

Revisión de las Neoplasias Malignas del Colon Sigmoides y Recto en el Hospital de la Caja Costarricense del Seguro Social

por

Dr. Estéban López Varela*

Entre los años de 1951 a 1959 se presentaron 14 casos de carcinoma del Colon y Recto Sigmoides en el Hospital del Seguro Social los que se analizan en este trabajo con el objeto de establecer la frecuencia, sintomatología y resultados post-operatorios, y así sacar algunas consideraciones que puedan derivar algún interés a pesar de la corta experiencia en 8 años de observación.

FRECUENCIA

En un análisis del material quirúrgico y de biopsias llegadas al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital del Seguro Social durante el período a que se refiere este trabajo, el 1.5 por mil correspondió a patología tumoral del Colon y Recto Sigmoides, análisis que se realizó entre 20.000 piezas examinadas.

Equivale esto a decir que por cada 625 enfermos, había uno que presentaba patología tumoral del Colon o del Recto Sigmoides. 23 Casos correspondieron a pólipos y 14 a neoplasias malignas, 0.7 por mil o sea que por cada 1.428 enfermos, había uno con neoplasia maligna del Colon, Sigmoides o Recto.

En una estadística que acabamos de realizar en el Hospital San Juan de Dios referente a patología del Colon y Recto Sigmoides, encontramos cifras más altas en un análisis de 44.000 biopsias y piezas operatorias en el mismo lapso de tiempo, 8 años, 79 casos se referían a neoplasias malignas del Colon o Recto Sigmoides, o sea el 1.7 por mil.

Sumando los casos de los dos hospitales tendremos un total de 64.000 piezas examinadas; cifra no despreciable para deducir datos estadísticos. 93 de estos casos correspondieron a cáncer del Recto Sigmoides o del Colon, lo que hace un promedio para Costa Rica del 1.4 por mil lo que es muy bajo, si lo comparamos a estadísticas de otros países.

En el Duk Hospital (11) se estableció la proporción de un enfermo con cáncer del Recto y del Colon por cada 337 ingresos (3 por mil).

En las estadísticas de Kaufmann (5) el 5% de la totalidad de los carcinomas asienta en el Recto. Bacon (1) señala que el 12% aproximadamente de todos los tumores malignos que se presentan en la especie humana, se localizan en el ano, el Recto o el Sigmoides, y que esta localización por sí sola corresponde al 80% de todos los cánceres

* Jefe del Servicio Cirugía B. Hospital Central Caja Costarricense de Seguro Social.

de Intestino.

Hay quienes consideran (5) esta localización tan frecuente como la del Utero.

Llama poderosamente la atención que entre nosotros el Cáncer del Colon, Recto, Sigmoide, sea excepcional y más aun si lo comparamos con otras localizaciones tales como la del Estómago, cuya frecuencia entre nosotros es de 19.14% (7).

EDADES

Entre los 14 enfermos de nuestra serie, las edades oscilaron entre 26 y 76 años. Si las agrupamos por décadas de edad, tenemos que entre 20 y 30 años hubo un caso del sexo femenino con adenocarcinoma del Recto. Entre la tercera y la cuarta década ningún caso. Entre la cuarta y la quinta hubo dos casos; entre la quinta y la sexta 2 casos; entre la sexta y la séptima hubo seis casos y entre la séptima y octava 3 casos.

EDAD POR DECADAS	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
SEXO	♂ ♀	♂ ♀	♂ ♀	♂ ♀	♂ ♀	♂ ♀
RECTO 79%	1 —	2 —	— 1	2 —	4 1	
SIGMOIDE 7%	— —	— —	— —	— —		1
C. TRANSVERSO 7%	— —	— —	— 1	— —		
CIEGO 7%	— —	— —	— —	— —	1	
TOTAL POR DECADAS	1	0	2	2	6	3
	7%	0%	14%	14%	43%	21%

Cuadro en que se demuestran las edades por décadas, el sexo la localización.

Con base en el cuadro anterior podemos afirmar que casi un 50% de los casos se presentaron en la sexta década de la vida y que después de 70 años se mantiene alta la insidencia el 21%, la cual es por encima de las cifras presentadas en otros centros (17).

C. L. Mayo 1939 8% en enfermos de más de 70 años
 Colocock 1952 13% en enfermos de más de 70 años
 Grinnell 1953 19% en enfermos de más de 70 años
 Shallow 1955 17% en enfermos de más de 70 años
 Griffin 1956 16% en enfermos de más de 70 años

En cuanto al sexo, el 14% perteneció al sexo femenino y entre ellos se encuentran los dos casos de menor edad, 26 y 47 años.

LOCALIZACION

La localización más frecuente fue el Recto, 78.5%. Un caso se localizó al Ciego, uno en el Colon Transverso y uno en Sigmoide.

Desde el punto de vista anatómico patológico todos fueron adenocarcinomas con excepción de un caso que fue un epiteloma epidermoide (12) de la margen del ano con invasión secundaria al recto.

SINTOMAS

La duración de los síntomas desde la fecha en que tuvieron su aparición hasta que se estableció el diagnóstico y se intervinieron los casos dio un promedio de 9.5 meses y varió entre un mes (caso 56263) en un caso de cáncer del Ciego en que el primer síntoma fue dolor abdominal en una persona cuita que vive muy en contacto con los médicos, hasta 3 años (SC. 112331) para una lesión del Recto en un hombre de 56 años cuyos primeros síntomas, caracterizados por cámaras disenteriformes y tenesmo, fueron confundidos y tratados como Amibiasis, hasta que presentó un síndrome oclusivo, motivo por lo que fue enviado al Hospital. Desde luego, por tratarse de un colítico crónico, se hace muy difícil precisar cuando la sintomatología

CUADRO N° 2

Localización	Heces Sanguinolentas.	Dolor Abdominal.	Oclusión.	Tenesmo.	Diarrea.	Heces Acinadas.	Constipación.	Tumor
Recto	9 64%	1 7%	3 21%	6 43%	2 14%	1 7%	5 35%	4 28%
Sigmoide	1 7%						1 7%	
C. Transverso	1 7%	1 7%						
Ciego	1 7%	1 7%						1 7%
	86%	21%	21%	43%	14%	7%	43%	35%

dejó de ser debida a trastornos banales y cuando comenzó a traducir la lesión maligna.

En el cuadro N° 2 se analizan los síntomas sobresalientes en cada grupo de casos.

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES EN CADA UNA DE LAS LOCALIZACIONES

Si analizamos el cuadro N° 2 encontramos que en las neoplasias rectales, los 4 síntomas predominales fueron:

1°—La presencia de sangre en las heces. Sin entrar a discriminar si se trataba de heces sanguinolentas, o rectorragias más o menos importantes, este síntoma fue el más constante 86%, se presentó en todos los casos de neoplasia del Recto, y constituyó el primer síntoma en la mayor parte de ellos.

2°—En orden de frecuencia sigue el tenesmo, 43%. Como tal hemos considerado el llamado por los enfermos "pujo" o sea una sensación dolorosa al defecar y después de la defecación, que les deja la sensación de tener evacuaciones insuficientes, de que les queda el recto ocupado y doloroso; eso mismo dá origen a la constipación que es también frecuente.

3°—La presencia de tumor, 35% más que todo se refiere a la aparición de una o varias tumoraciones anales las cuales en varios de los casos fueron confundidos con hemorroides trombosados y por lo cual se retrasó a veces en forma considerable el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado.

4°—Tres casos se presentaron al Hospital con síndrome de oclusión intestinal 21%, en dos de estos casos constituyó la oclusión el primer síntoma de carcinoma del recto. En uno de ellos hubo necesidad de practicarse una colostomía en otro centro hospitalario la cual se la hicieron del lado izquierdo (Sigmoidostomía) y dificultó mucho la sección abdomino perineal.

OTROS SÍNTOMAS

Solamente en un caso hubo modificación de la forma de las heces (heces acintadas) y esto ya en período avanzado. Este síntoma ha sido considerado como de relativa poca frecuencia (9).

Hubo diarrea en dos casos de CA del recto, en los dos casos ésta fue sanguinolenta.

En la localización del Sigmoido el síntoma predominante fue la rectorragia.

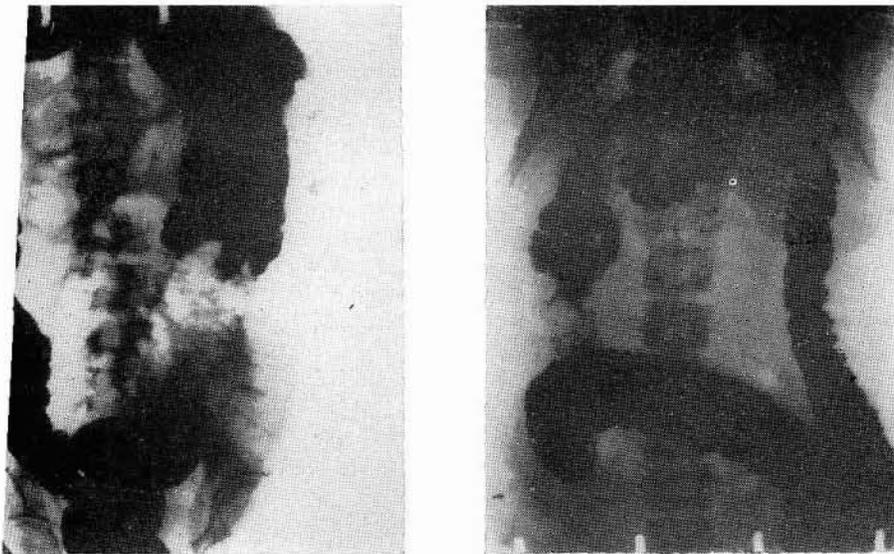
En el Colon transverso y en el Ciego predominó el dolor abdomi-

al y la presencia de tumor palpable que fueron los síntomas iniciales, así como la presencia de sangre oculta en las heces, más que verdaderas rectorragias. La proctosigmoidoscopia se hizo en todos los casos de neoplasia del recto, solamente no se realizó en un caso del ciego y en otro del Colon transverso.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

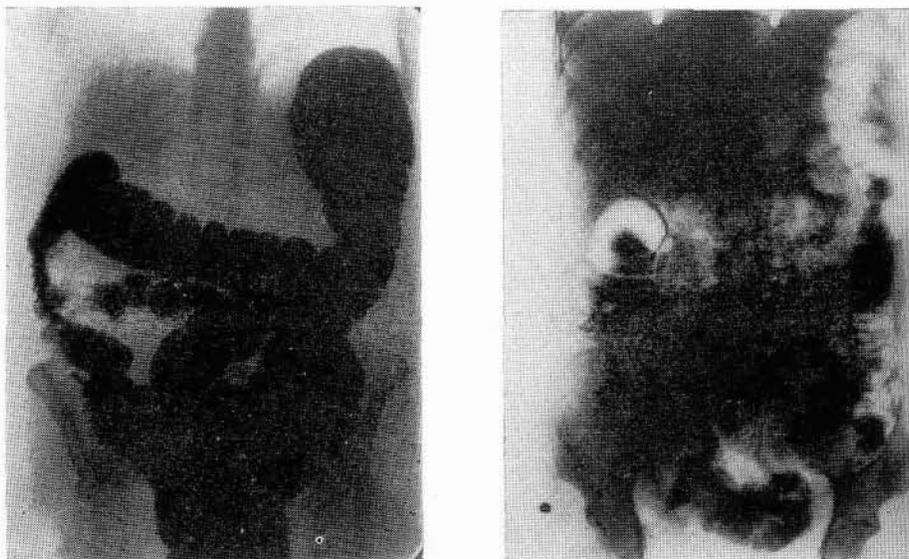
Se practicó radiografía del Colon por enema, o por tránsito, en 9 casos, entre los cuales se presentaron los hallazgos radiológicos siguientes:

En 3 casos hubo defecto de llenado, estos casos correspondieron a localización rectal, 2 casos; y al Ciego, 1 caso.



Defecto de llenado

En 2 casos había estrechez solamente.



Estrechez

En un caso de carcinoma del Recto hubo solamente imagen de oclusión intestinal, baja, sin poderse descubrir ningún otro signo radiológico.

En un caso el estudio radiológico del Colon no descubrió la lesión.

Los casos en que no se realizó el estudio radiológico fue debido a que presentaban obstrucción anal o a la evidencia del diagnóstico por haberse descubierto por el tacto y por la endoscopia y la biopsia.

Sin embargo, de acuerdo con los casos descritos en la literatura médica al respecto (3) es de gran importancia realizar siempre el estudio radiológico del colon en todo caso de carcinoma del recto, aún cuando se tenga el diagnóstico positivo de la lesión, para descartar la posibilidad de lesiones poliposas o diverticulares degeneradas secundariamente (10) (8) (9).

En igual forma estos enfermos deben de ser chequeados periódicamente con Rayos X para evitar posibles lesiones recidivantes.

ENDOSCOPIA

La Endoscopia se realizó en 12 de los 14 casos y la altura con re-

lación a la margen del ano en que se encontraron las lesiones es como sigue:

En 4 casos la lesión invadía la margen del ano; podemos denominarlas ano rectales; en un caso se trataba de un epiteloma espino celular, cuyo origen era evidente de la piel y la invasión se hizo por vecindad.

En un caso aparece la lesión a 2 cm. por encima de la margen del ano, en 2 casos aparece a 7 cm. y en otro caso, a los 10 cm. En los otros 3 casos de localización rectal no se especifica la altura a que fue encontrada la lesión.

Este dato no carece de valor, de acuerdo con algunos autores. 13). En un estudio realizado por Dukes (4) llegó a la conclusión de que en los casos con invasión a los Ganglios Linfáticos, las tasas de 5 años de supervivencia variaban con la situación del tumor; las lesiones situadas en la porción rectal media evolucionaban peor. Otros (6) (14) han descrito los resultados de sus casos de carcinoma intestinal y demuestran que las lesiones bajas implican un pronóstico peor que las altas.

En el estudio realizado por John M. Wang (13) se observa que los enfermos con tumores situados a 5 cm. de la margen del ano tienen un pronóstico peor que cuando la lesión está situada por encima y agrega "Los enfermos con tumores situados aproximadamente a 11 cm. o más de la margen del ano, tienen un pronóstico ligeramente mejor que el total; pero en los casos con invasión Ganglionar, los tumores de localización elevada parecen tener un pronóstico francamente mejor que los de localización baja o aquéllos cuyo borde inferior del tumor se halla más cerca de la margen del ano". En nuestras estadísticas hemos podido comprobar ésto, pues los casos que nos resultaron más favorables fueron los más alejados de la margen anal.

TRATAMIENTO Y CONTROL POST-OPERATORIO

Se practicó la resección del tumor en 11 de los casos (79%); en 2 casos no se hizo debido a lo avanzado del proceso.

A continuación vamos a analizar los 11 casos operados.

En 2 casos se practicó resección de la masa tumoral por vía perineal, previa colostomía y en combinación con tratamiento Roengenté-rápico. Se trataba de casos con invasión de la margen del ano y extensión a buena parte del Periné.

Los otros 9 casos operados con resección abdomino perineal en un tiempo, con la técnica de Miles (15) y los resultados, los vamos a analizar en el capítulo siguiente y en el cuadro N° 3.

CUADRO 3.

CASO	DIAGNOS- TICO	TIPO DE OPERACION	SUPERVI- VENCIA Y CONTROL DE OPERACION	CONDICIO- NES EN QUE SE ENCUEN- TRA
1.— A.Z.	Adeno Carci- noma del Recto	Resección Abdomino- Perineal. MILES	7 años Estuvo en control. Bue- nas condi- ciones	Pérdida de Vista
2.— A.A.	Adeno Carci- noma del Recto	Abdomino- Perineal. MILES	3 años y me- dio. Estuvo en control. Bue- nas condi- ciones.	Pérdida de Vista
3.— D.F.	Adeno Carci- noma. Colon Transverso.	Hemi-Colec- tomía	6 años Se mantiene en control.	Perfectas condiciones
4.— V.M.A.	Adeno Carci- noma del Ciego.	Hemi-Colec- tomía	2 años Se mantiene en control.	Perfectas condiciones
5.— E.T.	Adeno Carci- noma Sig- moide.	Resección Sigmoide	15 meses Se mantiene en control.	Perfectas condiciones
6.— S.V.	Adeno Carci- noma del Recto	Resección Abdomino- Perineal MILES	6 meses Se mantiene en control.	Perfectas condiciones
7.— R.L.	Adeno Carci- noma del Recto	Resección Abdomino Perineal MILES	4 meses Se mantiene en control.	En periodo de recupe- ración.

CUADRO QUE DEMUESTRA LOS RESULTADOS DE LOS CASOS
OPERADOS Y QUE SOBREVIVEN

RESULTADOS

Todos los casos avanzados fallecieron dentro del primer año después de su hospitalización a consecuencia del mismo proceso, excepto un caso que sobrevivió 3 años. Los dos casos tratados por Radioterapia, Colostomía y resección amplia del tumor ano rectal, fallecieron, uno a los 2 meses después de operado y el otro a los 8 meses.

De los restantes 9 casos a los que se les practicó una resección abdomino perineal están vivos 7 . 50%.

En el cuadro siguiente, se agrupan y estudian.

Los 7 fallecidos los voy a analizar a continuación tomando en cuenta en cada caso la causa de muerte, el tiempo que sobrevivió, la operación que se le practicó, para tratar de sacar algunas conclusiones de algún valor para lo cual analizaré en un cuadro subsiguiente la relación entre la presencia de metastasis ganglionares y la sobrevivida de todos los casos.

SOBREVIDA DE LOS 7 CASOS FALLECIDOS

- 1) I.D. Falleció a los 2 meses después de que se le practicó una colostomía previa a resección amplia; se trataba de un Adeno Carcinoma con gran invasión perineal y falleció por un accidente anestésico por paro cardíaco cuando fue sometida a la operación de resección amplia.
- 2) P.C. Falleció 40 días después de la resección abdomino perineal a consecuencias de una complicación por tromboflebitis y síndrome de Nefrón distal.
- 3) R.M. Rehusó la intervención quirúrgica; desde la aparición de los primeros síntomas (Rectorragias y heces acintadas) hasta el fallecimiento mediaron 3 años. Se trataba de un Adeno Carcinoma situado a 10 cm. de la margen del ano en un hombre de 73 años de edad.
- 4) T.B. 7 meses después de la resección abdomino perineal por adeno carcinoma del Recto, se suicidó.
- 5) L.M.S. Adeno Carcinoma Ano Rectal, en una mujer de 26 años se le practicó una colostomía por haberse comprobado en la exploración quirúrgica la participación metastásica de ganglios mesentéricos y por vecindad, de otros órganos pélvicos. Falleció a los 3 años después de habersele practicado una colostomía paliativa y radioterapia.
- 6) H.R. Adeno Carcinoma del Recto, no se intervino por presentar una lesión muy avanzada con extensas metastasis, falleció 6 meses después de haber ingresado al Hospital.
- 7) M.M. Falleció 8 meses después de que se le practicó resección amplia por epiteloma Espino-Celular Ano Rectal.

En el cuadro siguiente se analizan los 14 casos, con la sobrevivida de los fallecidos y la supervivencia de los demás.

Por otra parte se anota la presencia de ganglios metastásicos en las piezas operatorias.

RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE GANGLIOS METASTASICOS
Y LA SOBREVIDA DE LOS CASOS

CUADRO N° 4

Casos	Ganglios Metastásicos.	Fallecidos	Sobrevivida de los fallecidos.	Supervivientes.	Tiempo desde la operación.
1.- A.A.	Si			Si	3 años y medio.
2.- I.D.	Si	Si (1)	2 meses		
3.- M.M.	Si	Si	8 meses		
4.- T.B.	Si	Si (1)	7 meses		
5.- L.M.S.	Si	Si	3 años y 8 meses		
6.- R.L.	Si			Si	4 meses
7.- E.T.	No			Si	1 año y medio.
8.- V.M.A.	No			Si	2 años
9.- P.C.	No	Si (1)	40 días		
10.- A.Z.	No			Si	7 años
11.- D.F.	No			Si	6 años
12.- S.V.	No (2)			Si	6 meses
13.- R.M.	? (3)	Si	3 años		No se operó
14.- H.R.	? (3)	Si	6 meses		No se operó

(1) Falleció por causa distinta al cáncer.

(2) Linfadenopatía tipo tuberculoso.

(3) No se intervino, se desconoce si tuvo metastasis.

Si analizamos el cuadro precedente sacamos las siguientes conclusiones:

Que en 6 casos se comprobó la presencia de ganglios metastásicos, 2 de ellos tienen sobrevividas de 3 años 6 meses (aún vive) y 3 años 8 meses (falleció). Esto nos está indicando la lentitud como avanzó el proceso en contraposición con el carcinoma gástrico que es, sin lugar a duda más agresivo. Por otra parte y corroborando esto, tenemos el caso N° 13 que no se operó y vivió 3 años.

Los resultados de los casos que se resecaron a tiempo, son excelentes, con sobrevividas de 6 a 7 años que se encuentran en perfectas condiciones de salud.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1) Se pasa revista a los casos de Cáncer del Colon, Sigmoide y Recto que en el término de 8 años se presentaron al Hospital de la Caja Costarricense de Seguro Social.
 - 2) Se analizan las edades y el sexo de los casos que se presentaron, siendo la edad más frecuente la sexta década de la vida y el predominio en el sexo masculino 86%.
 - 3) Se pasa revista a la localización y a la altura de la lesión en las neoplasias del Recto, haciendo consideraciones a la mayor o menor gravedad de acuerdo a cada localización.
 - 4) Se analizan los síntomas por orden de frecuencia y los métodos de diagnóstico.
 - 5) Se estudian los casos operados, los resultados, la sobrevivida y las condiciones en que se encuentran los enfermos.
 - 6) Se estudian las causas de muerte y se hace una inter-relación entre las metástasis ganglionares y los resultados finales.
 - 7) El Cáncer del Colon, Recto y Sigmoide es poco frecuente entre nosotros y la localización más importante es el Recto. 82% de las neoplasias del Intestino Grueso.
 - 8) El Diagnóstico precoz es uno de los factores más importantes en el aumento de la resecabilidad y esto depende de un examen rectal adecuado en todos los procesos en que aparezcan síntomas, aún cuando sean banales, tales como sangre en las heces, dolor abdominal, tenesmo persistente, etc.
-

- 9) La resección con anostomosis para las lesiones del Colón y la Abdomino perineal en un tiempo para las lesiones del Recto, son en el momento actual los procedimientos aconsejados que nos han dado los mejores resultados.
- 10) Los resultados post-operatorios y la sobrevida en los casos reseca- dos son mucho mejores que los obtenidos en la Cirugía del Cáncer Gastrico.

BIBLIOGRAFIA

1. **BACON y F. MARTIN:**
Ano Recto y Colon. Editorial Labor Argentina 1942.
 2. **BURST J. C. y BARGENN J. A.**
The Neoplastic Factor in Chronic Ulcerativ Colitis. New England Jour, Med. 210. 692 . 1934.
 3. **CARLSON R. I. y GOBEL:**
Metachronus Primary Carcinomas of the Colon. Gastroenterology 121-11. 1934.
 4. **JOHNSON J. W. JUDD, EDWARD S. and DAHLIN D. G.:**
Malignant Neoplasma of the colon and Rectum in young persons. Intenern. Surg. Digest. Vol. 69. 1960.
 5. **EWING,**
Tratado de Oncologia, Salvat Barcelona 1948.
 6. **GLCHRIST D.,**
Consideration of Patological Factor Influencing. Five years survival in radical reseccion of the large bowel and Rectum for carcinoma.: Am. J. Surg. V. 126, 1947.
 7. **E. A. LOPEZ, A. FERNANDEZ, R. CESPEDES:**
Análisis de 163 gastrectomías practicadas en el Hospital del Seguro Social. Trabajo presentado al 27 Congreso Médico Nacional. Noviembre de 1957.
 8. **CH. G. MOERTEL, J. A. Borgen y M. B. Dackenty:**
Multiple Carcinoma of the large Intestine. Gastroenterology VII 38 1935.
 9. **R. W. POSTETHWAIT, WISTON, N. C. SALEM:**
Tumores malignos del Colon y Recto. Anales de Cirugía 35 Vol 8 . 1949.
-

10. **J. L. POMKA, J. FOX, D. WITT and BRUSCH:**
Coexistin Carcinoma and diverticula of the Colon. Archives of Surg. 78 373 - 1959.
 11. **SWINTON:**
5 años de revisión de cáncer del Recto y Colon Arch. of Surg 92, 1956.
 12. **J. WITTOESCH, L. MOOLNER and J. JACKMAN:**
Epitelloma del ano de células basales de la margen del Ano; Gin and Obt. 104 Jan. 1957.
 13. **JOHN N. WAUGH y JOHN KIRSKIN, ROCHESTER:**
Importancia del nivel de la lesión en el pronóstico y tratamiento en el carcinoma del Recto y de la porción inferior del Colon Sigmoide. Anales de Cirugía V. 8. 1949.
 14. **R. K. GLCHRIST y DAVID:**
Prognosis in Carcinoma of the bowel: Surg. Gynec. and Obt. V. 86. 1948.
 15. **TOREK:**
Cirugia del Recto y Ano; tomo III 308. Salvat 1941. Barcelona.
 16. **BURNES and PFAFF:**
Vascular invation in Carcinoma of the Colon and Rectum. Journal of the American Gastroenterological N° 1 V. 33 - 335. 1957.
 17. **W. H. SNYDER, E. M. GREANEY:**
Un llamado de atención en el tratamiento del Cáncer del Colon en los ancianos. Anales de Cirugía V. 6. 1959.
-