

Cáncer del colon: su detección para curarlo. (¿colonoscopia o enema baritado?)

Guillermo Santín¹

JUSTIFICACIÓN

El empleo del colonoscopio como instrumento excelente de visualización y tratamiento local de pólipos en el colon, parece descartar el uso de un enema baritado como método de aplicación en primera instancia. No debe ser, y los argumentos se dan en este artículo.

PLANTEAMIENTO

En el Congreso de la XLII Semana Quirúrgica en Jalapa Veracruz, el 24 de septiembre ppdo., y en el excelente simposium sobre cáncer de colon, sobresalieron dos puntos:

Las investigaciones genéticas permiten identificar factores c-ras y K-ras en individuos estudiados y se percibe que, usando estas determinaciones se podrá reducir hasta un 30% la muerte por cáncer de colon porque en esas personas se podrán indicar exámenes del colon periódicos, a partir de esta determinación. El escollo es que la investigación de cada factor cuesta aproximadamente 1,500 dólares (en voz docta del académico Pedro Luna Pérez).

El segundo punto relevante corresponde a la excelente objetivación de la capacidad ahora del colonoscopista para explorar directamente la mucosa y las paredes del intestino grueso, identificar pólipo o pólipos aún pequeños (3-5 mm) y tratarlos de una vez (en presentación del Académico Ochoa Carrillo).

En las preguntas y comentarios el autor de este artículo expresó la enorme diferencia en costo, proba-

bilidad de realizarse y el panorama presentado al determinar la probabilidad de desarrollar un cáncer del colon, en individuos a quienes subsecuentemente se les examine para detectar un cáncer tempranamente, y como consecuencia de la investigación de esos factores genéticos, *versus* la simpleza de realizar una exploración del colon con enema.

Asimismo el "reto" cortés pero científico y práctico, que se hace al mejor colonoscopista, para que pueda asegurar que si logra sobrepasar con su instrumento el sigmoide –a veces redundante y además semitorcido (*Figuras 1 y 2*),– pueda pasar en el 100% de las ocasiones el ángulo esplénico, y si puede ir más allá, asegurar que puede en 100% de las ocasiones, pasar el ángulo hepático y llegar así a ¡detectar! un pequeño pólipo antes no conocido, en el ciego o en el colon ascendente, comparado con el enema de bario y el doble contraste que puede llegar siempre, hasta el ciego.

La contrarréplica del Dr. Ochoa Carrillo fue cierta y especialmente interesante porque pone a su vez un "reto" a los radiólogos y a sus servicios, y porque pone en el tapete hechos que importan a la comunidad de pacientes en servicios asistenciales y particulares. Estos hechos son:

1. Los radiólogos no han sabido "vender" su procedimiento.
2. Los estudios del colon los realizan en nuestros hospitales, "técnicos" no médicos radiólogos, con la consecuencia de que no resultan óptimos, objetivos, y aun a veces ni siquiera adecuados.
3. Probablemente los mismos radiólogos o algunos no saben realizar este estudio objetivo y ...óptimo.

Otro argumento usado no en esa reunión, sino hace tiempo en la propia Academia, ha sido el temor de que el bario restante en el colon dañe los endoscopios de gran costo.

¹ Profesor de Radiología. Radioteca UNAM. Consultor en Radiología. Hospital Conde de Valenciana.

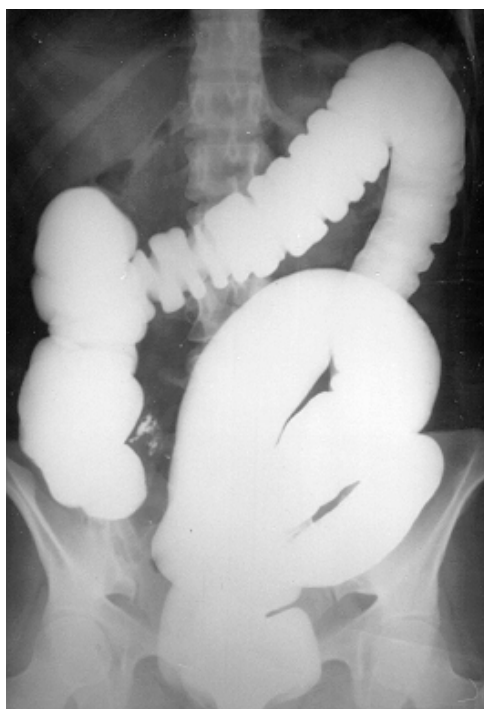


Figura 1. Enema del colon en fase de llenado. En AP objetiva una gran redundancia del sigmoide que para el colonoscopista podría parecer el ángulo esplénico si no conoce esta redundancia si efectúa su endoscopia sin radiografías previas.



Figura 2. Vista AP del colon de otro paciente con bario en la fase de vaciamiento. El sigmoide hace un bucle en torsión, que se reduce sin desaparecer desde la fase de llenado. Constituye otro obstáculo que conviene conozca el colonoscopista para guiar la introducción de su equipo.

SOLUCIÓN, EXORDIO, Y OBJETIVO DE ESTA PUBLICACIÓN

Intentando aportar valiosa arenga tanto a los médicos encargados en la clínica de detectar enfermedades que reduzcan los tiempos de detección, ratificación, tratamiento y curación especialmente en cáncer, como a los médicos radiólogos lectores, el que suscribe, editó las doce publicaciones en la "Gaceta de Medicina Familiar"* sobre "Cánceres curables" —que no son muchos—, y en donde señaló el o los procedimientos mejores para su detección que puede requerir el médico familiar en su consulta diaria. Uno de ellos¹ es muy semejante en su objetivo al presente y se refiere a apoyar la supremacía del enema con doble contraste, por su facilidad, bajo costo y gran objetividad en la detección de pólipos y otras lesiones malignas. En primera instancia, apoyado por dos publicaciones idóneas

que en EUA a su vez, ha renovado el asegurar que la realización de enemas baritados tiene primacía para la detección de pólipos precursores de cáncer o ya como neoplasias malignas^{2,3} (Figuras 3 y 4).

Comentados estos hechos con jefes de nuestros más importantes servicios radiológicos se está de acuerdo en que el estudio de colon por no ser un estudio agradable y limpio en pacientes difíciles, y porque cuando se le delega a los técnicos si el radiólogo tiene que usar su tiempo contratado en exámenes más difíciles o más vistosos, no ha logrado disciplinar a sus técnicos para que sigan las normas; están de acuerdo en que debemos renovar la responsabilidad y desaparecer la laxitud para obtener los resultados que obviamente proporcionan la mejor oportunidad a nuestros pacientes de ser tratados radicalmente bien por el colonoscopista, quien guiado por los hallazgos y la morfología puestos de manifiesto por el enema, aprovechará esa valiosa orientación en su procedimiento teniendo en la mente la imagen, o en un negatoscopio, durante el progreso del colonoscopia. Asimismo, constituye

* Los artículos sobre "Cánceres curables" están disponibles en la Radioteca de la Facultad de Medicina UNAM.



Figura 3. Al empezar el enema, cuidar que se desenvuelva el sigmoide para no dejar inadvertidas masas blandas como este adenoma viloso, descubierto al inicio, antes de proceder a la instilación de aire para el doble contraste.

valiosa información para el cirujano, una vez que han recuperado la confianza en el procedimiento y en sus realizadores.

¿Cómo hacer esto? Reduciendo el tiempo de realización, obteniendo las imágenes fundamentales con el menor gasto, molestia y tiempo posibles, tomando toda la responsabilidad de la "lectura" y del diagnóstico, por los médicos radiólogos.

Las recomendaciones que siguen aunque parezcan elementales, son indispensables:

Deberá el radiólogo cerciorarse de la limpieza completa del colon para su estudio, prescribiendo un purgante preferentemente oleoso, o salino, y averiguar si el efecto ha sido completo.

En caso de residuo de heces observadas al fluoroscopia, suspender la introducción del bario y de inmediato empujar el que ya se introdujo con agua tibia, hasta el colon ascendente. Este "lavado", a la vista arrastrará, al evacuarse los grumos restantes. Tomar ahora la radiografía de evacuación; —el colon bien preparado con purgante y no por enemas, se deja distender y se contrae con cantidades míni-

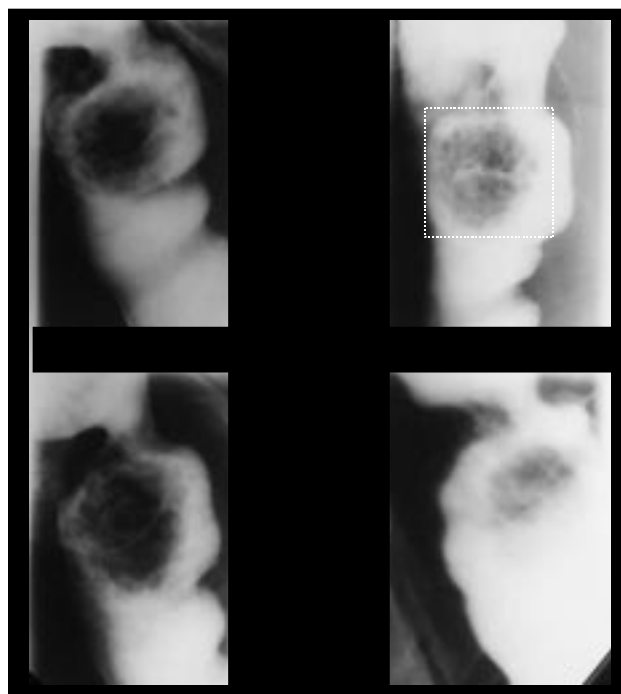


Figura 4. Cuatro exposiciones al acecho durante el ascenso del bario. En el colon descendente se descubre una masa polilobulada de 3.5 cm, en la exposición enmarcada se percibe muy bien el bario entre vellosidades. Este aspecto permite inclusive plantear el diagnóstico de adenocarcinoma viloso; información que puede ser valiosa para el colonoscopista indudablemente.

mas de bario y aire—. En esa fase se delinean muchas veces nítidamente pólipos (*Figuras 5 y 6*), o al inicio del enema (*Figura 3*); a veces se delinean mejor en esas fases que cuando se ha llenado el colon con aire, porque el bario no se unta suficientemente bien en todos los casos (*Figura 6*). Ya en ese momento con 200-300mL de la suspensión de bario, se empuja suavemente con aire y sin brusquedad, hasta el ciego, procediendo a tomar las radiografías ¡evitar dilatar! solamente distender, pues que si se fuerza a presión o en volumen, el colon se dilata y puede aceptar hasta 5 litros o más, con el riesgo de perforar el intestino.

Obtenidas las imágenes de doble contraste, el médico radiólogo o quien las examine, deberá verlas con luz muy intensa, siguiendo los contornos de las paredes del colon sin dejar espacios, dada la gran diferencia en el contraste del aire intraluminal con lo tenue de la sombra blanda de pólipos, aun de los mayores de un centímetro.

SOBRE EL NÚMERO DE IMÁGENES A OBTENER

El examen óptimo debe mostrar la totalidad del intestino grueso lleno, vacío, y con doble contraste, desde al ano hasta el ciego, preferentemente sin llenar el íleon para evitar superposición de estructuras (se puede llenar cuando se sospecha o se encuentran lesiones de colitis ulcerativa, o en la enfermedad de Crohn). Las imágenes obtenidas en el mejor de los casos son: 1) Placa oblicua del sigmoide al iniciar la instilación del bario; 2) placa total del colon en PA "fase de llenado", útil porque si hay divertículos, éstos se visualizan mejor y si había sangrado, éste se detiene; 3) "fase de vaciamiento", es mucosografía cuando la limpieza fue completa, ya que el colon responde fácil y prontamente contrayéndose así condicionado; 4) ahora, instilando el aire, placa PA total "doble contraste" que puede sustituirse por placa lateral en decúbito derecho incluyendo todo el recto y el ángulo esplénico, permitiendo poner de manifiesto las paredes anterior y posterior de las diversas porciones del intestino, sin amplificar demasiado al ciego. 5) PA de pie, con el haz de rayos X horizontal, cuidando que ambos ángulos hepático y esplénico estén bien visibles en doble contraste, ya que el bario que pudiera restar,

desciende por gravedad y permite exponer esos ángulos muy adecuadamente, probablemente tan bien como tomas oblicuas individuales "al acecho". 6) Vistas AP y PA "tangenciales", el haz de rayos X horizontal con el enfermo en decúbito lateral derecho e izquierdo (*Figura 7*), son imágenes de la totalidad del colon que permiten exponer las paredes derechas e izquierdas, cuando el bario restante por gravedad, se aloja sucesivamente abajo, definiendo las paredes que quedan arriba con doble contraste. Estas dos vistas son el complemento importante para no dejar inadvertidas lesiones –pólipos o ulceraciones– que se ocultan en otras vistas. Son estas dos las vistas que se omiten casi siempre en los servicios de radiología, porque no se han colocado los instrumentos disponibles fácilmente para ese fin, por la relativa dificultad de obtenerlas: colocar al enfermo en camilla, disponer la mesa en vertical o colocar al paciente frente de un bucky de pared, o sobre todo, porque no se ha adquirido la costumbre de incluirlas en el examen del colon.

Con esta información, el médico colonoscopista, o encargado del tratamiento, puede exigir una correcta exploración y el médico radiólogo encargado disponer lo necesario para que él o las personas a sus órdenes cumplan su cometido de auxiliares útiles.

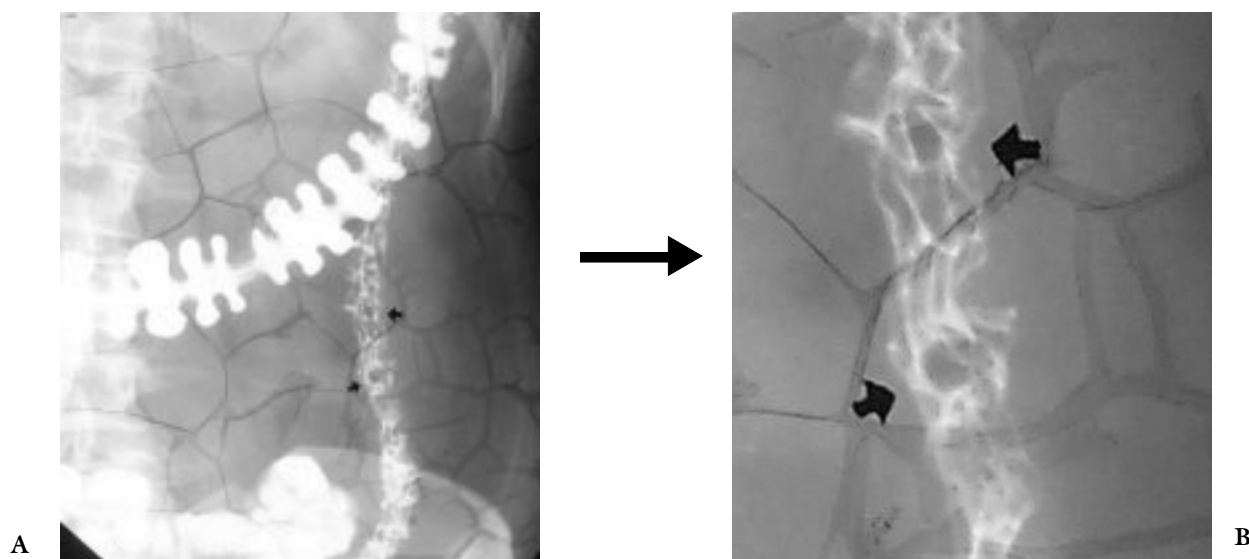


Figura 5. A) Un colon limpio permite su estudio con poco bario. Al acecho en este caso después de pasar un sigmoide redundante y tortuoso, en el tercio medio del descendente entre pliegues mucosos, se identifican dos pólipos de 6 ó 7 mm. Se ilustra esta fase porque se imprime mejor que si se hubiera ejemplificado con la imagen de doble contraste. **B).** Detalle amplificado de la enmarcación de la figura 4, magnificación que no deja duda sobre pólipos que con esta información y en ausencia de otras lesiones, incluyendo hasta el ciego en la exploración, simplifica la exploración colonoscópica y la decisión terapéutica.

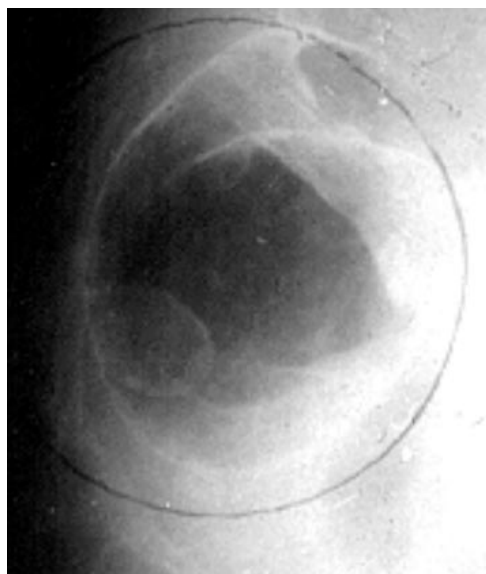


Figura 6. Pólipo de 2 cm en la pared posterior de la ampolla rectal, sitio en el que pasan inadvertidos cuando no se retira la sonda rectal en un estudio con aire. Justifica lo indispensable de incluir siempre esta zona en la placa lateral.

Como recomendación para los servicios de radiología muy ocupados, podría admitirse reducir la toma de las vistas absolutamente indispensables, de la lista numerada arriba, cuando menos la 2, la 3, la 4 lateral, y la 5 de pie, condicionadas a que no se dejen de objetivar los ángulos y todas las paredes del intestino. En los pacientes obesos, con gran abdomen, se pueden tomar 2 placas que abarquen la mitad inferior y la mitad superior para incluir las paredes laterales del ascendente y del descendente (que pueden no quedar incluidas en el formato de 14 pulgadas).

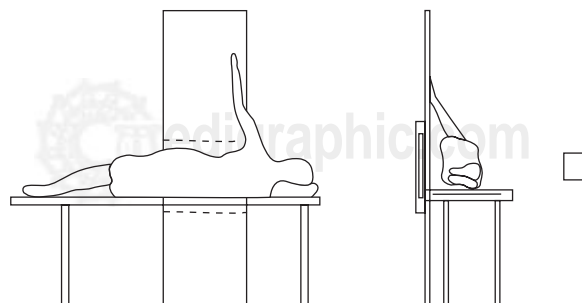


Figura 7. Dibujo gráfico que ilustra la posición del paciente en camilla, con la mesa o el bucky radiográfico en posición vertical, y la posición relativa del tubo de rayos X para efectuar las placas "tangenciales" AP y PA que terminan el estudio adecuado del colon con doble contraste.

Finalmente, el temor de los colonoscopistas a que el bario dañe sus aparatos, puede asegurarse que el agua lava siempre lo restante, porque diluye al opaco con facilidad, pero que si importa realizar la colonoscopia de inmediato al estudio con enema, puede recurrirse a terminar de limpiar el colon mediante lavados sencillos sobre la marcha, en las condiciones de suavidad señaladas.

REFERENCIAS

1. Santín G. Cáncer del Colon, un tumor maligno curable. *Bol Med. Fam* 1995; 2:10-11.
2. Heilman RS. Diagnosis of Colon Disease in the '90s: Radiologists Should Take a Stand. *Radiographics* 1992; 12:730.
3. Rice, R.P.: Lowering death rates from colorectal cancer: Challenge for the 1990. *Radiology* 1990; 176:297-301.