

No. Reg. I/86/70

86

Publicado en: *Temas Escogidos Gastroenterol (Bocotá) 1972;*
15: 133-161
Trabajo presentado en la XX Convención Nacional de la Sociedad
Colombiana de Gastroenterología. Bucaramanga, 1972

BIBLIOTECA
Instituto Nacional de Cancerología

CANCER DE RECTO Y ANO

AVANCE TERAPEUTICO - CONTROLES

Dr. CARLOS REY LEON (1)

Dr. ARRY CONSTANTIN JIMENEZ (2)

- (1) Gastroenterólogo del Instituto Nacional de Cancerología, Jefe del Servicio de Proctología del Centro Hospitalario San Juan de Dios - Bogotá.
- (2) Jefe del Depto. de Radioterapia del Instituto Nacional - de Cancerología.

3 JUL. 1984

I 70/1

1970?

CANCER DE RECTO Y ANO

Habíamos ya presentado y analizado una serie de 209 pacientes de cáncer en el Recto y Colon del Instituto Nacional de Cancerología y del Centro Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá, durante los años de 1.956 a 1.960 (14).

El presente estudio corresponde a una serie de 158 pacientes que consultaron - al Instituto Nacional de Cancerología, durante los años de 1.960 a 1.970, con cáncer del Ano y Recto.

En esta revisión, no se incluyen aquellos pacientes que se consideraron casos terminales sin posibilidad de ningún tratamiento o los que habiendo sido tratados en otras Instituciones, nos eran enviados para tratamientos complementarios por reproducción o carcinomatosis.

F R E C U E N C I A

Apreciamos subjetivamente que en esta década hay un incremento notable en la frecuencia del Cáncer con localización en el Ano y en el Recto, pero su análisis con relación al aumento de población, índices de grupo, etc., será motivo de otra publicación; sin embargo, sí es conveniente hacer mención de los factores que han hecho mejorar la supervivencia y el diagnóstico temprano de la enfermedad entre nosotros.

Consideramos que la enseñanza médica-proctológica, el control de lesiones premalignas (pólipos) y los métodos paraclínicos a su alcance (endoscopia, radiología, citología, etc.), llevan a un diagnóstico precoz del cáncer; además, el mejoramiento de técnicas quirúrgicas, las cuales consiguen mayor resecabilidad de las lesiones y los tratamientos complementarios (radioterapia, quimioterapia) (19), han mejorado el porcentaje de supervivencia. Por último las campañas de educación pública han hecho que el paciente visite con más frecuencia al Médico y regrese a sus controles (18).

S E X O

De las 158 historias revisadas (fig. No. 1) encontramos mayor frecuencia en el sexo femenino, 98 casos (62.1%) que en el masculino, 60 casos (37.9%), incidencia mayor que la observada en nuestra serie anterior y que contrasta definitivamente con las extranjeras (2.6) que tienen cifras similares para hombres y mujeres.

En realidad, nuestras cifras no son una representación de lo que sucede en el País, ya que al Instituto, como Entidad especializada, concurren pacientes seleccionados.

E D A D

En cuanto a la edad (fig. No. 2) la década de mayor incidencia fué la sexta, 44 pacientes (27.8%), siguiendo en orden decreciente la quinta y la séptima,

cada una con 38 pacientes (24%), la cuarta con 16 (10.2%), la octava con 14 (8.9%) y por último la tercera con 8 pacientes (5.1%).

EVOLUCION

Es difícil hacer un cálculo porcentual exacto entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad (fig. No. 3) y solo se hizo una apreciación clínica con base en 6 meses de evolución, así:

Tiempo antes del diagnóstico :

a)	Menos de 6 meses	43 Pacientes	27%
b)	Más de 6 meses	115 Pacientes	73%

TRATAMIENTOS ANTERIORES

El parasitismo intestinal y primordialmente la amibiasis, confunde y demora el diagnóstico precoz del cáncer del Recto (fig. No. 4).

Es importante considerar los tratamientos efectuados en estos pacientes, para así evaluar la culpabilidad en la demora del diagnóstico del cáncer :

Tratamientos antiparasitarios - Antiamibianos -

Tratamientos antihemorroidales	12	7.5 %
Resección de papilomas anales	11	7 %
Colostomías	8	5 %
Fistulectomías anales	2	1 %

LOCALIZACION

(Fig. No. 5). -

Clínicamente se encontraron 125 lesiones en el Recto (79.3%), 26 en la unión ano-rectal (16.4%) y 7 en el Ano (4.3%) y los informes anatomopatológicos - de estas lesiones se distribuyeron así: (fig. No. 6).

Adenocarcinoma	140	(88.6%)
Carcinoma escamocelular	15	(9.5%)
Pólipo Velloso con adenocarcinoma	1	(0.63%)
Tumor anaplásico	1	(0.63%)
Abandono	1	(0.63%)

Estas cifras confirman la mayor frecuencia de carcinoma escamocelular entre nosotros y ya lo habíamos anotado en la serie anterior. En la literatura revisada el carcinoma escamocelular del Ano no sobrepasa el 5% de todos los tumores anales y rectales. Numerosos investigadores (20, 7, 19, 16), han señalado a las fístulas anales, cicatrices, hidradenitis supurativa y a las enfermedades venéreas como predisponentes al desarrollo del cáncer escamocelular del Ano.

S I N T O M A S

La manifestación clínica fué muy variada en los pacientes de esta serie. (fig. No. 7), ya que presentaron desde la forma vaga de diarreas, costipación, pujo o solamente expulsión de sangre y moco, hasta el cuadro obstructivo severo con duración de síntomas que en algunos casos alcanzó a dos años.

La frecuencia de estos síntomas se resume así:

Hemorragia	90%
Expulsión moco-sangre	87%
Dolor ano-perineal	84%

Cambio de hábito intestinal	80%
Pujo	76%
Tenesmo	70%
Fenómenos obstructivos	43%
Deformación de heces	41%
Tumor anal	
Incontinencia	
Anemia	
Dolor abdominal	
Polaquiuria - Disuria	
Pérdida del apetito.	

HALLAZGOS

El 63.90% de los pacientes manifestó haber perdido peso (fig. No. 8).

Hepatomegalia	8 pacientes	5.6%
Adenopatías :		
a) Inguinales	55 pacientes	34.80%
b) Cervicales	7 pacientes	4.41%
c) Axilares	3 pacientes	1.8%

No se describieron adenopatías en 85 pacientes (53.4%).

De las biopsias en los ganglios inguinales, solamente en 11 pacientes, (6.9%) fueron positivas para carcinoma metastásico.

EXAMENES

El tacto rectal y la proctoscopia evidenciaron el 100% de las lesiones (fig. No. 9).

La radiografía de Tórax se efectuó en el (94.3%) de los pacientes y se evidenciaron metástasis en un 6.3%. La radiografía de Pélvis se hizo en el 48.1% y solo fué positiva para metástasis en un caso 0.6%,. Se practicó radiología de Colon en 36 pacientes (22.8%) y no se demostró otra lesión tumoral maligna.

TRATAMIENTO

El concepto multidisciplinario del tratamiento del cáncer no es nada nuevo y desde hace algunos años viene empleándose asociaciones terapéuticas, ya con fines experimentales, ya como norma consagrada por la experiencia.

Una de estas asociaciones, la radioquirúrgica, ha sido obviamente la más extendida y sus beneficios no admiten ya discusión en ciertos cánceres : Seno, Laringe, Vejiga, etc. y aún en tumores de baja radiosensibilidad, como sarcomas de tejidos blandos y osteosarcomas, es evidente, de acuerdo con múltiples trabajos la bondad de esa asociación.

En cuanto a la secuencia Cirugía - Radioterapia o Radioterapia - Cirugía, las dificultades que la irradiación preoperatoria causaban antiguamente con el uso de los Rx de voltaje convencional usados sin un criterio suficiente, hicieron que durante años se prefiriera hacer en muchos casos primero la cirugía y luego la radioterapia.

El advenimiento del super-voltaje y las radiaciones de alta energía como las de Cobalto 60, sin embargo, han logrado volver a despertar el interés sobre el uso de la irradiación antes de la cirugía con las siguientes ventajas :

- 1o. - Disminución del número de células viables que durante el acto quirúrgico pueden pasar a la circulación y ser origen de metástasis.
- 2o. - Aprovechamiento de las radiaciones cuando es mayor la radio-sensibilidad, ésto es, cuando la oxigenación del tumor es máxima.
- 3o. - Conocimiento previo de la radiosensibilidad que en ciertos casos puede permitir un tratamiento post-operatorio más racional.
- 4o. - Reducción en el tamaño y/o fijación de los tumores facilitando su extirpación.
- 5o. - Conversión de casos inoperables.
- 6o. - Eliminación, según la respuesta inicial, de muchas intervenciones mutilantes y antifuncionales.

Por todas estas razones y por el hecho de que a pesar de los progresos de la cirugía abdomino-pélvica, las cifras de supervivencia en cáncer de Colon y Recto no han aumentado en la forma esperada en la última década, se viene utilizando en este campo, el uso de la irradiación preoperatoria.

En el Memorial Hospital de Nueva York, con dosis preoperatorias de 1.500 a 2.000 rads. no se observó mejoría en la supervivencia en casos clasificados en estados A y B de Duke, pero en cambio en estados C, con metástasis ganglionares, la supervivencia aumentó de 27 a 43%.

Según Rosvit y Colaboradores de la Administración de Veteranos, quienes emplea-

ron dosis de 2.000 a 3.000 rads, hubo una ligera mejoría en la supervivencia a 3 años; las complicaciones quirúrgicas fueron iguales y en los pacientes irradiados se encontró menos invasión ganglionar.

Con dosis más altas, los resultados que se han venido obteniendo parecen más concluyentes; Clifford y Fletcher usando dosis de 5.000 a 6.000 rads. en tumor, concluyen:

- 1o. Las dosis son bien toleradas.
- 2o. No aumentan las complicaciones quirúrgicas.
- 3o. Los pacientes que no habían sido colostomizados evolucionaron mejor que los que sí lo habían sido.
- 4o. Carcinoma In-Situ o no viable se encontró en 10 de 52 casos después de la irradiación.
- 5o. No hubo evidencia de recaída local en la serie.

(FIG. 94)

En el Instituto Nacional de Cancerología, comenzamos a poner en práctica la irradiación preoperatoria en el cáncer del Ano y del Recto, pero debido al corto tiempo de observación y al limitado número de casos, no podemos mostrar conclusiones, particularmente en lo que se refiere a supervivencia; sin embargo, creemos justificado incluir la radioterapia previa a la cirugía en estas localizaciones.

En cuanto al tratamiento quirúrgico se refiere, consideramos que el vaciamiento aorto-iliaco se justifica, especialmente en aquellos pacientes jóvenes a los cuales se les debe ofrecer un mayor margen de seguridad y los estudios anatomopatológicos escalonados, así lo han demostrado.

CONDUCTAS DE TRATAMIENTO

De los 158 pacientes con diagnóstico clínico-patológico de cáncer en Ano y en Recto (fig. No. 10), solo a 150 se les definió conducta de tratamiento. Ocho - pacientes abandonaron durante el estudio clínico.

Clínicamente se clasificaron así:

Pacientes tratables con criterio curativo	114	76
Pacientes tratables con criterio paliativo	6	4
Pacientes intratables	30	20

En el momento de la cirugía los hallazgos hicieron cambiar las conductas de la siguiente manera :

Pacientes tratables con criterio curativo	89	59
Pacientes tratables con criterio paliativo con extirpación de tumor.	16	11
Pacientes intratables (colostomía derivativa)	21	25
Pacientes intratables (laparotomía)	4	

En resumen : (fig. No. 11) solo 130 pacientes (82.3%) fueron tratados quirúrgicamente, 89 con criterio curativo, 10 de los cuales recibieron radioterapia previa a la cirugía, 16 con criterio paliativo y 25 fueron considerados como intratables. 28 pacientes abandonaron los servicios del Instituto sin iniciar tratamiento (17.7%).

Las técnicas quirúrgicas empleadas para los tratamientos radicales, fueron :
(fig. No. 12)

a)	Resección Abdomino-perineal del Recto	77	(87%)
b)	Resección anterior del Recto	8	(9%)
c)	Prelectomia posterior	2	(2%)
d)	Procedimientos de "pull - Through"	2	(2%)

TRATAMIENTOS PALIATIVOS CON EXTIRPACION DE TUMOR

Se consideró en este grupo a los pacientes con metástasis pulmonares, hepáticas, ganglionares y pélvicas.

En estos casos la cirugía del cáncer del Recto con resección abdomino-perineal, está justificada por motivos peculiares de la evolución del tumor en esta región. Los cánceres rectales no extirpados causan graves síntomas invalidantes como son el tenesmo, dolor, hemorragia, obstrucción y la infección de los tejidos vecinos.

La mortalidad operatoria y complicaciones no son excesivas (1). El 32% de los pacientes con metástasis hepáticas de la Lahey Clinic Foundation vivieron más de un año. Bricker en su serie con vaciamiento pelviano en cáncer de Recto sin metástasis ganglionares difusas, obtuvo una supervivencia de 30%, en 5 años.

Con este criterio nosotros hemos practicado 16 resecciones del Recto, sin mortalidad operatoria y con controles que resumimos en el siguiente cuadro :

Resección abdomino-perineal del Recto	16
Mortalidad operatoria	0
Control de un año	7
Control de año y medio	5
Control de dos años	4 (25%)

MORTALIDAD OPERATORIA Y COMPLICACIONES

El hecho de que solo el 82.3% de los enfermos con cáncer del Ano y Recto llegaran a la cirugía (66% de toda la serie) nos indica un largo período de evolución y por consiguiente malas condiciones generales de los pacientes, (fig. No. 13). Aceptamos el criterio general sobre mortalidad operatoria o sea las ocurridas durante el primer mes del post-operatorio y en nuestra serie se causaron 8 (7.6%) de las cuales ²(1.9%) se sucedieron en las primeras 72 horas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes fueron :

Evisceración	3
Peritonitis	3
Fístulas vesicales	3
Necrosis de la colostomía	2
Infección grave de la herida	2
Insuficiencia renal - Muerte	1

Necrosis del colon izquierdo-controlada	1
Hemorragia zona perineal	1
Accidentes cerebro-vascular	1

CONTROLES - SUPERVIVENCIA

Se considera que no se puede valorar con certeza el tratamiento del cáncer si no efectuamos controles a nuestros pacientes por un período mínimo de 5 años, (fig. No. 14).

Los controles de los pacientes de las Entidades Hospitalarias, entre nosotros, són definitivamente pobres por numerosos factores de orden socio-económico e inclusive por deficiencias en la estructura misma de las Instituciones.

Si hacemos mención específicamente del Instituto Nacional de Cancerología podemos decir que es allí donde se ha logrado algún avance, que de todas maneras no podemos considerar satisfactorio pero que sí nos ha permitido poder presentar las siguientes conclusiones :

De los 130 pacientes operados, se siguieron durante los 10 años del estudio a 83 que representa el 74%; de los casos de cirugía paliativa cuatro (4) el 25% es taban vivos después de dos años.

R E S U M E N

Se revisó una serie de 158 pacientes que consultaron al Instituto Nacional de Cancerología con cáncer del Ano y del Recto durante los años de 1.960-1.970 y se observó un incremento en la localización del cáncer de estos órganos. - Se considera que la enseñanza médica proctológica y los métodos paraclínicos a su alcance, facilita el diagnóstico precoz de las lesiones. De igual manera se considera que los adelantos de la técnica quirúrgica y los tratamientos complementarios pueden aumentar el porcentaje de supervivencia.

La sexta década fué la más afectada y se considera que un 73% de los pacientes tenían lesiones tumorales de más de seis (6) meses de evolución y habían sido tratados previamente, en la gran mayoría de los casos con antiamicibianos, procedimientos antihemorroidales, etc., que demoraron el diagnóstico del cáncer.

El Adenocarcinoma se encontró en 140 lesiones y el carcinoma escamocelular en 15. Esta última forma histológica, comparada con otras series muestra una mayor frecuencia entre nosotros.

La hemorragia, expulsión de moco-sangre, el dolor ano-perineal y el cambio de hábito intestinal fueron los síntomas principales. El Tacto Rectal y la Proctoscopia evidenciaron el 100% de las lesiones.

Se hace un análisis de los posibles beneficios con radioterapia previa al tratamiento quirúrgico y del mayor margen de seguridad cuando éste es radical con

vaciamiento aorto-iliaco. De igual manera se considera justificado el tratamiento paliativo con Resección Abdomino-perineal del Recto en los casos de pacientes con metástasis pulmonares, hepáticas o ganglionares.

La Resección abdomino-perineal fué la técnica quirúrgica más utilizada en nuestros casos, siguiendo en orden de frecuencia las resecciones anteriores, la Proctomía por vía posterior y los procedimientos del "pull - through". Las complicaciones más frecuentes, fueron : evisceración, peritonitis y fístulas vesicales.

La mortalidad operatoria fué del 7.6%. Durante los 10 años del estudio se controlaron el 74% de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. BLAKE, CADY " Problemas complicados en el tratamiento del cáncer ".
Clin. Quirurg. de N.A. (Junio); 679-699, 1968.
2. BOCKUS, H. L., BERK, E and W. S. HAUBRICH Gastroenterology, Phila-
delphia, Saunders, 1964. v. II, p. 989-1027.
3. BRICKER, E. M., BUTCHER, H. R. and LAWLER, W. H., and Mc-FEE,
C. A. "Surgical treatment of advanced and recurrent of the pelvic -
viscera : An evaluation of ten years experience. Ann. Surg. 152 :
388-402, Sep. 1960.
4. CLIFFORD V. ALLEN and WILLIAM S., FLETCHER. Observations on
pre-operative irradiation of rectosigmoid carcinoma. Am. J. -
Roentgen. 108 : 136-140, Jan. 1970.
5. DEDAISH, M. R. and STEARNS, M. W. Anterior resectum for carcinoma
of the rectum and rectosigmoid areas. Ann. Surg. 154 : 961-966, -
Dic. 1961.
6. de PEYSTER, F. A. and GILCHRIST, R. K. PATHOLOGY and manifesta-
tions of cancer of the Colon and Rectum. en : TURELL, R. DISEA-
SES of the Colon and Anorectum, Philadelphia, Saunders, v. 1, p.
384-406, 1959.
7. FLETCHER, W. S., and ALLEN, C. V. and DUNPHY, J. E. Preoperative
irradiation for carcinoma of the Colon and Recto. Ann. Surg. 109 :
76-82, 1965.
8. HIGGINS, G. A., and SWIGHT, R. W. and WALSH, W. S. et al. Preopera-
tive irradiation therapy as an adjuvant to surgery for carcinoma of
the Colon and Rectum. Am. Journal Surg. 115 : 241-246, Feb. 1968.
9. HOYE, R. C. and SMITH, R. R. The effectiveness of small amounts of -
preoperative irradiation in preventing the growth of tumor cells -
disseminated at surgery : and experimental study. Cancer 14 : 284-
295, Mz-Ap. 1961.
10. MAUS, W. STEARNS, Jr., Cancer of the Rectum. Dis. Colon Rectum.
11 : 1-8, Jan-Feb. 1968.
11. MAUS W. STERNS, Jr. HORACE W. WHITELEY, Jr. ROBERT, W. LEA
MING, MICHAEL R. DEDDISH. Palliative radiation therapy in -
patients with localized cancer of the Colon and Rectum, Cancer v. 25 :
343-346, 1. 970.

12. MORSON, B. C., BUSSEY, H.J. Surgical pathology of rectal cancer in relation to adjuvant radiotherapy. Brit. Journal Radiology 40 : 161-165, Mar. 1963.
 13. NAKAYAMA, K. Preoperative irradiation in the treatment of patients with carcinoma of the esofagus and of some others sites. Clin. - Radiol. 15 : 232-241, Jul. 1964.
 14. REY-LEON, C. et al. Cancer del Colon y Recto. Temas escogidos de Gastroenterología. Bogotá. v. VII : 471-479, Editorial Stella, Bogotá. 1963.
 15. ROSWIT, BERNARD., GEORGE, A., HIGGINS and ROBERT, J., KEENN, A. A controlled study of preoperative irradiation in cancer of the sigmoid colon and rectum. Preliminary report. Radiology v. 97 : 133, 1970.
 16. SAWYERS, JHON. H., Cancer epidermoide de la zona perianal y conducto anal. Clínicas Quirúrgicas N.A. Oct. 1173-1178, 1.965.
 17. SCHWARTZ, A. Anorectal fistula and cancer. Dis. Colon Rectum. v. 6 : 305-307, 1963.
 18. STEARNS, N.W. Jr. "Epidermoid carcinoma of the anal region". Clin. Quirurg. N.A. 39 : 759, 1959.
 19. SWINTON, N.W. et al. "Cancer de Recto y Sigmoide". Clin. Quirurg. - N.A. 657-661, Jun. 1967.
 20. TURELL, R. "Epidermoid squamous cell cancer of the perianus and anal canal. Clin. Quirurg. N.A. 42 : 1235, 1962.
 21. WHITELEY, HORACE W. Jr., MAUS, W. STERNS, Jr., ROBERT H., LEAMING, and MICHAEL R., DEDDISH. Palliative radiation therapy in patients with cancer of the Colon and Rectum. Sug. Clin. N.A. 49 : 381-87, Ap. 1969.
-



INC002394

I/86/70?

RECTO

ANO

NEOPLASMAS

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO

EPIDEMIOLOGIA

CIRUGIA

RADIOTERAPIA

ADENOCARCINOMA

CARCINOMA

ESCAMOCELULAR

HEMORRAGIA

ANO-PERINEAL (PT)

PROCTOSCOPIA

TACTO

VACIAMIENTO

ABERTO-ILIACO (PT)

PALIATIVO

COMPLICACIONES