

ARTÍCULO ORIGINAL

Diagnóstico tardío de cáncer de colon recurrente en la atención primaria de salud

Late diagnosis of the colon recurrent cancer in the primary health care

MsC. María Esther Mederos Ávila,¹ MsC. Bárbara Veloso Mariño,² Dra. Maricela Arañó Rodríguez,³ Al. Liliana Martínez Cantillo⁴ y Dr. Yorgenis de la Cruz Salmon⁵

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora Asistente. Policlínico Universitario "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Instructor. Policlínico Universitario "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Universitario "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Alumna de 4to año de Medicina. Integrante del Contingente "Mario Muñoz Monroy". Policlínico "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 68 pacientes con cáncer de colon recurrente, que acudieron a consulta de seguimiento por esta causa en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, desde enero de 1990 hasta diciembre de 2005. Se obtuvo que esa neoplasia fue generalmente diagnosticada en etapas avanzadas de la enfermedad y que los 2 primeros años de seguimiento resultaron decisivos para el diagnóstico de la recurrencia, el cual suele establecerse de forma tardía, de manera que el tratamiento debe ser paliativo en la mayoría de los afectados.

Palabras clave: cáncer de colon recurrente, diagnóstico tardío, tratamiento paliativo, atención secundaria de salud

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 68 patients with recurrent colon cancer who attended their follow-up visits due to this cause was carried out in the "Saturnino Lora" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba, from January, 1990 to December, 2005. It was obtained that this neoplasia was generally diagnosed in advanced stages of the disease and that the first 2 years of follow up were decisive for the diagnosis of the recurrence, which may usually be reached in a late stage, so that the treatment should be palliative in most of those affected.

Key words: recurrent colon cancer, late diagnosis, palliative treatment, secondary health care

INTRODUCCIÓN

El carcinoma colorrectal constituye un problema sanitario de gran magnitud debido a sus altas frecuencia y mortalidad, por lo cual se ha considerado que será la neoplasia más frecuente de este siglo. Solo en los Estados Unidos son diagnosticados cada año de 130 000 a 165 000 personas con esta afección, que es la segunda causa de muerte por cáncer en ese país, así como en muchas naciones de Europa. Durante el 2005, el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU. estimó que 104 950 individuos más padecían cáncer de colon y una mortalidad de este tumor combinado con el de recto en 56 290 pacientes.^{1,2}

Según el diccionario de términos oncológicos,³ el cáncer recurrente ha sido definido como la neoplasia que se ha reproducido después de un período durante el cual no podía ser detectado, o sea, la recurrencia es la repetición del cáncer en el mismo sitio del tumor original (primario) o a otro lugar, luego de haber desaparecido.

Al respecto, el tratamiento logra curar a muchas de las personas con esta neoplasia, sobre todo cuando está localizada en el intestino, cuya forma primaria continúa siendo la cirugía, que da como resultado la sanidad de aproximadamente 50 % de los pacientes; sin embargo, ante una recurrencia tumoral, la posibilidad de una nueva operación, con intención curativa, solo estaría disponible para 10-20 % de quienes la padecen.^{4,5}

En la provincia de Santiago de Cuba el número de fallecidos por esta enfermedad en los últimos 5 años ha venido incrementándose de forma sostenida y solo en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora", durante el quinquenio 2000-2005, fueron hospitalizados por esta causa 174 pacientes. Si se tiene en cuenta que hasta 30 % de todas las personas operadas por cáncer de colon, con intención curativa, presentarán la enfermedad recurrente, se hace fácil comprender la importancia actual del tratamiento y seguimiento de estos afectados.²

Por ello es necesario que el médico general integral, quien precisamente está en contacto más directo con el paciente, adquiera un dominio de todos los elementos relativos al problema del cáncer de colon recurrente, como única forma de detectar más tempranamente esta entidad clínica, de modo que aumenten las posibilidades del nuevo tratamiento con intención curativa.^{6,7}

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de 68 pacientes con cáncer de colon recurrente, que acudieron a consulta de seguimiento por esta causa en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, desde enero de 1990 hasta diciembre de 2005.

La información se obtuvo de las historias clínicas de consulta y las variables de interés fueron: edad, sexo, localización y estadificación posoperatoria del tumor primario resecado, así como su tipo hístico. Los resultados fueron hallados por medio del cálculo porcentual y como medida de resumen se utilizó el porcentaje.

RESULTADOS

El grupo etáreo más representado en los pacientes con cáncer de colon recurrente fue el de 60-75 años (**tabla 1**), con 33 de ellos, para 48,3 %. Hubo menos afectados (solo 2) en las edades comprendidas entre 15 y 29 años.

Tabla 1. *Pacientes con cáncer de colon recurrente según grupo de edades*

Grupos etáreos (años)	Pacientes	
	No.	%
15-29	2	3,0
30-44	8	11,8
45-59	14	20,7
60-75	33	48,3
Mayores de 75	11	16,2
Total	68	100,0

En la serie prevaleció el sexo femenino, con 37 pacientes, lo cual representó 54,4 %, en tanto los restantes 31 afectados (45,6 %) eran varones.

La localización del tumor en el colon sigmoides resultó ser la más frecuente (**tabla 2**), con 26 pacientes, para 38,2 %, seguida de la colocación en el ascendente, con 23 integrantes de la serie (33,7 %).

Tabla 2. *Pacientes con recurrencia según localización del tumor primario resecado en la primera intervención quirúrgica*

Localización del tumor	Pacientes	
	No.	%
Sigmoides	26	38,2
Colon ascendente	23	33,7
Colon descendente	7	10,3
Colon transverso	7	10,3
Ciego	4	6,0
Apéndice cecal	1	1,5
Total	68	100,0

El adenocarcinoma fue la variedad hística más frecuente (65 pacientes, para 95,6 %), seguido por el carcinoma indiferenciado y el plexosarcoma (2 y 1, para 2,9 y 1,5 %, respectivamente).

De los 68 pacientes con recurrencia luego de la operación del tumor primario, se observó que 32 de ellos tuvieron estadificación posoperatoria en etapa III, para 47,1 %, mientras que 24 (35,3 %) la mostraron en la etapa II y solo 12 (17,6 %) fueron operados cuando la enfermedad se encontraba en fase I.

DISCUSIÓN

En este estudio pudo observarse que el grupo etario de 60-75 años resultó ser el más afectado por cáncer de colon primario y consecuentemente pudiera esperarse que el mayor número de recurrencias ocurriera en estas edades, lo cual concuerda con las estadísticas internacionales al respecto. ¹

La prevalencia de la enfermedad en las féminas está sustentada por un proceso similar al de los grupos etarios, pues no es posible afirmar que el sexo femenino constituya un factor vinculado a la aparición de recurrencias, solo es consecuencia del resultado de la neoplasia primaria, antecedente indispensable en la recurrencia.¹

El tumor primario reseado con recurrencia fue mayormente localizado en el colon sigmoides y, en menor número, en el ascendente. No hubo ninguna localización por subsidios anatómicos que no se relacionara al menos con un caso de recurrencia.^{2,3}

Según la clasificación celular del cáncer de colon, el adenocarcinoma es la variedad hística más frecuente, por lo cual también es la que más se asocia a recurrencias y de tal manera ocurrió en la casuística, puesto que se presentó en el mayor número de pacientes. Debe tenerse en cuenta que la recurrencia tumoral debe ser la misma que la del tumor primario, de lo contrario se trata de otra neoplasia y no de una recurrencia.^{4,5}

Estos resultados son importantes, pues demuestran la escasez de diagnósticos certeros en relación con esta entidad clínica en la atención primaria, pues los afectados, como en otros casos, son diagnosticados erróneamente con alguna otra enfermedad, generalmente benigna, lo cual permite que el tumor avance en sus etapas evolutivas y solo sea detectado ante síntomas y signos tardíos e inequívocos.⁵⁻⁷

El intervalo libre de enfermedad es el tiempo que transcurre desde que se opera el tumor primario, con intención curativa, hasta que aparecen los primeros síntomas y signos asociados con recurrencia. Nuevamente es relevante la función de la atención primaria de salud, pues luego de darles el alta a estos pacientes, regresan a su área sanitaria donde deben ser evaluados, de manera integral, por su médico de familia, con la información del hospital, tanto clínica como complementaria, lo que permitirá diseñar estrategias de seguimiento individualizadas para cada persona afectada.⁸⁻¹⁰

De hecho, es precisamente el especialista en medicina general integral de la atención primaria de salud, el escalón inicial y más importante en el seguimiento preventivo de estos pacientes, pues su sospecha clínica es trascendental para alertar al nivel secundario sobre la posible recurrencia de la enfermedad.¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Oncología clínica. Cáncer de colon. Manual de la American Cancer Society. Washington, DC: OPS, 2008:114-36.
2. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2005. Atlanta: American Cancer Society, 2005.
3. Cuba. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Registro Nacional de Cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2005.
4. ----. Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Salud Pública de Santiago de Cuba. Departamentos de estadísticas de salud. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2008.
5. ----. Ministerio de Salud Pública. Dirección Provincial de Salud Pública de Santiago de Cuba. Departamentos de estadísticas de salud. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2009.
6. Romanus D, Weiser MR, Skibber JM, Ter Veer A, Niland JC, Wilson JL, *et al.* Concordance with NCCN Colorectal Cancer Guidelines and ASCO/NCCN Quality Measures: An NCCN Institutional Analysis. *J Natl Compr Canc Netw* 2009;7:895-904.

7. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago EM, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, *et al.* Temas de medicina general integral. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001;t2.
8. Acosta D. Ciencia-Cuba: Neuronas contra el cáncer.
<<http://cubaalamano.net/sitio/client/report.php?id=13>> [consulta: 16 abril 2009].
9. Martins J. Cáncer colorrectal: análisis del tratamiento quirúrgico y sus resultados inmediatos. Rev Argent Coloproctol 2005;4(1-4):75-92.
10. González Rodiles Heredia RE, Rodríguez Fernández Z, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir 2009;48(1).
<http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_1_09/cir06109.htm> [consulta: 14 mayo 2009].
11. Rodríguez Fernández Z, González-Rodiles Heredia RE, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: consideraciones actuales. Rev Cubana Cir 2009;48(1).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 14 mayo 2009].

Recibido: 22 de diciembre de 2009

Aprobado: 8 de enero de 2010

MSc. María Esther Mederos Ávila. Policlínico Universitario "José Martí Pérez", Bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: mmederos@medired.scu.sld.cu