

**Revista Mexicana de Coloproctología**  
**Enfermedades del ano, recto y colon**

**Volumen 11**  
*Volume*

**Número 3**  
*Number*

**Septiembre-Diciembre 2005**  
*September-December*

*Artículo:*

**Endoscopia evolutiva en pacientes operados de cáncer colorrectal en el Hospital “Hermanos Ameijeiras”**

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon A.C.

**Otras secciones de este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



# Endoscopia evolutiva en pacientes operados de cáncer colorrectal en el Hospital "Hermanos Ameijeiras"

María Elena González Solares,\* Llpsy Fernández Santiesteban,\*\* Guillermo Llanes Díaz,\*\*\* Juan A Mas Páez,\*\*\*\* Mario García,\*\*\*\*\* Hermidio Hernández Mulet\*\*\*\*\*

- \* Especialista 1er. Grado en MGI. Especialista 1er. Grado en Coloproctología.
- \*\* Especialista 1er. Grado en Cirugía General.
- \*\*\* Especialista 1er. Grado en Coloproctología.
- \*\*\*\* Especialista 2do. Grado en Gastroenterología.
- \*\*\*\*\* Especialista en 1er. Grado en Gastroenterología.

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" Ciudad Habana. 2004

## Resumen

El cáncer de colon y recto es la tercera neoplasia en orden de frecuencia en la población mundial. En Cuba la distribución de la mortalidad es comparable al de los países desarrollados, ocupando la tasa de mortalidad por cáncer el 2do lugar en todas las edades, excepto en el grupo de 1-4 años. Una vez diagnosticado y tratado es de vital importancia el seguimiento adecuado de los pacientes para detectar las recurrencias locales, metástasis, lesiones premalignas y tumores metacrónicos. Para ello es sin lugar a dudas el estudio endoscópico quien aporta los datos más fidedignos en la evaluación y seguimiento de estos pacientes. Reportamos los resultados obtenidos en nuestro centro con la realización de estudios endoscópicos de seguimiento en 104 pacientes de 238 operados de cáncer colorrectal, en un periodo de tiempo comprendido entre mayo 2001 y mayo 2004. Las lesiones que con más frecuencia se reportan son los pólipos metacrónicos (21 casos, 20.3%) y neoplasias metacrónicas (9 casos, 8.7%). Concluimos que es de gran utilidad el seguimiento endoscópico de los pacientes operados de cáncer colorrectal, para su correcta evaluación y tratamiento precoz de recidivas y lesiones premalignas o metacrónicas.

**Palabras clave:** Endoscopia evolutiva, cáncer colorrectal.

## Abstract

*The colorectal cancer is the third neoplastic in the world. In our country, the mortality by colorectal cancer is as same as in development countries. At the moment when the cancer is detected, follow up it is to important to determine local relapse, metastasis, premalign lesions and metachronic tumours. For these reasons the endoscopic studies are necessary to follow up after surgery for colorectal cancer, and their valuation. That was the reason to perform a prospective study of intensive follow up in colorectal cancer surgery patients since may 2001 to may 2004. This study showed that the most common lesions were metachronous polypus (21 cases, 20.3%) and metachronous neoplasics (9 cases, 8.7%). We conclude that endoscopic follow up after surgery for colorectal cancer is useful in these patients to adequate valuation, early treatment of relapse and metachronous lesions.*

**Key words:** Evolutionary endoscopic, colorectal cancer.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon y recto ocupa el tercer lugar en orden de frecuencia en el hombre y el segundo en la mujer. Se reporta además, como la 3ra causa de muerte por cáncer, tanto en hombres como en mujeres.

La incidencia de neoplasia colorrectal tiene una tendencia creciente en muchos países, en EUA constituye la segunda causa de muerte por cáncer, y se estima que en el 2004 se diagnosticarán 147,000 casos nuevos y causará 57,000 muertes.<sup>1</sup>

En Cuba se produjeron 293 muertes por cáncer de recto, rectosigmoides y ano en el año 2002 y la tasa

por 100,000 habitantes fue de 2.6, superior a las del 2001 y 1980 que fueron 2.0 y 2.2 respectivamente.<sup>2</sup>

Mientras que la incidencia de cáncer de colon en el 2000 y 1999 tuvo una tasa ajustada por 100,000 habitantes de 9.5 y 11.6 respectivamente.<sup>2</sup>

La supervivencia para el cáncer colorrectal es de 5 años en el 90% para los casos diagnosticados tempranamente, pero del 65% una vez que haya infiltración linfática o a los órganos vecinos y cuando existen metástasis a distancia (hígado y pulmón) es de 9%.<sup>1</sup>

Después de haber diagnosticado y tratado el cáncer colorrectal es de vital importancia el seguimiento adecuado de estos pacientes para la detección y el correc-

to tratamiento de las recurrencias tumorales, metástasis a distancia, la aparición de lesiones premalignas o tumores metacrónicos. Y es sin lugar a dudas el seguimiento endoscópico quien ofrece los resultados más fidedignos en el hallazgo de estas lesiones.

## OBJETIVOS

1. Determinar el índice de recidiva tumoral.
2. Establecer el periodo de seguimiento endoscópico óptimo en pacientes operados de CCR.
3. Identificar las recurrencias, la aparición de pólipos y cáncer primario en pacientes operados de CCR en nuestro centro.
4. Determinar la presencia de estenosis benigna a nivel de la anastomosis.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo y descriptivo, desde mayo de 2001 hasta mayo de 2004, basado en el seguimiento endoscópico de 104 pacientes operados de cáncer

## ANEXO

**Cuadro I.** Distribución de sexo según grupos etáreos.

Grupo etáreo	Masculino	Femenino	Total
< 30	–	1	1
31-40	–	3	3
41-50	7	2	9
51-60	13	8	21
61-70	13	32	45
71-80	7	13	20
81-90	3	2	5
> 90	–	–	–
Total	43	61	104

**Cuadro II.** Distribución de pacientes según hallazgo endoscópico y tiempo transcurrido desde la operación.

Tiempo transcurrido	Hallazgos endoscópicos								
	Estenosis de la anastomosis		Recidiva tumoral		Pólipos metacrónicos		Neoplasia metacrónica		
	F	M	F	M	F	M	F	M	
<6 meses	–	–	–	–	–	–	–	–	–
6 meses a 1 año	1	1	–	1	–	–	–	–	–
1 a 2 años	1	–	–	–	3	2	2	1	
2 a 3 años	–	–	–	–	4	7	–	1	
3 a 4 años	–	1	–	–	–	1	–	1	
4 a 5 años	–	–	–	–	–	–	–	–	
> 5 años	–	1	–	–	–	4	–	4	
Total/porcentaje	5	4.8%	1	0.9%	21	20.3%	9	8.7%	

colorrectal en el Hospital Hermanos Ameijeiras de Ciudad de la Habana, Cuba, de 238 intervenidos en este periodo.

Revisamos el libro de registro de endoscopia digestiva baja (colonoscopia), donde se recogen los datos personales, antecedentes de salud, localización del tumor previo y el proceder quirúrgico realizado.

El análisis estadístico se basó en un estudio porcentual.

## RESULTADOS

En un periodo comprendido desde mayo del 2001 hasta mayo del 2004 fueron realizados 104 estudios endoscópicos en pacientes operados en nuestro centro por cáncer colorrectal de un total de 238 para un (43.6%).

Fueron examinados 61 (58.6%) pacientes del sexo femenino y 43 (41.3%) pacientes del sexo masculino.

En los grupos etáreos donde más pacientes se hallaron fueron 51-60, 61-70, 71-80 con 21, 45 y 20 pacientes respectivamente (*Cuadro I*).

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron los pólipos metacrónicos con 21 pacientes (11.3%), las neoplasias metacrónicas 9 pacientes (8.6%), menos frecuente se hallaron las estenosis benignas de las anastomosis benignas con 5 (4.3%) pacientes y una recidiva tumoral (0.9%) (*Cuadro II*).

Entre los 6 meses y 1 año fue el periodo de tiempo donde mayormente se descubrieron nuevas lesiones (10 pacientes) (9.6%).

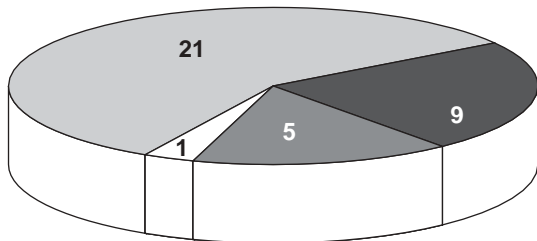
## DISCUSIÓN

El seguimiento de los pacientes operados con diagnóstico de cáncer colorrectal es importante por las tres eventualidades que se pueden presentar:

- Crecimiento tumoral en zonas metastásicas que previamente habían sido descubiertas o no durante la operación.



**Figura 1.** Recidiva tumoral en el sitio de la resección (vista endoscópica).



**Cuadro III.** Seguimiento endoscópico en operados de CCR desde el 2001 hasta el 2004.

Operados de CCR	Endoscopias evolutivas	Por ciento
238	103	43.2

- Recidiva del tumor (ver crecimiento en el lugar de la resección) (Figura 1).
- Aparición de otro tumor maligno (metacrónico, independiente).

Para ello se hace necesario someter al paciente a exámenes periódicos entre los cuales se encuentra la endoscopia.

Los pacientes con antecedentes de cáncer colorrectal tienen mayor riesgo de recurrencias tumorales en la anastomosis, aparición de pólipos adenomatosos y carcinomas metacrónicos. Stigliano V y cols<sup>3</sup> hallaron en 253 pacientes, 22 recurrencias tumorales, 24 ade-

nomas metacrónicos y 5 cánceres metacrónicos y sugiere rectosigmoidoscopia cada 6 meses los 2 primeros años en pacientes con cáncer de recto y sigmoides.

El protocolo óptimo para el seguimiento de estos pacientes no está bien establecido, existen autores que sugieren un seguimiento mínimo de 5 años para el establecimiento de neoplasias metacrónicas y los intervalos libres de enfermedad.<sup>4</sup>

Aunque las estadísticas de los autores difieren en cuanto a la tasa de supervivencia a los 5 años, puede establecerse que ésta fluctúa entre el 50-59%<sup>4-7,10,13,15,16,18,20</sup> de los pacientes operados, si no existe toma ganglionar y la etapa de la lesión es Dukes A o B.

En el hospital "Cristal Pinor" de España desde 1994-1996 se diagnosticaron en las endoscopias evolutivas de los operados: 3 tumores sincrónicos, 4 recurrencias a nivel de la anastomosis, 2 tumores metacrónicos y 20.6% de pólipos metacrónicos.<sup>5</sup>

En nuestro estudio se encontró recurrencia en 1 (0.9%) caso, 5 (4.8%) estenosis a nivel de la anastomosis, 21 (20.3%) pólipos metacrónicos y 9 (8.7%) neoplasias metacrónicas; como observamos, la aparición de pólipos en nuestra serie se presentó en 11.3%, esto demuestra lo necesario que es la realización de la colonoscopia evolutiva, pues la mayoría de nuestros pacientes eran asintomáticos, al aparecer estas lesiones premalignas aumentando la posibilidad de desarrollar neoplasias CR.

Higaki S.<sup>8</sup> y colaboradores, señalan que un gran número de las lesiones pueden ser resecaadas por vía endoscópica.

La intervención oportuna, el tratamiento quirúrgico vs endoscópico adecuado, aumentan la supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes.

**CONCLUSIONES**

1. El seguimiento endoscópico adecuado es necesario para mejorar la supervivencia de los pacientes operados de cáncer colorrectal.
2. No todos los pacientes operados de cáncer colorrectal han sido sometidos a colonoscopia evolutiva.

**RECOMENDACIONES**

1. Continuar creando los mecanismos adecuados que permitan evolucionar endoscópicamente a todos los pacientes operados de cáncer colorrectal.
2. En pacientes operados de cáncer de recto y sigmoides realizar rectosigmoidoscopia cada 6 meses durante el 1er año y después anual hasta los 5 años, posteriormente cada 2 años.

3. En pacientes operados de cáncer de colon realizar seguimiento endoscópico anual hasta los 5 años y posteriormente cada 2 años.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Kabbavar F, Huwitz HI, Fehrenbacher L, Meropol NJ, Novotny WF, Lieberman G et al. Colorectal cancer facts. *J Clin Oncol* 2003; 21: 60-5.
2. MINSAP, Cuba. *Anuario Estadístico 2002*. Incidencia de cáncer según principales localizaciones 1999-2000.
3. Stigliano V, Fracasso P, Gassi A. Endoscopic follow up in colorectal cancer patients. *Exp Clin Cancer Res* 2000; 19: 145-8.
4. Metall MR, Woods WG, Miles MF. Colonoscopic surveillance after curative colorectal resection: results of an surveillance programme. *Colorectal Dis* 2003; 5: 233-40.
5. Aquerella L, Orti E, Carelles P, Martínez M, Quiles F, Bixquet M et al. Colonoscopic follow up of patients undergone curative resection of colorectal cancer. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 415-20.
6. Aubert A, Bloch F, Cahilleri JP, Bovillot JL, Alexandre JH, Petite JP. Colonoscopic surveillance of patients operated on colorectal cancer. Retrospective evaluation of 269 tests in 125 patients. *J Chir* 1989; 126: 225-8.
7. Cuiella J, Gomoa R, Sánchez E, Díaz MS, Vega M. Endoscopic follow up of patients after curative surgery for colorectal cancer: results of medical assistance protocol. *Rev Esp Enf Dig* 2003; 95: 278-81.
8. Higaki S, Gardo T, Okiti K. Long term follow up of large flat colorectal tumors resected endoscopically. *Endoscopy* 2003; 35: 845-9.
9. Graquist S, Karlson T. Postoperative follow up of patients with colorectal carcinoma by colonoscopy. *Eur J Surg* 1992; 158: 207-12.
10. Merri M, Marioni A, Ceragiolo T, Pelosini M, Marrucci B, Biullani L. Importance of endoscopic follow up in the diagnosis of metachronous colorectal cancer. *Minerva Chir* 1995; 50: 23-7.
11. Cooper GS, Yuen Z, Chak A, Priman AA. Patterns of endoscopic follow up after surgery for nonmetastatic colorectal cancer. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 33-8.
12. Chen HS, Sheen-Chen SM. Synchronous and "early" metachronous colorectal adenocarcinoma: analysis of prognosis and current trends. *Dis Colon Rectum* 2000; 63: 1093-9.
13. Belani A, Turollo A, Rseano M, Scaramucci M, Pistani V, Liguari G. Role of intensive follow up in colorectal cancer surgery patients. *Tumor* 2003; 89: 90-4.
14. Fajohi O, Ym CY, Sen Gupta SB, Borlos PB. Metachronous colorectal Carcinoma. *Br J Surg* 1998; 85: 897-901.
15. Barkim JS, Cohr ME, Flaxane m, Lindblend AS, Mayer RJ, Kalser MH, Sterling SM. Value of routine follow up endoscopy program for the detection of recurrent colorectal carcinoma. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 1355-60.
16. Skaife P, Seon Choe F, Eu KW, Teng CL. A level indicator for surveillance colonoscopy following colorectal cancer resection. *Colorectal Dis* 2003; 5: 45-8.
17. Zuniga A, Rahmer AS, Llanos O, López F, Henaros R. Colorectal cancer follow up after curative resection. *Rev Med Chil* 1989; 117: 273-8.
18. Yusoff FF, Hoffman NE. Colonoscopic surveillance after surgery for colorectal cancer. *ANZ J Surg* 2003; 73: 3-7.
19. Beck DE, Opelka FG, Hicks TC, Timocke AE, Khong DA, Gathright JB. Colonoscopic follow up of adenomas and colorectal cancer. *South Med J* 1995; 88: 567-70.
20. Avidan B, Sonnenberg A, Schrell TG, Leys J, Metz A, Santy SJ. New occurrence and recurrence of neoplasm within syeans of a screening colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2000; 97: 1524-9.