

CANCER DEL COLON

Dr. James Fernández *

Entre los tumores malignos del tubo digestivo, el cáncer del colon sigue al del estómago en cuanto a frecuencia (4) y la importancia de esta entidad como problema de diagnóstico y tratamiento no se discute.

El propósito del presente trabajo es revisar el problema del cáncer del colon tal como se presenta en el Hospital San Juan de Dios y discutir los aspectos más salientes de su diagnóstico clínico y radiológico.

MATERIAL CLINICO Y TRATAMIENTO

Resultados:

El material clínico de este trabajo se obtuvo revisando protocolos de todos los pacientes dados de alta en el Hospital San Juan de Dios, durante los años 1954 a 1957 inclusive, con el diagnóstico de cáncer del colon, incluyendo aquellos casos en que este diagnóstico estuviera fundamentado por hallazgos operatorios, examen histopatológico de la biopsia o resultado de autopsia.

Se seleccionó así un total de 16 casos que reunían estas condiciones, número de pacientes que consideramos poco numerosos tomando en cuenta el volumen de hospitalizaciones anuales (alrededor de 25.000) y la alta incidencia de otros tipos de cáncer del aparato digestivo.

Hubo 10 hombres y 6 mujeres con edades de los 23 a los 78 años, predominando la década 50-59 con 5 pacientes; 15 eran de raza blanca y 1 de raza negra. El tiempo de evolución de la enfermedad fue posible establecerlo en 10 casos y osciló entre un mes y cinco años, pero en la mayoría de ellos los síntomas databan de 2 a 4 meses. En otros 4 casos el cuadro clínico se inició con un síndrome de oclusión intestinal, y en otro como una peritonitis aguda, requiriéndose intervención inmediata.

El examen físico mostró anemia franca en seis casos. En cinco pacientes fue posible palpar una masa abdominal. En otro se encontró ascitis.

* Departamento de Radiología, Hospital San Juan de Dios.

Síntomas clínicos:

En la mayoría de los protocolos la historia clínica consignada es somera, por lo que creemos que los datos que se analizan tienen sólo valor aproximado. Se encontró diarrea en un caso, melena o rectorragia en dos casos, estreñimiento en seis casos, dolor abdominal en ocho casos, siendo en dos de ellos de tipo cólico. Cambio en los hábitos intestinales en cuatro casos, síndrome de oclusión intestinal en cuatro casos, y pérdida de peso en seis casos.

De 14 casos en que se hizo examen hematológico, se encontró anemia de 3 a 4 millones en 6 casos. Sólo en 4 pacientes se practicó enema de bario, encontrándose en 3 de ellos una lesión estenosante. (foto 1).

En 13 pacientes se llevó a cabo intervención quirúrgica, encontrándose cáncer de la válvula ileo cecal en 1, del ciego en otro, del colon ascendente en 5, (foto 2), del ángulo hepático en 1, del colon transversal en 1 y del colon sigmoide en 4. (foto 3 y 4).

Dos de estas operaciones fueron sólo laparatomía exploradora y otras 6 fueron operaciones paliativas (4 colostomías, 1 anastomosis ileocólica, y 1 ileostomía) y sólo se practicó colectomía en 5 casos, (2 hemicolectomías derechas y 3 resecciones del sigmoide), de los cuales uno murió en el post operatorio y de los otros 4 no se sabe la evolución. Dos de los pacientes que se presentaron como oclusiones intestinales y otro con peritonitis, fallecieron en el hospital.

En 10 pacientes hubo confirmación histopatológica, encontrándose 9 casos de adenocarcinoma y un caso de Hodgkin del colon transversal perforado.

Discusión:

El 95 % ó más de los tumores malignos del intestino grueso son adenocarcinomas y en términos generales los 2/3 asientan en el colon izquierdo y 1/3 en el derecho. En orden decreciente de frecuencia de invasión figuran el recto, la flexura sigmoidea, el ciego y el colon ascendente, el colon transversal, el colon descendente, el ángulo hepático y el ángulo esplénico.

Síntomas Clínicos:

En la discusión del cuadro clínico del cáncer del colon se ha acostumbrado dividirlos en aquellos de la mitad derecha y la mitad izquierda (2), debido a la diferente función y dimensiones anatómicas de estos dos segmentos. Los tumores de la mitad derecha tienden a producir una masa palpable, hemorragia crónica con anemia secundaria severa y trastornos dispépticos, en cambio los de la mitad izquierda tienden a producir rectorragia, dolores de tipo cólico y síndromes oclusivos o subocclusivos. Los tumores del colon transversal pueden tener modalidades de uno u otro lado o presentar una anemia de los caracteres descritos.

En el diagnóstico del cáncer del colon hay dos métodos que son valiosísimos auxiliares de la clínica y son: la rectosigmoidoscopia y el examen radiológico del colon. La rectosigmoidoscopia permite visualizar directamente todos los tumo-

res situados en los últimos 25 cm. del colon, que son cerca del 75% de los cánceres del colon, pudiendo además llevar a cabo un diagnóstico histopatológico.

EXAMEN RADIOLOGICO

El método de elección es el enema opaco, el método oral no sirve de nada; un paso preliminar esencial muy importante es la limpieza del intestino grueso para eliminar los residuos de materia fecal. (6). Hay que tener mucho cuidado y hacer girar al paciente durante la fluoroscopia a medida que va entrando muy lentamente el medio de contraste, para explorar las diferentes angulaciones del sigmoide, ángulos hepáticos y esplénico (1). De acuerdo con los hallazgos fluoroscópicos se hacen las diferentes exposiciones; cualquier procedimiento que emplee sólo exposiciones radiográficas después de terminado el enema es inadecuado.

Al hacer la fluoroscopia hay que recordar las imágenes de defecto de llenado normal y que se presentan sobre todo en ciego (5); estos defectos de llenado los producen: 1) prolapso de la mucosa del ileon en la válvula de Bauhin, esta alteración es como la prociencia de la mucosa del píloro. 2) residuos procedentes de contenido intestinal atrasado, fecalomas etc. 3) pólipos, tumores benignos, lipomas de la pared y por último defectos de post-apendicectomía causados por invaginación del muñón. 4) las flexuras y los sitios más angostos del colon, son los sitios en donde con más frecuencia se encuentran los Ca. del colon; existe una marcada preponderancia en la S Sigmoide.

Los signos radiológicos son :

1—Defecto de llenado, estrechamiento anular irregular como coliflor. 2—Obstrucción; estasis parcial o completa. 3—Ausencia de pliegues mucosos en el área de la lesión. 4—Dilatación del colon próximo a la obstrucción. 5—Ausencia de haustras en el segmento afectado. 6—Rigidez en forma de canal estrecho en el segmento afectado. 7—Masa palpable. 8—Espasmo asociado. 9—Fístula o intususcepción como complicación.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con:

1—Espasmos. 2—Divertículos. 3—Colitis ulcerativa, colitis simple, (colitis mucosa). 4—T.B. ulcerativa o hiperplásica. 5—Tumores benignos. 6—Abscesos, apendicular, retroperitoneal, de los tubos y del psoas. 7—Quistes de ovario. 8—Sífilis del colon. 9—Granuloma. 10—Linfoblastoma. Sarcoma. Hodgkin. 11—Intususcepción. 12—Compresión extrínseca. 13—Fecaloma. 14—Disentería amibiana. 15—Actinomicosis. 16—Adherencias. 17—Apendicitis crónica. 18 Fístulas renocólicas. (7).

El diagnóstico diferencial de diverticulitis y diverticulosis de colon descendente y S sigmoide, con el carcinoma es muy importante. La diverticulitis generalmente produce una lesión más extensa que el carcinoma. La mucosa en la

diverticulitis está conservada, paredes suaves, el intestino es flexible y con espasmos suaves. En el carcinoma la mucosa está destruida y la pared es rígida. Con la diverticulitis la transición entre la parte enferma y la normal es gradual mientras que en el carcinoma la transición es brusca, si existe inflamación con el carcinoma, el diagnóstico diferencial es difícil. A veces están asociadas las diverticulosis y el carcinoma (9).

La intususcepción, puede ocurrir en cualquier edad, y en cualquier segmento del intestino, pero es más frecuente en la región del ciego, cuando el ciego y una parte del ileon se invaginan en el colon ascendente. La radiografía es característica, se ve un defecto de llenado en forma de chorizo largo, y en él se notan pliegues de mucosa, (8) dando aspecto de un resorte. La disentería amibiana, en su primera fase no da o puede no dar signos radiológicos; si la enfermedad progresa, pueden verse segmentaciones haustrales muy pronunciadas en el ciego y colon ascendente produciendo una distribución irregular del bario en los diferentes segmentos del colon. Más tarde como resultado de un proceso de cicatrización hay un marcado acortamiento y estrechamiento de todo el ciego como ocurre en los casos T.B. ileocecal. Puede aparecer un dentellado como dientes de sierra, de la región ileocecal, en este estado este proceso es difícil de diferenciar de una T.B. ileocecal o de una actinomicosis. Esto se hace con la ayuda del laboratorio.

En la colitis los signos radiológicos pueden ser muy pocos en la fase inicial. En los casos de curso crónico, radiológicamente los segmentos intestinales no elásticos y de calibre estrecho, aparecen faltos de haustración y con un relieve de la mucosa, escaso de pliegues. Cuando se dispone de radiografías tomadas al comienzo de la colitis, sorprende el grado de acortamiento del colon en el período avanzado.

Aparte de la forma ulcerativa de la tuberculosis del colon existe la hiperplástica que puede dar a la mucosa del intestino un relieve pseudopoliposo, en esta forma de la afección no existe caseificación ni ulceración. La T.B. del colon suele localizarse en la región ileocecal. En el ciego se ve el signo de Stierlin que consiste en la vacuidad típica del ciego, el cual no es signo patognomónico de T.B. del ciego, pues puede presentarse en estados inflamatorios de otra etiología, pero en la T.B. ileocecal se encuentra casi siempre. En los estados más avanzados hay acortamiento del ciego y colon ascendente, así como disminución de su calibre; suele faltar la formación de haustras y los contornos del ciego son lisos, como en las colitis ulcerosas. La luz intestinal está estrechada y no se aumenta con el enema de contraste al llenarlo, ni con la insuflación de aire.

Actinomicosis del colon

Es rara, de cuadros análogos a los de la T.B. y tiende a perforarse muy pronto; el diagnóstico diferencial es muy difícil desde el punto de vista radiológico. La luz del colon se diagnostica por rectosigmoidoscopia, y el enema se practica para ver la longitud de la lesión, y de la estenosis. En contraste con el carcinoma, la porción inferior del sigmoide presenta una estenosis de contornos lisos,

a nivel de la cual la luz del intestino disminuye progresivamente para volver a ensancharse más allá de la estenosis. Falta el defecto de llenado tuberoso y de límites netos que se ve en el cáncer del intestino grueso; el relieve de la mucosa puede estar conservado. Los tumores benignos a excepción hecha de los pólipos, son raros y es difícil diferenciar por medios radiológicos y en forma concluyente los tumores benignos y los malignos.

Comentario:

1—Con un volumen de 25.000 hospitalizaciones anuales es seguro que debe haber un número mayor de carcinomas de colon. El no encontrarlos y el no hacer diagnóstico precoz de éste padecimiento se debe indudablemente al sistema de trabajo que priva en la actualidad en el hospital San Juan de Dios.

2—No podemos hablar de resultados obtenidos por no haber un control de los pacientes operados.

3—Debemos insistir en el diagnóstico radiológico precoz, ya que de los tumores resecaados en sus primeras fases, el del colon es el de mejor pronóstico.

RESUMEN

Se estudian 16 casos de tumores malignos del intestino grueso; los únicos que hubo en el Hospital San Juan de Dios en un período de cuatro años, período en que fueron hospitalizados 100.000 pacientes. Trece de estos pacientes fueron operados, encontrándose la lesión cinco veces en el colon ascendente, cuatro en el colon Sigmoides y una vez en cada uno de los siguientes sitios: Válvula ileocecal, Ciego, Colon Transverso y Angulo Hepático del colon.

Se hace un estudio de las técnicas más útiles para el diagnóstico diferencial.

Se concluye que probablemente el volumen real de tumores malignos del colon debe ser mayor y no se detectan por falta de acuciosidad.

SUMMARY

Sixteen cases of malignant tumors of the large intestine were seen at "Hospital San Juan de Dios" in a period of four years, among 100.000 admissions. Thirteen of these patients were operated on. The lesion was found in the ascending colon in 5 cases, in the sigmoid colon in 4 cases and once in each of the following locations: ileocecal valve, cecum, transverse colon and hepatic flexure.

A study of the most useful techniques for differential diagnosis in this type of cases is presented.

It is concluded that the incidence of cancer of the colon may be actually higher than it was found in this study. It is felt that more cases would be found if more roentgenological examinations of the large bowel were done.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHINZ, H. R.; BAENSCH, W. E.; FRIEDL, E.; WEHLINGER, E.
Roentgendiagnóstico de los Organos Internos.
V. 4, Pag. 3571.— Ed. Salvat, Barcelona - 1956.
2. ABEL, A. A.
Cancer of the Colon.
Post Graduate Medicine.— 21-53, 1957.
3. ACKERMAN, L.
Surgical Pathology.
Pag. 338 - 1953.- - C. V. Mosby C°.
4. BOCKUS, H. L.
Gastroenterología.
V. 2, Pag. 790.— Ed. Salvat, Barcelona - 1951.
5. TSCHENDORF, W.
Tratado de Diagnóstico Diferencial Roentgenológico.
V. 2, Pag. 616.— Editorial Labor, B. Aires - 1956.
6. HODGES, F. J.; LAMPE, I.; HOLT., J. F.
Manual de Radiología.
Pag. 199, La Prensa Médica Mexicana. 1950 - México, D. F.
7. FELDMAN M.
Clinical Roentgenology of the Digestive Tract.
Pag. 466.— Williams and Wilkins C°.— Philadelphia, 4ª Ed. - 1957.
8. RITVO, M.; SHAUFFER, I. A.
Gastrointestinal X Ray Diagnosis.
Pag. 507.— Lea and Febiger, Philadelphia, 1952.
9. MESCHAN, I.
Roentgen Signs in Clinical Diagnosis.
Pag. 978.— W. B. Saunders, Philadelphia - 1957.

Fig. 1: Carcinoma estenosante de tercio superior de la S sigmoide.

Fig. 2: Carcinoma del colon ascendente.

Figs. 3: y 4: Carcinoma de la S sigmoide; llenado y doble medio de contraste.

