

Cáncer del colon y recto

Participantes:

Coordinador: Dra. María Elena Anzures L, Jefe de la Unidad de Gastroenterología, Hospital General de México, S.S.A.

Dr. Cuauhtémoc Mercado, Médico asistente.*

Dr. Daniel Murguía, Médico adjunto.*

Dra. Blanca Pineda, Médico auxiliar.*

Introducción El cáncer del colon y recto ocupa el segundo lugar entre los cánceres del aparato digestivo. Es uno de los tumores que dan una sintomatología que puede orientar hacia su diagnóstico con cierta rapidez, es el tumor del aparato digestivo que tiene mejor pronóstico en cuanto a operabilidad y reseabilidad. Vamos a manejar el tema de acuerdo con el esquema de la historia natural de la enfermedad y por lo tanto, vamos a hablar primero sobre cuál sería el agente causal. **No se conoce el agente causal del cáncer del colon en humanos, pero sí los factores de mediano y alto riesgo: predisposición familiar o genética, ambientales y locales. Es más frecuente entre los 60 y 70 años de edad. Se ha descrito una diátesis cancerosa. Entre los factores del ambiente se encuentra la alimentación pobre en residuo, y rica en proteínas y grasas o en azúcares muy refinados. Su frecuencia, en la ciudad de México, varía entre el primero o segundo lugar entre los cánceres de aparato digestivo, según la Institución Hospitalaria. Es más frecuente en obreros en contacto con asbesto o alquitrán de hulla y en pacientes que hayan recibido radioterapia. En el norte de la República, especialmente en Monterrey y Sonora, el cáncer de colon y recto es más frecuente que el del estómago.**

Dr. Murguía, ¿quiere usted decirnos cuáles es el agente causal de la enfermedad?

Dr. Murguía No se conoce hasta ahora el agente causal directo del cáncer de colon en humanos pero podemos decir que existen factores de mediano y alto riesgo entre los que vale la pena mencionar: predisposición familiar o genética, ambiente —actividad laboral y alimentación— y por último los factores locales como son algunas enfermedades pre-existentes en el colon y la constipación intestinal.

Es conveniente mencionar que en algunos roedores se ha logrado inducir la aparición de cáncer de colon por medio de sustancias químicas pero ignoramos hasta el momento si algo semejante pueda ocurrir en el humano.

*Unidad de Gastroenterología, Hospital General de México, S.S.A.

Tiene gran importancia la edad, ya que es más frecuente después de los 50 años y su máxima frecuencia está entre los 60 y 70 años.

Coordinador Dra. Pineda, ¿hay algunas enfermedades o estados previos patológicos del colon que aumenten el riesgo de contraer el cáncer?

Dra. Pineda Sí, se encuentran clasificados como enfermedades de alto, mediano y bajo riesgo. Las enfermedades de alto riesgo son la poliposis familiar múltiple o cualquier poliposis intestinal como el síndrome de Gardner o el Turkot, pólipos sésiles; de mediano riesgo como la colitis ulcerosa crónica inespecífica, la colitis granulomatosa o enfermedad de Crohn, los pólipos hamartomatosos; de riesgo bajo, los pólipos juveniles. Además el antecedente de cáncer en la familia.

Coordinador ¿Y qué se puede agregar respecto de haber padecido ya cáncer en otros segmentos del colon?

Dra. Pineda También es un antecedente importante para que repita la enfermedad, ya que sabemos que en el colon el cáncer puede ser metacrónico y multicéntrico.

Coordinador ¿A qué se debe este aumento de la posibilidad de adquirir, de readquirir el cáncer del colon, Dr. Murguía?

Dr. Murguía Por un lado existe la posibilidad de que ya exista cáncer incipiente no detectado en otro sitio del colon, pues se sabe que el cáncer de colon puede ser sincrónico y multicéntrico (3.6%) y además metacrónico (1.0%). La incidencia anual de cánceres primarios múltiples subsecuentes es de 3.5 x 1000 y el riesgo es mayor si el cáncer previo fue en el ciego.

Por otro lado existe la teoría de que el cáncer de colon, por lo menos en parte, es controlado por el sistema inmunológico (factor supresor mediado por células y anticuerpos bloqueadores) de tal forma que si este sistema falla aparecen nuevos cánceres.

Dr. Mercado También se ha descrito a propósito de esto una diátesis cancerosa que hace que en la vida de estos pacientes aparezcan diferentes tipos de cáncer en distintas regiones del organismo. Así se ha visto que en un 3.9 por ciento de los pacientes que llegan a tener un cáncer de colon ya tuvieron cáncer en otra parte del organismo.

Coordinador ¿Cuáles son los factores del ambiente que van a favorecer que se presenten estos cánceres.

Dr. Mercado, ¿cuáles serían los que usted podría decirnos?

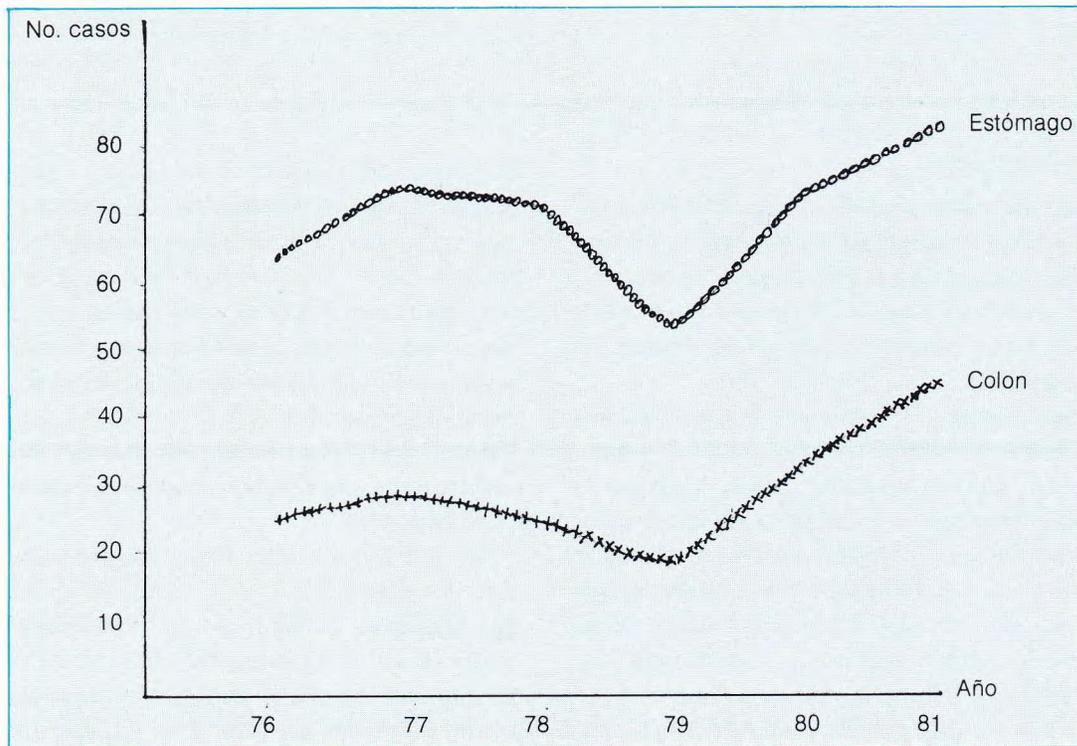
Dr. Mercado Desde luego, con respecto al ambiente un factor de capital importancia es la alimentación. Se ha visto que el cáncer de colon es mucho más frecuente en aquellas civilizaciones que llevan una alimentación muy pobre en residuos y muy rica en proteínas y grasas, sobre todo en grasas de origen animal, así mismo, dietas hipercalóricas con azúcares muy refinados.

Coordinador Dr. Murguía, ¿qué nos puede decir sobre la alimentación?

Dr. Murguía Como ya se mencionó, se ha visto que la frecuencia de cáncer de colon se relaciona más bien con factores ambientales y se le conoce como fenómeno de Haensel, y en éste indudablemente se incluye el tipo de alimentos, así por ejemplo, la incidencia de cáncer de colon es alta en los Estados Unidos, Nueva Zelanda, Norte y Oeste de Europa, así como en Sudáfrica (blancos) y es baja en Asia, Sudáfrica (negros) y en Sudamérica, excepto en Argentina y Uruguay, donde el consumo de carne es alto, de lo que se deduce que en alguna forma la carne influye en la génesis del cáncer de colon, así como lo demuestra el estudio hecho en 28 países donde se encontró una correlación positiva entre la incidencia de cáncer colorrectal y el total de la carne consumida.

Conviene hacer énfasis que en el grupo de

Gráfica A. Frecuencia por año de cáncer de estómago y colon en el Hospital General de México, S.S.A.



inmigrantes la incidencia de cáncer de colon tiende a ajustarse a aquella del país que adopta, esto está ilustrado en los estudios del japonés Issei —primera generación— y Nisei —generación subsecuente—. En los japoneses de Hawai que no continúan la práctica de su comida típica, la frecuencia de cáncer colorrectal, es más alta que los que la continúan. Resumiendo, el cáncer de colon y recto es más frecuente en personas que comen alimentos ricos en grasas de origen animal, carne de res, y carbohidratos refinados y es poco frecuente en personas que no comen lo anterior y que su dieta es abundante en residuo, probablemente porque ésta favorece un tránsito intestinal rápido y los alimentos potencialmente carcinogénicos tienen menos contacto con la mucosa del colon.

Coordinador Para citar la experiencia de México podemos decir que nuestra ciudad, aunque aparentemente es una ciudad solamente, en realidad es como un mosaico que tiene de todas las clases sociales y todo tipo de alimentaciones y en un estudio que se hizo en la Academia Nacional de Medicina con res-

pecto a la frecuencia del cáncer en diferentes instituciones; se vio que en el Hospital Español, el cáncer de colon y recto ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia, el segundo lo ocupa el cáncer del estómago. Esto es al revés en las otras instituciones: en el Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia el primer lugar lo ocupa el cáncer del estómago y el segundo el de colon y recto. En el Instituto Nacional de la Nutrición también está en primer lugar el cáncer de estómago y en segundo lugar el del recto. Y en el hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social también en primer lugar es el de estómago y en segundo lugar es el del colon y recto. Pero lo que es sorprendente es que en el Hospital 20 de Noviembre también ocupa el primer lugar el cáncer de colon y recto y en segundo lugar el de estómago. Sin embargo, esto sucedió hasta 1979 y en ese año se incorporó a la Seguridad de los Trabajadores al Servicio del Estado otro grupo de personas con menores recursos económicos y en el Hospital 20 de Noviembre disminuyó la frecuencia relativa del cáncer de

colon y aumentó la del estómago.

Dentro de la misma ciudad se ha visto que existe mayor cantidad de cáncer de colon y recto en las personas de altos recursos económicos y con una dieta rica en calorías, en proteínas y en grasas animales. También en el norte de la república especialmente en Monterrey y en Sonora, el cáncer de colon y recto es más frecuente que el cáncer de estómago.

Ahora, con respecto a otros factores que ya no sean de alimentación pero que sean del ambiente, ¿qué me puede decir usted Dr. Mercado acerca del trabajo, algún trabajo en especial o el contacto con algunas sustancias pueden favorecerlo?

Dr. Mercado Se ha visto que éste tipo de cáncer es más frecuente en algunos trabajadores, principalmente en obreros y sobre todo en aquellos que están en contacto por ejemplo con el asbesto o que manejan en alguna forma el alquitrán de hulla. Sólo de estos dos tipos de trabajo es en los que se ha visto en que aumenta la frecuencia de cáncer de colon. En otros pacientes en los que también puede aumentar es en aquellos en que por alguna otra causa han recibido radioterapia principalmente en aquellas mujeres con cáncer cervicouterino.

Para la detección específica de esta enfermedad se aconseja buscar sangre oculta en personas mayores de 40 años. Una historia clínica bien elaborada basta para sospechar cáncer del colon. El tacto rectal es indispensable y nunca debe omitirse y hay que observar si el dedo explorador al retirarse trae sangre. El paso siguiente es la rectosigmoidoscopia. Últimamente se ha desarrollado el perfil rectal, consiste en hacer un tacto rectal y luego sigmoidoscopia y tomar muestras de las lesiones de la mucosa para buscar amiba, practicar Papanicolaou y cultivo. Entre las medidas para prevenir el cáncer rectal está el estudio cuidadoso de los pacientes que tienen alto

Coordinador Con esto hemos revisado lo que se refiere a los factores del huésped y a los factores del ambiente. Vamos a ver cuál sería en el periodo prepatogénico de la enfermedad lo que se refiere a la prevención primaria de este padecimiento y en este capítulo promoción de la salud. ¿Qué sería lo que se debe aconsejar a una persona para que no adquiera este padecimiento?

Dra. Pineda, ¿me podría usted decir qué sería importante en la prevención?

Dra. Pineda Debe darse una orientación acerca de una alimentación balanceada con una cantidad suficiente de proteínas, de hidratos de carbono, de grasas y con un alto contenido de residuos.

Esa creo que es una medida muy importante, educar al paciente y a la familia en cómo alimentarse.

Coordinador Dr. Murguía, ¿en cuanto a la detección específica de esta enfermedad qué sería lo que se aconseja a toda la comunidad?

Dr. Murguía Que en hombres y mujeres mayores de 40 años se realice la búsqueda de sangre oculta en heces con cualquiera de los métodos conocidos, si el estudio es positivo, entonces se seguirá la pesquisa como se explica después.

Sigue siendo válido el hecho que una historia clínica bien elaborada con un buen interrogatorio y una exploración física completa basta para sospechar la presencia del cáncer de colon, sin embargo el diagnóstico preciso requiere de otros medios como son los estudios de laboratorio y gabinete. El tacto rectal es indispensable y nunca debe dejar de hacerse, ya que en el recto se encuentra el 40 por ciento o más de todos los tumores colorrectales y de estos el 75 por ciento se hallan al alcance del dedo, es conveniente recordar que el tacto rectal debe hacerse estando el paciente en posición de Simms o ginecológica, ya que si se coloca en posición para sigmoidoscopia el tumor puede alejarse, además es necesario que el paciente efectúe esfuerzo como si fuera a defecar, con lo que es posible el descenso del intestino y el aprovechamiento de 4 cms. más; al retirar el dedo explorador debe investigarse si trae sangre, ya que lo que se tocó puede corresponder a un tumor extrínseco, como lo es el de cuello uterino y próstata en cuyo caso siempre saldrá sin sangre.

Lo anterior está al alcance de todo médico. Acto seguido se deberá practicar rectosigmoidoscopia, tomando en cuenta que el cáncer de

riesgo de desarrollarlo. Otros estudios útiles serían el colon por enema y la colonoscopia. La dieta recomendable es la balanceada, con muchos residuos, pocas grasas animales y no demasiadas proteínas.



recto y de sigmoides juntos ocupan el 61.1 por ciento de la totalidad de los cánceres colorrectales; con este estudio haremos el diagnóstico en más del 60 por ciento de todos los casos. La rectosigmoidoscopia para que aporte el máximo de beneficios deberá hacerse por un médico con experiencia.

La investigación de sangre oculta en heces es otro estudio más que podemos practicar, dado que casi todos los cánceres de colon sangran, es de mucha utilidad, sin dejar de recordar que una reacción negativa de ninguna manera excluye el diagnóstico y que una positiva, sobre todo en nuestro medio, es altamente inespecífica. El método detectará cánceres de colon en fases tempranas con falsos negativos bajas —1%— en personas asintomáticas, siempre y cuando se investigue tres días seguidos tomando la muestra fecal de diferentes sitios de las heces y sobre todo llevar una dieta sin carne durante tres días previos al examen.

El valor de este método es alcanzado en pacientes asintomáticos que no tengan otra enfermedad del aparato digestivo que pueda sangrar.

Coordinador Dr. Mercado, ¿hay alguna cosa especial en cuanto a la exploración del recto que usted quiera enfatizar?

Dr. Mercado En la actualidad se ha desarrollado un estudio al que se conoce con el nombre de perfil rectal. Este perfil rectal lo estamos usando en todos los pacientes que tienen alteraciones en su hábito de la defecación. El estudio de perfil rectal consiste en un tacto rectal, luego una recto sigmoidoscopia y posteriormente de las lesiones en la mucosa, se toman muestras para buscar por ejemplo amiba en fresco, para hacer un Papanicolaou de las células que se toman y para hacer un cultivo, y cuando se observa alguna lesión, inmediatamente se toma biopsia. La biopsia oportuna en estos casos es lo que nos va a dar un diagnóstico a tiempo y nos va a poder facilitar el tratamiento y así poder curar algunos pacientes que tengan cáncer de colon muy incipiente.

Podríamos agregar aquí entre las medidas para prevenir el cáncer rectal, el cuidadoso estudio y observación de los pacientes que

tienen alto riesgo para desarrollar un cáncer del colon. Si tenemos un paciente que tiene una poliposis multifamiliar tenemos la obligación de hacer estudios a todos sus familiares y en lo que encontremos las lesiones debíamos de hacer el tratamiento antes de que desarrollaran un cáncer porque sabemos que en el 100 por ciento de estos pacientes se va a desarrollar. En otros que tienden a formar cáncer por ejemplo el adenoma vellosa, hay que seguir muy de cerca su evolución y operarlos a la mayor brevedad posible. Lo mismo sucede en pacientes con colitis crónica inespecífica. La extirpación de los pólipos sésiles evita el peligro de malignización. También deben vigilarse los pacientes a quienes ya se les reseccó un cáncer del colon o que han tenido tumores malignos en otros sitios. Si en la historia clínica se observa que la madre tuvo un cáncer de mama es dato muy importante porque los hijos pueden desarrollar cáncer de colon.

Coordinador En estos pacientes de alto riesgo, Dra. Pineda, ¿aconsejaría usted exclusivamente la investigación de sangre oculta y el perfil rectal, o algunos estudios más específicos?

Dra. Pineda Considero que también se les debe realizar una colon por enema y si los hallazgos lo ameritan, una colonoscopia.

Coordinador Con qué frecuencia mandaría usted hacer los estudios de colon por enema y la colonoscopia en estos enfermos de alto riesgo?

Dra. Pineda Cada seis meses o cada año.

Coordinador A este periodo lo hemos llamado prepatogénico y en realidad todavía no hay una sintomatología orientadora. Como promoción de la sa-

Los síntomas generales de esta neoplasia del colon son anorexia, astenia, pérdida de peso y anemia silenciosa. Los síntomas locales dependen de su localización; en el ciego sangra, hay anemia, debilidad y molestia en flanco derecho. En colon ascendente hay diarrea, melena y se puede descubrir una tumoración. En el colon izquierdo constipación que puede llegar a oclusión intestinal, y rectorragia que en una persona de más de 50 años obliga a buscar esta tumoración. Se puede presentar además un síndrome disentérico o disenteriforme que persisten a pesar del tratamiento y en ocasiones mixorrea o dolor

rectal. Con estos síntomas hay que practicar tacto rectal, perfil colónico, radiología y seguir con una colonoscopia, con toma de biopsia para determinar la estirpe histológica. Las metástasis se buscan por ultrasonido, gammagrafía, laparoscopia, etc.

lud se debe informar a la comunidad de la importancia de una dieta balanceada, con muchos residuos, pocas grasas de origen animal, y no demasiadas proteínas. En

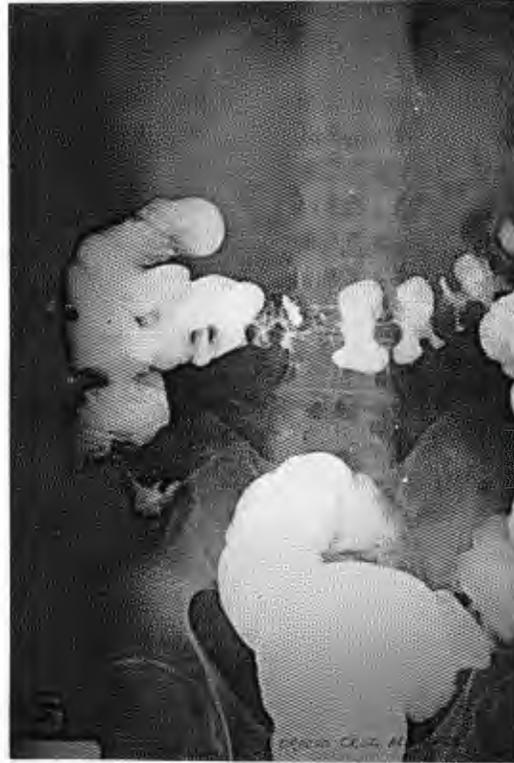
los pacientes de alto riesgo —que ya mencionamos cuáles son— hacer investigaciones de sangre oculta en heces fecales, que se pueden repetir con frecuencia, y hacer las exploraciones específicas en los pacientes que salgan positivos.

Qué es lo que vamos a hacer con el enfermo que ya tiene un cuadro clínico que puede ser sugestivo de un tumor. Dr. Murguía, ¿cuáles serían los síntomas que deben poner al clínico en guardia acerca de que puede tratarse de un Ca colorrectal?

Dr. Murguía Existen síntomas generales o inespecíficos y síntomas locales. Los síntomas generales son semejantes a los que se presentan en otras neoplasias en otros sitios del organismo y son: anorexia, astenia, pérdida de peso, y anemia silenciosa. Por lo que se refiere a los síntomas locales van a depender del sitio donde se encuentra el tumor ya que son diferentes entre sí los de colon derecho, colon transverso, colon descendente y recto. En el ciego los tumores son por lo general friables y ulcerados, motivo por el cual sangran fácilmente y es común que exista anemia y debilidad, el paciente se queja de molestia en el flanco derecho que aumenta con la deambulación. La necrosis y la perforación puede producir dolor intenso que clínicamente es difícil de distinguir de la apendicitis aguda. Si el cáncer se encuentra en colon ascendente el hábito intestinal puede alterarse y es frecuente que haya diarrea, igualmente el tumor puede sangrar y aparecer melena. En algunas ocasiones el paciente puede descubrir una tumoración, misma que puede corroborarse a la exploración.

Coordinador Dr. Mercado, ¿podría usted decirnos cuáles son los síntomas sugestivos de que exista algún cáncer cuando éste está localizado en el lado izquierdo del colon?

Figura 1. Cáncer de ciego.



Dr. Mercado Al igual que el colon derecho un síntoma muy importante va a ser el cambio del hábito intestinal. Como el lado izquierdo del colon es mucho más estrecho que el lado derecho, los cánceres de este lado dan por tanto, una sintomatología que es principalmente de estreñimiento. Este estreñimiento puede llegar a progresar hasta llegar a presentar cuadros de oclusión intestinal, la que a veces se resuelve y en otras obligan a operar a un paciente de urgencia y se encuentra uno con el tumor.

Otro síntoma que es muy frecuente es la hemorragia del tubo digestivo bajo, manifestada principalmente por rectorragias.

Las rectorragias en pacientes de más de 50 años nos obligan siempre a buscar este tipo de tumoración. En cánceres muy bajos del recto, vamos a encontrar otro síntoma que es importante que es la deformación de las heces fecales. Las cuales pueden llegar a tener forma de cinta. Sin embargo, cualquier trastorno del hábito intestinal observado en pacientes de más de 50 años nos tiene que hacer sospechar la lesión. Estos pacientes pueden presen-

Figura 2. Cáncer de recto.



tar también cuando se ulcera el tumor un síndrome disentérico: con evacuaciones mucosanguinolentas con pujo o tenesmo rectal, dolor de tipo retortijón y confundirse con una amibiasis que es la que más simulan estos tumores. También nos pueden dar síndromes disenteriformes, o de falsa diarrea y en el colon derecho, como ya explicó el Dr. Murguía un síndrome diarreico. Lo que llama la atención en estos síndromes es la persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento y la dieta indicada. Algunos tumores como el adenoma vellosa se van a manifestar principalmente por mixorrea, es decir evacuaciones puramente mucosas.

No hay que pensar siempre que un paciente con síndrome disentérico va a tener forzosamente amibas o shigelosis, etc., siempre hay que completar los estudios para no equivocarse.

Coordinador Dr. Murguía, ¿quiere usted agregar algo?

Dr. Murguía Sí, en el recto puede haber dolor, dolor rectal. Si este dolor aparece cuando el tumor ha invadido ya los tejidos presacros, y se agrega tenesmo, que es otro síntoma que

puede también estar presente sobre todo si el tumor se encuentra cerca del esfínter.

Coordinador Dra. Pineda, ¿quiere enumerar los síntomas que forman el síndrome disentérico?

Dra. Pineda El síndrome disentérico se caracteriza por ausencia de materia fecal, por la presencia de la evacuación con moco y sangre, intenso tenesmo rectal y dolor retortijón en bajo vientre. Y el segmento afectado es el rectosigmoides.

Coordinador Y el síndrome disenteriforme ¿en qué consiste?

Dra. Pineda Se caracteriza por evacuaciones de materia fecal de consistencia disminuida, con moco, sangre, tenesmo rectal y dolor tipo retortijón; pero quiero enfatizar que en este síndrome ya hay materia fecal. Y es todo el colon, incluyendo el recto el que está afectado.

Coordinador ¿Cuál es la sintomatología de la falsa diarrea, que representa, a qué se debe y dónde está situado el padecimiento?

Dr. Murguía La falsa diarrea es el resultado de un trastorno en la absorción de los líquidos a nivel del colon.

Coordinador Dra. Pineda, ¿en qué consiste la falsa diarrea?

Dra. Pineda Es el resultado de una constipación prolongada en donde la materia fecal endurecida ha edematizado la mucosa, y se presentan con escibalos y líquido. Pero este líquido es el moco producido por el edema a causa del traumatismo constante que está haciendo esta materia fecal endurecida en colon descendente y sigmoides.

Coordinador Además, el líquido es producido en el sitio final del intestino y no es producto de la absorción en el intestino delgado o en colon.

¿Y la mixorrea, Dr. Murguía, quiere definirla?

Dr. Murguía Etimológicamente significa escurrimiento de moco y en los casos de adenocarcinoma de tipo vellosa o papilar puede ser el síntoma principal y en caso de ser muy intensa llevar al paciente a grave desequilibrio hidroelectrolítico.

Coordinador Son estos los síntomas y los síndromes que van a orientar al clínico hacia

Figura 3. Cáncer de recto. Adenocarcinoma vegetante. (Cortesía Dr. Cruz)



un padecimiento del colon, claro no necesariamente será un cáncer, ¿cuál sería la metodología diagnóstica, una vez que se ha hecho este diagnóstico presuncional de que hay un padecimiento en el colon ya que se ha presentado cualquiera de los síndromes que hemos enumerado. Cuáles serían los estudios de gabinete y de laboratorio que mandaría usted hacer Dr. Mercado.

Dr. Mercado Bueno, podríamos decir que en el momento actual de la medicina, los avances han sido tan importantes que ya es difícil no llegar al diagnóstico si se usan adecuadamente los estudios. Por lo tanto, hay que usarlos con la oportunidad adecuada; desde luego, un paciente que tiene estos signos que nos orientan a pensar en que pueda tener una tumoración del colon, lo primero que hay que hacerle es como ya mencionó el Dr. Murguía, el tacto rectal y después completarlo con un perfil rectal. Si esto no es suficiente para hacer el diagnóstico, entonces tendríamos que emplear la radiología. La radiología del colon aún es útil, porque como ya dijo la Dra. Anzures, estos tumores son a veces multicéntricos y aun cuando tengamos un tumor al alcance del dedo ya sea en el recto o en el sigmoides; puede haber otro en alguna otra parte del intestino grueso.

A veces la radiología es la que nos va a dar el diagnóstico del sitio exacto de la tumoración, por ejemplo cuando están en colon descendente, transverso o en alguno de los ángulos del colon o aún en el ciego.

Ante la sospecha radiológica, cabe agregar aquí que a veces radiológicamente hemos ob-

Figura 4. Cáncer de recto. Adenocarcinoma anular. (Cortesía Dr. Cruz)



servado lesiones que son casi características de un tumor del colon y que cuando operamos al paciente no encontramos dicho tumor, a veces la radiología no es definitiva. Ante la sospecha, una endoscopia y principalmente la colonoscopia en tumores altos es la que nos va a servir para el diagnóstico y al mismo tiempo para tomar una biopsia, la que nos va a dar la estirpe histopatológica. Hay que recordar aquí que el diagnóstico diferencial de estos tumores es con varios padecimientos que se van a mencionar después.

Algunos datos de laboratorio como la búsqueda del antígeno carcinoembrionario, puede ser positivo en este tipo de tumores y tenemos que completar los estudios de estos pacientes tratando de buscar las metástasis y es muy importante hacer ultrasonido o gammagrafía hepática y teleradiografía del tórax para buscar metástasis pulmonares que son frecuentes y la linfografía; cuando se sospechan en algunos otros órganos, la tomografía axial computada, y aún la laparoscopia van a ser de gran utilidad. Nunca hay que olvidar

Figura 5. Rectosigmoidoscopia.
Adenocarcinoma.

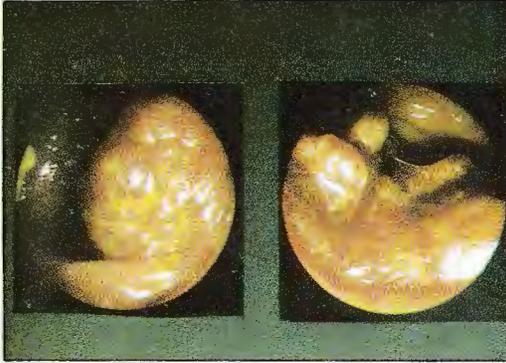


Figura 6. T.A.C. Adenocarcinoma
de sigmoides.



que en tumores bajos del recto o del sigmoides la urografía excretora también nos va a ser de suma utilidad para ver la operabilidad de estos pacientes, completar a ésta con cistoscopia y siempre con una exploración vaginal completa.

El antígeno carcinoembrionario es poco efectivo en la detección temprana de neoplasias de colon, pero muy útil como indicador de su recurrencia y en el manejo de pacientes de alto riesgo. La localización más frecuente es en el rectosigmoides. En el colon predomina el adenocarcinoma, pero no hay que olvidar que existen otros con tratamiento diferente. Hay que hacer diagnóstico diferencial con ameboma, Crohn, colitis isquémica y diverticulosis del colon con diverticulitis, entre otros padecimientos. Para el tratamiento del cáncer de colon sólo hay la cirugía según su localización, tamaño y extensión a órganos vecinos. En el caso de localización rectal, hay que hacer proctectomía con sigmoidostomía permanente y en el ano resección con colostomía definitiva.

Coordinador Dr. Murguía, ¿qué puede usted agregar?

Dr. Murguía Por lo que respecta al antígeno carcinoembrionario se le dio mucha importancia en un principio, pero dado que sus niveles en sangre y en el líquido de lavado de colon guardan relación con la masa y la diseminación del carcinoma colónico se vio que su determinación es poco efectiva en la detección de lesiones tempranas. Sin embargo, sí es de mucha utilidad en pacientes a quien se les reseca

un cáncer de colon y sirve como indicador de recurrencia, igualmente tiene valor en el manejo de pacientes de alto riesgo como en el caso de poliposis familiar y colitis ulcerosa

crónica inespecífica. Actualmente está en estudio una subespecie conocida como ACE-S la cual parece tener mayor especificidad dada su pureza (está desprovista de contaminantes antigénicos) y cuya cifra normal es de menos de 14 U/ml.

Coordinador Una vez que se ha hecho ya el diagnóstico podemos saber en qué sitio está situado el tumor; estamos refiriéndonos actualmente a una patología que puede ocupar tanto el colon como el recto, Dra. Pineda, ¿puede usted decirnos cuál es la frecuencia relativa de los cánceres en estos distintos segmentos del colon?

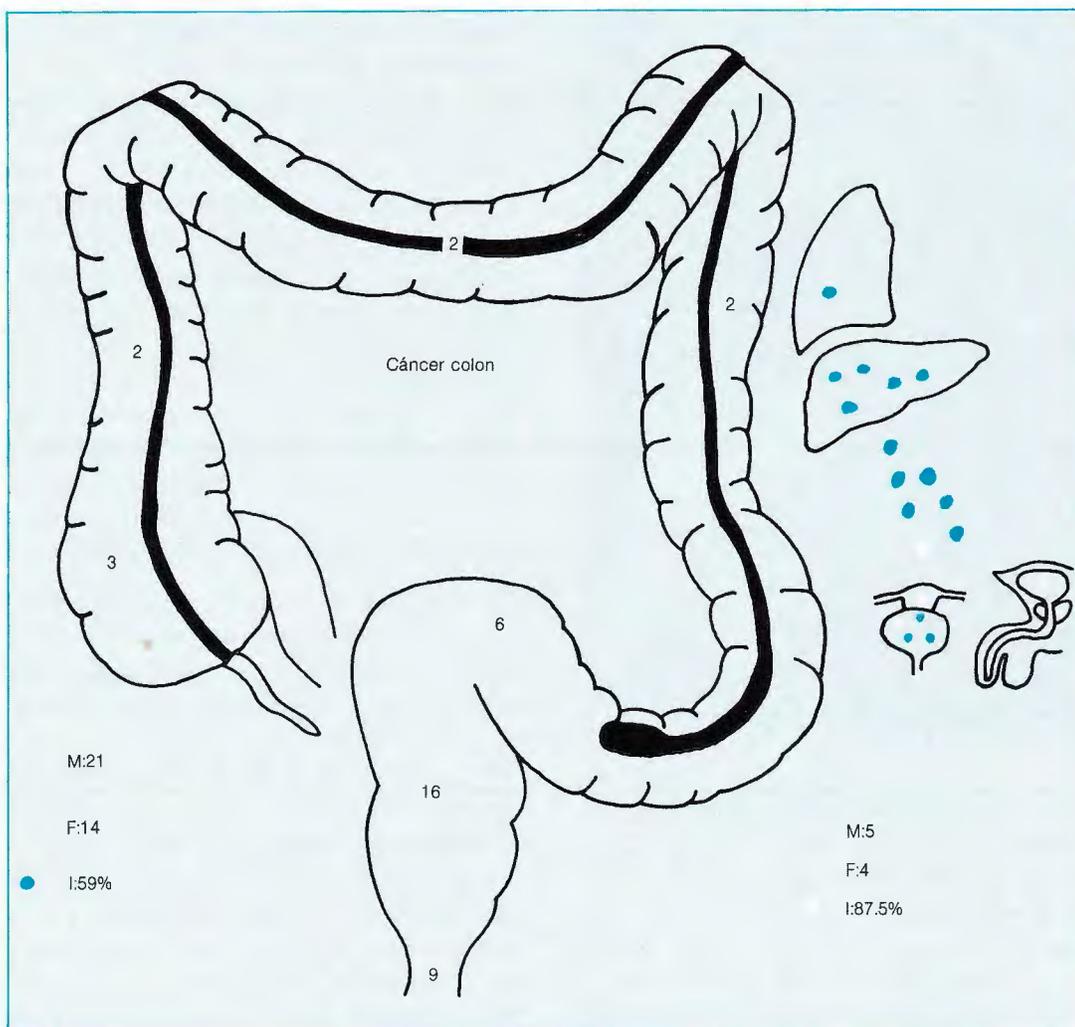
Dra. Pineda Es más frecuente la localización en el recto sigmoides, de éste en el recto que en el ciego, que el colon transverso, o en el descendente.

En un estudio prospectivo que hicimos en la Unidad de Gastroenterología en cinco años encontramos 35 casos de cáncer del colon en donde en ciego se localizaron 3 casos, en colon ascendente 2, en colon transverso 2, en colon descendente 2, en sigmoides 1, 4 multicéntricos, 16 en recto y 6 en rectosigmoides.

Coordinador Estos cánceres como se localizan en diferentes segmentos del colon y del recto, van a tener distinta estirpe histológica, ¿puede usted, Dra. Pineda, decir cuáles son las más frecuentes en el colon y cuáles en el recto y ano?

Dra. Pineda En el colon predomina el adenocarcinoma, en los 35 casos a los que me referí anteriormente encontramos un linfoma en ciego. En 9 casos del cáncer de ano encontramos que el epidermoide predominó con 4, el

Figura 7. Cáncer de colon y recto. Frecuencia de localización y metástasis. Unidad de Gastroenterología, Hospital General de México, S.S.A.



adenocarcinoma con 2, el cloacogénico con 2 y hubo un linfoma.

Coordinador Hay alguna otra estirpe que pueda presentarse en ese sitio, en recto y en el ano?

Dra. Pineda Sí, también se han encontrado melanomas malignos, pero en nuestra casuística no encontramos ninguno.

Dr. Murguía Desde el punto de vista histológico existen las neoplasias malignas de origen epitelial y las de origen mesenquimatoso. Las de origen epitelial son resultado de la degeneración de las células del epitelio cilíndrico del colon y dan como resultado el adenocarcinoma, mismo que encontramos en más del 97 por ciento de todos los tumores malignos del colon.

En cuanto a los de origen mesenquimatoso, apenas si representan poco más del 2 por ciento de tal forma que cuando se habla de cáncer de colon, prácticamente se está hablando de adenocarcinomas; pero como mencionó la Dra. Anzures, no hay que olvidar que existen otros tipos de cánceres con otra estirpe histológica, puesto que el tratamiento de éstos va a ser diferente en un momento dado.

Coordinador Dr. Mercado, ¿antes de tener el resultado de una biopsia, con la sintomatología sugestiva de un padecimiento de colon en primer lugar, con una imagen de un defecto de llenado en algún sitio del colon o del mismo recto que se haya encontrado por radiografías y aún el hallazgo de una tumoración que se ve a través del endoscopio, del rectosigmoidos-

Figura 8. Cáncer de sigmoides.



copio o del colonoscopio es ya seguro pensar que ya se trata de un cáncer o hay que hacer algún otro diagnóstico diferencial?

Dr. Mercado Desde luego se tiene que hacer el diagnóstico diferencial. En nuestro medio en primer lugar del ameboma. Las infecciones por amiba que producen granulomas del colon y que llegan a estrecharlo y es lo que constituye un ameboma.

La biopsia del tumor va a ser definitiva para el diagnóstico diferencial, pero hay que tener en cuenta también aquí que a la amiba parecen gustarle los tumores del colon y que a veces hay tumores del colon contaminados con amibas y el tratamiento a veces que se les da a los pacientes suele ser definitivo en el diagnóstico diferencial. Ante la duda, se da un tratamiento con emetina y después con metronidazol y al terminar el tratamiento se valora al paciente nuevamente, hacerle todos los estudios es a veces lo que hace el diagnóstico diferencial. Además el diagnóstico diferencial se debe de hacer con otros padecimientos como son el de Crohn que puede dar imágenes sospechosas de tumor y la colitis isquémica

que también va a manifestarse por zonas de estenosis en el recto o colon.

La diverticulosis del colon con diverticulitis pueden provocar en determinados momentos contracturas permanentes del colon con fibrosis de éste que pueden también obligar a hacer el diagnóstico diferencial. En colon sometido a radiaciones pueden haber también zonas de estenosis y en general también con otros padecimientos granulomatosos como la tuberculosis y en algunos casos se han descrito también micosis que pueden dar lesiones pseudo tumorales.

Coordinador Una vez que ya se tiene el diagnóstico histológico y se sabe que se trata de una tumoración maligna, lo que sigue es el tratamiento específico y en este caso, ¿cuáles son los métodos de que disponemos para curar el cáncer del colon, Dr. Murguía?

Dr. Murguía Bueno, usted mencionó la palabra curar; y para curar el cáncer de colon no hay otra cosa más que tratamiento quirúrgico. Habrá que hacer cirugía dependiendo de el sitio del tumor, de su tamaño y de lo que haya avanzado la neoplasia con respecto a los órganos vecinos.

Coordinador Bien, el único tratamiento aceptado hasta la fecha para curar un cáncer de colon sería la cirugía, esta cirugía va a ser distinta según el sitio del tumor. Como usted ya lo mencionó, si es del lado derecho, si del lado izquierdo, del recto o del ano inclusive. Dra. Pineda, ¿cuál sería el tratamiento curativo en un tumor del colon derecho?

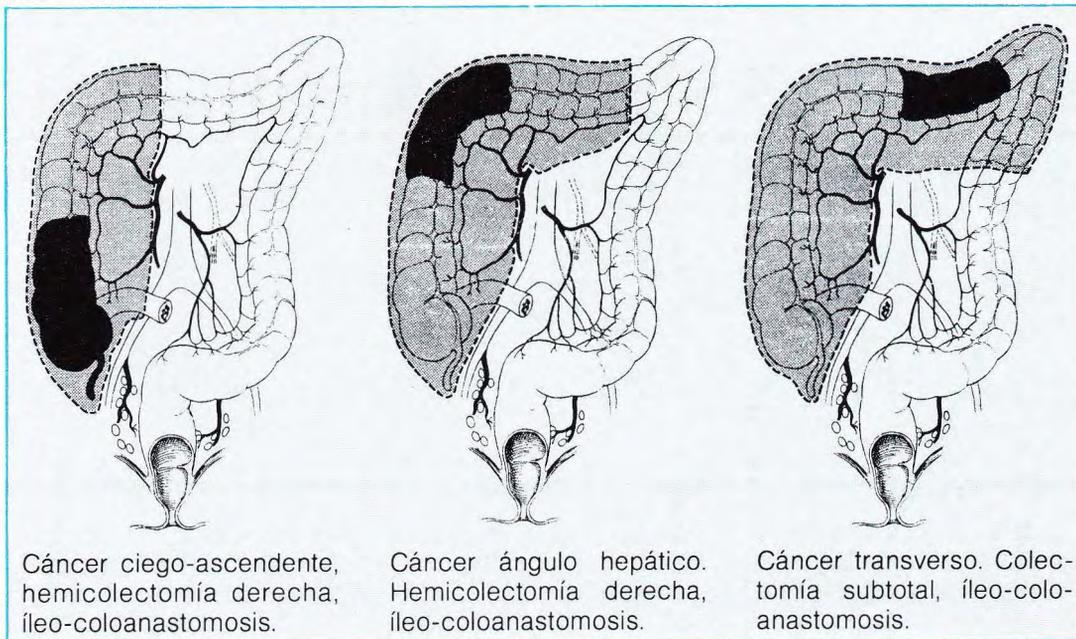
Dra. Pineda Se debe realizar una hemicolectomía derecha resecaando también los ganglios del primero y segundo relevo que se encuentran en ese sitio. Con una anastomosis ileo cólica término terminal.

Coordinador Dr. Mercado, ¿en el cáncer del colon transversal cuál sería el tratamiento quirúrgico curativo?

Dr. Mercado El colon transversal es un problema porque recibe su irrigación a través de las dos arterias mesentéricas, por lo que la mayoría de los casos requieren una colectomía subtotal con íleo sigmoidoanastomosis.

Coordinador Dr. Murguía, ¿cuál sería el tratamiento en el cáncer del colon descendente?

Dr. Murguía En el descendente hay que ha-

Figura 9. Manejo quirúrgico según localización.

cer una hemicolectomía izquierda con una transversa sigmoideoanastomosis, o si se puede descender todavía más de preferencia una anastomosis a la parte superior del recto.

Coordinador Dra. Pineda, ¿si el caso está situado en el sigmoides, cuál sería el tratamiento quirúrgico curativo?

Dra. Pineda En sigmoides, también puede ser una hemicolectomía izquierda con una anastomosis término terminal de colon transversa a recto.

Coordinador Dr. Mercado, ¿y en el caso de un cáncer del recto si está situado a menos de diez centímetros de la línea ano-rectal?

Dr. Mercado A estos pacientes la única forma de curarlos es hacer una proctectomía con sigmoideostomía permanente.

Coordinador ¿Y en caso de cáncer del ano, Dr. Murguía?

Dr. Murguía Ahí hay que hacer lo que se llama una resección abdominoperineal con una colostomía definitiva o sea permanente.

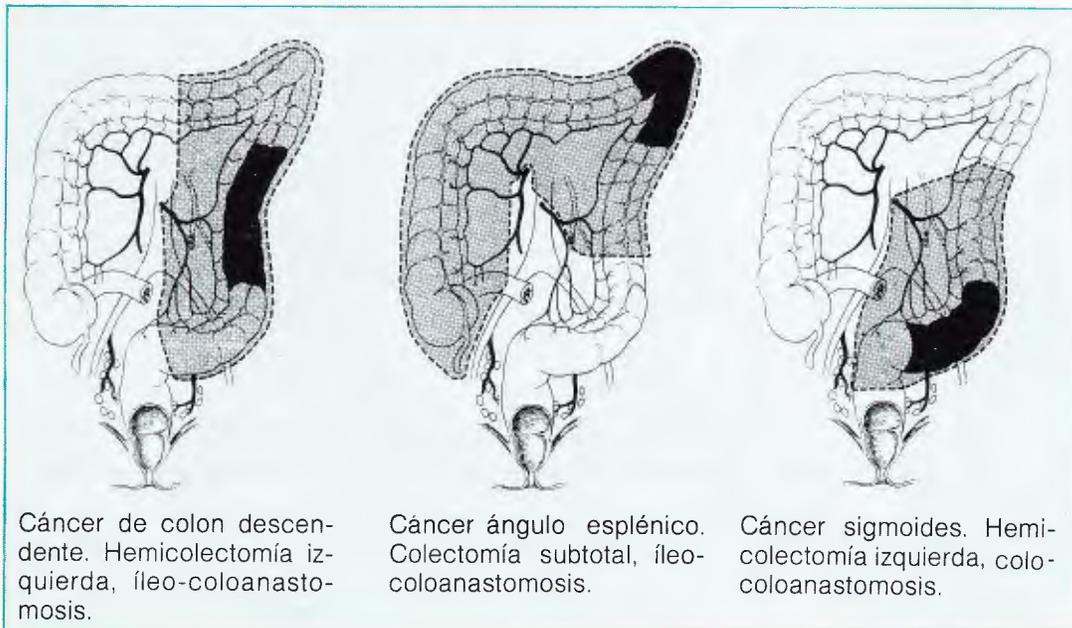
Coordinador Han mencionado ustedes que en los cánceres del recto y del ano, el tratamiento curativo va a llevar el enfermo a una colostomía definitiva, vamos a entrar en el capítulo de las colostomías que van a manejarse en una forma muy especial, Dr. Mercado, ¿qué podría usted decirle a un enfermo

que tiene un cáncer del recto o del ano?, ¿le va usted a decir desde antes de la operación que va a tener una colostomía?, ¿no se lo va a decir?, ¿o cuál va a ser su conducta con respecto a la información?

Dr. Mercado Desde luego esta es una cirugía bastante seria que va a causarle alteraciones permanentes en sus evacuaciones y por lo tanto el paciente la debe de aceptar antes de practicar la operación. Entonces, nosotros los médicos tenemos la obligación de explicarle al paciente perfectamente, cuál es su padecimiento y cuáles son las posibilidades de tratamiento y cómo va a quedar. Tenemos que si es posible ponerlo en contacto con otros pacientes que hayan tenido este mismo padecimiento y que estén colostomizados para que se familiarice después en el uso de las diferentes bolsas de colostomía y en general en los cuidados y en las dietas posteriores.

Esto se ha visto que facilita importante y que aumenta la cooperación del paciente para recibir este tipo de tratamiento que si no se le da este tipo de información el paciente puede tener después fenómenos psiquiátricos tan importantes que lo lleven a rechazar al médico, a rechazar el tratamiento y en general tomar una conducta de autodestrucción.

Figura 10. Manejo quirúrgico según localización.



Entre los cánceres de aparato digestivo, el del colon es uno de los que mejor pronóstico tiene; el de recto y rectosigmoides muy desfavorable. La clasificación de Dukes, de tipo histopatológico, clasifica en dos grupos para tratamiento: resección de colon, cuando no hay invasión de ganglios y segundo cuando si la hay y además nos da el pronóstico de curabilidad. Existe también tratamiento paliativo: resección del tumor y colostomía si hay oclusión; o resección simple si el problema es hemorragia. Se puede agregar a la cirugía: radioterapia, quimioterapia o inmunoterapia. No es lo mismo operabilidad que resecabilidad del Ca. de colon. El tratamiento preoperatorio incluye medicamentos, enemas evacuanes y dieta sin residuo.

vo, el cáncer de colon es el que mejor pronóstico tiene, pero no debemos olvidar que el cáncer del recto y el recto sigmoides también tienen un pronóstico muy desfavorable. En nuestros 35 casos estudiados en la Unidad de Gastroenterología del H. G.

Coordinador Hasta ahora hemos hablado de que es posible curar este cáncer, Dra. Pineda, ¿tiene usted alguna información sobre la frecuencia con la cual se puede curar el cáncer del colon? ¿Es de los cánceres que son fáciles de encontrar en una etapa precoz de su padecimiento, que se pueda curar o es de los que porque se operan ya tardíamente ya no son curables?

Dra. Pineda Se ha dicho que dentro del aparato digestivo,

hicimos una clasificación de acuerdo a la resecabilidad del mismo y encontramos que había metástasis a ganglios únicamente en 10 casos. En cinco casos había metástasis a ganglios y peritoneo, en un caso a ganglios y pulmón, en cinco casos en ganglios, peritoneo e hígado, en un caso a más de tres sitios, en siete casos a ganglios y vejiga, en cuatro casos desconocemos las metástasis y solamente en dos casos no las había. De ahí se desprende la operabilidad de estos tumores.

Coordinador Para comparar esta resecabilidad con respecto a otro cáncer muy frecuente del aparato digestivo que es el cáncer gástrico, ¿qué nos pudiera usted decir, comparativamente?

Dra. Pineda El cáncer gástrico es uno de los tumores malignos del aparato digestivo más agresivos por la invasión que produce hacia otros órganos, y es en nuestra casuística el cáncer más frecuente en la Unidad de Gastroenterología. Teniendo una operabilidad y resecabilidad muy bajas, comparativamente con las del cáncer de colon.

Coordinador Estamos viendo que este cáncer sí se puede curar, claro que eso depende del momento en que se le sorprenda durante la operación y hay una clasificación que nos permite, cuando se hace la resección, pronos-

ticar si esta operación fue realmente curativa o si fue únicamente paliativa, Dr. Mercado, ¿nos puede usted hablar sobre esa clasificación?

Dr. Mercado La clasificación que se usa es la de Dukes de tipo histopatológico y que nos las va a dar el reporte del patólogo. Se clasifican en dos grandes grupos, grupo uno y dos. En el grupo uno están incluidos todos aquellos pacientes que se les hizo una resección del colon y que todavía no había invasión a ganglios. En el grupo dos cuando ya hay invasión a ganglios. Además hay una subclasificación, se puede clasificar en la, lb, lc dependiendo de la profundidad de invasión del tumor. El grupo *a* incluye exclusivamente la mucosa, el grupo *b* la sub-mucosa y el grupo *c* la muscular mucosa y en el grupo 2 esta misma clasificación continúa, entonces podríamos clasificar al tumor dependiendo de su profundidad y también de su invasión a ganglios.

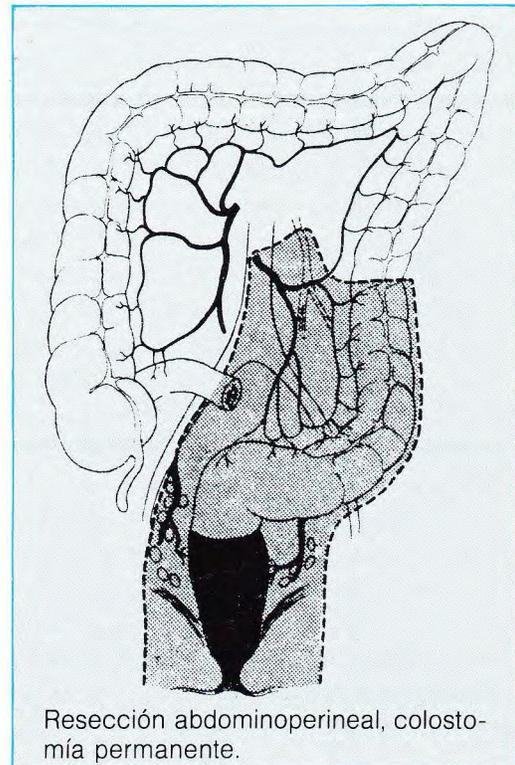
Coordinador De acuerdo con esta clasificación, ¿qué porcentaje de los que caen en el *la*, van a ser realmente curados, qué porcentaje de los que están en el *b* y qué porcentaje en el *c*.

Dr. Mercado Se ha visto que a cinco años que es lo que se considera como curación, si tenemos a un paciente que resecamos un tumor en la clasificación *la* va a vivir más de 5 años en un 90 por ciento, cuando están en la clase *b*, es de 65 a 48 por ciento y cuando son en la clase *c* la sobrevida baja de 20 a 23 por ciento según las series reportadas por Gabriel y Green, respectivamente.

Coordinador Observamos que no todos los cánceres que se van a operar van a ser curados. Tenemos otro tipo de cirugía, otro tipo de tratamiento que va a ser paliativo. Dr. Murguía, ¿podría usted decirnos en qué consiste esa paliación?

Dr. Murguía La paliación va a consistir en primer lugar en quitar las molestias inherentes al tumor, es decir, si el paciente tiene un cuadro de oclusión por tener un cáncer en el colon izquierdo, que ya tiene metástasis, habrá que resecar ese tumor y hacer una colostomía. Si ese tumor tiene como complicación la hemorragia, habrá que resecarlo, mas en estos dos casos como se mencionó que no es curativo, sino paliativo. Pero además podría-

Figura 11. Manejo quirúrgico del cáncer del recto-ano.



Resección abdominoperineal, colostomía permanente.

mos agregarle al tratamiento quirúrgico otros métodos como son: la radioterapia, la quimioterapia y como últimamente se ha pregonado la inmunoterapia. En algunas instituciones se ha pregonado inclusive el llamado "Second look" en el cual se resea el tumor, se le da radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y al cabo de dos años se laparotomiza de nueva cuenta para ver el estado actual, ahora, por supuesto ese paciente ha sido seguido no solamente desde el punto de vista clínico sino desde el punto de vista laboratorio concretamente con determinación de antígeno carcinoembrionario cada 6 meses.

Coordinador Hemos manejado el término de resecabilidad y de operabilidad; ¿son sinónimos?, o ¿son diferentes en su significado? ¿Qué quiere decir que un tumor es operable o que es resecable, Dr. Mercado?

Dr. Mercado El término de operabilidad nos lo van a dar el estudio clínico y de gabinete del paciente. Si clínicamente observamos que el paciente tiene una masa palpable que es un tumor móvil, etc., y que los estudios de gabi-

nete nos demuestran que no hay metástasis por ejemplo a hígado o pulmones, si la linfografía nos demuestra que no hay una metástasis importante a ganglios, etc. Podemos decir que ese paciente se puede operar, si ese paciente no tiene ninguna otra alteración que impida la operación. El término de reseccabilidad ese nos lo va a dar el momento de la cirugía, cuando ya practicamos la laparotomía al paciente, y hacemos una exploración cuidadosa, teniendo cuidado de no manosear al tumor y desprender células tumorales que se puedan después sembrar en otras partes del colon, ahí es el momento en que podemos decir nosotros si el tumor es reseccable o no. Entonces uno es antes de la operación y otro es durante la misma.

Coordinador La cirugía del colon, hasta hace poco tiempo, se manejaba poco por temor a las complicaciones postoperatorias al intervenir este segmento de intestino tan contaminado, pero en la actualidad es posible hacerlo con bastante seguridad si se prepara adecuadamente el mismo. Dra. Pineda, ¿nos podría decir en qué consiste la preparación preoperatoria del colon?

Dra. Pineda Esta preparación incluye medicamentos, enemas evacuantes y dieta sin residuo y es como sigue: se debe administrar por 10 días metronidazol, de 30 a 35 mg por kilo de peso por día, la dosis total dividida en 3 tomas acompañando a los alimentos con el fin de abatir a la entamoeba histolítica y a los anaerobios los 3 días previos a la intervención quirúrgica, además se agregarán: sulfas inabsorbibles como el talisulfatiazol: 500 mg cada 6 horas, neomicina 1 gr cada 8 horas. Además la dieta debe ser muy baja en residuos y en las 24 horas previas a la operación la dieta debe ser completamente sin residuo. Así mismo los enemas evacuantes deben administrarse únicamente con un litro de agua tibia cada 12 horas, pero si el paciente está muy impactado o constipado se deben administrar los enemas de Harris. El enema de Harris es mucho más elaborado, debe realizarse por personal capacitado porque además del tiempo que toma el practicarlo debe ser efectivo.

El enema de Harris consiste en un litro de agua tibia con una cucharada de glicerina y

una cucharada de aceite mineral o de comer. Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, el irrigador que contiene esta solución debe estar a la altura del enfermo. Se pasan cantidades de 50 cm³ cada vez, se cierra el irrigador y se baja al nivel del piso para que se haga un efecto de sifón y empiece a sacar tanto la materia fecal como el gas. Nuevamente el irrigador se eleva a la altura del paciente y se vuelven a pasar otros 50 cm³ hasta que el agua esté sucia o completamente fría se cambia. Este enema puede durar de una hora a hora y media.

Coordinador Ha sido por el tipo de padecimiento que es un tumor maligno, que se ha discutido quién es el cirujano que debe tratar estos tumores. Si debe ser el cirujano general, o el cirujano oncólogo o si debe ser el cirujano gastroenterólogo. Dr. Murguía, ¿quisiera usted darnos su opinión?

Dr. Murguía En términos generales creo que esto debe ser un trabajo de equipo, como lo es el diagnosticar, y detectar el cáncer de colon, el cual está formado por el médico general (tomando en cuenta que este puede abarcar a un gran número de población), el radiólogo, el endoscopista, y el cirujano gastroenterólogo. Creo que también aquí vale la pena el tener un equipo de trabajo para el tratamiento radical, pero básicamente el médico gastroenterólogo es el que debe de tratar al paciente. Esto se debe a que nuestros criterios difieren un poco tanto del cirujano general como el del oncólogo, y se encuentra exactamente en el justo medio, porque el cirujano general en al-

El Ca. de colon debe ser manejado en equipo: médico general, cirujano, oncólogo, endoscopista, etc., pero dirigidos por el gastroenterólogo. El pronóstico, si no se trata por cirugía oportuna, es fatal. El fallecimiento será por oclusión intestinal, hemorragia, peritonitis generalizada o metástasis. Si el paciente fue bien tratado y se mantiene la continuidad del aparato digestivo tendrá una vida normal. En los casos en que se tuvo que practicar colostomía hay que aconsejarles que traten otros pacientes en su situación y conozcan sus limitaciones en la vida social. Las secuelas más comunes de las resecciones abdomino perineales son las de vías urinarias. El seguimiento de estos pacientes es muy importante para detectar una recidiva o una metástasis.

gunos aspectos se comporta en una forma relativamente tibia quizá por la falta de conocimientos y el oncólogo se va al otro extremo, el cual inclusive aunque haya metástasis en otras áreas como pueden ser en fondo de saco vesicorectal, hígado o en otros sitios, él opta por hacer resección.

Coordinador Vamos a ver ahora, ¿cuál sería la mortalidad operatoria y la postoperatoria inmediatas? Dra. Pineda, ¿quiere usted por favor decirlo?

Dra. Pineda De acuerdo al tipo de cirugía que se ofrezca al paciente, encontramos en nuestros casos estudiados, que la mortalidad operatoria fue de 3 en 13 casos de cirugía radical, tuvimos 2 cuando únicamente se le ofreció cirugía paliativa y una en caso de laparotomía exploradora.

Coordinador Dr. Munguía, ¿quiere usted decirnos cuál va a ser la evolución de la enfermedad si ésta no se trata quirúrgicamente a tiempo?

Dr. Munguía Desgraciadamente el pronóstico, el resultado es semejante al de otros tipos de neoplasias, el paciente se va a morir y dependiendo del sitio donde se encuentre el tumor va a presentar el cuadro final. Si se encuentra en el recto, en el sigmoides, pues va a fallecer con un cuadro de oclusión intestinal aguda. Si se encuentra en el lado derecho, pues puede morir de hemorragia, o en algunos casos estos cánceres llegan a perforarse y hacen un cuadro de vientre agudo, de peritonitis o carcinomatosis generalizadas, pero esto de cualquier forma ya sea que el cáncer se generalice y de metástasis a pulmón, a ganglios, a hígado a huesos o sea que ocasione oclusión intestinal o una hemorragia importante o bien peritonitis, de cualquier forma este paciente va a morir.

Coordinador Ahora bien, en el caso de que sí fue tratado y de que pasó la etapa aguda del trauma quirúrgico en sí y de que si se pudo resear, ¿cuáles son las limitaciones que va a tener de sus actividades? Aquí vamos a dividir entre aquellos que tienen una colostomía y los que no la tienen.

Dr. Mercado Cuando un paciente tuvo la suerte de tratarse a tiempo y su tumor fue reseable y consideramos hasta cierto punto

que está curado y que se le hizo una anastomosis primaria para mantener la continuidad del aparato digestivo; estos pacientes no van a tener ninguna secuela, su vida va a ser completamente normal. En aquellos pacientes que por desgracia, no se pudo hacer una anastomosis para restablecer la continuidad digestiva y que se les tuvo que practicar colostomía; a ellos hay que orientarlos a que ingresen a un club de colostomizados para que se pongan en contacto con otros que hayan sufrido la misma intervención y se enteren de que las limitaciones que van a tener en su vida social, laboral, deportiva, va a ser mínima. Si se adapta el paciente a su colostomía puede regresar a una vida completamente normal y productiva.

En algunos pacientes que se les hace proctectomía o resección abdominoperineal y que además tienen colostomía una de las preocupaciones, que van a tener algunos de ellos será que van a quedar con impotencia sexual; especialmente en hombres. En la actualidad ya se tiene solución a través de prótesis, etc., aquí la ayuda de un psiquiatra, que sepa tratar a estos pacientes, va a ser de mucha utilidad.

Coordinador ¿Cuáles serían las complicaciones urinarias de la resección abdominoperineal?

Dr. Mercado Las complicaciones en las vías urinarias son bastante frecuentes, la más común es la vejiga neurogénica caracterizada por retención de orina que se observa más en hombres que en mujeres, en caso de presentarse es necesario colocar una sonda de Foley a permanencia durante una semana después de lo cual se retira, en caso de que no pueda orinar o que quede mucha orina residual conviene que sea atendido el paciente por urólogo.

Coordinador Esto que ud. menciona es únicamente cuando los cánceres son del recto sigmoides y cuando se hacen resecciones abdominoperineales. Cuando los cánceres son más altos no existen ese tipo de secuelas.

Dr. Murguía, ¿quiere decirnos si una vez que ya se operó al paciente, que se le hizo la resección de su tumor, que le fue bien en cuanto a su cirugía, que quedó con pocas o con ninguna secuela, ¿cuál es la conducta a seguir?

Historia natural del cáncer de colon

Factores del agente

Agente causal: Grasa animal de la dieta, bajo residuo. ¿Virus?

Factores del huésped

Sexo: Sin predominancia significativa.

Edad: Mayores de 40 años.

Raza: Anglosajones preferentemente.

Antecedentes: Individuos de alto riesgo: Cuci. Crohn, Poliposis familiar múltiple, Adenoma vellosa, Síndrome de Gardner, Síndrome de Turckot. Operado previamente de cáncer de colon.

Factores del ambiente

Asbestos, alquitrán, hulla, radiaciones.

Cambio brusco en el hábito de la defecación

Rectorragia

Ataque Edo. Gral.



Estímulo desencadenante

displasia → metaplasia

Periodo prepatogénico

Periodo patogénico

Prevención primaria

Prevención

Promoción de salud

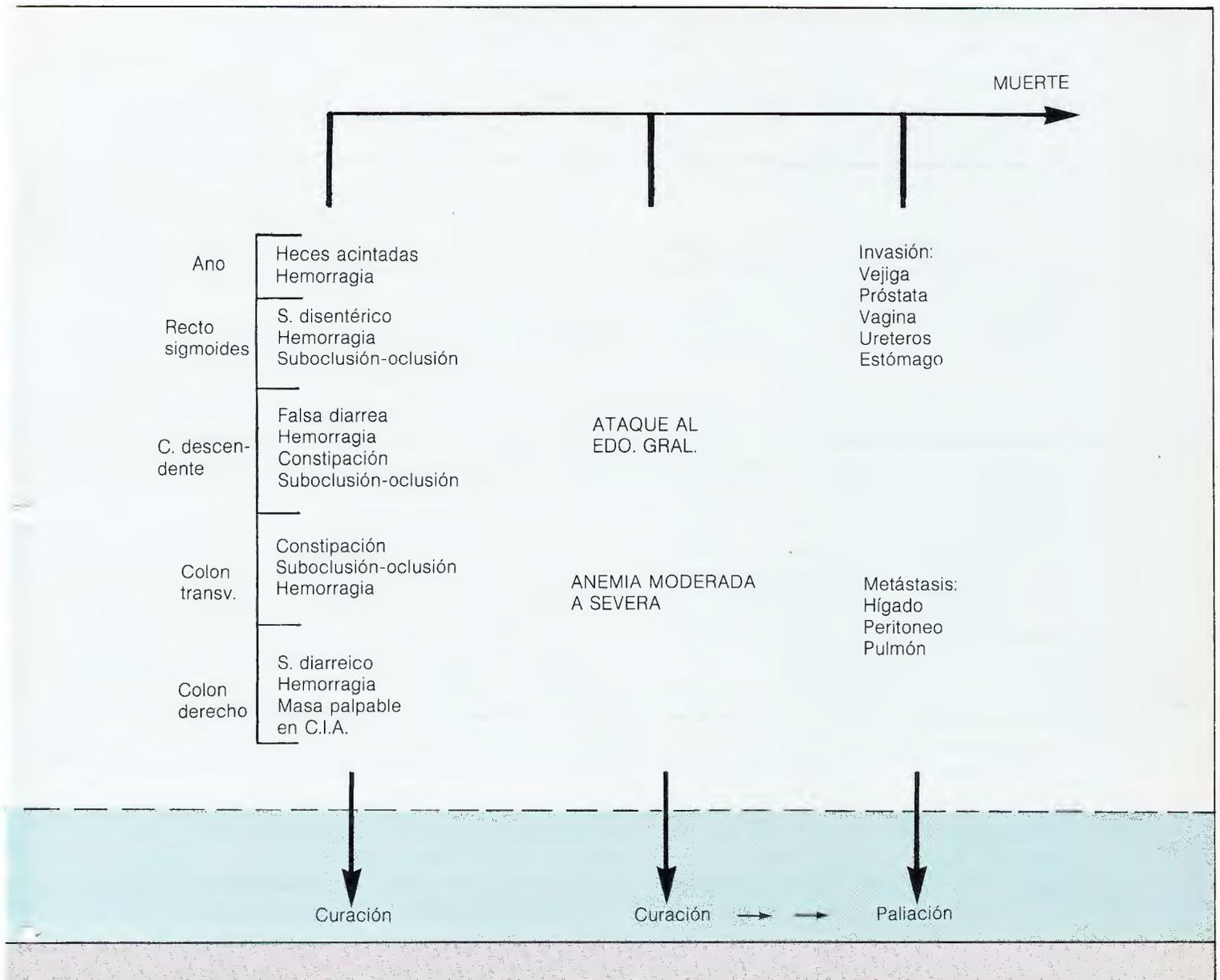
Protección específica

Diagnóstico temprano y tratamiento

1. Alimentación balanceada con alto contenido de residuo.
2. Vigilancia en los individuos de alto riesgo cada 6 a 12 meses.

1. Sangre oculta en heces en mayores de 40 años.
2. Si (1) es positivo realizar: tacto rectal, rectosigmoidoscopia, colon por enema, colonoscopia.

1. Historia clínica adecuada para identificar el segmento del colon afectado.
2. Endoscopia (rectosigmoidoscopia o colonoscopia) con biopsia o citología exfoliativa.
3. Colon por enema, tele de tórax, ultrasonografía hepática o T.A.C.
4. Antígeno carcinoembrionario.
5. Cirugía radical únicamente en los casos que no tengan metástasis. No invasión a otros órganos.



secundaria		Prevencción terciaria
oportuno	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
	<ol style="list-style-type: none"> 1. En Ca. de ciego y ascendente: hemicolectomía derecha 2. En Ca. de descendente hasta los 10 cm por arriba de la línea anopectínea: hemicolectomía izquierda 3. En Ca. de recto: resección abdominoperineal con colostomía permanente. 4. Colostomía sin resección. 5. Radioterapia pre, trans o postoperatoria. 6. Quimioterapia. 7. Inmunoterapia. 	<p>En pacientes con ileostomía o colostomía permanente: apoyo de grupo con asesoramiento psiquiátrico. Clubes de colostomizados. Integrarlos a la familia, sociedad y trabajo</p>

Dr. Murguía Después de operar a un paciente y darlo de alta, siempre nos queda la duda de que puede haber una recidiva, o de que exista una metástasis que no fue detectada. Es de vital importancia que de existir cualquiera de las dos situaciones anteriores sean diagnosticadas lo más pronto posible, para esto es necesario seguir viendo al paciente periódicamente y practicarle determinación de antígeno carcinoembrionario cada 6 meses así como recto o colonoscopia y colon por enema cada año o antes si se considera necesario, al respecto Seudamore y col. siguieron a 213 pacientes operados durante 5 años y encontraron que: 118 pacientes (55.4 por ciento) no presentaron recidiva.

Coordinador Ya nos referimos a que el tratamiento es realmente curativo en los casos en que realmente se llega a tiempo es definitivamente quirúrgico. Sin embargo, hay otros procedimientos terapéuticos. ¿Quisiera la Dra. Pineda decirnos ¿cuál es la opinión que tiene sobre la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia en este tipo de tumores?

Dra. Pineda Sabiendo que la estirpe histológica más frecuente en este tipo de tumores es el adenocarcinoma, tradicionalmente se decía que la radioterapia no servía en este caso. Sin embargo, con el desarrollo de la bomba de cobalto y las radiaciones con aparatos de supervoltaje nuevamente se ha utilizado este tipo de tratamiento. Sin embargo, la radioterapia no va a substituir a la cirugía. La radioterapia se puede utilizar en forma preoperatoria, en forma postoperatoria y en forma local; en forma preoperatoria va a disminuir el volumen del tumor y posteriormente se hace la intervención quirúrgica, se retira el tumor y nuevamente se vuelve a dar el tratamiento con la radioterapia. Sin embargo, no es todo lo efectiva para liquidar completamente al tumor, pero coadyuva en el tratamiento de estos tumores.

La quimioterapia únicamente se va a utilizar en el caso de linfomas, en donde es útil este tipo de tratamiento y la inmunoterapia.

Dr. Mercado La inmunoterapia ha resultado útil en pacientes con melanomas del ano y recto porque hace que la evolución de estos tumores sea mucho más lenta, pero todavía

hasta la actualidad con este puro método no se ha llegado a la curación y lo que se usa es únicamente el BCG.

Coordinador Creo que con esto podemos dar por terminada esta discusión. Mencionando como un resumen que el cáncer del colon y del recto ocupa el segundo lugar en los cánceres del aparato digestivo en México en general, aunque en algunas regiones y en algunos estratos sociales ocupa el primer lugar.

Existen algunas medidas preventivas, de las que puede mencionarse a toda la población que puede disminuir su frecuencia aunque no evitarlo totalmente, que consisten sobre todo en una dieta que incluya bastantes alimentos con residuo, que disminuya la ingestión de grasas, sobre todo de animales, que se eviten algunas dietas hipercalóricas y que se vigile los hábitos de la defecación. Como un mensaje a toda la población que cualquier cambio del hábito de la defecación sobre todo en personas mayores de 40 años debe estudiarse a profundidad para poder llegar a hacer un diagnóstico precoz. Que existen métodos de diagnóstico bastante útiles como son desde luego una buena historia clínica en primer lugar, después la rectoscopia, el perfil rectal, la radiología, la colonoscopia y la toma de biopsias para hacer el diagnóstico preoperatorio. Que en muchos de estos casos es posible hacer el tratamiento definitivo del tumor y que buena parte de ellos quedarán inclusive sin secuelas, que otros quedarán después con una colostomía, pero que con esta colostomía, que aunque es una molestia, se puede llevar una vida normal desde todos los puntos de vista: social, de trabajo, etc., y se puede lograr de esta manera la curación de la enfermedad si se hace un diagnóstico a tiempo y que solamente en aquellos casos en donde no fue posible hacer ni el tratamiento preventivo, ni el curativo, pues seguirá la evolución a veces con una paliación relativa y a veces una evolución definitiva hasta la muerte.

Este tipo de tumores, resumiendo también, se va a presentar con mucho mayor frecuencia en algunas personas que deben vigilarse y hacerse inclusive tratamiento preventivo y la colectomía total en el caso de enfermos con colitis ulcerosa crónica inespecífica, sobre to-

do los que hayan empezado a muy corta edad porque son los que al paso del tiempo tendrán mayor oportunidad de desarrollar cánceres y que también se debe hacer tratamiento defini-

tivo que es la colectomía total también con hilectomía en los casos de poliposis familiar múltiple ya que en éstos el 100 por ciento de ellos harán un cáncer...

