

**Caracterización videoendoscópica e histológica de
pacientes con cáncer colorrectal en el Hospital
Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino
Pérez Hernández**

**Videoendoscopic and histological characterization of patients
with colorectal cancer in the Teaching Clinico-surgical Hospital
Comandante Faustino Pérez Hernández**

**Dra. Roxana Ávalos García, Dr. Carlos Manuel Ramos Pachón, Dra.
Mercedes Barbón Abreu**

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández.
Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Introducción: en Cuba, el cáncer colorrectal constituye la tercera causa de mortalidad después del cáncer de pulmón y próstata. Se realizó este trabajo con el objetivo de caracterizar endoscópica e histológicamente a los pacientes con cáncer colorrectal diagnosticados en el hospital estudiado.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo con 76 informes de videocolonoscopia realizadas en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, desde junio de 2006 a junio de 2010, lo que constituyó el universo de trabajo. Se excluyeron los informes donde el proceder no pudo realizarse completo o no presentaban el resultado histológico de la lesión diagnosticada. Se analizaron las variables: grupo etario, sexo, localización de la lesión, aspecto endoscópico, variedad histológica y presencia de lesiones sincrónicas, estas fueron representadas en tablas y gráficos por frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: el grupo etario más frecuente fue de 50 a 64 años, con predominio del sexo masculino (56,6 %). La localización más frecuente fue en el colon rectosigmoide (34,2 %). El aspecto endoscópico más encontrado fue el ulcerado (63,2 %). La variedad histológica más frecuente fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado (52,6 %), predominando la presencia de adenomas sincrónicos (43,4 %).

Conclusiones: los pacientes mayores de 50 años siguen siendo los más propensos a padecer de cáncer colorrectal. El aspecto endoscópico ulcerado, localizado en el rectosigmoide, histológicamente diagnosticado como adenocarcinoma moderadamente diferenciado, responden a un diagnóstico tardío.

Palabras clave: cáncer colorectal, videocolonoscopia, diagnóstico histológico, lesiones sincrónicas del colon.

ABSTRACT

Introduction: in Cuba, colorectal cancer is the third cause of mortality after lung and prostate cancer. We developed our work with the objective of arriving to an endoscopic and histological characterization of the patients with colorectal cancer diagnosed in the mentioned hospital.

Method: we carried out a descriptive study with 76 reports of videocolonoscopies made in the Teaching Clinico-surgical Hospital Comandante Faustino Pérez Hernández, from June 2006 to June 2010, and that was the universe of our work. We excluded the reviews where the procedure could not be completely finished or that were lacking of the diagnosed lesion histological result. We analyzed the following variables: age group, gender, lesion localization, endoscopic aspect, histological variety and presence of synchronic lesions. They were represented in tables and charts showing the absolute and relative frequencies.

Results: the most frequent age group was the one comprehending people aged 50-64 years old, with predomination of the male gender (56,6 %). The most frequent localization was the rectosigmoid colon (34,2 %). The most common endoscopic aspect we found was the ulcerated one (63,2 %). The most frequent histological variety was the moderately differenced adenocarcinoma (52,6 %), predominating the synchronic adenomas (43,4 %).

Conclusions: patients elder 50 years old are still the ones who tend more of suffering from colorectal cancer. The ulcerated endoscopic aspect, found in the rectosigmoid colon, histologically diagnosed as moderately differentiated carcinoma, is the result of a late diagnosis.

Key words: colorectal cancer, videocolonoscopia, histological diagnosis, synchronic lesions of the colon.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) se considera que llegará a ser la neoplasia más frecuente en el siglo XXI. Constituye un problema sanitario en los países desarrollados, debido a su alta morbilidad y mortalidad. Asimismo, es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países occidentales. A nivel mundial ocupa el tercer lugar en incidencia y cuarto en mortalidad, con un aumento en los últimos 30 años (9,4 %).^(1,2)

En Cuba, la mortalidad por CCR tiene un patrón comparable al de los países desarrollados. Es la tercera causa de morbi-mortalidad, con una incidencia de 17 x

1 000 habitantes, después del cáncer de pulmón y próstata. Es la primera causa en años de vida potencialmente perdidos, siendo el indicador de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer. Desde el 2008 ocupa la primera causa de muerte en 8 de las 14 provincias del país.⁽³⁾

En el diagnóstico del CCR, además de una buena anamnesis y examen físico completo, incluyendo el tacto rectal que puede detectar el 20 % de los CCR, se debe indicar un estudio del colon y recto mediante una radiografía con enema opaco realizado con técnica de doble contraste, una rectosigmoidoscopia rígida o flexible y colonoscopia completa.^(4,5)

Actualmente, con el desarrollo de los videoendoscopios para la realización de la colonoscopia, se han incorporado nuevas técnicas de imágenes diagnósticas como la cromoendoscopia con colorantes (indigo carmín, violeta cristal, azul de metileno), la magnificación de imágenes, la cromoendoscopia virtual: Imagen de Banda Estrecha (IBE), FICE (OBI); la tomografía de coherencia óptica, la endomicroscopia confocal; la autofluorescencia y la endocitoscopia. Todas ellas ayudan a inspeccionar de forma detallada la mucosa colónica detectando así lesiones microscópicas.⁽⁶⁾

Se realizó este estudio con el objetivo de caracterizar endoscópica e histológicamente a los pacientes con cáncer colorrectal diagnosticados en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, de la ciudad de Matanzas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con los informes de las videocolonoscopias realizadas en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández, en Matanzas, desde junio de 2006 a junio de 2010.

El universo estuvo constituido por los 76 informes de videocolonoscopia, en las que se diagnosticaron lesiones endoscópicas sugestivas de CCR. Se excluyeron los informes de videocolonoscopias incompletas o sin resultados histológico. Se estudió la edad como variable cuantitativa continua distribuida por grupos etáreos, con intervalos de 15 años, comenzando por 18 años hasta más de 80.

Las variables cualitativas estudiadas fueron: sexo (femenino o masculino), localización de la lesión (rectosigmoide, colon izquierdo, colon transverso, colon derecho, ciego), características endoscópicas (polipoide, ulcerada, infiltrante, mixto), variedad histológica (adenocarcinoma, carcinoma) y presencia de lesiones sincrónicas (otro tumor o adenoma concomitante con la lesión diagnosticada). Los datos fueron recogidos en una planilla confeccionada por los autores. Las variables se representaron en tablas y gráficos mediante sus frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

En los 76 informes estudiados se encontró que el paciente de menor edad tenía 26 años y el de mayor edad 86 años, para un promedio de edad de 62 años, predominando los pacientes en edades entre 50 y 64 años con 26 pacientes (34,2 %), de ellos 14 fueron hombres (18,4 %) y 12 mujeres (15,7 %).

Se observó un predominio del sexo masculino con 43 pacientes, para un 56,6 % del total. El segundo grupo de edades en frecuencia fue el de 65 a 79 años con 25 pacientes, para un 32,8 %; de los cuales el 18,4 % fueron masculinos, solo se encontraron 2 pacientes menores de 35 años, según tabla 1. Estos resultados pueden deberse a que la edad avanzada es un factor de riesgo importante en el desarrollo de las enfermedades crónicas y tumores malignos.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según edad y sexo

Grupos etáreos	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Femenino	%		
18 a 34	1	1,3	1	1,3	2	2,6
35 a 49	10	13,1	5	6,5	15	19,7
50 a 64	14	18,4	12	15,7	26	34,2
65 a 79	14	18,4	11	14,4	25	32,8
80 y más	4	5,2	4	5,2	8	10,5
Total	43	56,6	33	43,4	76	100

Las localizaciones más frecuente fueron en el colon rectosigmoide con 26 pacientes, para un 34,2 % y en el colon izquierdo con 19 pacientes, para un 25 %, siendo menos frecuentes en el colon transverso con 8 pacientes (10,8 %), en el ciego con 11 pacientes y en el colon derecho con 12 pacientes (15,8 %), según gráfico 1.

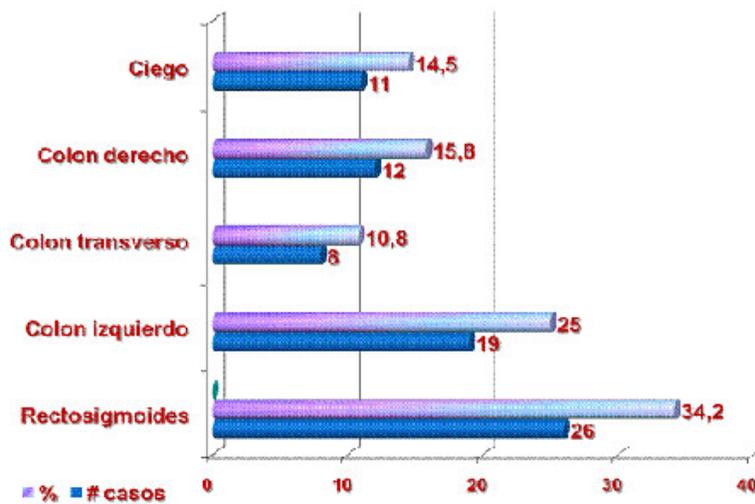


Gráfico 1. Localización del cáncer colorrectal

En la tabla 2 se representa el aspecto endoscópico, donde fue más frecuente el tipo ulcerado en 48 pacientes, para el 62,3 %, seguido del polipoide en 14 pacientes (18,5 %) y el infiltrante en 8 pacientes (10,5 %) y el mixto con 6 pacientes (7,8 %).

Tabla 2. Aspecto endoscópico del cáncer colorrectal

Aspecto endoscópico	Total	%
Infiltrante	8	10,5
Ulcerado	48	62,3
Polipoide o vegetante	14	18,5
Mixto	6	7,8
Total	76	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En la tabla 3 se muestra que predominó la variedad histológica de adenocarcinoma, siendo más frecuente el moderadamente diferenciado con 40 casos, para un 52,6 % y en menor cuantía se diagnosticó el carcinoma epidermoide con 5 casos, para un 6,6 %.

Tabla 3. Variedad histológica del cáncer colorrectal

Variedad histológica		Total	%
Adenocarcinoma	Moderadamente Diferenciado	40	52,6
	Poco diferenciado	11	14,4
	Indiferenciado	20	26,3
Carcinoma epidermoide		5	6,6
Total		76	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En el gráfico 2 se observó que 33 pacientes presentaron pólipos centinelas (adenomas sincrónicos) y 5 pacientes tumores sincrónicos. Los 38 pacientes restantes presentaron un tumor único, representando el 50 % del total de pacientes estudiados.

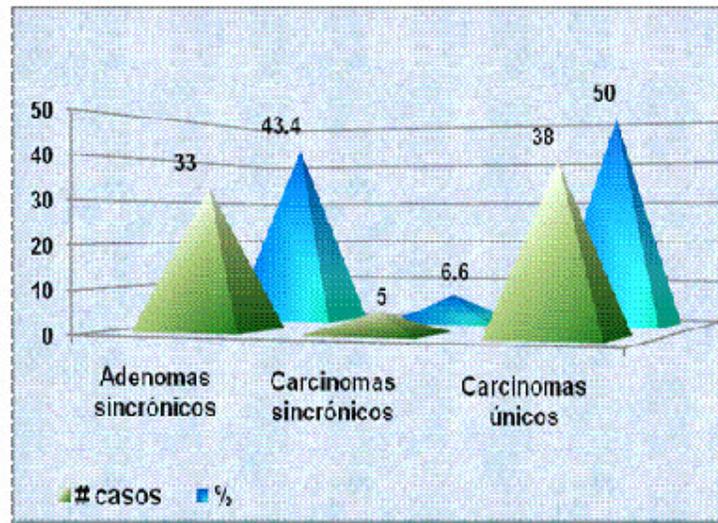


Gráfico 2. Cáncer colorrectal y lesiones sincrónicas
Fuente: Planilla de recolección de datos.

Se observó también que los pacientes con mayor número de adenomas sincrónicos se encontraban entre los 65 y 79 años, con 12 casos, para un 36,3 % del total. Igualmente el tumor sincrónico fue más frecuente en pacientes de este grupo etáreo con 3 pacientes, que constituyeron el 60 % del total con este tipo de lesión.

DISCUSIÓN

La incidencia del cáncer colorrectal ha ido en ascenso en las últimas décadas. El avance tecnológico de la endoscopia ha mejorado ostensiblemente las posibilidades diagnósticas y la expectativa de vida de los pacientes. Los resultados encontrados coinciden con la literatura internacional, donde se plantea que el CCR es más frecuente en pacientes mayores de 50 años de edad, pues está relacionado, entre otros factores, con la pérdida de la motilidad intestinal con el paso de los años.^(7,8)

Aunque algunos autores plantean que cada año aumenta su incidencia en pacientes jóvenes,⁽⁹⁾ la incidencia también es mayor en el sexo masculino, demostrado en varios estudios nacionales.^(8,10) Aunque en un trabajo realizado por la Dra. Umpiérrez, predominó el sexo femenino.⁽³⁾

En el estudio del Dr. Argüelles Arias,⁽¹⁰⁾ predominaron las localizaciones en el rectosigmoide seguido del colon izquierdo, al igual que en el reporte de la Dra. Olga M. Hano, en el Simposio de CCR, en el año 2009.⁽¹¹⁾

En la literatura revisada, se plantea que la disminución del diámetro del colon izquierdo así como la consistencia de las heces en este segmento, intervienen en la carcinogénesis, ya que en este segmento del colon se pierde la capacidad secretora y absorbitiva de la mucosa, provocando la deshidratación de la materia fecal y favoreciendo la formación de úlceras en la mucosa mientras más tiempo persista las heces en el lumen. Es por eso también que el aspecto macroscópico más

frecuente es el ulceroinfiltrante que se muestra de forma esquemática como una úlcera rodeada de un borde circular, aunque esta forma macroscópica puede variar. Las otras formas vegetantes o escirrosos son más raras.^(12,5)

Estos resultados también fueron encontrados por Jass, donde el aspecto macroscópico más frecuente fue el ulcerado localizado en el colon izquierdo.⁽¹³⁾

La variedad histológica de adenocarcinoma, también fue la más frecuente en los resultados encontrados por el Dr. Orlando Ruffinengo,⁽¹²⁾ coincidiendo con lo reportado por la literatura internacional.⁽¹⁴⁾

La frecuencia del cáncer colorrectal sincrónico es muy variable, con un rango entre 1 y 19 %.⁽¹⁵⁾ La edad más avanzada se acompaña de una mayor frecuencia de lesiones sincrónicas.⁽¹⁶⁾

Lewis, en un reciente metanálisis con adecuada metodología, evaluó más de 2 000 pacientes, encontrando que la presencia de un pólipo adenomatoso en recto distal o un pólipo diminuto menor a 5 mm, incrementan significativamente la probabilidad de una neoplasia sincrónica proximal (OR = 2,4, IC 95 % 1,42-4,05; OR = 2,36 IC 95 % 1,3-4,2, respectivamente). Asimismo, cuando se consideran los pólipos localizados en posición distal a la unión sigmoide descendente, este riesgo se hace aún mayor (OR = 16, IC 95 %).⁽¹⁷⁾

El estudio endoscópico e histológico del cáncer colorrectal ha permitido el amplio conocimiento de esta entidad y la caracterización de los pacientes diagnosticados. La endoscopia parcial incompleta, en muchos casos, no permite llegar al sitio del tumor (por lo que dejaría sin diagnosticar un número importante de ellos), ya sea por mala preparación del paciente o en muy pocos casos por la habilidad del endoscopista para llegar al término del examen.⁽¹⁸⁾

Se concluye que los pacientes mayores de 50 años siguen siendo los más propensos a padecer de CCR y que el aspecto macroscópico endoscópico ulcerado de las lesiones, localizadas en el rectosigmoide, histológicamente diagnosticadas como adenocarcinoma moderadamente diferenciado, responden a un diagnóstico tardío.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer Statistics 2010. CA Cancer J Clin [Internet]. 2010 [citado 11 Nov 2009];60(5):277-300. Disponible en: <http://cacancerjournal.org>.
2. Núñez Vázquez A, Díaz García B, Aller Gómez C. Cribado del cáncer colorrectal. Cad Aten Primaria [Internet]. 2010 [citado 11 Nov 2009]; 17:24-9. Disponible en: http://www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_1/04_Para_Saber_de.pdf.
3. Umpiérrez García I, Herrera Hernández N, Hernández Ortega A, Román Castellini V, Alonso Pereira Y Díaz González L. Caracterización clínica, epidemiológica y endoscópica del cáncer colorrectal en pacientes geriátricos. Presentación de dos casos. Rev Méd Electrón [Internet]. 2009 [citado 11 Nov 2011];31(5). Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000600010&script=sci_arttext.

4. Albano JD, Ward E, Jemal A, Anderson R, Cokknides VE. Cancer mortality in the United States by education level and race. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2007 [citado 11 Nov 2011];99(18):1384-94. Disponible en: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/99/18/1384.short>.
5. Medline Plus. Estados Unidos: U.S National Library of Medicine; 2009. [actualizada: 11 May 2009; citado: 11 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm>.
6. Rex K, Johnson DA. Guidelines for colorectal Screening 2008. *Am J Gastroenterology*. 2009;104:739-50.
7. Goh KL. Changing trenes in gastrointestinal disease in the Asian-Pacific región. *J Dig Dis*. 2007 Nov;8(4):179-85. Citado en PubMed; PMID: 17970873.
8. Zisman AL, Nickolov A, Brand RL, Gorchow A, Roy HR. Associations between the age at diagnosis and location of colorectal cancer and the use of alcohol and tobacco. *Arch Intern Med*. 2006;166:629-34. Citado en PubMed; PMID: 16567601.
9. Condes Cueto T, Rodríguez Pino MY, Barrios Fuentes PJ, García Hernández BA, Suz Piña J, Díaz Yanes NM. Caracterización por imagenología del cáncer de colon. *Medisur* [Internet]. 2010 [citado 11 Nov 2011];8(2). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1122/50>.
10. Argüelles Arias F. Cribado del cáncer colorrectal. Simposio "Cáncer de Colon y Lesiones Premalignas"; La Habana; Mayo de 2009.
11. Hano García OM. Obesidad y riesgo de cáncer colorrectal. Simposio "Cáncer de Colon y Lesiones Premalignas"; La Habana: Mayo de 2009.
12. Ruffinengo O, Tanno F, Covernton J, Corral M, Curvale C, Robinson J, et al. Cáncer colorrectal: características epidemiológicas en un centro endoscópico hospitalario de Rosario, Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2010 [citado 11 Nov 2011];40(2). Disponible en: <http://www.intramed.net/userfiles/2010/file/RUFFINENGO.pdf>.
13. Jass JR. Colorectal cancer: A multipathway disease. *Crit Rev Oncol*. 2006;12(3-4):273-87. Citado en PubMed; PMID: 17425506.
14. Mayer Robert J. Cáncer del aparato digestivo. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2006. p. 591-6.
15. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2008 [citado 11 Nov 2011];78(3):559-69. Disponible en: <http://ajcn.nutrition.org/content/78/3/559S.full>.
16. Papagrigoriadis S. Follow-up of patients with colorectal cancer: The evidence is in favour but we are still in need of a protocol. *Int J Surg*. 2007; 5(2):120-8. Citado en PubMed; PMID: 17448977.

17. Lewis JD, Ng K, Hung KE, Bilker WB, Berlin JA, Brensinger C, et al. Detection of proximal adenomatous polyps with screening sigmoidoscopy: a systematic review and meta-analysis of screening colonoscopy. Arch Intern Med. 2003; 163(4):413-20. Citado en PubMed; PMID: 12588199.

18. Sano Y, Horimatsu T, Fu KI, Katagiri A, Muto M, Ishikawa H. Magnifying observation of microvascular architecture of colorectal lesions using a narrow band imaging system. Dig Endosc [Internet] 2006 [citado 11 Nov 2011]; 18(Suppl 1):44-51. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1443-1661.2006.00621.x/abstract>.

Recibido: 15 de agosto de 2012.

Aceptado: 14 de septiembre de 2012.

Roxana Ávalos García. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Carretera Central, Km 101. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: roxyavalos.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ávalos García R, Ramos Pachón CM, Barbón Abreu M. Caracterización videoendoscópica e histológica de pacientes con cáncer colorrectal en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];34(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol6%202012/tema03.htm>