



Cáncer colorrectal sincrónico

María Elena González Solares,* Jesús Antonio González Villalonga, Guillermo Llanes Díaz,*** Yoel Artiles Ivonnet******

- * Especialista de 1er Grado en MGI. Especialista de 1er Grado en Coloproctología. Master en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar en Coloproctología.
- ** Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar en Cirugía General.
- *** Especialista de 1er Grado en Coloproctología. Master en Enfermedades Infecciosas.
- **** Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Especialista de 1er Grado en MGI. Profesor Instructor en Anatomía. Servicios de Cirugía General y Coloproctología.

Hospital Hermanos Ameijeiras. Ciudad Habana, 2008.

Dirección para correspondencia:
Dra. María Elena González Solares
E-mail: megsol@infomed.sld.cu

Resumen

Se presentan 5 pacientes con diagnóstico de cáncer sincrónico de colon y recto, que fueron diagnosticados e intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro, en el periodo febrero 2006 a marzo 2007. Todos los pacientes presentaron síntomas con años de evolución, siendo tratados con parasitismo intestinal 4 de ellos, 3 por anemia ferripriva, 1 por colon irritable. Los pacientes fueron operados; 4 de ellos de los 2 cánceres, por cirugía convencional; 1 por cirugía de mínimo acceso, uno por los tumores y el otro fue resecado por vía endoscópica. Los procedimientos quirúrgicos empleados: 2 hemicolectomías derechas, 2 hemicolectomías derechas ampliada, 1 hemicolectomía izquierda más transversectomía, 1 hemicolectomía derecha más resección anterior de Dixon. Fueron tributarios de tratamiento adyuvante 3 pacientes y uno de ellos no lo requirió. A los 12, 9 y 7 meses de seguimiento, 3 de ellos evolucionan satisfactoriamente, uno falleció por complicaciones postoperatorias relacionadas con dehiscencia de la sutura intestinal a los 10 días del proceder quirúrgico, el último paciente fue intervenido hace un año por cirugía mínima invasiva y ha evolucionado satisfactoriamente.

Palabras clave: Cáncer colorrectal sincrónico.

Abstract

We had 5 patients with a diagnosis of synchronous colo-rectal cancer. Same who were diagnosed and submitted to surgery in our hospital in the time period between February 2006 to March 2007. All of them presented symptoms which were years old of the evolution. They had received treatments: 4 of them with intestinal parasitism, 3 of them of ferriprive anaemia and 1 with irritable colon. These patients underwent surgery: 4 of them of two cancers for conventional surgery, one through minimal access surgery to one of the tumors and the other one was dried out through endoscopy. The surgical procedures performed were: 2 rights hemicolectomies 1 right hemicolectomy to amplified, 1 left hemicolectomy with transversectomy and 1 right hemicolectomy with anterior resection from Dixon technique. Were tributaries or received adjuvant therapy 3 of the patients and one of them did not need it. After 12, 9 and 7 months, of follow up, 3 of them evolutioned well, one of them died out of postoperative complications related to intestinal suture of dehiscence 10 days after the surgery. The last patient was operated a year ago through minimum invasive surgery and has evolutioned satisfactorily.

Key words: Synchronous colorectal cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer sincrónico de colon y recto se define como la presencia de otro cáncer al mismo tiempo que el cáncer índice, la frecuencia es del 5% aproximadamente. Casi siempre se encuentra en distintos segmentos quirúrgicos al del tumor índice (*Figura 1*). Las manifestaciones clínicas y el abordaje diagnóstico es similar al cáncer de recto

y colon habitual. En cuanto al tratamiento se preconiza una colectomía total o subtotal, con terapia adyuvante.

Se presentan estos 5 casos pues a pesar de ser una entidad poco frecuente en nuestro medio, la incidencia en los últimos 2 años se ha comportado de la siguiente manera: de 152 pacientes ingresados con diagnóstico de cáncer de colon o recto, 5 presentaron cáncer sincrónico, lo que representa un 3.3%.

OBJETIVOS

General

1. Determinar la incidencia de cáncer sincrónico de colon y recto en nuestro hospital.

Específicos

1. Describir la secuencia de síntomas y manejos inadecuados en estos pacientes.
2. Precisar los estudios paraclínicos necesarios para el diagnóstico de cáncer sincrónico de colon y recto.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo. Donde todos los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de los pacientes operados de cáncer colorrectal en el período de febrero de 2006 a marzo 2007, en los Servicios de Cirugía General y Coloproctología del Hospital Hermanos Ameijeiras.

Se analizó la secuencia de los síntomas presentados por los pacientes y el manejo médico en los diferentes niveles de atención, los estudios realizados, hallazgos operatorios y los resultados anatomopatológicos.

Se muestran imágenes del órgano afectado, así como los resultados de las biopsias.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Toda la información se obtuvo de las historias clínicas de los pacientes y no fue necesario acudir a algún procedimiento que pudiera hacerle daño físico o psíquico al paciente. No obstante a cada paciente se le comunicó que sería incluido en este trabajo. Se le explicó además que el hecho de no desear que se incluyera en el mismo, no afectaría en lo absoluto su atención posterior.

CASOS CLÍNICOS

Paciente 1

74 años, F, ama de casa.

APP: HTA, Colectomizada

Síntomas: Trastornos dispépticos de 4 años de evolución. Cambios del hábito intestinal dados por períodos diarreicos que alternaban con períodos de normalidad desde hacía 2 años. Comienza con decaimiento hace 1 año.

Hemoquímica: Anemia ferripriva desde 1 año.

Heces fecales: Amebiasis desde hace 2 años tratada en varias ocasiones, sin resolver completamente.

U.S: Abdominal: Un mes antes de ser remitida al especialista, imagen de pseudoriñón en flanco derecho.

Ingreso en nuestro centro por anemia severa: Se indican estudios que incluyen colonoscopia, TAC de abdomen, resto de estudios paraclínicos en busca de metástasis.

Colonoscopia: Lesión de aspecto maligno en ángulo hepático no permite paso del equipo. Se indica colonoscopia virtual y radiografía de colon por enema. Imagen de defecto de lleno en ángulo hepático, pero en ciego también. Previo tratamiento de la anemia mediante transfusiones y el apoyo nutricional. Se traslada para cirugía general. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada.

Biopsia postoperatoria: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, mucoprodutor, de ciego de 5 cm de longitud, que infiltra hasta la serosa, no tumor en bordes de sección, 2 ganglios positivos de 16 resecados. Adenocarcinoma bien diferenciado en ángulo hepático de 4 cm de longitud, que ocupa la luz del órgano, que alcanza hasta la muscular propia, no metástasis en los ganglios resecados.

Llevó tratamiento adyuvante 6 ciclos.

2 años y 1 m de operada, evoluciona bien hasta el momento.

Paciente 2

52 años, M, Ingeniero

Síntomas: Cambios del hábito intestinal desde hace 2 años, diarreas con constipación.

APP: HTA En su área de salud tratado por Giardiasis y Amebiasis con múltiples tratamientos.

No mejoría, decide a través de un colega asistir al especialista.

Comienza el estudio: Anemia ligera, **colonoscopia:** Lesión de aspecto M en recto alto que no permitió el paso del equipo.

Radiografía de colon por enema: Imagen en desfiladero a nivel del recto alto y defecto de lleno en ciego.

Intervención: Hemicolectomía derecha más resección anterior de Dixon.

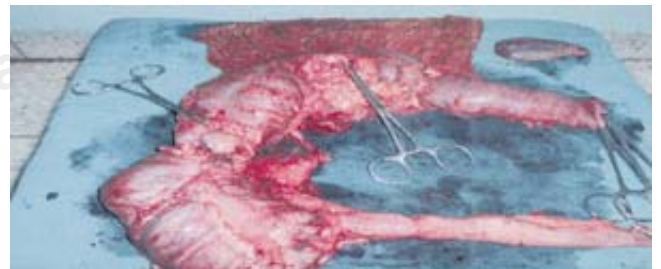


Figura 1. Pieza quirúrgica donde se muestran los tumores.

Biopsia: Adenocarcinoma bien diferenciado de recto de 3 cm de longitud, que ocluye la luz, que infiltra hasta la muscular, no tumor en los bordes de sección, no metástasis en los ganglios resecados 0/13.

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra hasta la subserosa, no tumor en bordes de sección, no metástasis en ganglios resecados 0/18.

Llevó tratamiento adyuvante 6 ciclos.

Paciente 3

48 años, F, dependiente.

APP: Madre cáncer de recto. Abuelo materno cáncer de colon.

APP: No refiere.

Síntomas: Dolor en hipocondrio izquierdo, diarreas que alternan con periodos de normalidad.

En su área: Heces fecales negativos, interpretada como colon irritable, 2 años de síntomas. Hasta que es enviada a especialista.

Especialista: Colonoscopia: Pólipo de aspecto maligno en descendente y en ángulo esplénico del colon, lesión de aspecto maligno.

Intervención realizada: Hemicolectomía izquierda ampliada.

Biopsia postoperatoria: Pólipo tubulovelloso con degeneración en adenocarcinoma bien diferenciado, sésil, de 2 cm de diámetro en descendente, que infiltra hasta la muscular propia, no tumor en bordes de sección, no metástasis ganglionar 0/14.

Adenocarcinoma poco diferenciado, mucoproducente de 6 cm de longitud, que infiltra hasta la serosa, 2 ganglios metastáticos de 13, no tumor en bordes de sección.

Llevó tratamiento adyuvante.

Estable hasta la fecha.

Paciente 4

77 años, M, Trabajador agrícola.

APP: HTA

Síntomas: Desde hace 1 año, constipación marcada. No asistió a profesional médico hasta 1 m antes del ingreso que acudió a nuestro centro por medio de un trabajador.

Radiografía de colon por enema: Imagen estenosante a nivel del transverso medio y defecto de lleno en ciego.

Colonoscopia: Lesión de aspecto maligno en transverso medio que ocluye la luz del órgano e impide el paso del equipo.

Operación: Hemicolectomía derecha ampliada.

Biopsia postoperatoria: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego, mucoproducente, de 8 cm de longitud de crecimiento exofítico de ciego, infiltra la serosa, no tumor en bordes de sección, 3 ganglios metastáticos de 17, 3/17.

Adenocarcinoma bien diferenciado de transverso de 4 cm de longitud que llega hasta la subserosa, no metástasis ganglionar 0/13. No tumor en bordes de sección. El paciente fallece a los 15 días de la intervención por complicación postoperatoria, dehiscencia sutura intestinal, sepsis generalizada. Diagnóstico a los 10 días.

Paciente 5

60 años, M, médico.

APP: HTA, Tratamiento radiante por tumor de próstata hace 3 años.

Síntomas: Síndrome febril, dolor en fosa iliaca derecha, anemia, 1 m de evolución, además heces con sangre roja en ocasiones. Asiste directamente a nuestra institución.

Colonoscopia: Pólipo pediculado a 5 cm del borde anal con aspecto maligno y lesión de aspecto maligno en ciego.

Se realiza chequeo preoperatorio completo que incluye todos los estudios plasmados en los protocolos de actuación para el cáncer colorrectal, se realiza exéresis del pólipo de recto por vía endoscópica siendo resecada toda la lesión y no infiltración del pedículo; se realiza hemicolectomía derecha por mínimo acceso, alta a los 3 días de operado.

Biopsia postoperatoria: Adenocarcinoma bien diferenciado de ciego, que infiltra hasta la muscular propia, no tumor en bordes de sección, no metástasis en ganglios resecados 0/15. No requirió tratamiento adyuvante. Evolución satisfactoria hasta el momento.

Total de pacientes con cáncer sincrónico	5
Colon derecho y recto	2
Colon derecho y ángulo hepático	1
Colon descendente y ángulo esplénico	1
Ciego y transverso	1
Intervenciones realizadas:	
Hemicolectomía derecha	1
Hemicolectomía derecha ampliada	2
Hemicolectomía derecha más resección de Dixon	1
Hemicolectomía izquierda	1
Fallecidos	1
Evolución hasta el momento: Satisfactoria en 4 pacientes	

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal es la afección cancerosa más común del tubo digestivo. Ocupa el segundo lugar de muertes por cáncer en la mujer después del de mama y el tercero en el hombre después del de pulmón y próstata. En Estados Unidos, 6% de la población cada año desarrolla cáncer colónico, (140,000 casos nuevos), alrededor de 60,000 fallecen por esta enfermedad (segunda causa de muerte por cáncer).¹⁻³

La incidencia es mayor a partir de los 50 años de edad, aunque entre un 6 y 8% ocurre en menores de 40 años. Las formas familiar y hereditaria inician a edades mucho más tempranas. Alrededor del tercer decenio.^{1-3,4}

Nuestra casuística coincide con la literatura internacional.¹⁰

Entre los factores involucrados en el desarrollo del cáncer colorrectal se destacan genéticos y ambientales. El consumo de una dieta rica en grasa animal y pobre en fibra aumenta la incidencia del cáncer colorrectal; la dieta rica en fibra disminuye el tiempo de tránsito colónico reduciendo el tiempo que las sustancias carcinogénicas están en contacto con la mucosa del intestino grueso.^{5,7}

Entre los factores predisponentes, se encuentran las colitis crónicas (Ulcerosa y Crohn), la presencia de pólipos adenomatosos (tubular, vellosos y mixtos), especialmente cuando son diagnosticados en personas menores de 40 años, y la radioterapia (dosis elevadas y equipos antiguos).^{3,13}

Durante los últimos tres decenios ha aumentado la frecuencia de afección del colon ascendente, de manera que hoy el cáncer de recto constituye del 15-35% de los casos, el cáncer de colon ascendente aumentó a 24%. La menor frecuencia de cáncer rectal se debe a la erradicación de pólipos benignos.¹ El cáncer de colon y recto sincrónico se define como la presencia de otro tumor en el mismo tiempo que el cáncer índice y la frecuencia es de un 5%. Casi siempre se encuentra en diferentes segmentos quirúrgicos. El segundo tumor sólo es palpable durante la intervención en el 30% de los casos (St. Mark Hospital).

En cuanto a las manifestaciones clínicas, pueden presentarse cambios en el hábito intestinal, enterorragia, dolor abdominal, timpanismo, diarreas, oclusión intestinal.^{2,3}

El diagnóstico se debe realizar con estudios endoscópicos con toma de biopsia, colon por enema con doble contraste, colonoscopia virtual y completar el estudio para precisar extensión de la enfermedad con:

- Radiografía de tórax
- TAC de abdomen y pelvis
- Ecoendoscopia
- Cistoscopia

Estudios de laboratorio:

- Bioquímicos
- Hematológicos
- CEA (pronóstico de recidivas)

TRATAMIENTO

- Quirúrgico
- Adyuvante (quimioterapia)

Supervivencia a los 5 años:

- 90% si es enfermedad local
- 65% si es metástasis regional³

CONCLUSIONES

1. La incidencia de cáncer colorrectal sincrónico en nuestro centro coincide con los estudios reportados en la literatura internacional.
2. Los cambios del hábito intestinal (diarreas crónicas que alternan con constipación o periodos de normalidad), rectorragia, fueron los síntomas más frecuentes encontrados, así como anemia, todos éstos de larga evolución desde 1 hasta 4 años.
3. El manejo en la atención primaria de salud no fue el adecuado en la mayoría de los casos, interpretando como parasitismo, colon irritable, tratando la anemia sin buscar la causa, cuestiones éstas que demoraron el diagnóstico, tratamiento adecuado y empeoran el pronóstico.
4. Ante todo paciente con factores de riesgo de cáncer colorrectal, síntomas digestivos de causa no bien precisada o que pese a tratamiento se mantienen los síntomas, se debe estudiar el colon y de preferencia colonoscopia. Pues hasta el momento es el proceder diagnóstico y terapéutico (en caso de cánceres en etapas tempranas o pólipos), más óptimo.

RECOMENDACIONES

1. Revitalizar el programa de detección precoz de cáncer de colon y recto.
2. Se debe preconizar en la atención primaria de salud los aspectos relacionados con el manejo de los pacientes con posible cáncer colorrectal.
3. Aplicar los protocolos de actuación en el cáncer colorrectal de forma adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer de colon y recto. <http://www.sleh.com/sleh/SectionEsp/index.cfm?pagename=EI%20C%E1ncer%20de%20colon%20y%20Recto&PageMD=ESP> Consultado 22-06-2005.
2. Lashner BA. Worsening risk for the development of displays or cancer in patients with chronic ulcerative colitis. *AMJ Gastroenterology* 1995; 3(5).
3. Shanahan F. Review article: colitis associated cancer-time for new strategies. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18 suppl 2: 6-9.
4. D'Argenio G, Mazzacca G. Short-chain fatty acid in the human colon. Relation to inflammatory bowel diseases and colon cancer. *Am J Gastroenterology* 2000; 98: 42-46.

5. Habermann J, Lenander C, Roblick UJ, Kruger S, Ludwig D. Ulcerative colitis and colorectal carcinoma. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36(7): 751-758.
6. González ME, Fernández LI, Llanes. Antecedentes patológicos personales como factor de riesgo de cáncer colorrectal. *Rev Mexicana de Coloproctología* 2004; 20-25.
7. Royer Patología colónica. Poliposis múltiple de colon. *Ed Univ* 1997; 228-242.
8. Iwama T, Mishima Y, Utsunomiya J. The impact familial adenomatous polyposis in the tumorigenesis and mortality at the several organs. TTS rational treatments. *Ann Surg* 1993; 34(5): 611-615.
9. Lee WC, Forde KA. Cigarettes, alcohol, coffe, as risk factor for colorectal adenomatous polyps. *Ann Epidemiol* 1999; (3): 239-294.
10. Beck DE, Hicks TE. Colonoscopy follow up of adenomas and colorectal cancer. *South Med J* 1995; 88(5): 560-570.
11. Bussey HJ, DeCosse JJ, Deschner EE. A randomized trial of ascorbic acid in polyposis coli. *Cancer* 1982; 50(7): 1434-9 [Medline].
12. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Tumours of the small and large intestines. In: Cotran R, Kumar V, Robbins S, eds. *Pathologic basis of disease*. 5th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Company; 1994: 809-822.
13. Itzkowitz SH, Kim YS. Colonic polyps and polyposis syndromes. In: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, eds. *Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease; pathophysiology, diagnosis, management*. Vol 2. 6th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Company; 1998: 1865-1905.
14. Stryker SJ, Wolff BG, Culp CE. Natural history of untreated colonic polyps. *Gastroenterology* 1987; 93(5): 1009-13 [Medline].
15. Carcinoma colorrectal: actualización y perspectivas. <http://www.medynet.com/elmedico/biblio/rbcn46.htm> Consultado 22-06-2005.
16. Levi F, Randimbison L, La Vecchia C. Incidence of colorectal cancer following adenomatous polyps of the large intestine. *Int J Cancer* 1993; 55: 415-418.
17. Cartwright CH, Coad CH, Eghert GM. Elevated c-Src tyrosine kinase activity in premalignant epithelia of ulcerative colitis. *J Clin Invest* 1994; 93: 509-515.
18. Carella G, Vallot T, Mana L, Mazzone M. The important of follow-up colorectal polyps Instituto de Patología Speciale Medica, Universita católica del sacro. Core di Roma. *Clin Ter* 1993; 143(5): 411-415.
19. Cartwright CH, Coad CH. Src-tyrosine elevated activity in premalignant epithelial of ulcerative colitis. *J Clin* 1999; (1): 410-446.