

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"INCIDENCIA DE CANCER CLOACOGENICO
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

VINICIO DAVID ENRIQUEZ PINTO

En el Acto de Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

ANATOMIA

CARCINOMA CLOACOGENICO

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA

FRECUENCIA

EDAD Y SEXO

SINTOMATOLOGIA

DIAGNOSTICO

LABORATORIO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

TRATAMIENTO

PRONOSTICO

ANALISIS DE RESULTADO

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

El presente estudio tiene como finalidad brindar al estudiante y al médico en general, la información acerca de la incidencia del cáncer cloacogénico en el Hospital General San Juan de Dios, de enero de 1968 a la presente fecha. Haciendo énfasis en los signos de alarma, hallazgos físicos y métodos diagnósticos que ayudan al médico al reconocimiento temprano de la enfermedad y mejorar el pronóstico de vida de estos pacientes, que en la mayoría desafortunadamente se descubre cuando la enfermedad está avanzada.

OBJETIVOS:

1. *Dar a conocer la incidencia de carcinoma cloacogénico tratado en el Hospital General San Juan de Dios.*
2. *Orientar al médico general en relación al diagnóstico temprano de la lesión.*
3. *Evaluación de métodos diagnósticos disponibles en nuestro medio en relación a la enfermedad.*
4. *Analizar qué operación es la más indicada para estos pacientes y su tratamiento post-operatorio.*
5. *Preparación pre-operatoria de los pacientes.*

MATERIAL Y METODOS:

El material para el presente trabajo de tesis, se revisaron los libros de sala de operaciones, las fichas clínicas de los pacientes del Departamento de Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

El material bibliográfico, fue obtenido de la Biblioteca del INCAP, de la Facultad de Ciencias Médicas y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El método empleado fue revisar literatura y de diez años anteriores a la fecha en historias clínicas de los pacientes registrados.

ANATOMIA DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL

Recto: Es la porción del intestino grueso situada entre el colon sigmoide y el conducto anal.

La unión rectosigmoidea se sitúa arbitrariamente al nivel de la mitad del sacro y es definitiva por un estrechamiento.

El recto no se haya bien delimitado del colonsigmoide, y los cambios estructurales al pasar de uno a otro son graduales.

La unión anorectal está señalada por el músculo pubiorectal, el cual forma una cincha detrás de la misma.

El recto mide aproximadamente unos 15 cms de longitud. Tiene su menor diámetro en su unión con el colon sigmoide; su porción más amplia, la ampolla rectal, se haya situada inmediatamente por encima del diafragma pélvico y es capaz de considerable distensión. (17)

Durante la distensión del recto generalmente se observa tres y veces más en curvaciones laterales. Sus cavidades coinciden con los pliegues semilunares transversos del recto que se proyectan en su interior. Además de la mucosa y submucosa, estos pliegues contienen también una parte de la capa interna circular de musculatura lisa. (17).

Estructura:

En el recto se distinguen cuatro capas similares a las del colon, la mucosa igual a la cólica se haya recubierta por un epitelio cilíndrico simple. Es más rojiza y cuando el recto se

haya vacío tiene muchos pliegues, una parte del recto no tiene serosa. Las tenias del colon se extienden por el recto formando una capa muscular longitudinal completa, más gruesa por delante y por detrás que por los lados. Inmediatamente por encima de la flexura perineal existen fascículos de músculo liso que se dirigen hacia el coccix y forman los músculos rectococcigios y otros hacia adelante rectos uretrales. (17)

CONDUCTO ANAL:

El conducto anal se define anatómicamente como la porción de intestino grueso extendida desde la cara superior del diafragma pélvico al ano. Muchos cirujanos consideran, sin embargo, solamente como tal parte del intestino caudal a la línea pectínea por sus diferencias de inervación, circulación nerviosa y linfática y un tipo de epitelio craneal y caudal a esa línea. La porción superior del conducto es indicada por el anillo muscular anorectal, formado principalmente por los fascículos pibirectales. El conducto anal mide unos 3 cms. de longitud y se dirige hacia abajo y atrás aparte de la flexura perianal. Su cavidad en esta flexura es una simple hendidura pequeña antero-posterior. (17).

ESTRUCTURA:

El conducto anal se compone de una mucosa, una submucosa en una parte de su extensión y una capa muscular.

IRRIGACION SANGUINEA:

El recto y el conducto anal son irrigados por:

Arteria hemorroidal superior Rama de la Arteria Mesentérica inferior.

Las arterias hemorroidales medias, Ramas de la Hipogástrica.

Arterias hemorroidales inferiores, Rama de la Pudenda Interna. (17).

DRENAJE LINFATICO:

Los vasos linfáticos se hayan dispuestos en tres grupos, y en general siguen el curso de los vasos sanguíneos. Los de la parte superior del recto desembocan en los ganglios mesentéricos inferiores, mientras los de la parte inferior terminan en los ganglios sacros, ileacos internos e ileacos primitivos. El grupo inferior desagua en dos direcciones. Los vasos linfáticos procedentes de la porción del conducto anal craneal a la línea pectínea, termina en los ganglios ilíacos internos; los situados más abajo de esta línea en los ganglios inguinales superficiales. (17)

INERVACION:

Los nervios del recto y el conducto anal derivan de los plexos hemorroidales superiores y medios y de los nervios pudendos, por medio de los nervios hemorroidales inferiores. (17)

EMBRIOLOGIA:

El intestino posterior, que en el embrión se extiende desde el vestíbulo posterior hasta la membrana cloacal, origina el tercio distal del colon transverso, el colon descendente, el colon sigmoide, el recto y la porción superior del conducto anal. (15)

La porción terminal del intestino posterior entre la cloaca, cavidad revestida de endodermo que está en contacto directo con el ectodermo superficial; en la zona de contacto entre el endodermo y ectodermo se forma la membrana cloacal. (15)

En etapa evolutiva ulterior aparece un relieve transversal, el tabique urorectal, en el ángulo que forman la alantoides y el intestino posterior. Este tabique desciende gradualmente en dirección caudal y divide a la cloaca en porción anterior el seno urogenital primitivo y porción superior el conducto anorectal. En el embrión de 7 semanas, el tabique urorectal llega a la membrana cloacal y en este sitio se forma el perineo primitivo. La membrana cloacal se divide entonces en dos porciones; a saber: posterior o membrana anal y anterior o membrana urogenital.

Mientras ocurre, los fenómenos mencionados la membrana anal es rodeada por abultamientos del mesénquima, y en la novena semana se advierte en el fondo una depresión ectodérmica, llamada proctodeo. Las eminencias adyacentes se llaman pliegues anales. Poco después se rompe la membrana anal y el recto comunica libremente con el exterior. En consecuencia, la porción superior del conducto anal es de origen endodérmico y es vascularizada por la arteria del intestino posterior, la arteria mesentérica superior. El tercio inferior del conducto anal tiene origen ectodérmico y recibe su riego por las arterias hemorroidales, ramas de la arteria iliaca interna. (15)

CARCINOMA CLOACOGENICO:

Etiología:

La etiología del cáncer cloacogénico al igual que la etiología del cáncer en general no se conoce. (13)

Definición

El carcinoma cloacogénico se define como una lesión relativamente rara, que se presenta en el área anorectal.

Este carcinoma difiere en el patrón histológico del más común adenocarcinoma del recto. Esta diferencia refleja un sitio de origen distinto. (11)

Localización:

Se localiza dentro del canal anal en la región circular transicional adyacente a la línea dentada.

El tipo de epitelio transicional que recubre ésta área (0.3 a 1.2 cms.), a menudo semeja estrechamente a la mucosa del cuello de la vejiga y la uretra prostática.

Esto puede ser explicado por el origen embriológico común de la cloaca en ectodermal primitivo. (11).

Clasificación Histopatológica:

Su histopatología fue descrita por primera vez por Grinualsky y Helwing en 1956. Desde entonces ha sido clasificado y reconocido como una entidad clinico-patológica separada de las otras malignidades de la región anorectal. (16)

Se conocen tres variedades histológicas diferentes de cáncer cloacogénico:

- a) Escamosos
- b) Basaloide
- c) Adenocarcinoma

Las células tumorosas transicionales, que se elevan de la zona anorectal cloacogénica envuelven la parte superior del canal anal y/o la porción más baja del recto.

Las lesiones transicionales epidermoides también son encontradas en la porción más baja del recto sin aparente conexión con la zona.

Tal como se ha dicho no hay características clínicas microscópicas para ayudar en la diferenciación de los carcinomas transicionales cloacogénicos elevándose en la zona membranosa intermedia sobre las criptas anales de la mucosa a la malignidad, las células tumorosas transicionales grandemente avanzadas del resto pueden mostrar marcada induración similar a la encontrada en el carcinoma mucinoso. Las lesiones cortadas pueden revelar una apariencia granular lobulada con manchas necróticas esparcidas; los patrones celulares varían algo, dependiendo del sitio primario en donde se origine el tumor.

Estos tumores están compuestos de paquetes estrechos de láminas moderadamente grandes, uniformes, loboides, o células poligonales con núcleos reticulares redondos ovoides. Las masas celulares pueden estar aisladas por el tejido conectivo rodeándolo. Las empalizadas periféricas del núcleo son vistas a menudo bordeando los nidos de las células, similares a los que se ven en las lesiones de las células basales de la piel. Áreas centrales, acidófilas, necróticas, pueden ser vistas queratinización y formación de epitelomas, no son comunes en la lesión cloacogénica, algunas veces células basaloideas pequeñas y oscuras

con citoplasmas escaso son vistas, que son sugerencias de muy raras y menos malignas células basales de la lesión de la región perianal.

Los cánceres menos comunes del conducto anal son altamente indiferenciados, carcinoma de células pequeñas anoplásticas con grandísimo potencial letal. Estas lesiones son caracterizadas por pequeños nidos de células oscuras, con marcada actividad y formación glandular rudimentaria.

El método de Broder que clasifica las células tumorales transicionales podrían resultar en errores porque la singular carencia de cornificación e infrecuente formación aperlada en las lesiones cloacogénicas, la clasificación de Duke es la más informativa para el pronóstico.

Clasificación de Duke:

- Estado a) El neoplasma está limitado a la mucosa.
- Estado b1) El carcinoma se extiende a la muscularis mucosa sin penetrarla y no hay involucramiento de ganglios linfáticos.
- Estado b2) Afecta a la pared entera sin afectar ganglios linfáticos.
- Estado c) Limitado a la pared, afectando ganglios linfáticos.
- Estado c1) Atraviesa todas las capas de la pared intestinal afectando además, ganglios linfáticos y metástasis a distancia.

Frecuencia:

Puede representar el 3.90/o de todos los cánceres que

surgen en los últimos 18 cms. del aparato intestinal, si se considera únicamente los 2 cms. distales del aparato intestinal, la región perianal y anal.

El cáncer cloacogénico constituye el 30o/o de todos los cánceres anales.

Edad y Sexo:

Edad: En general para la mayoría de autores, el cáncer en el Intestino grueso tiene su mayor incidencia entre los 40 y los 70 años, según Bockus, un 85o/o de los casos se presenta en personas por arriba de los 40 años, el 10o/o debajo de los 30. El menor paciente fue de 30 años, y el de más edad de 64 años.

Sexo: Más frecuente en el sexo femenino. (en nuestra tesis el 50o/o).

Raza: Según estadísticas de la Metropolitan Life Insurance Company, es más frecuente en la raza blanca. En nuestro medio es más frecuente en la mestiza.

Sintomatología:

Desde el punto de vista clínico, hay que tener presente que no existen síntomas característicos en el cáncer que se desarrolla en vísceras internas, como el intestino grueso. En su comienzo, los síntomas están ausentes, ya que el paciente no presenta ninguna manifestación clínica y lamentablemente se desconoce el tiempo transcurrido entre el inicio de la lesión y el momento en que hace sus primeras manifestaciones. (8)

La sintomatología en el cáncer del intestino grueso surge siempre como una expresión de sus complicaciones, determinando oclusión cuando el tumor crece; sangramiento cuando se

traumatiza o ulcera; evacuaciones muco-sanguinolentas cuando se asocian a la anterior la infección y la inflamación, dolor por la invasión y propagación a terminaciones nerviosas (1).

Igualmente, la frecuencia de los síntomas varía de acuerdo a las características anatómicas y macroscópicas de la lesión al grado de extensión y tamaño.

El paciente se puede quejar de:

- a) Sensación de evacuaciones incompletas.
- b) De cuerpo extraño a nivel del ano.
- c) Pujo y tenesmo
- d) Tumoración
- e) Dolor tardío
- f) Diarrea mucosa
- g) Hemorragia

Además de la sintomatología localizada ya descrita, existe un conjunto de síntomas que constituyen el denominador común de todas las neoplasias (1):

- a) Debilidad General
- b) Pérdida de Peso
- c) Anorexia

Quizás lo más importante que hay que recordar, es que cualquier cambio en las evacuaciones en un individuo mayor de 40 años, es un fenómeno que requiere estudio a fondo para poder descartar una neoplasia. (8).

Diagnóstico:

Examen Clínico: El examen físico es útil para establecer el diagnóstico, porque la mayoría de neoplasias es palpable o visible

en más de las 3/4 partes de los pacientes.

El hecho que la tercera parte de todos los cánceres del colon ocurran al alcance del dedo, el tacto rectal, pone en relieve la importancia de esta técnica tan simple y lo imperdonable no usarla.

Como ha observado Hamilton Bailey, quien no hace tacto, comete un gran error, según Backon (10) 75.50/o de los tumores anorectales pueden palparse siempre cuando se practique un examen en forma sistemática.

Proctosigmoidoscopia:

Este examen es obligado en todo paciente con sospecha de neoplasia anorectal. No es un examen de rutina que requiere cierto entrenamiento para hacerlo con facilidad y seguridad, pudiendo visualizar lesiones hasta 25 cms. del sigmoide. Este examen permite hacer un diagnóstico exacto pues con toma de fragmentos de la lesión (biopsia), los resultados definitivos son el 100o/o, esta debe tomarse en distintos sitios de la lesión sospechosa, con el fin de establecer el diagnóstico y clasificación histológica.

Radiología:

El enema opaco con sustancia baritada, es otro método que suministra información precisa en cuanto al sitio, tamaño y número de las lesiones, sobre todo aquellas situadas por encima del alcance directo del proctosigmoidoscopio.

Los signos y características radiológicas cuando existe un cáncer la expresión de los aspectos morfológicos y macroscópicos de la lesión, es decir, defecto de reflexión disminución del calibre, estenosis, rigidez, obstrucción con dificultad al libre tránsito a la papilla del bario.

Laboratorio:

El antígeno carcino embrionario al principio se consideró que era un antígeno onco-específico, con especificidad para el aparato digestivo.

Actualmente se considera inespecífico ya que este antígeno también puede aumentar en sujetos normales, en especial en fumadores, en personas con diversas anormalidades del hígado como, hepatitis y cirrosis, en personas con trastornos inflamatorios del intestino y en sujetos con cáncer en otros órganos, como los que surgen en estómago, seno, pulmón o aparato genito urinario.

Actualmente constituye un índice de pronóstico importante de residiva tumoral, después de extirpación curativa de cáncer colon rectal.

Diagnóstico Diferencial:

Para hacer el diagnóstico diferencial del tumor de ano y recto, se debe ante todo hacer una correcta evaluación e interpretación de los signos y síntomas, para evitar errores, y atribuirlos con ligereza a procesos inflamatorios, ulcerativos o tumorales, que se puedan desarrollar en este segmento del tubo digestivo, debemos tomar en cuenta los siguientes pasos clínicos:

- a) Tumores Benignos
- b) Hemorroides
- c) Condilomas
- d) Poliposis múltiples
- e) Colitis ulcerativa crónica
- f) Diverticulosis
- g) Fecalomas
- h) Procesos de tuberculosis y micóticos
- i) Fisuras y úlceras anales

Tratamiento:

Preoperatorio:

Colostomía: Constituye una intervención que tiene su indicación temporal o definitiva de acuerdo al caso y al tipo. Es discutida la posibilidad de una colostomía para mejorar las condiciones generales y locales del paciente, y en segundo lugar como tiempo final de la extirpación abdomino-perineal, en aquellos pacientes con obstrucción, en condiciones generales muy precarias, o en los casos sin oportunidad de ser intervenidos ampliamente, la colostomía tiene sus mejores indicaciones como medida paleativa (4).

Aun cuando el ano artificial no es nada deseable, estamos obligados a explicar al paciente que una decisión final solamente podrá ser posible tomarla durante el acto operatorio, señalándole con cuidado y ajuste de sus nuevas condiciones, que pueden llevarlo a una vida normal (4).

La colostomía reúne sus ventajas, además de permitir la cuidadosa limpieza del intestino e impedir la posibilidad de la obstrucción, tiende a controlar la molesta diarrea y la secreción irritante, disminuye la intoxicación y ofrece la posibilidad de disminuir la reacción inflamatoria y facilitar la operabilidad de una lesión que aparentemente no lo era (4).

Es necesario hacer algunas consideraciones generales de orden técnico, en cuanto a la longitud exacta que debe tener el asa sigmoidea, evitando, si es muy larga, que la parte intra-abdominal actúe como reservorio y ocasionen pequeñas y repetidas evacuaciones, y si la resección ha sido amplia realizar un desprendimiento de la curvatura esplénica, para evitar una retracción marcada del ano contra-natural.

El sitio de elección para practicar una colostomía definitiva ha sido motivo de controversia. La mayoría está de acuerdo en que el mejor sitio es la fosa iliaca izquierda, por fuera de la línea pararectal ya que puede cerrarse el espacio entre el sigmoide y la pared abdominal, evitando la posibilidad de hernia y después por mejor comodidad para el extremo de mantener la línea.

La colostomía con fines paleativos o preoperatorios debe hacerse lo más cerca de hipocondrio derecho, a efecto de no estorbar para la futura operación y, por otra parte no dificultar la movilización del colon (4).

Preparación Pre-operatoria: Es necesario guardar los cuidados pre-operatorios generales. En el caso de que un paciente presente un cuadro obstructivo, estará probablemente indicado el uso de sondas tipo Miller y Abbott o similares. Debe efectuarse la aplicación de antibióticos y sulfas no absorbibles, regular el balance hidroelectrolítico y reposición sanguínea. En términos generales, mejorar el estado general del paciente.

Quirúrgicos: Hasta hoy, es el único tratamiento que ofrece alguna posibilidad de cura para el cáncer del ano-recto, es quirúrgico, el cual debe regirse de acuerdo con el tamaño y situación de las lesiones, así como las condiciones de operabilidad que tenga el paciente, la cirugía radical está condicionada a una serie de factores que deben analizarse para juzgar acerca de la operabilidad de una lesión, la edad, la existencia de cardiopatías hipertensivas, diabetes no compensadas, obesidad, lesiones renales asociadas a procesos cardiovasculares, tuberculosis pulmonar activa, contra indican en forma relativa la intervención quirúrgica (4). El tamaño de la lesión, su extensión a estructuras vecinas, la existencia de metástasis ganglionares, no representa en forma absoluta una disminución de la posibilidad operatoria, ya que hoy en día se puede, junto con la propia lesión, extirpar un segmento del órgano vecino o su pared (vejiga, vagina, próstata, vesícula seminal

y útero). (4).

La presencia de ganglios invadidos por el neoplasma no debe alterar la posibilidad operatoria de una lesión, por el contrario, el cirujano debe reseca y extirpar cuando sea posible la zona ganglionar (11).

Aparte del concepto general de resección y extirpación radical y amplia, el tipo de intervención que debe practicarse depende de la localización y extensión de la lesión.

En términos generales, puede decirse que para aquellos tumores localizados en ano y porción terminal del recto, (cloacogénico) la vía perineal o sacra es la más aconsejable, pero en este caso en especial, la operación combinada es la más usada (abdomino-perineal). (4).

Extirpación abdomino-perineal: La finalidad de este procedimiento es extirpar todos los tejidos a los cuales el tumor puede haberse extendido por las vías de invasión habitual. El método preconizada por Milles, a principios de siglo, que lleva su nombre, consiste en la amputación combinada abdomino-perineal del recto sigmoide con colostomía abdominal permanente.

Este tipo de intervención ha sido modificado muy poco desde su introducción, ya que en los últimos años la actuación simultánea de los cirujanos en dos equipos ha simplificado y acortado el tiempo de la intervención, y por consiguiente, ha mejorado los resultados y disminuido las complicaciones post-operatorias.

Radioterapia: Solo es posible considerar estos métodos como paleativos o auxiliares de la cirugía, en el tratamiento de las lesiones recurrentes inoperables y procesos metastásicos.

Quimioterapia: Dwitth y Asociados (18) reporta poco o ningún

valor con el uso de la quimioterapia del carcinoma del intestino grueso. Otros reportes le confieren cierto valor. Leffall (14) menciona que el 5-Fluoracilo, da resultados favorables.

Higgins (12) estudió 496 casos a quienes trató con 5-Fluoracilo como complemento del tratamiento quirúrgico. Los resultados obtenidos con este tipo de tratamiento fue una sobrevida de 4.5 años en el 56o/o de pacientes tratados y el 50o/o de pacientes del grupo control. La sobrevida a los 18 meses fue del 89o/o de pacientes tratados y el 85o/o del grupo control.

La sobrevida no es estadísticamente significativa en ninguno de los resultados, pero sugiere un efecto beneficioso del uso del 5-fluoracilo cuando se acompaña como coadyuvante de la resección quirúrgica (12).

La clasificación de orientación para el pronóstico recomendado por el Colegio Americano de Cirujanos, merece consideración especial y por eso lo exponemos a consideración: (4)

1. Tumor limitado a la pared recta
2. Extensión local de la lesión pero con tumor móvil.
3. Extensión local con tumor fijo
4. Metástasis regionales.
5. Metástasis hepáticas
6. Metástasis intra-abdominales generalizadas.

De acuerdo a las recomendaciones, los cuatro primeros grupos serán tributarios de tratamiento de curación radical y los

dos últimos solamente debían recibir tratamiento paliativo.

En los cuatro primeros grupos el pronóstico y la supervivencia es mucho mayor que para los dos últimos grupos, con metástasis hepáticas o intra-abdominales generalizadas.

La mortalidad de resección perineal del cuarto paciente es más baja que la del método combinado abdomino-perineal que es de 5.8o/o a 6.9o/o, sin embargo, el porcentaje de recidivas es más alto para el primer tipo de intervención. La cifra de mortalidad media entre enfermos intervenidos con resección radical del cáncer del intestino grueso es más o menos del 20o/o según Oschner y DeBakey, últimamente con los procesos quirúrgicos pre- y post-operatorios, pueden reducirse al 10o/o.

Pronóstico: El diagnóstico precoz seguido de una intervención radical en manos autorizadas y competentes sería lo ideal. En promedio es posible hacer cirugía en 80o/o de los enfermos, pero sólo se alcanza la curación en 40o/o. La supervivencia de los pacientes guarda relación íntima con la etapa de la enfermedad en el momento de la intervención, y disminuye el período de supervivencia de el que tiene enfermedad avanzada con ganglios tomados o metástasis a distancia.

No se ha definido la utilidad actual de la inmunoterapia, si bien algunos autores la sugieren en la situación en que se emprende el tratamiento coadyuvante en caso de lesión avanzada.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Análisis de 4 casos reportados en el Hospital General San Juan de Dios, desde el año 1968 hasta el presente.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION ETARIA

| Edad | No. de Casos | Porcentaje |
|--------------|--------------|------------|
| 30 a 39 años | 1 | 25o/o |
| 40 a 49 años | 1 | 25o/o |
| 50 a 59 años | 1 | 25o/o |
| 60 a 69 años | 1 | 25o/o |

CUADRO No. 2

S E X O

| | | |
|-----------|---|-------|
| Femenino | 2 | 50o/o |
| Masculino | 2 | 50o/o |

CUADRO No. 3

SINTOMAS Y SIGNOS

| Tipo | No. de Casos | Porcentaje |
|---------------------|--------------|------------|
| Dolor | 3 | 75o/o |
| Estreñimiento | 2 | 50o/o |
| Sangre fresca | 3 | 75o/o |
| Diarrea | 1 | 25o/o |
| Masa en región anal | 2 | 50o/o |
| Obstrucción | 1 | 25o/o |
| Melena | — | — |

Como puede observarse el síntoma que predomina en estos pacientes es el cambio en el hábito de defecación.

CUADRO No. 4

METODOS POR LOS CUALES SE SOSPECHO EL DIAGNOSTICO

| Método | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------------|--------------|------------|
| Tacto-rectal | 4 | 100o/o |
| Proctosigmoidoscopia | 2 | 50o/o |
| Enema de Bario | 1 | 25o/o |

El tacto rectal es un examen simple, pero de mucha utilidad en el diagnóstico en este tipo de malignidades.

CUADRO No. 5

TRATAMIENTO

| Tipo de Tratamiento | No. de Casos | Porcentaje |
|-----------------------------|--------------|------------|
| Resección Abdomino-perineal | 4 | 100o/o |
| Cirugía más radioterapia | 1 | 25o/o |

La resección más usada en el Hospital San Juan de Dios como cirugía, es la abdomino-perineal.

CUADRO No. 6

TX PRE-OPERATORIO.

| | No. de Casos | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------|------------|
| Preparación Mecánica. | 4 | 100o/o |
| Preparación mecánica + Antibióticos | 4 | 100o/o |
| Colostomía | 2 | 50o/o |

CUADRO No. 7

ANATOMIA PATOLOGICA

| Reporte | No. de Casos | Porcentaje |
|----------------|--------------|------------|
| Adenocarcinoma | 0 | 0 |
| Basaloide | 1 | 25o/o |
| Escamoso | 3 | 75o/o |

La variedad más encontrada fue de tipo escamoso.

CONCLUSIONES:

Es una neoplasia frecuente de la 4a. década en adelante aunque puede manifestarse en etapas más tempranas.

Afecta por igual al sexo femenino como al masculino.

Ante la presencia de la sintomatología (cambios del hábito fecal, hemorragia rectal, pérdida de peso), debe descartarse este tipo de neoplasma.

En Guatemala, se manifiesta más en raza mestiza que indígena.

Con el tacto rectal se puede sospechar la presencia o inicio de la enfermedad en un 100o/o.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico.

La técnica quirúrgica es la resección abdomino perineal tipo Milles.

Por anatomía patológica el tipo escamoso ha sido el más encontrado.

Una colostomía en asa es el tratamiento inicial de todo paciente que llegó a una emergencia en mal estado general.

RECOMENDACIONES:

1. Que todo paciente en edad de riesgo, debe tener de rutina tacto rectal y, una proctosigmoidoscopia, ya que la mayoría de los diagnósticos puede hacerse por estos métodos.
2. Hacer énfasis que aún en pacientes jóvenes puede presentarse casos de neoplasia del tracto-intestinal bajo.
3. En todo paciente con diagnóstico de enfermedad ano-rectal debe completarse el estudio con enema de bario.
4. Efectuar tacto rectal, proctosigmoidoscopia y enema de bario en todo paciente sospechoso de enfermedad colónica baja.
5. Todo paciente con enfermedad a nivel de colon, ano y recto debe ser evaluado por especialista.

BIBLIOGRAFIA

1. Arroyave M, Francisco José, Estudio Clínico y Patológico del Cáncer del Intestino grueso en Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1957, 64 p.
2. Beahrs O.H. and San Felippo P.M. Factor in Prognosis of the Colon and Rectal Cáncer. *Cáncer* 28: (1) 213-218, July 1971.
3. Burkitt, D.P. Epidemiology of Cáncer of the Colon and Rect un Cáncer 28: (1) 3-13, July 1971.
4. Butcher, H.R. Carcinoma od the Rectum. Choice Between Anterior Resection and Abdominal Perineal Resection of the Rectum. *Cáncer* 28 (1) 204-207. July 1971.
5. Chapetón Ramírez Enrique Fernando. Carcinoides; Revisión de los casos del Hospital General San Juan de Dios de 1957 1972. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1967 - 26 p.
6. Colcock, B.P. Cáncer of the Colon and Rectum. *Am Surg.* 37: (1) 12-13, Jan. 1971.
7. Collier, Frederick, et al. *Cancer of the Colon and Rectum.* New York, American Cancer Society 1956. P. 104 (A Monograph for the PHYSICIAN).
8. Duarto Monroy, Héctor Enrique. Carcinoma del Colon y Recto. 36 Casos en Guatemala en el Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1973. 83 p.

9. Ferguson E. and Lewis J. Carcinoma of the Colon and Rectum in Patients of 25 Years of age. *The American Surgeon* 37: (4) 181-189, April 1971.
10. García Kutzbach, Abraham. Estudio Clínico Radiológico y Anatómico Patológico del Cáncer del Colon y Recto en Guatemala. Revisión de 116 casos (1957-1964). Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 76 p.
11. Hickey, R.C. et al. Anal Cancer with special reference to the cloacogenic variety. *Surgical clinics of north America* 52: (4) 943-950 August 1972.
12. Higgins, G.A. et al. Fluorouracil as an Adjuvant to Surgery in carcinoma of the colon *Arch Surg* 102: (4) 339-343 - April 1971.
13. Kheir S. et al. Cloacogenic Carcinoma of the Anal Canal *Arch Surg*. 104: 407-415. April 1974.
14. Leffall, L.D. Jr. Trends in the diagnosis and management of Polyps and Cancer of the colon and rectum. *Surg: 38* (3) 130-135. March 1972.
15. Lagman Jan. *Embriología Médica*. Editorial Interamericana S.A. 2da. ed. México D.F. 1969. pp 245-246.
16. Mainer, J.W. et al: Cloacogenic Carcinoma of the Anorectal Junction. *Gastroenterology* 49: (5) 569-573. November 1965.
17. Rouvière, H. et al *Anatomía Humana Descriptiva y topográfica*. Editora Nacional. 2da. ed. México 7, D.F. 1969. pp 274-280.

18. Wood, David D. Tumors of the Intestines. In; Atlas fascicle 22 Washington, Armed Forces. Institute of Pathology 1967. pp. 158-198.
19. San Fellipo. P.M. et al Factors in the prognosis of the Adenocarcinoma of the colon and rectum. *Arch o Surg*. 104: (3) 401-406 April 1972.

Vinicio P.

Dr. Vinicio David Enriquez Pinto.

Rolando Noriega

Aesor
Rolando Noriega.

Enrique Barillas

Revisor
Dr. Enrique Barillas Noriega.

Julio León M.

Director de Fase III
Julio de León M.

Rocío A. Castillo

Secretario General
Dr. Rocío A. Castillo.

Vo.Bo.

Rolando Castillo R.

Decano
Dr. Rolando Castillo R.