

Características Clínicas, Patológicas y Endoscópicas de Cáncer Colorectal en Pacientes del Hospital General de Culiacán

RAMOS-CÁCERES EA¹, MADRID-FRANCO R², UZETA-FIGUEROA C³, MAYORGA-GARCÍA E⁴

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas, patológicas y endoscópicas en pacientes con cáncer de colon y recto. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum, comprendido de 1999 a 2008. Las variables fueron, edad, sexo, datos clínicos, localización, tipo histológico, hallazgos endoscópicos. Datos analizados mediante el software SPSS© versión 15 y MINITAB© V15. **Resultados:** De 55 pacientes, 15 (27.2%) fueron de 41 a 50 años. La edad promedio de las mujeres fue de 49.28 ± 2.98 años contra 58.78 ± 1.96 en hombres. Antes de los 60 años existe más riesgo de cáncer en la mujer, a partir de los 65 años se invierte. La localización más frecuente fue la rectal. El aspecto macroscópico predominante a la endoscopia reportado fue la infiltración difusa. **Conclusiones:** Los principales datos clínicos fueron dolor abdominal, pujo y tenesmo, estreñimiento, distensión abdominal y pérdida de peso, encontrando con mayor frecuencia el adenocarcinoma difuso y ulcerado moderadamente diferenciado.

Palabras claves: Cáncer de colon, características clínicas, patológicas y endoscópicas.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and pathological endoscopy behavior in patients of General Hospital of Culiacan with cancer of the colon and rectum. **Methods:** A descriptive, retrospective and cross sectional study in the oncology unit of the General Hospital of Culiacán Dr. Bernardo J. Gastelum, in the period 1999 to 2008. The variables studied were age, sex, clinical data, location, histologic type, endoscopic findings, using SPSS software version 15 and MINITAB © V15. **Results:** The 55 patients were classified by finding the highest percentage of patients between 41 to 50 years (27.2%) 15 patients. There is no significant difference by gender. The average age of detection of the women was 49.28 ± 2.98 years; men averaged 58.78 ± 1.96 years. Before 60 years there is more risk of cancer in women, from 65 years is reversed. The location of colorectal cancer by endoscopy was the most frequent rectal. The macroscopic appearance at endoscopy predominant reported infiltration was diffuse. **Conclusions:** The main clinical features were abdominal pain, pujo and tenesmus, constipation, bloating and weight loss was found more frequently the adenocarcinoma diffuse and ulcerous moderately differentiated.

Keywords: Colon cancer, clinical and pathological endoscopic behavior.

¹Médico residente del Servicio de Cirugía General, ² Médico Oncólogo y asesor clínico, ³ Director de tesis adscrito al Departamento de Investigación, ⁴ Jefe del Servicio de Cirugía General.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Eduardo A. Ramos Cáceres en Aldama y Nayarit s/n Col. Antonio Rosales, Culiacán Sin. al teléfono 01 667 716 98 10 extensión 179. correo electrónico: dr.e.ramos@hotmail.com.

Artículo recibido el día 20 de abril del 2009.

Artículo aceptado para publicación 19 de octubre 2009.

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una de las patologías del tracto digestivo con un alto índice de mortalidad, y en quienes sobreviven, provoca invalidez, denigra la moral y modo de vida de los afectados que ven frustrados sus anhelos y la expectativa de una calidad de vida normal.

Existen estrategias y procedimientos quirúrgicos alternativos como radio y quimioterapia y se han empleado con el objetivo de prolongar la vida del portador de esta enfermedad los cuales en dependencia del estadio clínico, sitio de localización, tipo histológico y de otros factores se logra establecer el pronóstico de supervivencia promedio del enfermo.¹

Muchos países desarrollados ante tal eventualidad han emprendido medidas para la detección temprana y tratamiento oportuno de tal patología, así como inversiones millonarias para la investigación de los factores de riesgo del cáncer en la población de estudio, dado que en la actualidad es mucho más común encontrar pacientes jóvenes debido al avance de la tecnología.^{1,2}

Ya que el cáncer de colon y recto ha sido estudiado ampliamente en países industrializados principalmente Estados Unidos y Japón cuyas diferencias en la incidencia y comportamiento natural de la enfermedad ha despertado la investigación activa en busca de los factores de riesgo desde hace más de 80 años. Ya está demostrado que existen diferencias en la evolución y forma de presentación en diferentes zonas geográficas.^{3,4} En nuestro medio, debido a la dificultad científico-técnica, la falta de centros especializados y los recursos económicos para poder realizar estudios en nuestra población la cual tiene sus propias características y por ende es posible que en esta patología tengamos nuestras propias características que nos hacen diferentes a las poblaciones estudiadas; las cuales no han sido investigadas a fondo.

Por las limitaciones antes expuestas, el propósito de este estudio es describir el comportamiento clínico-patológico y endoscópico en pacientes con cáncer de colon y recto en base a la curva de supervivencia de Kaplan-Meier. En nuestro medio y dar seguimiento a estudios realizados anteriormente, complementando y comparando los datos obtenidos se podrían identificar y dar seguimiento a pacientes que consultan por esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en 55 pacientes con diagnóstico de cáncer colorectal en el período comprendido de 1999 hasta 18 de septiembre del 2008. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer colorectal primario obtenidos mediante biopsia colonoscópica, registrados y con expedientes en el archivo de la Unidad de Oncología, durante 1999 a 2008, se excluyeron pacientes con tumores de origen secundario y cuyo expediente no refiriera datos

de la endoscopia digestiva baja, o expediente incompleto.

La información se obtuvo a través del registro existente en los archivos del departamento de endoscopia y archivos de expedientes de la unidad UNEME, en el período de estudio, llenándose para cada paciente una ficha de recolección de datos, la cual fue previamente diseñada. Las variables estudiadas fueron, edad, sexo, datos clínicos, localización, tipo histológico, hallazgos endoscópicos, se utilizaron pruebas ji-cuadrada, prueba exacta de Fisher, con un intervalo de confianza del 95%. Se estimó la función de supervivencia y de riesgo no paramétrica por el método de Kaplan-Meier. Para comparar las supervivencias entre género se usó el logaritmo de rangos (Log-rank) y Wilcoxon, con un nivel de significancia de 0.05 a través del software SPSS© versión 15 y MINITAB© V15.

RESULTADOS

Durante el período de estudio comprendido desde el año 1999 a 2008 se registró un total de 55 pacientes con cáncer colorectal en el Centro oncológico diagnosticados mediante Biopsia endoscópica.

De acuerdo a los grupos de edad, 5 (9.09%) tenían edades entre 21 a 30 años, 6 (10.9%) de 31 a 40 años, 15 (27.2%) entre 41 a 50 años, 14 pacientes (25.4%) entre 51 a 60 años, 5 pacientes (9.09%) entre 61 a 70 años y 10 (18.18%) pacientes de 71 a 80 años.

32 (58.18%) casos fueron del femenino y 23 (41.8%) casos del sexo masculino. ($p=0.225$).

De los datos clínicos el dolor abdominal ocurrió en 28 (50.9%) casos, pujo o tenesmo 26 (47.27%) casos, estreñimiento 25 (45.45%) casos. (**Cuadro 1**)

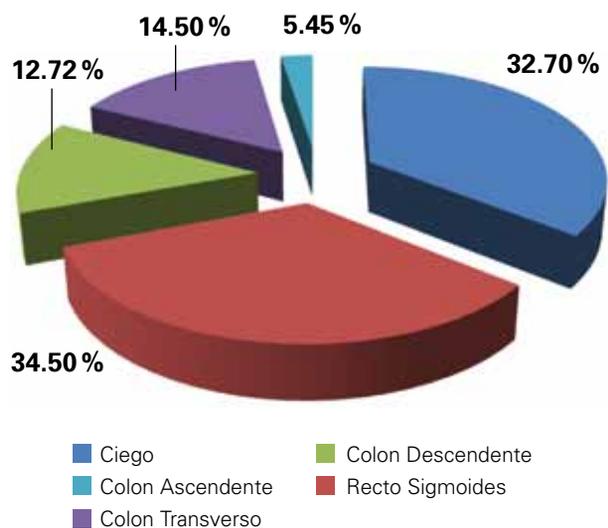


Figura 1. Localización anatómica de neoplasias colorectales

Cuadro 1. Distribución de frecuencias por género y totales

	Femenino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)	Sig
Datos clínicos				
Diarrea	8(25.0)	2(8.7)	10(18.2)	.166
Estreñimiento	15(46.9)	10(43.5)	25(45.5)	1.000
Pérdida de peso	9(28.1)	9(39.1)	18(32.7)	.391
Anemia	12(37.5)	2(8.7)	14(25.5)	.026
Masa abdominal palpable	0(0)	4(17.4)	4(7.3)	.026
Masa rectal	4(12.5)	4(17.4)	8(14.5)	.707
Distensión abdominal	11(34.4)	10(43.5)	21(38.2)	.578
Sangrado rectal	5(15.6)	11(47.8)	16(29.1)	.009
Cambios en grosor en las heces	6(18.8)	2(8.7)	8(14.5)	.446
Sensación de evacuación incompleta	5(15.6)	5(21.7)	10(18.2)	.726
Pujo o tenesmo	21(65.6)	5(21.7)	26(47.3)	.001
Dolor abdominal	5(15.6)	23(100.0)	28(50.9)	.000
Tipo Histológico				
Adenocarcinoma bien diferenciado	12(37.5)	7(30.4)	19(34.5)	.959
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	11(34.4)	9(39.1)	20(36.4)	
Adenocarcinoma indiferenciado	4(12.5)	3(13.0)	7(12.7)	
Otros tipos histológicos	5(15.6)	4(17.4)	9(16.4)	.861
Aspectos macroscópicos				
Polipoide	9(28.1)	3(13.0)	12(21.8)	.113
Ulceroso	5(15.6)	8(34.8)	13(23.6)	
Infiltración Difusa	10(31.3)	10(43.5)	20(36.4)	
Localización Anatómica				
Ciego	10(31.3)	8(34.8)	18(32.7)	.859
Colon Ascendente	2(6.3)	1(4.3)	3(5.5)	
Colon Transverso	6(18.8)	2(8.7)	8(14.5)	
Colon Descendente	4(12.5)	3(13.0)	7(12.7)	
Recto	10(31.3)	9(39.1)	19(34.5)	

De los reportes con adenocarcinoma 46(83.6 %) casos, el cual reportó diferentes grados de diferenciación observando que el bien diferenciado fue de 19(41.3%), el moderadamente diferenciado de 20(43.5%), el indiferenciado con 7(15.2%) y otros tipos histológicos 9 (16.4 %).

El aspecto macroscópico predominante a la endoscopia reportado fue el infiltración difusa 20 (36.4%), ulcerado con 13(23.6%) casos, le sigue en frecuencia el polipoide con 12(21.8%) casos.

En cuanto a la localización del cáncer colorectal por endoscopia encontramos que la más frecuente fue la rectal con 19(34.5%) casos. (Figura 1)

En los datos clínicos y con respecto al género se encontraron diferencias significativas en anemia ($p=.026$) con un 37.5% para mujeres un 8.7% en hombre; en masa abdominal palpable ($p=.026$), no encontrando casos en mujeres y un 17% en hombres; el sangrado rectal fue mas frecuente ($p=.009$) en hombres con un 47.8% contra el 15.6% en mujeres. El pujo fue mas frecuente ($p=.001$) en mujeres

(65.6%) que en hombres (21.7%), mientras que en dolor abdominal el 100% de los hombres lo manifestaron contra n 15.6% de las mujeres ($p=.000$).

Considerando la supervivencia como la edad en que se detectó el tumor, se estimó la función de supervivencia por el método de Kaplan-Meier. Encontrando que el promedio de edad de detección es de 53.25 ± 2.0 años. El 50% de los pacientes, se les detectó el cáncer antes de los 51 años, y el 25% de los casos fueron menores a 42 años. (Figura 2)

Para comparar las supervivencias por género se aplicó la prueba de Wilcoxon para funciones de supervivencia en virtud que está pondera de manera mas importante las diferencias tempranas. Encontramos que existe una diferencias significativa ($p=.002$) por género al momento que se detectó el cáncer, la prueba de Log-rank tiene un valor de significancia de .097, ambas bilaterales). La edad promedio de detección de las mujeres es de 49.28 ± 2.98 años con una mediana de 45 años, mientras que los hombres fue más tarde con una edad promedio de 58.78 ± 1.96 años con una

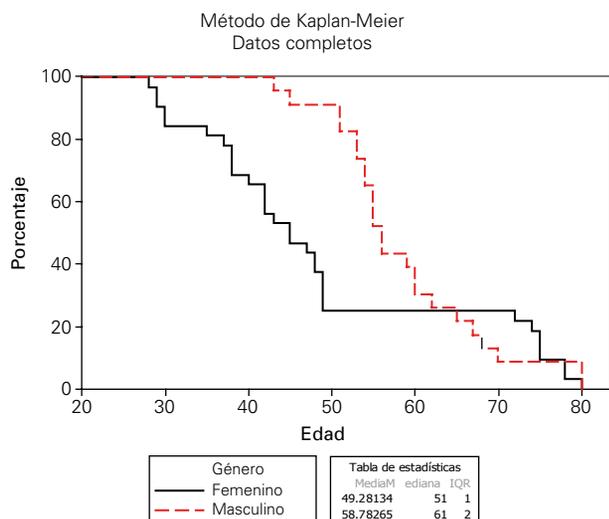


Figura 2. Supervivencia acumulada de edad de diagnóstico de cáncer colorectal por género.

mediana de 56 años. De acuerdo a esto, la aparición del cáncer del colon en las mujeres es a una edad más temprana que a los hombres. Más específicamente, antes de los 60 años existe más riesgo en las mujeres, a partir de los 65 años el riesgo se invierte. (Figura 2)

DISCUSIÓN

Según este estudio la cantidad de los casos encontrados en menores de 40 años nos indica que es significativamente mayor de 4 a 8% reportado por la literatura. El inicio temprano señala que existen factores predisponentes que deben investigarse para un diagnóstico temprano.¹

La mayor frecuencia se encontró en el grupo de 41 a 50 años lo cual no coincide con la literatura internacional donde se afirma que la incidencia máxima ocurre después de los cincuenta años por lo que también se deben tomar en cuenta los factores predisponentes para un diagnóstico temprano.¹

A medida que se incrementa la edad aumenta el riesgo. Datos que se asemejan a estudios realizados con el mismo método, de Kaplan-Meier.^{5,6}

No se encontró diferencias significativas con respecto al género en la afección por cáncer colorectal de acuerdo a otros estudios explican igual proporción de casos en ambos sexos.⁴

En cuanto a las manifestaciones clínicas encontradas el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente, un poco por encima de lo que reporta la literatura consultada.^{7,8}

La anemia se presentó en 25.45% lo cual pudiera estar relacionado con el estadio tumoral, problemas nutricionales o pérdida hemática crónica no percibidos por el paciente (sangre oculta en heces) por lo cual en muchos centros

es obligatorio realizar tacto rectal y pruebas de Guayaco en pacientes con anemia inexplicable.

El sangrado rectal se presentó en un 23.6% y es el signo que mayor alarma produce y por el que más se consulta aunque cuando se presenta por lo general se trata de una patología avanzada y localizada en rectosigmoides, que precisamente fue la localización más frecuente de cáncer colorectal de este estudio. Otro síntoma que se presentó con bastante frecuencia fue la pérdida de peso.

Todo parece indicar que un paciente con dolor abdominal, anemia y pérdida de peso, es altamente sospechoso y debería de sospecharse tumores malignos a nivel del colon.

La masa rectal tuvo una incidencia de 20% lo cual indica que un poco más de 1/4 de los tumores colorectales podrían estar al alcance del tacto rectal y la rectosigmoidoscopia y de esta forma poder establecer el diagnóstico para luego complementarlo con otros estudios.

Los cambios en los hábitos intestinales como estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, cambios en el grosor de las heces, pujo o tenesmo y sensación de evacuación incompleta. Muchas veces no se toman en cuenta como parte de la sintomatología de un cáncer colorectal y pasan desapercibidos, en este estudio tuvieron una frecuencia considerable, por lo que debe complementarse con un examen físico y una buena historia clínica.

El adenocarcinoma constituyó el 84 % del total de casos que no difiere de lo documentado en la literatura internacional. De estos el grado de diferenciación es importante porque a menor diferenciación es peor el pronóstico.¹

Se encontró que los moderadamente diferenciados predominan en el estudio con lo que es útil para estudios de seguimiento prospectivos en los cuales puede estimarse cuanto tiempo sobrevivirá el paciente según el grado de diferenciación celular.

Al igual que el grado de diferenciación estos tumores necesitan un seguimiento estrecho para determinar su comportamiento natural en la población de estudio.

El aspecto endoscópico más encontrado fue el infiltración difusa, de los cuales tienen mayor morbilidad para sangrado digestivo bajo.

La distribución anatómica de mayor frecuencia fue el recto y sigmoides y juntos representan más del 34.5 % de las neoplasias colorectales lo que concuerda con la bibliografía consultada.¹

De acuerdo con estos resultados se deben seguir estrechamente a estos pacientes con síntomas de pérdida de peso pero sin causa aparente, dolor abdominal, sangrado rectal o anemia, realizando estudios clínicos y endoscópicos con toma de biopsia, sobre todo los del sexo femenino en edades de los 31 a 50 años por la incidencia de este estudio, esto para crear un registro de seguimiento de pacientes con cáncer colorectal para documentar la evolución, morbilidad y mortalidad de esta enfermedad.

CONCLUSIONES

Los principales datos clínicos fueron dolor abdominal, pujo y tenesmo, estreñimiento, distensión abdominal y pérdida de peso, además el tipo histológico encontrado con mayor frecuencia fue el adenocarcinoma modera-

damente diferenciado, localizando en el recto sigmoides como sitio anatómico de mayor incidencia y el aspecto macroscópico de cáncer colorrectal fue el de mayor frecuencia en este estudio el de infiltración difusa y el ulcerado.

Referencias

1. Kattlove H, Winn RJ. Ongoing care of patients after primary treatment for their cancer. *CA Cancer J Clin* 2003;53:172-96. [Erratum, *CA Cancer J Clin* 2003;53:315.]
2. Kjeldsen BJ, Kronborg O, Fenger C, Jorgensen OD. A prospective randomized study of follow-up after radical surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 1997;84:666-9.
3. Makela JT, Laitinen SO, Kairaluoma MI. Five-year follow-up after radical surgery for colorectal cancer: results of a prospective randomized trial. *Arch Surg* 1995;130:1062-7.
4. Renehan AG, Egger M, Saunders MP, O'Dwyer ST. Impact on survival of intensive follow up after curative resection for colorectal cancer: systematic review and metaanalysis of randomised trials. *BMJ* 2002;324:813.
5. Virgo KS, Vernava AM, Long WE, Mc-Kirgan LW, Johnson FE. Cost of patient follow-up after potentially curative colorectal cancer treatment. *JAMA* 1995;273:1837-41.
6. Earle CC, Grunfeld E, Coyle D, Cripps MC, Stern HS. Cancer physicians' attitudes toward colorectal cancer follow-up. *Ann Oncol* 2003;14:400-5.
7. Kjeldsen BJ, Kronborg O, Fenger C, Jorgensen OD. The pattern of recurrent colorectal cancer in a prospective randomized study and the characteristics of diagnostic tests. *Int J Colorectal Dis* 1997;12:329-34.
8. Faivre-Finn C, Bouvier-Benhamiche A-M, Phelip JM, Manfredi S, Dancourt V, Faivre J. Colon cancer in France: evidence for improvement in management.