

Tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto

(EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MEXICO)

*Dr. Juan Arce Villalobos**
*Dr. Manuel Obando Venegas***
*Dr. Luis Gmo. Morales Alfaro***
*Dr. Ramiro Salgado Gutiérrez***
*Dr. Eduardo Flores Montero****

RESUMEN

En el período comprendido entre 1970 y 1980, 175 pacientes fueron operados de carcinoma de colon y recto, en los Servicios de Cirugía General del Hospital México. No hubo predominio de sexo. El paciente más joven tenía 15 años de edad y el más viejo 90 años, con predominio de edad entre los 50 y 60 años de edad. La mayoría de los tumores estaban localizados en el recto (51%), seguido por el ciego (12%). La rectorragia fue el síntoma más frecuente en las lesiones del recto-sigmoides, en tanto que la anemia y la masa palpable en fosa iliaca derecha, fueron los hallazgos predominantes en lesiones del lado derecho. El tacto rectal aislado o con rectosigmoidoscopia hizo el diagnóstico en el 100% de los casos localizados en el recto.

Unicamente el 4% de los casos eran estadios tempranos (Dukes A), siendo el 62% de estadios avanzados. La mortalidad operatoria global fue de 9.7%, siendo de 7.8% para cirugía electiva y 22.7% para emergencias.

Todos los pacientes fueron seguidos desde el tratamiento inicial, hasta julio de 1981. La supervivencia a 5 años de 81 pacientes operados en el período 1970-1976, fue de 44.4%, pero de acuerdo a su estadio en los casos tempranos fue de 100% (A); en los intermedios 80% (B), mientras que en los

avanzados fue de 35.7% (C) y 0% (D).

Se concluye en la necesidad de un diagnóstico temprano, sometiendo a los pacientes con síntomas sugestivos de este tipo de tumor, a estudios clínicos completos, entre los cuales el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia, son fundamentales.

INTRODUCCION

El carcinoma de colon y recto continúa siendo una de las causas más frecuentes de muerte en algunos países. Si bien es cierto que la operabilidad y mortalidad operatoria ha mejorado en los últimos años, las cifras globales de supervivencia a 5 años no han variado en los últimos 20 años (1-2). Es posible que la mejor explicación para esta situación es que en el momento que se hace el diagnóstico, la mayoría de los enfermos tienen enfermedad avanzada, imposible de erradicar a pesar de lo radical del tratamiento quirúrgico. (12). En otras palabras, un alto porcentaje de los casos, ya sea por desidia del enfermo o por negligencia del médico, el diagnóstico se hace tardíamente. En nuestro medio el cáncer de colon y recto es el segundo en frecuencia en el aparato digestivo, después del cáncer gástrico y es la impresión generali-

* Jefe de Clínica, Servicio de Cirugía General N°2, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

zada que el número de casos aumenta en forma lenta y progresiva en los últimos 10 años. Esto es difícil de afirmar en forma categórica, pero el hecho real es que las intervenciones sobre el intestino grueso figuran frecuentemente en el programa diario de operaciones en los diferentes hospitales del país.

El presente trabajo tiene como meta principal analizar cuál ha sido la experiencia nuestra en el tratamiento de esta enfermedad, así como los resultados finales en términos de sobrevida y llamar la atención sobre la magnitud del problema, haciendo notar que el diagnóstico temprano es la única forma de mejorar el pronóstico de estos enfermos.

MATERIAL Y METODOS

Este es un estudio retrospectivo de 175 pacientes operados con el diagnóstico de cáncer de colon y recto en el período comprendido entre enero de 1970 y diciembre de 1980. Se tomaron en consideración únicamente aquellos enfermos con diagnóstico histológico de tumor maligno y que fueron sometidos a cirugía, descartándose los casos en que el tumor fue hallazgo de autopsia; se excluyeron además 10 expedientes por ausencia de datos completos.

Especial interés se tomó en considerar sexo, edad, sintomatología, localización, métodos diagnósticos, tipo histológico, procedimiento quirúrgico, estadio de la enfermedad en el momento de la operación, así como las complicaciones postoperatorias y evolución.

Enfasis se puso en el seguimiento de todos los enfermos desde el tratamiento inicial, hasta su muerte y/o hasta el momento de completar este estudio en julio de 1981.

En general todos los enfermos tuvieron estudios preoperatorios que consistieron en examen físico, radiografía de tórax, hemograma y estudios radiográficos y endoscópicos. Estos últimos fueron omitidos en aquellos pacientes operados de emergencia.

La operación fue practicada a través de una incisión longitudinal izquierda para las lesiones izquierdas y derecha para las lesiones derechas.

La preparación preoperatoria consistió, en la mayoría de ellos, en dieta líquida por 3 días, enemas salinos y laxantes, así como

antibióticos a base de neomicina y sulfasalcidina 48 horas antes de la operación en los primeros 6 años del estudio y en los últimos 4 años eritromicina y amino glicósido.

La colonoscopia se efectuó en algunos pacientes para corroborar el diagnóstico proctosigmoidoscópico y radiológico.

La rectosigmoidoscopia fue usada en la gran mayoría de los pacientes portadores de lesiones en recto y sigmoides.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución por edad y sexo. Puede notarse que la distribución fue semejante en ambos sexos, con un predominio de edad entre la quinta y séptima décadas de la vida, con una edad promedio de 58.3 años.

La localización se muestra en la tabla 2, con un claro predominio de las lesiones en recto-sigmoides.

El tiempo de iniciación de los síntomas varió entre 1 día (para aquéllos que ingresaron con diagnóstico de abdomen agudo) y 6 años, con un promedio de 10 meses (tabla 3).

Los síntomas y signos se muestran en la tabla 4. Rectorragia fue el síntoma más frecuente para el carcinoma de colon izquierdo, en tanto que la anemia y masa palpable fueron los hallazgos predominantes en el colon derecho (tablas 4 y 5).

El tacto rectal y proctosigmoidoscopia, solos o combinados, confirmaron el diagnóstico en el 100% de los enfermos portadores de cáncer de recto, en cambio en el sigmoides sólo fue del 85%.

El colon por enema se practicó en 95 pacientes (54.2%), siendo reportado con lesión neoplásica en el 98% (tabla 6-a y 6-b); 22 pacientes (12%) fueron operados de emergencia por cuadro de abdomen agudo (tabla 7); 141 pacientes tuvieron cirugía resectiva (80.5%). Al resto se le hizo cirugía no resectiva (derivación-electrofulguración, etc.).

La mortalidad operatoria global fue del 9.7%, siendo mucho más alta en aquellos pacientes operados de emergencia. Las causas de mortalidad fueron infecciosas y pulmonares, principalmente (tabla 10). Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: sepsis de la herida y dehiscencia de

anastomosis (tabla 11); 53 pacientes recibieron quimioterapia postoperatoria y muy pocos radioterapia (tabla 12).

Desde el punto de vista anatomopatológico, las lesiones úlcero-vegetantes, así como las adenocarcinomas bien diferenciados, fueron los más frecuentes (tablas 13 y 14). No se estableció grado de diferenciación en 74 pacientes.

Hubo pólipos adenomatosos asociados en el 8%, así como el cáncer había partido de un adenoma veloso en 7 casos (tabla 15). El estadio de acuerdo a la clasificación de Dukes, mostró un predominio de las lesiones más avanzadas (C y D, un 63) (tabla 16). La sobrevida global a 5 años fue del 44.4%, con un elevado índice para las lesiones tempranas (tabla 17). En la tabla 18 se analizan las sobrevidas del 77 al 80

COMENTARIO

Aunque un 60-70% de los pacientes que tienen cáncer del intestino grueso morirán de su enfermedad antes de los 5 años, la opinión de la mayoría de los médicos en lo que se refiere a la sobrevida de estos enfermos, es que el pronóstico es bueno. (12). Esta discrepancia de criterio entre los médicos y las cifras reales de sobrevida, podría ser explicada en base a que algunos pacientes han sido tratados cuando su enfermedad está aún en estadio inicial, la tendencia de esta patología a aparecer en gente mayor y por el error de diagnóstico que todavía persiste. El cáncer de colon y recto es más frecuente en América del Norte y Europa Occidental, siendo las poblaciones con mayor riesgo las de Canadá, Connecticut en Estados Unidos y Nueva Zelanda; con riesgo intermedio algunas zonas de Europa Occidental y con riesgo menor Europa Oriental, Finlandia, América del Sur, Asia y África. (14). Desde el punto de vista de localización, el colon izquierdo es afectado más frecuentemente (63%) en aquellos países de alta incidencia, mientras que en los de baja incidencia como en Cali (Colombia), el 65% está localizado en el colon derecho. (14). Si bien es cierto que las edades más frecuentes afectadas están entre la quinta y séptima décadas de la vida,

** Residentes Servicio de Cirugía General N°2, Sección de Cirugía, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

no por eso es una lesión irrecuente en personas menores de 30 años y pareciera que en los países de baja incidencia de desarrollo de cáncer de colon y recto, el porcentaje de jóvenes con este tipo de tumor es más alto que en aquellos países con alto riesgo. (14-17). El análisis de los síntomas revela en forma clara la presencia de rectorragia como síntoma más importante en lesiones de colon izquierdo y esto concuerda con lo descrito en la literatura mundial (4-11-25); otro de los síntomas más importantes fueron los trastornos del hábito intestinal, en forma de diarrea y estreñimiento, por lo que es extraordinariamente importante evaluar en forma minuciosa la aparición de estos síntomas en enfermos con previo hábito intestinal normal. La alta frecuencia de rectorragia nos indica también la necesidad de incluir en el examen físico de rutina de los enfermos con rectorragia, el tacto rectal y rectosigmoidoscopia. La experiencia muestra que el 95% de los cánceres del recto están localizados en los primeros 10 cms. del mismo y por lo tanto detectables con el tacto rectal.

La anemia fue el hallazgo más frecuente en los pacientes con cáncer del colon derecho y en algunos de ellos bastante marcada. (11). Del análisis de nuestros casos pudimos comprobar que el diagnóstico de cáncer sobre todo el ciego se hizo luego de una cuidadosa búsqueda de la causa de esta anemia. Si a esto se agrega que la presencia de una masa en la fosa ilíaca derecha fue también un hallazgo muy frecuente, el cuadro clínico del cáncer de colon derecho sería bastante claro. Es necesario entonces, investigar cuidadosamente las anemias en pacientes mayores de 40 años. Desafortunadamente de un 10% a un 15% de los pacientes portadores de cáncer de ciego han sido tratados de su anemia por un tiempo prolongado antes de que el médico, consciente de la posibilidad de existencia de un tumor, inicia una búsqueda más acuciosa de la causa de la misma.

Se considera que aproximadamente el 9% de los pacientes son inoperables en el momento que se hace el diagnóstico; en un 15 a 18% sólo se puede hacer un tratamiento paliativo, dejando por lo tanto únicamente un 70 a 75% de pacientes en los cuales se podría hacer un tratamiento curativo. (8-10-16-20-23). De acuerdo con Scudamore, se

considera, en términos generales, que la sobrevida global a 5 años en aquellos pacientes en los que se pudo hacer cirugía curativa, fue de aproximadamente un 59 a 60% y en cambio en aquéllos en que se hizo cirugía paliativa fue no mayor del 3%. (20). En nuestra serie, al 80% de los pacientes se les hizo una cirugía resectiva, sin que esto indique que fue una cirugía curativa. En este aspecto es importante que el cirujano anote en la hoja operatoria si extirpó todo el tumor o dejó parte del mismo.

La sobrevida global a 5 años de nuestros pacientes fue de un 44%, cifra más baja que lo reportado por autores anteriormente mencionados.

La mortalidad operatoria total fue del 9.7%, incluyendo aquellos pacientes que se operaron de emergencia (perforación, obstrucción, etc.). Sin embargo, cuando se considera únicamente la mortalidad operatoria en cirugía electiva, la cifra fue 7.8%.

En general se acepta una mortalidad para cirugía electiva del 4%, pero hay reportes que varían entre el 2 y el 12%. (3-11). La cifra de mortalidad en nuestra serie está en el límite superior y nosotros la atribuimos al hecho de que el 62% de nuestros enfermos tenían enfermedad avanzada, con consiguiente deterioro de su estado general.

Las causas más frecuentes de mortalidad fueron problemas cardiopulmonares. De los 10 pacientes que tuvieron dehiscencia de la anastomosis, 2 fallecieron, lo que significa un porcentaje del 20%.

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron infección de la herida quirúrgica, vejiga neurogénica, etc. La infección postoperatoria en cirugía del colon ha sido uno de los puntos de mayor discusión e interés para los cirujanos. Básicamente hay consenso general en que la preparación mecánica del intestino es indispensable. (11). El punto de mayor discusión es si se debe preparar el colon o no con antibióticos y qué tipo se deben dar. La discusión a este respecto está fuera del alcance de esta comunicación; simplemente diremos que nuestra cifra de infección de herida operatoria concuerda con la de Goligher de 20-22%. (11).

La vejiga neurogénica afortunadamente es la mayoría de las veces transitoria, recordando el tono entre 2 y 4 semanas. La fuga

de anastomosis fue de un 12%, que resulta muy elevada en comparación con el 3% reportada por Bacon. (3). Goligher dice que cuando se siguen cuidadosamente los pacientes en el postoperatorio, se ha logrado demostrar una incidencia de la fuga de anastomosis de un 20 hasta un 25%. La mayoría de las veces son fugas pequeñas, bien toleradas por el enfermo y que afortunadamente sólo en pocas ocasiones requieren un tratamiento de emergencia. (11).

La mayoría de los tumores fueron de tipo úlcero-vegetantes, no hubo correlación entre el tamaño de los mismos y presencia de metástasis; en el grupo de tumores que pudieron ser clasificados según el grado de diferenciación, fue notable que en los estadios A, todos fueron bien diferenciados y el estadio B, el 90% de los mismos. En los estadios avanzados hubo una distribución similar de un 50% para bien y un 50% para mal diferenciados.

Llama la atención la alta asociación de pólipos adenomatosos en las piezas operatorias de los pacientes con cáncer de intestino grueso (8%). Esto es más alto que lo reportado en Tailandia (22) (2.5%), pero más bajo del 22 al 24% (15) de alguna literatura norteamericano. Esto es importante si se acepta la relación pólipo-cáncer. En rectosigmoidoscopías hechas de rutina en pacientes asintomáticos y mayores de 40 años a los cuales se les extirparon los pólipos, mostraron una baja incidencia de cáncer luego de un seguimiento de 25 años. (9). La alta incidencia de cáncer en pacientes con poliposis familiar múltiple, es bien conocida; 3 pacientes tenían esta enfermedad y desarrollaron cáncer en el ciego en etapa temprana de su vida. En 7 de nuestros enfermos el cáncer se desarrolló en un adenoma vellosa, hecho también conocido en la literatura médica (5-13) datos que justifican un tratamiento quirúrgico agresivo.

Todos los pacientes fueron seguidos desde el tratamiento inicial de su padecimiento hasta su muerte, o la conclusión de esta revisión en julio de 1981.

Hubo 81 pacientes operados entre 1970 y 1976, que permiten una evaluación de la sobrevida a 5 años. Como se dijo anteriormente, la sobrevida global de estos 81 pacientes a 5 años, fue de un 44%. Pero cuando se analiza la sobrevida de acuerdo al estadio de

la misma en el momento de la operación, estas cifras cambian radicalmente. De acuerdo a la clasificación de Dukes, los estadios A y B son tempranos; C y D tardíos, (6). Los 4 enfermos con estadio A vivieron 5 años, lo que significa una sobrevida de 100%; en estadio B, hubo 21 de 26 pacientes que vivieron 5 años, lo que significa una sobrevida del 80%; en cambio, en el estadio C, es decir, en aquéllos que habían ganglios linfáticos positivos, la sobrevida a 5 años fue del 31%. En los estadios avanzados o D, con metástasis hepáticas o peritoneales, no hubo ninguna sobrevida a los 5 años.

Es también muy importante analizar los pacientes operados entre 1977 y 1981; un total de 73 pacientes fueron evaluados. Si bien es cierto que no ha transcurrido tiempo suficiente para evaluar estos pacientes por 5 años, los resultados parciales hasta el momento muestran que 2 enfermos en estadio A están vivos, con un promedio de 2 años y 9 meses después de la operación; en los estadios B, 24 de 28 están vivos (85.7%), con un promedio de vida de 2 años; en estadio C, únicamente el 50% están vivos, con un promedio de vida de 1 año y 9 meses. Los estadios D, en cambio muestran que sólo 1 de 17 pacientes está vivo, con un promedio de vida de 1 año. Todos estos datos demuestran en forma clara que todos aquellos pacientes que se operan cuando no tienen aún metástasis ganglionares, tienen una sobrevida muy satisfactoria. Estos datos concuerdan con lo reportado por otros autores. (1-7-8-11).

Comentario aparte merece el pequeño grupo de 4 pacientes que no se clasificaron por estadios, ya que fueron tratados con electrofulguración; uno de ellos vivió 8 años y no murió de cáncer; otra sobrevivió 4 años y murió con recidiva de cáncer a los 89 años. Otros dos pacientes sobrevivieron 3 y 4 meses. (4).

El valor terapéutico de la electrofulguración ha sido bien establecido; sin embargo, su éxito depende de la aplicación de un rígido criterio: lesiones pequeñas (menores de 2 cms.), que no tomen más del 30% de la circunferencia, de tipo polipoide, bien dife-

renciado y que no estén situadas más allá de 10 cms. del margen anal. Además puede ser una buena alternativa en ancianos debilitados, que no soportan una resección del recto, o de aquellos enfermos que rehúsan cirugía. La sobrevida de 8 y 4 años en dos de nuestros casos, parece prometedora.

Algunos de nuestros pacientes recibieron radioterapia y quimioterapia. (24). Únicamente 9 pacientes recibieron radioterapia postoperatoria, lo que impide evaluar el beneficio de la misma por el pequeño número de enfermos y que no fue hecha comparativamente. En 1969, Quan (19), reportó una serie de pacientes que recibieron radioterapia preoperatoriamente, con buenos resultados en estadios avanzados; estudios posteriores de Stearn no encontró diferencia importante en la sobrevida. (21). A semejante conclusión llegó Rodríguez Antúnez (18). Un 30% de nuestros pacientes recibieron quimioterapia. El valor terapéutico de esta modalidad de tratamiento no puede ser evaluado, ya que se aplicó principalmente en enfermos con recidiva de su enfermedad, o en enfermos con enfermedad muy avanzada que no pudieron ser tratados con cirugía.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1. El cáncer de colon y recto es una enfermedad bastante frecuente en nuestro medio y ocupa el segundo lugar en los tumores malignos del aparato digestivo.
2. El cáncer de recto es el más frecuente, seguido por el sigmoides. La rectorragia fue el síntoma más frecuente y el diagnóstico se hizo en el 100% con el tacto rectal y la sigmoidoscopia.
3. La masa palpable en fosa ilíaca derecha y la anemia fueron los hallazgos más frecuentes en cáncer de colon derecho. De ahí la importancia de investigar las causas de rectorragia y anemia.
4. Todo paciente mayor de 40 años debe tener un examen rectosigmoidoscópico por lo menos una vez en su vida.
5. La enfermedad tratada en estadios tempranos tiene una excelente sobrevida a los 5 años.

*** Asistente Servicio de Cirugía General N92, Sección de Cirugía, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.

Tabla N° 1-a
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

SEXO		
	Nº	%
FEMENINO	90	51.4
MASCULINO	85	48.6
Total:	175	100.0

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N° 1-b
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

EDAD		
	Nº	%
10 - 19	3	1.7
20 - 29	9	5.1
30 - 39	13	7.4
40 - 49	21	12.0
50 - 59	41	23.4
60 - 69	44	25.1
70 - 79	34	19.4
80 - 89	8	4.6
90 - 99	2	1.1
Total:	175	100.0

EDAD PROMEDIO: 58.3 años

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°2
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

LOCALIZACION		
	Nº	%
Ano	6	3.4
Recto	90	51.4
Sigmoides	25	14.3
Descendente.	8	4.6
Angulo esplénico	5	2.8
Transverso	7	4.0
Angulo hepático	2	1.1
Ascendente	10	5.7
Ciego	21	12.0
Todo colon	1	0.6
Total:	175	100.0

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N° 3
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

TIEMPO INICIO DE LOS SINTOMAS		
	Nº	%
≤ 6 m.	91	52.0
> 6 - 12 m.	45	25.7
> 12 m.	30	17.1
No se anotó	9	5.1

MENOR: 1 d. MAYOR: 6 a. PROMEDIO: 10 m.

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N° 4
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

SIGNOS Y SINTOMAS			
	Col.Der.	Col.Izd.	Total
Rectorragia (%)	8.5	90.7	67.4
Pérdida de peso (%)	20.2	75.2	62.2
Dolor (%)	23.4	72.0	61.1
Cambio háb. defecat. (%)	12.4	87.6	69.1
Masa (%)	65.5	20.7	16.6
Abdomen agudo (%)	36.4	54.5	12.6

Serv. Cirugía General N°2, H. México

Tabla N° 6
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

Proctosigmoidoscopia	Recto: 86/90: (+) todos
	Sigmoides: 20/21: (+) 17-85%
Colon por enema	95/175 : 54.2% (+): 98% (-): 2%

Serv. Cirugía General N°2, Hospital México.

Tabla N° 7
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

TIPO DE CIRUGIA		
	Nº	%
NO RESECTIVA	141	80.5
EMERGENCIA*	34	19.5
EMERGENCIA*	22	12.5
ELECTIVA	153	87.5

* Obstrucción, perforación, etc.
Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N° 5
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

LABORATORIO	
ANEMIA: Hemoglobina menor 12 grms/dl.	
Colon derecho	26/ 33 - 78.8%
Colon izquierdo	60/134 - 44.8%
Total:	90/175 - 51.4%

F. Alcalina y Albúmina no correlacionaron

Serv. Cirugía General N°2, Hospital México.

Tabla N° 6-b
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

CANCER DE RECTO Distancia del Margen Anal		
	Nº	%
MENOR 5 cm.	31	34.4
5 - 10 cm.	55	61.1
MAYOR 10 cm.	4	4.4
Total:	90	100.0

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N° 8
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

CIRUGIA RESECTIVA	
Hemicolectomía derecha.	24
Colectomía transversa	6
Hemicolectomía izquierda.	11
Resección anterior baja	36
Resección abdómino-perineal	57
Colectomía subtotal	4
Excisión local amplia.	3
Total:	141 - 80.5%

Serv. Cirugía General N°2, Hospital México.

**Tabla N°9
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico**

CIRUGIA NO RESECTIVA	
Electrofulguración	4
Cecostomía	1
Ileotransverso-anastomosis	4
Laparotomía-biopsia-colostomía	25
Total:	34 - 19.5%

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

**Tabla N°11
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico**

COMPLICACIONES		
	Nº	%
Infección herida	38	21.7
Cardiopulmonares	16	9.1
Fuga anastomosis	10/81*	12.3
Vejiga neurogénica	9/93**	9.7
Sangrado	7	4.0
Obstrucción intestinal	7	4.0
Peritonitis	4	2.3
Lesión uretral	3	1.7
Eventración	3	1.7
Absceso subfrénico	3	1.7
Estrechez colostomía	2/57***	3.5
Necrosis colostomía	2/57***	3.5

* 81 ptes. con anastomosis.
** 93 con resec. ant. baja y resec. abdóm. perineal
*** 57 con resección abdomino-perineal

Serv. Cirugía General N°2, Hosp. México.

**Tabla N°12
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico**

QUIMIOTERAPIA	53/175	30.3%
RADIOTERAPIA	9/175	5.1%

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

**Tabla N°10
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico**

MORTALIDAD OPERATORIA*	
17/175 :	9.7%
12/153 :	7.8% (ELECTIVA)
5/22 :	22.7% (EMERGENCIA)
CAUSAS:	
Cardiopulmonar	8
Sepsis	4
Sangrado	2
Enfermedad de fondo	1
Dehiscencia anastom.	2

* Hasta 1 mes postoperatorio.
Serv. Cirugía General N° 2, H. México.

**Tabla N°13
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico**

PATOLOGIA*		
Especimen Quirúrgico o Endoscópico		
	Nº	%
Ulcerado	46	31.9
Vegetante	35	24.3
Ulcerovegetante	63	43.7
Anillo	18	12.5
Todo el colon	1	
TAMAÑO:		
De 1 a 5 cm.	70	
De 6 a 10 cm.	62	
Mayor de 10 cm.	8	
Todo el colon	1	
Total:	141	

* Aspecto macroscópico.
Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°14
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

HISTOLOGIA		
	Nº	%
Adenocarcinoma	168	96
Carcinoma epidermoide	6	3.4
Cloacogénico	1	0.6
Grado Diferenciación: 101/175 : 57.7%		
Bien	70	69.3
Medianamente	13	12.9
Mal	18	17.8
Total: 101		

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°15
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

PATOLOGIA ASOCIADA		
	Nº	%
Poliposis familiar múltiple	3	1.7
Pólipo adenomatoso	14	8
Pólipo veloso con cáncer	7	4

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°16
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

ESTADIO (DUKES)		
	%	Invasión
A :	7 4	Mucosa
B :	58 34	Toda la pared
C :	64 37.4	Ganglios (+)
D :	42 24.6	Metást. a distancia
Clasif. 171	100%	
No clasif. (por electrofulguración):		4
TOTAL		175

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°17
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

SOBREVIDA 1970-1976		
Total pacientes: 81		
Sobrevida global a 5 años:	36/81 :	44.4%
Sobrevida por estadios:		
DUKE A :	4/ 4 :	100.0%
B :	21/26::	80.8%
C :	11/31 :	35.5%
D :	0/20 :	0.0%

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°18
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

SOBREVIDA 1977-1980			
Total pacientes: 73			
Sobrevida Global: 40/73 : 54.8%			
Sobrevida por estadios:		%	Prom.
DUKE A:	2/ 2 :	100	2 a. 9 m.
B:	24/28 :	85.7	2 a.
C:	13/26 :	50.0	1 a. 9 m.
D:	1/17 :	5.9	1 a.

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

Tabla N°19
CANCER DE COLON Y RECTO
Tratamiento Quirúrgico

Sobrevida: TUMORES ELECTROFULGURADOS	
TOTAL: 4 con SOBREVIDAS: 8 a., 4 a., 1 a., 4 m.	
EL PRIMERO FALLECIO SIN TUMOR LOS OTROS DE CANCER	

Serv. Cirugía General N°2, H. México.

BIBLIOGRAFIA

1. Akwari, O.; Keith, K.: Anterior resection for adenocarcinoma of the distal large bowel. *Am. J. Surg.* 139: 88; 1980.
2. American Cancer Society: Results in treating cancer. *Colon Cancer Report N° 2* American Cancer Society, Illinois Division, 1977.
3. Bacon, H.; Gutiérrez, R.: Cancer of the rectum and colon: review of 2402 personal cases. *Diseases of the colon and rectum* 10: 61; 1967.
4. Behrs, O.: Surgical alternatives in the contemporary management of anorectal cancer. *Contemporary Surgery* 19: 57, 1981.
5. Copeland, E., et al: Prognostic factors in carcinoma of the colon and rectum. *Am. J. Surg.* 116: 875, 1968.
6. Dukes Cuth Bert: The clasification of cancer of the rectum. *Classic articles in colon and rectal surgery.* *Dis. Col. Rect.* 23: 605, 1980.
7. Enker, W., et al: Enhanced survival of patients with colon and rectal cancer based upon wide anatomic resection. *Ann. Surg.* 190: 350, 1979.
8. Evans, J. et al: Management and survival of the colon: results of a National Survey by the American College of Surgeons. *Ann. Surg.* 188: 716, 1978.
9. Gilbertsen, V.: Improving the prognosis for patients with intestinal cancer. *Surg. Gyn. Obst.* June 1253, 1967.
10. Galante, M., et al: Cancer of the colon. *Ann. Surg.* 165: 732, 1967.
11. Goligher, J.C.: *Surgery of the anum rectum and colon.* Third Edition Baillere Tundall, London, pp. 481-570-591-598; 1975.
12. Hardcastla, J. et al: Screening for symptoless colorectal cancer by testing for occult blood in general practice. *Lancet*, abril 791; 1980.
13. Hawley, P.: Polyps and carcinoma of the large bowel. *Medicine* 16: 814, 1979.
14. Hansyeal, W.: Cancer of the large intestine. *Epidemiology Findings. Dis. Col. Rect.* 16: 371, 1973.
15. Mac Swain, F.: Carcinoma of the colon rectum and anum. *Ann. Surg.* 171: 811, 1970.
16. Malcolm, A., et al: Analysis of recurrence patterns following curative resection for carcinoma of the colon and rectum. *Surg. Gyn. Obst.* 152: 131, 1981.
17. Rosato, F.: Carcinoma of the colon in young people. *Surg. Gyn. Obst.* July 29, 1969.
18. Rodríguez, C., et al: Preoperative irradiation of carcinoma of the rectum. *Radiology* 108: 689, 1973.
19. Quan, S.A.: Surgeon look at radiotherapy in cancer of the colon and rectum. *Cancer* 31: 1, 1973.
20. Scudamore, H.: *Cancer of the colon and rectum.* General aspects diagnosis, treatment and prognosis. *Dis. Col. Rectum.* 12: 105, 1969.
21. Stearm, M.: *Benign and malignant neoplasm of the colon and rectum.* Diagnosis and management. *Surg. Cl. N.A.* 58: 605, 1978.
22. Vajrabukka, T.: A four year Survey of colorectal carcinoma in a Bangkok Hospital. *Dis. Col. Rect.* 21: 352, 1978.
23. Wallack, M. et al: The treatment of cancer of the large intestine. *Surg. Gyn. Obst.* 142: 97, 1976.
24. Weiss, R.; Devita, V.: The dilemma regarding postoperative chemotherapy in primary carcinoma of the colon. *Surg. Gyn. Obstet.* 149: 267, 1979.
25. Whittaker, M.; Goligher, J.: The prognosis after surgical treatment for carcinoma of the rectum. *Br. J. Surg.* 63: 384, 1976.