

**CÁNCER COLORRECTAL, UTILIZACIÓN DEL SISTEMA AUTOMATIZADO DE REGISTRO Y CONTROL DE ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**Dr. Boris Gustavo Suárez Sorí; Dr. Larry Curtis Madrigal**

*Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" Camagüey.*

**RESUMEN**

Se realizó un estudio prospectivo partiendo de la Base de Datos del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" durante el trienio 1994 - 1996. Con el propósito de determinar el número de fallecidos autopsiados cuya causa básica de muerte fue el cáncer colorrectal, para conocer sus características anatomopatológicas y valorar la calidad del diagnóstico clínico. Los datos se procesaron con el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Se obtuvo un universo de 1 690 autopsiados, de éstos 39 con diagnóstico de cáncer. El tipo histológico más frecuente fue el Adenocarcinoma, la localización el Rectosigmoides y las metástasis a nivel hepático. Hubo 33 verdaderos positivos, seis falsos negativos para una alta sensibilidad diagnóstica (85%). Se demuestra la utilidad del programa automatizado como herramienta de apoyo a la asistencia y la investigación.

**DeCS:** NEOPLASMAS COLORRECTALES/diagnóstico/patología; SISTEMA DE REGISTROS.

**ABSTRACT**

A prospective study was performed departing from Database of "Manuel Ascunce Domenech" Clinical-Surgical Provincial Teaching Hospital during three years of study (1994-1996). With the aim of determining the number of deceased with autopsy

analyses, who had colorectal cancer as their basic cause of death, know their anatomopathological characteristics and value the quality of the clinical diagnosis. Data were processed with the Automated Register and Control System of Patho-Anatomy. A universe of 1690 deceased with autopsy studies was obtained, 39 out of them with cancer diagnosis. The most frequent histologic type was the Adenocarcinoma, localization of the Rectosigmoid and metastases at the hepatic level. There were 33 true-positive, 6 false-negative for a high diagnostic sensibility (85%). The usefulness of the Automated Program as a helping tool for medical assistance and research was shown.

**DeCS:** COLORECTAL NEOPLASMS/ diagnostic/ pathology; REGISTRIES.

## **INTRODUCCIÓN**

Los tumores de colon y recto constituyen un desafío en la práctica médica porque producen síntomas en etapas relativamente tempranas y pueden curarse por extirpación. A menudo estos síntomas iniciales son ignorados por el enfermo o insuficientemente investigados por el médico. Las muertes por carcinoma de colon son consideradas en Estados Unidos como una tragedia previsible (1-3). Según las Estadísticas Oncológicas de la Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer (4), en 1993 se descubrió un caso de Adenocarcinoma de colon en una paciente asintomática y se ha detenido la evolución de otro pólipo adenomatoso con displasia severa, que podía haber evolucionado a un cáncer.

El elevado porcentaje de autopsias que se realiza en Cuba y la alta calidad de la información obtenida de ellas, debidamente conservadas, colocan al patólogo en una posición privilegiada que se debe aprovechar con sabiduría. Los protocolos de autopsias, fuentes también oficiales de datos, contienen una información más exacta acerca de las verdaderas causas morfológicas y funcionales de la muerte. A partir de 1994 comienza a ponerse en práctica en Cuba la investigación sobre calidad del diagnóstico clínico utilizando el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP), que no es más que la información obtenida directamente de los protocolos de autopsias, datos que se procesan a través del Sistema y que facilitan la información estadística más confiable que se pueda adquirir.

Todo lo referente a las posibilidades de investigación que brinda el SARCAP, así como las cifras anuales de invalidez y muertes debidas a tumores malignos de colon y recto, con la consiguiente repercusión social y por ser uno de los mayores retos a la medicina son motivos más que suficientes para la realización de este trabajo.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo de tipo longitudinal con los egresados fallecidos del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey, cuyas autopsias fueron realizadas en el departamento de Anatomía Patológica desde el 1 de enero de 1994 hasta el 31 de diciembre de 1996.

Se procedió a llenar la boleta "Informe de autopsia" a todos los fallecidos autopsiados en este período, donde se recogen una serie de datos generales del paciente, así como las causas de muerte clínica y anatomopatológicas para realizar la correlación de las mismas. Las enfermedades se codificaron utilizando el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismo y Causas de Defunción, (novena revisión) (5). Las variables y pruebas estadísticas se obtienen automáticamente al utilizar la opción "interrogar" del programa SARCAP.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

De las 1 690 autopsias, solo 39 aparecen con diagnóstico anatomopatológico, de Cáncer Colorrectal como Causa Básica de Muerte (CBM).

Las 39 autopsias se distribuyeron por grupos de edad. El mayor número está a partir de 61 años, específicamente entre 81 y 90 años donde se registran 11 (28%) correspondiendo a la edad planteada para el diagnóstico de la enfermedad por los autores de la bibliografías revisadas (6,7).

Las Causas Directas de Muerte (CDM) más frecuentes son las infecciones con 13 casos de septicemias, tres con bronconeumonías y dos con peritonitis. Las Causas Intermedias de Muerte (CIM) más frecuentes fueron los estatus postoperatorios y

entre las Causas Contribuyentes de Muerte (CCM) también las infecciones y además las metástasis. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Causas de muerte anatomopatológicas más frecuentes

	<b>Causas</b>	<b>Total</b>
CDM	Infecciones	18
	Septicemia	13
	Bronconeumonía	3
	Peritonitis	2
CIM	Estatus postoperatorios	10
CCM	Infecciones	2
	Metástasis	2
OD	Aparato respiratorio	1
	Ganglios linfáticos	1
	Metástasis	38
	Hígado	13
	Ganglios linfáticos intraabdominales	12
	Pulmón y pleura	6
	Otros órganos digestivos	6
	Ovarios	1
Aterosclerosis	27	

**Leyenda:**

CDM= Causa Directa de Muerte.

CIM= Causa Intermedia de Muerte.

CCM= Causa Contribuyente de Muerte.

OC = Otros Diagnósticos.

Aquí también se reflejan las enfermedades que con mayor frecuencia aparecen como Otros Diagnósticos (OD) en los 39 fallecidos por cáncer colorrectal. En primer lugar se ubican las metástasis en 38 fallecidos, con localización más frecuente en el hígado, 13. En segundo lugar de frecuencia entre OD se encuentra la Aterosclerosis con 27.

En correspondencia con la bibliografía revisada (8) la localización más frecuente del tumor es en el recto y rectosigmoides (Tabla 2). En total el 46% se localizó entre el sigmoides, recto e incluso un caso de localización en el ano.

El SARCAP ofrece la posibilidad de realizar pruebas estadísticas específicas para el control de la calidad del diagnóstico clínico. Las medidas tradicionales de valor diagnóstico de una prueba son la sensibilidad y la especificidad, indican la proporción o

por ciento de los que han sido correctamente clasificados como sanos o enfermos. El valor predictivo es la probabilidad de que la enfermedad esté presente (o ausente) después de obtenerse los resultados de las pruebas (9).

**Tabla 2.** Localización morfológica del tumor  
(CBM. Anatomopatológica)

Localización	Total	%
Recto	7	18
Colon Sigmoides	7	18
Colon Ascendente	6	15
Colon Descendente	6	15
Colon sin especificar	5	12
Colon Rectosigmoide	3	8
Colon Angulo Hepático	3	8
Ano	1	3
Ciego	1	3
Total	39	100

También acorde con la bibliografía (1,2,3) el tipo histológico más frecuente con 37 casos (96%), es el Adenocarcinoma, (Tabla 3).

**Tabla 3.** Tipo histológico del tumor  
(CBM. Anatomopatológica)

Tipo de Histología	Total	%
Adenocarcinomas	37	94
Carcinoma células Escamosas	1	3
Carcinoma indiferenciado	1	3
Total	39	100

Teniendo en cuenta que el criterio de referencia es el diagnóstico de la autopsia y la prueba estudiada el diagnóstico clínico en la (Tabla 4), aparece registrado que para los

39 casos con CBM anatomopatológica de cáncer colorrectal existe una alta sensibilidad y coincidencia diagnóstica 85% respectivamente, una discrepancia diagnóstica de 15%, un valor predictivo positivo de 100% con 33 verdaderos positivos y 6 falsos negativos.

**Tabla 4.** Control de la calidad del diagnóstico clínico.

	<b>%</b>
Valor Predictivo Positivo	100
Sensibilidad	85
Coincidencia Diagnóstica	85
Verdaderos Positivos	33
Discrepancia Diagnóstica	15
Falsos Negativos	6
Especificidad	0
Valor Predictivo Negativo	0
Falsos Positivos	0
Verdaderos Negativos	0

## **CONCLUSIONES**

1. De 1 690 autopsias se concluyeron 39 con cáncer colorrectal como CBM.
2. Las CDM anatomopatológicas más frecuentes son las infecciones y las CIM los estatus postoperatorios. Las CCM más frecuentes también fueron las infecciones y entre otros diagnósticos las metástasis, mayormente hepáticas.
3. La localización más frecuente del tumor, en el recto y el tipo histológico, el Adenocarcinoma.
4. Verdaderos positivos 33, falsos negativos 6, para una alta proporción de diagnósticos clínicos correctos (sensibilidad diagnóstica).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V: Patología Estructural y Funcional. 3 ed Rev. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1987; t1:2 209-10; 850-60.

2. Robbins SL, Tubo digestivo. En su: Patología Estructural y Funcional 4ed. Madrid: Editorial Interamericana 1990; t2: 945-49.
3. Crawford JM. El tracto gastrointestinal. En: Robbins S L. Patología Estructural y Funcional 5ed. España: EDIGRAFOS 1995: 903-5.
4. Zubiri A, Cuchi T, Abadía MJ. Estadísticas Oncológicas de la Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer. 1993: 33.
5. OPS/OMS, Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Clasificación internacional de enfermedades. 10 ed rev. Washington: OPS 1995.
6. Estupiñán Rebollar R. Tratamiento de los tumores Malignos de la región anorrectal desde enero de 1982 a diciembre de 1990. (Meeting abstract). Proc Annu Meet an Soc Oncol. 1991; 2: 106-10.
7. Ruiz Liso JM, Sanz Anguela J, Alfonso Torres J, Horndler Argarate C, Del Villar Sordo V, García Pérez M, Rodríguez Manzanilla L. Incidencia neoplásica del aparato digestivo.Tendencia. Soria. Rev Esp Enferm Dig 1993; 84 (1): 8-16.
8. Steele GD JR, Augenlicht LH, Beeg CB . National Institute of Helth Consensus Development Conference, Adjuvant Therapy for with Colon and Rectal Cáncer. JAMA 1990, 3: 264.
9. Rieggelman Richard K, Hirsch Robert P. Como estudiar un estudio y probar una prueba: Lectura crítica de la literatura médica. 2ed. Pte 6. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1991, 111 (6): 534-5.

Recibido: 2 de septiembre de 1997

Aprobado: 16 de febrero de 1998