

Causas de mortalidad en pacientes con cáncer de colón y recto

Daniel Cruz Gómez, Ulises de Jesús Rodríguez Wong,
Bernardo Gutiérrez Cuevas, Hospital Juárez de México, S.S.

Resumen

Se realizó un estudio de 17 pacientes fallecidos por cáncer de colon y recto en el Hospital Juárez de la Secretaría de Salud, durante un periodo de cinco años. Todos estos enfermos manifestaron síntomas y signos de un estado avanzado del padecimiento; once se presentaron en estado de choque y ocho con abdomen agudo. Debido a la gravedad del cuadro, cinco pacientes no pudieron ser operados, los doce restantes que fueron intervenidos presentaron lesiones concomitantes que los llevaron a la muerte. Por esto, se señala la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de esta enfermedad.

Summary

A study was performed in 17 patients (necropsies) that had died of cancer in the colon and rectum at the "Hospital Juárez" in México City during a 5-year period. All the patients presented advanced symptoms and signs of the illness at the moment of hospitalization; eleven were in shock and eight had acute abdomen. Due to the advanced state of illness, 5 patients could not be submitted to surgery, the other 12 patients, although submitted to surgery, died due to concomitant lesions. The need for and early diagnosis and prompt treatment is emphasized.

Introducción

La frecuencia del cáncer del colon y recto ha ido en aumento en nuestro medio como lo revelan diferentes estadísticas^{4 6 8}; esto quizá obedece a un cambio en los hábitos alimenticios, con mayor consumo de alimentos de bajo residuo, lo cual provoca coproestasis y una exposición más prolongada de la mucosa a los agentes carcinogénicos.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de esta neoplasia son de capital importancia para mejorar la esperanza de sobrevivida y la calidad de la misma. Es por

ello, que tanto los pacientes como los médicos, deben saber reconocer los síntomas iniciales de esta enfermedad.

El motivo del presente estudio es el de analizar las manifestaciones clínicas y las causas de mortalidad en pacientes con cáncer de colon y recto atendidos en el Hospital Juárez de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Material y Métodos

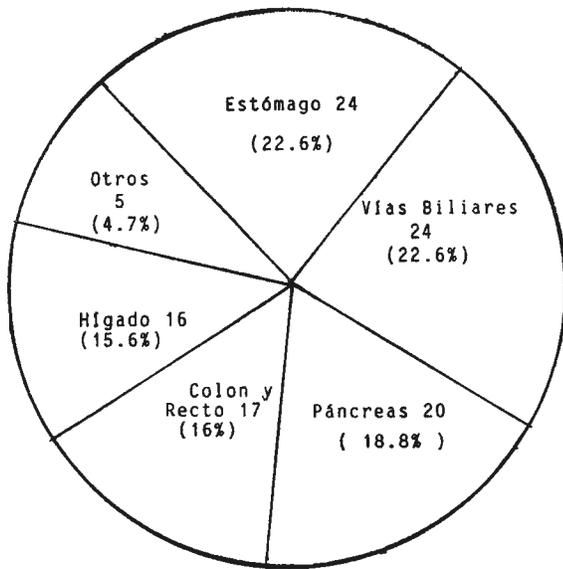
Se revisaron los expedientes de autopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Juárez

durante un período de 5 años, de 1978 a 1982; encontrando un total de 3724 necropsias, de las cuales 17 (0.45%) correspondieron a pacientes con cáncer de colon y recto.

Durante el mismo período de tiempo se registraron 106 fallecimientos por carcinoma del aparato digestivo, ocupando el cáncer de colon y recto el cuarto lugar (16.03%). Fig. 1).

Figura No. 1

CANCER DEL APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
NECROPSIAS



Total de necropsias: 106

Resultados y discusión

Sexo:

Revisando diversas estadísticas, se observa que el sexo femenino predomina en lo referente a cáncer de colon y en cambio el sexo masculino tiene preponderancia en el cáncer de recto. En nuestra casuística el sexo femenino predominó sobre el masculino en relación de 2.2:1.

Edad:

El cáncer del colon y el recto es predominantemente una enfermedad propia de edad avanzada, aun cuando puede aparecer en individuos jóvenes, sólo que en ellos es rara la incidencia. En nuestro estudio observamos que la pobla-

ción más afectada fue la de 40 a 80 años de edad, siendo el rango de 32 a 80 años.

Ocupación:

Diversas ocupaciones tuvieron los pacientes estudiados, sin embargo, es notable que en el grupo femenino, 6 no tenían ocupación y otras 6 ejercían labores del hogar. En el grupo masculino, 2 eran obreros, 1 albañil, y 1 campesino y un desempleado. Estos datos tienen interés por la posible relación del cáncer con los factores ambientales, así como su grado de evolución en el que mucho influye el nivel sociocultural.

Antecedentes:

Es muy importante considerar la existencia de lesiones premalignas, las que clínicamente suelen manifestarse por alteraciones de la función colónica. En el grupo de pacientes que estudiamos al parecer no hubo francos antecedentes de este tipo, como puede verse en el cuadro I, en el que sólo podría tomarse en cuenta a dos pacientes que manifestaron hemorragia del tubo digestivo como posible relación con algún padecimiento premaligno, sin haber sido corroborado.

Cuadro I

Alcoholismo	5
Tabaquismo	3
Ambiasis	3
Diabetes	2
*Hemorragia Tub. Dig.	2
Apendicitis	1
Artritis reum.	1
Asma	1
**Ca. Cervicouterino	1
Enf. vasc. cerebral	1
Gonorrea	1
Litiasis vasicular	1
Litiasis vesical	1
Paludismo	1
Tifoidea	1

*Ambos masc. con melena y alcoholismo positivo.

**Se le efectuó histerectomía total abdominal.

Localización:

En diversas estadísticas de diversos autores la localización de los tumores en los diferentes segmentos del colon ha sido objeto de muchos estudios clínicos y en casi todos la resultante establece que el carcinoma del sigmoides representa por sí solo la mitad de los tumores del colon; la otra mitad, se distribuye en sus diferentes segmentos restantes, correspondiéndole al ciego y ascendente la 4a.

parte de los tumores y la otra 4a. parte se distribuye en colon y transversal, ángulo esplénico, colon descendente y ángulo hepático. Con relación al cáncer de recto su distribución generalmente se localiza en la proporción siguiente: tercio superior, 31%, tercio medio, 33% y tercio inferior, 36%.

En nuestro estudio el resultado es diferente en relación al de otros autores, en virtud de que es el colon derecho el predominante en incidencia. Cuadro II.

Cuadro II

Colon derecho	10 - 58.8%
Colon izquierdo	1 - 5.8%
Recto sigmoides	6 - 35.2%

Tiempo de evolución:

Poco más de la mitad de los pacientes aquí estudiados recibieron tratamiento quirúrgico en un lapso no mayor de seis meses. El resto tardó de uno a cuatro años en acudir a su tratamiento y un caso, como especial excepción, tardó 6 años en asistir a su estudio y tratamiento.

Los pacientes que asisten pronto al hospital lo hacen porque tienen un buen nivel de información médica o porque asisten urgentemente debido a una complicación de la neoplasia. En términos generales, la entrevista del paciente con el clínico se hace en tiempo variable y obedece a cuatro motivos:

- 1.- Pacientes con síntomas crónicos de desarrollo insidioso que sólo traducen alteraciones del estado general o alteraciones en la función intestinal. Estos casos son los que suelen tardar mayor lapso de tiempo en asistir a su estudio y tratamiento, por no darle la debida importancia a sus trastornos.
- 2.- Otros asisten como urgencia por un síndrome de oclusión intestinal. En estos casos el proceso tumoral generalmente se encuentra en un avanzado proceso patológico.
- 3.- Algunos casos también son urgentes por sufrir perforación del colon y peritonitis. Este estado traduce un severo desarrollo tumoral.
- 4.- Son los pacientes que manifiestan rectorragia y que le dan adecuada importancia, los que acuden al clínico con prontitud y reciben tratamiento oportuno.

Signos y síntomas:

La sintomatología del cáncer de colon y recto es variable y va desde síntomas generales hasta signos y síntomas

claros y concretos. Lo ideal para lograr un buen pronóstico es que nuestros pacientes acudan al médico con huellas de sangrado. Esta conducta ayudaría a diagnosticar tempranamente un proceso maligno del colon en fase bien localizada. Sin embargo, en nuestros pacientes estudiados la sintomatología resultó ser más aparatosa y florida. La mayoría (88.2%) acudió por manifestar dolor, siendo éste el síntoma pivote acompañado de datos clínicos que traducían una evolución más avanzada del proceso, como fueron masa palpable, disminución de peso, rectorragia, abdomen agudo, melena, etcétera. (Ver cuadro III).

Cuadro III

SIGNOS Y SINTOMAS

	Casos	%
Dolor	15	88.2
Palidez	14	82.3
Dism. peso.	11	64.7
Fiebre	10	58.8
Abdomen agudo	8	47.0
Masa palpable	8	47.0
Rectorragia	7	41.1
Vómito	7	41.1
Meteorismo	6	35.2
Diarrea	5	29.4
Sint. rectales	5	29.4
Anorexia	4	23.5
Constipación	3	17.6
Hepatomegalia	3	17.6
Oclusión Intestinal	3	17.6
Heces acintadas	2	11.7
Melena	2	11.7
Coluria	1	5.8
Ictericia	1	5.8

Localización:

Siendo el dolor el síntoma que más motivó a los pacientes a acudir al tratamiento hicimos un análisis de sus características observando que en el cáncer anorectal la localización fue en el mismo sitio en cambio en el cáncer de colon la localización fue variable pero con predominio de epigastrio e hipogastrio.

El tipo de dolor más frecuente fue el cólico sobre todo en aquellos que tenían indicios de oclusión. El ardoroso se encontró principalmente en los que tenían el tumor localizado en recto.

La masa palpable, signo presentado en ocho pacientes, fue predominante en anorrecto y hemiabdomen derecho, dato que va acorde con la caracterología del cáncer del colon derecho, el cual se manifiesta por masa tumoral sobre todo cuando la evolución es prolongada como fue

el caso de este grupo de pacientes que tardaron de 6 meses a cuatro años en acudir a su estudio y tratamiento. (Cuadro IV).

Cuadro IV

LOCALIZACION DE LA MASA PALPABLE

Ano rectal	2
Epi-mesogastrio	1
Flanco derecho	1
Flanco y fosa iliaca derecha	1
Fosa iliaca derecha	1
Hipocondrio y flanco derecho	1
Hipocondrio der. y epigastrio	1
Total:	8

El laboratorio no aportó en estos pacientes datos de verdadera importancia y quizá el único dato importante a considerar fue la hemoglobina que, en términos generales, se consideró en cifras bajas en relación a lo normal.

En todos los pacientes se efectuaron estudios radiológicos de diversos tipos siendo el colon por enema, practicado en 8 pacientes, el más presentativo para el diagnóstico de los problemas neoplásicos del colon, pudiéndose observar en todos ellos diversas formas de alteraciones en las imágenes radiológicas, tales como defecto de repleción en la sombra de bario, alteraciones del relieve mucoso, rigidez de la pared, signos de obstrucción y otros.

La ultrasonografía se practicó en 2 pacientes, con objeto de corroborar la existencia de una masa sólida de localización en colon.

Cuando el cáncer de colon se diagnostica oportunamente, puede extirparse en forma radical y lograr la posible curación del paciente; sin embargo, dadas las circunstancias socioculturales de los pacientes aquí estudiados, esa situación ideal no se logró ya que todos ellos llegaron con un grado muy avanzado de su enfermedad. Debido a ello, sólo en 12 pacientes (70.5%) fue posible ofrecer un procedimiento quirúrgico y los otros 5 (29.4%) sólo recibieron tratamiento de sostén. Los diversos procedimientos quirúrgicos empleados, se describen en el cuadro V.

Debido a la larga evolución del proceso, los hallazgos transoperatorios fueron desalentadores como puede verse en el cuadro VI en el que se describen metástasis a otros órganos abdominales y en dos casos hubo inclusive complicaciones del tipo de perforación, razón por la cual la cirugía aplicada fue únicamente de carácter paliativo.

Causas de mortalidad:

Todos los pacientes objeto de este estudio presentaban

Cuadro V
TIPO DE CIRUGIA

Hemicolectomía derecha con ileotransverso-anastomosis con ileostomía	3 1	4
Laparotomía, biopsia y drenaje con ileostomía	1	3
*Resección anterior con Hartman y colostomía con colo-colo anastomosis	1 1	2
Excisión local vía rectal con electrocoagulación	1	2
Transversostomía		1
		12

*Uno de estos pacientes recibió terapia coadyuvante postoperatoria con 5-FU y radioterapia.

Cuadro VI
HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS

Tumor en sigmoides con invasión a vejiga y estómago con invasión a vejiga	1 1	3
Tumor en ciego y ascendente con invasión a duodeno y peritoneo con absceso con necrosis y peritonitis total	1 1 1	4
Tumor en ciego con perforación y absceso	1	1
Tumor en transverso derecho		1
Tumor rectal bajo		2
Tumor en descendente y sigmoides con perforación sellada	1	1
Total:		12

signos y síntomas de cáncer avanzado colo-rectal, analizados ya en el cuadro III, a los cuales se aunaron otras condiciones clínicas concomitantes que agravaron el cuadro y provocaron la muerte, 11 pacientes (64.7%) fallecieron en estado de choque, 7 (41.1%) tenían peritonitis purulenta, y cuatro (23.5%) presentaron hemorragia de tubo digestivo.

Diagnóstico anatomopatológico:

Cuando se habla de cáncer de colon y recto, generalmente nos referimos al adenocarcinoma, que es la varie-

dad más frecuente y deriva de los elementos epiteliales; sin embargo existen neoplasias derivadas de las otras capas que forman la pared del intestino grueso. En nuestra serie, el 94.1% de los pacientes presentaron adenocarcinoma y sólo en un enfermo la lesión correspondió a un linfoma linfocítico (5.8%). Por otro lado, el estudio postmortem reveló que la mayoría de nuestros pacientes presentaron metástasis ganglionares, hepáticas o a otros órganos (cuadro VII).

Cuadro VII

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

Adenocarcinoma infiltrante de ciego y ascendente		5
-Metástasis a ganglios	2	
-Ulcerado	2	
-Perforado	1	
Adenocarcinoma de recto		3
-Metástasis hepáticas	1	
-Invasión a riñón derecho	1	
Adenocarcinoma del sigmoides		2
-Invasión a vejiga	2	
-Metástasis gástricas	1	
Adenocarcinoma del ascendente		2
-Metástasis a ganglios	2	
-Metástasis hepáticas	2	
Adenocarcinoma del transversal derecho		2
-Metástasis hepáticas	1	
Adenocarcinoma de ciego		1
-Metástasis a ganglios	1	
Linfoma linfocítico del transversal derecho		1
-Metástasis a ganglios	1	
Invasión a duodeno y páncreas	1	
Adenocarcinoma del descendente y sigmoides		1
-Invasión a ureteres	1	
Total:		17

Conclusiones:

Los pacientes de nuestra serie tenían un estado avanzado de cáncer colorectal; once pacientes se presentaron en estado de choque, nueve de ellos séptico, uno cardiogénico y uno mixto (hipovolémico y séptico), además ocho pacientes tenían abdomen agudo. Debido a la gravedad del cuadro, cinco enfermos no pudieron ser operados; los doce que fueron intervenidos, presentaron lesión

concomitantes que los llevaron a la muerte. Esto nos permite concluir que si no se detiene la historia natural del cáncer de colon y recto, esta enfermedad causa la muerte del paciente; es por ello preciso insistir en que es necesario reconocer sus signos y síntomas característicos en etapa temprana: cambios en el hábito de la defecación, proctorragia, dolor abdominal o ano-rectal, meteorismo, astenia, adinamia y pérdida de peso.

Con la exploración proctológica, la simple inspección permite detectar tumores anales; el tacto rectal pone al alcance del clínico los tumores localizados en este segmento del intestino grueso, y con la proctoscopia podemos apreciar las características macroscópicas de las lesiones. La rectosigmoidoscopia nos brinda la posibilidad de explorar, bajo visión directa, la luz del intestino grueso hasta 25 cm por arriba de la abertura anal; actualmente la colonoscopia permite efectuar este tipo de exploración a todo lo largo del intestino grueso, permitiendo además la toma de biopsias para estudio histopatológico.

Por lo que respecto a los exámenes de gabinete, el colon por enema a doble contraste permite detectar no sólo las lesiones ya establecidas, sino inclusive lesiones premalignas⁷.

Una vez hecho el diagnóstico, deben realizarse investigaciones encaminadas a descubrir posibles invasiones a otros órganos¹: teleradiografía de tórax, pruebas de funcionamiento hepático, gammagrama hepático y pulmonar, urografía excretora, linfangiografía, entre los principales estudios.

Se prefieren tradicionalmente las resecciones amplias para el tratamiento del cáncer del colon y recto, dependiendo de la localización de la lesión puede realizarse: hemicolectomía izquierda, resección abdominal anterior del sigmoides, y la resección abdominoperineal del recto sigmoides^{3 6}. Sin embargo, en años recientes se han tenido resultados satisfactorios con tratamientos menos agresivos como la electrocoagulación y la excisión local en ciertos pacientes con cáncer de recto². cuando la neoplasia resulta inextirpable, se pueden emplear intervenciones quirúrgicas paliativas, desfuncionalizando segmentos del intestino grueso o restableciendo la continuidad del tubo digestivo.

La terapéutica coadyuvante a base de radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia ha ganado terreno en el tratamiento de esta enfermedad.

Referencias

1. Cappel, J., Blum, U., Ungeheuer, E.: Screening for colorectal carcinoma. *J. Roy. Soc. Med.*, 77:186-88, 1984.
2. Eisenberg, H. W.: Sequential electrocoagulation and resection for carcinoma of the rectum. *Surg Gyn. Obst.*, 159:471-74, 1984.
3. Franklin, R., McSwain, B.: Carcinoma of the colon, rectum and anus. *Ann. Surg.*, 171 (6): 811-15, 1970.
4. Montañez, O.: Cáncer del colon y recto. *Sem. Med. Méx.*, 91(2): 42-48, 1977.
5. Morson, B.C.: Precancerous conditions of the large bowel. *Proc. Roy Soc. Med.*, 64(9): 859-63, 1971.
6. Pérez-García, R., Palomeque, S., Romero, G.: El cáncer de colon y recto en el Hospital Juárez. *Rev. Cir. H.J. Méx.*, 44(189-190): 147-54, 1973.
7. Ruíz-Healy, F., Rodríguez-Wong, U.: Colon por enema doble contraste en el enfermo pediátrico. *Rev. Mex. Radiol.*, 38(4): 159-61, 1984.
8. Villalobos, J.J.: Carcinoma colo-rectal, prevalencia y etiopatogenia. En "Gastroenterología" Vol. 2, México, Ed. Méndez Oteo, pp 76, 1981.