UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA. AMERICA CENTRAL

CARCINOMA DEL COLON, LOCALIZACION Y CARACTERES CLINICOS; INFORME DE VEINTISEIS CASOS.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POR

ANGEL HEBERTO JUAREZ SOTOMAYOR

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

Médico y Cirujano

GUATEMALA, MAYO DE 1964

PLAN DE TESIS

I) INTRODUCCION

II) MATERIAL Y METODO

III) RESULTADOS

IV) COMENTARIOS

V) CONCLUSIONES

VI) BIBLIOGRAFIA

o O o

I

INTRODUCCION

Dentro de los padecimientos que afectan el- Intestino Grueso, el Cáncer es uno de los más comunes e importantes.

Al tratar de esclarecer la etiología de este padecimiento, surgen varias teorías, aunque no se tienen datos exactos, sin embargo es evidente la acción irritativa en la producción del carcinoma y este es frecuente en casos de Poliposis Múltiple o en Colitis Ulcerosa. - Casi siempre los tumores se localizan en puntos de Estasis de las heces fecales y en lugares de constricción normal del Intestino. La sintomatología originada por el Carcinoma del Colon como veremos más adelante, algunas veces puede pasar inadvertida, otras puede dar lugar a pensar en otra entidad Patológica, pero en su mayoría después de un exámen detenido, con el auxilio del Laboratorio y rayos X se puede llegar a un Diagnóstico definitivo.

El cuadro clínico que produce el Carcinoma- del Colon Derecho y el Ciego, difiere del que causa el Carcinoma del Colon Izquierdo y el Sigmoide por dos Razones.

1) La luz intestinal es más amplia en el Derecho que en el Izquierdo.
2) Las heces son líquidas en el Derecho y sólidas en el Izquierdo.

En el interrogatorio del paciente los siguientes síntomas y signos deben de poner alertas para el Diag

nóstico de Carcinoma del Colon: Dolor, Anemia, Masa Abdominal, Síntomas obstructivos, Sangre Oculta en Heces, Cambio en el hábito de la evacuación, tenesmo.

La sola presencia de Hemorroides amerita hacer un estudio adecuado para descartar un Ca. del Recto.

El médico debe conocer la incidencia de la enfermedad y tratar hasta donde sea posible el diagnóstico temprano del mismo ya que lesiones que se descubren cuando no hay síntomas o apenas estos principian, los resultados post-operatorios son excelentes.

Nuestro propósito con el presente estudio es dar a conocer los caracteres clínicos más relevantes de la enfermedad en nuestro medio, con el objeto de mantenerle en mente y el Diagnóstico se haga precozmente.

II
MATERIAL Y METODO

El presente estudio fué realizado en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General, donde fueron revisados 36 casos de Carcinoma del Colon, comprendidos en el período de Febrero de 1957 a Diciembre de 1963.

Al mismo tiempo que se analizaron los Informes de Anatomía Patológica, se estudiaron las historias Clínicas de los casos mencionados, haciendo un estudio correlativo en 26 casos, únicos registros Clínicos que nos fué posible adquirir, ya que en los 10 casos restantes no se pudo llevar a cabo dicho estudio por pertenecer los pacientes a diversos Hospitales Departamentales y haberse extraviado en algunos el Registro Clínico.

Los casos estudiados fueron agrupados y clasificados previamente atendiendo a Sexo, Edad, Raza, Síntomas, Signos, Laboratorio, Rayos X, Procedimientos Quirúrgicos, Anatomía Patológica, Localización y Mortalidad; Orden en que se desarrollará nuestro trabajo.

III
RESULTADOS

CUADRO NUMERO 1

Más frecuente en el Sexo Femenino así:

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
Fem.	14	53. 84%
Masc.	12	46. 15%

SEXO:

Casi todos los autores coinciden refiriéndo- cierta preponderancia de incidencia en el hombre. En nuestra serie estudiada, el Carcinoma del Colon fué - más frecuente en el sexo femenino, ya que de los 26- casos, 14 pacientes eran mujeres (53. 84%) y 12, pertenecían al sexo masculino (46. 15%).

CUADRO NUMERO 2

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
70 a 79	1	3. 84 %
60 a 69	5	19. 23 %
50 a 59	7	26. 92 %
40 a 49	8	30. 76 %
30 a 39	2	7. 69 %
20 a 29	2	7. 69 %
10 a 19	1	3. 84 %

EDAD:

Encontramos la mayor incidencia de Carcinoma del Colon, de los 40 a los 49 años (30. 76%) luego en or den de frecuencia, de los 50 a los 59 años (26. 92%) y - de 60 a 69 años (19. 23%) respectivamente.

Caso especial que comentaremos más adelante, fué el de un joven de 16 años en quién se comprobó el - Carcinoma pese a su corta edad. Caso opuesto el de un Paciente de 78 años cuya sintomatología coincidió con la del caso antes mencionado.

RAZA:

En nuestra serie, los 26 casos o sea el (100%) - pertenecían a la raza ladina, aunque se debe tomar en - consideración que en nuestro medio la clasificación de - los grupos étnicos es deficiente.

CUADRO NUMERO 3

SINTOMAS	NUMERO	PORCENTAJE
Dolor Abdominal	26	100 %
Anorexia	16	61. 53 %
Nausea	18	69. 23 %
Vómitos	16	61. 53 %
Pirosis	2	7. 69 %
Hiperperistaltismo	8	30. 76 %
Pérdida de Peso	12	46. 15 %

SINTOMAS:

Dolor, fué el síntoma que predominó sobre - los restantes, estuvo presente en el (100 %) de los casos, fué referido en su mayoría como dolor generalizado a todo el abdomen, aunque también fué referido en los flancos y en fosa ilíaca derecha e izquierda según su localización como veremos más adelante.

Así mismo el (100 %) lo refirio de tipo Cólico agravándose con la ingestión de alimentos.

Anorexia: La encontramos presente en 16 de los, casos (61. 53%), siendo en cuatro de ellos, completa.

Nausea: Segundo en frecuencia, estuvo presente en 18 pacientes equivalente a un (69. 23%).

Vómitos: Fueron referidos en el (61. 53%) o sea en 16 de los casos de nuestro estudio, casi siempre precedidos de sensación nauseosa.

Pérdida de Peso: Lo refirieron 12 pacientes, desafortunadamente no especificaron a cuanto ascendía dicha pérdida, pero si de consideración para tomarse en cuenta como partícipe del Cuadro Clínico.

Hiperperistaltismo: Aunque en menor número, lo refirieron 8 pacientes, igual a (30. 76%).

Pirosis: Fué el síntoma menos frecuente, solamente lo encontramos en la historia de 2 de los pacientes, - (7. 69%). - En los casos restantes no se mencionó.

CUADRO NUMERO 4

SIGNOS	NUMERO	PORCENTAJE
Distención abdominal	11	42. 30 %
Mal estado general	19	73. 07 %
Tumoración	14	53. 84%
Paro de heces	4	15. 38%
Paro de gases	2	7. 69%
Melena	5	19. 23%

SIGNOS:

Mal estado general: Fué el signo predominante, presente en 19 de los casos, (73. 07%), referido de poco tiempo antes al inicio de la enfermedad.

Tumoración: 14 pacientes de nuestra serie, (53. 84%) lo presentaron al ingreso acusando localización, forma y dimensiones diversas.

Distención Abdominal: Signo que se observó en 11 pacientes (42. 30%).

Melena: Solamente se encontró en la historia de 5 casos, que lo refirieron a su ingreso (19. 23%).

Anemia: Presente en el (100%) de los casos, en cifras que veremos en el cuadro siguiente.

CUADRO NUMERO 5

LABORATORIO	NUMERO	PORCENTAJE
G. R. Bajo 5 millones	8	30. 76 %
G. R. Bajo 4 millones	16	61. 53 %
G. R. Bajo 3 millones	4	15. 38 %
SEDIMENTACION arriba 8 mm.	11	42. 30 %
SEDIMENTACION abajo 8 mm.	5	57. 69 %
SANGRE OCULTA EN - HECES	10	38. 46 %

LABORATORIO Con el propósito de deducir el- grado de anemia, investigamos el recuento de Glóbu- los Rojos.
Fué menor de 4 millones en el (61. 53 %) o sea en 16 casos, y la Hemoglobina no arriba de 11 gramos.

Sedimentación: Predominó la elevación de las cifras normales, así: Alta en 11 casos. Baja en 5.

Sangre oculta: Solamente se investigó en 10 - casos, resultando en todos Positivo (38. 46%)

CUADRO NUMERO 6

RAYOS X	NUMERO	PORCENTAJE
Placa vacía	6	23. 07 %
Enema de Bario	16	61. 53 %

RAYOS X:

Placa vacía: Unicamente se hizo en 6 casos, reportando 4 presencia de Niveles Líquidos abundantes, - en los 2 restantes no fueron reportados.

Enema de Bario: Practicado en 16 de nuestra se- rie, (65. 53%) reportados 12, como irregularidad en la re- gión correspondiente, estrechamiento de la luz intestinal deformidad o defecto de llenamiento del segmento afecta- do.
En 4 no se encontró evidencia de Lesión Neoplásica o ul- cerosa.

CUADRO NUMERO 7

OPERACION	NUMERO	PORCENTAJE
LAPARATOMIA EXP. BIOPSIA	10	38. 46 %
HEMICOLECTOMIA	16	61. 53 %
Colostomía Previa	14	53. 84 %

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

La intervención quirúrgica que más se practicó fué la Hemicolectomía, Resección intestinal con anasto- mosis término terminal, esto fué en 16 casos ó sea en (61. 53. %). Los 10 restantes, (38. 46%) fueron casos en que se hizo Laparatomía Exploradora, clasificados como casos inoperables por haber invadido y dado metástasis y sola - mente se tomo biopsia.

De la totalidad de los casos, a 14 se le hizo

Colostomia previa al acto operatorio. Tomando en cuenta la anemia que se observó en la mayoría de los pacientes, se hizo necesario en todos administrar transfuciones previas al acto quirúrgico con miras a mejorar su estado general.

Solamente fué posible en algunos, ya que en otros hubo necesidad de intervenirlos sin llenar dicho requisito para obviar tiempo y complicaciones.

Mencionaremos como caso especial a uno de los que formó parte de nuestra serie estudiada, por diversas causas que lo hacen especial. Paciente que apenas contaba con 16 años de edad, en buenas condiciones de salud, sin pérdida de peso evidente, en mal estado de hidratación, con sintomatología de obstrucción intestinal de 8 días de evolución, paro de heces, paro de gases, distención abdominal, ausencia de ruidos intestinales. Se hizo Placa Vacía encontrandose niveles líquidos, no se hizo Enema de Bario, fué operado con diagnóstico de invaginación intestinal y practicada Resección intestinal, con anastomosis termino terminal, el resultado de Anatomía patológica fué: Carcinoma del Colon descendente sin especificar grado de malignidad, falleció ese mismo día.

CUADRO NUMERO 8

ANAT. PAT.	NUMERO	PORCENTAJE
Adenocarcinoma	24	92. 30 %
Ca. Transicional	1	3. 84 %
Ca. Epidermoide	1	3. 84 %
Grado de Malignidad:	**Numero**	**Porcentaje**
Carcinoma G. III	7	26. 92 %
Carcinoma G. II	8	30. 76 %
Carcinoma G. IV	1	3. 84 %

ANATOMIA PATOLOGICA.:

Dió los siguientes resultados: Fué el Adenocarcinoma la variedad mas frecuente, presente en 24 de los casos (92. 30%) y con (3. 84%) ó sea un caso Carcinoma transicional, en igual forma el Carcinoma Epidermoide, en cuanto al grado de malignidad el que predominó fué el grado dos en ocho casos (30. 76%), luego en orden correlativo, grado 3 en 7 casos (26. 92%) y grado 4 en un solo caso (3. 84%).

En los casos restantes no especificaron grado de malignidad.

CUADRO NUMERO 9

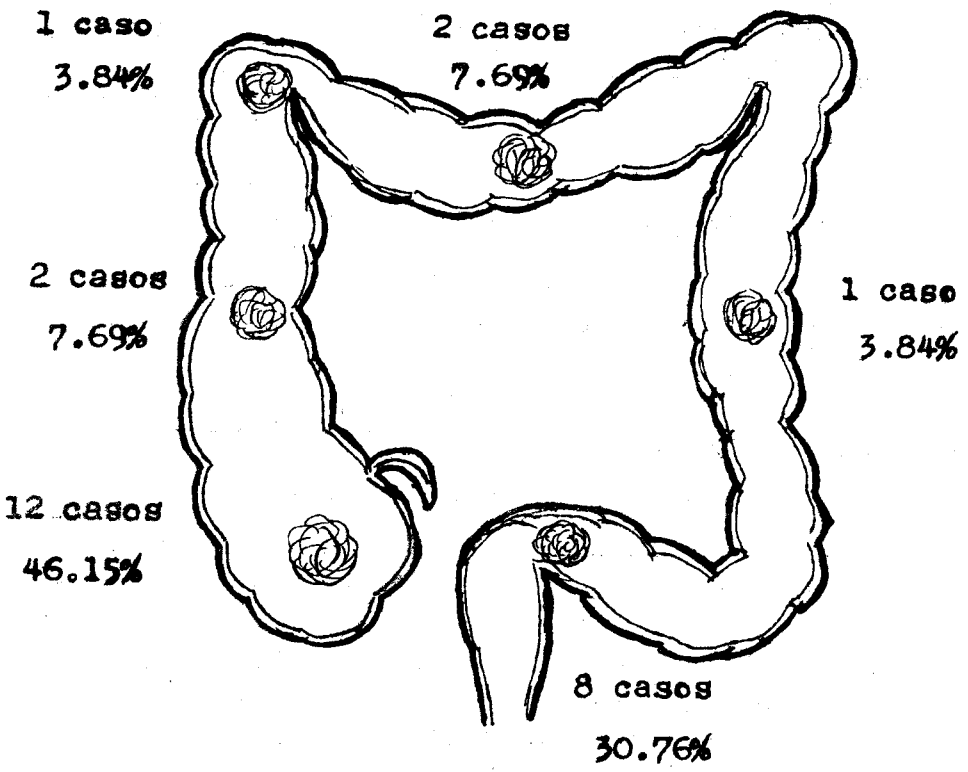
LOCALIZACION	NUMERO	PORCENTAJE
Ciego	12	46. 15 %
Sigmoide	8	30. 76 %
Colon Transverso	2	7. 69 %
Colon Ascendente	2	7. 69 %
Colon Descendente	1	3. 84 %
Angulo Hepático del Colon	1	3. 84 %

LOCALIZACION:

Fue en el ciego donde más casos se localizaron de nuestra serie, 12 pacientes (46. 15%), luego el Sigmoide en segundo lugar, 8 casos (30. 76%), en su orden colon Transverso 2 casos (7. 69%), colon Ascendente 2 casos (3. 84%), 1 caso en el Colon Descendente y un caso en el ángulo Hepático. No tuvimos oportunidad de observar un solo caso en el angulo Esplénico. -

CUADRO NUMERO 10

MORTALIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
VIVOS	5	27. 22 %
MUERTOS	13	72. 22 %



MORTALIDAD:

Con dificultad, nos fué posible hacer un control post-operatorio después del cual supimos: En 18 de los 26 casos de nuestra serie fué posible dar - con la dirección exacta, lamentando no poder dar fe chas con exactitud como sería nuestro deseo, por di versas causas.

13 habían fallecido (72. 22%), 9 dentro de un período de dos años después de su intervención y 4 que pasaron de tres y cuatro años de sobrevida, - sin llegar a los cinco.

5 vivos (27. 22%), en los que logramos - averiguar que 3 llevan menos de tres años de opera - dos, 1 lleva cuatro años y solamente 1 de ellos ha so brepasado los cinco años de sobrevida, (actualmente siete años de su operación) sin presentar en la actua lidad, signos o síntomas que indiquen reactivación - del proceso inicial o metástasis.

En los 8 casos restantes fué realmente - imposible averiguar la mortalidad ó supervivencia - post-operatoria por diferentes motivos, en su mayo- ría por falta de dirección ya que en los registros clí nicos solo constaba el lugar de procedencia.

IV
COMENTARIOS

Creemos que nuestro estudio coincide con otros similares de otros paises a pesar del reducido nú- mero que comentamos.

1) "El cáncer del colon es mas frecuente en pa - cientes después de los 40 años, pero los jóve - nes no son inmunes a estos tumores, hay casos auténticos entre los 15 y 30 años de edad".

2) "La enfermedad tiene preponderancia de inci- dencia en el hombre".

3) "El cuadro que produce el Carcinoma del Co - lon descendente y sigmoide da sintomas de obs trucción.

4) "El ciego y el Sigmoide son los sitios más comu nes en que asienta el tumor".

5) "El tratamiento ideal es la resección del seg - mento donde esta el tumor y anastomosis termi no terminal".

6) "El adenocarcinoma es el más frecuente".

7) "Transfución es ideal antes de la operación".

8) El dolor tipo cólico es muy frecuente".

V
CONCLUSIONES

a) Se revisaron 26 casos de Carcinoma del Colon operados durante el período comprendido de Febrero de 1957 a Diciembre de 1963.

b) La incidencia fué de (53. 84%) para el sexo femenino y (46. 15%) para el sexo masculino.

c) La incidencia mayor en cuanto a edad fué de 40 a 49 años.

d) El síntoma predominante fué el de color abdominal generalizado sin irradiación.

e) El estudio radiológico confirmó o sospechó la existencia de Carcinoma del Colon en 12 de - 26 casos.

f) La localización más frecuente fué en el Ciego, 12 casos.

g) El estudio de Anatomía Patológica se hizo en 26 casos, (100 %).

h) El exámen de Sangre Oculta en heces, solamente se hizo en 10 casos de los 26.

i) La operación más frecuente fue resección Intestinal con anastomosis término terminal.

j) El índice de mortalidad fué de (73. 22%) en los casos que logramos localizar.

Angel Heberto Juarez S.

(f) Dr. Rosendo Gordillo h.
Asesor

(f) Dr. Alfonso Toledo S.
Revisor

(f) Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

IMPRIMASE:

(f) Dr. Carlos M. Monson M.
DECANO

VI
BIBLIOGRAFIA

1) Cameron C. S. Cancer Stadistics: Incidence, Mortality and results of Treatment.
M. Clinic of North América 40: 581, 1956.

2) Welch C. E. and Burke J. F. Carcinoma of the Colon and Rectum: N. E. J. of M. 268: 211- 1962.

3) Lewis Practice of Surgery, Waltman Walters. Vol. 7 Cap. 4.

4) Cancer del Colon. American J. Surgery 23-37-19 34.

5) Diagnóstico Quirúrgico. Philip Thorek.

6) Culler F. A., Ramson H. and Regan W: Cancer of the Colon and Rectum.

7) Grinnel R. S. The Spread of Carcinoma of the Colon and Rectum, Cancer 2: 819-1949.

8) LYONS, S. A. and Garlock: The Relationship of Chronic ulcerative colitis to Carcinoma.
Gastroenterology 18: 170-178, 1951.

9) BOCKUS Henrry; Volume II.