

11209

2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

"ANALISIS DE TENDENCIAS DEL CARCINOMA
COLORRECTAL EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO"

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO PARA OBTENER EL TITULO DE:
T E S I S
LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL
R E S E N T A :
DR. FRANCISCO IVAN ALCALA MONTIEL



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TUTOR DE TESIS: DR. CARLOS CERVANTES SANCHEZ.

HGM

Organismo Descentralizado

269709

MEXICO, D. F. 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

P R E S E N T A

Dr. Francisco Iván Alcalá Montiel

RESIDENTE DE CIRUGÍA GENERAL

**RESPONSABLES DEL ESTUDIO Y
PARTICIPANTES**

TUTOR DE TESIS

DR. CARLOS CERVANTES SÁNCHEZ
MÉDICO DE BASE, PABELLON 304 CIRUGÍA GENERAL

CO-TUTOR DE TESIS

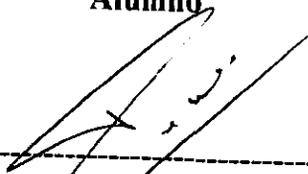
DR. RAFAEL GUTIÉRREZ VEGA
DIRECTOR MÉDICO H.G.M.
JEFE DE SERVICIO, PABELLON 304 CIRUGÍA GENERAL

TUTOR DE CURSO DE ESPECIALIZACION

DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ HIDALGO
CONSULTOR TÉCNICO, PABELLON 305 CIRUGÍA GENERAL

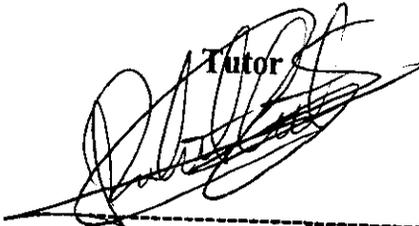
**ANALISIS DE TENDENCIAS DEL CARCINOMA
COLORRECTAL EN EL HOSPITAL GENERAL
DE MEXICO**

Alumno



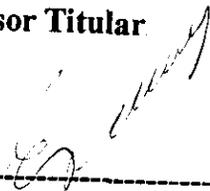
Dr. Francisco Iván Alcalá Montiel
Residente de Cirugía General

Tutor



Dr. Carlos Cervantes Sánchez
Médico de Base Cirugía General, HGM.

Profesor Titular



Dr. Enrique Fernández Hidalgo
Consultor Técnico Cirugía General, HGM.

DEDICATORIA

A Dios

**A mi madre y abuelita
Por siempre consentirme, como el primer día**

**A mi preciosa Magnolia
Porqué sin ella, no sería el hombre más dichoso sobre la tierra**

**A mis hermanos y hermanas
Porqué siempre nos mantendremos juntos**

**A la Familia Matamoros
Por brindarme su casa como un segundo hogar**

**A mis profesores y maestros
Dr. Fernández Hidalgo, Dr. Gutiérrez Vega, Dr. Martínez
Robles y Dr. Cervantes Sánchez por su confianza y amistad**

**A ti Jorge
Por ser el séptimo de mis hermanos, gracias.**

**A ti Cecy
Por ser como eres, única.**

**Y a mí
Por el trabajo que me costo alcanzar esta meta**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
HIPÓTESIS.....	8
METODOLOGÍA.....	9
TIPO DE ESTUDIO.....	9
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	9
CRITERIOS.....	9
DEFINICION DE VARIABLES.....	10
PROCEDIMIENTO.....	12
FORMATO.....	13
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIÓN.....	21
ANEXO 1 (TABLAS)	23
ANEXO 2 (GRAFICAS)	39
REFERENCIAS.....	53

Introducción.

La patología neoplásica en el ámbito mundial tiene una gran importancia, esto es debido al impacto social y económico que en sí representa para las instituciones y sociedad en general, el enfermo con cáncer. De esta entidad el carcinoma colorrectal (CCR) ocupa uno de los lugares de mayor importancia por lo importante de su incidencia y por la cantidad de fallecimientos que de este se derivan, siendo más importante su presencia en países desarrollados del Norte de América, en relación con países del sur del continente ²³.

Es por demás conocido que en los Estados Unidos el CCR únicamente es superado por el carcinoma de pulmón, tanto para hombres como para mujeres, encontrándose que la probabilidad de presentación de esta entidad entre el nacimiento y los 70 años es de 4% con discreta predominancia por el sexo masculino en la raza blanca en lo que respecta a la localización rectal. Geográficamente las altas tasas de CCR predominan en los países más industrializados de Europa, Asia, Africa y el Sur de América, siendo conocido el hecho que las personas inmigrantes de sitios de menor a mayor incidencia adquieren las altas tasa de CCR que son prevalentes en sus países de adopción¹.

De estos pacientes necesariamente se consideran factores ambientales y dietéticos como principales agentes adyuvantes para el desarrollo de esta patología. Otros elementos que tienen gran relación con la presentación de esta entidad son los pacientes con antecedente de poliposis familiar (incidencia de 1:7,000-10,000 nacidos vivos), llegando a presentar hasta un 100% de probabilidad de desarrollar esta neoplasia de vivir lo suficiente ².

El CCR es una enfermedad inusual antes de los 40 años , menos del 8% de los tumores son diagnosticados en este grupo de edad, con una incidencia de 1.4/100,000 en pacientes menores de 40 años vs. 98 años de edad ²⁶

Se conoce como edad promedio para la presentación de CCR, con el antecedente de poliposis familiar, los 40 años, esto es 20 años antes que la población general ²⁴.

La presentación clínica de poliposis se engloba dentro de diversos síndromes, tales como el Sx de Turcot, o de Gardner ²⁴.

Otras formas de poliposis como la juvenil o los de estirpe hamartomatosa no tienen un riesgo particular de desarrollar CCR, por lo que su seguimiento no deberá ser tan estrecho ²³.

En el caso de los enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal con implicación de la mucosa del colon la incidencia de carcinoma es similar a la de la población en general. Para el caso de pacientes con enfermedad de Crohn, es necesaria la relación con presentación de la sintomatología de forma temprana para hablar de incremento en la incidencia de hasta 20 veces mayor ²⁵.

Es patente que la mayoría de los CCR se desarrollan a partir de pólipos adenomatosos, este conocimiento obliga al clínico que posterior al diagnóstico de esta entidad se estudie al paciente de forma integral en búsqueda de otras entidades preneoplásicas de ubicación sincrónica (30 a 40% de las ocasiones) ó metacrónica ^{5,6,10}.

En general se encuentra siempre presente la posibilidad de malignización de un pólipo hiperplásico, aunque existen estudios en los que deben clasificarse de forma adecuada la tumoración encontrada, siendo más probable que los pólipos adenomatosos se malignicen si son sésiles que pedunculados, ó si son vellosos mas que si son glandulares y si son grandes más que pequeños ¹⁰.

El desarrollo de tecnología endoscópica ha permitido el realizar una terapéutica más conservadora en los caso de pólipos colónicos el mayor impacto ha sido en la relación costo-beneficio y esta relacionado directamente con la presentación de complicaciones ¹⁵; estas, englobadas principalmente en la hemorragia y la perforación, la primera con porcentajes en manos expertas de 1 a 3 % y la segunda de 0.3% en largas series ²³.

Independientemente de las complicaciones la situación más importante posterior a la polipectomía es el seguimiento, sobre todo en los casos de hallazgos relacionados con pólipos adenomatosos ¹⁶ con grados moderados o severos de displasia, situación que condicionaria el seguimiento estrecho de estos pacientes cada 6 meses y posteriormente cada 1 a 3 años por vía colonoscópica ³.

Es de considerarse la importancia que presenta la localización de un tumor maligno a nivel del recto-sigmoides, ya que en estos sitios la única forma de conseguir bordes libres es sacrificando los músculos elevadores o inclusive el esfínter anal, para esto se han desarrollado desde 1978 diversas técnicas en las cuales dependiendo de la localización del tumor deberá ser aplicados criterios de preservación o no de dichos esfínteres ^{8,11, 12, 13, 14}.

El CCR hereditario no asociado a poliposis, también conocido como síndromes de Lynch tipo I y II se encuentran entre los 4 y 6 % del total de tumores malignos del intestino grueso ^{17, 18, 20}, ciertamente se sabe que tumores extracolonicos pueden acompañarse con CCR en el caso del tipo II, y que la probabilidad de hallazgo de tumoracion sincrónicas ó metacrónicas es elevada por lo que el seguimiento endoscópico es indispensable ¹⁹.

De la asociación existente entre factores dietéticos y el desarrollo de CCR se han escrito diversos artículos de los cuales únicamente es posible obtener algunos conceptos que hasta la actualidad se manejan ^{7,21,22}, se ha informado que la asociación en la ingesta de proteínas de origen animal, grasas saturadas y colesterol, incrementan de forma considerable la probabilidad de presentación de esta patología, no es aceptado en la actualidad que la constipación o la ingesta de fibra tengan significancia en la presentación de la misma. El cáncer del tubo digestivo distal es reportado como una enfermedad agresiva y avanzada de relativamente pobre pronóstico ²⁷.

La aplicación de la clínica en el diagnóstico del CCR hasta hace algunos años era de importancia primordial para lograr el conocido 75% de certeza diagnóstica para las neoplasias del intestino distal, con el desarrollo de técnicas endoscópicas más complejas se han evidenciado con mayor certeza neoplasias localizadas en el hemicolon derecho. El estudio de estas evidencia que la historia natural de las lesiones derechas se comporta de forma significativamente diferente a las izquierdas y estas a su vez son diferentes si se les compara con las que se presentan en el recto ²⁵.

El diagnóstico colectivo, ha sido ampliamente discutido por su implicación costo beneficio, situación que ha conducido a desarrollar modelos más económicos, entre estos se encuentra primordialmente la sospecha clínica para posteriormente aplicar pruebas de detección de sangre oculta en heces ⁹; esto ha llevado a concluir que a los individuos asintomáticos que cuentan con factores de riesgo, tales como, poliposis familiar, dieta proteínica o baja en fibra, así como el resto de factores ambientales incidentes en esta patología, para la presentación de la enfermedad deberán de someterse a la realización de estudios baritados ó endoscópicos posterior a los 40 años de edad y posteriormente cada 5 años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la literatura anglosajona existen múltiples reportes en los cuales se contemplan diversas facetas del carcinoma colorrectal, tales como, incidencia, historia natural, patogené-
sis, patología, complicaciones y pronóstico colocando a esta entidad como una de las más estudiadas y mejor conocidas.

En nuestro medio encontramos algunas publicaciones que de alguna forma manifiestan datos significativos de manera aislada acerca del comportamiento de esta patología en la población mexicana, esto nos revela que es necesaria la existencia de bibliografía especializada obtenida de grandes centros donde se concentren pacientes oncológicos y de estos obtener la información suficiente para conocer su perfil así como las variables más frecuentes que condicionaron o no el desarrollo de la enfermedad.

El contar con este conocimiento nos permitirá identificar grupos de riesgo, probables factores causales, etiologías más frecuentes así como tipos de tratamientos y complicaciones más frecuentes de los mismos. A su vez necesariamente deberá de validarse y compararse con los indicadores internacionalmente aceptados, valorando la aplicabilidad de los mismos en nuestro país y corroborar o no su vigencia e incluso en el mejor de los casos desarrollar nuestros propios estandares Finalmente estas acciones funcionarían como indicadores de calidad del tipo de atención que reciben este tipo de pacientes y de esta forma encaminar acciones de tipo preventivo y de diagnóstico temprano.

JUSTIFICACIÓN

El conocimiento integral de las múltiples variables que engloban al paciente con diagnóstico de carcinoma colorrectal en nuestro medio es vital por dos circunstancias primordiales. La primera está relacionada con la detección oportuna de factores de riesgo o causales derivados del estudio profundo en relación al entorno del enfermo así como de la revisión de los grupos étnicos y aquellos con exposición a carcinógenos conocidos, y de esta forma establecer las estrategias necesarias para evitar estos o disminuir su exposición.

La segunda tiene una relación directa con la aplicación de pruebas de tipo tamizaje ó detección a grandes masas o a grupos que no tengan factores de riesgo y que únicamente por su localización en la escala etarea requieran de vigilancia de forma rutinaria por su médico tratante.

OBJETIVO

Conocer por medio de la revisión de los casos existentes de pacientes con carcinoma colorrectal, diagnosticados y tratados en el Hospital General de México de 1995 a 1998, las variables más importantes relacionadas con factores inherentes al enfermo, a su alimentación, medio ambiente, tipo de neoplasia y tratamiento quirúrgico así como complicaciones secundarias.

Situación que nos permita formar un criterio y un perfil del paciente con patología oncológica localizada a nivel del tubo digestivo distal y así establecer métodos de estudio y seguimiento de los casos con factores de riesgo o sin ellos, estableciendo grupos etareos y de alto riesgo que necesiten vigilancia especializada.

HIPOTESIS

H₀= No existen diferencias entre las variables personales, ambientales, dietéticas, propias de la patología neoplásica, tipo de tratamientos quirúrgicos y complicaciones de los enfermos con diagnóstico de carcinoma colorrectal, reportadas en la literatura anglosajona en comparación con las conocidas en nuestro medio.

H_a= Existen diferencias entre las variables personales, ambientales, dietéticas, relacionadas con la patología neoplásica, tipo de tratamientos quirúrgicos y complicaciones, de los enfermos con diagnóstico de carcinoma colorrectal, reportadas en la literatura anglosajona en comparación con las conocidas en nuestro medio.

METODOLOGIA

1) TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, descriptivo, Observacional y analítico

2) POBLACION Y MUESTRA

Se revisaron todos los expedientes de pacientes con diagnóstico de carcinoma colorrectal en los servicios de Cirugía General y Oncología del Hospital General de México, atendidos entre Enero de 1995 a Septiembre de 1998.

3) CRITERIOS

INCLUSION.- Expedientes de pacientes de cualquier sexo diagnosticados y tratados por carcinoma colorrectal en el Hospital General de México, en sus servicios de Cirugía General y Oncología.

EXCLUSIÓN.- Expedientes de pacientes en edad pediátrica, que hallan sido tratados y referidos a nuestra institución de otros hospitales.

ELIMINACIÓN.- Aquellos expedientes que no cuenten con información completa o veraz.

4) DEFINICION DE LAS VARIABLES

- * **EDAD.**- Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento y con división en quinquenios.

- * **SEXO.**- Referente al género del enfermo y en división categórica de masculino y femenino.

- * **ANTECEDENTES PERSONALES.**- Lo relacionado al hábito tabáquico o alcohólico especificando los pacientes que cuenten con una o ambas adicciones.

- * **ANTECEDENTES PATOLOGICOS.**- Historia familiar de presentación de casos de cáncer a nivel colorrectal, mama, endometrio, estómago y una subcategoría en la que se englobarán el resto de tumores bajo el rubro de otros.

- * **FACTORES DIETETICOS** .- Hábitos alimentarios caracterizados dicotómicamente en los rubros de ingesta baja en fibra y alta en grasas saturadas.

- * **SINTOMAS** .- Manifestaciones iniciales de la patología estudiada englobadas en la presentación de dolor, sangrado transrectal, obstrucción, vómito, melena ó acintamiento de heces.

- * **TIEMPO DE EVOLUCIÓN** .- Lapso en años del inicio de la sintomatología al diagnóstico de la misma en escala continua y con división en trienios.
- * **DISTANCIA EN CM DEL MARGEN DEL ANO A LA TUMORACION** .- Localización de la misma a partir del margen del ano, en sistema métrico decimal.
- * **TIPO DE CIRUGIA REALIZADA** .- Procedimiento quirúrgico empleado para la curación o paliación de la enfermedad, de acuerdo a los criterios internacionales oncológicos.
- * **ANASTOMOSIS** .- Tipo de procedimiento quirúrgico necesario para mantener la continuidad del tracto gastrointestinal dicotomizado, ya sea en forma manual y/o mecánica.
- * **PATOLOGIA** .- Estudio histológico definitivo de la pieza quirúrgica o biopsia transoperatoria, en su característica de estudio definitivo.
- * **DIFERENCIACIÓN** .- Grado de madurez de las células neoplásicas en relación a su categoría como de alto, bajo y mediano grado de malignidad.
- * **COMPLICACIONES** .- Evolución tórpida del paciente en el período postquirúrgico, con división del mismo en complicaciones inherentes al procedimiento y ssecundarias al mismo.

PROCEDIMIENTO

Se realizó la búsqueda en los archivos de las unidades de Oncología y Cirugía General de todos los expedientes de pacientes en estudio y tratamiento por carcinoma colorrectal.

Mismos que hubiesen sido diagnosticados en el período comprendido entre Enero de 1995 a Septiembre de 1998, posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se llenó un formato en el cual se vertieron los resultados de las variables antes mencionadas, marcando de forma cuantitativa los diferentes rubros.

Posteriormente se elaboraron gráficas y tablas para la determinación de los factores de mayor impacto y frecuencia.

Al concentrado de resultados se aplicó una prueba de correlación lineal estadística para validación de los diversos resultados.

Posteriormente se expusieron los resultados comparándolos con los referidos en la literatura internacional.

RESULTADOS

En una muestra de 243 casos recopilados de Enero de 1995 a Septiembre de 1998, procedentes de los archivos de la unidad de Oncología y Cirugía General del Hospital General de México, en la que se incluyeron pacientes que hubiesen sido diagnosticados y tratados bajo el rubro de carcinoma colorrectal; se encontró que la distribución con referencia a la edad fué la siguiente; 128 pacientes del sexo masculino y 115 pacientes del sexo femenino, con una distribución porcentual de 52 y 48% respectivamente. (Tabla 1, Figura 1)

Se revisó la edad por decenios, encontrando variaciones similares a las reportadas en la literatura internacional destacando una alta incidencia en el grupo menor a 45 años con 74 pacientes lo que corresponde al 30.4% del total de la muestra, situación que posteriormente se analizará en relación a los hallazgos de la literatura mundial, el siguiente grupo de 46 a 55 años con un total de 52 pacientes (21.3%). (Tabla 2, Figura 2)

La variable de antecedentes personales patológicos en sus categorías de alcoholismo y tabaquismo reveló que del total de la muestra 80 pacientes contaban con el primer antecedente (32.9%) 62 pacientes con el segundo antecedente (25.5%), 34 con ambos antecedentes (13.9%) y 67 sin este factor (27.7%) (Tabla 3, Figura 3.)

Se revisó dentro de la historia familiar la existencia de esta neoplasia, así como de otras dentro de la rama directa, se encontró que, 6 pacientes tenían antecedentes de Ca de mama, 3 de endometrio, 17 a nivel colorrectal, 3 en estomago y 12 más con otros tumores. (Tabla 4, Figura 4)

Durante la revisión de los expedientes se separo el aporte alimentario en dos rubros, uno enfocado a una ingesta elevada de grasas de origen animal y un segundo en un grupo con ingesta baja en fibra, se encontró que en el 61% de los pacientes la dieta básica diaria la comprenden la ingesta de alimentos bajos en fibra con aporte alto en grasas saturadas en 39% de los mismos. (Tabla 5, Figura 5)

Cómo resultado del desarrollo de esta revisión se identificaron los síntomas principales, así como la temporalidad de los mismos, durante la fase previa al inicio de la sintomatología diagnóstica de esta patología.

En este registro se involucro tanto el tiempo de presentación de los mismos como la frecuencia de estos. Se encontró que los síntomas principales se englobaron dentro de los rubros de dolor abdominal, rectorragia y diarrea en el 64.4%. En algunos casos un paciente presentó hasta tres síntomas al inicio del padecimiento. (Tabla 6 y 7 , Figura 6 y 7.)

se encontró un elevado porcentaje de pacientes cuyo tiempo de evolución del padecimiento fue verdaderamente corto en número de 172 casos con un porcentaje de 70.7% para el primer trienio.

En la mayoría de los casos el diagnóstico fue realizado de manera clínica durante la exploración física, por este motivo se realizó la determinación de la distancia en centímetros de la tumoración al margen del ano. (Tabla No.8 Gráfica No. 8).

En la Tabla 8 se ejemplifica el porcentaje tan elevado de enfermos con localización del carcinoma a distancias accesibles al dedo explorador en los rubros de 1-3 y 4-6 cm, situación que aunada a los rubros de 7-9cm y 13 a 15cm, accesibles al rectosigmoidoscopio nos dan una posibilidad diagnóstica favorable al primer contacto en 71.3% de los pacientes.

Para la resolución de esta entidad se realizaron diversos tipos de procedimientos quirúrgicos, la gran mayoría de estos resectivos con fines tanto paliativos como curativos. (Tabla 9, Gráfica 9).

En la tabla 9 se demuestra la mayor frecuencia de presentación del carcinoma del lado izquierdo con 132 (54.3%) procedimientos realizados en esta porción del tubo digestivo distal, situación que concuerda con la localización en centímetros del margen anal.

Para la restauración de la continuidad del tracto intestinal distal en casos especiales se hizo uso de procedimientos manuales y mecánicos (engrapadoras) Tabla 10, Figura 10.

En el rubro donde se especifica como no se realizó, es referente a los casos de polipectomía y formación de estomas para los casos avanzados.

Posterior a cada uno de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se procedió a recabar el resultados histopatológico de todas las muestras de la cirugía, (Tablas 11 y 12, Figuras 11 y 12)

Para los diagnósticos histopatológicos encontrados en menor frecuencia se enumeran en la tabla dentro del rubro de otros, estos son basicamente englobados en los linfomas, rabdomiosarcomas y melanomas.

Durante el período postquirúrgico se desarrollaron diversas complicaciones, estas se copilaron y se clasificaron de acuerdo a la frecuencia de presentación de la mismas en inherentes a la manipulación de las asas (ileo) y algunas otras referentes al procedimiento anastomótico (obstrucción intestinal, fuga de la anastomosis, etc.) (Tabla 13, Figura 13).

Del total de la muestra se encontraron diversas complicaciones, algunas inherentes al procedimiento quirúrgico y otras relacionadas con el manejo médico postquirúrgico, estas son principalmente, neumonías, tromboflebitis y en algunos casos derrame pleural.

DISCUSION

Nuestros resultados indican que las múltiples variables revisadas y que guardan posible relación con la presentación del carcinoma colorrectal en la población de pacientes del Hospital General de México, son muy similares a las reportadas en la literatura internacional, siendo el grupo de enfermos con edades menores a los 45 años afectados de forma importante en un 30.4 % de los casos, en comparación con el rubro de 46 a 55 años en el que el porcentaje encontrado fue de 21.3%. Bajo estos lineamientos consideramos como válida la hipótesis de nulidad.

Encontramos al momento reportes diversos en los que se describen múltiples factores de riesgo para el desarrollo del carcinoma colorrectal, entre estos los concernientes a la historia familiar, hábitos dietéticos, adicciones (tabaquismo y alcoholismo), así como presencia de poliposis o adenomas colónicos.

Se considera como más común el desarrollo de esta patología del lado izquierdo con afección del recto-sigmoides y como manifestación clínica más frecuente la rectorragia.

Por lo que respecta al tratamiento es considerable el número de procedimientos resectivos paliativos con desarrollo de colostomias definitivas por localización de la tumoración cercana al margen del ano, siendo el diagnóstico histopatológico más frecuente el de adenocarcinoma.

El englobar en un solo estudio tantas variables es complicado, ya que cada una de estas es muy importante, por lo tanto únicamente se hace mención a las que presentaron valores representativos de la patología estudiada, señalando la cuestión referente a la presentación en menores de 40 años, situación que ha sido documentada como

inusual en este rango de edad y contemplada como en un 8% de los tumores diagnosticados en el tracto digestivo distal ²⁶.

Es patente que la mayoría de las variables aquí estudiadas, coinciden en forma significativa con los resultados vertidos en la literatura anglosajona, evidenciando los importantes procesos transculturales que de forma directa afectan e inciden en el desarrollo y evolución demográfica de los padecimientos crónico-degenerativos importados del vecino país.

En décadas pasadas nuestra "pirámide patológica", tenía una amplia base de enfermedades del tipo infecto-contagioso, con el advenimiento de múltiples costumbres alimentarias, propias de otras latitudes, hemos adquirido de forma involuntaria también padecimientos crónico-degenerativos íntimamente relacionados con la practica de dichas costumbres, haciendo en la actualidad que nuestra sociedad goce de gran número de casos de enfermedades infecto-contagiosas, así como crónico-degenerativas.

La explicación a esta situación es sencilla, México es un país esencialmente de jóvenes, campo fértil para el desarrollo de ambos campos patológicos, en nuestro trabajo resalta de manera importante la presentación del carcinoma colorrectal en la población que consideraremos como económicamente activa, situación que condiciona enormes gastos por parte de los particulares e instituciones.

El manejo de este tipo de trastornos requiere de un gran apoyo económico, en los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e integración al plano laboral y familiar.

Una parte fundamental del estudio es el hecho que la mayoría de los casos se manifestó de forma temprana, con síntomas importantes, durante el primer trienio, esta situación llevó a los pacientes a buscar atención médica de manera temprana.

Durante el estudio inicial de estos pacientes, primera o segunda consulta, fue posible realizar el diagnóstico en forma clínica o con apoyo de métodos endoscópicos básicos, tales como, rectosigmoidoscopia, en más del 70% de los casos, ya que además se vio que la localización más frecuente del carcinoma colorrectal para este estudio fue el lado izquierdo a menos de 15 cm del margen del ano.

La revisión de estos resultados nos alienta a realizar estudios prospectivos más amplios en los cuales se contemplen factores tales como, supervivencia, relación diferenciación-comportamiento tumoral, invasión, respuestas a diversos tratamientos, relación con síndromes no polipósicos hereditarios en pacientes jóvenes, etc. Esto con el fin de determinar un perfil completo del carcinoma colorrectal en la población de nuestro país. Por otra parte la identificación de factores de riesgo propios a nuestra población, nos debe encaminar a realizar campañas intensas sobre poblaciones blancas, en este caso jóvenes menores de 45 años, con relación a evitar dichos riesgos en pro de disminuir la incidencia de esta patología o diagnosticarla en forma temprana.

CONCLUSION

El carcinoma colorrectal en el Hospital General de México es una entidad con una tendencia interesante de presentación similar para ambos sexos, con incidencia importante en el conjunto de pacientes menores de 45 años, grupo en el cual la manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal y la rectorragia, ambos síntomas florecientes durante el primer trienio del padecimiento.

Esta situación condicionó que la mayoría de los diagnósticos se realizaran por medio de métodos clínicos y endoscópicos realizados en el consultorio, durante la primera o segunda consulta.

La localización más constante del tumor, así como el tipo de procedimiento quirúrgico realizado de manera más frecuente fue sobre el colon izquierdo con relación al derecho, siendo los diagnósticos histopatológicos, diferenciación de los mismos y complicaciones similares a los reportados en la literatura mundial.

Anexo 1

Tabla No. 1

SEXO	Masculino	Femenino	Total
No. de Pacientes	128	115	243
Porcentaje (%)	52	48	100

Fuente. Archivo HGM

Tabla 2

Edad (años)	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
15 - 25	6	2.2
26 - 35	37	15.1
36 - 45	37	15.1
46 - 55	50	20.2
56 - 65	46	20.0
66 - 75	43	17.7
Más de 76	24	9.8
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM.

Tabla 3

Antecedente	No. de Pacientes	Porcentaje
Alcoholismo	80	32.9
Tabaquismo	62	25.5
Ambos	34	13.9
Ninguno	67	27.7
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM.

Tabla 4

Antecedente Familiar	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
Ca. Colorrectal	17	6.9
Ca. Mama	6	2.4
Ca. Endometrio	3	1.3
Ca. de Estómago	3	1.3
Otros	12	4.9
Total	41	16.8

Fuente. Archivo HGM.

Tabla 5

Factores Dietéticos	No. De Pacientes	Porcentaje (%)
Alta en grasa	95	39
Baja en Fibra	148	61
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM

Tabla 6

Síntomas	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
Dolor abdominal	60	24.6
Rectorragia	56	23.0
Diarrea	41	16.8
Acintamiento de heces	19	7.8
Masa abdominal	17	6.9
Vómito	17	6.9
Náusea	16	6.5
Melena	10	4.1
Obstrucción	14	5.7
Otras	53	21.8
Total	303	

Fuente. Archivo HGM

Tabla 7

Tiempo de evolución	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
1 - 3 años	172	70.7
4 - 6 años	51	20.9
7 - 9 años	10	4.20
Más de 10 años	10	4.20
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM.

Tabla No. 8

Distancia en cm. del Margen anal	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
1 - 3 cm	45	18.6
4 - 6 cm	61	25.1
7 - 9 cm	16	6.6
10 -12 cm	21	8.6
13 - 15 cm	30	12.4
Más de 16 cm.	70	28.7
Total	243	100

Fuente. Archivos HGM.

Tabla 9

Tipo de cirugía	No. de pacientes	Porcentaje (%)
Colectomía Derecha	88	36.2
Colectomía Izquierda	40	16.4
Resección Transanal	12	4.9
Colectomía Total	7	2.8
Resección Anterior-baja	45	18.5
Colostomia Definitiva	12	5.0
Resección Abdomino-perineal	35	14.5
Otras	4	1.6
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM

Tabla 10

Anastomosis	No. de pacientes	Porcentaje (%)
Manual	189	77.7
Engrapadora	38	15.7
No se realizó	16	6.6
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM.

Tabla 11

Patología	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
Adenocarcinoma	158	65.1
Adenoescamoso	64	26.4
Epidermoide	12	4.8
Otros	9	3.7
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM

Tabla 12

Diferenciación	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
Bien	39	16
Moderado	148	60.9
Poco	47	19.4
Otros	9	3.7
Total	243	100

Fuente. Archivo HGM

Tabla 13

Complicaciones	No. de Pacientes	Porcentaje (%)
Ileo	28	11.6
Obstrucción Intestinal	12	4.9
Infección Herida Qx.	15	6.2
Fuga de la Anastomosis	6	2.5
Otras	21	8.6
No Complicaciones	161	66.2
Total	243	100

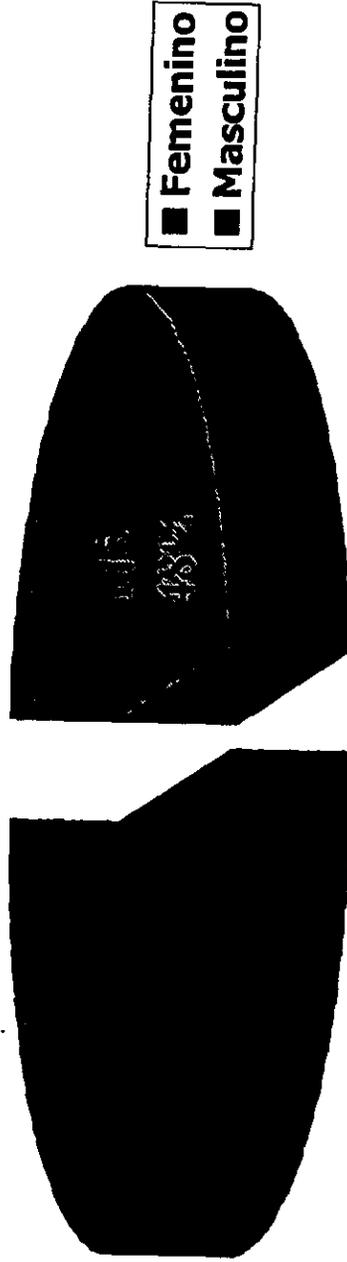
Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

GRAFICA No.1

SEXO

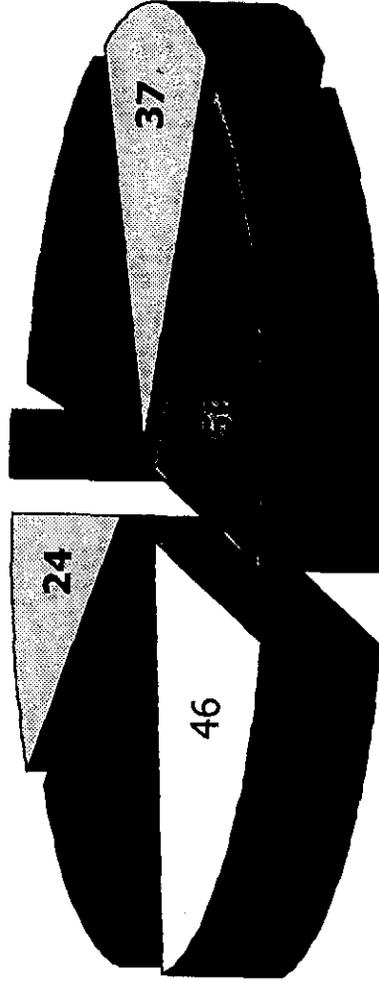
n=243



Fuente: Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

GRAFICO No. 2
EDAD n=243



Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

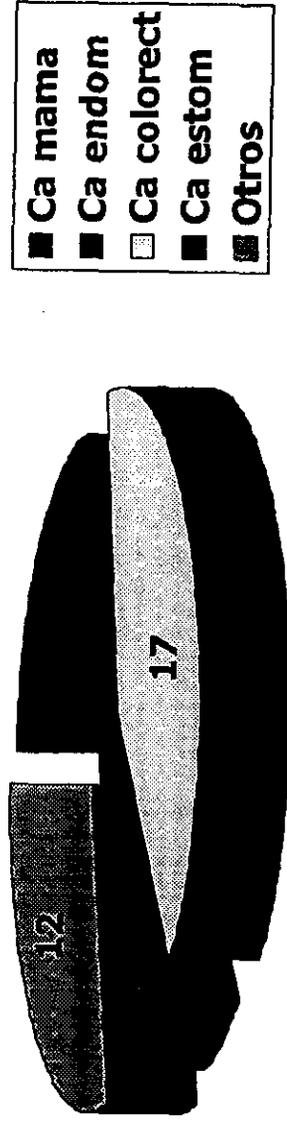
GRAFICA No. 3
ANTECEDENTES
n = 243



Fuente: Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

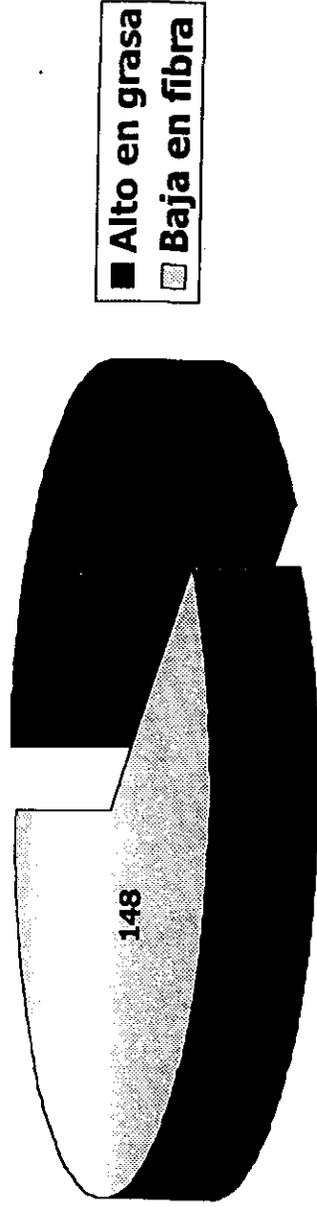
GRAFICA No. 4 ANTECEDENTES PATOLOGICOS n=243



Fuente: Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

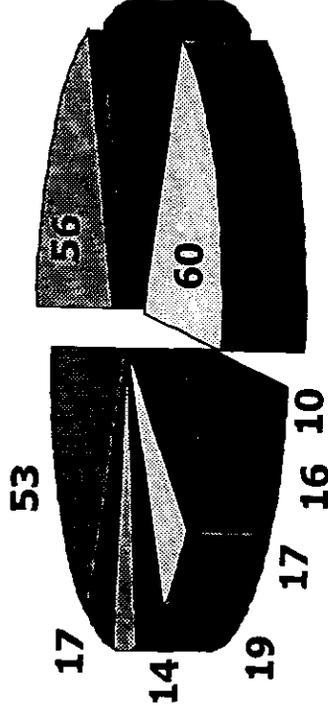
GRAFICA No. 5
FACTORES DIETETICOS
n=243



Fuente: Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

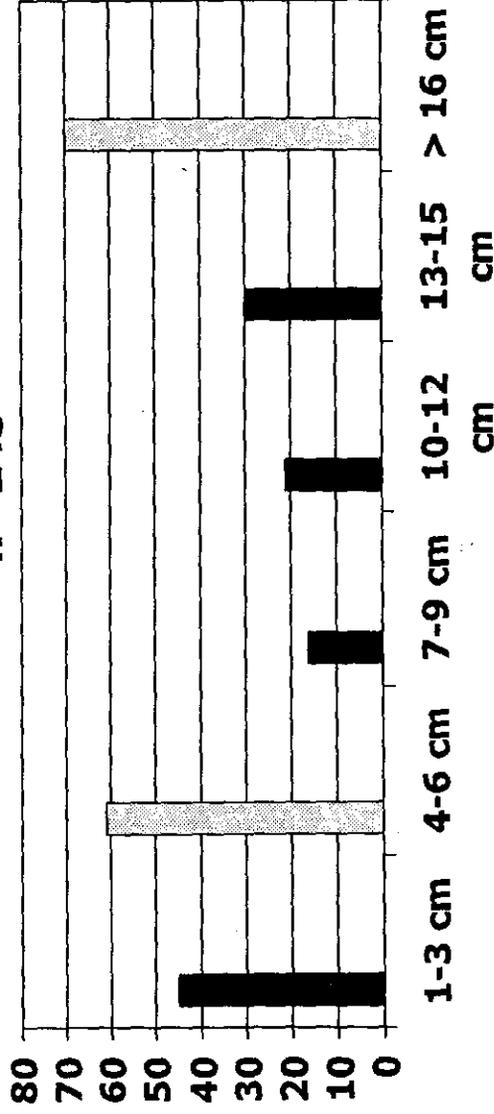
GRAFICA No. 6
SINTOMAS
n = 243



Fuente: Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

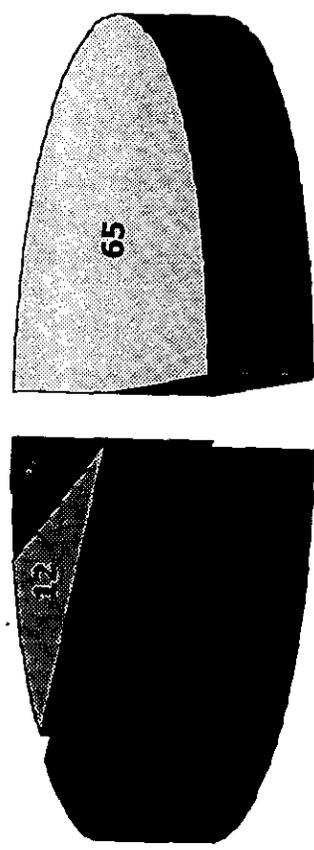
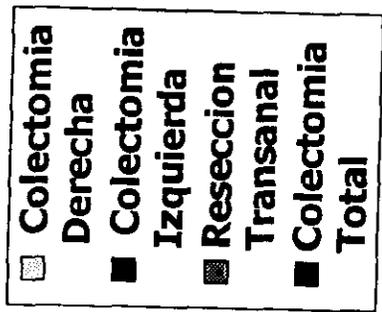
GRAFICA No. 8
DISTANCIA EN CM DEL MARGEN ANAL
n = 243



Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

GRAFICA No. 9 I
TIPO DE CIRUGIA
n=243

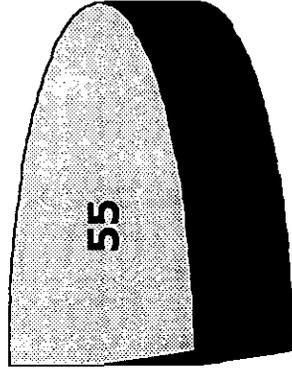
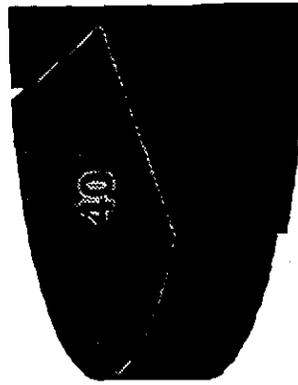


Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

GRAFICA No. 9 II
TIPO DE CIRUGIA
n=243

2 2

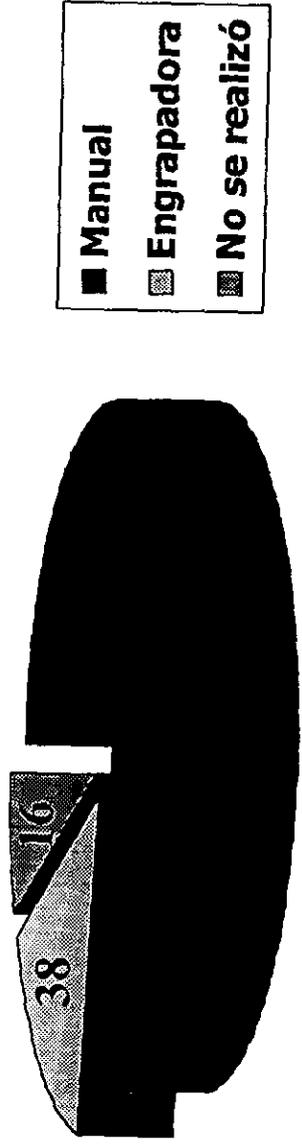


- | | |
|---|---------------|
| ■ | Resección A-B |
| ■ | Colostomia |
| ■ | Resección A-P |
| ■ | Histerectomia |
| ■ | Ooforectomia |

Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

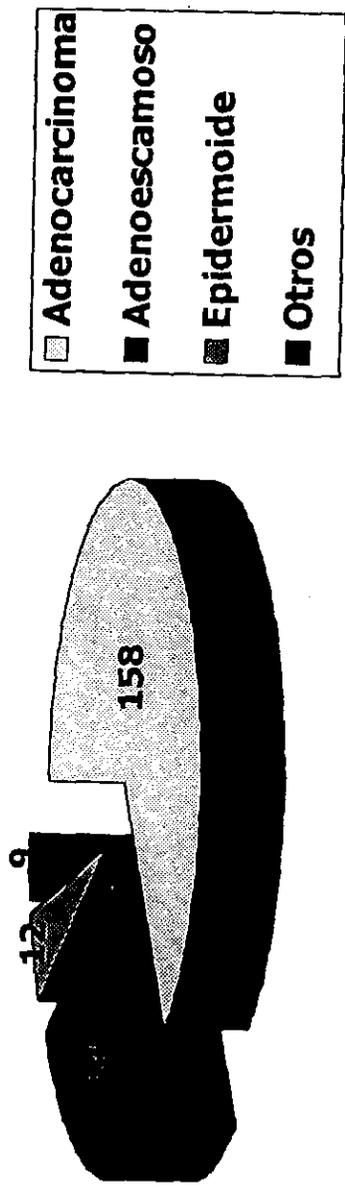
GRAFICA No. 10
ANASTOMOSIS
n = 243



Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

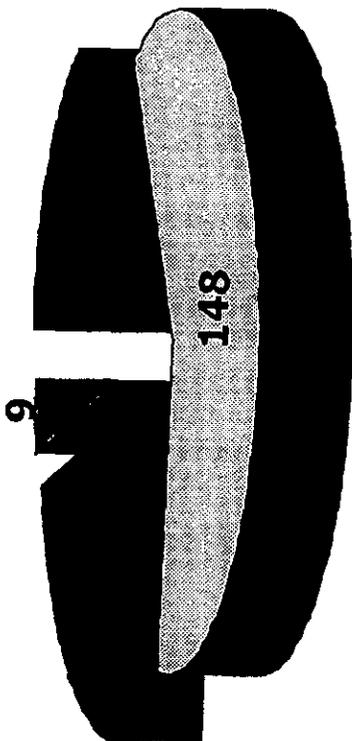
GRAFICO No. 11
PATOLOGIA
n = 243



Fuente. Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

GRAFICA No. 12
DIFERENCIACION
n = 243

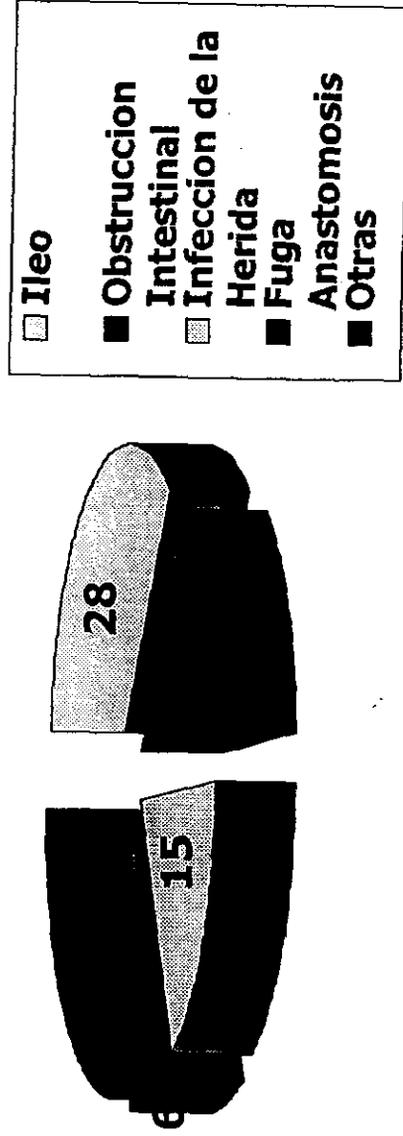


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Fuente: Archivo HGM

CANCER COLO-RECTAL

GRAFICA No. 13
COMPLICACIONES
n = 243



Fuente. Archivo HGM

BIBLIOGRAFIA

1. **Haenszel W.** Migrant Estudios, In Schottenfield, D and Fraumeni, F.J, *Cancer Epidemiology and Prevention*, 1982, pp.194-207.
2. **Mulvihill J.J.** The Frecuency of Hereditary Large Bowel Cancer, In Ingall J.R.F. *Prevention of Hereditary Large Bowel Cancer 1983*, pp 61-75.
3. **Erve R.W.** Inherited Gastrintestinal-Polyposis Sindromes *New England Journal of Medicine*, 294:1101-1104, 1976.
4. **Gyde S. N. Prior P. Macartney J.C.** Malignacy in Crohn Diseased, *Gut* 21:1024-1029, 1980.
5. **Nava H.** Follow up of Colonoscopy in Patients with colorectal adenomatous Polyps, *Basic and Clinical Perspectives of Colorectal Polyps and Cancer*, 1988, pp. 79-87.
6. **Zaridze D.G.** Enviromental Etiology of Large Bowel Cancer. *Journal Natl. Cancer Institute .* 70:389-400, 1983.
7. **Bresalier R.S.** Diet and Colon Cancer-Putting the Buzzle Together: *The New England Journal of Medicine.*, 313: 1413-1414. 1984.
8. **Fisher V.W.** PostoperativeAdyuvant Chemotherapy or Radiation Therapy for Rectal cancer *Natl. Cancer Institute;* 80:21-29, 1988.
9. **Eddy D. M.** Screening For Colorectal Cancer in a High-Risk Population: *Gastroenterology* 92: 682-692,1987.
10. **Jackmann R.J.** The Histopatology of Diminutive Polyps of the Large Intestine; *Surgycal, Gynecology and Obstetrics.*, 120 1259-1265, 1965.
11. **Morson B. C.** Evolution in Cancer in Colon and Rectum *Cancer.*, 34:640-642, 1975.
12. **Stearns W. M.** Techniques for the Surgical Management of Colon Cancer,. *Cancer*, 28:165-169, 1971

13. **The Surgical Clinics of North America;** Colon and Anorectal Surgery, Vol. 58 No. 3 June 1978.
14. **Gastroenterology Clinics of North America** Vol. 17 No. 4 Dec. 1988 Colorrectal Cancer
15. **Arminski T.C.** Incidence and Distribution of Adenomatous Polyps of The Colon and Rectum Based in 1000 Autopsy Examinations. *Dis Colon And Rectum* 7:249-261. 1964.
16. **Burt R.W.** Dominant Inheritance of Adenomatous Colonic Polyps and Colorectal Cancer *N. England Journal of Medicine* 312:1540-1544. 1985.
17. **Lynch H.T.** Management of Hereditary site-specific Colon cancer. *Archivos of Surgery.* 112: 170. 1977.
18. **Lynch H.T.** The Cancer family Syndrome. A Status Report. *Dis. Of Colon And Rectum* 24:311, 1981.
19. **Lynch H.T.** Natural history of Colorectal Cancer in Hereditary non-Poliposys colorectal Cancer (Lynch Syndrome I ,II) *Dis. Colon and rectum* 31: 439-444,1988.
20. **Fitzgibons R.J.** Recognition and Treatment of patien whit hereditary non-Polyposis Colon Cancer (Lynch Syndrome I , II) *Ann Surg* 206: 290-295, 1987.
21. **Cummings J.H.** Fermentation in The Human large Intestine Evidence and Implications for healt . *Lancet* 1:1206, 1983.
22. **Hoff G.M.** Epidemiology of Polyps in The Rectum an Sigmoids Colon. Evaluation of Nutritional factors. *Scandinavian J. Of Gastroenterology* 21: 199, 1980.
23. **Haskell C.M.** Cancer Treatment. Colorrectal Malignances. Saunders pp. 145-168.
24. **Schwartz S. I.** Principios de Cirugía, 5ta Edición Vol. 2 pp. 234-245.
25. **Ackerman J. R.** Patología Quirúrgica. 6ta edición Vol. 1, pp.545-566.

26. **William H.I.** Large-Bowel cancer in the Young: a National Survival Study. *Diseases of the Colon and Rectum*. Vol. 33 May 1990 No. 5 pp. 363-368.
27. **Ulf O.** Colorectal carcinoma in patients less than 40 years of age. *American Society of Colon and Rectal Surgeons. Diseases of Colon and Rectum* Apr. 1995 Vol. 25 pp. 209-214.