

# *Caracterización clínico quirúrgica del cáncer colorrectal en pacientes ingresados*

HOSPITAL MILITAR DOCENTE " Dr. MARIO MUÑOZ MONROY" MATANZAS.

**Revista Médica Electrónica. 2009; 31(1)**

Caracterización clínico quirúrgica del cáncer colorrectal en pacientes ingresados.

Clinic-surgical characterization of the colorectal cancer in inpatients.

## **AUTORES**

Dr. Osvaldo Alejo Concepción.(1)

Dr. Libardo Castillo Lamas. (2)

Dra. Ibis Umpiérrez García. (3)

Dr. Ariel Jordán Alonso. (2)

Dra. Vilma Román Castellini. (4)

- 1) Especialista de 1er.Grado en Cirugía General. Hospital Militar Docente " Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.
- 2) Especialista de 2do.Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Militar Docente " Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas.
- 3) Especialista 1er. Grado Gastroenterología. Profesora Instructora. Hospital Militar Docente " Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas
- 4) Especialista de 1er.Grado en Pediatría. Diplomada en Gastroenterología. Hospital Pediátrico Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas.

## **RESUMEN**

El cáncer colorrectal presenta alta incidencia. En Cuba, esta patología ocupa el quinto lugar en ambos sexos entre todas las neoplasias. Con el objetivo de caracterizar dicha afección se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Docente de Matanzas "Dr. Mario Muñoz Monroy", en el período de enero del 2001 a enero del 2005, estudiándose edad, sexo, antecedentes oncológicos familiares, forma de presentación, localización y diagnóstico del tumor así como técnica quirúrgica empleada en su tratamiento. Los resultados mostraron predominio del sexo masculino en las edades de 60 a 69 años, síntomas diferentes en dependencia de la localización, predominio del cáncer rectal, entre otros. Se concluyó que existe demora entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, lo que disminuye considerablemente las posibilidades de curación y la sobrevida.

**DeCS:**

**NEOPLASIAS COLORRECTALES/diagnóstico**

**NEOPLASIAS COLORRECTALES/cirugía**

**NEOPLASIAS COLORRECTALES/epidemiología**

**NEOPLASIAS COLORRECTALES/genética**

**FACTORES DE RIESGO**

**DIETA**

**PACIENTES INTERNOS**

**HUMANOS**

**ADULTO**

**ANCIANO**

## INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es uno de los cánceres viscerales más frecuentes y constituyen un grave problema médico en los países occidentales donde su incidencia es particularmente alta (1). En Cuba, esta patología ocupa el quinto lugar en ambos sexos entre todas las neoplasias. Anualmente se diagnostican unos 1600 casos para una tasa de 15,1 por cada 100000 habitantes. (2)

Dentro de los factores de riesgo que se han asociado al cáncer colateral cobran especial interés la dieta y los factores genéticos. La importancia de la fibra vegetal radicaría en su capacidad para fijar los ácidos biliares y diversos carcinógenos en la luz del intestino, así como en sus efectos modificadores de la flora fecal y aceleradores del tránsito intestinal. (3)

El tratamiento de elección del cáncer colorrectal es la cirugía. La supervivencia global de los pacientes con cáncer colorrectal tras una resección quirúrgica radical es del 40 % a los 5 años aproximadamente. (4)

En los últimos años se ha observado en el Hospital Militar de Matanzas un aumento en el número de tumores diagnosticados en estadios avanzados, así como el número de casos operados por complicaciones. Desde hace más de 20 años en el Hospital Militar de Matanzas no se realiza un estudio similar, los últimos datos aportados sobre este tema se recogen gracias al trabajo de tesis para doctorado realizado por el profesor Julio Font Tió en el año 1984. Basados en esta inquietud se decidió realizar este estudio.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Docente de Matanzas "Dr. Mario Muñoz Monroy", en el período de enero del 2001 a enero del 2005. El universo y la muestra quedaron constituidos por todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de tumor colorrectal maligno ya sea de forma urgente o electiva (55 pacientes). De cada paciente se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, factores de riesgo, patologías asociadas, síntomas y signos presentados, forma de ingreso, exámenes complementarios que facilitaron el diagnóstico, la localización de los tumores, procedimientos quirúrgicos realizados, estadio anatomopatológico postoperatorio, complicaciones y la mortalidad. La recolección de los datos se realizó en una planilla diseñada al efecto. El procesamiento de la información se realizó mediante el análisis de frecuencias acumuladas en cifras absolutas y porcentuales.

## RESULTADOS

Se observó un predominio del sexo masculino (56,36 %), mientras que el grupo etáreo donde apareció la enfermedad con más frecuencia fue el de 60-69 años (19 pacientes). Los factores de riesgos estudiados mostraron que de los 13 pacientes que presentaron antecedentes oncológicos heredofamiliares 6 correspondieron a cáncer de mama. Sólo 2 pacientes presentaron enfermedades premalignas: uno Colitis Ulcerativa Idiopática y otros pólipos del colon. El recto fue el sitio más afectado con 22 tumores que corresponde al 40 % del total, siendo el colon derecho el menos atacado con 14 tumores para un 25.45 %. Los síntomas y signos más frecuentes: el dolor y la palidez cutáneo-mucosa en los tumores de colon derecho, el dolor, la astenia y la enterorragia en los del colon izquierdo; y la enterorragia y la pérdida de peso los elementos que más inciden mientras que los cambios del hábito intestinal y la palidez cutáneo-mucosa los menos tomados en cuenta como sospecha para el diagnóstico. Se observó un promedio de 12 y 11 meses respectivamente de tiempo que medió entre su aparición hasta el diagnóstico clínico de cáncer colorrectal. (Tabla No.1)

Tabla No. 1

Localización de los tumores según el cuadro clínico y el promedio del tiempo que medió entre el inicio de los síntomas, signos y el diagnóstico.

SÍNTOMAS	COLON DERECHO	COLON IZQUIERDO	RECTO	TOTAL	PROMEDIO*
astenia	9	13	7	29	10
anorexia	6	8	12	26	2
cambios de hábito intestinal	8	4	6	18	12
dolor	10	11	2	23	4
enterorragia	0	9	19	28	2
palidez cutaneomucosa	9	6	6	21	11
pérdida de peso	6	8	18	32	1
tumor palpable	3	5	3	11	1

Con respecto a los exámenes complementarios, el más utilizado fue la endoscopia del tracto digestivo inferior realizada a 43 pacientes, mientras la Tomografía Axial Computarizada fue realizada en sólo 4 pacientes. La radiografía simple de abdomen fue pilar importante en el diagnóstico de los casos que fueron operados por urgencia por complicaciones del proceso tumoral, tales como perforación u obstrucción en cuyos casos la laparotomía confirmó la causa, lo cual ocurrió en 7 pacientes. El proceder quirúrgico que más se realizó fue la resección abdominoperineal de Miles, (18) lo cual está en relación con la localización más frecuente que fue la de recto (22 pacientes). De los 7 pacientes operados de urgencia, en sólo 2 no se pudo reseñar el tumor debido a las condiciones locales y generales de los pacientes. Los estadios anatomopatológicos según la clasificación de Dukes, modificada después por Astler y Coller mostraron que a pesar de que el estadio más frecuente resultó ser el B2 con 19 tumores, del total de 55 tumores, 34 se encontraban en estadios avanzados (C1, C2, D) en el momento del diagnóstico, siendo los tumores de colon izquierdo los de mayor porcentaje de diagnóstico tardío (73,68 %).

## **DISCUSIÓN**

La bibliografía consultada de países con alta incidencia de cáncer colorrectal no muestra diferencias significativas en cuanto a sexo, mientras que la edad de aparición oscila entre 50 y 55 años, inferior a las edades que se reportan en este estudio. Investigaciones realizadas en Cuba sobre esta neoplasia concuerdan con estos resultados. (5)

Los factores de riesgo que se tuvieron en cuenta ponen en evidencia una vez más la relación entre el cáncer colorrectal y otras neoplasias (6). Fue el cáncer de mama el antecedente oncológico hereditario que mayor relación tuvo, lo cual parece estar condicionado por un incremento de la incidencia de esta neoplasia en nuestro país en los últimos 5 años. Otras series reportan a las neoplasias del tubo digestivo como la de mayor herencia oncológica para desarrollar un cáncer colorrectal. (7)

Respecto al cuadro clínico se expresa de manera clásica para todas las localizaciones de los tumores, lo que llama la atención es el tiempo que medió entre la aparición de los síntomas, signos y el momento en que se realizó el diagnóstico, poniéndose de manifiesto la poca importancia que tuvieron como sospecha para el diagnóstico, toda vez que nuestra población no carece de atención médica. En este sentido, los cambios del hábito intestinal y la anemia crónica resultaron los más olvidados. La bibliografía consultada concuerda con el cuadro clínico, pero ubica el dolor anorrectal como el síntoma preponderante en los tumores de recto. (8)

Con relación a los exámenes complementarios queda totalmente relegada la Tomografía Axial Computarizada, lo cual se debe a la incapacidad para la realización de este estudio en nuestra provincia. Es discutido en cada simposio de cirugía del colon las ventajas del método endoscópico sobre la radiografía con enema de bario y el doble contraste, pero este último no deja de ser útil, pues permite siempre visualizar todo el colon y detectar inclusive lesiones sincrónicas que en ocasiones no son accesibles al endoscopio porque la estenosis producida por el propio tumor se lo impide. (9)

El proceder quirúrgico más utilizado fue la resección abdominoperineal de Miles, atendiendo al sitio más afectado por el tumor, el recto, dato que concuerda con un estudio similar realizado en México el año pasado, sin embargo, en los EE.UU., cada vez se practica con más frecuencia las resecciones abdominoperineales con conservación de esfínter fundamentado en el drenaje linfático ascendente del recto que permite realizar estos procedimientos con márgenes tan pequeños como de 2,5 cm entre el tumor y la línea dentada o zona de transición epitelial (10). En el Hospital Militar de Matanzas cada vez con más frecuencia se realizan estas operaciones con resultados halagüeños.

La bibliografía consultada reporta una mortalidad de aproximadamente 4 %, nuestro estudio presentó un 12 %, esto quizás esté determinado por la edad y las condiciones locales y generales de los pacientes operados de urgencia, pues de 7 fallecidos 5 fueron operados por complicaciones del tumor (oclusión intestinal y perforación con peritonitis), cuestión que empeora de forma alarmante el pronóstico. Un artículo revisado donde se estudiaron sólo pacientes operados de urgencia por complicaciones del tumor presentó más de un 50 % de complicaciones y una mortalidad de 29 %. (11)

## **RECOMENDACIONES**

Este trabajo ha puesto en evidencia que el cáncer colorrectal se está diagnosticando de forma tardía, lo cual afecta sobremanera el tratamiento quirúrgico oportuno. Recomendamos que se rescate un método de bajo costo y alta sensibilidad como la determinación de sangre oculta en heces fecales con el que se pudiera iniciar un algoritmo de pesquiasaje dirigido a la población aparentemente sana y

sin riesgo conocido, en edades donde la aparición es más frecuente (50 años), a través de la Atención primaria de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Torres Zavada N, Fermín Yan E, Díaz Placencia JA. Pronóstico de sobrevida en cáncer colorectal resecable obstructivo y no obstructivo. *Rev Gastroenterol.* 2006; 26: 363-72.
2. Camayd Esteva JG. Morbilidad y mortalidad en el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto. *Rev Cubana Cir.* 1988; 27(2): 67-81.
3. Castells. Prevención del cáncer colorrectal: Cribado, vigilancia y quimioprevención. *Gastroenterol Hepatol.* 2005; 3: 47-50.
4. Peraa M, Pascuala M. Unidad de Cirugía colorrectal Hospital del Mar. *Gastroenterol Hepatol.* 2005; 28:417-25.
5. OMS. Colorrectal cáncer: Epidemiology, risk factors, and health services. *Clin Colon Rectal Surg.* 2005; 18: 133-40.
6. Fernández A, Sainz S. Huntsman Cancer Institute. *Rev Clin Esp.* 2003; (11):542-4.
7. Duran Ramos O, González Ojeda A, Cisnero López F, Hermosillo Sandoval J. Experiencia en el manejo del cáncer colorrectal en el Centro Médico Nacional de Occidente. *Cir Gen.* 2001; 22(2):153-8.
8. Guldrin UA. Cáncer Colorrectal. Argentina: Intramed; 2006.
9. Roque SF, Navarro LA. Prevención y pesquisa del Cáncer colorrectal. *Avances en la Gastroenterología en las Américas.* Perú: Editorial Cimograf; 2005. p.168.
10. Poeze M, Houbiers GA, Van Velde JH, Wobbs T. Radical resection of locally advanced colorrectal cancer. *Br J Surg.* 2005; 82(1):1386-90.
11. Yee Man Lee, Wai Lun Law, Kin Wah Chu, Poon Tered R. Emergency Surgery for Obstructing Colorrectal Cancer: A comparisson between Right-Side and Left-Side Lesion. *J Am College Surg.* 2001; 192(6):719-25.

## SUMMARY

The colorectal cancer presents high incidence. This pathology occupies the fifth place among the neoplasias in both sexes in Cuba. With the objective of characterizing this disease we carried out a descriptive transversal study at the service of General Surgery of the University Military Hospital of Matanzas "Dr. Mario Muñoz Monroy", in the period from January 2001 to January 2005, studying age, sex, familiar oncological antecedents, presentation form, localization and diagnosis of the tumor, and also the surgical technique used in the treatment. The results showed predominance of the male sex in ages between 60 and 69 years old, different symptoms depending on the localization, predominance of the rectal cancer, and others. It was concluded that there is a delay between the beginning of the symptoms and the diagnosis, considerably diminishing the healing possibilities and survival.

## MeSH:

**COLORECTAL NEOPLASMS/diagnosis**  
**COLORECTAL NEOPLASMS/surgery**  
**COLORECTAL NEOPLASMS/epidemiology**  
**COLORECTAL NEOPLASMS/genetics**  
**RISK FACTORS**  
**DIET**  
**INPATIENTS**  
**HUMANS**  
**ADULT**  
**AGED**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Alejo Concepción O, Castillo Lamas L, Jordán Alonso A, Umpiérrez García I, Román Castellini V. Caracterización clínico quirúrgica del cáncer colorrectal en pacientes ingresados. Hospital Militar. Matanzas. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(1). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema02.htm>  
[consulta: fecha de acceso]