

ARTÍCULO ORIGINAL

Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente

Some specificities on the diagnosis of the recurrent colon cancer

Dr. Zenén Rodríguez Fernández, Dr. Bens Jean-Louis, Dr. Arbelio Casaus Prieto, Dr. Joel Pineda Chacón y Dr. Germán Joubert Álvarez

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y observacional de 37 pacientes operados de cáncer de colon, con intención curativa, y que presentaron recurrencia tumoral, atendidos en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres", de Santiago de Cuba, durante el período 2006-2012, con vistas a identificar algunos aspectos relevantes relacionados con el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. Predominaron las mujeres mayores de 65 años, el tumor primario en el colon ascendente, con estadificación posoperatoria III y II, la recurrencia locorregional, así como el tumor palpable como forma de presentación. El método clínico, la ecografía y la radiografía por enema fueron determinantes para el diagnóstico. Se concluye que durante los primeros 2 años del seguimiento posoperatorio deben agotarse todos los medios para el diagnóstico precoz de dicha recurrencia, independientemente de su localización.

Palabras clave: cáncer de colon recurrente, recurrencia, diagnóstico, seguimiento posoperatorio, intervalo libre de enfermedad, cirugía, quimioterapia.

ABSTRACT

A descriptive and observational study of 37 operated patients due to colon cancer, with healing purposes, and who presented tumorous recurrences, assisted in "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Hospital, in Santiago de Cuba was carried out during the period 2006-2012, with the objective of identifying some outstanding aspects related to the diagnosis of recurrent colon cancer. Women older than 65 years, the primary tumour in the ascending colon, with postoperative staging III and II, the locoregional recurrence, as well as the palpable tumour as presentation form prevailed. The clinical method, the echography and the x-ray for enema were decisive for the diagnosis. It is concluded that during the first 2 years of the postoperative follow-up all means should be used for the early diagnosis of this recurrence, independently from its localization.

Key words: recurrent colon cancer, recurrence, diagnosis, postoperative

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente hasta 30 % de todos los pacientes con cáncer de colon, intervenidos quirúrgicamente con intención curativa, presentarán recurrencia de la enfermedad, que puede provocar la muerte o llevar a la realización de nuevos tratamientos con alto grado de morbilidad, de ahí la trascendencia que adquiere el seguimiento clínico; sin embargo, no se ha logrado definir un modelo efectivo respecto a la conducta que se debe seguir para prevenir y diagnosticar la recurrencia y tratar a quienes la padezcan, teniendo en cuenta que aún no existen criterios uniformes en cuanto al seguimiento posoperatorio luego de la intervención inicial.^{1, 2}

Al analizar más detenidamente la definición de cáncer recurrente como aquel que reaparece luego de un período durante el cual puede pasar inadvertido, o sea, el que se reproduce en el mismo sitio donde se originó (recidiva) o en otro lugar anatómico después de haber sido presumiblemente eliminado, se evidencia que al hacer mención de "un período de tiempo" sin especificar, es porque no existe un acuerdo unánime en cuanto al intervalo mínimo que debe transcurrir entre el tratamiento quirúrgico, con intención curativa, y el retorno del tumor considerado como recurrencia. Durante esta fase "libre de enfermedad", eventos o síntomas y signos, como también se denomina, la neoplasia no puede ser diagnosticada hasta que comienza a dar manifestaciones clínicas o mostrar alteraciones en los exámenes complementarios, o ambas cosas.³⁻⁵

Se sabe que el intervalo libre de eventos clínicos puede estar determinado por varios factores, a saber: con el propio paciente y su enfermedad, con la intervención quirúrgica para extirpar el tumor primario y con el tratamiento adyuvante.⁵⁻⁷

Hasta la fecha constituye un verdadero problema científico la diversidad de criterios sobre la recurrencia del cáncer de colon,^{1, 2, 5-7} por ello es de suma importancia identificar los factores para el pronóstico de ese tipo de neoplasia, a fin de elaborar un protocolo de actuación y buenas prácticas quirúrgicas, una vez reconocidas las posibles condiciones modificables para disminuir el número de afectados por esta causa, sobre todo en la población envejecida como grupo vulnerable, de donde se derivaría la trascendencia de su impacto médico social. Todo lo analizado hasta aquí justifica la necesidad de profundizar en los principales aspectos cognoscitivos relacionados con este tema, puesto que solo contando con equipos de trabajo altamente especializados, podrá elevarse la calidad asistencial y, con esa premisa, mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta lamentable enfermedad.

Aunque universalmente, como ya se mencionó, no existe un modelo definido de seguimiento para los pacientes con cáncer de colon primario y recurrente,^{1, 2, 7, 8} e incluso muchas veces hasta se cuestiona su validez,^{6, 9} se justifica la realización del presente estudio con el objetivo de identificar algunos factores relacionados con el diagnóstico del cáncer de colon recurrente, en un intento por avalar la importancia de estas evaluaciones periódicas en consulta externa, si bien restaría por precisar la periodicidad de algunos de estos exámenes en el contexto de la relación entre molestias para el enfermo, utilidad diagnóstica y costos; no obstante quedaría por establecer durante cuánto tiempo debe seguirse a dichos pacientes para poder decidir su alta médica.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y observacional de 37 pacientes operados de cáncer de colon con intención curativa y que presentaron recurrencia tumoral, diagnosticada en consulta externa en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, durante el período 2006-2012.

Se incluyó a los pacientes operados electivamente o de urgencia, con tumor resecable y sin muestras de invasión metastásica en el momento de la intervención, seguidos en consulta durante no menos de 3 meses y con resultados normales en los exámenes efectuados al respecto.

El seguimiento posoperatorio se hizo al mes para la evaluación clínico humoral (hemograma, eritrosedimentación, conteo de plaquetas, proteínas totales) e inicio del tratamiento con citostáticos; a los 3 meses (colonoscopia); a los 6 meses (ecografía abdominal, radiografías de tórax y de colon por enema) y a los 6 meses (valorar indicación de tomografía axial computarizada).

Los datos primarios se obtuvieron de las historias clínicas y de los informes de las biopsias archivadas en el Departamento de Anatomía Patológica, los cuales fueron registrados en una base de datos. Para el análisis de las variables se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 12.0.

RESULTADOS

Como se muestra en la tabla 1, predominaron el sexo femenino (62,2 %), así como los pacientes de 65 a 74 años (32,4 %), seguidos por los de 75 y más (27,1 %), para un total de 22 afectados entre ambos grupos (59,5 %).

Tabla 1. Pacientes con cáncer de colon recurrente según grupos etarios y sexo

Grupos etarios (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
45 - 54	3	8,1	3	8,1	6	16,2
55 - 64	1	2,7	8	21,6	9	24,3
65 - 74	8	21,6	4	10,8	12	32,4
75 y más	2	5,4	8	21,7	10	27,1
Total	14	37,8	23	62,2	37	100,0

En la tabla 2 se aprecia que al considerar la estadificación posoperatoria (TNM), luego de la exéresis del tumor primario en los pacientes con recurrencia, se encontró que 56,8 % de estos correspondieron al estadio III y solo 5,4 % al I.

Tabla 2. Pacientes según estadificación posoperatoria

Estadios	No.	%	Porcentaje acumulado
I	2	5,4	5,4
II	14	37,8	43,2
III	21	56,8	100,0
Total	37	100,0	

La reaparición de la enfermedad (tabla 3), tuvo formas de presentación específicas en cada paciente, relacionadas con los síntomas y signos recogidos durante el seguimiento, entre los que predominaron el dolor abdominal (40,5 %) y la presencia de una masa palpable en el abdomen (43,3 %).

Tabla 3. Pacientes según forma de presentación

Síntomas	No.	%	Signos	No.	%
Dolor abdominal	15	40,5	Tumor palpable	16	43,3
Cambios en hábitos intestinales	9	24,3	Palidez cutaneomucosa	9	24,3
Afinamiento de las heces fecales	6	16,2	Tumor en partes blandas	8	21,6
Sangrado rectal	4	10,8	Tumor en estoma de la colostomía	2	5,4
Sin síntomas	3	8,2	Sin signos	2	5,4
Total	37	100,0	Total	37	100,0

En la serie, de todos los métodos aplicados (tabla 4), los estudios imagenológicos (ecografía y radiografía de colon por enema) fueron los que permitieron confirmar el mayor número de recurrencias tumorales.

Tabla 4. Pacientes según métodos de detección

Métodos para detección de las recurrencias (resultados positivos)	No.	%**
Examen clínico	15	40,5
Ecografía abdominal	28	75,6
Colon por enema	18	48,6
Colonoscopia	9	24,3
Tomografía axial computarizada	8	21,6

** Porcentaje calculado sobre la base del total de pacientes

La recurrencia se presentó durante los 2 primeros años del seguimiento posoperatorio (tabla 5), independientemente de su localización, con predominio de 27 pacientes con intervalo libre de enfermedad de menos de un año (73,0 %).

Tabla 5. Relación entre el sitio de la recurrencia y el intervalo libre de enfermedad

Localización del tumor recurrente	Intervalo libre de enfermedad (en años)		Total	
	Menos de 1	De 1- 2	No.	%
Locorregional	10	7	17	45,9
Colon (metacrónico)	12	1	13	35,2
Hígado	3	0	3	8,1
Ovario	0	2	2	5,4
Otro órgano	2	0	2	5,4
Total	27 (73,0 %)	10 (23,0 %)	37	100,0

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación se obtuvieron a partir de la evaluación de 346 afectados por cáncer de colon, operados con intención curativa, quienes acudieron a la consulta de seguimiento en el período señalado. Se impone acentuar que a este examen clínico de control asistieron realmente 413 en el transcurso de esos 7 años, lo cual se explica como sigue: 13 pacientes fueron intervenidos por presentar tumores irresecables, razón por la cual no era preciso continuar indagando clínicamente para detectar recurrencias, en tanto 54 fallecieron luego de su ingreso en el hospital.

De hecho, la recidiva tumoral devino un problema vinculado al seguimiento de personas operadas con fines curativos a causa de cáncer de colon, las cuales se incluyeron en un grupo más amplio, que aunque fueron seguidos, no mostraron signos de reaparición del proceso neoplásico durante el tiempo que abarcó el estudio; sin embargo, ello sí ocurrió en 37 del total (10,7 %), pero este resultado se encuentra entre los límites permisibles señalados por otros autores,^{1,2} quienes sostienen que hasta en 30 % de los afectados intervenidos por padecer cáncer de colon primario, puede producirse una recurrencia tumoral en algún momento del período posoperatorio.

El análisis de la edad reveló el predominio de los pacientes de 65 años, pues al ser los ancianos los más afectados por esta causa, cabría esperarse que en ellos se produjera también el mayor número de recurrencias; hallazgo que concuerda con estadísticas foráneas sobre el tema.⁶⁻⁸ De lo anterior se infiere que la edad no devino un factor determinante en la reaparición del tumor y que, por tanto, la primacía de recurrencias en ese grupo etario dependió del mayor número de afectados con cáncer de colon primario a esas edades y no respecto a otros factores asociados con dicha variable.

Por otra parte, la prevalencia del sexo femenino en la serie, igualmente está sustentado en un fenómeno similar al que se atribuyó a los grupos de edades, pues tampoco es posible afirmar en este caso que las mujeres fueron más proclives a experimentar la reaparición de la lesión primaria, dado a que las féminas

preponderaron (según la cifra) y no a que siempre son las más afectadas por ese tipo de cáncer; antecedente indispensable para hablar de recurrencia. A pesar de ello, no todo ha sido suficientemente despejado en relación con esa variable, pues en algunos estudios se asegura que el hallazgo de la neoplasia primaria en el hemicolon derecho y la condición de ser mujer garantizan un mejor pronóstico.^{8, 10}

La localización del tumor primario resecado en los pacientes con recurrencia puso de manifiesto que aunque las del colon ascendente y ciego (29,8 y 24,3 %, respectivamente), fueron las más comunes entre las 6 ubicaciones, la lesión original recidivó en todos los subsitios anatómicos.

El hecho de que las recurrencias prevalecieron en los integrantes de la casuística operados de cáncer de colon primario en la porción ascendente, se correspondió con la primacía de los tumores resecados en dicha parte del intestino grueso; por ende, no puede considerarse que la localización del mayor número de estos en ese subsitio anatómico, aumente el riesgo específico de reaparición tumoral, por lo cual pudo concluirse que la ubicación del proceso neoplásico no estuvo relacionada con la aparición de recurrencias en esta serie.

Al analizar detalladamente este hecho, sobresale que la exéresis de un tumor primario no está determinada por la localización anatómica de la lesión, sino por el grado de penetración en la pared del intestino y la invasión ganglionar en el momento del diagnóstico, por lo que una vez resecada la neoplasia primitiva, independientemente de la técnica quirúrgica específica para cada ubicación, las posibilidades de recurrencia serán las mismas para todos los casos y se verán afectadas por idénticos factores.^{2, 8} Ello explica la falta de relación entre la localización del tumor primario resecado y la reaparición de este último en el presente estudio.

En la clasificación celular del cáncer colónico primario se establece que el adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente de estos tumores^{11, 12} y, por supuesto, el que más recidiva. Los resultados concuerdan con esa afirmación, puesto que en 91,9 % de los pacientes se identificaron adenocarcinomas en sus diferentes grados: 37,9 % correspondió a los bien diferenciados; 32,4 % a los moderadamente diferenciados; 21,6 % a los poco diferenciados y apenas 5,4 y 2,7 % a los indiferenciados u otros (plexosarcoma), respectivamente. Al respecto, conviene recordar que cuando la recurrencia no es del mismo tipo histológico que la del tumor primario, se trata de una nueva neoplasia.

Como bien se conoce, el pronóstico del cáncer de colon primario está influenciado por el grado de penetración del tumor en la pared intestinal y la invasión ganglionar en el momento de haber sido detectado,^{12, 13} pero de lo que aún no se tiene certeza, es de la relación que pudiera existir entre estos factores y la posible reaparición de una recurrencia tumoral.

Por la razón precedente, al considerar la estadificación posoperatoria (TNM) luego de la exéresis del tumor primario en los pacientes con recurrencia, se encontró que más de la mitad de estos correspondieron al estadio III. Tal resultado demuestra que el cáncer de colon continúa siendo diagnosticado predominantemente en el nivel secundario de atención y en etapas avanzadas de su desarrollo, como también lo afirman otros estudiosos del tema.^{11, 12}

Resulta oportuno analizar que aunque la enfermedad se enmarcaba en los estadios I y II, en la minoría de los intervenidos (43,2 %), el grado de penetración del tumor en el primer acto quirúrgico presumiblemente no fue visto, al menos de forma aislada, un factor de predicción de recurrencia tumoral. Este análisis tampoco significa en modo alguno que los pacientes en etapas avanzadas de la lesión neoplásica primaria en el momento de reseccarla, se excluyan de ser considerados como de alto riesgo de recurrencia; por el contrario, solo se quiere llamar la atención sobre el hecho de que incluso a los operados en fases iniciales del proceso canceroso, se les debe vigilar durante el seguimiento posoperatorio en busca de posibles reapariciones de la afección, porque es imposible garantizar que ese retorno no se produzca.

Otra de las variables consideradas con fines de pronóstico es el tipo de operación inicial, dado que en los pacientes intervenidos con urgencia debería esperarse una incidencia mayor de recurrencias, determinada por la complicación que obligó al acto quirúrgico con inmediatez. Se impone puntualizar que, para algunos autores,^{9, 11} entre 8 y 30 % de las personas afectadas por cáncer de colon pueden padecer una oclusión intestinal en algún momento de la evolución natural de la enfermedad.

En esta serie 62,2 % de los pacientes fueron intervenidos de forma electiva y 37,8 % con urgencia; este último valor ligeramente superior al comunicado en estudios similares,^{8, 14} donde se refiere la aparición de recurrencias hasta en 24 % de los operados con carácter urgente.

No obstante, existen otros factores de pronóstico para precisar la radicalidad de la exéresis del tumor primario según tipo de operación inicial. Uno de ellos, que es el más defendido hoy en día, consiste en el número de ganglios linfáticos reseccados junto con el tumor, por cuanto se considera que la extirpación de al menos 13 de ellos ofrece mayor confianza respecto a la curación;^{11, 13, 14} pero como debe esperarse, esta disección ganglionar no siempre es posible cuando se interviene con urgencia, pues en esa circunstancia entran en juego la experiencia del equipo de cirugía, el estado físico del enfermo en el período preoperatorio y la prolongación del acto anestésico-quirúrgico, entre otros aspectos.^{14, 15} Partiendo de esa premisa cabe presuponer que serían entonces los factores asociados al carácter de la primera intervención y no este por sí solo, los que permitirían pronosticar más acertadamente la aparición de recurrencias en los pacientes operados con tanto apremio.^{15, 16}

El objetivo principal de la consulta de cirugía para el seguimiento de pacientes intervenidos de colon consiste en detectar tempranamente posibles reapariciones tumorales. En ese contexto se analizó la forma de presentación de las recurrencias en esta casuística.

Vale apuntar que la asistencia al turno médico de las personas operadas, se justificaba por el hecho de que no presentaban una sola manifestación clínica, sino varias, incluso algunas que no guardaban relación directa con la finalidad del seguimiento posoperatorio; sin embargo, al agruparlas de esta manera se estimó que todas ellas estaban asociadas con la aparición de una recurrencia tumoral. La reaparición de la enfermedad tuvo formas de presentación específicas en cada paciente, relacionadas con los diversos síntomas y signos recogidos a través del interrogatorio y el examen físico.

El síntoma predominante en estos pacientes fue el dolor abdominal difuso mantenido, seguido en orden descendente por los cambios en los hábitos defecatorios, el afinamiento de las heces fecales y la hematoquecia o sangrado rectal. La información

ofrecida por ellos en las consultas de seguimiento posoperatorio orientó hacia la realización de un reconocimiento físico minucioso y, por supuesto, a la indicación de los estudios complementarios requeridos para detectar oportunamente la recurrencia del tumor.

Los pacientes con tumor palpable, en su mayoría, señalaban manifestaciones inespecíficas; no obstante, el hecho de estar asintomáticos fue la causa más común de que algunos de ellos se ausentaran de la consulta por un período más prolongado que el establecido en el esquema de seguimiento, lo cual hizo que se perdiera la oportunidad de diagnosticar las recurrencias tumorales antes de que se convirtieran en verdaderas tumefacciones perceptibles al tacto, puesto que solo los exámenes periódicos efectuados en los encuentros posoperatorios programados con el personal de cirugía, las puede revelar a tiempo.

Otro grupo de interés estuvo integrado por algunos enfermos que presentaron recurrencias sin estar acompañadas de síntomas o elementos positivos que evidenciaran su existencia durante la inspección física efectuada al inicio del seguimiento, las cuales fueron diagnosticadas mediante exámenes complementarios. Este resultado, aunque infrecuente, demuestra el impacto favorable de la mencionada consulta, pues durante su desarrollo no solo se interroga y examina a los pacientes, sino que se indican las pruebas auxiliares necesarias para detectar las lesiones recurrentes, según las normas establecidas de modo general, que se individualizan en cada caso para ese fin. De lo anterior se infiere que el diagnóstico puede ser establecido cuando se toman en consideración la coincidencia de los hallazgos clínicos y los datos obtenidos de los diversos exámenes reglamentarios realizados.

De todos los métodos aplicados, como igualmente han admitido otros autores, los estudios imagenológicos fueron los que permitieron confirmar el mayor número de recurrencias tumorales, algunos de los cuales estuvieron disponibles regularmente durante todo el período que abarcó la investigación. A tales efectos, se conoce que la ecografía abdominal no constituye una técnica de diagnóstico por imágenes de primera línea para mostrar reapariciones neoplásicas en vísceras huecas, pues se sabe que su sensibilidad depende del imagenólogo y que teóricamente esta solo alcanza 57 % e, incluso, desciende todavía más en el caso de metástasis hepáticas menores de un centímetro.¹⁵⁻¹⁹

Es preciso recordar que estos datos se refieren a la ecografía convencional, pues la intraoperatoria se caracteriza por sensibilidad y especificidad elevadísimas;^{12, 17-19} sin embargo, en la presente serie se obtuvo que la ecografía abdominal fue de gran utilidad para diagnosticar recurrencias (75,6 %), aunque en tal resultado pudo haber influido el hecho de que en la mayoría se trataba de un tumor palpable en ubicación locorregional y diferentes sitios del intestino grueso, así como en el hígado, cuyas peculiaridades coadyuvaron a su identificación a través de este método.

Conviene recalcar que aunque la tomografía computarizada no estuvo disponible de forma regular durante el seguimiento posoperatorio, su uso permitió confirmar los resultados positivos de otros exámenes imagenológicos efectuados en instituciones extrahospitalarias luego del ingreso de dichos enfermos, si bien se acepta en sentido general que su sensibilidad y especificidad superan las de técnicas imagenológicas como la ecografía y la radiografía de colon por enema.^{15, 16} Mención aparte merece la tomografía por emisión de positrones, con la cual no se cuenta en este medio, pero cuyo valor en el diagnóstico y la estadificación de esos pacientes va *in crescendo*.^{18, 19}

La radiografía de tórax se realizó a todos los integrantes de la casuística durante el seguimiento posoperatorio, de acuerdo con el esquema diseñado, lo cual posibilitó determinar la existencia o no de recurrencia en los pulmones, pero solo resultó positiva en un paciente con gran deterioro de su estado general y elevado riesgo anestésico-quirúrgico, razón por la cual recibió tratamiento paliativo.

En efecto, la radiografía de colon por enema continúa siendo en Cuba uno de los estudios fundamentales para diagnosticar la recurrencia tumoral en la mayoría de los pacientes, la cual fue confirmada luego a través de los diferentes métodos endoscópicos. Respecto a las manifestaciones clínicas, los resultados de este procedimiento radiográfico fueron positivos en todos los enfermos que presentaban tumor abdominal palpable y palidez cutaneomucosa; hallazgo que corrobora la importancia de indicar dicho examen después de la intervención quirúrgica, según lo establecido en el esquema de la consulta externa de cirugía.

La confirmación de los diagnósticos imagenológicos por medio de endoscopias, que permiten tomar muestra para biopsia, asegura la correlación entre las observaciones clínicas y los resultados obtenidos en los diversos exámenes complementarios.^{6,7,9} En ese sentido, la colonoscopia resultó positiva en los pacientes con recurrencia locorregional y otras partes del intestino grueso, o en ambas, así como en los que experimentaban dolor abdominal y alteraciones en los hábitos defecatorios, a pesar de que no pudo efectuarse durante todo el tiempo de la investigación.

Respecto a los exámenes de laboratorio, la determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA por sus siglas en inglés) dejó de realizarse en las consultas por falta de recursos para su ejecución periódica, de manera que ante esa irregularidad para detectar recurrencias, su valor predictivo no pudo ser considerado en esta casuística, como tampoco ha sido tomado en cuenta por otros autores,^{1,9} quienes opinan que cada vez más se le resta importancia a este marcador como factor de pronóstico de reapariciones tumorales.

Algunos exámenes complementarios como hemograma completo, conteo de plaquetas y determinación de proteínas totales y fraccionadas, entre otros, fueron prescritos más bien para valoración general del estado del paciente y de la tolerancia a la quimioterapia, pues no alertan sobre la aparición de recurrencias, aunque de todas formas proporcionan información indirecta válida para el seguimiento.

Se reitera que el análisis previo del intervalo libre de enfermedad puso de manifiesto que el cáncer recurrió en la mayoría de los pacientes durante los 2 primeros años posteriores a la operación inicial. Es significativo que en 45,9 % de los afectados las recurrencias se encontraron en una ubicación locorregional, la cual incluía la línea de sutura y las lesiones en el estoma de la colostomía, entre otras; resultado que está directamente asociado con la rigurosidad con que se extirpe el tumor primario y, visto aisladamente, quizás con alguna deficiencia técnica.

De todos modos, es válido recordar que aunque la operación se realizó con urgencia en un determinado número de pacientes (37,8 %), el carácter de la intervención inicial, como antes se dijo, no pareció influir por sí solo en la aparición global de recurrencias, pues ese tipo de acto quirúrgico se efectúa cuando ya existe un marcado deterioro local y general del cuadro clínico, a lo cual se añaden los trastornos que genera la propia complicación.

Por otra parte, 2 féminas (5,4 % del total) con recurrencia en los ovarios no fueron beneficiadas con la ooforectomía durante la primera operación; técnica de cirugía complementaria, muy recomendada en mujeres intervenidas a causa de cáncer primario, sobre todo en el hemicolon izquierdo, por la elevada reaparición tumoral en esta localización.^{15, 16}

El sitio anatómico de la recurrencia no fue un factor relacionado con el intervalo libre de enfermedad, pues siempre esta se presentó en los 2 primeros años del seguimiento posoperatorio, independientemente de su localización. De acuerdo con ello, durante ese tiempo debe insistirse en detectar la recurrencia de cualquier tipo aunque todo parezca indicar que no se ha producido, antes que esperar su aparición, si ocurriera, en un lugar específico de la anatomía, como también se plantea en otras series.^{2, 8, 9}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruinvels DJ, Stiggelbout AM, Kievit J, Van Houwelingen HC, Habbema JD, Van de Velde CJ. Follow-up of patients with colorectal cancer. A meta-analysis. *Ann Surg*. 1994; 219(2):174-82.
2. Heidenreich A. Seguimiento posoperatorio en el carcinoma colorrectal. *Rev Argent Coloproctol*. 2001; 12(1):55-7.
3. Cancer Guidelines. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). National Cancer Institute (NCI), 2005 [citado 28 Mar 2012].
4. American Cancer Society. Prevención y factores de riesgo del cáncer colorrectal. Atlanta: ACS; 2008.
5. Rodríguez Fernández Z, González- Rodiles Heredia RE, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: intervalo libre de enfermedad y tratamiento adyuvante. *MEDISAN*. 2009 [citado 12 May 2012]; 13(6).
6. Wagman LD, Kemeny MM, Leong L. A prospective, randomized evaluation of the treatment of colorectal cancer recurrence. *J Clin Oncol*. 1990; 8(11):1885-93.
7. Marcuello E. Seguimiento postoperatorio de los pacientes con cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2000; 15:66-76.
8. Phillips RKS, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP. Local recurrence following "curative" surgery for large bowel cancer II. The rectum and rectosigmoid. *Br J Surg*. 1984; 71(1):17-20.
9. Rovelo Lima JE, Rodríguez Wong U, Badillo Bravo A, Meza Sánchez JC. Escrutinio en el cáncer de colon y recto. *Rev Mexicana Coloproctol*. 2007; 13(1):20-3.
10. Mendoza Sánchez A, Sobrino Cossio S, Hernández Guerrero A, Córdova Pluma V, Alonso Lárraga O, Sánchez del Monte J. Utilidad de las escalas diagnósticas para cáncer de colon no polipósico hereditario en la población mexicana. *Rev Gastroenterol Mex*. 2005; 70(4):411-5.
11. Aranda Aguilar E. Tratamiento del cáncer de colon estadios II, III y IV. *Oncología (Barc)*. 2004; 27(4):258-61.

12. García Gutiérrez A. Enfermedades quirúrgicas del abdomen. Cáncer de colon y recto. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G, Abraham Arap JF, Adefna Pérez RI, Arce Bustabad S, Barrero Soto R, *et al.* Cirugía. Tomo 3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 1277-1318.
13. Greene FL, Compton CC, Fritz AG. Colon and rectum. In: Cancer Staging Atlas. American Joint Committee on Cancer. New York: Springer; 2006.p.107-17.
14. Martínez Ramos D, Escrig Sos J, Miralles Tena JM, Rivadulla Serrano MI, Dároca José JM, Salvador Sanchís JL. Influencia de la especialización del cirujano tras cirugía por cáncer de colon. Utilidad de los índices de propensión. Rev Española Enferm Dig. 2008;100(7):387-92.
15. González- Rodiles Heredia RE, Rodríguez Fernández Z, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 8 Ene 2013]; 48(1).
16. Rodríguez Fernández Z, González- Rodiles Heredia RE, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: consideraciones actuales. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 8 Ene 2013]; 48(1).
17. Conde T, Rodríguez MY, Barrios PJ, García BA, Suz J, Díaz NM. Caracterización por imagenología del cáncer de colon. MEDISUR. 2010 [citado 8 Ene 2013];8(2).
18. Quiroz Castro O, Huerta Torres G. Imagen en el cáncer colorrectal con énfasis PET/TC. An Radiol Mex. 2009;8(3):247-56.
19. Sánchez Rodríguez V, Ochoa Figueroa M, Hernández Briz MJ. Diagnóstico de la recurrencia del carcinoma colorrectal con PET-CT¹⁸F-FDG en pacientes con resección quirúrgica de la lesión primaria: correlación con hallazgos histopatológicos. An Radiol Mex. 2011;10(3):187-93.

Recibido: 2 de octubre de 2014.

Aprobado: 22 de octubre de 2014.

Zenén Rodríguez Fernández. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: zenen@medired.scu.sld.cu