

Artículo Original

Cáncer de Recto: Experiencia quirúrgica de 5 años en el Hospital Solón Espinosa Ayala Solca Núcleo de Quito.

Rectal Cancer: Five years surgical experience at Hospital Solon Espinosa Ayala (Solca Nucleo de Quito).

Dra. Yessenia Chávez Franco, Dr. Marco Romero, Dr. Lauro Landazuri Melo.

Departamento de Cirugía, Hospital Solón Espinosa Ayala, Solca Núcleo de Quito.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de recto es la segunda causa de muerte en el mundo occidental. La sobrevida global a 5 años es del 50%. Los objetivos del tratamiento combinado son: mejorar el control loco regional, preservar los órganos y su función, aumentar la supervivencia y disminuir las metástasis a distancia.

Materiales y Métodos: Es un estudio retrospectivo descriptivo, en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes con cáncer de recto sometidos a cirugía en el Hospital Solón Espinosa Ayala, en un periodo de 5 años.

Resultados: Desde Enero del 2002 a Diciembre del 2006, fueron intervenidos quirúrgicamente 64 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto. La edad promedio fue 51 años. En 58 pacientes se palpaba el tumor, en 42 pacientes el tumor provocó obstrucción. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma. 37 pacientes (57.8%) recibieron tratamiento neoadyuvante (11 QT, 8 RT, 18 QT-RT). El estadiaje fue: EI 9 pacientes, EII 22 pacientes, EIII 23 pacientes, EIV 10 pacientes. 22 pacientes (34.3%) recibieron adyuvancia (15 QT, 2 RT, 5 QT-RT). El periodo de seguimiento fue de 12 a 60 meses. 36 pacientes tienen seguimiento actualizado, 17 están vivos, 13 de los cuales sin actividad tumoral.

Conclusiones: El cáncer de recto es una patología de difícil manejo, más aún en nuestro medio, donde la mayoría de pacientes consulta en estadios avanzados. El estudio clínico inicial, y los exámenes de extensión son de gran utilidad para el estadiaje clínico prequirúrgico y el tratamiento adecuado.

Palabras claves: *Cáncer de Recto, cirugía, neoadyuvancia, adyuvancia.*

ABSTRACT

Introduction: Rectal cancer is the second cause of death in the Western world. Overall 5 years survival is approximately 50%. Combined modality therapy search for improve local control, increase survival, to reduce metastasis, preservation of the organs and its function.

Methods and Materials: This is a retrospective and descriptive study, at the Solón Espinoza Ayala Hospital; we analyzed chart's patients with rectal cancer, surgically managed in a period 5 years. Results: 64 patients with rectal cancer diagnostic were surgically managed from January of 2002 to December 2006. Average 51 years. The tumor was felt in 58 patients; caused obstruction in 42 patients. Adenocarcinoma was more frequent histological type. 37 patients (57.8%) received neoadjuvant treatment (11 chemotherapy, 8 radiotherapy, 18 chemotherapy and radiotherapy). Definitive staging was: 9 stage I, 22 stage II, 23 stage III and 10 stage IV. 22 patients (34.3%) received adjuvant therapy: 15 chemotherapy, 2 radiotherapy, 5 chemotherapy and radiotherapy. The follow up period was from 12 to 60 months. 36 patients completed follow-up, 17 are alive, 13 of them disease free.

Conclusions: Rectum cancer is a difficult handling pathology; all the more in our countries, where most of patients consult in advanced staging of their illness. Initial clinical study and extension studies are very helpful for correct preoperative clinical staging and treatment.

Key Words: *Rectal Cancer, surgery, neoadjuvant, adjuvant*

Correspondencia:

Dra. Yessenia Chávez Franco
e-mail: yessi_ch@yahoo.es
Teléfono: 022417453 - 097253949

Presentado en el II Congreso Nacional de Oncología realizado en Guayaquil en octubre/2007.

Introducción.

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en el occidente⁽¹⁾. Representa el 15% de todos los tipos de cánceres⁽²⁾. En Estados Unidos se ubica en tercer lugar de los cánceres⁽³⁾. La incidencia aumenta con el avance de



la edad y ocurre con mayor frecuencia en las personas entre los 60 y los 65 años ⁽¹⁾.

La supervivencia depende del diagnóstico precoz, en los pacientes asintomáticos muestran tasas de curación de más del 90% a cinco años; con tumor localizado exhiben tasas de supervivencia del 70%, mientras quienes portan tumores no localizados tienen una tasa de supervivencia del 40%. Pero los resultados finales se correlacionan estrechamente con el grado de penetración del tumor y con el estado ganglionar. Las tasas globales de supervivencia a cinco años oscilan entre 35% y 40% ⁽¹⁾. La mayoría de los tumores rectales, alrededor del 70% son palpables en un tacto rectal ⁽¹⁾.

El pilar del tratamiento es la cirugía, el cual se basa en la comprensión de la anatomía y de los mecanismos de diseminación. Se debe efectuar una resección con longitudes adecuadas proximal y distal al cáncer y debe incluir el drenaje linfático principal en el mesenterio ⁽³⁾. Con el surgimiento y la aplicación sistemática de diversas técnicas que preservan el esfínter (resección anterior baja con anastomosis colorrectal o coloanal mecánica y resección local), la resección abdominoperineal es requerida sólo en una minoría de los pacientes con adenocarcinoma en el tercio distal del recto, en los que no se puede preservar el esfínter ⁽³⁾.

Los pacientes con obstrucción intestinal pueden beneficiarse con una colostomía inicial temporaria. En pacientes con carcinoma rectal de gran volumen o fijo, se ha comprobado que es beneficiosa la radioterapia preoperatoria, la cual produce una reducción de la tasa de recaída local. Si responden al tratamiento, volviéndose un tumor móvil, debe realizarse la resección seguida de quimioterapia con 5 fluoracilo. La quimioterapia y radioterapia combinadas preoperatoria en este tipo de tumores se considera que mejoran la función intestinal y la preservación del esfínter en comparación con la terapia adyuvante. La terapia adyuvante en estadio III de alto riesgo es parte del tratamiento estándar, este se basa en radioterapia externa y quimioterapia con 5 fluoracilo ^(3,4).

En el momento de la presentación el 50% de los pacientes son tributarios de una resección curativa, aunque la mortalidad ha cambiado poco en los últimos 50 años, cerca de la mitad de los pacientes mueren por enfermedad metastásica o recurrencia ⁽³⁾.

El presente estudio tiene como objetivo, en los pacientes diagnosticados de Cáncer de recto tratados quirúrgicamente, conocer la edad de presentación, características del tumor al examen físico, estudios de extensión, tipo de cirugía realizada, tratamiento recibido, seguimiento y supervivencia; para poder definir la situación actual de estos pacientes en nuestra Institución.

Material y métodos.

El presente es un estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron las Historias clínicas de los pacientes con cáncer de recto manejados quirúrgicamente en el Hospital Solón Espinoza Ayala SOLCA núcleo de Quito en un período de 5 años, obteniendo los datos de edad, sexo, características prequirúrgicas y quirúrgicas del tumor, resultado histopatológico, estadificación, tipo de cirugía, complicaciones, tratamiento neoadyuvante o adyuvante recibido y seguimiento.

Resultados.

Desde Enero del 2002 a Diciembre del 2006, 64 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto fueron intervenidos quirúrgicamente.

Edad: se presentó en un rango de 20 a 82 años, con edad promedio de 51 años (Tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de Cáncer de Recto por Edad

EDAD	N	%
20-40	13	20.31
41-60	25	39
61-80	23	35.9
80	3	12.5
TOTAL	64	100

Al examen físico: tumor palpable 58 pacientes (90.6%); la distancia del tumor del margen anal fue ≤ 6 cm. 47 pacientes (81%), >6 cm 11 pacientes (19%); móvil 31 pacientes (53.4%) fijo 27 pacientes (46,6%); el tamaño no pudo definirse en 24 pacientes (42%); pacientes sin obstrucción 16 (27.6%) , con obstrucción 42 pacientes (72.4%), de los cuales el 67% tuvieron obstrucción mayor al 50% de la luz.

En cuanto al tamaño por endoscopia 0-5 cm. 34 pacientes (53.2%), 5.1-10cm 22 pacientes (34.3%), >10 cm. 8 pacientes (12.5%). A 23 pacientes (35.9%) se les realizó ecoendoscopia con afectación de la mucosa 2 pacientes (8.7%) mucosa y submucosa 6 pacientes (26%), mucosa, submucosa, muscular 7 pacientes (30.5%), toda la pared 8 pacientes (34.8%). Se reportó ganglios en 10 pacientes (43.4%) ausencia de ganglios en 13 pacientes (56.6%).

A todos los pacientes se les realizó estudio endoscópico, Radiografía de tórax, y Tomografía abdominopélvica, en pacientes con Radiografía de tórax sospechoso de metástasis

se les realizó Tomografía de tórax. En la Radiografía de tórax se evidenció nódulos sospechosos pulmonares en 5 pacientes (7.9%). En la Tomografía: afectación local 33 pacientes (51.5%), presencia de ganglios 10 pacientes (15.6%), infiltración órganos adyacentes 13 pacientes (20.4%), metástasis a distancia en 8 pacientes (12.5%).

En cuanto al tipo histológico: adenocarcinoma 53 pacientes (82.8%), carcinoma escamoso 5 pacientes (7.8%) adenocarcinoma en adenoma vellosos 4 pacientes (6.2%), neuroendocrino 1 paciente (1.6%), melanoma 1 paciente (1.6%).

37 pacientes (57.8%) recibieron tratamiento neoadyuvante, de los cuales 11 pacientes (29.7%) sólo QT, 8 pacientes (21.7%) sólo RT, y 18 pacientes (48.6%) asociación de QT y RT. Cirugía electiva se realizó en 55 pacientes (85.9%) y cirugía de emergencia en 9 pacientes (14.1%).

En el Grupo de pacientes que recibieron neoadyuvancia (37 pacientes) se les realizó: Resección anterior baja 3 pacientes (8.2%), Resección abdominoperineal 11 pacientes (29.7%), Exenteración pélvica posterior 6 pacientes (16.2%), colostomía 17 pacientes (45.9%) (Tabla 2). En 5 pacientes se presentó complicaciones: absceso en 2 pacientes, fistula en 2 pacientes, y 1 paciente con retracción de colostomía.

En el grupo de 27 pacientes que no recibieron neoadyuvancia: (42.2%) se les realizó: resección anterior baja 15 pacientes (55.5%), resección abdominoperineal 3 pacientes (11.2%), resección endoanal 5 pacientes (18.5%), exenteración pélvica posterior 2 pacientes (7.4%), colostomía 2 pacientes (7.4%) (Tabla 2).

Tabla 2. Cirugía efectuada en pacientes con Cáncer de Recto

CIRUGIA	CON NEOADYUVANCIA	SIN NEOADYUVANCIA
RESECCION ANTERIOR BAJA	3	15
RESECCION ABDOMINOPERINEAL	11	3
EXENTERACION POSTERIOR	6	2
COLOSTOMIA	17	2
RESECCION ENDOANAL	0	5
TOTAL	37	27

En 6 pacientes se presentó complicaciones: 5 fistulas y 1 infección de herida. Transfusión recibieron 9 pacientes (14%), y se manejó con drenajes 39 pacientes (60%). Días de hospitalización promedio de 7 días con un rango de 3-21 días. El estadiaje definitivo: EI 9 pacientes (14%), EII 22 pacientes (34.5%), EIII 23 pacientes (35.9%), EIV 10 pacientes (15.6%) (Tabla 3).

Tabla 3. Incidencia de Cáncer de Recto por Estadíos

ESTADIO	N	%
I	9	14
II	22	34.5
III	23	35.9
IV	10	15.6
TOTAL	64	100

En los pacientes operados de inicio recibieron adyuvancia 22 pacientes (34.3%): sólo quimioterapia 15 pacientes (68.2%), sólo radioterapia 2 pacientes (9%), asociación de quimioterapia y radioterapia 5 pacientes (22.8%).

En cuanto al periodo de seguimiento fue de 12 a 60 meses. Estado del paciente: vivos 17 pacientes (26.5%), de los cuales sin actividad tumoral 13 pacientes y con actividad tumoral 4 pacientes; muertos 19 pacientes (29.6%), sin actividad tumoral 2 y con actividad tumoral 17 pacientes; perdidos 28 pacientes (43.7%), sin actividad tumoral 10 pacientes y con actividad tumoral 18 pacientes (Tabla 4).

Tabla 4. Estado vital de pacientes con Cáncer de Recto

ESTADO VITAL	E I	EII	EIII	EIV
VSE	4	8		0
VCE	1	1		2
PSE	3	4		0
PCE	1	6		1
MSE	0	1		0
MCE	0	2		7
TOTAL	9	22		10

VSE: Vivo sin enfermedad. VCE: Vivo con enfermedad.
PSE: Perdido sin enfermedad. PCE: Perdido con enfermedad.
MSE: Muerto sin enfermedad. MCE: Muerto con enfermedad.

Discusión.

De los datos analizados, se constata que el Cáncer de recto no es una patología frecuente, su incidencia en la ciudad de Quito según datos del Registro Nacional de Tumores es de 2.9/100.000 habitantes en hombres, y 2.5/100.000 habitantes en mujeres⁽⁶⁾. Los 64 casos presentados en este trabajo representan 12 casos por año o 1 caso por mes. Sin embargo, por la importante morbilidad local regional que ocasiona: sangrado, dolor, alteraciones del hábito intestinal, obstrucción, necesidad frecuente de colostomía; su estudio y tratamiento es de vital importancia para los pacientes y para los médicos^(1,2,3).

En nuestra casuística tenemos 34 pacientes mujeres y 30 hombres con una relación mujer/hombre de 1.1 a 1, contrario a lo que informa la literatura médica mundial de una frecuencia más alta en hombres⁽¹⁾.



En cuanto a la edad, se presentó en un rango de 20 a 82 años, con edad promedio de 51 años, que concuerda con la literatura ^(2,3,4).

Al examen físico, el 90% de tumores (58) eran palpables que concuerda con la literatura ⁽¹⁾; el 81% (47) se localizaban a < de 6 cm. del margen anal; la mitad de tumores eran móviles y la otra mitad estaban fijos a las estructuras anatómicas vecinas al recto; el tamaño del tumor no pudo definirse por examen físico en los tumores localizados en el recto medio o superior. Todos estos hallazgos concuerdan muy cercanamente con los obtenidos en la rectosigmoidoscopia.

La Tomografía de abdomen y pelvis, en algunos casos también de tórax, como examen fundamental para establecer a extensión de la enfermedad, reveló: 33 pacientes (51.5%) con afectación local; 31 pacientes (48.5%) con invasión locorregional a ganglios linfáticos y órganos adyacentes, todos estos hallazgos concordando con los del examen físico; mientras que el 12.5% de pacientes presentaron metástasis a distancia.

La ecoendoscopia se realizó en 23 pacientes, de los cuales 8 demostraron afectación de mucosa y submucosa, ósea T1; y 15 pacientes (65,3%) con invasión a la capa muscular o a toda la pared del recto, ósea T2T3. Presencia de ganglios perirectales aumentados de tamaño (N1) se reportó en 10 pacientes (43.4%). Aunque sólo 23 pacientes se sometieron a ecoendoscopia y 64 (100%) a Tomografía abdominopélvica, los dos métodos revelaron presencia de ganglios linfáticos comprometidos en 10 pacientes. Al relacionarlos con el resultado de estudio histopatológico definitivo, se evidenció que la ecoendoscopia es más sensible y más específica que la TAC para detectar ganglios regionales con invasión tumoral.

En cuanto a la histopatología, el 82.8% fueron adenocarcinomas, seguido por 7.8% de carcinoma escamoso y 6.2% de adenocarcinoma en fondo de adenoma vellosos. Los estadios clínicos establecidos, antes de iniciar ninguna intervención terapéutica, fueron: EI 10 pacientes (15.6%), EII 24 pacientes (37.5%), EIII 20 pacientes (31.2%) y EIV 8 pacientes (12.5%).

No todos los pacientes son estadificados inicialmente en cirugía; los estadios III o IV, casi todos, pasan directamente de Gastroenterología a Oncología clínica y posteriormente los que han tenido respuesta a la neoadyuvancia, se remiten para valoración quirúrgica. Por esta razón y probablemente porque algunos pacientes se niegan a ser intervenidos quirúrgicamente, vemos que aunque son 28 los pacientes en estadio III o IV, son 37 los que recibieron neoadyuvancia, sea con quimioterapia, radioterapia o ambas, pese a que nuestro protocolo específico que la neoadyuvancia debe hacerse

siempre con quimioterapia y radioterapia combinados. 55 pacientes (85.9%) fueron sometidos a cirugía electiva, todos ellos con preparación intestinal y estabilización del estado general en los aspectos hemodinámicos, cardio-pulmonares y nutricionales. Mientras que 9 pacientes (14.1%) fueron operados de urgencia por obstrucción intestinal y se les practicó una colostomía derivativa.

Por definición y protocolo, los pacientes que recibieron neoadyuvancia son aquellos que presentaban estadios avanzados III o IV; por esto y probablemente por pobre respuesta a la neoadyuvancia, en 17 pacientes (45.9%) se realizó únicamente una colostomía paliativa; sin embargo en 20 pacientes (54%) se pudo realizar cirugía radical con intención curativa: 3 resecciones anteriores bajas (RAB), 11 resecciones abdominoperineales (RAP) y 6 exenteraciones pélvicas posteriores.

De los pacientes que recibieron neoadyuvancia, estadios más tempranos, en 25 (93%) se realizó cirugía con intención curativa; RAB en 15 pacientes, RAP 3, resección endoanal en 5 pacientes y exenteración pélvica posterior en 2. Sólo en 2 pacientes (7%) se realizó colostomía. Esto concuerda con estudios en los cuales indican el beneficio del tratamiento neoadyuvante en tumores localmente avanzados ⁽¹¹⁾.

En nuestro hospital, se ha estandarizado la resección total del mesorrecto, como técnica que permite radicalidad quirúrgica, disminución de complicaciones referidas o sangrado y preservación de los plexos nerviosos parasimpáticos que controlan las funciones sexuales y de la micción, con miras a disminuir el porcentaje de complicaciones tardías referidos a impotencia y vejiga neurogénica, que ha sido indicado en la literatura (3,4,8,10,11). Así mismo con la finalidad de conservar los esfínteres y la función defecatoria, rutinariamente se utilizan los stapplers para las anastomosis en el recto inferior. En el 60% de pacientes se utilizó drenajes y únicamente 9 pacientes (14%) necesitaron transfusión sanguínea. La estadía hospitalaria tuvo un promedio de 7 días (rango 3-21). Las complicaciones se presentaron en 13.5% (5 pacientes) de los que recibieron neoadyuvancia y en 22.2% (6 pacientes) de los que fueron directamente a cirugía; la diferencia se explica porque en el primer grupo la cirugía más frecuente fue la colostomía, procedimiento que presenta un porcentaje bajo de complicaciones.

La fistula anastomótica, como expresión de las complicaciones graves, se presentó en el 10.9% de todo el grupo estudiado. El estadiaje definitivo, luego del estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, coincidió casi exactamente con el estadio prequirúrgico, lo cual revela un adecuado estudio clínico inicial, y una buena utilización de los exámenes de extensión.



En lo referente a la evolución, con seguimiento que va de 12 a 60 meses, vemos que 17 (26.5%) pacientes están vivos; 19 pacientes (29.6%) han muerto; y 28 (43.7%) están perdidos de seguimiento. La evolución por estadios revela que los mejores resultados se obtienen en los casos tempranos. Sin embargo, por el alto porcentaje de pacientes perdidos de seguimiento, los datos deben tomarse con la debida reserva. Comparando con un estudio realizado en Cuba por Gallano y cols ⁽¹²⁾ en 31 pacientes operados con cáncer de recto predominó el sexo masculino y estadio II, en nuestro estudio predominó en mujeres, y en el estadio III, con media de edad de 51 años.

En los trabajos de Schall ⁽¹³⁾ Medina ⁽¹⁴⁾ y Michelassi ⁽¹⁵⁾ la edad media fue de 63,3, 63 y 64,4 años respectivamente. Diversos autores (16,17) afirman que la afección prevalece en las mujeres como en nuestro estudio. Sin embargo, dicha

hipótesis no se cumple otros investigadores como Valle Fernández (18) quien halló una marcada preponderancia en el sexo masculino (71,34 %).

A modo de resumen podemos decir que el cáncer de recto es una patología de difícil manejo, y en nuestro medio, se ve agravada por el hecho de que la mayoría de pacientes consultan en estadios avanzados. En nuestro Hospital existe una permanente preocupación para ajustar el manejo del cáncer de recto a los protocolos establecidos (NCCN), con especial empeño en normalizar la técnica quirúrgica, ya que en esta patología se ha demostrado repetidamente la influencia del "factor cirujano" en la evolución de cada caso. Finalmente, es necesario mejorar la logística de seguimiento de nuestros pacientes para obtener datos certeros de recurrencia y de sobrevida.

Bibliografía:

- 1.- Patiño José. Lecciones de Cirugía. Editorial Médica Internacional LTDA. 2001;p.566-579
- 2.- De Vita Vincent, Hellman Samuel, Rosemberg Steven. Principios y Práctica de Oncología. 5ta ed. Editorial Médica Panamericana 2000; pag 1144-1235
- 3.- Zuidema George, Yeo Charles. Cirugía del Aparato Digestivo: Vol. 5 Colon, Recto y Ano. 5ta ed. Editorial Médica Panamericana 2005; p. 251-270
- 4.- Med News (página en Internet). CancerMail del Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de Recto (actualizada 6 noviembre 2002). Disponible en: <http://cancer.gov>.
- 5.- Vasquez Monchul J, Docobo Durantez F, Charlo Dupont T. Estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. Cir Esp 2000; 68: 150-156
- 6.- Corral F, Cueva P, Yépez J. Epidemiología del Cáncer en Quito y en otras Regiones del Ecuador. 2004. Pag 33-51.
- 7.- Urdiales Cabal G. Enfoque Quirúrgico del Carcinoma de Recto. Oncología, 2004; 27 (4):213-216
- 8.- Mohiuddin M, Regine W, Marks G, et al. High-dose preoperative radiation and the challenge of sphincter-preservation surgery for cancer of the distal 2 cm of the rectum. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics 40(3): 569-574, 1998.
- 9.- Valentini V, Coco C, Cellini N, et al. Preoperative chemoradiation for extraperitoneal T3 rectal cancer: acute toxicity, tumor response, and sphincter preservation. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics 40(5): 1067-1075, 1998.
- 10.- Heald RJ, Ryall RD. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. Lancet 1(8496): 1479-1482, 1986.
- 11.- De Haas-kock DF, Baeten CG, Jager JJ, et al. Prognostic significance of radial margins of clearance in rectal cancer. British Journal of Surgery 83(6): 781-785, 1996.
- 12.- Galanao Urgellés R, Rodríguez Fernández Z, Casás Prieto A. Cáncer de recto. Seguimiento posoperatorio. Rev Cubana Cir. 1997; 36
- 13.- Shaal JC. Synchronous colorectal cancers, Serv de Cirurgia Generale Endocricence. J Chir 1991;128(11):476-80. 14-Medina E, Csendes A. Colon and rectum neoplastic in Chile. Epidemiological characteristics. Rev Med Chil 1989;117(6):707-713.
- 15.- Michelassi F. Verification of a new clinic pathologic stage system for colorectal adecarcinoma. Ann Surg 1991;214(1):11-17.
- 16.- Schofenteld H, Winame B. Cholecystectomy and colorectal cancer. Gastroenterology 1983;(85):996-998.
- 17.- Allende D. Gallbladder disease. Risk factor for colorectal carcinoma? J Clin Gastroenterol 1984;6:51-55.
- 18.- Valle Fernández R. Morbilidad quirúrgica en la provincia de La Habana en el año 1985. Rev Cubana Cir 1988;27(6):13-21.

