.

1995

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO U.N.A.M.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.
DELEGACION ESTATAL PUEBLA.
CENTRO MEDICO NACIONAL " MAC "
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA.
SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA.

~~MANEJO DEL CANCER COLORECTAL~~

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL VAZQUEZ GARCIA.
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE CIRUGIA GENERAL.
MATRICULA: 10138587.

ASESORES:

DR. PEDRO REYES PARAMO.
GASTROCIROLOGO CMN MAC.
MATRICULA: 6741185.
DIRECCION: 2 NORTE 2005 PUEBLA PUE.

DRA: MARIA DE JESUS GONZALEZ BLANCO.
RADIOTERAPEUTA CMN MAC.
MATRICULA: 6807224.
DIRECCION: 2 NORTE 2005 PUEBLA PUE.

AGRADECIMIENTOS :

A DIOS :

QUIEN GUIA NUESTROS PASOS

A TRAVES DE LA VIDA .

A MI MADRE: AZUCENA GARCIA PINEDA

POR SU APOYO Y ENTUSIASMO : Y

POR HABERME DADO EL REGALO MAS

PRECIADO ; LA VIDA MISMA .

A MI ESPOSA :

DRA. MARISELA ARROYO CAMARGO .M.F.
POR SU PACIENCIA Y COMPAÑIA ,
ESTIMULANDO CON SU PROPIO ESFUERZO
EL MIO PROPIO Y HACIENDO MAS
LLEVADERA LA CULMINACION DE ESTA
TRAVESIA .

A MI HIJA :

GIOVANNA DENISSE VAZQUEZ A.
QUIEN CON SU PRESENCIA SOLA
MUEVE EL MOTOR QUE IMPULSA
LA TRAVESIA POR ESTA VIDA .

AL DR. PEDRO REYES PARAMO .
GASTROCIRUJANO CMN MAC E.
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD

A LA DRA. MARIA DE JESUS GONZALEZ BLANCO .
RADIOTERAPEUTA CMN MAC E.

QUE SIN SU AYUDA NO HUBIESE SIDO POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTA
TESIS .

GRACIAS .

INDICE

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA	2
ANTECEDENTES HISTORICOS	3
ANATOMIA	5
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
ESTADIFICACION	11
TRATAMIENTO	12
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	18
CIRUGIA ANUAL	20
INCIDENCIA POR SEXO	21
INCIDENCIA POR EDADES	22
UBICACION TUMORACION	23
TIPO DE CIRUGIA	25
TERAPIA ADYUVANTE	26
SOBREVIDA POR MODALIDAD ADYUVANTE	27
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	33

INTRODUCCION :

El tratamiento de el cáncer colorectal tradicionalmente ha sido quirúrgico, sin embargo este criterio se ha ido modificando en el último decenio con la aparición y perfeccionamiento de nuevas modalidades terapéuticas como son la radioterapia y la quimioterapia , que han venido a dar mayor auge en el tratamiento actual de esta patología .

La terapia adyuvante como se ha dado en llamar a la radioterapia y quimioterapia han crecido de manera separada ,pero localizadas en un mismo contexto .

El presente estudio tiene como objetivo determinar si estas modalidades terapéuticas adicionales son efectivas o no . Debido a que la cirugía por si sola es un tratamiento efectivo , es difícil suponer siquiera que algún otro tratamiento sea efectivo Sin embargo encontraremos en el estudio que no solo modifica los resultados a corto plazo, sino a largo plazo .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

Dentro de la unidad no se cuenta con un reporte real de la casuística de lo que se ha realizado . Basados en las ventajas reportadas de las combinaciones de radioterapia y quimioterapia como adyuvantes en el manejo de pacientes con cáncer colorectal , que puede ser preoperatorio , intraoperatorio y postoperatorio , se decidió realizar el estudio en la unidad para contar con la casuística antes mencionada . Deseamos comparar nuestros resultados con la literatura mundial.

ANTECEDENTES HISTORICOS :

Las primeras contribuciones al manejo quirúrgico de el cáncer de intestino grueso , apuntaron al alivio de la obstrucción intestinal . En 1710 Littré fué el primero en sugerir la posibilidad de abrir el colon para aliviar una obstrucción , en - realidad en niños con ano imperforado.

La primera cecostomía fué realizada por Pillore en 1776 por un carcinoma obstructivo y Duret en 1793 llevó a cabo la primera colostomia exitosa en un caso de ano imperforado . En 1797 , Fine efectuó una colostomía transversa en un paciente con carcinoma obstructivo del rectosigmoides ,con recuperación .El gran peligro en aquellos días era por supuesto,el riesgo de peritonitis debido a el escape de contenido intestinal hacia la cavidad peritoneal . En 1839, Amussat introdujo la operación de colostomia lumbar por vía extraperitoneal , para el alivio de las obstruciones intestinales .

La primera resección exitosa y anastomosis por carcinoma de colon fue informada en 1844 por Reybard y en 1879 Czerny resecó exitosamente un tumor con anastomosis termino-terminal .

En 1892 , Bloch aconsejó la resección extraabdominal de el colon obstruido por un tumor; exteriorizaba el asa afectada junto con el tumor abría el intestino por encima de este , esperaba un mes y luego extirpaba el tumor, dejando dos extremos sanos que

anastomosaba más tarde . En 1895 Paul publicó su técnica de resección extraabdominal de cáncer de colon, exteriorizaba el asa afectada , suturaba un tubo de vidrio en el intestino por abajo y por arriba de el tumor, extirpaba este y luego aplastaba el espolón entre las dos porciones de intestino cerrando finalmente el estoma.

Tres años más tarde , Mickulicz llevó a cabo una operación similar por ende el procedimiento se llama operación de Paul Mickulicz .

Fuerón los estudios de Miles los que demostraron la importancia de la remoción de ganglios linfáticos regionales en la limpieza de tumores rectales y sentaron las bases para las modernas operaciones de resecciones amplias adecuadas .

La cirugía moderna segura depende de el desarrollo de anastomosis intestinales más eficaces , mismas que datan de los primeros experimentos de Murphy con su técnica de botones en 1892 y contribuciones de Lembert, Halsted, Los hermanos Mayo , Cushing Connel, y Moynihan entre otros .

ANATOMIA :

El colon tiene una longitud aproximada de 120 a 200 cm. no más de una cuarta parte de el intestino delgado . Su diámetro disminuye gradualmente desde 7.5 cm. en su extremo cecal hasta 2.5 cm. en la terminación de el colon sigmoides .

Tres características ayudan a el cirujano a reconocer una asa colonica y distinguirla de intestino delgado :

a) Las bandeletas : Son tres largas bandas musculares que se que se extienden desde el extremo cecal hasta el recto sigmoides. miden aproximadamente 6 mm. de ancho y son equidistantes entre si a lo largo de la superficie de el colon . formando la capa longitudinal de fibras musculares de este órgano .

b) Las saculaciones o abolladuras (haustros) : de las paredes son producidas por la adaptación de una mayor longitud de pared intestinal a una menor de bandeletas longitudinales .

c) Los apéndices epiploicos : que son pequeñas prolongaciones peritoneales que contienen tejido adiposo y hacen saliencia sobre la superficie externa de el colon .

El colon se divide anatomicamente en :

a) Ciego .

- b) Colon ascendente .
- c) Colon transverso .
- d) Colon descendente .
- e) Sigmoides .

La union rectosigmoidea se caracteriza por 6 particularidades:

- 1) Disminución de el diametro de el intestino .
- 2) Falta de revestimiento peritoneal por debajo de este punto .
- 3) Desaparición de un verdadero mesenterio .
- 4) Expansión de las tres bandeletas longitudinales .
- 5) Los apéndices epíloicos desaparecen .
- 6) Internamente un gran cambio morfológico de la mucosa .

IRRIGACION SANGUINEA :

ARTERIAS : La mitad derecha de el colon recibe su irrigación arterial en común con el intestino delgado de ramas de la arteria mesenterica superior (AMS), la cual nace de la superficie anterior de la Aorta a nivel de la quinta vértebra lumbar aproximadamente, y a 125 cm. por debajo del origen del eje celiaco .

La arteria cólica media nace de la superficie cóncava de la AMS un poco por debajo de la arteria pancreaticoduodenal y antes que la AMS entre al mesenterio del intestino delgado, la arteria cólica media nutre al colon transverso .

La arteria cólica derecha nace de la superficie cóncava de la AMS 1 a 3 cm. por debajo de la cólica media e irriga el colon ascendente .

La arteria ileocólica nace por debajo de el centro de la superficie cóncava de la AMS, irriga el ciego y emite la arteria apendicular , que es un vaso terminal y no se anastomosa con otras arterias .

La mitad izquierda de el colon recibe sangre arterial de ramas de la arteria mesenterica inferior (AMI), la cual se origina de la superficie anterior de la Aorta aproximadamente a 2 a 4 cm por encima de la bifurcación Aortica y debajo de los vasos renales .

La arteria cólica izquierda se origina dentro de los 3 primeros cm. de la AMI . Se divide en sus ramas ascendente y descendente, irrigando el ángulo esplénico y el colon descendente.

La arteria sigmoidea puede nacer como un tronco único o bien iniciarse separadamente de la AMI e irriga el colon sigmoide .

La arteria hemorroidal superior es la terminación de la AMI, la cual se divide en sus ramas derecha e izquierda , e irriga la superficie inferior de el recto .

La anastomosis de arterias adyacentes forman una arteria continua que se conoce como arteria marginal .

VENAS :

La sangre venosa retorna del colon mediante venas cuyos nombres son similares a los de las arterias que acompañan . En general la sangre venosa del colon derecho drena en la vena mesenterica superior , que se vacía directamente en la vena Porta , la de la mitad izquierda drena en la vena mesenterica inferior que se vacía en la vena esplénica o en la mesenterica inferior y con ello en la vena Porta .

DRENAJE LINFÁTICO :

La disposición de los linfáticos es uniforme en todo el colon. Los plexos submucosos y subserosos en la pared del colon a través de la capa muscular y drenan en vasos linfáticos epicólicos , que están en la pared intestinal por debajo de la serosa y en los apéndices epiploicos. Estos ganglios son particularmente numerosos en el colon sigmoidees . Los ganglios epicólicos drenan en los paracólicos situados por detrás del peritoneo , a lo largo de los bordes mesiales de colon ascendente, descendente e iliaco, sobre el borde superior del colon transversal y junto al borde mesenterico del colon pélvico .

Jamieson y Dobson no hallaron comunicación entre los vasos linfáticos del estómago y los del colon. Se dice que los ganglios del colon corren hacia la cadena ileolumbar y con ello terminan en el conducto torácico , que es el destino final de todos los ganglios linfáticos del tracto gastrointestinal .

ANTECEDENTES CIENTIFICOS :

Durante los ultimos años han ocurrido cambios fundamentales en el tratamiento del cáncer , en otros tiempos tan solo eran posibles expectativas y objetivos terapéuticos limitados, mientras que en la actualidad el tratamiento es cada vez más eficaz , en base al advenimiento de nuevos fármacos (quimioterapia) y de radioterapia y cirugía . (1,3,4,5,6) .

En los E. U. el cáncer colorectal solo es superado en incidencia por el cáncer pulmonar , además de ser uno de los tumores del tracto digestivo más frecuentemente diagnosticados .

La probabilidad de que se desarrolle cáncer colonico entre el nacimiento y los 70 años de edad es de aproximadamente 4 % . Esta incidencia aumenta con la edad , en colon se diagnostica el doble de canceres que en recto. Las altas tasas de carcinoma colorectal predominan en los países industrializados . No se duda de que los factores ambientales, especialmente los dieteticos pueden aumentar los riesgos de incidencia de cáncer . (1,2,3,4,5,7) .

Ciertos grupos de pacientes tienen predisposición para el desarrollo de cáncer de intestino grueso , por ejemplo : los pacientes con poliposis familiar, cuya incidencia es de 1 - 7000 nacidos vivos , pacientes con síndrome de Gardner etc. (2,7) .

A despecho de la causa se considera que la mayoría de los

cánceres colorectales surgen a partir de pólipos adenomatosos ,en consecuencia, en la población en general el más frecuente fenotipo premaligno de cáncer colorectal es el pólipo . (2,6,7) .

ESTADIFICACION :

Numerosos esquemas de estadificación han sido propuestos , la mayoría de ellos derivan de la clasificación original de penetración de el tumor de Duke. (2,3,9,10,16).

ESTADIO A : Si el tumor involucra unicamente pared intestinal.

ESTADIO B : Si la tumoración involucra serosa.

ESTADIO C : Si existen ganglios involucrados.

ESTADIO D : Si existen metástasis a distancia.

Un sistema adicional de estadificación que es más detallado pero no por esto más pronóstico , es el propuesto por la AJCC basados en la clasificación TNM. (2,3,9,10,16).

Histopatológicamente se puede clasificar en :

ESTADIO I : Bien diferenciado.

ESTADIO II : Moderadamente diferenciado.

ESTADIO III : Pobremente diferenciado.

otro importante descubrimiento es el del ACE (Antígeno carcinoembrionario) detectado en el 72% al 97% de los pacientes con cáncer colorectal. (2,8,9).

El ACE fue aislado por Gold en 1965 . Los valores seriados de ACE son paralelos a la regresión o avance de la neoplasia durante el tratamiento por metástasis, la gran mayoría de pacientes que reciben tratamiento y muestran buena respuesta, mostrarán una declinación de los valores relacionada con la regresión tumoral (2,8,9).

TRATAMIENTO :

La cirugía es el principal soporte para el tratamiento del carcinoma del colon y recto . A pesar de los esfuerzos antiguos y recientes para justificar las cirugías más extensas , como productoras de mejores tasas de curación, las técnicas quirúrgicas más aceptadas para curar estos tumores no han cambiado en las últimas décadas . (10,11,12,13) .

El tratamiento quirúrgico de el cáncer de colon y recto se basa en la comprensión de la anatomía y de los mecanismos de diseminación de la neoplasia. Estos se extienden por los linfático de la mucosa intestinal . Por ello debe researse una longitud adecuada de intestino proximal y distal para evitar cortar a través del tumor. El cáncer intestinal crece a través de la serosa hasta los linfáticos mesentéricos que corren junto a los vasos sanguíneos drenando en la cuenca Portal a nivel de la raíz del mesenterio. La resección de el cáncer de colon o recto incluye en consecuencia , la resección del principal drenaje linfático en el mesenterio . Como las resecciones anatómicas diseñadas incluyendo vasos sanguíneos con denominación propia incluyen también los linfáticos , los límites de la resección en cáncer de intestino grueso son uniformes . Puede hacerse hemicolectomía derecha , colectomía de transversa, hemicolectomía izquierda, resección del sigmoides, resección anterior baja , sin sacrificio permanente de la función intestinal de el paciente . (14,15) .

Solo es necesaria una resección abdominoperineal en pacientes con adenocarcinoma del tercio distal del recto y tan solo si se demostró que el tumor invadió la muscular de la mucosa . (1,2,11, 13,15,16) .

Por ello a pesar del gran temor de los pacientes, solo el 5 al 10% de estos requerira de una colostomía permanente .

El tratamiento de los carcinomas o pólipos superficiales dependera de la ubicación en la profundidad de el intestino , si se encuentra un foco de carcinoma, y de que el tumor entero pueda ser resecado o no a través del endoscopio . Para pacientes por lo demás sanos a los que se les encuentra un foco de carcinoma que atraviesa la muscular de la mucosa o que tienen un margen indefinido o sucio , lo más seguro es la resección formal de el intestino .

La terapia radiante con haz externo demostró ser beneficiosa en pacientes con carcinoma rectal fijo , si tales pacientes responden a 45 CGys y en exámenes digitales ulteriores se halla que tienen tumores móviles , deberan ser sometidos a resección abdominoperineal , y si disponemos de ella , terapia radiante intraoperatoria hasta la pelvis y perineo . (2,13,14,15,16) .

Pese a que varias instituciones en varias investigaciones sobre terapia radiante preoperatoria han indicado una mayor supervivencia en pacientes irradiados que en los no irradiados ,

particularmente aquellos con carcinoma rectal o de colon sigmoide ninguno de los resultados fue reproducido en series aleatorias controladas . No hay dudas de que si los pacientes que responden bien a la irradiación con haz externo son luego seleccionados para resección quirúrgica , la adición de terapia radiante intraoperatoria en esos pacientes aumentará la supervivencia -- libre de enfermedad local y probablemente general, más allá de lo que se encuentra cuando se usa radiación externa sola . Empero fuera de este marco no hay justificación para la terapia preoperatoria convencional con radiación o Qt. (2,17,18) .

En la primera parte del siglo XX se usarón las radiaciones como terapia definitiva para el cáncer del conducto anal , Gordon Watson y Duke comunicaron su experiencia en el uso de implantes intersticiales de radio. Estos resultados fueron bastante buenos-- sobre todo en pacientes con cáncer localizado .

Los modernos equipos de irradiación externa se usan ampliamente desde 1960 . Sin embargo es claro que la terapia radiante es más efectiva para el cáncer de células escamosas que para el adenocarcinoma de el recto .Con todo , no fue aceptada ampliamente como terapia definitiva. (2,15,16,18,19) .

Solo una pequeña cantidad de estudios prospectivos han mostrado los beneficios de la quimioterapia adyuvante en pacientes con carcinoma de colon .

El intento inicial de Nigro por combinar 5 - fluoracilo con Mitomicina C e irradiación externa en el preoperatorio pretendía aumentar la efectividad de la cirugía , dejando en claro que para el tratamiento de el cáncer de el conducto anal , una combinación de irradiación pélvica y dos ciclos de infusión con 5- fluoracilo más una dosis de Mitomicina C es por lo menos tan efectiva como la cirugía radical . (2,15,16,18,19) .

MATERIAL Y METODOS :

Con el objeto de determinar si la radioterapia y la quimioterapia combinada con la cirugía , mejora la sobrevivida de pacientes con cáncer colorectal; se desarrolló este estudio bajo las características de una encuesta descriptiva , observacional , retrolectivo , descriptivo ; siendo realizado en el servicio de Gastrocirugía de el Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho" Hospital de Especialidades de Puebla, Pue. En período de tiempo comprendido de el 1º de Enero de 1992 al 31 de Diciembre de 1992.

La fuente de la que se obtuvieron los datos de los casos existentes fué el reporte de patología en el archivo de el Departamento de Patología de la Unidad, una vez que se localizaron los casos se obtuvo; Nombre; Filiación ; y número de reporte , se localizaron los expedientes en el archivo clínico de la Unidad, y de Radioterapia .

Las variables fueron del tipo de escala nominal y son :

De interés primario :

- a) Tipo de tratamiento utilizado (Quimioterapia , Radioterapia , quirúrgico).
- b) Técnica quirúrgica utilizada (resección anterior baja , resección abdominoperineal, colectomía total, colectomía derecha hemicolectomía izquierda, hemicolectomía derecha, resección amplia)
- c) Ubicación de la patología .

d) edad .

e) sexo .

Se encontraron un total de 25 pacientes , de los cuales , se excluyeron 6 , por no encontrarse el expediente en la Unidad . De esta manera se incluyeron un total de 19 pacientes, sin determinar las dosis utilizadas de radioterapia, o quimioterapia, únicamente si fueron utilizadas o no , y si fueron sometidos a procedimiento quirúrgico . Todos los pacientes contaban con diagnóstico de -- cáncer colorectal , comprobado histopatológicamente por toma de biopsia, vía rectosigmoidoscopia .

Dentro de la unidad en el año de 1992 se realizaron un total de 7412 procedimientos quirúrgicos, representando nuestra muestra el 0.256 % .

La incidencia según el sexo fue predominante en mujeres con una relación hombre mujer de 2 - 1 .

RESULTADOS :

El cáncer colorectal presenta una incidencia por edades mayor en el grupo de 61 a 70 años con un no. de pacientes de 7, seguido por el grupo de 51 a 60 años con 3 pacientes, siendo menores las presentaciones en los grupos de 11 a 20, 31 a 40, 41 a 50 , 70 años o más con un no. de 2 pacientes en cada grupo . El grupo de menor no. de pacientes fue el de 21 a 30 años con 1 paciente . Figura 3

Con respecto de la ubicación de la tumoración, esta se encontró más frecuente en colon sigmoides con 10 pacientes , y porcentaje de 52.63% ; seguido por el recto con un no. de 6 , y 31.57 % ; el resto de los pacientes presentó ubicación en el colon descendente con dos pacientes y 10.52 % ; el de menor incidencia fue el colon ascendente con un paciente y 5.2 % . Figuras 4,5 .

El tipo de cirugía que más se realizó fue la resección anterior baja con 4 pacientes , seguida por las resecciones abdominoperineal, colectomía derecha , hemicolectomía izquierda, con 3 pacientes , colectomía total y solo rectosigmoidoscopia 2 pacientes , hemicolectomía derecha y resección amplia 1 paciente respectivamente .

Los pacientes que recibieron terapia adyuvante en la modalidad combinada fueron 8 seguidos de la Radioterapia con 6 pacientes posteriormente quimioterapia con 4 pacientes , y un solo paciente sin tratamiento adyuvante . Figura 7 .

El análisis estadístico de esta muestra tiene chi cuadrada de 0.09158879 , lo que descarta la hipótesis nula demostrando que esta es falsa.

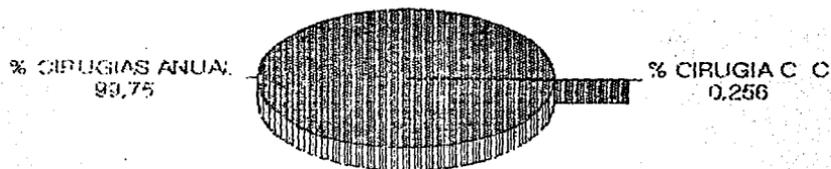
La sobrevida por modalidad adyuvante fue de 3 pacientes a 2 años , con quimioterapia , y de un paciente a un año . Con Radioterapia fue de 5 pacientes a 6 meses, y 1 paciente a un año; con radioterapia y quimioterapia fue de 4 pacientes a uno y dos años . Cuadro 1 .

La sobrevida general fue igual para los grupos de 6 meses y 2 años con 7 pacientes cada uno, y de 5 pacientes para la sobrevida general a un año . con una $p = 0.04265921$, lo cual no es significativamente estadístico. Figura 8 .

La sobrevida porcentual fue de 36.7% para el grupo de dos años siendo igual para el grupo de 6 meses o menos, y de 26.6 % a un año . Figura 9 .

CANCER COLORECTAL; % CIRUGIA ANUAL.

FIGURA 1

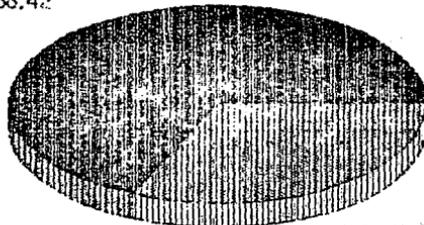


TOTAL CIRUGIAS 7412
TOTAL DE PAC. 19

FUENTE ARCHIVO CLINICO CMN MAC

CANCER COLORECTAL: INCIDENCIA POR SEXO
RELACION HOMBRE MUJER 2-1

MUJERES %
68,42



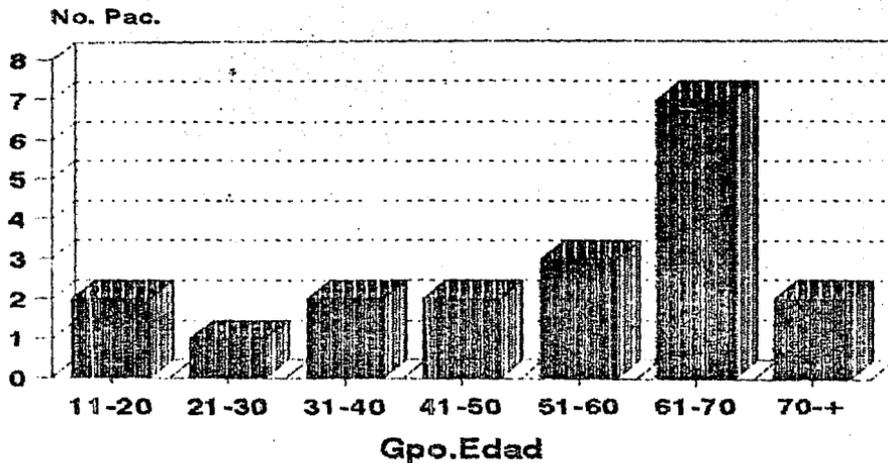
HOMBRES %
31,58

FIGURA 2

FUENTE ARCHIVO CLINICO CMN MAC

CANCER COLORECTAL: INCIDENCIA POR EDADES

FIGURA 3

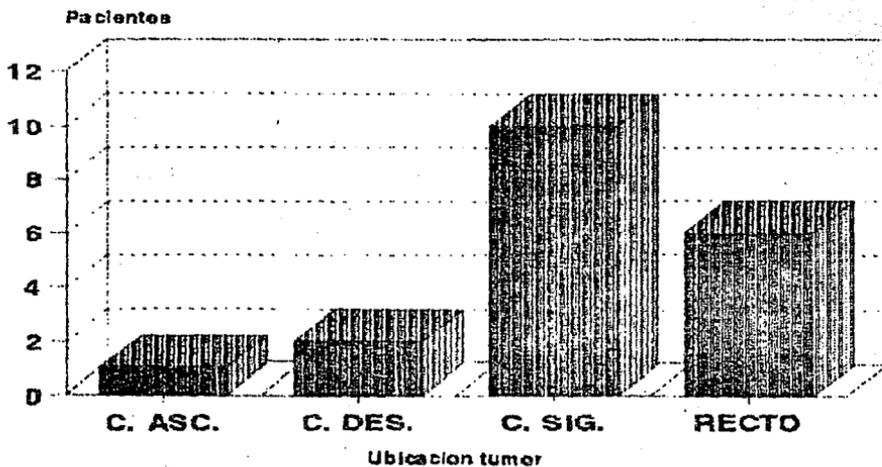


■ No. de pacientes 19

FUENTE ARCHIVO CLINICO CMN MAC

CANCER COLORECTAL: UBICACION TUMOR

FIGURA 4



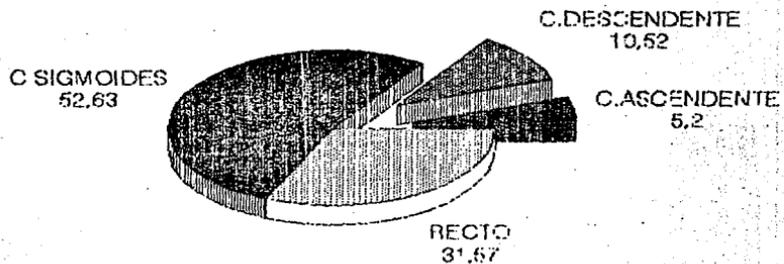
(23)

 No. de pacientes 19

FUENTE ARCHIVO CLINICO CMN MAC

CANCER COLORECTAL: UBICACION TUMOR %

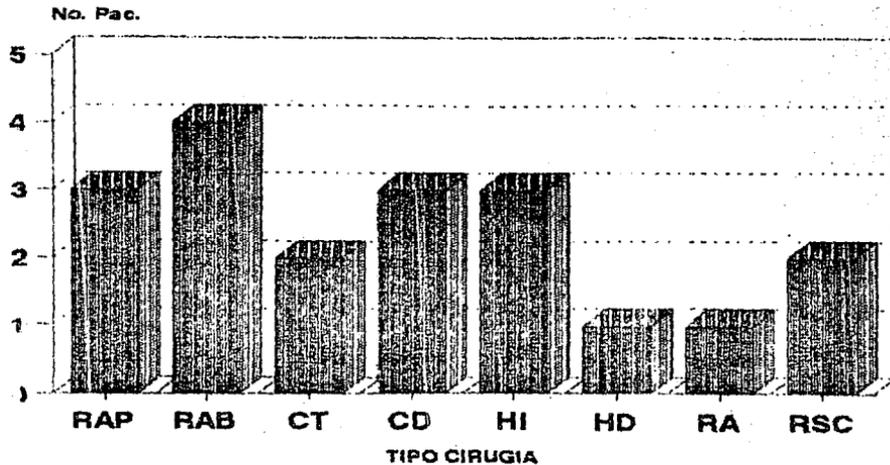
FIGURA 5



(24)

CANCER COLORECTAL: TIPO DE CIRUGIA

FIGURA 6

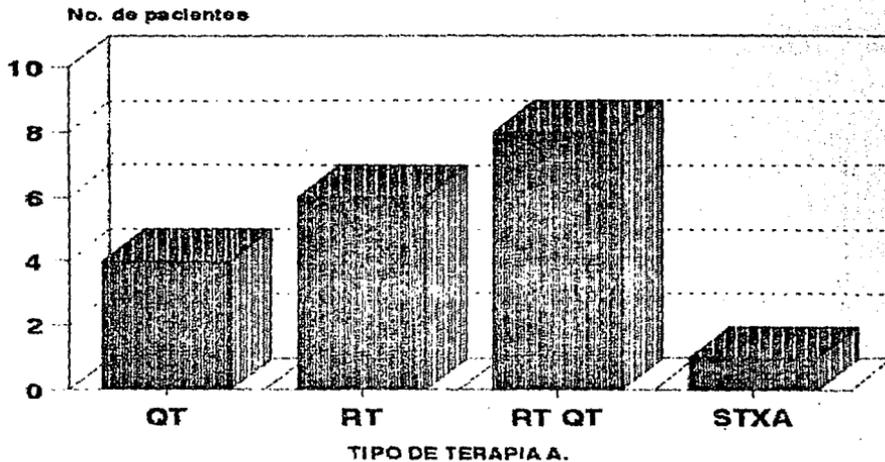


■ No. de pacientes 19

FUENTE: ARCHIVO CLINICO CMN MAC

CANCER COLORECTAL: TERAPIA ADYUVANTE

FIGURA 7



■ No. de pacientes 19

FUENTE ARCHIVO CLINICO CMN MAC

CANCER COLORECTAL: SOBREVIDA POR MODALIDAD ADYUVANTE

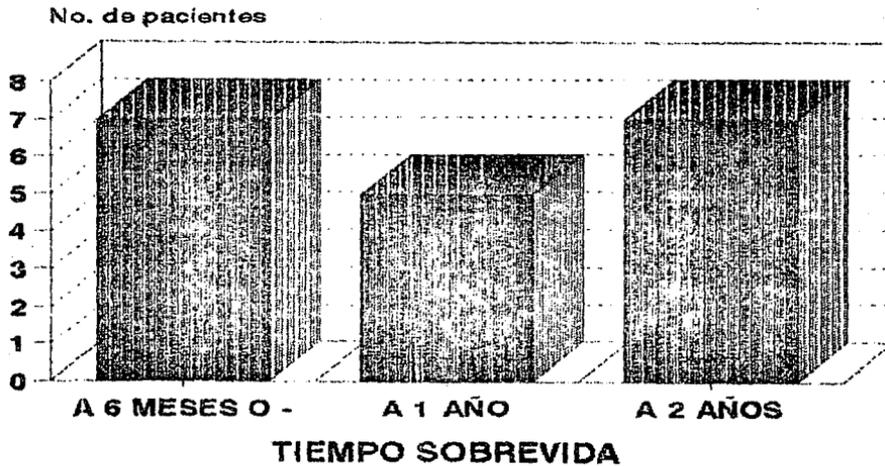
CUADRO 1

TIPO TX.	Nº. PAC	SOBREVIDA
QT	3	2 a
	1	1a
RT	5	-6m
	1	2a
RT/QT	4	2a
	4	1a
SIN/TX	1	-6m

(27)

CANCER COLORECTAL: SOBREVIDA

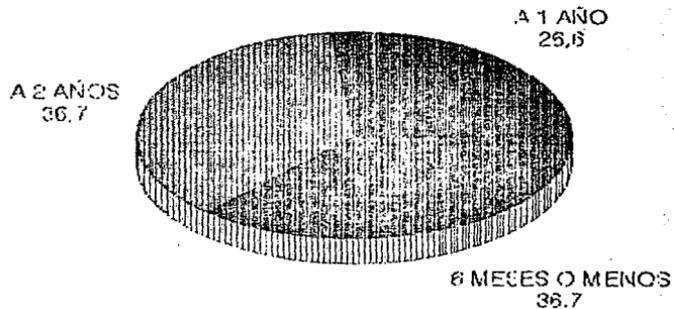
FIGURA 8



■ No. de pacientes 19

CANCER COLORECTAL: SOBREVIDA %

FIGURA 9



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FUENTE ARCHIVO CLINICO CMN MAC

DISCUSION :

Los resultados observados en pacientes con cáncer colorectal que recibieron una modalidad combinada de terapia adyuvante tuvieron un incremento en la sobrevida a dos años . Basados en publicaciones previas , reportan numerosas ventajas de las modalidades de terapia combinadas ya sea preoperatorias o postoperatorias .Siendo una de estas ventajas las altas dosis de medicación utilizadas con mínimas reacciones , disminución de el tamaño de la tumoración y por ende mayor resecabilidad.(2,5,10).

Las ventajas de la combinación de cirugía y terapia adyuvante radioterapia o quimioterapia son evidentes, el propósito de esta combinación es incrementar el efecto terapéutico en la tumoración con mínima afectación de el tejido normal circundante . La sobrevida de los pacientes que recibieron doble esquema de tratamiento a dos años es evidente .

En este estudio los pacientes con mayor sobrevida son los que recibieron terapia adyuvante combinada . (cuadro 1) .

Aún no se ha definido la indicación apropiada para la aplicación de radioterapia adicional en pacientes con cáncer colorectal , en algunas ocasiones se ha considerado como superflúa por cirujanos y radioterapeutas , puesto que no se ha demostrado efecto sobre la sobrevida (2,10,15 , sin embargo este estudio demuestra la mejoría en la sobrevida,según lo muestra el cuadro 1.

CONCLUSIONES :

Con este estudio comprobamos realmente que el tratamiento adyuvante en cáncer colorectal, en combinación con la cirugía si mejora la sobrevida, en comparación con la cirugía sola. Los rangos reportados de sobrevida son generalmente a 5 años entre el 45 % y 65 % .En este estudio se dio únicamente seguimiento a dos años -- con un rango de sobrevida de 36,7% a un año .

El tratamiento adyuvante que mejora aún más la sobrevida de estos pacientes es la modalidad combinada, que fue la que presentó mayor sobrevida a uno y dos años. Seguido por la quimioterapia con 4 pacientes en el mismo rango de sobrevida .

La radioterapia presentó una menor sobrevida ,quizás debido al estadio en que fueron atendidos los pacientes .

El tratamiento quirúrgico más utilizado fue la resección anterior baja, debido a la ubicación más frecuente de el tumor en rectosigmoides .

De esta manera el estudio demuestra que el tratamiento adyuvante combinado además de la cirugía , es la mejor manera de tratar a estos pacientes. Este estudio representa enteramente la experiencia en la unidad en el manejo de pacientes con cáncer colorectal , en donde habrá de unificar criterios , tanto de radioterapia como de quimioterapia, igualmente los quirúrgicos ,

que redunden en beneficio de el paciente , teniendo en cuenta la sobrevida , y la calidad de vida , que deriven en tratamientos en tratamientos multidisciplinarios . (1,2,10,15) .

BIBLIOGRAFIA :

- 01.- Harold Ellis;Resección del colon;En Maingot Operaciones ---
Abdominales;Buenos Aires;Panamericana;1989;1342-1373.
- 02.- Steele Glen D ; Adenocarcinoma de colon y recto : En
Shackelford, cirugía del aparato digestivo ; Panamericana ;
- 03.- Bruce A. Chabner ; Principios de terapéutica del cáncer ; En
Cecil Tratado de medicina interna;México D.F;Interamericana
1987;176.
- 04.- Minsky B. D; Clinical experience with local excision and
postoperative radiation therapy for rectal cancer ; Dis.
Colon Rectum;1993;apr. 36(4);405-9.
- 05.- Steele Glen D ; Adjuvant therapy for patients with colon and
rectal cancer ; clinical indications for multimodality
therapy in high risk groups and specific surgical question
for future multimodality trials;Surgery;1992 ; Nov.112 (5)
847 - 849.
- 06.- Minsky B.D. ; Cohen A. M.;et al;The efficacy of preoperative
5 fluoracil,high dose leucovorin,and secuential radiation
therapy for unresectable rectal cancer; Cancer;1993;Jun.1
71(11) 3486 - 92.
- 07.- Brunwels D.J.; Follow up of patients with colorectal cancer
a metanalysis;Ann. of Surgery;1994;319(2);174-182.
- 08.- Joan Rosai;Gastrointestinal trac/large bowel ; En Ackerman's
Surgycal pathology;Mc Graw Hill 2* Edit. 1989;606-628.
- 09.- Hutter V. P. ;Sobin L.H. ; A universal staging for cancer of
the colon and rectum;Arch.Pathol.Lab.Med.;1986 ; may 110 ;
367 - 369.

- 10.- Tang R ; Wang I ; Chen J.S. : et al ; Postoperative adjuvant radiotherapy in Astler - Collier stages B2 and C rectal cancer;Dis.Colon Rectum;1992 nov. 35(11) 1057-65.
- 11.- Shumate C.R.;Rich T.A.;et al; Preoperative chemotherapy and radiation therapy for locally advanced primary and recurrent rectal cancer;a report of surgical morbidity ;Cancer 1993 ; Jun. 1 71(11) 3690-6.
- 12.- Heald R. J. ; Karanjia N. D. Result of radical surgery for rectal cancer;World J. Surg. 1992;Sep-Oct,16(5) 848-57.
- 13.- Pahlm L ; Glimellius B;Preoperative and postoperative radiotherapy and rectal cancer;World J. Surg.1992 ,Sep-Oct. 16(5) 858 - 65.
- 14.- Vaughn D.G.;Non surgical management of recurrent colorectal cancer;Cancer 1993,Jun. 15;71(12 suppl) 4278-92.
- 15.- Marks G;Mohiudin M ; et al ;High dose preoperative radiation and radical sphincter preserving surgery for rectal cancer; Arch.Surg. 1991,Dec. 126(12) 1534-40.
- 16.- Deans G.T; Parks T.G;Prognostic factor in colorectal cancer Br.J.Surg. 1992,Jul. 79 608-613.
- 17.- O'Brien M.J ;O'Keane C ;Precursors of colorectal carcinoma ; Cancer Supp. 1992,Sep,70(5) 1317-1326.
- 18.- Lechner P;Cesnick H;Abdominopelvic omentopexy ; preparatory procedure for radiotherapy in rectal cancer ; Dis. Colon Rectum;1992,Dec. 35(12) 1157 - 1161.
- 19.- Donald J.J;Burhens H.J; Colorectal cancer can we lower the death rate in the 1990's?;Canadian Fam. Phys. 1993 Jun. 39 107 -114.