

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – LEÓN



TESIS
Para optar al título de
Especialista en Cirugía General

**Comportamiento clínico-patológico del cáncer de recto y su
abordaje terapéutico de pacientes ingresados en el HEODRA,
León, 2011-2013.**

Autor: Dr. Esmir Trinidad Ramírez López

Tutor: Dr. Paulino Medina
Cirujano-Oncólogo clínico

Asesor: Dr. Francisco Tercero, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública.

León, febrero de 2014

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimientos	
Resumen	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
MARCO TEÓRICO	6
MATERIALES Y MÉTODOS	21
RESULTADOS	26
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	38

- Ficha de recolección de datos

Dedicatoria

Dedico este estudio:

A Dios:

Por permitirme la vida, por todo el amor, la bondad y misericordia de regalarme la fortaleza y conocimientos así como la perseverancia para llegar hasta donde estoy ahora, por ser quien sostiene mi vida y me anima a seguir adelante.

A toda mi familia:

Por brindarme su amor y enseñarme a luchar por mis metas en la vida sin perder los valores inculcados en nuestra familia.

A mi prometida:

Mildred María Valverde Murillo por su apoyo moral y fraterno.

Agradecimiento:

A Dios por darme la vida y poder finalizar el presente estudio.

A mis tutores Dr Paulino Medina y Dr Francisco Tercero por su gran apoyo y colaboración para la realización del mismo.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el comportamiento clínico-patológico del cáncer de recto y su abordaje terapéutico de pacientes ingresados en el HEODRA, León, 2011-2013.

El estudio fue de serie de casos. La población fueron todos los pacientes ingresados con diagnóstico de cáncer rectal (primario o recurrente) en el servicio de Cirugía del HEODRA, León, durante 2011-2013. La fuente de información fue primaria y secundaria, a través de los expedientes clínicos. El software usado fue SPSS versión 18.0. Se garantizó la confidencialidad de la información y anonimato de pacientes y será sometido al Comité de Ética para su aprobación.

La mayoría tenía 65 años o más, eran urbanos, casados/acompañados, con baja escolaridad y amas de casa, pero se observó igual número de casos según sexo. Los principales hallazgos clínicos fueron pérdida de peso, anemia, heces con sangre, palidez, astenia y tenesmo rectal. A todos los pacientes se realizó la colonoscopia y biopsia y en 81% ultrasonografía y tomografía. El estadio de cáncer de recto que predominó fue el T1N0M0 (38%), seguido de T3N0M0 (6%), pero en el 56% no se pudo determinar porque a estos pacientes se les realizó manejo paliativo o fallecieron. Por otro lado, el 25% de los adenocarcinoma era pobremente diferenciado, 62% moderadamente diferenciado y 6% bien diferenciado. La frecuencia de metástasis fue de 19%. El 44% fueron manejados con cirugía paliativa y curativa, respectivamente. Dos casos recibieron quimioterapia y un caso radioterapia. Los principales tipos de cirugía fueron colostomía, resección abdomino-perineal y resección anterior baja. La frecuencia de complicaciones fue de 12%, con el 25% de fallecidos.

Palabras claves: cáncer rectal, serie de casos.

INTRODUCCION

La incidencia de cáncer colorrectal ha ido en franco aumento en los países occidentales en los últimos años, su incidencia está también aumentando rápidamente en Asia. El cáncer de colon afecta a hombres y mujeres casi por igual, mientras que el cáncer de recto es más común en los hombres, la razón mujeres: hombres es de 1:1.3. El cáncer colorrectal es infrecuente antes de 50 años de edad, con una edad media al diagnóstico de 70 años. A nivel mundial, la tasa de incidencia estandarizada por edad (ASR) es de 20.1 por 100,000 hombres y 14.6 por 100,000 mujeres. Hay notables diferencias en las tasas de incidencia de los países desarrollados frente a los países en desarrollo. En el mundo occidental, el ASR es 40.0 en los varones y 26.6 en las mujeres, sin embargo, en los países en desarrollo las tasas son 10.2 y 7.7, respectivamente.¹⁻⁴

Los principales factores de riesgo para el desarrollo del CRC son la edad avanzada y antecedentes familiares de la enfermedad. Cerca del 2% al 4% de los casos están relacionados con síndromes genéticos conocidos, incluyendo la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y el cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (HNPCC). Otro 25% tiene antecedentes familiares sin identificar predisposición genética. Otros factores de estilo de vida pertinentes incluyen la dieta, peso y actividad física. Aproximadamente un tercio de las personas afectadas tiene participación de los ganglios linfáticos locales (etapa III), otra tercera parte con ganglios linfáticos negativos (etapa I o II), y casi el 30% de las personas tienen metástasis (estadio IV) al momento del diagnóstico.¹

Cada 7 segundos, alguien cumple 50 años de edad; cada 3,5 minutos, alguien es diagnosticado con el CRC, cada 9 minutos, alguien muere por CCR, y cada 5 segundos, una persona que debe ser examinada por CCR no lo es. La mortalidad a 5 años para las personas diagnosticadas con CRC es de aproximadamente 40%, sin embargo, la supervivencia mejora sustancialmente si el cáncer se diagnostica cuando aún está localizado.³

ANTECEDENTES

Los pacientes diagnosticados con CRC en estadio IV presentan un dilema clínico común. Se ha recomendado que la paliación óptima se pueda lograr mediante la resección de la lesión primaria, con el fin de prevenir posibles complicaciones, tales como obstrucción, perforación o hemorragia, y posiblemente prolongar la supervivencia. Sin embargo la cirugía, incluso cuando no es urgente, conlleva riesgos importantes de mortalidad y muchos pacientes con enfermedad en estadio IV pueden morir por enfermedad sistémica progresiva antes del desarrollo de cualquier complicación específica del tumor primario.⁵

Darce (2007) realizó un estudio en el HEODRA, durante 2003-2006, a 42 pacientes con cáncer colorrectal. La mayoría de casos tenían entre 41-50 años y sexo femenino. El principal tipo histológico fue el adenocarcinoma y de este el bien diferenciado fue el más frecuente. El sitio anatómico de mayor incidencia fue el colon sigmoide y recto. El aspecto macroscópico más encontrado del cáncer colorrectal por endoscopia baja fue el polipoide y el ulcerado.⁶

Cifuentes (2005) estudio 444 pacientes sometidos a colonoscopia y encontró que los hallazgos histopatológicos de mayor relevancia fueron: inflamación crónica, adenocarcinoma rectal, adenomas vellosos y pólipos hiperplásicos.⁷

En Chile la patología oncológica es la segunda causa de muerte, y la que se origina en el aparato digestivo es responsable del 46.2% del total de fallecimientos por cáncer; dentro de este grupo el cáncer de colon y recto es la tercera causa de muerte después del cáncer gástrico y biliar. Entre 1990 y 2003 se observó una tendencia significativamente ascendente de la mortalidad por cáncer de colon y recto, intervalo en el cual la población de mayor riesgo aumentó desde 16% a 20%; debido a la transición epidemiológica chilena. En los últimos 10 años la mortalidad por cáncer de colon y recto se ha duplicado y hoy es un problema emergente de salud pública en el país.⁸

JUSTIFICACION

Existe suficiente evidencia sobre la carga de morbilidad que genera el cáncer rectal en todas las sociedades y por otro lado, su diagnóstico oportuno se dificulta por la localización de este cáncer y la escasez de medios diagnósticos.

Con los resultados obtenidos en este estudio se pretende tener una visión más amplia de patrón clínico y epidemiológico de los pacientes ingresados con cáncer rectal en el servicio de Cirugía del HEODRA, León, durante 2011-2013, los cuales podrían contribuir para alertar al clínico sobre la enfermedad y crear un alto índice de sospecha acerca de la misma, lo que contribuiría a un diagnóstico más temprano y por ende a resultados terapéuticos más efectivos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el comportamiento clínico-patológico del cáncer de recto y su abordaje terapéutico de los pacientes ingresados en el servicio de cirugía del HEODRA, LEON, 2011-2013?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el comportamiento clínico-patológico del cáncer de recto y su abordaje terapéutico de pacientes ingresados en el HEODRA, León, 2011-2013.

Objetivos específicos

1. Determinar las características demográficas de los pacientes de estudio.
2. Identificar las manifestaciones clínicas de los pacientes con cáncer de recto.
3. Determinar los medios diagnósticos y estadio clínico quirúrgico de los pacientes En estudio.
4. Determinar el abordaje terapéutico y complicaciones de los pacientes con cáncer Rectal.

MARCO TEORICO

Epidemiología del cáncer colorrectal (CRC)³

Cada 7 segundos, alguien cumple 50 años de edad; cada 3,5 minutos, alguien es diagnosticado con CRC, cada 9 minutos, alguien muere por CCR, y cada 5 segundos, una persona que debe ser examinada por CCR no lo es. La mortalidad a 5 años para las personas diagnosticadas con CRC es de aproximadamente 40%, sin embargo, la supervivencia mejora sustancialmente si el cáncer se diagnostica cuando aún está localizado. En una práctica típica en general con 500 pacientes mayores de 50 años, uno esperaría 100 a 250 de estos pacientes tengan adenomas colorrectales. De diez a treinta de estos pacientes se espera que tengan CRC, y debido a que sólo una tercera parte son susceptibles de ser examinados, dos tercios de estos pacientes pueden morir innecesariamente. Por desgracia, 20% de los pacientes con CCR que reciben detección pueden ser diagnosticados en etapas tardías, etapa menos tratable.³

La buena noticia es que la tasa de incidencia de CCR se redujo en 2,9% anualmente de 1998 a 2001. Independientemente, el CRC sigue siendo el tercer cáncer más común en los hombres y mujeres en los Estados Unidos. La disminución en la incidencia puede haberse debido, en parte, al aumento de la detección y extirpación de pólipos. El Instituto Nacional de Vigilancia de Cáncer, el Programa de Epidemiología y Resultados Finales (SEER) controla la incidencia de todos los casos de cáncer en los Estados Unidos. Tanto para hombres y mujeres, la incidencia de CRC comienza a subir a la edad de 40 años. La incidencia marcadamente aumenta a la edad de 50 años, 92% de los cánceres colorrectales se diagnostican en personas de 50 años o más. Las personas de 80 años siguen siendo claramente en riesgo de CCR, con un 12,5% de los casos diagnosticados después de los 85 años. Debido a que la edad es un factor de riesgo significativo y la población de América está envejeciendo, la población de personas en riesgo de CCR es mayor de lo que ha sido.³

El CRC es muy común en todo el mundo, con 850,000 personas desarrollando esta enfermedad al año y 500,000 mueren de la enfermedad. Su prevalencia y su naturaleza prevenibles hacen al CRC un enfoque primario en la comunidad oncológica. De hecho, las estimaciones indican que cánceres gastrointestinales representan alrededor del 20% de todos los cánceres. La amplia diversidad en los tipos de pacientes y etapas en las que la enfermedad se diagnostica crea problemas multidisciplinarios.³

Entre los pacientes que tienen CRC, la mayoría con el tiempo desarrollan metástasis en el hígado. En el 30% a 40% de los pacientes con CCR, las metástasis se limitan al hígado cuando se encuentran inicialmente. Un cuarto y un tercio de los pacientes que son capaces de someterse a una resección de metástasis hepáticas vivirán cinco años o más, la mediana de supervivencia después de la resección es de entre 24 y 40 meses. Esta alta tasa de metástasis hepáticas ha transformado el tratamiento y la evaluación en un esfuerzo para mejorar la tasa de curación. Datos más recientes indican que la tasa de supervivencia puede estar incrementando.

El CRC no discrimina por sexo u origen étnico en términos de incidencia o mortalidad. Los grupos socioeconómicos con ingresos más bajos tienden a presentarse con enfermedad más avanzada. Los hombres tienden a desarrollar CRC un poco más a menudo que mujeres. La enfermedad afecta a todos los grupos étnicos y los estudios epidemiológicos confirman que la exposición a los medio ambientes probablemente sea un factor. Por ejemplo, las personas que inmigraron a los Estados Unidos desde Japón, donde el CRC fue una vez una enfermedad de baja incidencia, eventualmente se desarrollaron a un ritmo del CRC similares a los estadounidenses nativos. Hoy en día, la incidencia de Japón de CCR está aumentando de manera espectacular, probablemente debido a la influencia occidental, sobre todo en la dieta, la ingesta de leche, carne, huevos, aceite y grasas, incrementada de forma notable en Japón desde 1950 a 1970, y sigue elevando.

A nivel mundial, algunas diferencias en la incidencia siguen siendo relacionadas, Con la localización y el estado socioeconómico bajo.³

Aproximadamente el 70% de los cánceres colorrectales son hereditarios o esporádicos, y alrededor del 20% son familiares. Dos síndromes hereditarios clave poliposis adenomatosa familiar (PAF) y sin poliposis hereditario cáncer de colon (HNPCC). El síndrome de FAP se desarrolla a partir mutaciones heredadas de la poliposis adenomatosa (APC) gen, y representa aproximadamente el 1% al 2% de los casos CRC. Los pacientes con FAP desarrollan cientos a miles de pólipos antes de los 30 años, e inevitablemente el desarrollo del CCR. Por lo general, el CRC se desarrolla a una edad temprana (promedio, 39 años) en pacientes con PAF, pero puede prevenirse mediante la extirpación quirúrgica del colon.³

Síndrome de Lynch o HNPCC, es causada por una mutación hereditaria en cualquiera de uno de los cinco genes de reparación (MMR) los genes, y las cuentas el 3% a 5% de los casos CRC. El término poliposis no significa que el cáncer no emana de los pólipos, que se utiliza para distinguir HNPCC de FAP. Los pólipos no se desarrollan más temprano en las personas con HNPCC, pero una vez que lo hacen, su tendencia a volverse malignos con mayor rapidez conduce a una vida de 70% a 80% riesgo de CCR.

En estos pacientes, el CRC se produce a una edad temprana (la media 44 años). Algunos pacientes con HNPCC también pueden optar por tener un colectomía total debido a su mayor riesgo del rápido desarrollo de cáncer de colon. Los expertos destacan la necesidad de antecedentes familiares detallados para identificar a individuos que están en riesgo de proporcionar examen adecuado, consejo genético y tratamiento. Se recomienda que las personas que tienen un pariente de primer grado que ha tenido CRC deben ser examinados anualmente a partir de las 40 años de edad, en lugar de los 50 años. Los familiares de los pacientes que desarrollan CRC muy temprano (es decir, antes de los 50 años) deben ser examinados 10 años antes de la edad en que los parientes desarrollaron la enfermedad.³

Por ejemplo, si el hermano de un paciente, u otro pariente de primer grado, desarrollados CRC a los 45 años, el paciente debe comenzar la investigación a la edad de 35 años.³

Manifestaciones clínicas del carcinoma de recto

Al principio, muchos carcinomas del recto no producen ningún síntoma, y son descubiertos solamente como parte de una proctosigmoidoscopia de rutina. El sangrado es el síntoma más común del cáncer rectal y, desafortunadamente, con mucha frecuencia el paciente lo atribuye a hemorroides. El sangrado abundante no es común y solamente en la etapa tardía se presenta anemia. Ocasionalmente puede haber una cantidad considerable de moco en las evacuaciones. Al evolucionar el proceso, el paciente notara un cambio en el calibre de la evacuación a causa de la obstrucción parcial. La obstrucción completa es rara con carcinoma del recto ya que la luz de este es grande y hay frecuente descamación de la lesión. Si esta se localiza en el bajo recto, puede haber una sensación de evacuación incompleta después de la defecación, o bien tenesmo. Se pueden presentar síntomas abdominales ligeros, como cólicos y plenitud ventral. El dolor agudo en el recto, o dorsal, se manifiesta solo cuando la fijación local es extensa y los troncos nerviosos mayores presentan presión o invasión. Si el carcinoma ha invadido la vejiga, tal vez se observen signos de cistitis o fístula.⁹

Problemas quirúrgicos en cáncer rectal¹⁰

El cáncer rectal es un problema de salud importante en los Estados Unidos, con un estimado de 40,570 nuevos casos diagnosticados en 2004. Hay cuatro objetivos principales en el tratamiento de un paciente con cáncer de recto: el control local, la supervivencia a largo plazo; la preservación del esfínter anal, la vejiga y la función sexual, y el mantenimiento o la mejora de la calidad de vida. Recientes avances se han hecho en la estadificación preoperatoria, tratamiento local y quirúrgico radical, la importancia de la resección circunferencial distal y los márgenes, la preservación postoperatoria del mecanismo del esfínter anal y función urinaria, y el papel de la laparoscopia en el tratamiento de estos pacientes.

El objetivo es señalar algunos de los importantes cuestiones que rodean el manejo quirúrgica de los pacientes con estadio temprano (T1/T2 N0) o localmente avanzado (T3/T4 o N1) del cáncer de recto.

La estadificación preoperatoria¹⁰

La información relativa a la profundidad de penetración del tumor a través de la pared rectal, la afectación ganglionar, y la presencia de la enfermedad metastásica a distancia es de vital importancia en la planificación de una resección curativa del cáncer de recto.

Examen físico y procedimientos diagnósticos:⁹

Examen físico

El examen físico general de paciente es importante para revelar el grado de la enfermedad local, descubrir las metástasis distales y evaluar el riesgo operatorio del paciente por lo que respecta a su estado de nutrición, sistema cardiovascular, pulmonar Y renal.

Sigmoidoscopia

La sigmoidoscopia es parte esencial del examen. Es de la mayor importancia anotar el tamaño, distancia del margen inferior del anillo anal y la apariencia general de la lesión. Siempre se efectúan biopsias múltiples para confirmar el diagnóstico y determinar, si es posible el grado de la lesión.

Colonoscopia

Se efectúa siempre que haya cualquier lesión sospechosa en un enema de bario de buena calidad. Algunos cirujanos recomiendan la colonoscopia rutinaria en todo paciente con carcinoma rectal.

Urograma excretos / citoscopia

Está indicada cuando la vejiga presenta síntomas indicativos de invasión por el carcinoma rectal.

La estadificación preoperatoria se utiliza para determinar la indicación de la terapia neoadyuvante, así como decidir entre la resección local y la resección radical del cáncer. Las modalidades de imagen más comunes utilizados actualmente en la estadificación preoperatoria del cáncer de recto son la ultrasonografía colorrectal(ERUS), la tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) y tomografía por emisión de positrones (PET).

La ultrasonografía endorrectal¹⁰

Ecografía endorrectal se utiliza para determinar el tumor y etapas de los ganglios linfáticos del cáncer de recto. De acuerdo a los datos actualmente disponibles, ERUS tienen entre 72% -95% de precisión para la estadificación del tumor y el 61% -83% de precisión para la estadificación de ganglios linfáticos. La ecografía endorrectal está limitada por su empinada curva de aprendizaje, la variabilidad interobservador limitaciones para la estadificación de tumores cercanos a la obstrucción. Sin embargo, ERUS es actualmente considera el método más preciso para la estadificación del cáncer del recto.

Tomografía Computarizada¹⁰

La gran mayoría de los pacientes con cáncer de recto sometidos a TC abdomino pélvica antes de la resección radical en un esfuerzo por identificar metástasis a distancia. Sin embargo, el papel de la TC en el estadificación preoperatoria loco-regional del cáncer de recto parece limitada. De hecho, la exactitud de la TC para la etapa del tumor (53% - 75%) y el estadio ganglionar (57% -72%) es sustancialmente inferior a la de ERUS.

Imágenes por Resonancia Magnética¹⁰

Resonancia magnética tradicional de bobina de cuerpo es menos exacta que el ERUS y rara vez se utiliza para la estadificación loco-regional del cáncer de recto. Sin embargo, nuevas técnicas de resonancia magnética de la bobina endorrectal y la resonancia magnética phasedarray han reportado entre 71% -91% de precisión en la determinación del estadio tumoral y permite determinar con fiabilidad el grado de afectación tumoral del meso recto en un máximo de 100% de casos.

Aunque prometedor en la estadificación preoperatoria del cáncer de recto, la RM es limitada por su campo relativamente pequeño del punto de vista (si se utiliza la bobina endorrectal), gastos, y la intolerancia por el paciente. La resonancia magnética puede desempeñar un importante papel en el futuro mediante la determinación de si antes de la operación la fascia del meso recto ha sido violado por el tumor, y por lo tanto optimizar la selección de pacientes para la terapia neoadyuvante. Se está a la espera los resultados de un estudio prospectivo multicéntrico en curso, antes del papel definitivo de la resonancia magnética en la imagen preoperatoria de los pacientes con cáncer de recto se puede establecer.

Tomografía por emisión de positrones (PET)¹⁰

La tomografía por emisión de positrones se ha utilizado en la evaluación postoperatoria de la recurrencia potencial de un cáncer de recto resecado curativamente, a menudo iniciadas por un aumento en el nivel de antígeno carcinoembrionario. Sin embargo, los datos preliminares de un estudio prospectivo realizado sugieren que el PET puede tener un papel en la determinación de cáncer rectal localmente avanzado en respuesta al quimio radiación neoadyuvante. Por ejemplo, el PET potencialmente puede guiar los cambios en el tipo de neoadyuvante quimio radioterapia para aumentar la respuesta del tumor y guía del grado de tratamiento quirúrgico posterior. Un gran estudio prospectivo en curso tiene como objetivo confirmar estos resultados alentadores.

Selección de resección curativa¹⁰

Para los pacientes sin enfermedad metastásica distante y un tumor sin características de alto riesgo que se limita a la submucosa (T1N0M0), la resección local es probable que sea curativa. Sin embargo, recientes series retrospectivas con seguimiento a largo plazo, sugieren que incluso este subgrupo de cánceres de recto en estadio I está en riesgo de recurrencia. Por lo tanto, un porcentaje cada vez mayor de estos pacientes son sometidos a resección radical del recto. La decisión de perseguir la resección radical en comparación con la resección local de una fase temprana cáncer de recto es más difícil cuando la resección radical requerirá de una colostomía permanente.

Una vez que el tumor invade la muscularis propia (T2), se recomienda la resección radical de recto en candidatos operables aceptables. En los pacientes con enfermedad transmural y / o con ganglios positivos (T3/T4 y / o N1), sin metástasis a distancia, preoperatoria quimio radioterapia seguida de resección radical de acuerdo a los principios de la escisión total del meso recto (TME) se está siendo ampliamente aceptada. En los pacientes con metástasis, variables complejas y relacionadas entre sí, tales como comorbilidades, las expectativas del paciente, y la resecabilidad de la metástasis debe considerarse en la planificación de la terapia quirúrgica. Para los pacientes con enfermedad metastásica no resecable, la cirugía se utiliza a menudo para la paliación.

El uso de terapia de quimio-radiación¹⁰

En 1990, el Instituto Nacional de la Conferencia de Consenso de la Salud en cáncer de recto, basado en gran medida en los resultados de dos grandes ensayos multicéntricos, recomendó la quimio radioterapia posoperatoria para los pacientes con resección curativa del cáncer de recto transmural y/o ganglios positivos. Estudios recientes sugieren que la quimio radioterapia preoperatoria puede ser más eficaz en la disminución de recidiva local y mejora la supervivencia para los pacientes con cáncer rectal resecable. Aunque el uso de quimio-radioterapia en el tratamiento de cáncer de recto está más allá del alcance de esta revisión, es importante reconocer que la quimio radioterapia preoperatoria se está convirtiendo como la modalidad de tratamiento óptimo para cáncer de recto localmente avanzado. Aunque la calidad de vida para los pacientes tratados con la terapia de modalidad combinada (CMT) preoperatoria de forma transitoria puede disminuir, este hallazgo se ve compensado en gran parte por el potencial de mejora en los pacientes oncológicos seleccionados adecuadamente. Cuando la quimio radioterapia preoperatoria se da, se espera 6-8 semanas después de la finalización del tratamiento antes de realizar la cirugía para permitir una respuesta tumoral máxima, así como; permitir al paciente recuperarse de la fatiga y la toxicidad a veces asociadas a la quimio radioterapia.

Aunque el beneficio de un intervalo prolongado desde la finalización de la quimio radioterapia para la cirugía no es claro, cuando sea clínicamente necesario, no parece

para aumentar la pérdida de sangre durante la cirugía, tiempo quirúrgico, e índice de márgenes positivos.

Tratamiento quirúrgico¹¹

El tratamiento quirúrgico es el tratamiento primario de cáncer colorrectal potencialmente curable. En la mayoría de los casos, esto implica la resección del tumor primario y de los ganglios linfáticos regionales. Sin embargo, el tratamiento curativo de los pacientes con cáncer colorectal puede variar de polipectomía endoscópica en busca de pólipos potencialmente malignos con invasión al pedículo, o escisión local en pacientes cuidadosamente seleccionados con carcinomas rectal es limitada a manejo multimodal para tipos de cáncer rectal localmente avanzado o cánceres invasores de órganos adyacentes. El objetivo en todos los casos es maximizar tanto los resultados funcionales como oncológicos.

Debido a las mejoras en técnicas quirúrgicas, así como una mejor detección y a los nuevos avances en la terapia adyuvante, la proporción de personas con enfermedad potencialmente curable ha aumentado en las últimas décadas. Esta evolución ha incluido el desarrollo de la escisión total del meso recto, la introducción de la cirugía laparoscópica, técnica del ganglio linfático centinela, resecciones curativas de metástasis de hígado y de pulmón y la mejora de las terapias adyuvantes tales como la quimioterapia y la radioterapia.¹¹

La resección en bloque y la técnica de no tocar fueron descritas por primera vez en 1967 por Trumbell et al y al parecer permanecen válida e importante. La mejor estrategia de prevención de la distribución potencial de las células tumorales se mantiene por el cirujano estrictamente, con los principios de la resección en bloque. Como la probabilidad de afectación ganglionar aumenta con la profundidad de la invasión del tumor (5,6% para los pT1, 10% para los pT2, 36,7% para los pT3, y 77,7% para pT4 carcinoma de colon), los adenocarcinomas invasivos requieren ligadura y la resección del pedículo linfovascular directamente drenan al segmento intestinal que contiene el tumor.

Cuando la lesión es equidistante entre dos pedículos, entonces ambos deben ser abarcados en la resección. Otra opción quirúrgica es la técnica de aislamiento sin contacto con la ligadura principal de los vasos correspondiente, y la disección de los ganglios linfáticos.

El concepto de esta técnica es evitar la manipulación del tumor durante la cirugía a fin de que el desprendimiento de células tumorales en la circulación linfática o vascular se mantenga al mínimo. La presencia de células libres de cáncer dentro de la circulación vascular, linfática o en la cavidad peritoneal puede ser detectado por ARNm que codifica utilizando qPCR y está asociado con un peor pronóstico en pacientes sometidos a cirugía del cáncer colorrectal. Sin embargo, no parece ser un beneficio limitado en el grupo de aislamiento sin contacto; la morbilidad y mortalidad a los 5 años de seguimiento de los pacientes son iguales. Más recientemente, un estudio de Hayashi et al han sugerido que la técnica de aislamiento sin contacto puede ser útil para evitar que las células cancerosas ingresen en la vena porta durante la manipulación quirúrgica. Hoy en día, la resección en bloque sin la ligadura primaria de los vasos correspondientes sigue siendo la técnica más común.¹¹

Otros avances en las técnicas quirúrgicas han dado como resultado en menos recurrencia del tumor y dan a los pacientes con la enfermedad avanzada colorectal la oportunidad de someterse a cirugía curativa. En 1982 Heald desarrolló una importante técnica quirúrgica para el tratamiento de cáncer de recto. El concepto de la escisión total del mesorrecto(TME) se introdujo en relación con la resección anterior baja (LAR) como un medio de adquisición de toda la grasa perirrectal, facilitando la preservación del esfínter. Recientes estudios han reportado tasas de recurrencia local de alrededor de 10% en diferentes series de TME. En el estudio de Moore et al., la tasa de recurrencia local de menos de 5% se han reportado con un margen distal de 1 cm, a condición de que el meso recto puede ser extirpado como un completo paquete linfovascular. Hoy TME ha sido enseñado con éxito como un procedimiento estandarizado y traducido a otros entornos quirúrgica colo rectal con resultados reproducibles específicos de cáncer.

Los avances en equipos y la técnica laparoscópica han revolucionado el abordaje quirúrgico para muchas enfermedades. La cirugía laparoscópica para el cáncer colorrectal es actualmente considerada una alternativa aceptable para la resección del cáncer colorrectal. No son pequeños, sino mensurables los beneficios a corto plazo, tales como disminución postoperatoria del uso de estupefacientes, retorno temprano de la función intestinal, más corta duración de la estancia y mejores resultados estéticos. Hoy no hay duda de que la cirugía laparoscópica puede realizarse con seguridad y eficacia con cirujanos experiencia. Hay pruebas suficientes de que las tasas de supervivencia no se vean comprometidas por la vía laparoscópica.¹¹

A pesar de que la primera resección laparoscópica de colon fue reportada en 1991, la adopción de resección mínima invasiva de colon se ha visto obstaculizado por varios factores. En primer lugar, la cirugía laparoscópica de colon es técnicamente exigente. En segundo lugar, y lo más importante, ha habido una preocupación sobre si la cirugía invasiva mínima de tumores de colon podría lograr una adecuada resección oncológica.

Los estudios más recientes, demuestran claramente que los principios oncológicos no se ven comprometidos por las técnicas laparoscópicas, el rendimiento de los ganglios linfáticos, y márgenes quirúrgicos (proximal, distal y medial), y la longitud del intestino resecado sea comparable a los de la cirugía abierta del cáncer.¹¹

Otro problema que se ha discutido polémicamente es la cuestión de que si la cirugía laparoscópica está asociada con un aumento de la distribución hematógena y por vía intraperitoneal de las células del tumor. Algunos estudios han demostrado que hay una mayor incidencia de tumor intraperitoneal por difusión de células durante la resección laparoscópica del cáncer colorrectal en comparación con la cirugía abierta. Por otra parte, otros estudios han contradicho esta observación. Por último, otra preocupación ha sido la incidencia de metástasis después de la resección laparoscópica. Aunque el sitio metástasis no se han limitado a cirugía laparoscópica para el cáncer colorrectal, el mayor impacto de este fenómeno ha sido en este campo.

Una revisión de la literatura revela que; la mayoría de los informes con una alta tasa de incidencia fueron pequeñas series publicadas a principios de los años 1990. En los últimos diez años, tres grandes estudios de cirugía laparoscópica para el cáncer colorrectal demuestran claramente una baja incidencia de recurrencia y no un incremento estadísticamente significativo en comparación con la recurrencia después de la laparotomía. Sin embargo, debe advertirse que estos ensayos no tuvieron el poder suficiente para hacer frente plenamente la cuestión. Por otra parte, en el ensayo de COSTO, las tasas de recurrencia, la herida ha demostrado una incidencia de área del puerto de recurrencia que, aunque baja y estadísticamente no significativamente diferente de la cirugía abierta, sin embargo, fue más del doble de la tasa de implantación de la herida visto después de la cirugía abierta (0,5% de incidencia en el grupo laparoscópico frente al 0,2% en el grupo de cirugía abierta). Aunque la cuestión por lo tanto todavía no se ha totalmente dirigida, parece que la incidencia es muy baja y dentro del rango clínico aceptable. ¹¹

Muchos tipos de cáncer, incluyendo cáncer colorrectal, se extendieron primero en los ganglios linfáticos antes de llegar a otras partes del cuerpo. El estado de los ganglios linfáticos sigue siendo uno de los factores pronósticos más importantes en el manejo de cáncer colorrectal. En los pacientes sin afectación ganglionar, los tumores recurrentes aún se desarrollan en torno al 15% a 20% de casos dentro de los 5 años del diagnóstico. Las razones de esto no están claras, pero puede depender de la calidad de la cirugía y análisis patológico convencional. Pacientes con ganglios linfáticos negativos por lo general no son tratados con quimioterapia adyuvante fuera de un ensayo clínico debido a la falta de la evidencia definitiva de beneficio en la supervivencia. Los pacientes con enfermedad ganglionar, por el contrario, deben ser tratados con la quimioterapia adyuvante debido a la reducción potencial de la mortalidad hasta un 33%. Por lo tanto, es fundamental evitar infra estadaje patológico de la pieza. La evaluación patológica estándar puede pasar por alto bajo volumen de las metástasis ganglionares, fallando por lo tanto para identificar los ganglios imprescindibles para una clasificación correcta.

Las inconsistencias en el número de ganglios detectados en el momento del procesamiento patológico ha impactado significativamente en la precisión de la estadificación del cáncer de colon. Este error de muestreo ganglionar sirve de base para las directrices estableciendo un mínimo de 12 ganglios para la estadificación adecuada utilizando las técnicas convencionales. Hasta el 78% de metástasis se identifican en ganglios pequeños (subcentimeter) que pueden pasarse por alto durante disección patológica bruta estándar de especímenes resecados.¹¹

En los pacientes con metástasis colorrectal, los avances en técnicas quirúrgicas han hecho posible que la meta de la cirugía ya no es paliativo, sino de intención curativa. Por lo tanto, una complicación como la recurrencia de la herida puede tener graves consecuencias clínicas para los pacientes que son intervenidos con intención curativa. Por lo tanto, es cada vez más importante que los cirujanos minimicen el derrame del tumor en la cavidad peritoneal o en el sistema linfático/ sistemas vasculares durante los procedimientos quirúrgicos para el cáncer colorrectal. En caso contrario, los tumores pueden reaparecer y comprometer una resección potencialmente curativa.¹¹

El hígado es el sitio más común para la metástasis del cáncer colorrectal, ya que primero el drenaje venoso del intestino llega al hígado a través del sistema portal antes de que fluya de nuevo hacia la circulación sistémica. Aproximadamente un tercio de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal desarrollarán metástasis sincrónicas o meta crónicas para el hígado. La incidencia de metástasis sincrónicas ha oscilado entre 23,0% a 46,8% a los 5 años tasa, de supervivencia después de la resección hepática se ha reportado de 14% a 40% en los estudios con más de 100 o más pacientes. Varios estudios han sugerido que la cuidada selección de pacientes para la resección de metástasis hepática del cáncer colorrectal puede resultar favorable en la supervivencia. En un reciente estudio de Rees et al. Se encuentran los factores de riesgo (Basingstoke Predicción del índice) que resultaron ser independientes predictores de mal pronóstico en un análisis multivariado.

Los 7 factores de riesgo fueron el número de metástasis hepáticas > 3, el ganglio primario positivo, pobremente diferenciado, enfermedad extra hepática, diámetro del tumor ≥ 5 cm, nivel de antígeno carcinoembrionario > 60 ng / mL, y margen de resección positivos.

Los primeros seis de estos criterios fueron utilizados en un sistema de puntuación preoperatoria y los últimos 6 en el entorno post-operatorio. Los pacientes con peores criterios postoperatorio pronósticos tienen una mediana de la supervivencia específica del cáncer de 0.7 años y supervivencia específica de cáncer a 5 años de 2%. Por el contrario, los pacientes con mejor criterio pronóstico postoperatorio había una espera de la mediana de supervivencia específica del cáncer de 7.4 años y una supervivencia específica a 5 años del 64%. Por lo tanto, es muy importante evaluar antes de la operación si la resección es alcanzable, preferiblemente con un margen de 1 cm. Es a menudo difícil de medir una distancia de 1 cm del tumor al borde de la muestra, debido a artefacto de la disección o cauterización. Otras veces un margen quirúrgico de 1 cm no puede ser obtenido por la relación del tumor con las venas hepáticas, venas porta o la vena cava. Cuando la resección del tumor es realizada, significa que la resección RO es lograda, la supervivencia no es diferente de aquel en el grupo no resecado.¹¹

Mientras que la resección quirúrgica sigue siendo el estándar de oro de tratamiento, sólo unos pocos pacientes son candidatos adecuados para resección curativa quirúrgica debido a la presencia de tumor maligno en el hígado en lugares no resecable, el número y la distribución anatómica de las lesiones tumorales, o la presencia de enfermedad extrahepática o mal funcionamiento del hígado. Un tratamiento alternativo para controlar y potencialmente curar la enfermedad del hígado ha sido desarrollado para su uso en pacientes con los tumores malignos del hígado. La ablación por radiofrecuencia (RFA), también conocido como "la ablación térmica por radiofrecuencia", es una técnica termo ablativa desarrollada recientemente. Induce los cambios de temperatura utilizando corriente alterna de alta frecuencia aplicada a través de electrodos colocados en el tejido para generar áreas de necrosis coagulativa y desecación de tejidos.

En general la recurrencia del cáncer colorrectal era más común después de la RFA (84% vs 64% RFA y resección versus 52% resección solamente, $P = 0,001$). Por lo tanto, RFA se ha reservado como una herramienta complementaria a la resección, cuando la resección completa no es posible, ya sea solo o en combinación con la resección. El estudio realizado por Abdalla et al. Muestra que RFA solo o en combinación con resección en pacientes irreseccables no proporciona supervivencia comparable a la resección, y proporciona la supervivencia sólo ligeramente superior al tratamiento no quirúrgico.¹¹

Después de metástasis colorrectal en el hígado, los pulmones son el segundo sitio más común de metástasis. El número de posibles casos de metástasis de pulmón resecable después de la cirugía primaria para el cáncer colorrectal ha aumentado considerablemente en los últimos 20 años. El patrón típico de metástasis pulmonares son nódulos únicos o múltiples en lugar que los tumores miliares o linfangitis carcinomatosa. Ninguno de los regímenes de quimioterapia eficaces se ha encontrado para la enfermedad metastásica. Por lo tanto, un procedimiento quirúrgico para eliminar la metástasis pulmonar es generalmente aceptado como el único tratamiento potencialmente curativo.¹¹

En favor de la cirugía es la tendencia reciente hacia la detección temprana de metástasis pulmonar como pequeñas densidades periféricas con uso cada vez más común de detección con espiral o de alta resolución de tomografía computarizada. La tasa de supervivencia a 5 años para la cirugía de pulmón (metastectomía) fueron un 24% a 63%, y la mayoría fueron alrededor de 40%. Los criterios para la resección de las metástasis pulmonares del carcinoma colorrectal incluyen unilateral o lesiones pulmonares bilaterales extraíbles por radiografía de tórax preoperatoria, sin recidiva local de las lesiones primarias, y sin lesiones extra pulmonares, con la excepción de asociaciones de metástasis hepática simultáneamente resecables. Elevado nivel de CEA y el número de metástasis son los factores pronósticos más importantes para la supervivencia general después de la resección de metástasis pulmonares de cáncer colorrectal.¹¹

MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de estudio: serie de casos.

Área y población de estudio:

El estudio se realizó con todos los pacientes ingresados con diagnóstico de cáncer rectal (primario o recurrente) en el servicio de Cirugía del HEODRA, León, durante 2011-2013. Debido a que el número de casos fue reducido se estudió a todos los casos, por lo tanto, no hubo muestreo.

Recolección de la información

La fuente de información fue primaria y secundaria, a través de la entrevista directa y revisión de los archivos de Patología y los expedientes clínicos. Se solicitó autorización a la dirección del HEODRA para la revisión de las estadísticas hospitalarias y se solicitó consentimiento informado verbal a los pacientes que se entrevisten.

Análisis

El software usado fue SPSS versión 18.0. Las variables numéricas fueron analizadas con medidas de centro y dispersión. En cambio las cualitativas se analizaron con porcentajes y razones.

Aspectos Éticos

El estudio contó con la aprobación de la dirección del hospital y consentimiento informado de los pacientes. Se garantizó la confidencialidad de la información y anonimato de pacientes y será sometido al Comité de Ética para su aprobación.

Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	CONCEPTO	Categoría
Sexo	Características fenotípicas que diferencian al macho de la hembra.	Femenino masculino
Edad	Edad en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta.	< 45 45-64 ≥ 65
Procedencia	Lugar donde habita el paciente al momento de la investigación	Urbana Rural
Escolaridad	Se basará en el nivel escolar y se considerará escolaridad baja a una escolaridad primaria o inferior; y alta de secundaria o universitario.	Baja Alta
Estado civil		Soltero Casado/Acompañado Otro
Ocupación	Tipo de ocupación del entrevistado.	Ama de casa Profesional Técnica Comerciante Obrero Otro
Enfermedades asociadas	Enfermedades concomitantes que puedan afectar el pronóstico de tratamiento de estos pacientes.	Si No

VARIABLE	CONCEPTO	Categoría
Manifestaciones clínicas	Son todos aquellos síntomas y signos que presento el paciente.	Anorexia Pérdida de peso Astenia Tenesmo rectal Dolor rectal Rectorragia Palidez/anemia Diarrea crónica Cambio de evacuaciones Otros
Procedimientos diagnósticos	Son todos los medios diagnósticos empleados para obtener el diagnóstico definitivo.	Colonoscopia Ultrasonografía TAC Biopsia Otros
Recurrencia	Estado del cáncer rectal, en base a si es primario o recurrente	Primario Recurrente
Diferenciación:	Grado de diferenciación histopatológica.	Bien diferenciado Moderado Pobre Desconocido
Estadío del cáncer	Clasificación del cáncer colorrectal (TNM)	0-IV
Metástasis	Se especificará la extensión del cáncer de colon a otros órganos o tejidos.	Si No
Localización de las metástasis		Se especificará

VARIABLE	CONCEPTO	Categoría
Tipo de procedimiento	Se clasificará el tipo de procedimiento base a si es curativo o paliativo, así como grado de urgencia.	Electivo+intento curativo Electivo+intento paliativo Emergencia+intento curativo Emergencia+intento paliativo
Tipo de tratamiento	Manejos recibidos por el paciente durante su tratamiento en el HEODRA, hasta su desenlace.	Cirugía Quimioterapia Radioterapia
Tipo de cirugía	Opciones terapéuticas quirúrgicas para el cáncer rectal.	Extirpación local Fulguración Resección abdominoperineal Resección anterior baja Resección abdominoperineal con conservación del esfínter y anastomosis coloanal. Colostomía de Devine.
Complicaciones	Complicaciones relacionadas a la cirugía.	Sepsis de herida quirúrgica. Atelectasia pulmonar Evisceración Eventración Necrosis del estoma Deshicencia del estoma Estenosis del estoma Obstrucción del asa intestinal Impotencia sexual

		Otras.
Localización del tumor	Distancia en cm. Con respecto al reborde anal.	Se especificara

RESULTADOS

Durante el periodo del 2011 al 2013, se registraron 16 casos de cáncer de recto en pacientes ingresados al HEODRA. El 38% de pacientes tenía 65 años o más, y 31% en los grupos de 45-64 años y en menores de 45 años, respectivamente. Se observó igual número de casos según sexo. El 75% eran urbanos y casados/accompañados. El 62% tenía baja escolaridad y la mayoría eran amas de casa (38%) (Cuadro 1).

Cuadro 1 Características demográficas de pacientes con cáncer de recto ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Variables	Total(n=16)	
	No.	%
Edad (Años):		
< 45	5	31
45-64	5	31
≥ 65	6	38
Sexo:		
Masculino	8	50
Femenino	8	50
Procedencia:		
Urbana	12	75
Rural	4	25
Escolaridad:		
Baja	10	62
Alta	6	38
Estado civil:		
Casado/accompañado	12	75
Soltero	3	19
Viuda	1	6
Ocupación:		
Ama de casa	6	38
Agricultor	2	12
Otra	5	31
Ninguna	3	19

Con respecto a las manifestaciones clínicas, predominaron la pérdida de peso (100%), la anemia (94%), rectorragia (94%), palidez (87%), la astenia (81%) y el tenesmo rectal (75%). Otras manifestaciones menos frecuentes fueron estreñimiento y la obstrucción intestinal (Cuadro 2).

Cuadro 2 Manifestaciones clínicas de pacientes con cáncer de recto ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Manifestaciones clínicas	Total(n=16)	
	No.	%
Pérdida de peso	16	100
Rectorragia	15	94
Anemia	15	94
Palidez	14	87
Astenia	13	81
Tenesmo rectal	12	75
Estreñimiento	5	31
Obstrucción intestinal	1	6

En todos los pacientes se realizó la colonoscopia biopsia, seguido por ultrasonografía y tomografía abdominal completa en el 81% respectivamente (Cuadro 3).

Cuadro 3 Métodos diagnósticos usados en pacientes con cáncer de recto ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Métodos diagnósticos	Total(n=16)	
	No.	%
Colonoscopia	16	100
Biopsia	16	100
Ultrasonografía	13	81
Tomografía	13	81

Solamente en dos pacientes tuvieron enfermedades asociadas, los dos pacientes tenia hipertensión arterial y uno de ellos padecía otras enfermedades como obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo 2 y arritmias cardiacas (Cuadro 4).

Cuadro 4 Enfermedades asociadas enpacientes con cáncer de recto ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Enfermedades asociadas	Total(n=16)	
	No.	%
Hipertensión arterial	2	12
Diabetes mellitus 2	1	6
Arritmias cardiacas	1	6
Obesidad mórbida	1	6
Ninguna	14	87

El estadio de cáncer de recto que predomino fue el T1N0M0 (38%), seguido de T3N0M0 con un caso, pero en el 56% no se había registrado este dato debido a que a estos pacientes se les realizó manejo paliativo o fallecieron (Cuadro 5).

Cuadro 5 Estadío del cáncer de recto en pacientes ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Estadío (AJCC)	Total(n=16)	
	No.	%
T1N0M0	6	38
T3N0M0	1	6
Sin dato	9	56

Al clasificar los tipos de adenocarcinoma de recto según el grado de diferenciación histológica se encontró que el 25% era pobremente diferenciado, 62% moderadamente diferenciado y 6% bien diferenciado. En un caso (6%) el diagnóstico fue de carcinoma de células escamosas (Cuadro 6).

Cuadro 6 Diferenciación del cáncer de recto en pacientes ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Diferenciación	Total(n=16)	
	No.	%
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	4	25
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	10	62
Adenocarcinoma bien diferenciado	1	6
Carcinoma de células escamosas	1	6

Los tumores se localizaron en un promedio de 5.6 cm y una mediana de 4 cm. del reborde anal.

La frecuencia de metástasis fue de 19%, afectando principalmente a hígado, útero, ovario y arteria iliaca interna (Cuadro 7).

Cuadro 7 Metástasis del cáncer de recto en pacientes ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Metástasis	Total(n=16)	
	No.	%
Presencia de metástasis:		
Si	3	19
No	13	81
Localización:*		
Hígado	2	12
Útero	1	6
Ovario	1	6
Arteria ilíaca interna	1	6

* Puede haber más de una localización por paciente.

El 44% de los pacientes fueron manejados con cirugía paliativa y curativa, respectivamente. Solamente, dos casos recibieron quimioterapia y un caso radioterapia. Los principales tipos de cirugía fueron colostomía de devine (44%), resección abomino-perineal (38%) y resección anterior baja (6%) (Cuadro 8).

Cuadro 8 Manejo del cáncer de recto en pacientes ingresados al HEODRA, 2011-2013.

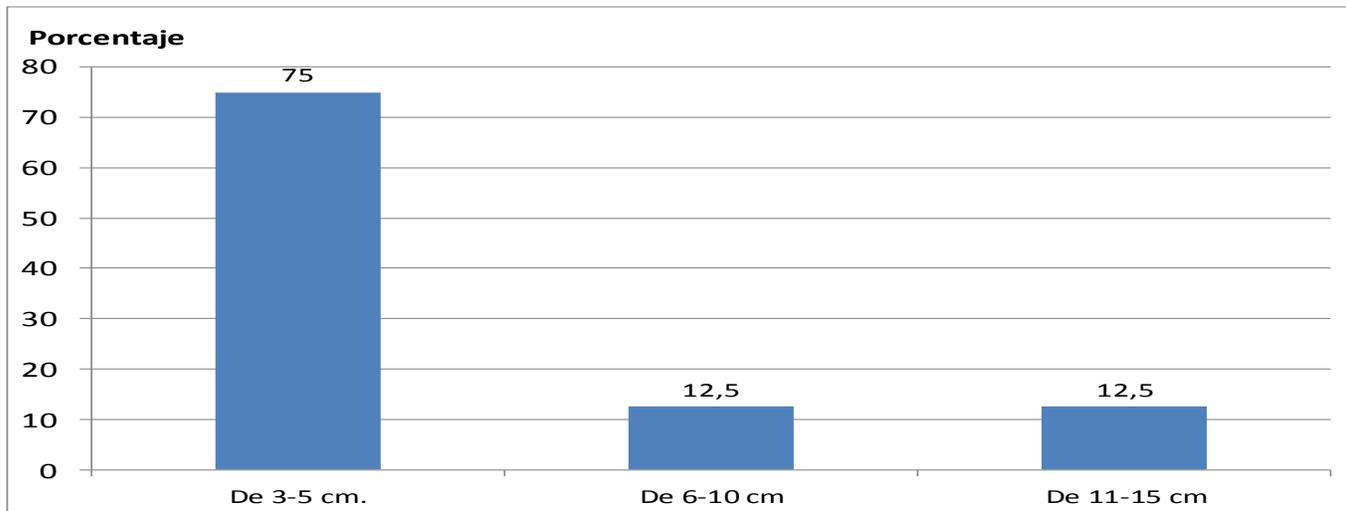
Manejo	Total(n=16)	
	No.	%
Tipo de tratamiento:		
Cirugía curativa	7	44
Cirugía paliativa	7	44
Quimioterapia	2	12
Radioterapia	1	6
Tipo de cirugía:		
Colostomía de Devine	7	44
Resección abomino-perineal	6	38
Resección anterior baja	1	6
No aplica (Manejados con quimio y radioterapia)	2	12

La frecuencia de complicaciones fue de 12%, predominando la dehiscencia y sepsis de la herida quirúrgica y la obstrucción intestinal. El 25% de los pacientes ingresados fallecieron y un caso abandono el hospital (Cuadro 9).

Cuadro 9 Evolución de los pacientes con cáncer de recto ingresados al HEODRA, 2011-2013.

Evolución	Total(n=16)	
	No.	%
Complicaciones		
Dehiscencia y sepsis de la herida quirúrgica	1	6
Obstrucción intestinal	1	6
Ninguna	14	88
Egreso:		
Alta	11	69
Fallecido	4	25
Abandono	1	6

Fig. 10. Localización del tumor en relación al reborde anal, HEODRA, 2011-2013.



DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa una mayor proporción de casos al incrementar la edad, alcanzando un pico en la edad de 65 años o más. Este hallazgo es consistente con la historia natural de esta enfermedad y por lo reportado por la literatura internacional. Por otro lado, la frecuencia en hombres y mujeres fue igual, la literatura refiere que existe la frecuencia en el sexo masculino es ligeramente superior al femenino. Otras características demográficas de estas pacientes fueron ocupaciones no remuneradas, baja escolaridad y procedencia urbana. Estas características se relacionan con grupos socioeconómicos con ingresos más bajos, los cuales tienden a realizarse menos controles de salud y a presentar con enfermedad en estadíos más avanzados según la literatura consultada.³

Con respecto a las manifestaciones clínicas reportadas por la literatura consultada⁹ en la fase inicial el síntoma más común del cáncer de recto es el sangrado y en etapas tardías es la anemia, otros hallazgos importantes son el tenesmo, aunque la presencia de obstrucción intestinal es rara en estos pacientes. Estos datos son similares a los encontrados en este estudio, pero la principal manifestación encontrada fue la pérdida de peso, similar por lo reportado por Darce en el HEODRA durante el 2003-2006.⁶

Los principales métodos diagnósticos empleados en estos pacientes fueron la colonoscopia y la biopsia, son recomendados en la colonoscopia rutinaria y son considerados como el estándar de oro de investigación para confirmar el diagnóstico de cáncer rectal y para excluir lesiones sincrónicas.²¹ Los pacientes son clasificados para evaluar la extensión de la enfermedad local y para identificar la diseminación a distancia. Otros métodos diagnósticos empleados en menor frecuencia fueron el ultrasonido y la tomografía son también utilizados para evaluar con precisión el grado de propagación del cáncer de recto.

En este estudio el 94% de las neoplasias de recto fueron adenocarcinoma y 5% carcinoma de células escamosas, lo que coincide con la literatura que refiere que este tipo de tumor representa el 95% de los tumores que asientan en esta localización

anat6mica y otros tipos histol6gicos menos frecuentes, menor al 5%, se relaciona a carcinoma de c6lulas peque1as, c6lulas escamosas y carcinoma adenoescamoso.²²

Un cuarto de adenocarcinomas eran pobremente o escasamente diferenciados, los cuales son de peor pron6stico. Dos tercios fueron moderadamente diferenciados y solamente un caso fue bien diferenciado. Estos hallazgos son similares a los reportados por Darce.⁶

La presencia de met1stasis fue de 19% y el principal 6rgano afectado fue el h6gado este hallazgo es similar a lo reportado en estudios internacionales.

El manejo de los pacientes estuvo basado en el tipo de c1ncer de recto y de la presencia de met1stasis. Sin embargo, fallecieron el 25%, lo cual revela probablemente el estadio avanzado de estos pacientes. Por lo tanto, se deber6a de implementar tamizajes a edades m1s tempranas sobre este problema para brindar una atenci6n oportuna y mejorar el pron6stico de estos pacientes.

CONCLUSIONES

De los 16 casos de cáncer de recto ingresados entre el 2011-2013 en HEODRA la mayoría tenía 65 años o más, eran urbanos, casados/acompañados, con baja escolaridad y amas de casa, pero se observó igual número de casos según sexo.

Los principales hallazgos clínicos que predominaron fueron pérdida de peso, anemia, rrectoragia, palidez, astenia y tenesmo rectal.

A todos los pacientes se realizó la colonoscopia y biopsia y en 81% ultrasonografía y tomografía abdominal completa, excepto ultrasonido endorrectal.

El estadio de cáncer de recto que predominó fue el T1N0M0 (38%), seguido de T3N0M0 (6%), pero en el 56% no se pudo determinar porque a estos pacientes se les realizó manejo paliativo o fallecieron y el sistema de salud no cuenta con ultrasonido endorrectal para los pacientes diagnosticados con este tipo de patología y los mismo son de bajos recursos económicos, por lo que no se hizo estadiaje pre quirúrgico a ningún paciente en estudio, obteniéndose únicamente postquirúrgico.

Por otro lado, el 25% de los adenocarcinoma era pobremente diferenciado, 62% moderadamente diferenciado y 6% bien diferenciado.

La frecuencia de metástasis fue de 19%, afectando principalmente a hígado.

El 44% fueron manejados con cirugía paliativa y curativa, respectivamente. Dos casos recibieron quimioterapia y un caso radioterapia. Los principales tipos de cirugía fueron colostomía de Devine, resección abomino-perineal y resección anterior baja.

La frecuencia de complicaciones fue de 12% con el 25% de fallecidos.

RECOMENDACIONES

Realizar pruebas de tamizaje a todos aquellos pacientes que presenten sintomatología sospechosa de cáncer colorrectal.

Mejorar el seguimiento de estos pacientes para poder estimar la mortalidad y el pronóstico de la atención brindada en el servicio de cirugía del HEODRA.

Gestionar y realizar el ultrasonido endorrectal a todos los pacientes diagnosticados con este tipo de patología para garantizar un estadiaje pre quirúrgico oportuno; ya que es de vital importancia en la planificación de una resección curativa del cáncer de recto.

REFERENCIAS

1. Chessin DB, Guillen JG. Surgical issues in rectal cancer: A 2004 update. *Clinical Colorectal Cancer* 2004; 4 (4): 233-240.
2. Kosmider S, Lipton L. Adjuvant therapies for colorectal cancer. *World J Gastroenterol* 2007; 13 (28): 3799-3805.
3. Benson AB. Epidemiology, disease progression, and economic burden of colorectal cancer. *J Manag Care Pharm* 2007; 13 (6 Suppl. S-c): S5-S18.
4. Andreoni B, et al. Surgical outcomes for colon and rectal cancer over a decade: results from a consecutive monocentric experience in 902 unselected patients. *World J Gastroenterol* 2007; 5 (73).
5. Evans MD, et al. Outcomes of resection and non-resection strategies in management of patients with advanced colorectal cancer. *World J Gastroenterol* 2009; 7 (28).
6. Darce GE. Comportamiento Clínico-patológico y endoscópico del Cáncer Colorrectal en pacientes del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello 2003-2006. León: UNAN-León. Tesis (Especialista en Cirugía General). 2007.
7. Cifuentes U. Hallazgos colonoscópicos en pacientes atendidos en el servicio de Endoscopía del Hospital Escuela Doctor Óscar Danilo Rosales Argüello, León, en el período 2003 – 2004. UNAN-León. Tesis (Especialista en Cirugía General). 2005.
8. Universidad Andrés Bello. Cáncer de colon y recto, una situación preocupante en Chile. Chile. Universia Chile. 2009.
9. Goldberg SM, editors. *Fundamentos de Cirugía anorrectal*. México D.F.: Editorial LIMUSA. 1986.
10. Chessin DB, Guillen JG. Surgical issues in rectal cancer: A 2004 update. *Clinical Colorectal Cancer* 2004; 4 (4): 233-240.
11. Van der Voort van Zijp J, et al. Evolving management of colorectal cancer. *World J Gastroenterol* 2008; 14 (25): 3956-3967.
12. Schottenfeld D, Fraumeni JF. *Cancer: Epidemiology and Prevention*. New York: Oxford University Press. 2006.

13. Institute of Medicine (US). Cancer Control Opportunities in Low- and Middle-Income Countries. Washington D.C.: TheNationalAcademyPress. 2007.
14. Chau I, et al. Overview of preoperative and postoperative therapy for colorectal cancer: The European and the United States perspectives. *Clinical Colorectal Cancer* 2003; 3 (1): 19-33.
15. Kee, et al. Influence of hospital and clinician workload on survival from colorectal cancer: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1381-1386.
16. Zhang W, et al. Patient characteristics and hospital quality for colorectal cancer surgery. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19 (1): 11-20.
17. Kreisler E, et al. La cirugía en el cáncer de colon complicado. *CirEsp* 2006; 80 (1): 9-15.
18. Moriya Y. Treatment strategy for locally recurrent rectal cancer. *Jpn J ClinOncol* 2006; 36 (3): 127-131.
19. Balch GC, et al. Modern management of rectal cancer: A 2006 update. *World J Gastroenterol* 2006; 12 (20):3186-3195.
20. Thompson PA, Gerner EW. Current concepts in colorectal cancer prevention. *Expert Rev GastroenterolHepatol* 2009; 3 (4): 369-382.
21. Samee A, et al. Current trends in staging rectal cancer. *World J Gastroenterol* 2011; 17 (7):828-834.
22. Hope International. Centro de Radioterapia. Cancer de recto. Disponible en: <http://www.hoperadiotherapy.com/es/tipos-de-cancer/cancer-de-recto.php>

ANEXOS

Ficha de recolección de datos

Comportamiento clínico-patológico del cáncer de recto y su abordaje terapéutico de pacientes ingresados en el HEODRA, León, 2011-2013.

1. No. ficha: _____
2. No. Expediente: _____

Datos generales:

3. Edad: _____
4. Sexo: a) Masculino b) Femenino
5. Procedencia: a) Urbano b) Rural
6. Escolaridad: a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universitaria
7. Estado civil: a) Soltero b) Casado/acompañado
8. Ocupación: _____

Datos clínicos:

9. Signos y síntomas: a) Anorexia b) Pérdida de peso c) Astenia
 d) Tenesmo rectal e) Dolor rectal f) Heces con sangre g) Palidez
 h) Diarrea crónica i) Cambio calibre de evacuaciones j) Anemia
 k) Otros: _____
10. Tipo de procedimientos diagnósticos: a) Colonoscopia b) Ultrasonografía
 c) TAC d) Biopsia e) Otros: _____
11. Enfermedades asociadas: _____
12. Recurrencia: a) Si b) No
13. Diferenciación: _____
14. Estadío del cáncer: _____
15. Localización del tumor con respecto al reborde anal (cm.): _____
16. Metástasis: a) Si b) No
17. Localización de las metástasis: _____
18. Tipo de tratamiento: _____
19. Tipo de cirugía: _____
20. Complicaciones: _____