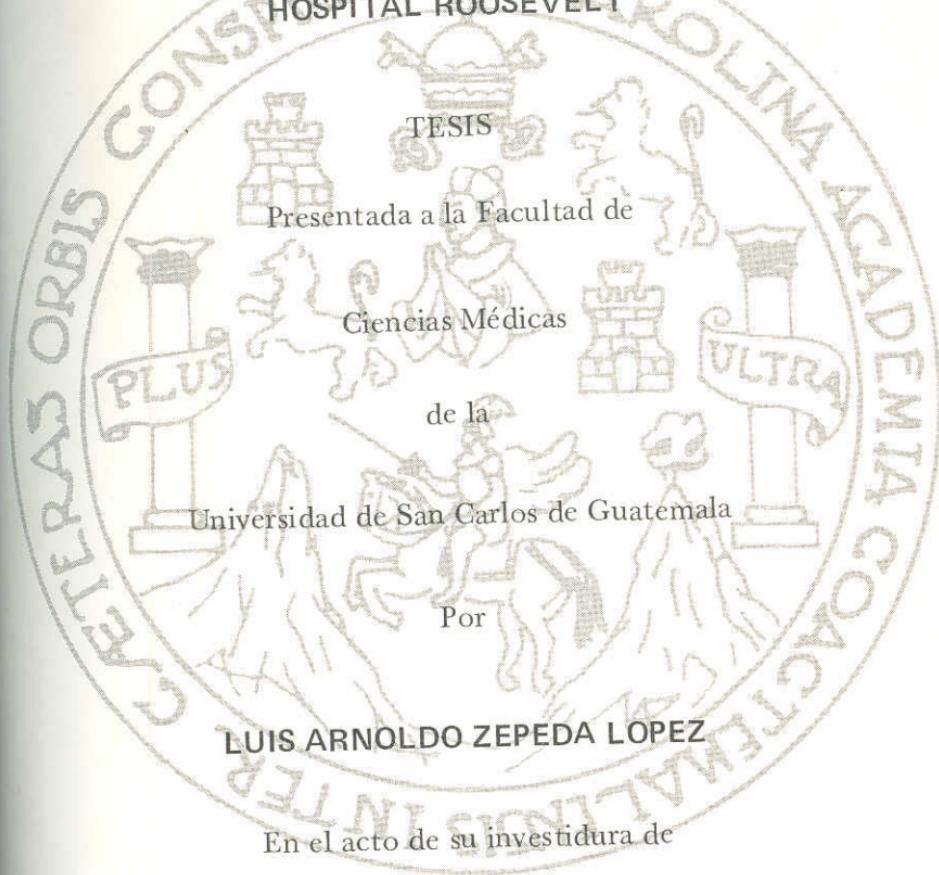


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CANCER DE RECTO"
REVISION DE CATORCE AÑOS EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT



PLAN DE TESIS

Pág.

1.	INTRODUCCION	1
2.	OBJETIVOS	3
3.	MATERIAL Y METODOS	5
4.	RESULTADOS	9
5.	CONCLUSIONES	31
6.	RECOMENDACIONES	33
7.	BIBLIOGRAFIA	35
8.	FIRMAS	

INTRODUCCION

En el presente trabajo se presenta la revisión de casos de cáncer de recto efectuada en el Hospital Roosevelt que, abarca los años 1965 a 1978. Este estudio se verificó motivado por una observación, en la que se había notado un aumento de frecuencia de la enfermedad en los últimos dos años, así como para actualizar los conocimientos del cáncer de recto en el Hospital Roosevelt y así contribuir a la investigación en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

La búsqueda de los casos se inició en los Archivos de Patología, de donde se trajeron los datos de identificación de 35 pacientes; ésta terminó después de haber revisado 35,472 informes de piezas quirúrgicas, lo que hace el 0.14% de cáncer de recto. Posteriormente, se estudiaron los 35 registros médicos de los pacientes, se tomaron para estudio 25 variables de cada enfermo.

Para complemento del estudio, se sacó la incidencia del cáncer de recto por año, tomando como base los ingresos generales y quirúrgicos al Hospital. Se presenta también un cuadro proporcionado por el INCAN donde se resumen todos los casos de cáncer de recto de cuatro hospitales de los años 1975 a 1977.

Se hizo revisión de la literatura médica extranjera para tener base comparativa del trabajo que se presenta.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Contribuir a la investigación general en la Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Aportar a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos y a los Hospitales Nacionales y Privados de la República un estudio más sobre la medicina criolla.
3. Aportar al conocimiento general de los médicos, cirujanos y patólogos del Hospital Roosevelt una nueva y actualizada recopilación de datos sobre los cánceres.
4. Que sea éste un estudio estimulante para nuevas investigaciones prospectivas sobre el tema.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Revisar la etiopatogenia del cáncer de recto, de los casos ocurridos de 1965 a 1978.
2. Investigar si existe aumento en la frecuencia del cáncer de recto.
3. Revisar los métodos diagnósticos utilizados en el Hospital Roosevelt.
4. Recopilar y analizar los procedimientos terapéuticos practicados en el Hospital Roosevelt.
5. Analizar la morbi-mortalidad del cáncer de recto en los enfermos estudiados.
6. Hacer una clasificación histo-patológica de los casos así

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

En el presente trabajo el material con que se trabajó, consistió en las fichas de cada uno de los casos de cáncer de recto, obtenidos durante la revisión de los años de 1965 a 1978.

Se realizó una búsqueda de casos en el Archivo de Patología del Hospital Roosevelt. De 35,472 casos revisados, se encontraron 43 referentes a cáncer de recto, que hace un 0.14o/o de todas las piezas quirúrgicas evaluadas en el Departamento de Patología.

De los 43 casos obtenidos en el Archivo de Patología, únicamente fue posible localizar 35 registros médicos, ya que se confronta el problema de nombres y números de registro equivocados.

El estudio retrospectivo fue efectuado con los 35 casos de cáncer de recto tratados en el Hospital Roosevelt, durante los últimos 14 años, con las normas vigentes en el Departamento de Cirugía y los recursos del Hospital Roosevelt.

METODOS

El método utilizado es el "Método Científico", aplicado al estudio retrospectivo del cáncer de recto en el Hospital Roosevelt. Se utilizó una ficha colectiva para los 35 casos llevados al estudio. La identificación de los casos incluye: Registro Médico, No. de Rx y No. de Informe de Anatomía Patológica. Las siguientes corresponden a 25 variables que analizan cada uno de los casos obtenidos. Tomando en cuenta los datos generales: edad, sexo, raza y procedencia, por la importancia que tienen en el curso natural de la enfermedad.

En la revisión de los aspectos clínicos de cada paciente se incluyen: Síntoma principal, como el motivo que llevo al paciente a consultar al Hospital, o sea al que más importancia le

Síntomas secundarios: todos aquellos síntomas con relación a la enfermedad, que describió cada paciente, se excluye el motivo de consulta, pero se toman en cuenta si mencionan dos o más síntomas. Así como el tiempo transcurrido desde el inicio del síntoma principal hasta el momento de la consulta. La importancia de esta variable consiste en que es un factor importante en el pronóstico del paciente (Irwin 5). Los signos principales fueron tomados del examen físico de ingreso, que tenían relación con la enfermedad.

El plan diagnóstico efectuado a los pacientes, revisa los métodos de ayuda diagnóstica como: enema de bario, procto- o proctosigmoidoscopía y biopsia; otros estudios importantes como Rx de abdomen, S.G.D. y pielograma. No se incluyen en éstos los exámenes de rutina preoperatorios.

Seguidamente se analiza el diagnóstico preoperatorio, dándole importancia a cuántos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico histopatológico de cáncer de recto y cuántos no. En el plan terapéutico se hace revisión de la operación realizada, ya sea paliativa o curativa y las que fueron realizadas de urgencia.

Aquí se incluyen también los hallazgos operatorios, que son en primera instancia los que ponen la pauta para decidir el tipo de operación.

Otro factor importante que se liga íntimamente al anterior es el descubrimiento de enfermedad metastática, pero que para mayor facilidad de presentación se tomó como punto aparte.

La radioterapia sola o combinada con tratamiento quirúrgico y/o quimioterápico fueron revisados.

La importancia de la presentación de éstos datos consiste en que el tratamiento combinado ha dado mejores resultados, como lo han demostrado Butoker (1), Grossi (7) y Rafla (17).

Como en cualquier enfermedad el tratamiento puede tener complicaciones, por lo que se analiza la morbilidad.

El pronóstico es un factor importante en el manejo del paciente, y aunque no es mencionado con frecuencia se tomó en cuenta para hacer un análisis general de los enfermos al concluir el tratamiento.

La recuperación inmediata que tuvieron los pacientes se tomó hasta los 30 días post-operatorios.

La mortalidad fue revisada de acuerdo al tiempo post-operatorio y a la causa de muerte.

El estudio incluye las clasificaciones que se les dieron a los procesos malignos, según Dukes, (Goliger 14).

Otras variables como la incidencia del cáncer en el Hospital Roosevelt, desde 1965 hasta 1978, y la estadística de hospitales de la república, son presentados. (Datos proporcionados por el INCAN).

Se toma en cuenta la diferencia de tiempo entre el ingreso y el día de operación, como un dato para análisis clínico y económico de la estancia de los pacientes antes de ser tratados. La recolección de los datos se hace en forma estadística y se presenta en forma de gráficas y cuadros, cada uno con su análisis.

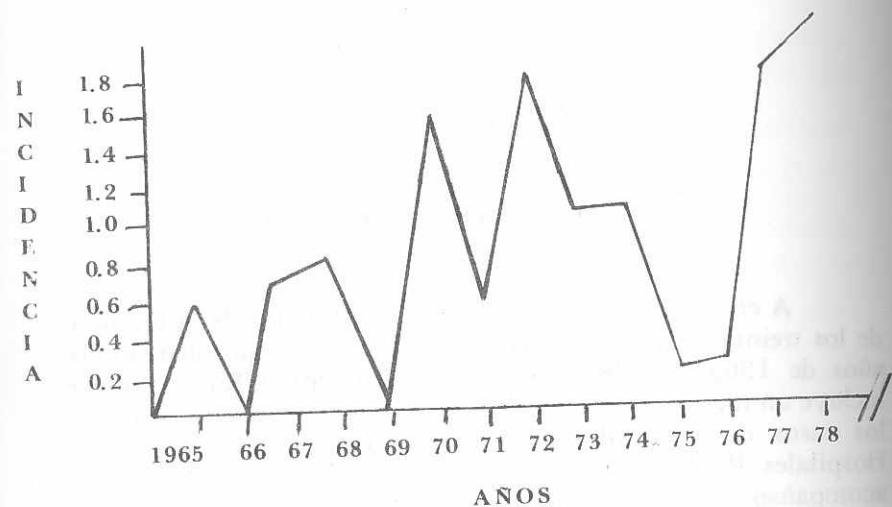
RESULTADOS

ANALISIS E INTERPRETACION

A continuación se presentan los resultados de la revisión de los treinta y cinco casos de Cáncer de Recto, que abarcan los años de 1965 a 1978 ocurridos en el Hospital Roosevelt. Se incluye un registro de cáncer de recto en que se recopilaron todos los casos diagnosticados en los años 1975, 76 y 77 en los Hospitales Roosevelt, San Juan de Dios, INCAN e I.G.S.S. Se acompañan a los resultados el análisis e interpretación, de los mismos, comparándola con la literatura médica reciente.

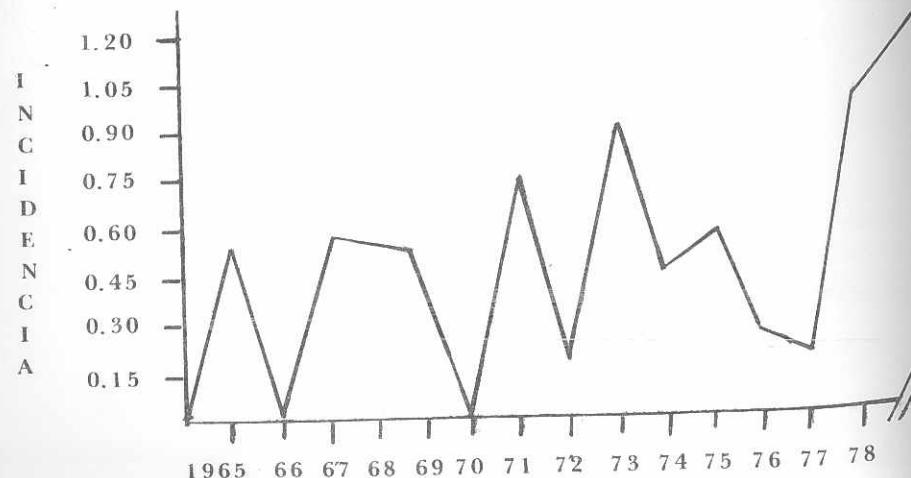
GRAFICA 1

INCIDENCIA DE CANCER DE RECTO
POR CADA 10,000 INGRESOS GENERALES
HOSPITAL ROOSEVELT



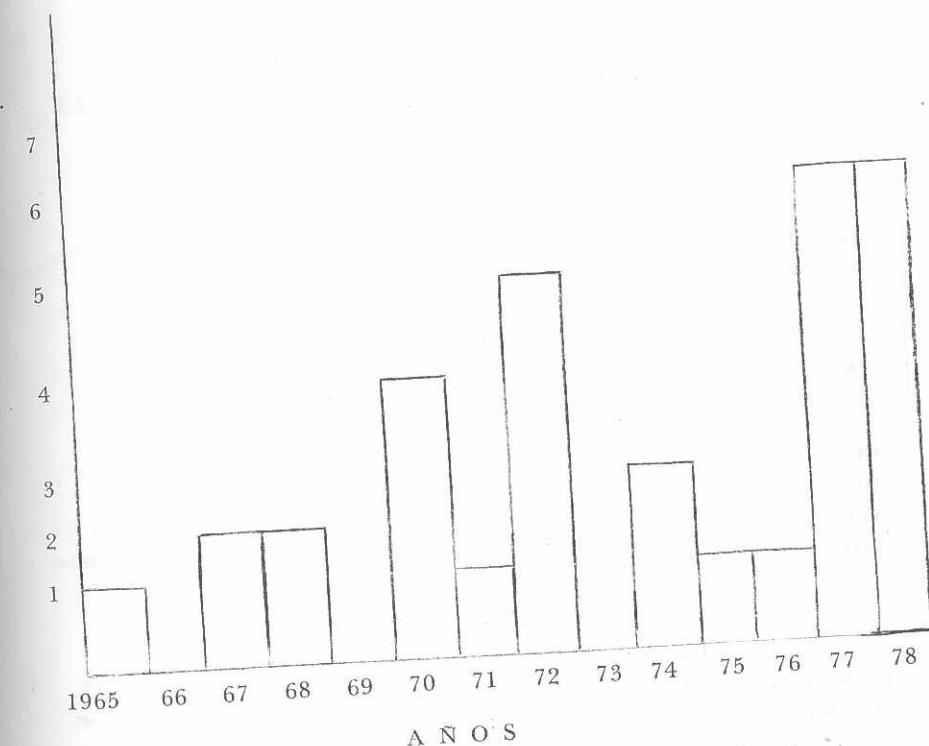
GRAFICA 2

INCIDENCIA DE CANCER DE RECTO
POR CADA 1,000 INGRESOS QUIRURGICOS
HOSPITAL ROOSEVELT



GRAFICA 3

CASOS DE CANCER DE RECTO POR AÑO
HOSPITAL ROOSEVELT



En las gráficas anteriores, se muestra la incidencia de casos de cáncer de recto en el Hospital Roosevelt, durante los años de 1965 a 1978. Es notorio que la incidencia de casos es muy baja, en dos años no se presentó ningún caso, mientras que en los años 1977 y 78 hubo seis pacientes, lo que hace una incidencia de 1.74 por 10,000 ingresos generales y 1.19 por mil ingresos quirúrgicos en 1978. Así mismo se observa que las gráficas tienen una ligera tendencia a elevarse.

Las estadísticas norteamericanas presentan a los cánceres de colon en el segundo lugar de frecuencia de todas las lesiones malignas. En los años de 1976 al 77 reportaron un total de

8,621 casos nuevos de 327 hospitales en 46 Estados (Evans 9), lo que hace para Guatemala una enfermedad de poco valor epidemiológico.

CUADRO 1

“CÁNCER DE RECTO”
ANALISIS DE CASOS EN LOS HOSPITALES ROOSEVELT,
GENERAL SAN JUAN DE DIOS, I.G.S.S. E INCAN

AÑO	TOTAL	FEM.	MAS.	OPE.	RAD.	QUI.	VSC	VCC	FDC
1975	13	6	7	12	5	3	0	11	2
1976	12	7	5	11	6	0	3	8	1
1977	19	10	9	17	6	2	1	14	1

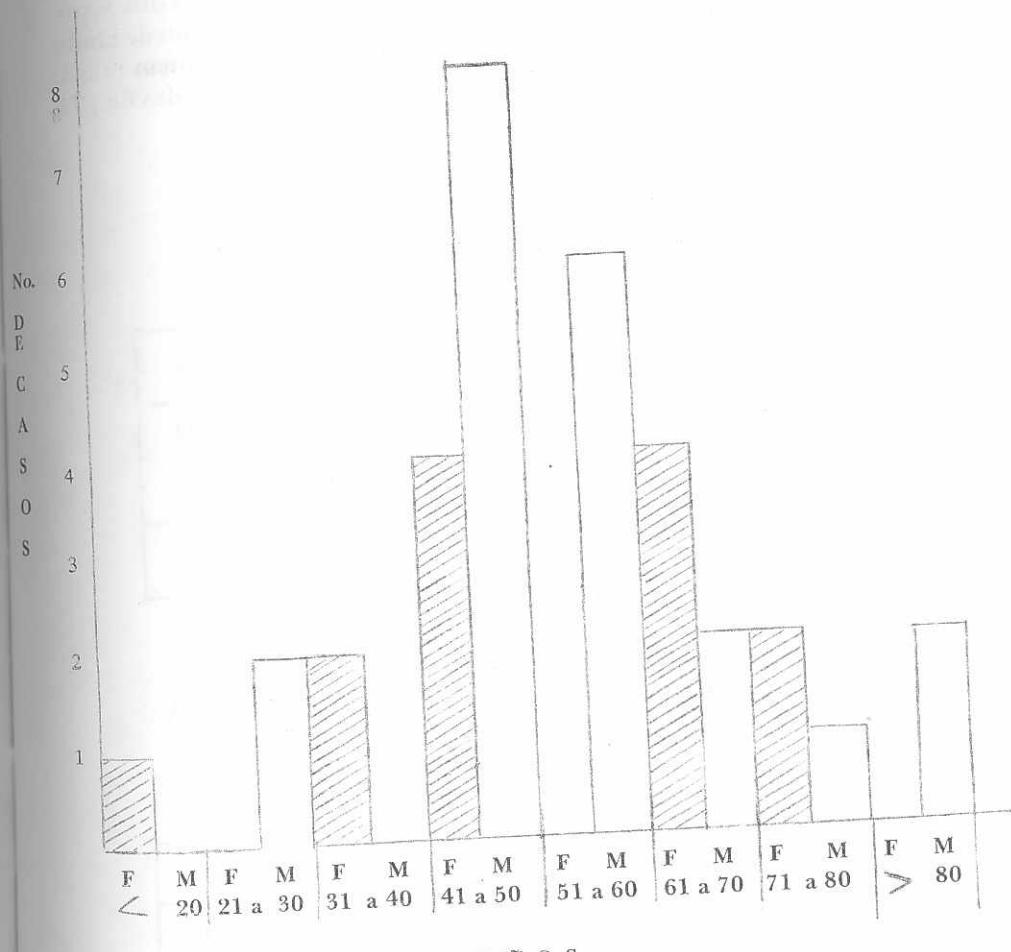
OPE.: Operados
QUI.: Quimioterapia
VCC.: Vivos con cáncer
NOTA: Datos proporcionados por Dra. M. de Wyld, INCAN.

En el INCAN el Programa de Recopilación del Cáncer, presenta la estadística de los años 1975 al 77. Llama la atención en este cuadro el aumento marcado de pacientes en 1977. La diferencia entre el grupo masculino y femenino no es significativo. Es notorio el número de enfermos a los que se les practicó operaciones. La radioterapia y quimioterapia son poco utilizadas, relativamente.

La cantidad de pacientes que están vivos con cáncer, supera exageradamente a los enfermos curados de cáncer. El seguimiento de los pacientes se verifica a un año plazo.

GRAFICA 4

FRECUENCIA DE CASOS POR SEXO Y EDAD
HOSPITAL ROOSEVELT



FEMENINO: 42.85% MASCULINO: 57.15%



Como lo demuestra la gráfica, la mayor frecuencia de casos de cáncer de recto se presentó en las décadas 5a., 6a. y 7a. (41 a 70 años), haciendo un porcentaje total de 68.57%. El paciente de menor edad encontrado es una niña de 14 años. El enfermo de mayor edad un hombre de 82 años.

La diferencia mínima que se presenta entre los dos sexos, no es de significancia estadística, por lo tanto no se puede emitir un juicio al respecto. Cohn (20) y Milles (2) mencionan mayor frecuencia para el sexo femenino, así como en las décadas 6a., 7a. y 8a.

CUADRO 2

FRECUENCIA DE CASOS POR RAZA HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
LADINO	32	90.42
INDIGENAS	3	8.57
OTROS	1	2.85

CUADRO 3

FRECUENCIA DE CASOS POR PROCEDENCIA ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
URBANA	17	48.57
RURAL	18	51.42

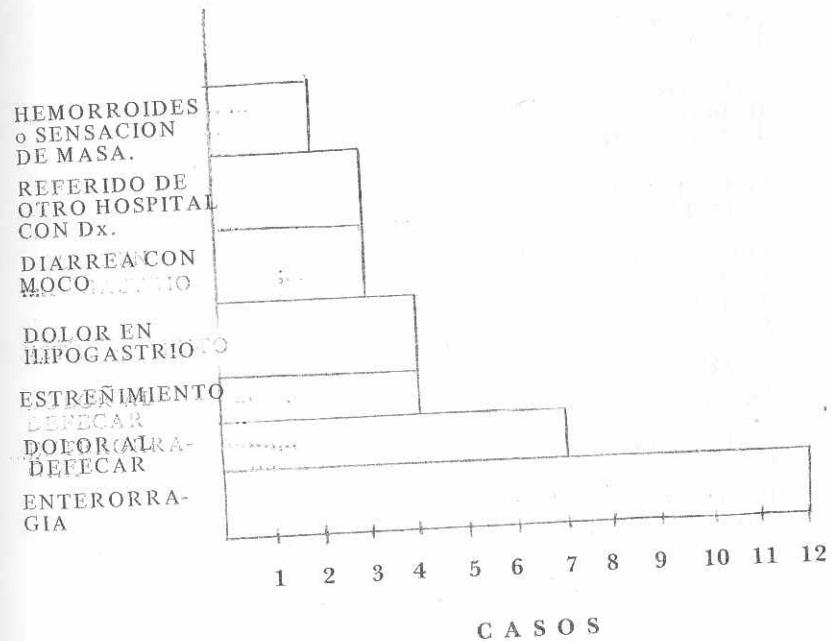
La frecuencia mayor en que aparece el cáncer de recto, como lo muestra el cuadro 2, es muy discutible, ya que en nuestro país ocurre continuamente el proceso llamado

“ladinización del indígena”, que impide que el dato que aparece como mayor en el grupo ladino, sea realmente el verdadero. Como un dato importante, que viene a complementar lo anterior es que no hay diferencia significativa entre los enfermos con cáncer de recto que viven en el área rural y los que viven en el área urbana.

A pesar de que existe una diferencia muy marcada en el “modus viventi”, hábitos y costumbres de los dos grupos, la frecuencia entre el grupo urbano y rural es muy similar.

GRAFICA 5

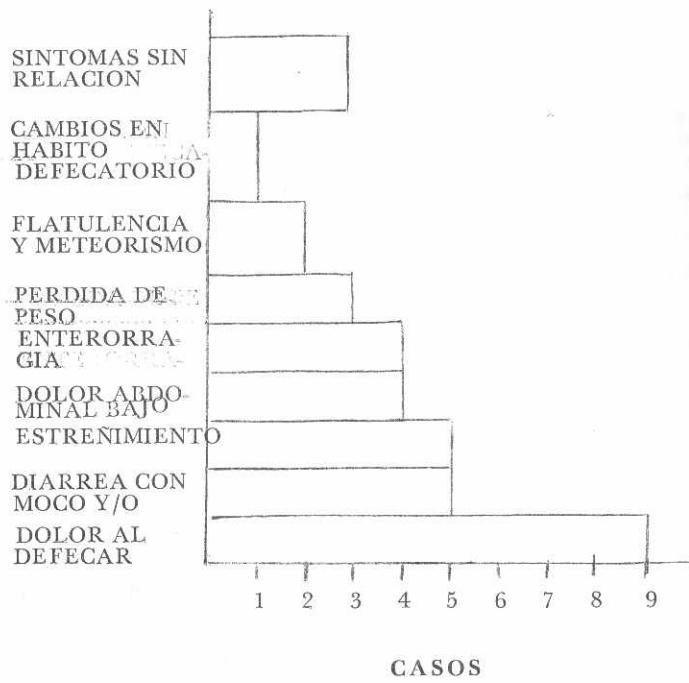
CANCER DE RECTO, SINTOMA PRINCIPAL HOSPITAL ROOSEVELT



El motivo de consulta, que es el síntoma que más importancia le da el enfermo, se representa en el cuadro anterior. Es relevante que la enterorragia y el dolor al defecar con los síntomas más referidos, (54.280/o). Estos datos, que son los más importantes, se compararon con los que menciona Conh (20), dando como resultado una similitud entre los dos estudios.

GRAFICA 6

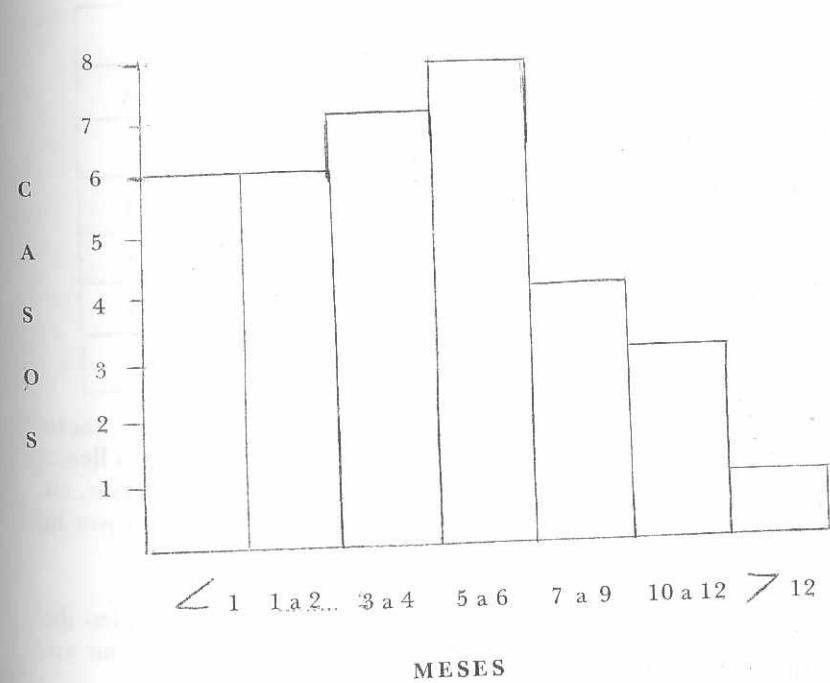
CANCER DE RECTO, SINTOMAS SECUNDARIOS
HOSPITAL ROOSEVELT



Los enfermos que no refirieron en un principio el dolor al defecar, lo indicaron en segundo término, junto con otros síntomas como la diarrea con moco y sangre, el estreñimiento, enterorragia y otros. A pesar de que algunos pacientes le dieron importancia mayor a unos síntomas que a otros, en general hacen mención de los síntomas que la literatura médica tiene como clásicos del cáncer de recto (Cohn 20).

GRAFICA 7

CANCER DE RECTO
TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS
HOSPITAL ROOSEVELT



El tiempo de evolución presentado, muestra que en la mayoría de los casos los síntomas tenían menos de seis meses de evolución que representa el 77.14o/o, este dato es alentador y ventajoso, ya que con este período de tiempo el pronóstico es favorable y da mejores esperanzas de curación y sobrevida (Irwin 5).

De los seis pacientes que presentaron un tiempo de evolución de menos de un mes, cuatro de ellos fallecieron y uno rehusó tratamiento por lo avanzado de la edad, lo que difiere grandemente a los datos que menciona..Irwin(5)

CUADRO 4

CANCER DE RECTO, SIGNOS PRINCIPALES HOSPITAL ROOSEVELT

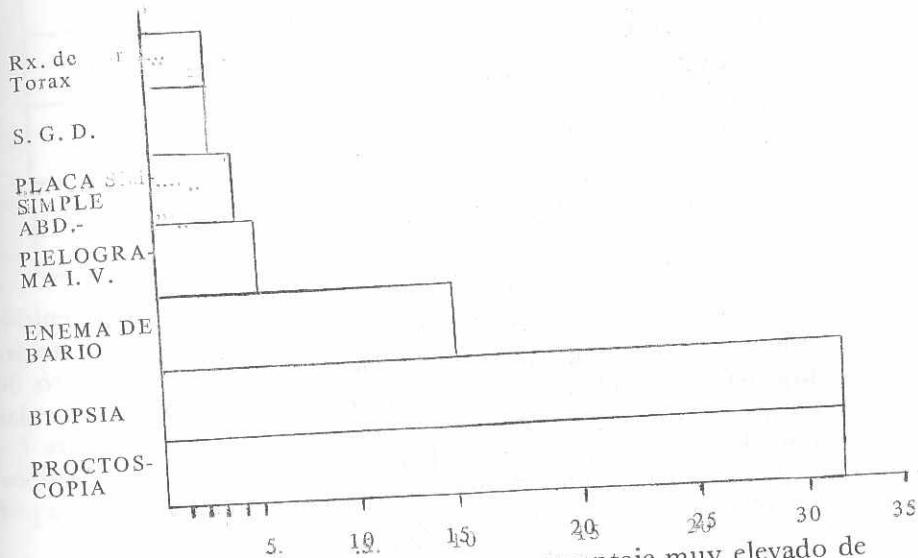
SÍNTOMAS	No. CASOS	o/o
FISTULA RECTO-CUTANEA	1	2.85
MASA ABDOMINAL	1	2.85
HEMORROIDES	2	5.71
POLIPOS	2	5.71
ABDOMEN AGUDO	4	11.42
MASA RECTAL INTRALUMINAL	24	68.57

El examen físico de todo enfermo debe incluir tacto rectal, procedimiento tan simple pero que da la pauta para llegar a un diagnóstico precoz como lo demuestra el cuadro anterior, en el que un 68.57o/o de los pacientes se les sospecho cáncer por la masa recta encontrada.

En enfermos que ingresan al hospital con un cuadro de abdomen agudo y signos de obstrucción baja, se debe pensar en un tumor de colon o recto como causa primaria,(Dutton 10).

GRAFICA 8

"CANCER DE RECTO" METODOS DE AYUDA DIAGNOSTICA HOSPITAL ROOSEVELT



La gráfica demuestra que un porcentaje muy elevado de pacientes se les efectuó procedimientos específicos para el diagnóstico de cáncer de recto como lo es enema de Bario, Procto- o proctosigmoidoscopía y biopsia, lo que demuestra la facilidad de sospecha de cáncer que provocan los síntomas y signos de esta enfermedad y que a su vez hace que el pronóstico sea más favorable, por un descubrimiento precoz de la misma.

CUADRO 5

CANCER DE RECTO
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	,o/o
POLIPO BENIGNO DE RECTO	1	2.85
Dx DE PSEUDO-U OBSTRUCCION INTESTINAL	5	14.30
Dx DE CANCER DE RECTO POR BIOPSIA	29	82.85

El 82.25% de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con un diagnóstico exacto de cáncer de recto, por medio de biopsia. Cinco de los pacientes se les operó de urgencia por obstrucción intestinal, que posteriormente las masas, fueron reportadas como neoplasia maligna del recto. En uno de los casos hubo error diagnóstico, al extirpar dos pólipos pensando en benignidad, pero no se contaba con "patología por congelación".

La alta morbilidad que produce el cáncer del recto en los Estados Unidos, ha motivado insistir en diagnóstico temprano y para ello se están efectuando en algunos hospitales, como examen rutinario, proctoscopías a pacientes mayores de cuarenta años no importando el motivo de hospitalización. (Miller 15 y Phell 3).

CUADRO 6

CANCER DE RECTO
OPERACIONES REALIZADAS
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	,o/o
SIN OPERACION	5	14.28
EXCISION DE POLIPOS	1	2.85
RESECCION ABDOMINOPERINEAL (2 tiempos)	1	2.85
EXENTERACION PELVICA POSTERIOR	3	8.57
RESECCION ANTERIOR DE RECTOSIGMOIDES	5	14.28
COLOSTOMIA PERMANENTE	6	17.14
RESECCION ABDOMINOPERINEAL (1 tiempo)	14	40.00
COLOSTOMIA DE URGENCIA	2	5.71

En el cuadro anterior se demuestra el alto número de pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas curativas, con un total de 65.71%. Un grupo también alto, a los que sólo se les ofreció tratamiento quirúrgico paliativo o no se les operó hacen el 31.42% del total de enfermos.

Milles (2) en su serie de 164 casos reporta un 64% de operaciones curativas, lo que hace similitud con la serie que se presenta. Simonsen (3), en el grupo que estudió, tiene el 90% de operaciones curativas. Por su lado Takaki (11), presenta un grupo de 78 pacientes a quienes se les efectuó operaciones paliativas, de los cuales fallecieron el 70% en 12 meses.

CUADRO 7

**CANCER DE RECTO
HALLAZGOS OPERATORIOS
HOSPITAL ROOSEVELT**

	No. CASOS	o/o
SIN HALLAZGOS	5	16.66
POLIPOS RECTALES	2	3.33
MASA RECTAL CON INVASION A ORGANOS VECINOS	8	26.66
MASA RECTAL INTRALUMINAL	20	66.66

CUADRO 8

**CANCER DE RECTO
FRECUENCIA DE METASTASIS
HOSPITAL ROOSEVELT**

	No. CASOS	o/o
PULMONES	1	2.85
GANGLIOS PARA-AORTICOS	2	5.71
EPIPLON O PERITONEO	3	8.57
HIGADO, PANCREAS O RIÑONES	6	17.14
ORGANOS INTRA-PELVICOS	8	22.85
GANGLIOS REGIONALES	9	25.71
SIN INVESTIGAR O SIN METASTASIS	19	54.28

El hallazgo operatorio más frecuente fue en el 66.60/o de los pacientes una masa rectal intraluminal, en menor cantidad el tumor invadía órganos adyacentes. En un porcentaje relativamente bajo no hubo hallazgos macroscópicos.

Con respecto a las metástasis, fueron descubiertas en un 460/o de pacientes, dando como resultado dificultades mayores para el tratamiento así como reduciendo el tiempo de sobrevida de los enfermos.

Milles (2), en su reporte de casos de cáncer de recto, hace un análisis sobre la reducción del tiempo de vida de enfermos a quienes se les han encontrado metástasis. Otros autores como Cedermark (18) y Schulten (16), dan prioridad especial para decidir el tratamiento de los pacientes con cáncer de recto la extensión de la lesión y la presencia de metástasis.

CUADRO 9

**CANCER DE RECTO
TRATAMIENTOS COADYUVANTES
HOSPITAL ROOSEVELT**

	No. CASOS	o/o
RADIOTERAPIA PRE-OPERATORIA	4	11.42
RADIOTERAPIA POS-OPERATORIA	8	22.85
QUIMIOTERAPIA (5-FLUORORACIL)	5	14.28

De los 35 enfermos estudiados, un 450/o tuvieron asociado a cirugía: radioterapia y quimioterapia; sólo en uno de los casos se dio combinado el tratamiento quirúrgico con radio y quimioterapia. En los 15 restantes pacientes, cuatro recibieron quimioterapia asociada a cirugía y siete enfermos radioterapia previa o post cirugía.

Butoker (1), Rafla (17) y Grossi (7), dan importancia al uso de esos dos métodos, en el tratamiento del cáncer del recto, habiendo obtenido cada uno buenos resultados. Salvati (6) reporta una serie de casos a los que trató primariamente con "electrocoagulación" del cáncer, dándole resultados satisfactorios.

CUADRO 10

CANCER DE RECTO, MORBILIDAD
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
INFECCION DE HERIDA OPERATORIA	1	2,85
INFECCION URINARIA	3	8,50
TRAUMA QUIRURGICO A OTROS ORG.	2	5,72
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	5	14,24
INFARTO AL MIOCARDIO	1	2,85
ESTRECHEZ DE COLOSTOMIA	1	2,85
PERITONITIS	1	2,85
LESIONES POST-RADIACION	1	2,85
FISTULA PERINEAL	1	2,85

Es notorio el alto grado de complicaciones y morbilidad que implica el tratamiento de pacientes con cáncer de recto.

Para un mejor estudio, se dividirán en dos grupos: un grupo con morbilidad inmediata, en la que se incluyen las más frecuentes, como el desequilibrio hidroelectrolítico, infección urinaria y el trauma quirúrgico a órganos vecinos.

Las complicaciones tardías: estrechez de colostomía, lesiones por radiación, fistula perineal.

CUADRO 11

CANCER DE RECTO Y PRONOSTICO
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
BUENO	10	28,58
MALO	15	42,85
NO MENCIONADO	10	28,58

El cuadro anterior presenta la panorámica desalentadora del mal pronóstico que tienen la mayoría de enfermos con cáncer de recto atendidos en el Hospital Roosevelt. Se puede mencionar que existe un grupo grande al que no se le pronostica su futuro con esta enfermedad.

CUADRO 12

CANCER DE RECTO
RECUPERACION INMEDIATA POST-OPERATORIA
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
BUENA	19	54,28
REGULAR	5	14,28
MALA	1	2,85
FALLECIDO	5	14,27

De los 35 casos estudiados, el 14o/o falleció post-operatoriamente, como causa primordial un desequilibrio hidroelectrolítico. Pero la mayoría se recuperó satisfactoriamente.

Simonsen (13) y Milles (2) reportan un 10.60/o y 7.60/o de mortalidad respectivamente en sus series.

CUADRO 13

CANCER DE RECTO Y DEFUNCIONES
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
PRE-OPERATORIA	0	0
INTRA-OPERATORIA	0	0
POST-OPERATORIA	6	17.14

CUADRO 14

CANCER DE RECTO
CAUSA DE LAS DEFUNCIONES
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO	4	66.66
INFARTO AL MIOCARDIO	1	16.6
PERITONITIS BACTERIANA	1	16.6

De los 35 casos estudiados, el 17.14o/o fallecieron post-operatoriamente, como causa primordial un desequilibrio hidroelectrolítico en cuatro de los enfermos y en los otros dos pacientes uno por infarto de miocardio y el otro por peritonitis infecciosa.

Simonsen (13) reporta de su serie, una mortalidad del 10.60/o y Milles (2) tiene el 7.60/o de mortalidad en el grupo que estudió.

CUADRO 15

CLASIFICACION HISTO-PATOLOGICA
DEL CANCER DE RECTO
HOSPITAL ROOSEVELT

	No. CASOS	o/o
ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO, INVASIVO	21	60.00
ADENOCARCINOMA MODERADAMENTE DIFERENCIADO, INVASIVO	1	2.85
ADENOCARCINOMA POCO DIFERENCIADO, INVASIVO	1	2.85
ADENOCARCINOMA MUSINOSO INVASIVO	4	11.47
CARCINOMA EPIDERMOIDE INVASIVO	2	5.71
MELANOCARCINOMA INVASIVO	2	5.71
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS	2	5.71
CARCINOMA COLOIDE	1	2.85
CARCINOMA ADENOMATOSO	1	2.85

En la clasificación histopatológica de los cánceres del recto es notoria la especial tendencia a formarse de células glandulares, como lo muestra el cuadro 15, en el que existe un total de 80o/o de carcinomas de tipo glandular, otros casos más raros son de tipo epidermoide, melanocarcinoma, de células escamosas y coloide. Robbins (21) señala que la mayor frecuencia son los "carcinomas" en el que se incluyen los Adenocarcinomas.

Eitan(8) presenta tres casos con leiomiosarcoma de recto, que son extremadamente raros.

CUADRO 16

CLASIFICACION SEGUN DUKES
EN CANCER DE RECTO
HOSPITAL ROOSEVELT

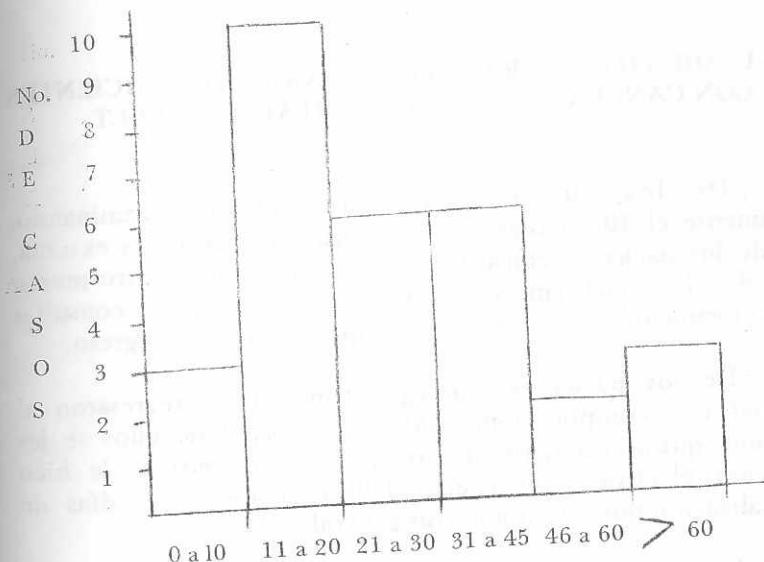
	No. CASOS	o/o
TIPO "A"	7	20.00
TIPO "B"	7	20.00
TIPO "C"	17	48.57
SIN CLASIFICAR	4	11.43

El otro tipo de clasificación que se utiliza en el cáncer de recto es la que propuso Dukes en 1930 y que hasta la fecha se continua poniendo en práctica. Se divide en tres grupos, tipo "A": es el tumor confinado a las paredes del recto y no tiene invasión a tejidos perirectales. Tipo "B": el tumor se extiende a los tejidos perirectales no invade a ganglios linfáticos. Tipo "C": en este grupo hay dos subdivisiones, el tipo "C₁": invade tejidos perirectales y ganglios inframesentéricos, el tipo "C₂": invade tejidos perirectales, ganglios infra y supramesentéricos. (Goligher 14).

En la serie que se presenta, el porcentaje mayor corresponde al tipo "C" (48.57o/o), lo que hace un alto grado de pacientes con mal pronóstico. En las categorías "A" y "B", que tienen un mejor pronóstico hacen un total de 40o/o. En un grupo pequeño de pacientes no están clasificados y no se pudo lograr hacerla, por falta de datos en las papeletas.

GRAFICA 9

CANCER DE RECTO Y LA RELACION
FECHA DE INGRESO --- FECHA OPERACION
HOSPITAL ROOSEVELT



OPERACION: DÍAS DESPUES DE INGRESO

La relación de la fecha de ingreso con respecto a la fecha de operación, es un indicador del tiempo que los pacientes permanecieron en el Hospital mientras se les diagnosticaba y decidía su tratamiento. En la gráfica se observa que la mayoría de enfermos, estuvieron un tiempo que oscila entre los 11 y los 45 días en el Hospital antes de ser operados; un grupo de 13 pacientes (37.14o/o), fueron operados en un tiempo aceptable, dentro de 20 días después del ingreso. El otro grupo restante, duraron más de 21 días mientras se les diagnosticaba y operaba.

CONCLUSIONES

SEGUIMIENTO EXTRA-HOSPITALARIO DE PACIENTES CON CANCER DE RECTO, HOSPITAL ROSEVELT

De los 30 enfermos que egresaron caminando, únicamente el 10% regresaron a control por consulta externa, uno de los pacientes consultó por única vez a los cuatro meses, dos de los enfermos hicieron dos y tres consultas (respectivamente), hasta antes de cumplir el año de su egreso.

De los pacientes que egresaron, cuatro regresaron al Hospital con complicaciones antes del año, 2 de ellos se les intervino quirúrgicamente de urgencia, el tercero se le hizo operación electiva y el cuarto fallece a los cinco días de hospitalización por carcinomatosis generalizada.

En resumen el 76% de los pacientes no regresan a control por consulta externa.

1. El cáncer de recto es una entidad patológica poco frecuente en nuestro medio y su tendencia a elevarse es mínima.
2. El grupo más afectado esta comprendido entre las edades de 41 a 70 años; la enfermedad se presenta más en el sexo masculino por una mínima diferencia sobre las mujeres.
3. El grupo ladino es mayormente afectado, pero no hay diferencia significativa en el lugar habitacional urbano o rural.
4. La sintomatología del cáncer del recto se manifiesta prontamente y es muy sugestiva de enfermedad colorectal la enterorragia, dolor al defecar y tenesmo. En la mayoría de casos, con el tacto rectal se descubre la enfermedad.
5. Los métodos de ayuda diagnóstica que dan mejores resultados en el cáncer del recto son: el enema de bario y la proctoscopía asociada a biopsia rectal.
6. El tipo de operación realizada es inversamente proporcional a los hallazgos operatorios y metástasis encontradas, entre menos invasivo es el cáncer más posibilidades de operación curativa.
7. La radioterapia pre- o post-operatoria y la quimioterapia son coadyuvantes importantes, relativamente poco usuales en nuestro medio.
8. La recuperación inmediata y tardía de los pacientes tienen un alto grado de morbi-mortalidad y el pronóstico de los pacientes es variable, bueno en un 28.5% y malo en el 42.8%. Existiendo un grupo a quien no pronosticaron.
9. La clasificación histo-patológica de los cánceres no varía mucho de la literatura médica, el tipo más frecuente es el adenocarcinoma.

10. El 48.57% de los enfermos tienen el tipo "C" de la clasificación Dukes.
11. El tiempo transcurrido entre el ingreso y la operación de los pacientes es relativamente largo en la mayoría de casos.
12. El seguimiento de pacientes en forma extra-hospitalaria es mínimo y no cumple la función de control de sobrevida de los pacientes tratados por cáncer de recto.

RECOMENDACIONES

1. Hacer énfasis en el examen físico de los pacientes adultos, mayores de 40 años en la búsqueda de cáncer de recto.
2. Investigar cáncer de recto o colon con métodos de ayuda diagnóstica en pacientes que consultan por sintomatología sugestiva de patología colo-rectal.
3. Hacer énfasis en la importancia del control post-operatorio tardío y un mejor seguimiento para conclusiones valederas después del egreso del enfermos mediante orientación al paciente y a los familiares.
4. Planificar un programa educativo para estudiantes de medicina, en el cual se incluya la importancia del descubrimiento precoz de los cánceres en general.
5. Hacer conciencia en los médicos que laboran en los hospitales, para que manejen en forma cuidadosa la papelería hospitalaria, ya que es la única forma de un control exacto para futuras investigaciones.
6. Que todos los médicos, hospitales públicos y privados se aboquen al Programa Nacional de Recolección del Cáncer, que se está llevando en el INCAN.

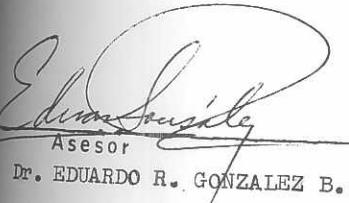
BIBLIOGRAFIA

1. A COMBINED PRE-OPERATIVE RADIATION AND CHEMOTHERAPY IN THE ADENOCARCINOMA OF THE RECTUM, PRELIMINAR REPORT. Butoker, T., et al. *Dis. Colon Rectum* 19(8): 660-3. Nov-Dic. 1976.
2. CARCINOMA OF THE COLON AND RECTUM. A REVIEW OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN 164 PATIENTS. Milles, D.R., et al. *Arch. Surg.* 111(6): 692-6, Jun. 1976.
3. COLORECTAL CARCINOMA: A PROSPECT CLINICO-PATHOLOGICAL STUDY. Phell, M.T., et al. *Med. J. Aust.*, 1(2): 17-21 28 Fb. 1976.
4. DELAYER HIPERSENSITIVITY REACTION IN PATIENTS WITH CARCINOMA OF THE COLON AND RECTUM. Rao, B. et al *S.G.O.*, 144(5): 677-81, May. 1977
5. DURATION OF SYMPTOMS AND PROGNOSIS OF CARCINOMA OF THE COLOM AND RECTUM. Irwin T.T., et al. *S.G.O.*, 144(6): 883-6, Jun. 1977.
6. ELECTROCOAGULATION AS PRIMARY THERAPY FOR RECTAL CARCINOMA. Salvati, E.P., et al. *Am. J. Surg.* 132(5): 583-6 Nov. 1976.
7. INTRALUMINAL FLUOROURACIL CHEMOTHERAPY ADJUNCT TO SURGICAL PROCEDURER FOR REPECTABLE CARCINOMA OF THE COLON AND RECTUM. Grossi, C.E. et al. *S.G.O.*, 145(4): 549-54 Oct. 1977.
8. MANAGEMENT AND SURVIVAL OF CARCINOMA OF THE COLON: RESULTS OF A NATIONAL SURVEY BY THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Evans, J.T. et al. *Ann. Surg.* 188(6): 716-20 Dic. 1978.
9. LEIOMYSARCOMA OF THE RECTUM, REPORT OF

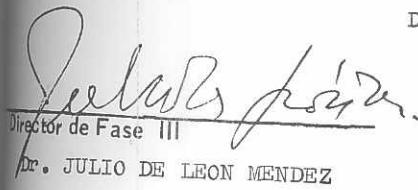
51

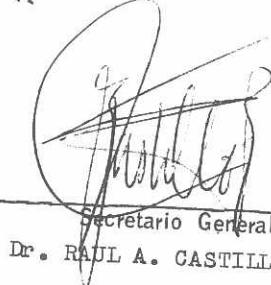
9. LEIOMYOSARCOMA OF THE RECTUM, REPORT OF THREE CASES. Eitan, N. et al. *Dis. Colon Rectum.* 21(6): 144-6, Sept. 1978.
10. MORTALITY AND PROGNOSIS OF OBSTRUCTING CARCINOMA OF THE LARG BOWELL. Dutton, J.W. et al. *Am. J. Surg.* 131(1): 36-41, Jan. 1976.
11. PALLIATIVE RESECTIONS IN THE TREATMENT OF PRIMARY COLORECTAL CANCER. Takaki, H.S., et al. *Am. J. Surg.* 133(5): 548-50, May 1977.
12. RECTAL AND SIGMOID INVOLVEMEND SECUNDARY TO CARCINOMA OF THE PROSTATE. Gengler, L. et al. *Am. J. Roentgenol Radium Med. Nucl.* 125(4): 910-7, Dic. 1975.
13. RECTAL SPHINCTER RECONSTRUCTION IN PERINEAL COLOSTOMIES AFTER ABDOMINOPERINEAL RESECTION POR CANCER. Simonsen, O.S. et al. *Br. J. Surg.* 63(5): 384-8, May 1976.
14. THE DUKES' A, B AND C CATEGORIZATION OF THE SPREAD OF CARCINOMAS OF THE RECTUM. Goligher, J.C. et al. *S.G.O.* 143(5): 793-4, Nov. 1976.
15. THE EARLY DETECTION OF COLORECTAL CANCER. Miller, S.F. et al. *Cancer* 40(2): 945-9, Aug. 1977.
16. THE INCIDENCE OF SOLITARY PULMONARY METASTASES FROM CARCINOMA OF THE LARG INTESTINE. Schulten, M.F. et al. *S.G.O.*, 143(5): 793-4, Nov. 1976.
17. THE ROLE OF RADIOTHERAPY IN THE DEFINITIVE MANAGEMENT OF RECTAL CARCINOMA. Rafla, S. et al. *Am. J. Roetgenol.* 127(5): 841-5, Nov. 1976.
18. THE SIGNIFICANCE OF METASTASES TO ADRENAL GLANDS IN ADENOCARCINOMA OF THE COLON AND RECTUM. Cedermark, B.J. et al. *S.G.O.*, 144(4): 537-46, April 1977.
19. THE TREATMENT OF THE CANCER OF THE LARG INTESTIN. Wallack, M.K. et al. *S.G.O.*, 142(1): 97-103, Jan. 1976.
20. Longmire, Williams P., Jr., Dr., CARCINOMAS DE COLON Y RECTO. *Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Cristopher*, Decima Edición, México, INTERAMERICANA, 1974, 914-923.
21. Robbins, Stanley, L., Dr., *TRATADO DE PATOLOGIA*. Tercera Edición, INTERAMERICANA, México, 1973.
22. Contreras, Mario, Dr. CARCINOMAS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. Facultad de Ciencias Médicas, USAC. Tesis de Graduación, 1977.
23. Fletcher Alburez, Teddy Daniel, Dr. CANCER DE COLON, RECTO Y ANO. Facultad de Ciencias Médicas, USAC., Tesis de Graduación. 1976.
24. Juarez Sotomayor, Angel Heriberto, Dr. CANCER DE COLON LOCALIZACION Y CARACTERES CLINICOS, INFORME DE VEINTISEIS CASOS. Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Tesis de Graduación, 1966.
25. Linares García, Jorge Lionel, Dr. CARCINOMA INFILTRANTE DIFUSO PRIMARIO DEL RECTO. Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Tesis de Graduación, 1966.
26. Sosa Aguirre, Duncan Waldemar, Dr. CANCER ESOFAGO-GASTROINTESTINAL EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. (1959-1967). Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Tesis de Graduación, 1968.


Br. LUIS ARNOLDO ZEPEDA LOPEZ

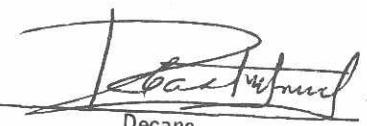

Eduardo Gonzalez B.
Asesor
Dr. EDUARDO R. GONZALEZ B.


Ballard Alvarez Ruiz
Revisor
Dr. BALLARDO ALVAREZ RUIZ


Julio de Leon Mendez
Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEON MENDEZ


Raoul A. Castillo R.
Secretario General
Dr. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO