

Cancer colorrectal. Reporte de 110 casos

Colorectal cancer: Report of 110 cases

Rafael Pila Pérez, Rafael Pila Peláez, Carmen Guerra Rodríguez, Sonia M. Bello Carbonell

Hospital Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo de los 110 casos ingresados por neoplasia colorrectal en los Hospitales: Manuel Ascunce, Amalia Simoni y el Oncológico Madam Curie de la Ciudad de Camagüey, en el período comprendido de 1992 - 1996 ambos incluidos. La edad de los pacientes fue superior a los 40 años en la gran mayoría de los casos, pero llamó la atención que el 31, 7% tenía menos de 40 años de edad.

Hubo un predominio del sexo masculino, color de la piel blanca y procedencia urbana.

El dolor abdominal, la pérdida de peso, los sangramientos y cambios de hábito intestinal fueron los principales síntomas y signos de estos casos. La principal localización anatómica fue recto-sigmoides; los estadios principales fueron el B y el C de la clasificación de Dukes; mientras que el adenocarcinoma bien diferenciado fue el de mayor incidencia histológica. En cuanto a la terapéutica la resección curativa y paliativa fueron las principales formas de tratamiento.

DeCS: NEOPLASIAS COLORRECTALES; INCIDENCIA.

ABSTRACT

A prospective study of 110 cases admitted with colorectal neoplasia was performed in Manuel Ascunce and Madam Curie Provincial Hospitals of Camagüey City within the period from 1992 to 1996 both included. The age of patients was higher than 40 years in the great majority, but it was relevant that 31, 7% was below 40 years. Masculine sex white skin and urban origin prevailed. Abdominal pain, weight lose, bludings, and changes in the intestinal habits were the main signs and symptoms in these cases. The main anatomic localization was in rectum-sigmoid; the main stages reported were B and C of Dukes classification; while well-differentiated adenocarcinoma had higher histologic incidence. As to the therapeutics, curative and paliative resections were main forms of treatment

DeCS: NEOPLASIA; INCIDENCE.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas son actualmente uno de los principales problemas de salud en Cuba. Las tendencias de la incidencia y la mortalidad son claramente crecientes. A medida que aumenta la esperanza de vida y disminuye la morbilidad por enfermedades trasmisibles, dadas las modificaciones en el estilo de vida asociadas al desarrollo socioeconómico, la importancia de las enfermedades neoplásicas se incrementa.

En Cuba se reportan actualmente entre 15 000 y 20 000 casos nuevos de cáncer y se producen más de 12 000 defunciones al año, solamente precedidas por los accidentes en el grupo de 5 a 49 años de edad. ¹

Dentro de los procesos malignos el cáncer colorrectal es uno de los más importantes pues la tasa anual se calcula entre 9, 7 y 10, 4 con una mortalidad de 5, 6 a 6, 3 por cada 100,000 habitantes lo que representa casi la mitad de los cánceres del tubo digestivo. ²

Ha motivado la realización de este trabajo determinar la incidencia y algunas características de estas neoplasias en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de los casos ingresados por neoplasia colorrectal en los Hospitales: Manuel Ascunce, Amalia Simoni y el Oncológico Madam Curie de la Ciudad de Camagüey, en el período comprendido de 1992 - 1996, ambos incluidos.

El diagnóstico se fundamentó en el estudio histológico de las piezas operatorias de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica o en el estudio necrópsico de los pacientes fallecidos por esta enfermedad y que no fueron sometidos a proceder quirúrgico por el estado avanzado de la neoplasia o por complicaciones médicas.

De estos pacientes hemos estudiado: la edad, sexo, color, de la piel, procedencia, formas de presentación y la región anatómica afectada por la neoplasia, al mismo tiempo analizamos el estadio del cáncer (codificación de Dukes modificada por Turbunll), clasificación histológica, tratamiento y el sitio de las principales metástasis.

A la muestra aleatoria de tamaño 110 se le realizó el estudio estadístico de prueba de hipótesis de proporciones. Para esto se tomaron las variables cualitativas siguientes: edad, sexo, color de la piel, procedencia, síntomas, signos, localización, estadio, histología, tratamiento y localización de las metástasis.

Después se calculó la frecuencia de aparición de cada uno de los posibles valores, se procesaron con el Sistema Microstat en una computadora IBM.

RESULTADOS

La edad de presentación en nuestros casos osciló entre 16 y 86 años con un promedio de 50 años. El porcentaje de pacientes por debajo de 40 años representó el 31, 7%. El color de la piel, blanca (63, 6 %) y la procedencia urbana (63, 6%), predominaron en nuestra casuística lo cual resultó significativo $p < 0, 01$ (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de casos de cáncer colorrectal por edad, sexo, color de la piel, y procedencia

Edad en Años	Masculino	%	Femenino	%
10-20	1	0,99	0	0,00
21-30	7	6,36	6	5,45
31-40	14	12,72	7	6,36
41-50	16	14,54	3	2,72
51-60	18	16,36	8	7,27
61-70	8	7,27	6	5,45
> 70	8	7,27	8	7,27
Color de la Piel				
Blanca	35	31,81	24	21,81
Negra	20	18,18	15	13,63
Mestiza	11	10,00	5	4,54
Procedencia				
Urbana	39	35,45	31	28,18
Rural	28	25,45	12	10,90

Fuente: Expedientes clínicos

En la tabla 2 presentamos los principales factores de riesgos, mientras que en la 3 señalamos las formas clínicas de presentación en nuestros pacientes.

Tabla 2. Factores de Riesgo del Cáncer de Colon

Edad por encima de 40 años independientemente del sexo
Enfermedades inflamatorias del intestino
Antecedentes del cáncer de colon o de adenomas
Síndrome de Peutz - Jeghers
Síndrome de Poliposis familiar
Síndrome de cáncer familiar
Antecedentes de Polipo Juvenil
Enfermedad de inmunodeficiencia

Tabla 3. Formas Clínicas de presentación en 110 casos de cáncer colorrectal

Signo y Síntomas	Número	%
Dolor abdominal	105	95,45
Malestar	77	70
Pérdida de peso	75	68,18
Cambio de hábito intestinal	64	58,18
Sangramiento rectal	58	52,72
Anemia	46	41,82
Obstrucción Intestinal	42	38,18
Tumor abdominal	35	31,82
Tumor Rectal	26	23,64
Hepatomegalia	20	18,18
Otros	16	14,55

Fuente: Expedientes Clínicos

La enfermedad predominó en el colon izquierdo incluyendo el recto en el 60% de la serie, mientras que el colon derecho fue afectado sólo en el 35%. La localización exacta del cáncer es apreciada en la tabla 4.

Tabla 4. Localización anatómica de 110 casos de cáncer colorrectal

Localización	Número	%
Recto y sigmoide	53	48,18
Ciego	30	27,27
Sigmoide	8	7,27
Ascendente	6	5,45
Transverso	5	4,55
Flexura esplénica	5	4,55
Colon descendente	3	2,73

Fuente: Expedientes Clínicos P< 0, 01

El estadio del cáncer colorrectal fue mayor en el estadio C (41, 8 %) seguido del estadio B (34, 5). Es llamativo el estadio A con sólo el 4, 5% como lo exponemos en la tabla 5.

Tabla 5. Estadío de cáncer colorrectal en 110 casos (Clasificación de Dukes modificada por Turnbull).

Estadio	Número de casos	%
A	5	4,55
B	38	34,55
C	46	41,82
D	21	19,09

Fuente: Expedientes Clínicos

En la tabla 6 señalamos que en nuestro medio el adenocarcinoma con 94 (85, 4 %) fue el tumor de mayor frecuencia teniendo significación estadística p< 0, 01 y dentro de éste, el bien diferenciado fue el de mayor rango (77, 3%), el adenocarcinoma mucinoso se presentó en 10 enfermos (9, 1%).

Tabla 6. Tipo Histológico de los 110 casos con cáncer colo-rectal

Tipo Histológico	Número de casos	%
1.- Adenocarcinoma		
a) Bien diferenciado	85	77,27
b) Moderadamente diferenciado	4	3,64
c) Indiferenciado	5	4,55
2.- Adenocarcinoma mucinoso		
a) Bien diferenciado	10	9,09
b) Moderadamente Indiferenciado	-	-
c) Indiferenciado	-	-
3.- Carcinoma de célula en anillo de sello	3	2,73
4.- Carcinoma Basaloide	3	2,73

Fuente: Expedientes Clínicos $p < 0,01$

Tabla 7. Tratamiento en 110 casos de cáncer colorectal

Modo de Tratamiento	Casos	%
Resección Paliativa	39	35,45
Resección Curativa	38	34,54
No quirúrgico por estado avanzado	17	15,45
No quirúrgico por enfermedades clínicas	16	14,55

Fuente: Expedientes Clínicos

Los pacientes sometidos a intervención quirúrgica fueron estudiados con radiografía de pulmón, colon por enema, neumocolon, endoscopia y recto sigmoidoscopia, así como otros exámenes para descartar probables metástasis, como ultrasonografía, gammagrafía hepática, survey óseo, etc. La resección paliativa fue practicada en 39 (35, 2% y la curativa) en 38 (34, 6).

Llama la atención que en 33 pacientes no fueron intervenidos quirúrgicamente por lo avanzado de la enfermedad neoplásica o por enfermedades médicas asociadas

tales como: insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, tromboembolismo pulmonar, edad avanzada o negación de los enfermos a ser intervenidos pero que fallecieron y se les practicó estudio necrópico en algunos de los hospitales.

En nuestra serie 40 pacientes (36, 3%) presentaron metástasis, siendo la más frecuentes a eplión (60%), ganglios linfáticos (50%), peritoneo (47, 5%) hígado (45%) y pulmón (20%), señalando que gran cantidad de pacientes presentaron metástasis múltiples.

DISCUSION

Aunque el cáncer del recto en muchas publicaciones se considera que pertenece a una sola entidad con el colon, sin embargo, existen suficientes elementos para separarlos a pasar de las dificultades por su proximidad anatómica; basado en esto y al realizar un estudio que abarcaría estos dos segmentos ya que los mismos cuentan con muchos exámenes que son compatibles para dicho diagnóstico es que hemos realizado una revisión de ambas topografías.

El cáncer colorectal es la segunda causa de cáncer visceral en los países occidentales y causa el 20% de todas las muertes por cáncer. ³

En nuestro país constituye el 7% de las defunciones siendo sólo superadas por pulmón y próstata. ²

El índice comparativo de frecuencia del cáncer colorectal en las distintas regiones geográficas del mundo: Estados Unidos, Australia, Nueva Zelandia, América Central y del Sur excepto Argentina y Uruguay, el Sudeste Asiático y Japón donde el mismo es relativamente bajo. ^{4, 5} Estas diferencias debidas a ciertos factores ambientales, así vemos que los japoneses residentes en Estados Unidos tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar cáncer colorectal que sus semejantes en Japón. ⁶

Todos estos elementos fundamentan las hipótesis de que la dieta es uno de factores causales de mayor importancia, en especial la grasa de origen animal la cual ha sido señalada como uno de los más importantes factores etiológicos así como la dieta pobre en fibras. ⁷

Con los cambios socio económicos ocurridos en nuestro país las grasas de origen animal y las proteínas en la dieta han aumentado notablemente por lo que esto podría llevar a un incremento del carcinoma colorectal en los años próximos.

La edad es otro factor epidemiológico importante en esta enfermedad. El promedio de edad para la misma es alrededor de 60 años con un incremento dos veces mayor del riesgo en cada década subsiguiente.

En nuestra serie el 31% era menor de los 40 años, en oposición al 8% de otros estudios.⁸ Este aspecto puede estar relacionado con la forma debut de muchos pacientes jóvenes que debutaron por obstrucción intestinal y sangramiento rectal, ya que el resto de los síntomas y signo similares los de los autores revisados.⁸⁻¹⁰

El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica de la tumoración acompañada de una porción del intestino de 10 cm, por encima y debajo de la lesión, así como la parte correspondiente del meso.

La preparación preoperatoria adecuada del paciente ha contribuido notablemente a la reducción de la mortalidad en estas intervenciones quirúrgicas que según autores fluctúan entre el 2, 2% y el 4, 6% para las resecciones con fines curativos, no sucediendo así cuando son operaciones realizadas de urgencia por cuadros oclusivos donde la misma asciende al 20%.²¹

En nuestro estudio la mortalidad fue un 14,7% en los enfermos intervenidos mientras que Hernández González¹⁹ encuentra un 11 % en sus 192 pacientes operados pero, sin embargo, fue similar que la mayoría de los pacientes fallecidos estaban por encima de los 60 años en ambas series.

Cuando el tumor resulta inextirpable se podrá efectuar una colostomía derivativa o técnica de cortocircuito como tratamiento paliativo, siendo este el tratamiento que predominó en nuestra serie con 35, 2%.

En nuestra investigación 40 pacientes tenían metástasis (36, 3%) de lo que se deduce que se llegó demasiado tarde en el diagnóstico de la mayoría de los enfermos, este aspecto fue reportado por Caymad Esteba,²² aunque relativa menor cuantía, la mayor parte de las informaciones revisadas al respecto insisten en la frecuencia del diagnóstico tardío, aunque la mayoría atribuye entre otros factores la repercusión económica sobre el paciente y su familia, por gastos en investigaciones, consultas, tratamientos, etc, que obviamente carecen de importancia en nuestro medio, pero si podemos referirnos a la falta de educación sanitaria adecuada y la carencia de un programa de pesquizado enfocado a esta enfermedad.^{4, 6, 10, 11, 20, 23, 24}

Se recomienda^{9, 11} un trabajo sistemático para detectar todos los factores de riesgo y establecer el método de investigación sangre oculta, colon por enema y endoscopia así como el tacto rectal con el propósito de hacer el diagnóstico de esta afección en estadios iniciales de la enfermedad.-

CONCLUSIONES

La edad de los pacientes fue superior a los 40 años en la gran mayoría de los casos, pero llama la atención que el 31, 7% tenían menos de 40 años de edad.

Hubo un predominio del sexo masculino sobre el sexo femenino en una proporción de 2:1. En nuestra serie hubo un predominio evidente del color de la piel blanca y procedencia urbana. Los factores de riesgo para este tipo de cáncer no fueron bien obtenidos por el desconocimiento de dichos factores por los enfermos que no estaban bien orientados por su médico o por factores socio- culturales. Los principales síntomas y signos fueron: el dolor abdominal, molestia y pérdida de peso así como los cambios de hábito intestinal, sangramiento y anemia. La localización anatómica más frecuente fue la rectosigmoide. Los estadios principales fueron el B y el C de la clasificación de Dukes modificada por Turnbull, mientras que el adenocarcinoma bien diferenciado fue el de mayor incidencia histológica. La resección curativa y paliativa fueron las principales formas de tratamiento para esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Lage A. Las investigaciones sobre el cáncer en Cuba: Tareas Actuales y perspectivas. Acta Médica. 1988;2(2):17-31.
2. Registro Nacional de Cáncer. MINSAP. Informe Anual 1986, Cuba.
3. Silverman A, Desal T, Luk, G. Colorectal Cáncer. Gastrol Clin North AM. 1988;17(4):713-725.
4. Stower M, Hardoastle J. five year survival of patients. with colo-rectal cáncer treated in a regional hospital. Eur J Clin Oncol. 1990;11(2):119-123.
5. Boring C, Squires T, Tong T. Cáncer Statistics. Cáncer J Clin. 1993;43:7-26.
6. Nasea P, Greewald P, Burnett W. Cáncer among the Loreing-burning. Cáncer. 1991;48(3):2325-2327.
7. Bresalier R, Kim Y. Diet and colon cáncer putting the puzzle together. N Eng J Med. 1990;313(22):1413-1414.
8. Bader Jean P. Screening of colorectal cancer. Dissol. 1992;31(9):535-565.
9. Lynch, H, Lanspa S, Boman B. Hereditary nonpoliposis colorectal cáncer. Gastrol Clin North Am. 1990;17(4):679-712.
10. Lynch H, Roozer P, Shoelise G. Hereditary colon cancer polyposis and non poliposis variant. Cancer. 1991;35(5):95-135.
11. Lynch H, Lynch J. The Lynch syndrome. Oncology. 1993;5:687-696.

12. Slater G, Haber R, Avises A. Changing distribution of Carcinoma of the colon and rectum. *Surg Gynecol Obstet.* 1992;158;(4):216-218.
13. Netscher DT, Jarson G. Colon cancer the left to right and its implications. *Surg Gastroenterol.* 1993;2(1):13-18.
14. Yanguela J, Muñoz J, Hebrero J, Velázquez E. Carcinoma del colon en la Rioja: Estudio de la incidencia en el período 1978-1987. *Rev Esp Enf.* 1990;75(3):231-235.
15. Kirklin J, Dockerty M, Waugh J. The role peritoneal reflection in the prognosis of carcinoma of the rectum and sigmoid colon. *Surg Gynecol Obstet.* 1960;88(4):326-330.
16. Astler U, Collier F. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *Am Surg.* 1974;139(5):846-851.
17. Turbull R, Kyle K, Watsow F, Spratt J. Cancer of the colon: the influence of the notouch isolation technique on survival rates. *Ann Surg.* 1967;166:420-427.
18. Pozo T, Suárez M, Fernández S, Tojo E, Lamamie E, Díaz M et; al. Estudio Epidemiológico del cáncer de colon y recto en la zona sanitaria del Valle de Nalon (Asturias, 1978-1986). *Rev Esp Enf Digest.* 1990;75(3),236-240.
19. Hernández González A, Ochoa C. Cáncer del colon. *Acta Médica.* 1992;3(1):48-95.
20. García Olmo E, Pellicier Franco J, Morales Cuenca E. Cáncer colorectal: Existe relación entre el retraso diagnóstico, su grado de extensión y supervivencia?. *Rev Esp enf Digest.* 1989;3(76):239-243.
21. Miller F, Nikolov N, Garrison N. Emergency right colon resection. *ARCH Surg.* 1987;122:339-343.
22. Caymad Esteve J. Morbilidad y mortalidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto. *Rev Cub Cir.* 1988;27:67-81.
23. Ahnen D. Abnormal DNA content as biomarker of large bowel cancer risk and prognosis. *J Cell Biochem suppl.* 1992;16:1-13.
24. Clarke D, Jones P, Needham C. Outcome in colorectal carcinoma; seven year study of population. *Br Med J.* 1982;1:431-435.

Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Doménech. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.