

11209

49
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E.

MANEJO DEL CANCER COLORRECTAL
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ
MATEOS" 1991 - 95.

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA EL

DR. NICOLAS NOGUEDA BAÑOS

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE

CIRUGIA GENERAL

DR. OSCAR TREJO SOLORIZANO
COORDINADOR DE CAPACITACION DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. JOSE C. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO

DR. AMADO GOMEZ ANGELES
COORDINADOR DE CIRUGIA



ISSSTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1999

270462



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

SIN

PAGINACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN**

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

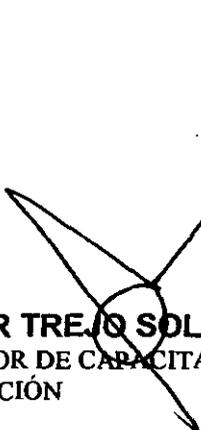
I.S.S.S.T.E.

**MANEJO DEL CANCER COLORRECTAL
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
1991-95.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA EL

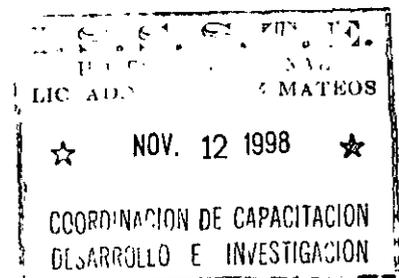
**DR. NICOLAS NOGUEDA BAÑOS
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE

CIRUGIA GENERAL**


DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
COORDINADOR DE CAPACITACIÓN DESARROLLO
E INVESTIGACIÓN


DR. JOSE C. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
POSTGRADO


DR. AMADO GÓMEZ ANGELES
COORDINADOR DE CIRUGIA

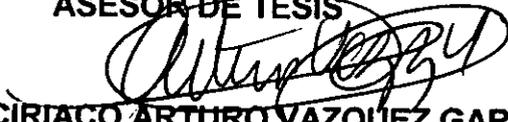


**MANEJO DEL CANCER COLORRECTAL
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
"LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
1991-1995**

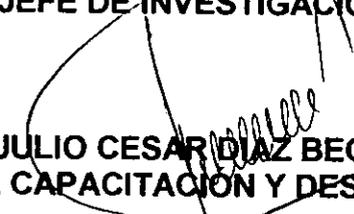
**INVESTIGADOR
DR. NICOLAS NOGUEDA BAÑOS**

**DIRECCION
AV. UNIVERSIDAD 1321 COL. FLORIDA
DELEGACION ALVARO OBREGON
MEXICO, D.F.**


**DR. JOSE G. SEVILLA FLORES
ASESOR DE TESIS**


**DR. JOSE CIRIACO ARTURO VAZQUEZ GARCIA
VOCAL DE INVESTIGACIÓN**


**M.C. HILDA RODRIGUEZ ROJAS
JEFE DE INVESTIGACIÓN**


**DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO**

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
RECIBIDO
NOV. 16 1998
JEFATURA DE LOS SERVICIO DE ENSEÑANZA

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
NOV. 12 1998
JEFATURA DE
INVESTIGACION

**Este trabajo esta dedicado a mi mujer y a mi hijo
fuente de mi fortaleza y deseo de superación que sin
su apoyo no me hubiera sido posible terminar este:**

NUESTRO PROYECTO

GRACIAS GÜERITA.

Quiero agradecer a todos aquellos que participaron en mi formación como cirujano.

En particular al Dr. José Guadalupe Sevilla a quien me precio de poder llamar Maestro.

GRACIAS....

**Y DIOS CUBRIO Y SELLO HERMETICAMENTE AL
HOMBRE CON LA PIEL PARA QUE NADIE PUDIERA
VER SU INTERIOR.....**

Pero no contaba con *El Cirujano*.

Milan Kundera

La Insoportable Levedad del Ser

RESUMEN

El cancer colorrectal ocupa en nuestro país el segundo lugar en neoplasias del tubo digestivo, con predominio despues de la quinta década de la vida.

El presente estudio, revisa cual ha sido el manejo del cancer de colon en nuestra unidad.

MATERIAL Y METODOS

De enero de 1991 a diciembre de 1995, se obtuvo el registro de 28 pacientes, en el servicio de cirugía general del H.R.L.A.L.M. con el diagnostico de cancer colorrectal siendo sometidos a cirugía, el protocolo prequirúrgico incluía historia clínica, laboratorio, colonoscopia con toma de biopsia y colon baritado usando la clasificación de Duke's - Kirclin para su estadificación.

RESULTADOS

Veintidós pacientes fueron intervenidos en forma electiva y seis de urgencia. El promedio fue en el sexo masculino de 1.5 a 1 y la edad promedio fue de 59.6 $X = 23 - 88$ años. El 96.42 fueron Adenocarcinomas y en el 64.28% en el estadio C1 a C2, con una sobrevida a 5 años del 65%.

CONCLUSIONES

El tamaño de la lesión, tiene poca influencia sobre el pronostico de esta entidad; la cirugía debe ser la parte angular en el manejo de este padecimiento.

MANAGEMENT OF COLORECTAL CANCER EXPERIENCE IN " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS REGIONAL HOSPITAL"

ABSTRAC

Colorectal cancer is in México the second neoplasm, in the digestive tract, especially after the fifth decade of life.

At the presente study we make a review of wich has been the management of colorectal cancer in this unit.

MATERIAL AND METHODS

From January 1991 to December 1995, we colected, form medical records, 28 patiens that were operated because of colorectal cancer in the service of General Surgery in L.A.L.M.R.H., with diagnosis of colorrectal cancer, surgical protocol included, clinic history, laboratory exams, colonoscopy and

biopsy, and colon enema with barium, and we used Duke's and Kirklin clasification.

RESULTS

Twenty two patients, were operated in programed way, and four were operatede because of emergency. They were male 1 to 1.5 with female; the average age was 59.6 $X = 23 - 88$ years. The 96.42% were Adenocarcinoma with 64.28% on C1 and C1 stage and survive for 5 years 65%.

CONCLUSIONS

Size of tumor, have no influence in prognosis. Surgery is the gold standard for colorectal cancer.

ANTECEDENTES

El Cáncer de Colon es la segunda neoplasia maligna del tubo digestivo en nuestro hospital; vinculada desde las observaciones de Burkit con una dieta baja en residuo, ingesta de carcinogeneticos en la dieta, con un consumo alto en grasas, que pueden ser factor de riesgo en carencia de alimentos que se consideran como protectores, tales como; cereales, granos y fibra vegetal. En países occidentales ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad solo después del carcinoma de mama en mujeres y en hombres ocupa el tercer lugar por debajo del cáncer pulmonar y de próstata; en Estados Unidos causa alrededor de 60,000 muertes por año; y se detectan 150,000 casos nuevos en el mismo lapso de tiempo. Por otra parte deben considerarse diferencias entre grupos étnicos, y áreas geográficas.

En nuestro país ocupa el segundo lugar en neoplasia de tubo digestivo solo por debajo del Ca gástrico.

La frecuencia aumenta con la edad despues de los 40 años con mayor impacto entre la sexta y séptima década de la vida. El instituto nacional de Cáncer de Estados Unidos reporta que personas mayores de 65 años tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar un Cáncer que personas mas jóvenes.

La aparicion del Ca colorectal puede ser el resultado de factores geneticos-ambientales, e individuales sugiriendo que la suma de estos,

podiera tener el impacto de provocar la enfermedad o creando defensas contra ella, recientemente se ha evidenciado, que en cultivo de células cancerosas, se muestra una regulación aberrante de su crecimiento y apoptosis cuando son comparadas con células normales, que pudieran ser resultado de tres situaciones que son: Estimulación en el crecimiento (actividad oncogenica), falla en los signos de supresión proliferativa y falla en los signos de estimulación apoptosica, jugando un rol importante en los genes como son el K-ras, el APC, el P 53, el DCC y el MCC. De los cuales se espera que su conocimiento futuro ofrezca protección y tratamiento efectivo del Ca de colon.

Desde el punto de vista quirúrgico el Carcinoma colorectal es la 3era causa de muerte en los Estados Unidos la identificación de riesgos individuales para el desarrollo de este carcinoma permite la aplicación de programas que puedan disminuir su incidencia e identificarlos en etapas más tempranas con repercusión en las curvas de sobrevida.

El objetivo del presente estudio es determinar la incidencia de esta neoplasia en nuestra unidad, estadio de detección, manejo quirúrgico y sobrevida, para normar un algoritmo diagnostico y terapéutico.

MATERIAL Y METODOS

De enero de 1991 a enero de 1995 se operaron 28 pacientes en el servicio de cirugía general del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos", con él diagnostico de Cáncer colorectal, 22 en forma electiva y 6 en situacion de urgencia.

La evaluación preoperatoria electiva incluía historia clínica completa, examen físico, exámenes de laboratorio, colonoscopia con toma de biopsia y enema baritado de colon que apoyaba a confirmar la localización exacta del tumor; intraoperatoriamente se incluía un examen cuidadoso de la superficie peritoneal, hígado y todas las partes visibles de abdomen y la pelvis; todos los pacientes fueron vistos en 36 meses de seguimiento dependiendo de la etapificacion del tumor.

Se utilizo la etapificacion de Dukes-Kirklin para la estadificación histologica del tumor y se realizo correlación clínico anatomopatologica, en cuanto a morbimortalidad y sobrevida.

DISCUSION

En el mundo las altas tasas de carcinoma colorrectal predominan en los países industrializados. Se hallan tasas más bajas en Europa oriental África y Sudamérica. No se duda de los factores ambientales, especialmente los dietéticos pueden explicar el aumento de las tasas de cáncer. Esto no se contrapone con los datos acumulados sobre predisposición genética, incluso para los casos no familiares o esporádicos del carcinoma colorrectal. Se han intentado numerosas pruebas de detección molecular, biológica, y bioquímica para definir mejores peredictores de la transformación mutagenica de la mucosa en todos aquellos pacientes con enfermedad polipoide o inflamatoria del intestino grueso dado el riesgo de aparición de cáncer.

Este análisis de nuestra experiencia institucional sitúa al cáncer colorrectal como la segunda neoplasia de tubo digestivo solo por abajo del cáncer gástrico y con una mortalidad que supera el 35%, nuestra incidencia en cuanto a sexo es de predominio en sexo masculino 1.5 a 1 igual a la reportada en la literatura; llama la atención en forma importante que los datos clínicos relevantes fueron al igual que en otras series, la perdida de peso y la presencia de masa palpable hasta en 85.71%, probablemente debido a que la detección de los casos, en estadios avanzados situación que prevalece en los tumores del tuno digestivo; los métodos de determinación del sitio de lesión, en forma preoperatoria, y, la

certeza diagnóstica, se establecieron como marca la literatura, basándose en estudios de imagenología endoscópica y con toma de biopsias con lo cual se debe establecer el plan terapéutico.

La cirugía es el principal soporte para el tratamiento del colon y recto la cual debe basarse en la comprensión de la anatomía y los mecanismos de diseminación del cáncer por ello deben researse una longitud adecuada de intestino proximal y distal del cáncer con el fin de evitar cortar, vasos linfáticos intramurales y en consecuencia la resección del principal drenaje linfático en el mesenterio, pueden hacerse hemicolectomía derecha, izquierda, resección anterior, alta o baja; tomando los buenos principios de la cirugía oncológica sin sacrificio permanente de la función intestinal, como lo establece la nobleza de la cirugía general.

Desde el punto de vista quirúrgico los hallazgos transoperatorios determinaron la toma de decisiones en cuanto al tipo de resección y reconstrucción, solo un caso fue manejado con estoma, por perforación y contaminación de la cavidad abdominal, y en el resto de los pacientes se utilizó la resección y anastomosis de en primera instancia con excepción de los pacientes en quienes se realizó resección abdominoperineal en quienes se dejaron colostomias terminales, que de acuerdo con tipo de pacientes se enmarca dentro del porcentaje en los cuales los bordes libres de tumor obligan a esta situación (5 a 10% de los casos) y un caso con carcinomatosis que no fue posible derivar.

Los estudios histopatológicos de C1 a D, involucraron a un 64.26% esto es mas de la mitad de los pacientes con estadios avanzados, la variedad mas frecuente fue de 96.42% adenocarcinoma como se reporta en la literatura, si bien se presentaron otras variedades como leiomioma y de células en anillo de sello que tuvieron un comportamiento biológico más agresivo y se presentaron en los 2 pacientes más jóvenes (23 y 33 años).

RESULTADOS

De los 28 pacientes 16 eran hombres (57.15%) y 12 eran mujeres(42.85%) con una edad promedio de 58.6 años, con rangos que oscilaban entre los 23 y 88 años. Como antecedentes patológicos de importancia 7 (25%) pacientes eran portadores de Diabetes Mellitus de larga data bajo control y 4 eran portadores de Hipertensión arterial sistémica (14.28%).

Desde el punto de vista clínico los datos más relevantes en orden de importancia fueron: pérdida de peso 26(92.85%), masa palpable en 24(85.71%), náusea y vómito en 17(60.7%), sangrado 14(50%), dolor en 21(75%), abdomen agudo 6(21.42%), fiebre en 4(14.28%).

Desde el punto de vista laboratorial 11 de los pacientes cursaban con anemia (39.28%) y con leucocitosis 4 (14.28%) o leucopenia 3 (10.71%).

En los exámenes de colonoscopia en los pacientes electivos en todos se contaba con biopsia en donde se demostraba la presencia de carcinoma colorectal.

Se realizó colon por enema preoperatoriamente en los 22 pacientes electivos (78.57%)

De los pacientes intervenidos quirúrgicamente 6 fueron operados en situación de urgencia 2(7.14%) por perforación o abdomen agudo, y 4(14.28%) por oclusión intestinal.

Los hallazgos quirúrgicos en forma global fueron perforación en 4 pacientes (14.28%), oclusión en 4(14.28) presencia de líquido libre en cavidad 5 que corresponde a un 17.85%, y sangrado en 3 (10.7%).

Los sitios de lesión encontrados fueron ciego y colon ascendente en 7 (25%) colon transversal 5 (17.85%) en descendente 3 corresponde a un 10.75%, en sigmoides 7(25%) en recto 5(17.85%).

Solo se presento un caso de tumor sincrónico en colon descendente y sigmoides (3.57%).

Por tamaño los tumores encontrados se clasificaron de la siguiente manera de 2-5 cm 10 casos, (35.71%), de 5-8 cm 7(25%) y más de 8 cm fueron 11 (39.8%).

Se encontraron Metástasis a distancia en 3 pacientes (10.71%) ganglios positivos a nivel del mesenterio en 10 pacientes (35.71%), y METs hepáticas en 6 pacientes (42.21%) en los 9 pacientes restantes no se encontró diseminación a ganglios en mesenterio.

Las cirugías realizadas fueron hemicolectomías derechas 8(28.57%), hemicolectomías izquierdas 6 (21.4%), resección anterior 8 (28.57%), resección abdominoperineal en 3 (10.71%), colostomía en 1 (3.57%), transversectomía 2(7.14%).

Los márgenes de resección empleados fueron consistentes entre 5-10 cm, 24, y menos de 5cm, en 4.

Se reportaron 27 casos de adenocarcinoma (96.42%), con variedad de mucoproducción en 3 (11.11), y en células en anillo de sello en 1 caso (3.7); hubo solo 1 caso de leiomioma de colon (3.57%).

La estadificación fue Dukes A, 1 caso(3.57%); Dukes B, 9 casos (32.14%); C1, 9 casos (32.14%); C2, 5 casos (17.85%), y Dukes D, en 4 casos que corresponde a 14.28%.

Las complicaciones postquirúrgicas fueron, infecciosas en 2 casos (7.14%) ambos diabéticos; y, relacionadas con el estoma en 2 casos (7.14%) 1 por invaginación y otro por necrosis.

La muerte operatoria ocurrió en 4 pacientes (14.28%), encontrándose 2 pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico, un paciente con sepsis abdominal, y el restante con encefalopatía hepática y hemorragia de tubo digestivo superior.

Los pacientes tuvieron una supervivencia global a 5 años de 65%.

Encontrándose como causa de muerte desnutrición, neumonía, inmunosupresión secundarias al uso de quimioterapia, y recidiva de la neoplasia en 2 pacientes previamente operados.

El manejo postoperatorio del paciente incluyó la utilización de quimioterapia en 9 pacientes en los cuales se estadificó como Duke's C 2 y D, con 5-fluoruracilo.

La mortalidad por sexo fue de 9 hombres (90%), y mujer 1 caso (10%).

CONCLUSIONES

El tamaño de la lesión primaria tiene poca influencia en el pronóstico del cáncer de colon. El grado de afectación depende de la profundidad de penetración del tumor en la pared del colon, la afectación a ganglios linfáticos, y, las metástasis a distancia.

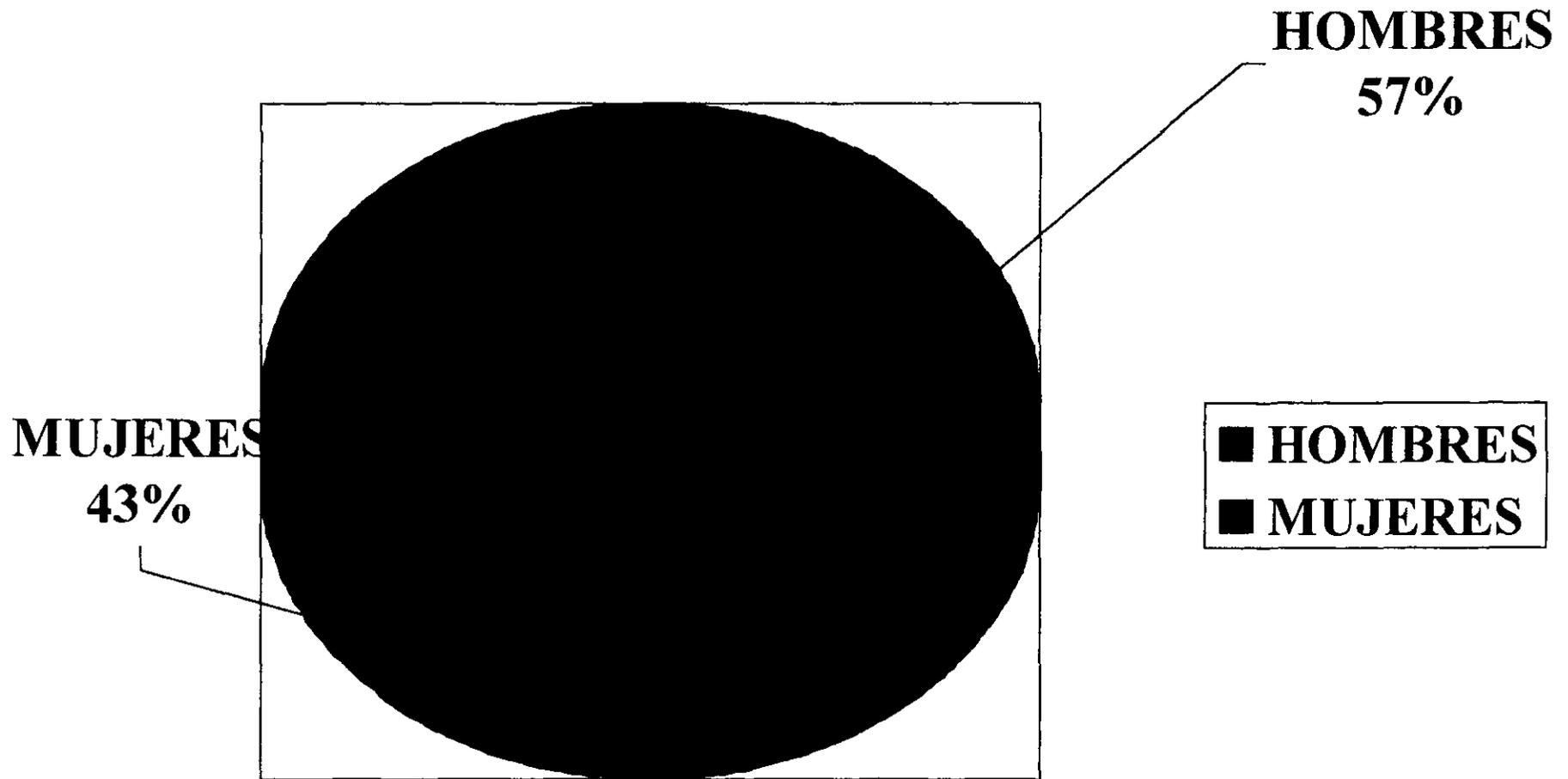
La clasificación de Duke's continua teniendo validez.

El Diagnóstico temprano de los pacientes con cáncer de colon nos permite ofrecer un mejor manejo con lo cual se mejoran las tasas de supervivencia.

La cirugía es la piedra angular en el manejo de esta patología seguida del manejo médico coadyuvante.

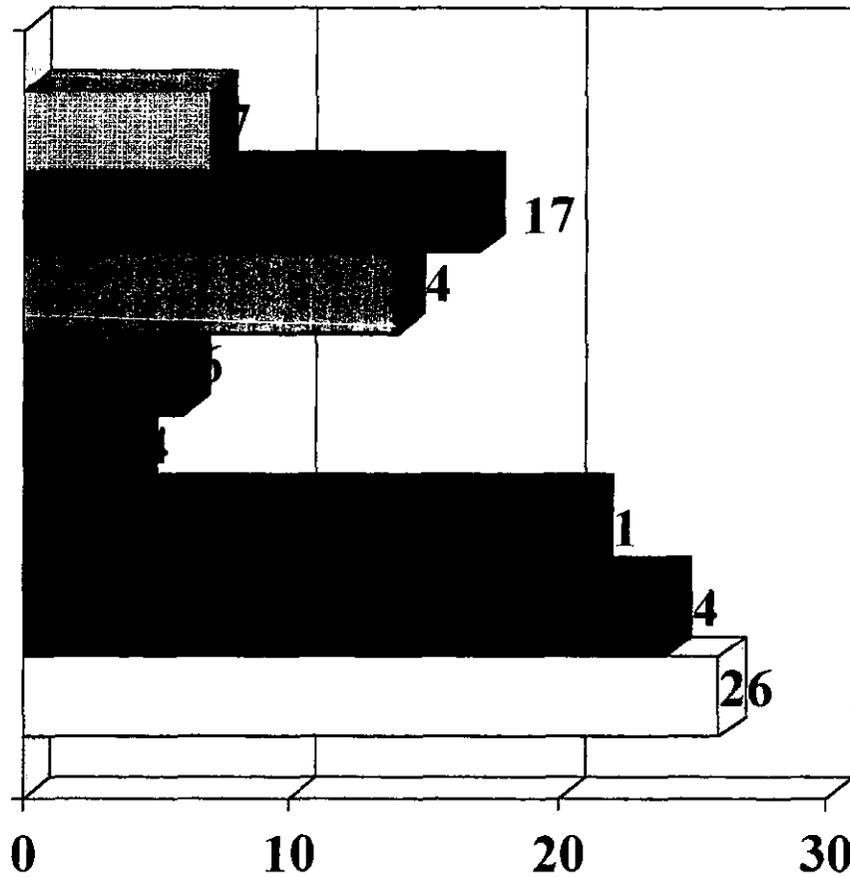
La recurrencia del cáncer de colon debe llevar un tratamiento agresivo.

La valoración de vigilancia debe incluir examen físico sigmoidoscopia, colonoscopia, pruebas de función hepática, valoración del antígeno carcinoembrionario, radiografía de tórax, enema de bario y tomografía axial computarizada.



DISTRIBUCION POR SEXO DE CANCER COLORRECTAL

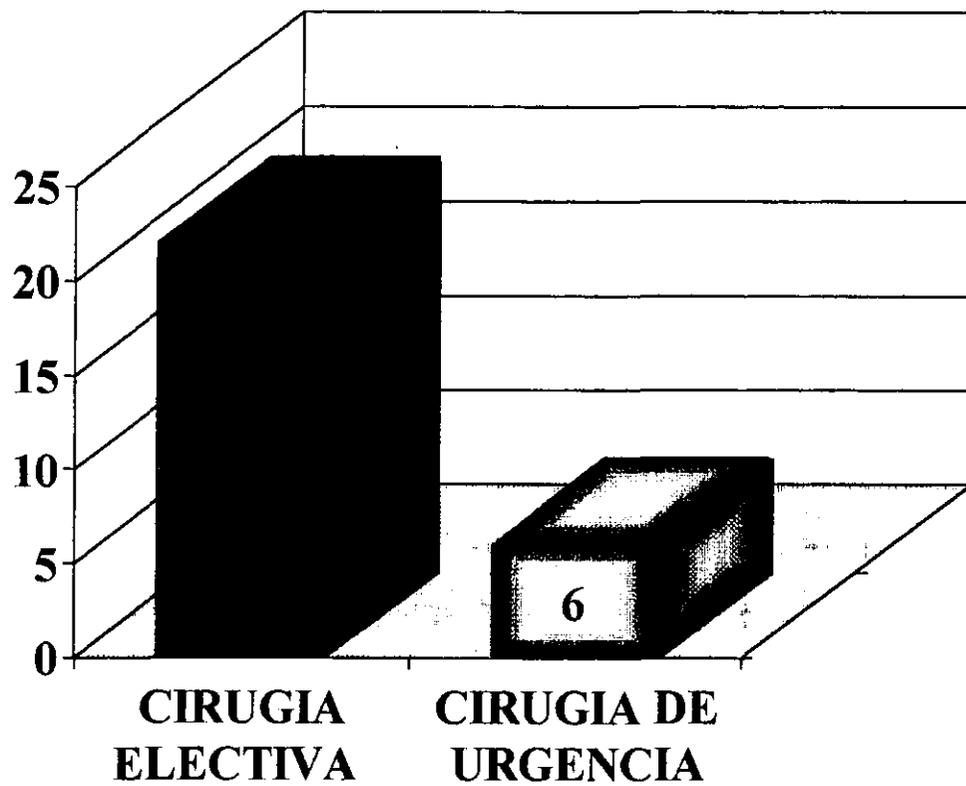
Fuente: HRLAM



- DISTENSION ABDOMINAL
- NAUSEA Y VOMITO
- SANGRADO
- ABDOMEN AGUDO
- FIEBRE
- DOLOR
- MASA PALPABLE
- PERDIDA DE PESO

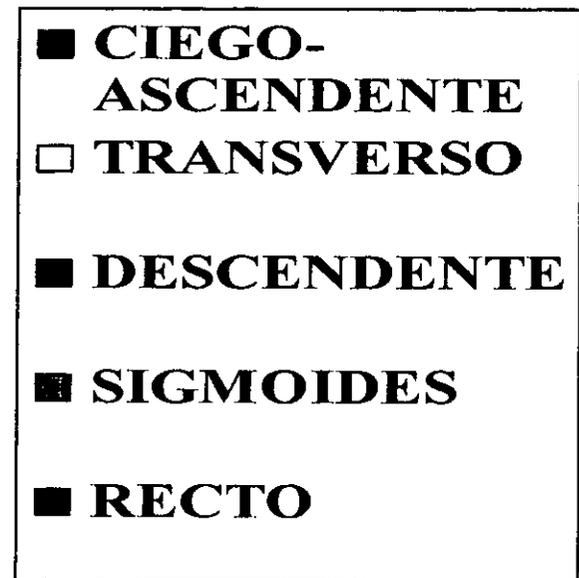
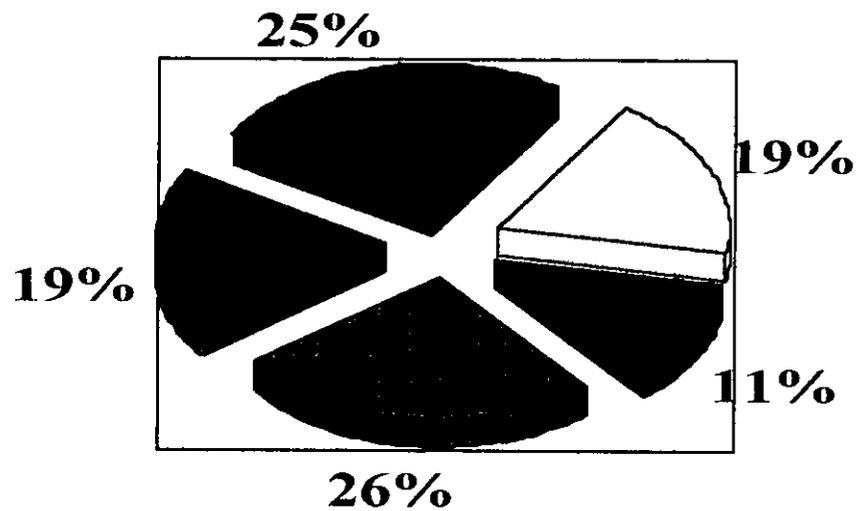
DATOS CLINICOS

FUENTE: HRLALM



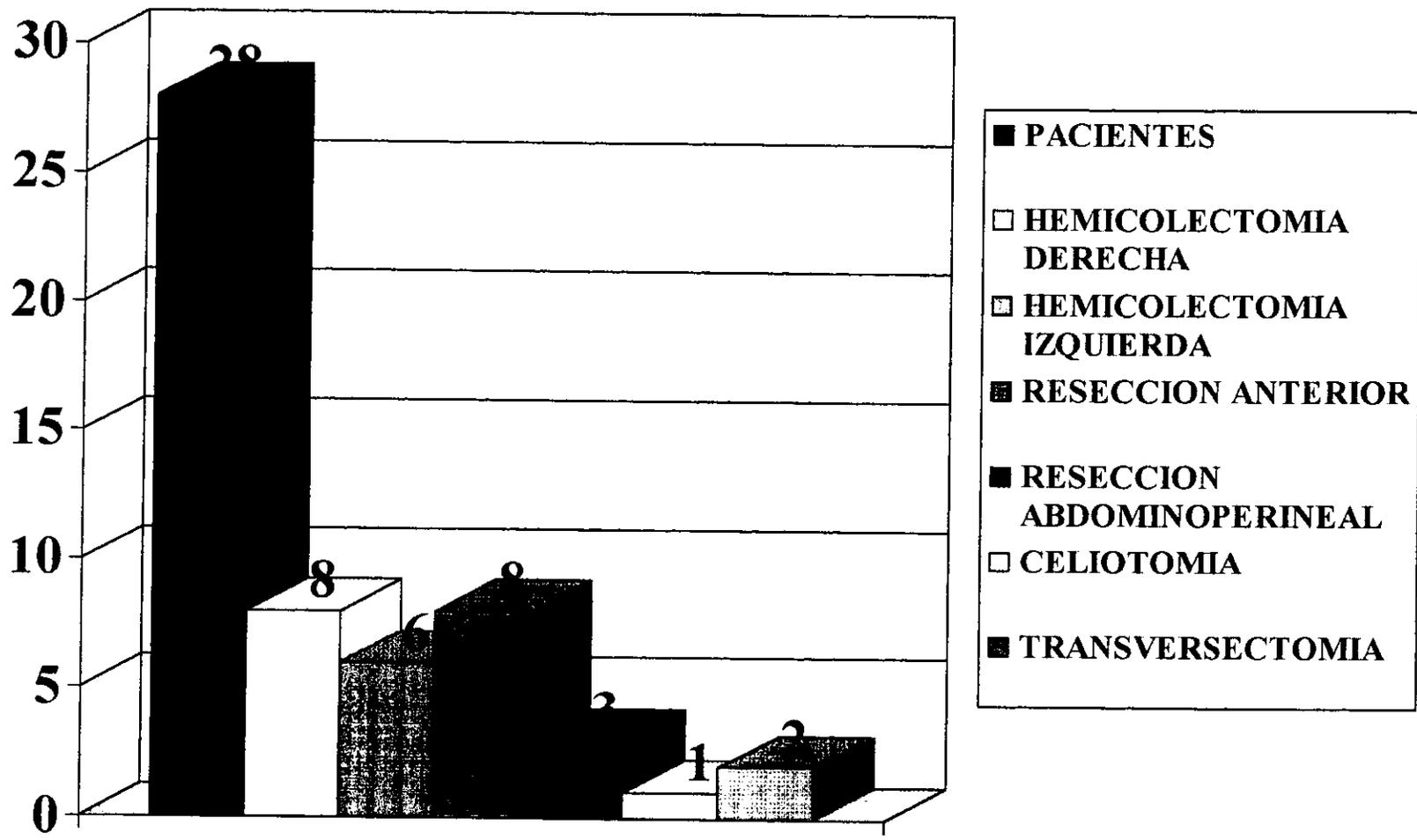
TIPO DE CIRUGIA

FUENTE: HRLALM



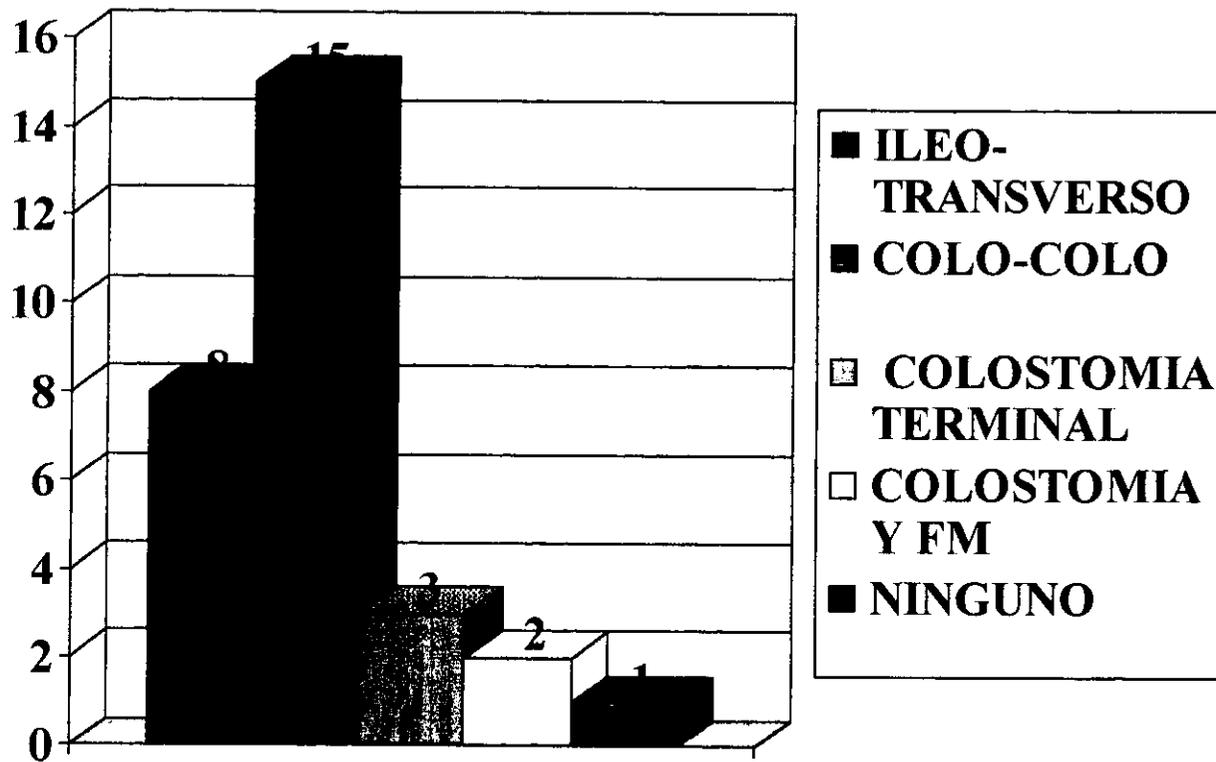
SITIO ANATOMICO DE LESION

FUENTE: HRLALM



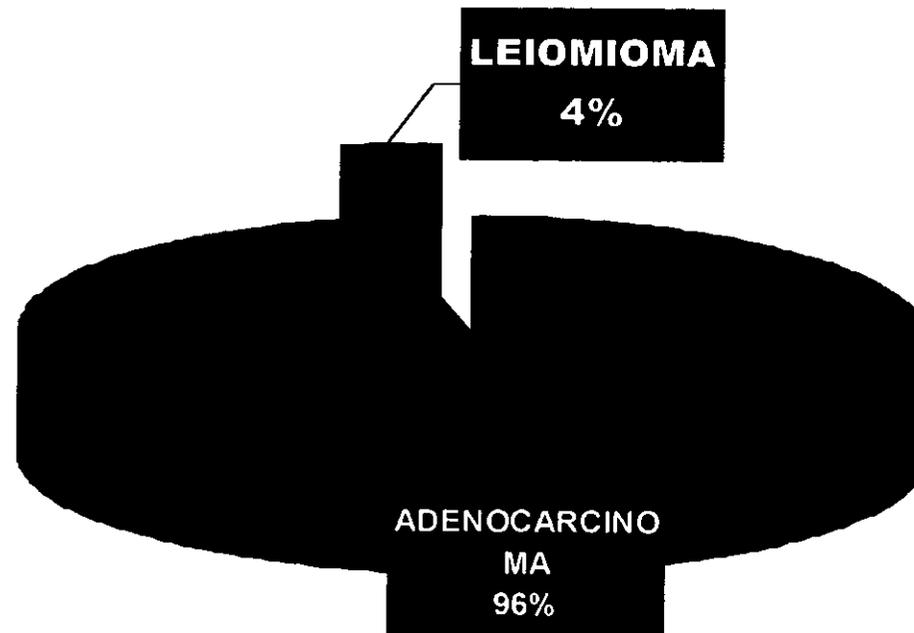
CIRUGIAS REALIZADAS

FUENTE:HRLALM



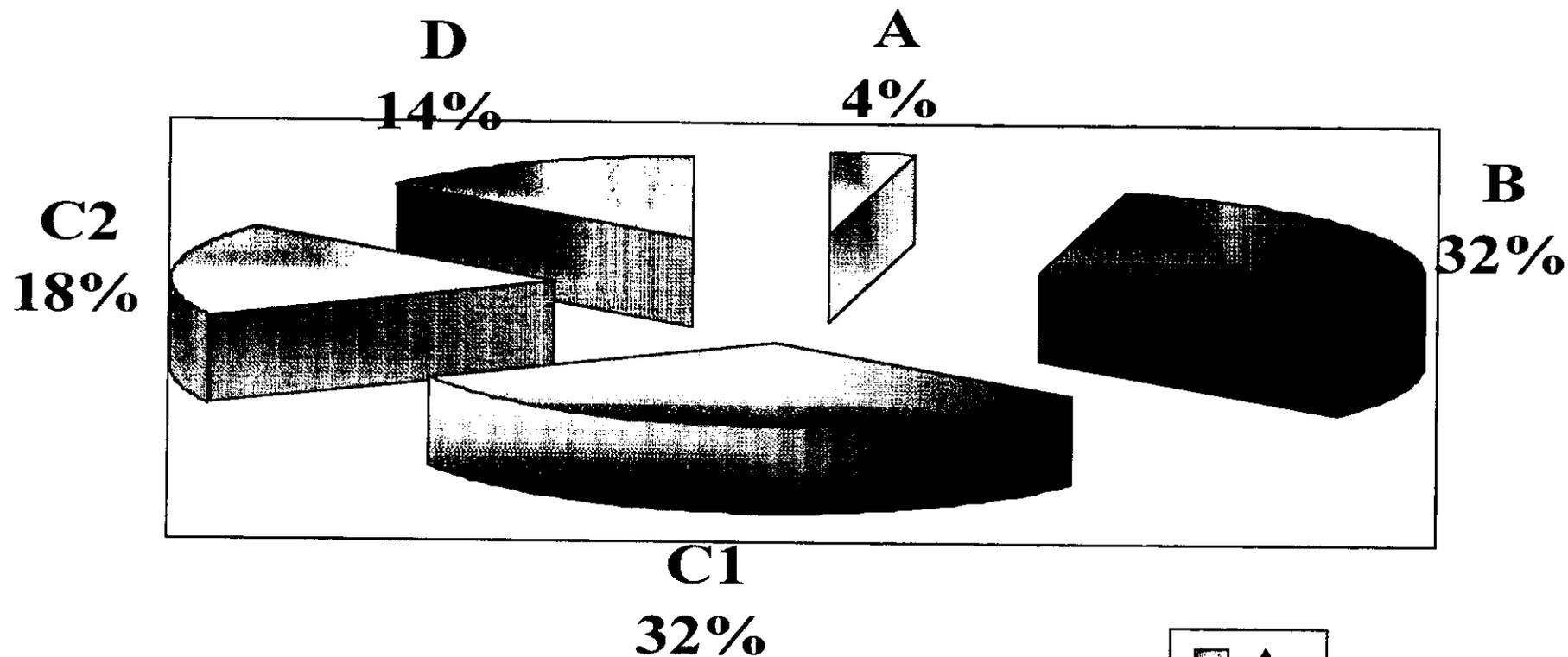
TIPO DE RECONSTRUCCION

FUENTE: HRLALM

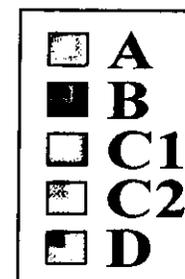


FUENTE: HRLALM

VARIEDAD HISTOLOGICA



ESTADIFICACION DE DUKE'S



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

BIBLIOGRAFIA

Schwartz; Principios de Cirugía 6ª. Edición, Vol. 2. Editorial Interamericana Mc Graw Hill

Pag. 1229 – 1346 1995.

Zuidema; Cirugía del aparato Digestivo 3ª. Edición Vol. 4. Editorial panamericana. 1995

John Nichols; Surgery of the Colon and Rectum, 1ª. Edición Editorial Churchill Livingston

Pag. 335 – 533 1997.

Howe James; Genetica del Cancer colorrectal. Clinicas quirúrgicas de Norteamérica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana Pag. 183 – 206 1997.

Díaz Canton E.; tratamiento medico coadyuvante para el Cáncer colorrectal Clínicas quirúrgicas de Norteamérica Pag. 223 – 242 .1997.

Charles P. Rosenbaum. Revisión de la quimioterapia para el carcinoma colorrectal. Randall W. Burt. Actualización de los Avances de la Genética en el Cáncer Colorrectal. Mark H. Mellow. Tratamiento endoscopico con

láser para las neoplasias colorrectales. Practical Gastroenterology Mayo
– Junio 1998. Vol. 5 No. 3

M. Rees, Late Results justify resection for multiple hepatic metastases
from colorectal cancer. British Journal Of Surgery 1997, 84, 1136 –
1140.

La Mars S, Surgical Treatment Options For Colorectal Cancer, Cancer
Supplement Octubre 1 1994 Vol. 74 No. 7

Jean Pierre, Emergency Sub/Total Colectomy, with Anastomosis for
Acutely Obstructed Carcinoma of the Left Colon. Dis. Colon Rectum,
July 1994.

Marc. A Passman, Syncronous Colon Primaries Have the Same
Prognosis as Solitary Colon Cancers. Dis. Colon Rectum, March 1996.

John L. Gwin, Surgical Mnagement of Nonhepatic Intra-abdominal
Recurrence of Carcinoma of the Colon. Dis. Colon Rectum, June 1993.

Robert W Beart, Management And Survival of Patiens With
Adenocarcinoma Of the Colon and Rectum a National Survey of the
Comission on Cancer. Journal of the American College of Surgeons .
Septiembre 1995 . Vol. 181