

11209
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTROMEDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
DELEGACION 3 SUR OESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA**

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS

T E S I S D E P O S T G R A D O

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A:

DR. JUSTO ARMANDO FUENTES GARCIA

ASESORES: DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

DR. ROBERTO SUAREZ MORENO

DR. CASTELLANOS OLIVARES ANTONIO

DR. DAVID DANIEL ESMER SANCHEZ

MEXICO,

~~B.F. 1000~~

2002

**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTROMEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA**

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS

**T E S I S D E P O S T G R A D O
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

P R E S E N T A:

DR. JUSTO ARMANDO FUENTES GARCIA

ASESORES:DR.ROBERTO BLANCO BENAVIDES

DR.ROBERTO SUAREZ

DR.CASTELLANOS OLIVARES ANTONIO

DR. DAVID DANIEL ESMER SANCHEZ

MEXICO, D.F.

AUTORES:

**DR. ROBERTO BLANCO BENABIDES
DR. ROBERTO SUAREZ MORENO
DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
DR. DAVID DANIEL ESMER SANCHEZ
DR. JUSTO ARMANDO FUENTES GARCIA**

Agradezco A Dios, a mis padres, esposa, hermanas, maestros y a la divina providencia por conservar mi vida y mantenerme en salud.
Y en especial a Karina Soledad Carvajal.

DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN CANCER COLONRECTAL

nr

DR: NIELS H. WACHER RODARTE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION
MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



[Handwritten signature]

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR EN EL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL Y GASTRO
INTESTINAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

[Handwritten signature]

DR. ROBERTO SUAREZ MORENO
ASESOR DE TESIS MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA GENERAL Y GASTRO INTESTINAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
ASESOR DE TESIS MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE
ESDUCACION E INVESTIGACION MEDICA, COORDINADOR DE
EDUCACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

[Handwritten mark]

DR. DAVID DANIEL ESMER SANCHEZ
ASESOR DE TESIS, MEDICO ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE
CIRUGIA GENERAL Y GASTRO INTESTINAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PAG.
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	9
OBJETIVO	14
DISEÑO	15
MATERIALES Y METODO	16
RESULTADOS	17
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFIA	29
APENDICE	33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Durante los estudios realizados en los diferentes periodos de la existencia de la humanidad se han encontrado pruebas del cáncer como entidad patológica que ha agobiado a la humanidad desde épocas remotas como son los hallazgos de neoplasias en las momias del periodo egipcio y precolombino. (1).

El cáncer colon rectal en la actualidad es una enfermedad que se puede tratar y curar cuando la diagnosticamos a tiempo, ocupa el segundo lugar entre las patologías más frecuentemente diagnosticadas en los Estados Unidos de Norte América, con una frecuencia de unos 160.000 nuevos casos diagnosticados por años y una 60.000 muertes por años. El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección y los resultados de curación de los pacientes se estiman en un 50 %. La recurrencia del cáncer colorectal es el mayor problema para el tratamiento de estos pacientes y muy frecuentemente es la causa de su fallecimiento. El pronóstico del cáncer colorectal está claramente relacionado con el grado de penetración del tumor a través de las paredes del intestino y la presencia o ausencia del involucramiento de los ganglios linfáticos, estas dos características forman la base de todos los sistemas de estadificación de esta enfermedad. La obstrucción intestinal y la perforación del colon en algunos de sus segmentos son indicadores de pobre pronóstico para el paciente. (2). Los niveles de antígeno carcinoembrionario (ACE), tienen un pronóstico negativo para el tratamiento del paciente. (3). La edad en que predomina la aparición del cáncer colorectal es a los 70 años de edad y esta no representa contraindicación en el tratamiento quirúrgico de los pacientes ya que se han obtenido resultados positivos en la vida que estos pacientes llevan, también se han obtenido buenos resultados en su morbilidad y mortalidad los cuales son aceptables. (4).

La identificación de los grupos de alto riesgo en etapas tempranas demuestra la disminución en el desarrollo del cáncer colorectal, el seguimiento de estos grupos como son los pacientes con condiciones hereditarias como la poliposis familiar, cáncer colorectal hereditario, síndrome de Lynch I y II, en los dos últimos la incidencia es de un 10 % a un 15%, además los pacientes con colitis ulcerativa, pacientes con antecedentes hereditarios de primer grado con cáncer colorectal o adenomas, paciente con antecedentes personales de haber padecido cáncer de ovario, de útero, o mama. (5,6). Este grupo de paciente con alto riesgo de padecer cáncer colorectal tiene una incidencia de un 23%. Por lo que a este grupo de paciente se les debe realizar un seguimiento para disminuir esta incidencia. (7).

El reconocimiento de los factores de riesgos como es: La herencia ya que aproximadamente un 15% de todos los pacientes con cáncer de colorectal tiene una historia familiar de cáncer de colon en un pariente de primer grado, la dieta rica en grasas animales la cual tiene la asociación más alta del cáncer de colon, la baja ingesta de fibra vegetal, la cual tiene

la propiedad de diluir las sustancias carcinogenas, para que la pared del intestino tenga menos exposición a estos agentes, el estilo de vida sedentario, la obesidad, el alcoholismo y la colecistectomia la cual presenta un aumento de la frecuencia de cáncer de colon en los pacientes del sexo femenino. (8).

La disminución de los factores de riesgos consiste en disminución de la ingesta de grasas animal a un 30% de la ingesta total de calorías, aumentar la ingesta de fibra vegetal a un total de 20 gramos diarios, aumentar la ingesta de frutas y verduras ,consumir alcohol en forma moderada, realizar ejercicios físicos ya que este ultimo ha mostrado reducir el riesgo de cáncer en un 50 %, la ingesta de ácido acetil salicílico 500 mg tres veces por semanas, lo cual ha demostrado la disminución del cáncer colorectal en un 30 % .El aumento de la ingesta de vitamina D y calcio los cuales pueden reducir el riesgo de cáncer de colorectal en vías de desarrollo. (9).

La clasificación de las neoplasias malignas del intestino grueso es de acuerdo a su origen celular:

1. Origen epitelial: Adenocarcinoma, Adenoacantoma, Carcinoma Cloacogénico, tumor carcinoide, Carcinoma de células escamosas
2. Origen Mesenquimatoso:

a) Melanoma maligno(melanoblastoma).

b) Sarcoma:

1. Liomiosarcoma.

2. Fibrosarcoma.

3. Liposarcoma.

4. Hemangiosarcoma.

5. Linfangiosarcoma.

- a) Sarcoma de células reticulares.
- b) Linfosarcomas
- c) Sarcoma de células plasmáticas.
- d) Sarcoma de hodgkin.

La mayoría de los casos son representado por el grupo de los adenocarcinomas los cuales tiene un buen pronostico cuando son detectados y tratados a tiempo. (10).

Los grados de propagación del tumor se clasifican de acuerdo a los estudios realizados por Duker el (1932), modificados por ASTLER Y COLLER (1954), modificándose esta ultima en el (1978):

A: Tumor limitado a la mucosa.

B 1: Tumor dentro de la muscularis propia pero no la rebasa.

B 2: Tumor que rebasa a la muscularis propia y pasa a la grasa pericolica.

B3: Tumor que rebasa a la muscularis propia, pasa a la grasa pericolica y estructuras

Adyacentes.

C1: Tumor limitado a la submucosa y ganglios linfáticos proximales y distales.

C2: Es un B2 más ataque de ganglios linfáticos proximales y distales.

C3: Es un B3 mas ganglios linfáticos proximales y distales.

D :Es un C3 más propagación a distancia.

Las vías de propagación del cáncer colorectal son a través de las vías locales o propagación circular alrededor de la pared intestinal, paralelamente a la pared intestinal, perpendicular a la pared intestinal, perineural y a órganos o estructuras adyacentes, a través de vías linfáticas, hematogena en esta vía la propagación de metástasis al hígado al pulmón y columna, por último se disemina por implantación como es a la herida, la anastomosis e intraperitoneal. Actualmente el índice más alto de metástasis son las hepáticas. (11).

La sintomatología del cáncer colón rectal la puede resumir en cinco puntos:

1. la mayoría de los pacientes con cáncer con colón en etapas tempranas son sintomáticos

presentando la sintomatología en estadios avanzados de la enfermedad.

2. sangrado rectal

3. cambios en los hábitos intestinales que consisten en constipación y diarrea

4. cuadros de obstrucción intestinal y cambios en el calibre y tamaño de las defecaciones

5. pérdida de peso.

En la actualidad se utilizan los estudios de laboratorio, radiográficos, endoscópicos, biopsias, tomografía, radioinmunodetección. Los estudios de laboratorio inicial son para tener una panorámica general del estado general del paciente, el resto de estudio nos ayudan a determinar la localización del sitio anatómico donde se encuentra la lesión. La radioinmunodetección se utiliza para monitorizar a los pacientes que presenten residivas. Este último estudio demostró una sensibilidad dos veces mayor que la Tomografía computarizada. (12,13,14,15,16).

La cirugía es el tratamiento primario en los pacientes con cáncer colorectal, los resultados de los pacientes tratados es de un 50% favorable, el someter a un paciente a una segunda intervención agrava el pronóstico, el pronóstico del cáncer de colorectal se relaciona claramente

con el grado de penetración del tumor a través de la pared del intestino y a la presencia y la ausencia de la invasión a ganglios linfáticos, la obstrucción del intestino y la perforación del mismo compromete aun más el pronóstico del paciente. (17). En la actualidad existen estudios que muestran una combinación con radiaciones preoperatoria en bajas dosis en pacientes con buen estado genera que reciben tratamiento quirúrgico y que reciben posteriormente a la cirugía dosis bajas de radiación. (18).

El tratamiento quirúrgico que el cirujano determina para cada paciente se basa en el estado general del paciente, la localización de la tumoración, la histología y el estado que la tumoración presente, estos puntos hacen la diferenciación en la realización de un procedimiento radical y uno conservado, hoy en día los Cirujanos se esfuerzan por disminuir la morbilidad y la mortalidad de los pacientes determinando el procedimiento adecuado para cada uno de los paciente es decir individualizando los casos, lo cual hace que la cirugía conservadora en estos días tenga mas aceptación que la cirugía radical. Estando indicada cada una según sea el estadio en que encontremos al tumor. La cirugía conservadora se utiliza más que todo en estadios tempranos del cáncer colorectal y donde los sitios anatómicos lo permitan, siendo estas la excisión perianal. (19). La fulguración por electrocuagulación. (20). La radiación intracavitaria. (21). Este tipo de cirugía conservadora solamente esta indicada en el paciente en que se detecte el cáncer colorectal a tiempo y en los pacientes con alto riesgo sometidos a estudios periódicos. (22.23.24).

El tratamiento quirúrgico del cáncer colorectal se acompaña de terapia adjuvante en el que se emplean la quimioterapia que consiste en la aplicación de fluorouracil más levamisole ó leucovorin y radioterapia a diferentes dosis según sea la localización del tumor. ,los dos tipos de tratamiento en la actualidad han demostrado ser eficaz y se ha reducido la mortalidad entre un 22% a un 23 % en pacientes en estadio III. (25.26.27).

El seguimiento de los pacientes se realiza con pruebas periódicas de determinación del antígeno carcinoembrionario, colonoscopias, radiografías de tórax, tomografía computarizadas de abdomen y radioinmunodetecciones. La periodicidad de estas pruebas es a los seis meses y anual. (28.29).

El tratamiento de la recurrencia del cáncer colorectal lo podemos resumir en 6 pasos:

1. El tratamiento quirúrgico en lo posible para los pacientes que presenten metástasis hepática. (28,29,30,31,32)
2. El tratamiento quirúrgico de los segmentos pulmonares afectados.
3. La reintervención quirúrgica en los paciente que presente tumoración en el sitio de la anastomosis y en sitios anatómicos diferente al inicial.
4. Radioterapia paliativa.
5. Quimioterapia paliativa. (33.34.35.36).
6. Terapias biológicas. (37.38).

OBJETIVO:

Conocer la morbilidad, mortalidad, etapificación, tipo histológico y procedimientos realizados, incidencia de la patología en los pacientes con cáncer colorectal del servicio de gastrocirugía del hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI de 1988 a 1998.

1. El tratamiento quirúrgico en lo posible para los pacientes que presenten metástasis hepática. (28,29,30,31,32)
2. El tratamiento quirúrgico de los segmentos pulmonares afectados.
3. La reintervención quirúrgica en los paciente que presente tumoración en el sitio de la anastomosis y en sitios anatómicos diferente al inicial.
4. Radioterapia paliativa.
5. Quimioterapia paliativa. (33.34.35.36).
6. Terapias biológicas. (37.38).

OBJETIVO:

Conocer la morbilidad, mortalidad, etapificación, tipo histológico y procedimientos realizados, incidencia de la patología en los pacientes con cáncer colorectal del servicio de gastrocirugía del hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Siglo XXI de 1988 a 1998.

DISEÑO:

Es un estudio retrospectivo, en donde se analizaron 330 hojas de blanco, encontrándose 45 hojas de blanco con sus respectivos expedientes clínicos, de los pacientes que actualmente se atienden por parte del servicio de gastrocirugía y de los pacientes que fallecieron, se estudiaron las siguientes variables: la edad, sexo, pacientes vivos, defunciones, factores de riesgos, tipo histológico, localización anatómica, clasificación histológica, morbilidad y mortalidad. Los datos fueron recogidos en hojas de excel, basados en el programa de análisis univariado y estadísticos, analizados en el departamento de investigación del Hospital de especialidades y graficados posteriormente.

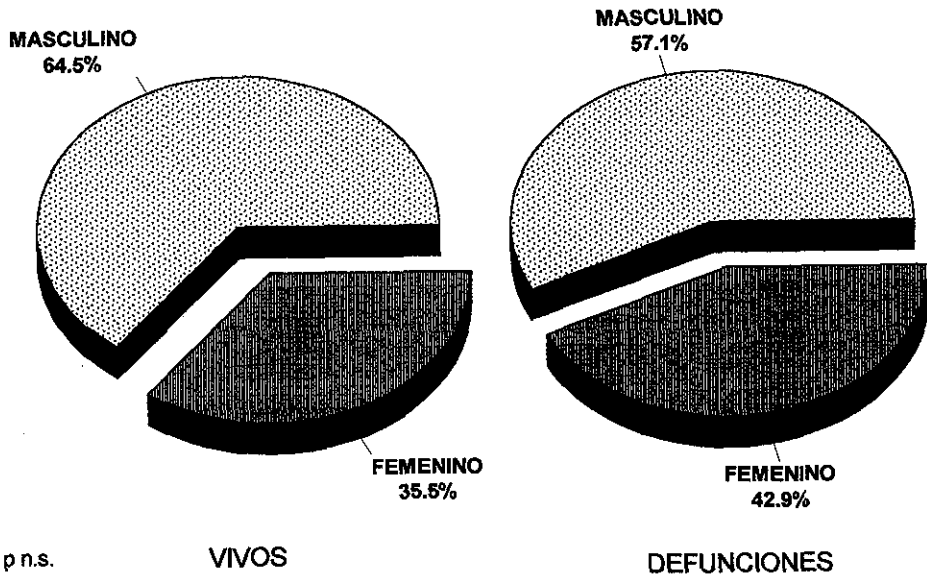
MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 330 hojas de blanco encontrándose 45 hojas de blanco que marcaban el número de pacientes captados por el servicio de gastro cirugía, se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes vivos y el archivo de los pacientes correspondientes a las defunciones correspondientes a cada hoja de blanco, se recopiló la información en hojas recolectoras de excel, posteriormente se vaciaron los datos a dbase, realizándose así un análisis univariado y estadístico.

RESULTADOS:

Se estudiaron 45 pacientes, los cuales se dividieron en 2 grupos, el grupo de los vivos con un total de 31 paciente con un promedio de edad de 56.51, con una distribución de sexo correspondiente al sexo masculino un porcentaje del 64.5%, y 11 correspondiente al sexo femenino correspondiente a un 35.5%. Ver gráfica 1 y 2.

**CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS
DISTRIBUCION POR SEXO**

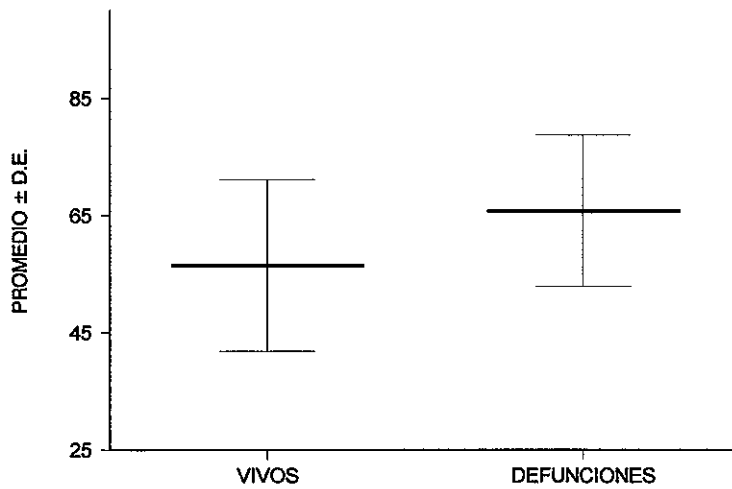


PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS DISTRIBUCION POR EDAD



$p < 0.05$

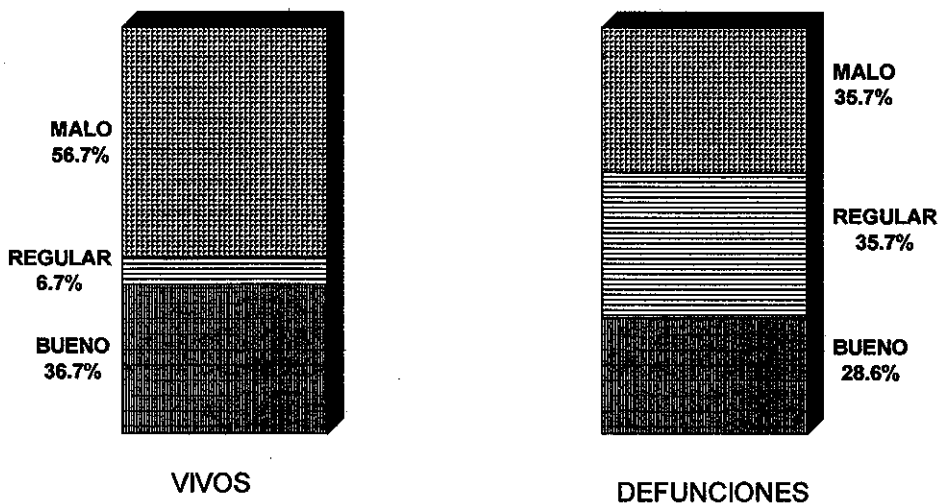
PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los factores de riesgo con importancia clínica para padecer el cáncer colon rectal encontramos: con mayor importancia a los hábitos alimenticios encontrándose valores de una $x2$ 6.08 y una $P < 0.05$, se encontró también que las toxicomanías como el alcoholismo y el tabaquismo tienen importancia clínica para la presentación del padecimiento, encontrándose además los factores hereditarios con una menor importancia. Ver gráfica 3.

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS HABITOS ALIMENTICIOS



$p < 0.05$

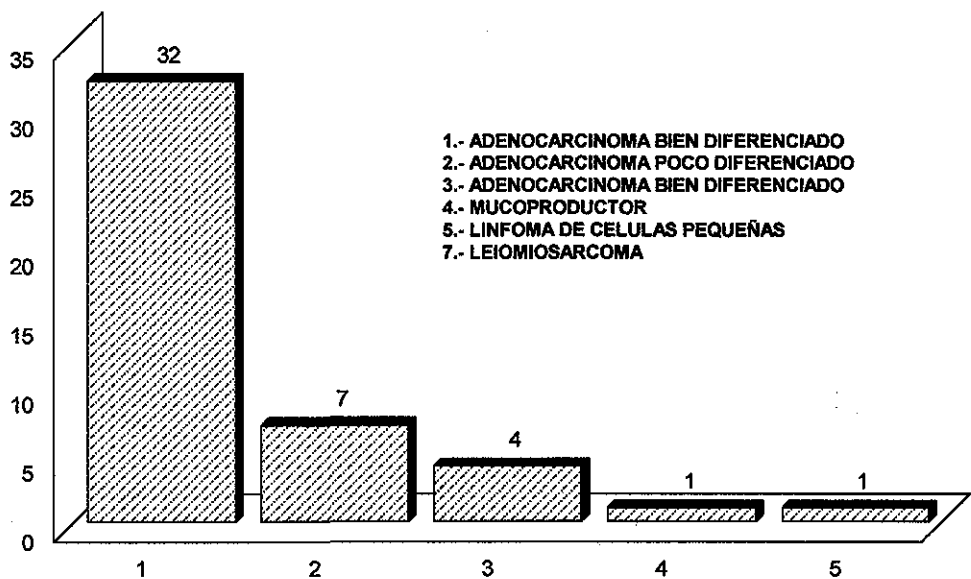
PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los grados de diferenciación histológica encontrados fueron los siguientes: la adenocarcinoma bien diferenciados se encontraron 32 pacientes, con una X2 de 4.15 y una P<0.05, seguido de adenocarcinoma poco diferenciado donde se encontraron 7 pacientes, adenocarcinoma mucoproduccion 4 pacientes, linfoma de células pequeñas un paciente y leiomioma un paciente. Ver gráfica 4.

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS TIPO HISTOLOGICO



PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo a la clasificación de Dukes modificada por Astler y Coller se encontró en el estadio A: 0 pacientes.

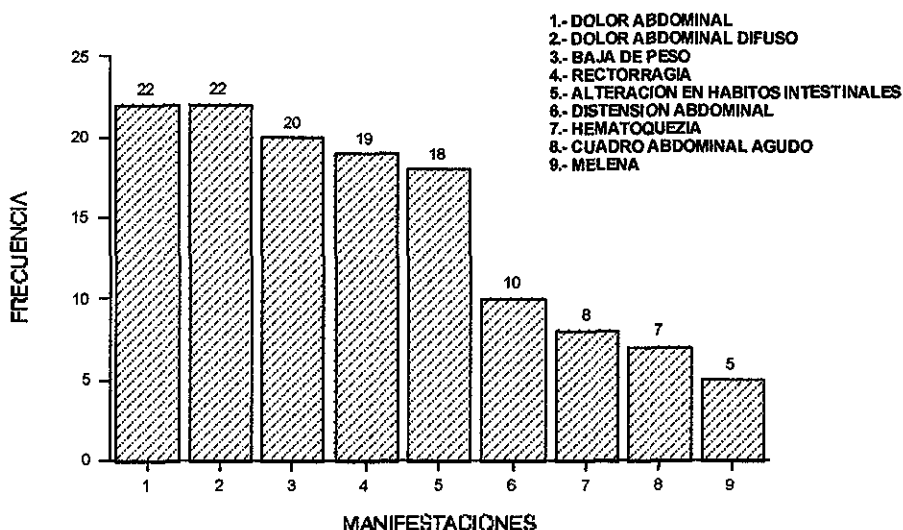
Pacientes, en estadio B1: 1 paciente(2.2%), B2: 29 pacientes (64.4%), B3: 11 pacientes(24.4%), en estadio C: 0 pacientes, en estadio D: 4 pacientes (8.8%).

En la clasificación de TNM del comité de cáncer: Estadio 0 ningún paciente, en estadio I: 0 paciente, en estadio II: 41 pacientes (91.1%), en estadio III: 0 pacientes, en estadio IV: 4 pacientes (8.8%).

El 100% de los pacientes tenían hábitos sedentarios sin ninguna practica de ejercicios físicos.

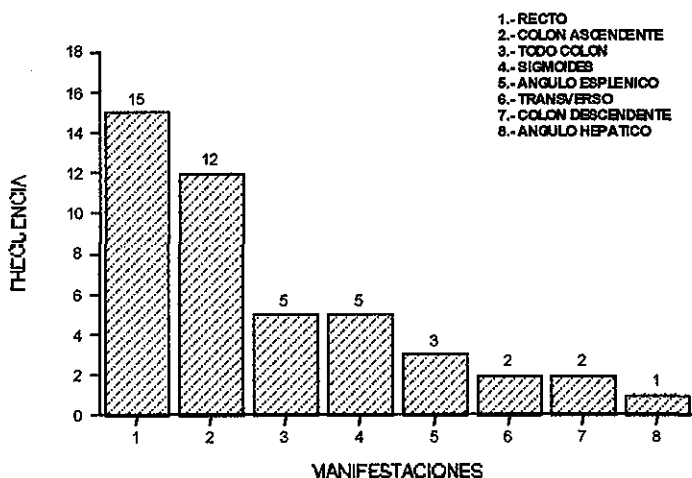
Con toxicomanias como el alcoholismo 28 pacientes (62.2%). Al tabaquismo 25 pacientes(55.5%). Las manifestaciones clínicas que con mayor frecuencia se encontraron fueron: Rectorragia en 19 pacientes (42.2%). Dolor abdominal 22 pacientes(48.8%). Dolor abdominal difuso 22 pacientes(48.8%). Hematoquezia en 8 pacientes (17.7%). Melena en 5 pacientes(11.1%). Alteraciones de hábitos intestinales 18 pacientes(40%), Baja de peso 20 pacientes (44.4%). Distensiónabdominal 10 pacientes(22.2%). Cuadro de abdomen agudo 7 pacientes(15.5%). VER GRAFICA 5.

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS MANIFESTACIONES CLINICAS



El tiempo de evolución entre la sintomatología y la presentación de la enfermedad oscilo entre 6 meses y 2 años. Encontrándose una evolución entre 6 meses y un año 45 pacientes (100%). La localización se encontró distribuida de la siguiente manera: Sigmoides 5 paciente(11.11%). Recto 15 pacientes (33.33%). Angulo hepático 1 paciente(2.22%). Transverso 2 paciente(4.4%). Descendente 2 paciente(4.4%). Ascendente 12paciente(26.6%). Compromiso de todo el colon 5 pacientes(11.11%). Angulo esplenico 3 pacientes(6.6%). VER GRAFICA 6 Y ESQUEMA 1.

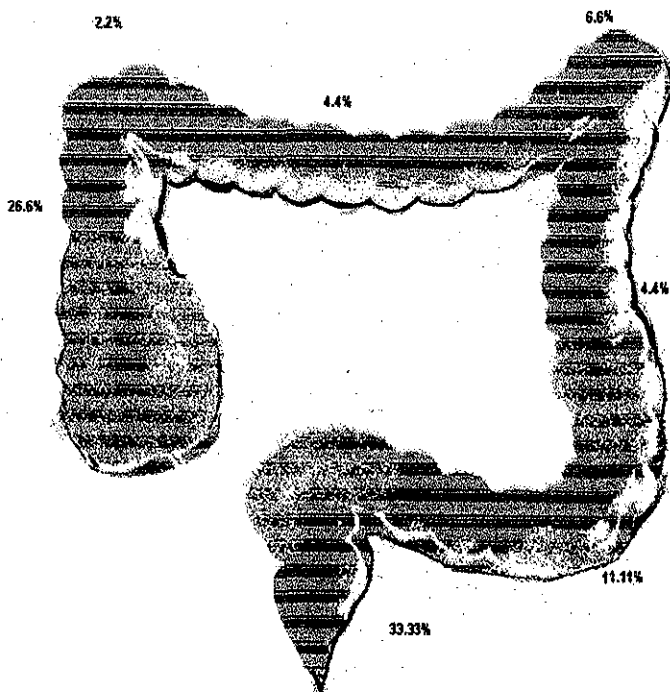
CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS LOCALIZACION ANATOMICA



PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Se realizaron 45 cirugías, se presentaron un total de 18 complicaciones posquirúrgicas, las cuales incluían: Infección perianal en 1 paciente, dehiscencia de herida quirúrgica en 2 pacientes, infección de la herida quirúrgica en 4 pacientes, atelectacia pulmonar en 1 paciente, fistula enterocutanea en 1 paciente, infarto agudo al miocardio en 2 pacientes, sepsis en 1 paciente, vejiga neurogenica en 1 paciente, necrosis de colostomia en 2 pacientes, insuficiencia renal aguda en 3 pacientes, infección de vías urinarias en 1 paciente.

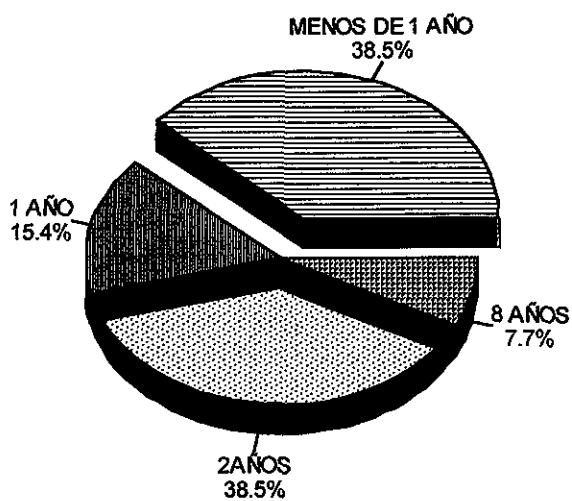
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las metástasis encontrada en los diferentes pacientes correspondieron a hígado, vejiga, vagina, útero, pulmón, hueso

Las cirugías realizadas fueron: Hemicolectomías derechas + Ileotransversoanastomosis 13,colectomia subtotal con ileosigmoideas anastomosis 3, colectomia izquierda ,sigmoidectomia y coloproctoanastomosis 1,hemicolectomia izquierda 3,colostomia y bolsa de hartman 2,resección abdominal baja mas coloproctoastomosis terminoterminal con engrapadora 4,colectomia más colocoloanastomosis terminoterminal 4,reccecciones abdominales baja 9,resecciones abdominales bajas más colostomia de transverso más coloproctoanastomosis terminoterminal 1,resecciones abdominales bajas 9,resecciones abdominales bajas más colostomia del transverso más coloproctoanastomosis termino terminal 1,colectomia total más ileostomia permanente 2.

La mortalidad encontrada en menos de 1 año fallecieron en estadio B2 3 pacientes ,en estadio B3 dos pacientes, en el primer año fallecieron en estadio B2 un paciente, en estadio B2 un paciente, en el segundo año fallecieron en estadio B2 3 pacientes, en estadio B3 un paciente, en el tercer año fallecieron en estadio B2 un paciente, no se encontraron fallecimientos a 1 cuarto, quinto, sexto y séptimo año, en el octavo año se encontraron un fallecimiento en estadio B2, no hubo defunciones en los años noveno y decimo. Actualmente hay en control por la consulta externa de cirugía general 31 pacientes. La sobrevida en menos de un año 1 paciente, a dos años 1 paciente, a tres años 6 pacientes, a 4 años 3 pacientes, a 5 años 6 pacientes, a 6 años 1 paciente, a 7 años 2 pacientes, a ocho años 3 pacientes, a nueve años 3 pacientes, a diez años 4 pacientes. VER GRAFICA 7 Y 8.

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS MORTALIDAD EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS

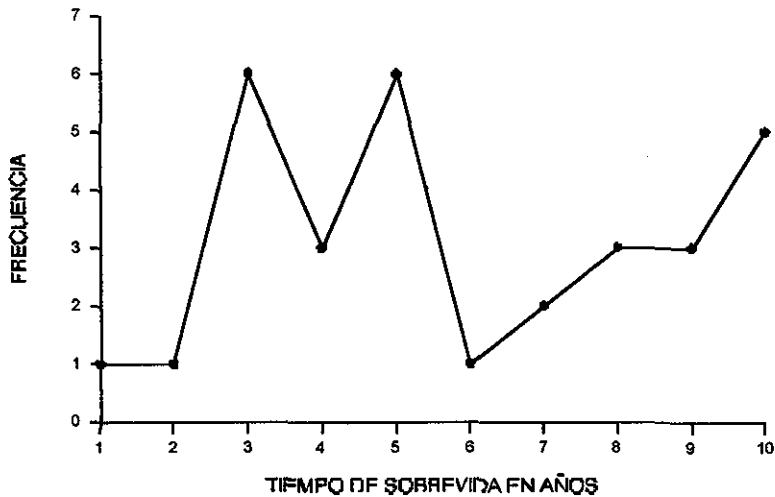


PAIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS SOBREVIDA



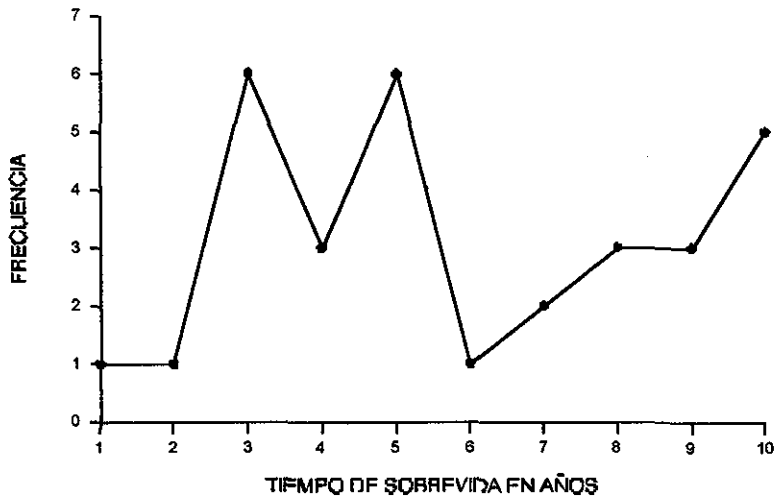
PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 8

DISCUSION:

Comparando los resultados obtenidos con lo revisado en la literatura, encontramos que la mayoría de los pacientes afectados se encuentra entre los 24 y 86 años. Los factores de riesgos que con mayor frecuencia se encontraron fueron los dietéticos, con una $p < 0.05$, la causa que más se relaciona a la predisposición de desarrollar cáncer de colon en los antecedentes fue la poliposis familiar. El tumor que con mas frecuencia se reporto fue el adenocarcinoma de colon bien diferenciado la cual presentó una X^2 de 4.15 y una $P < .041$. El estadio encontrado fue según la clasificación de Dukes modificada por Astler y Coller fue el B. Lo cual explica la baja mortalidad en nuestro hospital. La manifestación clínica que predominó: fueron el dolor abdominal difuso en 58.8% de los pacientes seguida de la pérdida de peso inexplicable 44.4%, rectorragia en un 42.2%, alteraciones en los hábitos intestinales 40%, las cuales junto con la valoración de la edad de los pacientes y los antecedentes de los mismos nos deben de poner sobre aviso ante la probabilidad de estar ante un caso de malignidad

CANCER DE COLON REVISION EN 10 AÑOS SOBREVIDA



PACIENTES DEL ARCHIVO CLINICO DEL HE CMN S XXI

GRAFICA 8

DISCUSION:

Comparando los resultados obtenidos con lo revisado en la literatura, encontramos que la mayoría de los pacientes afectados se encuentra entre los 24 y 86 años. Los factores de riesgos que con mayor frecuencia se encontraron fueron los dietéticos, con una $p < 0.05$, la causa que más se relaciona a la predisposición de desarrollar cáncer de colon en los antecedentes fue la poliposis familiar. El tumor que con mas frecuencia se reporto fue el adenocarcinoma de colon bien diferenciado la cual presentó una X^2 de 4.15 y una $P < .041$. El estadio encontrado fue según la clasificación de Dukes modificada por Astler y Coller fue el B. Lo cual explica la baja mortalidad en nuestro hospital. La manifestación clínica que predominó: fueron el dolor abdominal difuso en 58.8% de los pacientes seguida de la pérdida de peso inexplicable 44.4%, rectorragia en un 42.2%, alteraciones en los hábitos intestinales 40%, las cuales junto con la valoración de la edad de los pacientes y los antecedentes de los mismos nos deben de poner sobre aviso ante la probabilidad de estar ante un caso de malignidad

La localización más frecuente fue el recto en un 33.33% y en segundo lugar el colon ascendente en una 26.6%.

El cáncer colorectal es una entidad que se puede detectar a tiempo y darle tratamiento indicado independientemente de la edad del paciente. El tratamiento de elección sigue siendo el tratamiento quirúrgico y la terapia adjuvante. Es de notar que en los pacientes que presentaron abdomen agudo 15.5% se le realizaron cirugías conservadoras.

Comparando nuestros resultados con lo revisado en la literatura encontramos que las edades coinciden con lo descrito por De Cosse y colaboradores, de que la mayoría de pacientes afectados se encuentran entre los 60 y 80 años. Con una $p < 0.05$.

Los factores de riesgo que predominaron, fueron los dietéticos con una $P < 0.05$, observando que el riesgo de contraer cáncer colorectal depende más de donde y como se vive que del linaje(8)

El tumor que con más frecuencia se reportó fue el adenocarcinoma de colon bien diferenciado con una $P < 0.05$, coincidiendo con que de los tumores colorectales los de origen epitelial son los más frecuentes y que solo el 2% de los cánceres colorectales son diferentes al adenocarcinoma(7). El estadio que predominó según la clasificación de Dukes modificada por Astler y Coller fue el B, obteniéndose así una explicación de la baja mortalidad en los últimos diez años y correlacionándola: con mayor grado de diferenciación mejor pronóstico y a la inversa: mayor grado de indiferenciación peor pronóstico por mayor malignidad(9).

En cuanto a las manifestaciones clínicas se encontró que en ambos grupos predominó el dolor abdominal, la baja de peso, la rectorragia, alteración en los hábitos intestinales, hematoquesia, cuadro de abdomen agudo y melena sintomatología presente en más de la mitad de los pacientes, lo cual nos debe poner alerta ante una paciente en los rangos de edad ya mencionados(11).

La localización más frecuente fue el rectosigmoides en un 33.33%, lo cual está de acuerdo con lo encontrado en estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica y Francia (12,13,14,15,16).

El cáncer colorectal continúa siendo una causa de morbimortalidad elevada a pesar de los avances en los estudios de su fisiopatología, estudios invasivos y no invasivos, en nuestro hospital la incidencia encontrada fue de un 13.6% elevada y en acuerdo a estudios previos realizados(13.14.15.16).

CONCLUSIONES :

1. La edad de mayor incidencia fue la sexta década de la vida.
2. los factores de riesgo encontrados fueron dietéticos, poliposis familiar y enfermedades polipoideas.
3. Las manifestaciones previas frecuentemente encontradas fueron: dolor abdominal difuso, baja de peso inexplicable, rectorragia, alteraciones de los hábitos intestinales, distensión abdominal, hematoquezia.
4. El tumor más frecuente es el adenocarcinoma, encontrado en mayor proporción en estadio B en la clasificación de Dukes modificada por Astler y Coller.
5. La localización más frecuente es el recto y en segundo lugar colon ascendente.
6. La incidencia encontrada en nuestro servicio es de un 13.6%.
7. La mortalidad encontrada es de un 31.1% en 10 años.

BIBLIOGRAFIA:

1. Urtego O Pack Gt: on the antiquit of melanoma. *Cancer*. 1996; 19:607-610.
2. Steinberg SM, Barkin.JS, Kaplan RS,. Pronostic indicators of colon tumor. The Gastrointestinal tumor stud group experience *Cancer*.1986; 57(9)1886-1870.
3. Filella.X, Molino.R.Grau, JJ, . Pronostic value of CA 19.9 levels in colorectal cancer. *Annals of surgery*.1992; 216(1): 55-59.
4. Fitzgerald.Sd, Longo.WE, Daniel.GL. Advanced colorecta neoplasia in the hig isk elderly Patient:is surgical resection justified? *Diseases of Colon and Rectum* .1993;36(2): 161-166.
5. Ransohoff.Df, Lang.CA: Screening for colorectal cancer. *New England Journal of Medicine* .1991; 325(1): 37-41.
6. Fuchs.CS, Giovannucci.El, Colditz GA. A prospective study of family history and risk of colorectal cáncer. *New Wngland Journal of Medicine*.1994; 331(25): 1669-1674.
7. Winawer.SJ: Screening for colorectal cáncer. *Cancer:Principles and Practice of Oncology Updates*.1987: 2(1): 1-16.
8. Giovannucci.E, rimm. E. The use of aspirina and risk of cancer colonrectal and adenomas in professional of health.*Anales of Medicina Interna* .1994;15:241-246
9. Mandel.J, Mortalidad Colorectal Cancer.*N Engl Jmed* .1993; 3 (28): 1366-1371.
10. Saclarides.TJ, Szclugo.D, Strare.ED: Neuroendocrine cáncer of colon an rectun: result of aten Year experience. *Diseases of the Colon and Rectum* .1994; 37(2): 635-642.
11. Glennstele,Jr MD,PhD.Natural history studies and the Evolution of Regional treatment Modalities for Patients Wihhy Isolated .Liver Metastases from primay colon and rectun Carcinoma.*Journal Cancer Control*.1998;3(1) 1-12.

12. Berman.Cg, Choi.J.MD.Radioimmuno detection of colorectal carcinoma cancer control Journal .1998; 3: 1-5.
13. Doerr RJ,Herrera.L,Abdel-Nabi.H.In-111 cyt-103 monoclonal antibody imaging inPatients with suspected recurrent colorectal cancer .1993;Cancer.71(Suppl.12): 4241-4247.
14. Collier.BD, Abdel-Nabi.H, Doerr.RJ.Immunoscintigraphy performed with. In -111Labelel cyt-103 in the management of colorrectal cancer: comparison with computed tomography. Radiology.1992; 185:179-186.
15. Doerr.RJ, Abdel-Nabits, KregD.Radiolabeled antibod. Imaging in the management ofcolorrectal cancer: results of multicenter clinical study. Ann Surg.1996; 214:118-129.
16. Neal.CE,Meis.LC.correlative imaging wih monoclonal antibodies in colorectal ovarian,an prOstate cancer .Semin Nucl Med .1994; 24:272-285.
17. Ohlsson,Breland U,Ekberghl.Follow-up curative surgery for colorectal carcinoma Randomized comparison on follow up .Dis colon Rectum.1995;38:619-626.
18. Sausw. WT, Paja.TF, Noyes.RD.Evaluatiun of properative radiation therapy in Operablecoloretalcancer.AnnSurg.1994.220: 668-675.
19. Mason.AY, Transsphinteric approach to rectal lesion. Surg Annu.1977; 9:171-194.
20. Madden.JL,Kandala.Fx.SI Electrocoagulation as a primary curative method in the treatment of carcinoma the rectun ;Surg Gynecol Obstet .1983; 157:164-129.
21. Papillon.J, Endocavitary irradiation in the curative treatment of early rectal cancer. Dis Colon Rectum.1974; 17:172-180.
22. Gilbertsen.VA, Mehugh.R, et al. He Earlier Detection of Colorectal Cancer.Cancer.1980; 45:2899-2901.
23. Ransohoff.Df, Langca.Screcnig for Colorectal Cancer.Nengl J Med.1991; 325:37-41.

24. Eddy.MD, Screening for Colorectal Cancer. *Ann Intern Med.* 1990; 113:84-373.
25. Moertel.CG:Chemotherapy for colorectal cancer. *New England Journal of Medicine.* 1994; 330(16): 1136-1142.
26. Valone.FH,Friedman.MA, Wittlinger.PS, et al: treatment of patients with advanced colorectal carcinomas with advanced colorectal carcinomas wih fluorouracilon sequential methotrexate,fluouracil,and leucovorinarandomizedtrialofNorthernCalifoniaOncologyGroup. *Journal of clinical Oncology.* 1989;7(10): 1427-1436.
27. Petrelli.N; Douglas.HO,Herrera.L.The modulation of Fluorouracil with leucovorin in metastatic colorectal carcinoma : a prospective randomized phase III trial *Journal of clinical oncology .* 1989; 7(10): 1419-1426.
28. Doerr.RJ,Abdel-Nabr.H,Krag.D.Radiolabeled antibody imagin in the managment of colorectal cancer:resulta of a multicenter clinical study. *Ann.Surg.* 1991; 214:118-124.
29. Abdel-Nabi,HH.Doer.RJ,Chon.H.W. Safety and role of repeated administration of Indium-111-labeled anticarcino embryonic antigen monoclonal antibod 2CE.025 en the posoperative follow-up of colorectal carcinoma patients. *Nucl Med.* 1992;133:14-22.
30. Scheel.J, Stangl.R, Altendorf.Hofmann.A. Indicators of prognosis after hepatic resection for colorectal secondaries. *Surgery .* 1991; 110(1).13-29.
31. Adson.Ma, Van.Heerden.JA, wagner. JS:Resection of hepatic metases Fron colorectal cancer. *Archives of Surgery.* 1984; 119(6)647-51.
32. Fernandez-Trigo.V,Shamsa.F,Sugarbaker.PH.Repeat liver resections fron colorectal metastasis. *Surgery.* 1995; 117(3).296-304.
33. Valone.FH, fridman. MA,Wittlinger.PS.Treatment of patients with advanced colorectal carcinomas with fluorouracil,and leucovorin: a randomized trial of the Northen CaliforniOncology Group. *Journal of Clinical Oncology.* 1989; 7(10): 1427-1436.
34. Doroshow,JH,Multhauf.P,Leong.Prospective randomized comparison of fluorouracil versus fluorouracil and hig-dose continuous infusion leucovorin calcium for the tratment of advanced measurable colorectal

cancer in patients previously unexposed to chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* .1991; 9(11): 1967-1972.

35. Burkes, TR, O'Connell, MJ, Wieand, HS. Randomized comparison of two schedules of fluorouracil and leucovorin in the treatment of advanced colorectal cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1994; 12 (1): 14-20.
36. Poon, MA, O'Connell, MJ, Moertel, CG. Biochemical modulation of fluorouracil: evidence of significant improvement of survival and quality of life in patients with advanced colorectal carcinoma. *Journal of Clinical Oncology*. 1989; 7(10): 1407-1418.
37. Wadler, S, Wiernik, PH: clinical update on the role of fluorouracil and recombinant interferon alfa-2^a in the treatment of colorectal carcinoma. *Seminars in Oncology* .1990; 17(1, suppl 1): 16-21.
38. Shirasaka, T, Shimamoto, Y, Ohshimato. Development of a novel oral 5-fluorouracil derivative (S-1) directed to the potentiation of the tumor selective cytotoxicity of 5-fluorouracil by two biochemical modulators. *Anticancer Drugs*. 1996; 7(5): 548- 557.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
1														
2														
3														
4														
5														
6	DISTENSIÓN	DIARRREA	ESTREÑIMIENTO	RECTOSCOPIA	MELENA	HEMATOCOCIA	ESPECIAL DE PESO	COMPLICACIONES PREOPERATORIAS	CIRUGIA REALIZADA	LOCALIZACIÓN DEL TUMOR				CLASIFICACIÓN EN BASE A LA ANATOMÍA DE ASTELLER Y COLLIER
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	AC	AD	AE	AF
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN