



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

TITULO

*"Comportamiento Clínico Patológico del Cáncer Colorrectal en
pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional
Siglo XXI del 1° de enero al 31 de diciembre del 2010"*

FOLIO: F-2011-3601-32

TESIS QUE PRESENTA:

DR. FAUSTINO CISNEROS HERNANDEZ

PARA OBTENER EL TITULO

EN LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ



MEXICO D.F.,

AGOSTO 2011



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.

Doctora
DIANA G. MENEZ DIAZ
Jefe de la División de Educación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Doctor
ROBERTO BLANCO BENAVIDES
Profesor Titular del Curso de Cirugía General
Jefe del servicio de Gastrocirugía
UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Doctor
JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ
Asesor de Tesis
Médico Adscrito al servicio de Gastrocirugía
UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.”
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

AGRADECIMIENTOS

AL DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES.

Por brindarnos su experiencia y dedicación durante nuestra formación académica

AL DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ.

Por su apoyo, ayuda, enseñanza y calidad humana que mostro durante mi formación profesional.

A MIS MAESTROS.

Por su atención, comprensión e incansable espíritu de enseñanza.

DEDICATORIA

A MIS PADRES.

Por su gran apoyo que me brindaron durante todo el tiempo que duró mi formación desde el inicio de la carrera en la facultad de medicina hasta el término de la Especialidad como Cirujano General.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Material y métodos.....	5
Resultados.....	6
Discusión.....	11
Conclusión.....	13
Bibliografía.....	14

RESUMEN

El cáncer colorrectal es la enfermedad maligna más frecuente del tubo digestivo. El riesgo de cáncer colorrectal espontáneo en la civilización occidental es del 6%. La incidencia de cáncer colorrectal tiene un predominio general insignificante en mujeres, que representa 51.6% de los casos. La edad media en el momento de la presentación es de alrededor de 70 a 75 años.

Independientemente de la causa se cree que la mayoría de los cánceres colorrectales se originan en pólipos adenomatosos, por lo tanto, en toda la población el pólipo es el fenotipo maligno más frecuente. No se conoce la causa específica del cáncer colorrectal. Pero varios factores de riesgo genéticos y ambientales se han relacionado con la enfermedad.

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional en el que se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2010.

Los resultados mostraron 18 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, los síntomas iniciales más frecuentes fueron: anemia (9 casos) pérdida de peso (6 casos) y dolor abdominal (6 casos). Identificando 9 pacientes con metástasis al momento del diagnóstico (Estadio clínico IV). El sitio más frecuente de metástasis fue el hígado (7 casos) seguido del pulmón (1 caso) y las glándulas suprarrenales (1 caso). Los cánceres colorrectales se desarrollan lentamente a través de muchos años, cursa con un comportamiento clínico-patológico inespecífico lo que impide una evaluación y un diagnóstico preoperatorio oportuno. La gran mayoría se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon sigue siendo la base de la terapéutica de esta enfermedad. La importancia del acto quirúrgico de la resección primaria de un tumor de colon es tal que el pronóstico del paciente gravita directamente en relación a este.

1. DATOS DEL ALUMNO

Cisneros
Hernández
Faustino
55-19-24-26-88
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
CIRUGIA GENERAL
508222515

2. DATOS DEL ASESOR

Martínez
Ordaz
José Luis

3. DATOS DE LA TESIS

“Comportamiento Clínico Patológico del Cáncer Colorrectal en pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del 1° de enero al 31 de diciembre del 2010”

15p.

2011

INTRODUCCION

El cáncer colorrectal es el tumor digestivo más frecuente.¹ En Estados Unidos y Europa se diagnostican 300,000 casos nuevos por año y producen alrededor de 200,000 muertes anuales, lo que supone la segunda causa de muerte por cáncer.²

El riesgo de padecer cáncer colorrectal es del 6% durante toda la vida en la civilización occidental, significa que 1 de cada 18 individuos de la población general padecerá cáncer.³ La incidencia del cáncer colorrectal tiene un predominio general insignificante en mujeres que representan el 51.6% de los casos. La mediana de edad en el momento de la presentación es de alrededor de 70 a 75 años.⁴ Y en relación a la edad el riesgo aumenta a partir de los 50 años.⁵

El 80% de los canceres colorrectales son de aparición esporádica, el 10% son familiares y el restante 5-10% tienen carácter hereditario. El cáncer colorrectal con componente hereditario incluye la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y el cáncer colorrectal hereditario no asociado a pólipos (CCHNP).⁶

Se desconoce la causa específica del cáncer colorrectal pero varios factores de riesgo genético y ambientales se han relacionado con la enfermedad.⁷ La dieta con contenido alto en grasas y bajo en fibra, la ingesta de alcohol y tabaco, la falta de actividad física, la diabetes y el antecedente de colecistectomía se han relacionado con incremento del riesgo de cáncer.⁸

Por otra parte la aspirina, además de otros AINES, puede interferir con la aparición de neoplasias colorrectales al bloquear la vía de las prostaglandinas dependientes de la ciclooxigenasa. La administración profiláctica regular de aspirina en dosis bajas puede disminuir el riesgo de cáncer colorrectal esporádico si se administra durante más de un decenio.⁹

La enfermedad sigue manteniendo un importante impacto social, en el 35% de los casos el diagnóstico se presenta en un estadio incurable, esta es finalmente la causa de muerte del 50% de los pacientes afectados.¹⁰

Los cánceres colorrectales se desarrollan lentamente a través de muchos años, cursa con un comportamiento clínico-patológico inespecífico lo que impide una evaluación y un diagnóstico preoperatorio oportuno. La gran mayoría se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad. El fin práctico de este estudio es conocer algunos aspectos del comportamiento del cáncer de colon y recto en nuestro medio, así como determinar la frecuencia por sexo, edad, antecedentes heredofamiliares de cáncer colorrectal, síntomas iniciales, localización anatómica del tumor, estirpe histológica, estadio clínico al momento del diagnóstico y sitios más frecuentes de metástasis.

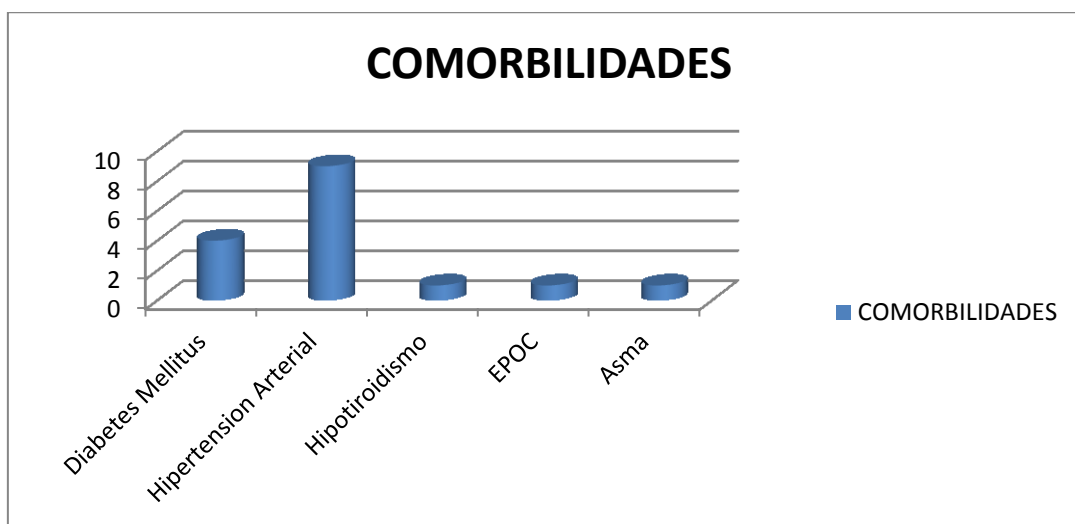
MATERIAL Y METODOS

Estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y observacional en el que se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI en el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de diciembre del 2010.

Se encontraron 18 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, se recabó información del expediente clínico sobre sexo, edad, antecedentes heredofamiliares de cáncer colorrectal, comorbilidades, síntomas iniciales, días transcurridos desde el síntoma inicial hasta el diagnóstico final de cáncer colorrectal, cuadro clínico al ingreso hospitalario, antígeno carcinoembrionario preoperatorio, localización anatómica del tumor, hallazgos macroscópicos, tumores sincrónicos, estirpe histológica, estadio clínico al momento del diagnóstico y sitios más frecuentes de metástasis.

RESULTADOS

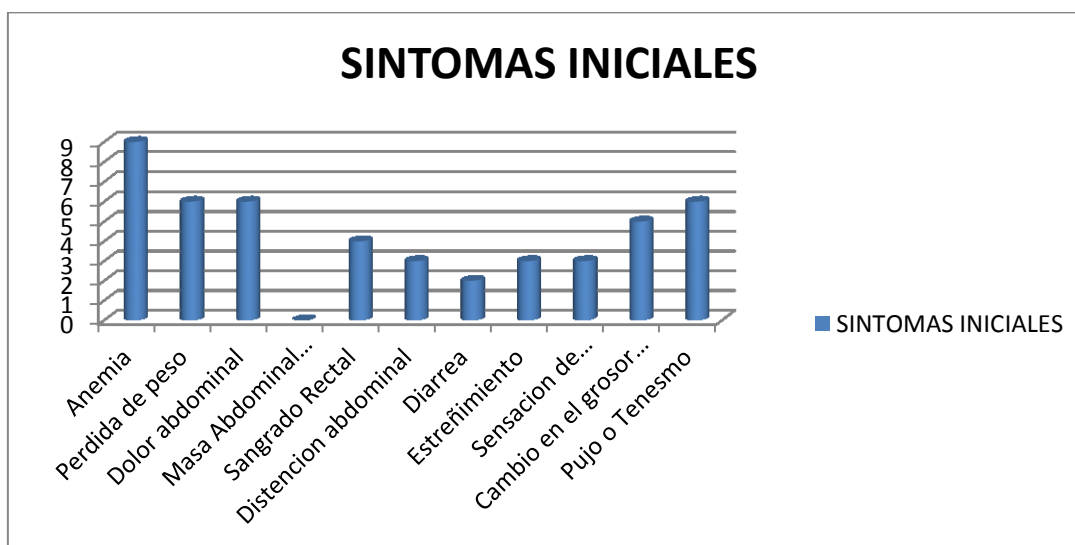
Se encontraron 18 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, 9 fueron del sexo masculino y 9 del sexo femenino sin mostrar predominancia en ninguno de los dos (50% para cada uno de ellos). 13 pacientes presentaron comorbilidades, siendo la Hipertensión la más frecuente (9 casos) (cuadro 1).



CUADRO 1.

Sólo un paciente presentó antecedentes heredofamiliares de cáncer colorrectal, correspondiendo a poliposis adenomatosa familiar.

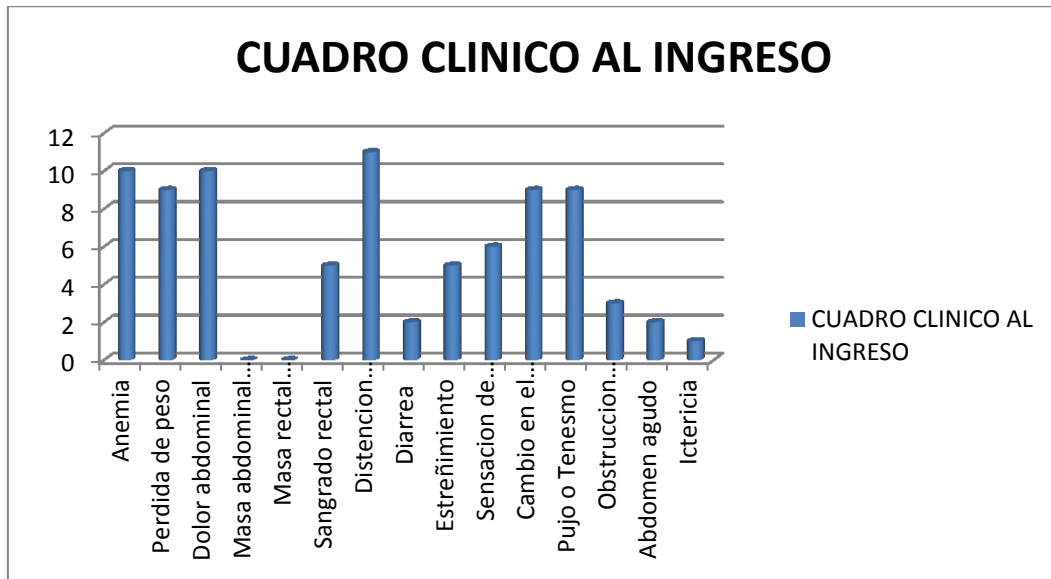
Los síntomas iniciales más frecuentes fueron: anemia (9 casos) pérdida de peso (6 casos) y dolor abdominal (6 casos) (cuadro 2).



CUADRO 2.

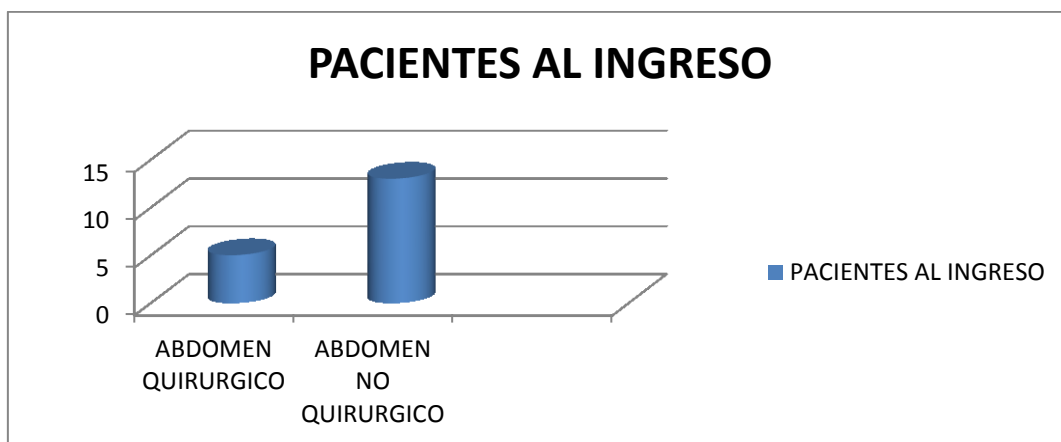
Los días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico final de cáncer colorrectal fue desde 12 hasta 233 días, con un promedio de 134.9 días.

Los datos clínicos que presentaron los pacientes al ingreso hospitalario fue: distensión abdominal (11 casos) anemia (10 casos) dolor abdominal (10 casos) pérdida de peso (9 casos) y cambio en la característica de las evacuaciones (9 casos) (cuadro 3).



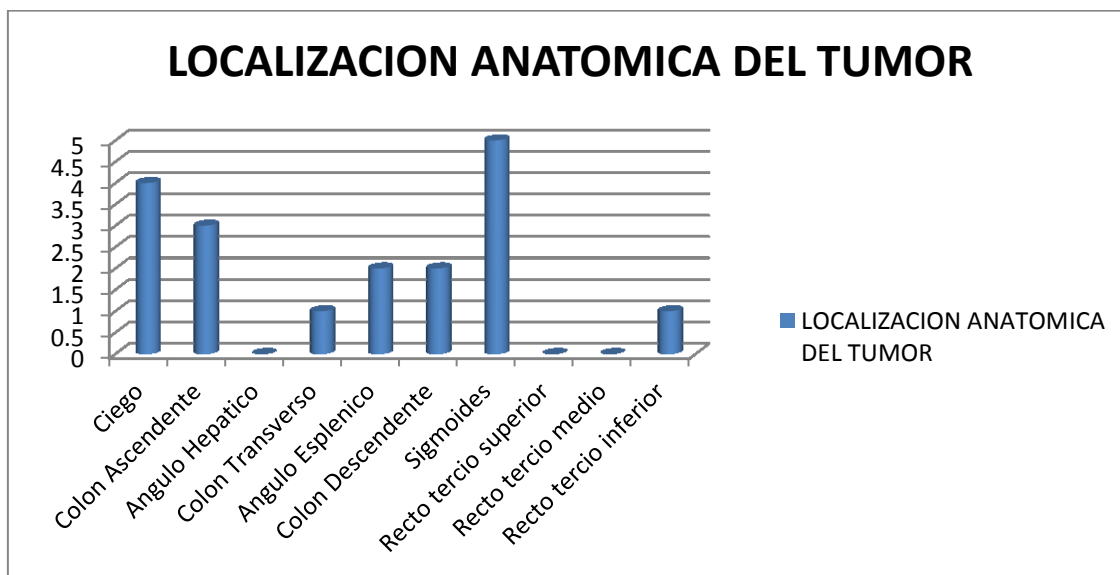
CUADRO 3.

Cinco pacientes acudieron al servicio de admisión continua por primera vez con cuadro de abdomen quirúrgico, de los cuales 3 pacientes ingresaron con cuadro de oclusión intestinal y 2 con abdomen agudo (cuadro 4).



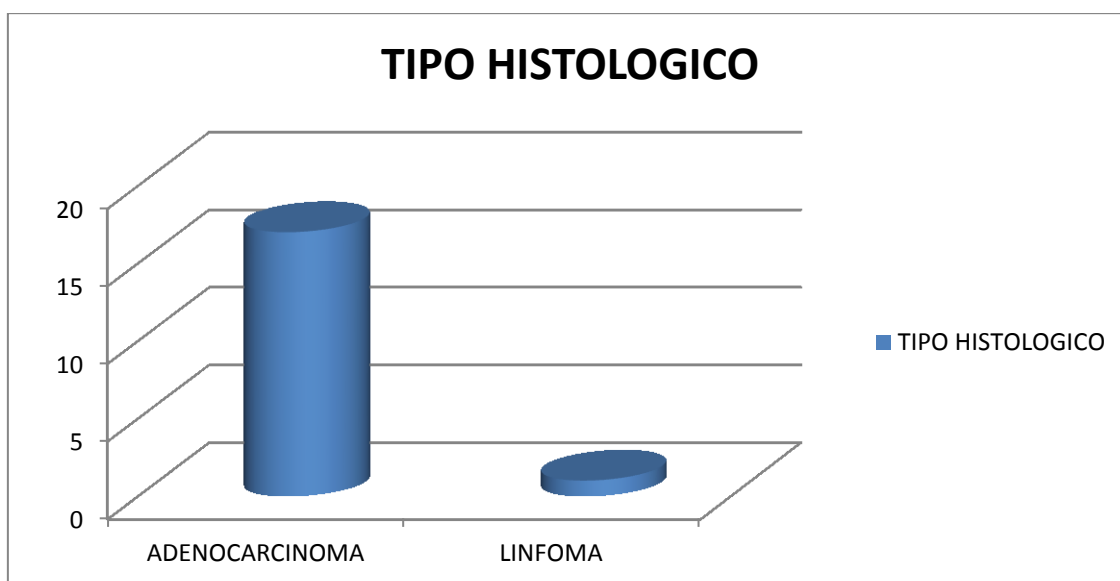
CUADRO 4.

En sólo 8 pacientes se solicitó antígeno carcinoembrionario preoperatorio de los cuales 5 lo tuvieron elevado. Se realizó colonoscopia en 13 pacientes. La localización anatómica más frecuente fue en colon sigmoides (5 casos), seguido por el ciego (4 casos), colon ascendente (3 casos), ángulo esplénico (2 casos), colon descendente (2 casos), colon transverso (1 caso) y recto tercio inferior (1 caso) (cuadro 5).



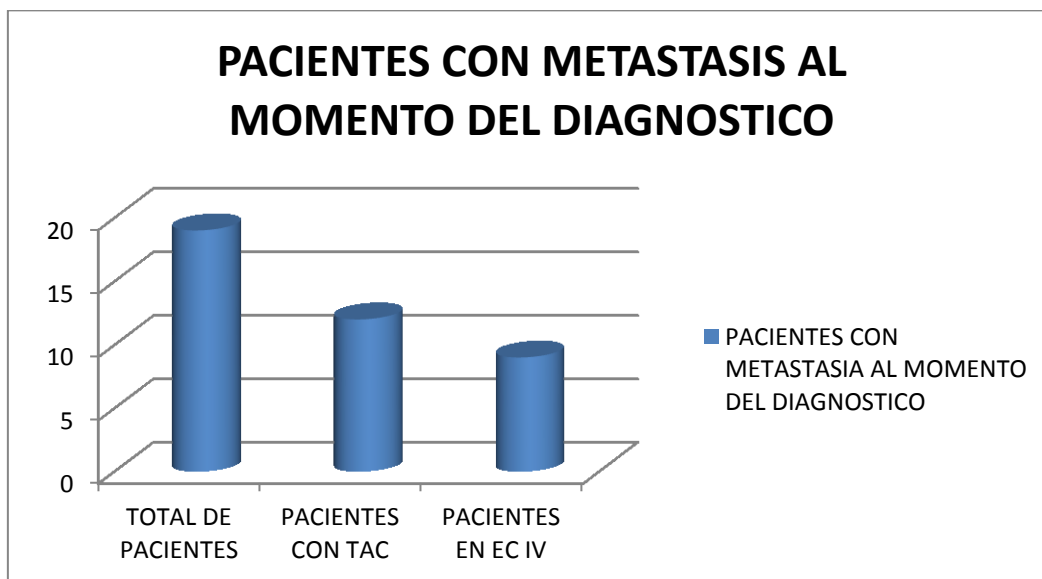
CUADRO 5.

El aspecto macroscópico más frecuente fue ulcerado (10 casos) y la histología adenocarcinoma (17 casos). Siendo el caso faltante positivo para linfoma (cuadro 6).



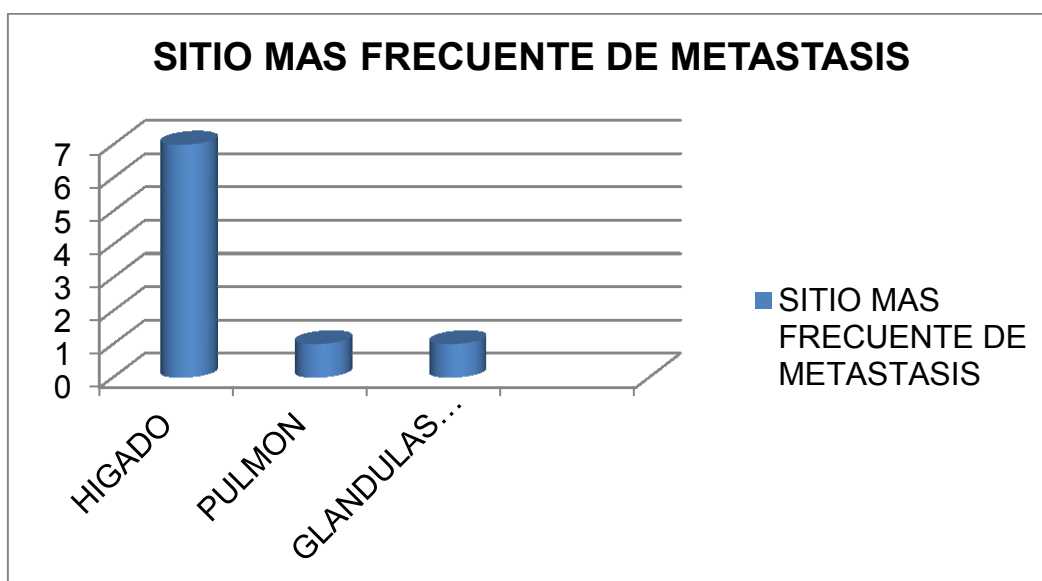
CUADRO 6.

Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) en 12 pacientes, identificando 9 pacientes con metástasis al momento del diagnóstico (EC IV) (cuadro 7).



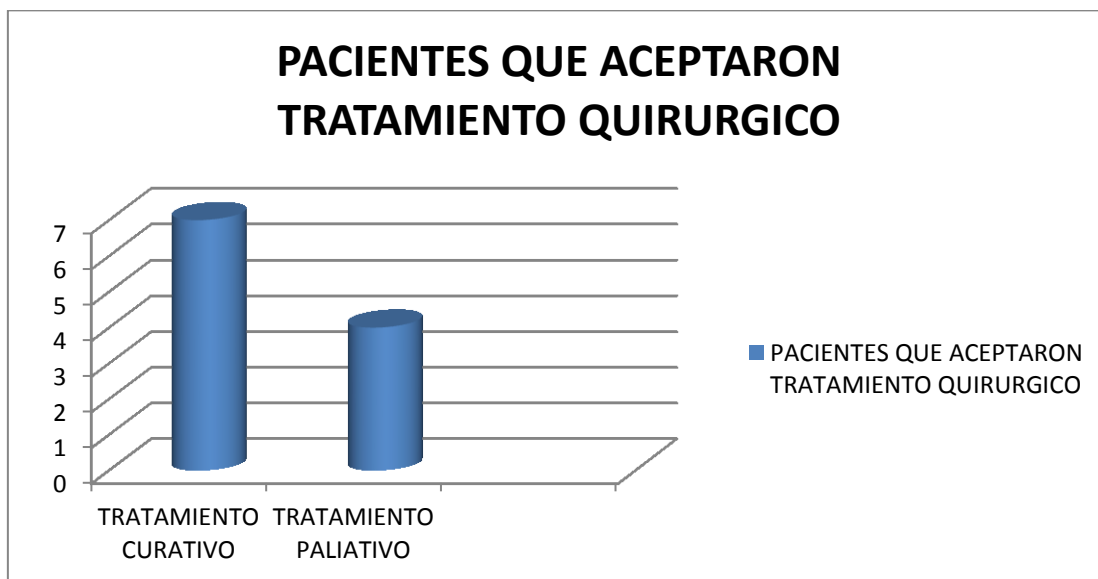
CUADRO 7.

El sitio más frecuente de metástasis fue el hígado (7 casos), seguido del pulmón (1 caso) y las glándulas suprarrenales (1 caso) (cuadro 8).



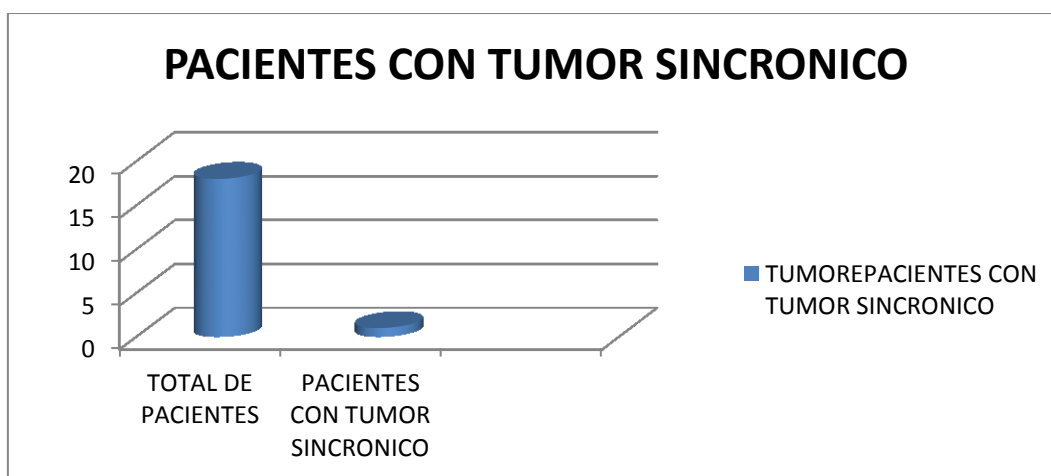
CUADRO 8.

Sólo 11 pacientes aceptaron el tratamiento quirúrgico, el cual en 7 pacientes fue curativo y en 4 pacientes paliativo (cuadro 9).



CUADRO 9.

Se identificó un caso de tumor sincrónico entre cáncer colorrectal y adenocarcinoma de la cabeza de páncreas, cuyo cuadro clínico inicial fue únicamente ictericia, el cual en el momento del diagnóstico se consideró irresecable por invadir los vasos mesentéricos superiores (cuadro 10).



CUADRO 10.

DISCUSION

El cáncer colorrectal es el tumor digestivo más frecuente, ocupa por frecuencia el cuarto lugar entre tumores malignos que se diagnostican en el mundo y representa el 8.9% de todos ellos. En nuestro medio, el cáncer de colon y recto es el tercero en frecuencia en varones después del cáncer de pulmón y de próstata y en la mujer después del de mama.¹¹

La extirpación del tumor sigue siendo el tratamiento más eficaz.¹² Existen ciertos grupos de pacientes que tienen predisposición genética a desarrollar cáncer colorrectal. Los cuales incluyen pacientes con afecciones hereditarias como la poliposis adenomatosa familiar, CCHNP, colitis ulcerosa, síndrome de poliposis hamartomatosa, aunque este último riesgo es particularmente bajo aproximadamente 4% de sufrir cáncer colorrectal. Independientemente de la causa se cree que la mayoría de los canceres colorrectales se originan en pólipos adenomatosos, por tanto en toda la población el pólipo es el fenotipo más frecuente.¹³

Un tercio de los pacientes con cáncer colorrectal se presentara de manera urgente con un tumor complicado, la oclusión y la perforación son las formas más frecuentes, estos pacientes representan 60-85% de pacientes intervenidos de urgencia por enfermedad colónica, una situación de alta mortalidad que implica además peor pronóstico a largo plazo.¹⁴

Además el 50% de los pacientes con cáncer colorrectal presentara metástasis hepáticas en algún momento de su evolución y el 30-40% de estos pueden ser descubiertos en el momento del diagnóstico del tumor primario.¹⁵

La estadificación preoperatoria se basa en la evaluación clínica, endoscópica y radiológica del tumor, con el objetivo de determinar la extensión anatómica de la neoplasia y establecer el pronóstico, planificar el tratamiento y evaluar su resultado.

Aunque no se ha demostrado que la estadificación del cáncer colorrectal y su extensión cambien el pronóstico, es de gran utilidad quirúrgica ya que puede evitar la realización de cirugía innecesaria en pacientes ancianos, con mal estado general y metástasis múltiples, o bien planificar correctamente un tratamiento quirúrgico tanto del tumor primario como de las metástasis. En la evaluación preoperatoria del cáncer colorrectal la colonoscopia es el estudio de elección para poder visualizar la totalidad del colon, determinar la existencia de tumores sincrónicos (5%) y la posibilidad de pólipos asociados al tumor (28%). En pacientes que no toleran la exploración o en quienes no se pudo visualizar todo el colon, se puede practicar un enema opaco, aunque es menos preciso para determinar lesiones sincrónicas, otra opción, es una colonoscopia virtual mediante tomografía computada (TC) y/o resonancia magnética (RM).

La ecografía endorrectal es el estudio de elección para determinar el grado de invasión del tumor a través de la pared rectal (estadio T) y la afección de adenopatías (estadio N) y evalúa la invasión a órganos vecinos con una sensibilidad para predecir la profundidad tumoral del 80-90%. La tomografía axial computarizada (TAC) sigue siendo una prueba de gran valor para identificar la enfermedad a distancia, pero tiene grandes limitaciones para estadificación local, ya que no define correctamente las capas de la pared intestinal, siendo su principal indicación la selección de pacientes con tumores avanzados.¹⁶

El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon sigue siendo la base de la terapéutica de esta enfermedad. La importancia del acto quirúrgico de la resección primaria de un tumor de colon es tal que el pronóstico del paciente gravita directamente en relación a este.¹⁷

La escisión radical de un tumor de colon requiere extirpar al menos 5 centímetros distales y 5cms proximales a la lesión. No se ha demostrado que las resecciones extendidas confieren beneficio adicional en cuanto a la supervivencia.¹⁸

La arteria primaria que irriga el segmento del colon afectado deberá ser ligada desde su origen, esto asegura la inclusión de ganglios apicales que pueden transmitir importancia pronóstica para el paciente.¹⁹

CONCLUSION.

El comportamiento clínico-patológico del cáncer colorrectal es inespecífico, por lo que un gran número de pacientes al momento del diagnóstico se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad. La anemia es el signo más temprano que presentaron nuestros pacientes, por lo cual deberá realizarse una exploración física minuciosa y un análisis detallado de los resultados bioquímicos al momento del ingreso.

La colonoscopia sigue siendo el estudio de elección para confirmar el diagnóstico de sospecha, así como la localización anatómica, tamaño y confirmación histológica de la enfermedad. Sin embargo su uso está limitado para evaluar el grado de infiltración tumoral a través de la pared intestinal, así como para evaluar el estado ganglionar y de metástasis a distancia. Por lo cual se deberá recurrir a estudios complementarios como lo son la tomografía axial computarizada y el ultrasonido endorrectal.

Los marcadores tumorales como el antígeno carcinoembrionario brindan una gran utilidad para la evaluación posoperatoria del paciente, así como para el diagnóstico de recidiva tumoral. Por último la cirugía sigue siendo la base de la terapéutica de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez A-Portilla, Iñaki, Cendoya. Bases y fundamentos del tratamiento de la carcinomatosis peritoneal por cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2005;77:6-17.
2. Sebastiano B, Martí-Ragué. Cáncer colorrectal complicado. *Cir Esp* 2003; 73:302.
3. Calvert PM, Frucht. The genetics of colorrectal cáncer. *Ann Intern Med* 2002; 137:603-612
4. O'Connell JB, Maggard, Ko CY. Colon cáncer survival rates with the New American Joint Committee on Cancer sixth edition staging. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:1420-1425
5. Sebastiano B, Kreisler, Millán, Martí-Ragué, Fracalvieri, Golda, Osorio, Fradera, Salazar, Rodriguez-Moranta, Sanjuán. Resultados a largo plazo de la cirugía urgente y electiva del cáncer de colon. *Cir Esp* 2007;82:89-98.
6. Ferrer M, Reina, Maturana, Rubio, Blesa, Rico. Síndrome de Lynch: genética y cirugía. *Cir Esp* 2011;89:3-9.
7. Potter JD. Colorectal cáncer: Molecules and populations. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:916-932
8. Wu JS, Fazio. Colon cáncer. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1473-1486
9. Baron JA, Cole, Sandler. A Randomized trial of aspirin to prevent colorectal adenomas. *N Engl J Med* 2003;348:891-899
10. Kreisler E, Biondo, Martí-Ragué. La cirugía en el cáncer de colon complicado. *Cir Esp* 2006;80:9-15.
11. Figueras J, Torras, Martí-Rague, Valls, Ramos, Navarro, Rafecas, Lladó, Serrano, Pares, Fabregat. Resección quirúrgica de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal. *Cir Esp* 2004;76:292-9.

12. Errasti J, Cermeño, Campo, Romeo, Sardón, Reka. Factores de riesgo de mortalidad postoperatoria en el cáncer colorrectal. Seguimiento de una cohorte en una unidad especializada. *Cir Esp* 2010;87:101-7.
13. Abad A, Martínez-Balibrea, Manzano, Cirauqui. Biología molecular del cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2003;73:9-16.
14. Kreisler E, Biondo, Martí-Ragué. La cirugía en el cáncer de colon complicado. *Cir Esp* 2006;80:9-15.
15. Figueras J, Metástasis Hepáticas masivas de cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2005;77:313-4.
16. Codina A, Farrès, Olivet. Estadificación preoperatoria del cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2003;73:17-9.
17. Roig JV, Solana, Alós. Tratamiento quirúrgico y resultados del cáncer de colon. *Cir Esp* 2003;73:20-4.
18. Rouffet F, Hay, Vacher. Curative resection for left colonic carcinoma: Hemicolectomy vs segmental colectomy. A prospective, controlled, multicenter trial. French Association for Surgical Research. *Dis Colon Rectum* 1994;37:651-659
19. Malassagne B, Valleur, Serra. Relationship of apical lymph node involvement to survival in resected colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1993;36:645-653