

Lesiones neoplásicas sincrónicas en cáncer colorrectal. Experiencia en el Hospital Clínico Regional de Valdivia

Alejandro Murúa B, Carlos Cárcamo I y Edison Navarrete U*.

RESUMEN

Se comunica nuestra experiencia en lesiones neoplásicas sincrónicas en cáncer colorrectal de pacientes tratados en el Servicio de Cirugía Adulto del Hospital Clínico Regional de Valdivia. Se revisó retrospectivamente los antecedentes de los pacientes operados por cáncer colorrectal entre Enero de 1990 hasta Junio de 1999. En ese período se encontraron 153 pacientes operados por cáncer colorrectal, de los cuales 18 (11.8%) presentaban lesiones neoplásicas sincrónicas. Nueve (5.9%) de ellos fueron adenocarcinomas. La media de la edad de la serie fue de 58.5 años. Existió predominio de hombres sobre las mujeres (11:7). La colonoscopia larga se usó en 8 pacientes y en 5 de ellos se planificó la cirugía de acuerdo a los hallazgos de este procedimiento, debiéndose ampliar la resección colónica programada inicialmente. Todas las lesiones primarias fueron estadificadas como avanzadas. Se encontraron pólipos en 8 casos, 5 de los cuales fueron múltiples, en su mayoría adenomas. El seguimiento de los enfermos fluctuó entre 2 y 86 meses. Al cierre de la revisión se encuentran 8 pacientes en control, 5 fallecidos y 5 perdidos de control. En nuestra pequeña serie observamos un mayor número de cánceres sincrónicos con relación a lo publicado por otros autores nacionales. La edad de presentación es aparentemente menor que el cáncer colorrectal en general y existiría un predominio del sexo masculino. Nuestro estudio sugiere que todo paciente con cáncer colorrectal debería estudiarse con colonoscopia larga, idealmente realizada en el período preoperatorio. (Palabras claves/Key words: Cáncer colorrectal/Colorectal cancer; Neoplasias colorrectales sincrónicas/Synchronous colorectal neoplasms).

INTRODUCCIÓN

Una segunda lesión adenocarcinomatosa en el cáncer colorrectal ha sido reportada con una incidencia entre 1 a 7% en series extranjeras¹ y en Chile entre un 2.7% y un 3%^{2,3}. Si se consideran las lesiones adenomatosas sincrónicas, esta incidencia aumenta hasta un 25 a 27%⁴.

Es un hecho comprobado que una buena pesquisa de lesiones sincrónicas en el preoperatorio y/o en el postoperatorio se traduce en una baja de la frecuencia de lesiones metacrónicas.

El objetivo de esta presentación es comunicar nuestra experiencia en el Servicio de Cirugía Adulto del Hospital Clínico Regional de Valdivia con lesiones neoplásicas sincrónicas en el cáncer colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes con cánceres colorrectales que presentaron lesiones neoplásicas sincrónicas, operados por el equipo de cirugía digestiva del Servicio de Cirugía Adulto del Hospital Clínico Regional de Valdivia entre Enero de 1990 y Junio

de 1999. Se analizan su distribución por edad, sexo, ubicación, estadificación, tratamiento y seguimiento efectuado.

RESULTADOS

En el período que comprendió este estudio se intervinieron quirúrgicamente 153 pacientes por cáncer colorrectal, encontrándose en 18 (11.8%) de ellos una lesión neoplásica sincrónica. En 9 (5.9%) casos la segunda lesión correspondió a un adenocarcinoma. De los 9 casos restantes, 8 fueron adenomas tubulares y vellosos con diversos grados de atipias y un caso se catalogó como pólipo hiperplástico.

La edad de los 18 pacientes fluctuó entre 26 y 86 años con una edad media de 58.5 años. El 50% de los enfermos fueron mayores de 60 años.

Existió un predominio del sexo masculino, registrándose 11 hombres y 7 mujeres.

Un paciente debutó con una obstrucción intestinal y se intervino de urgencia sin preparación de colon. De los 17 restantes, 8 fueron sometidos a colonoscopia larga y 9 a fibrorrectosigmoidoscopia.

En la Tabla 1 se puede observar la ubicación y estadio del tumor primario y del adenocarcinoma sincrónico. En 8 pacientes el adenocarcinoma fue clasificado, y el noveno, al cierre de esta revisión, aún no se había operado por haber hecho una enfermedad tromboembólica pulmonar, razón por la cual no aparece clasificado.

En la Tabla 2 se muestra la ubicación del tumor primario y de las lesiones poliposas sincrónicas con el tipo histológico de la lesión y el número de ellas.

Tabla 1. Ubicación y estadio de las lesiones.

Adenocarcinoma 1	Estadio	Adenocarcinoma 2	Estadio
Ángulo esplénico	C3	Transverso	B1
Sigmoides	C3	Transverso	B3
Recto medio	C3	Sigmoides	B2
Recto alto	B1	Sigmoides	B1
Sigmoides (*)	B3	Sigmoides	B2
Colon descendente	D	Sigmoides	A
Sigmoides	D	Recto alto	D
Angulo hepático (*)	B3	Colon transverso	A
Recto medio (**)	-	Colon ascendente y ciego	-

(*) Poliposis múltiple no hereditaria.

(**) Dos lesiones sincrónicas, no se ha operado.

Tabla 2. Ubicación de los adenocarcinomas con lesiones poliposas sincrónicas.

Adenocarcinoma primario	Estadio	Pólipo sincrónico	Nº y tipo histológico
Ángulo esplénico	C3	Colon izquierdo	(5) Adenoma tubular
Sigmoides	B3	Sigmoides	(1) Adenoma vellosos
Recto bajo	C3	Rectal	(1) Adenoma tubular (*)
Recto bajo	C3	Sigmoides	(1) Adenoma tubular
Recto bajo	C3	Sigmoides	(1) Adenoma
Recto alto	C1	Sigmoides	(3) Hiperplástico
Recto medio	C2	Sigmoides	(2) Adenoma tubular
Colon ascendente	B3	Sigmoides	(**) Adenoma tubular
Colon descendente	D	Sigmoides	(4) Adenoma vellosos

(*) Atipias severas.

(**) Poliposis múltiple

De los 17 pacientes, 16 se operaron en forma electiva y 1 se intervino de urgencia.

En la Tabla 3 se detallan las intervenciones quirúrgicas practicadas.

Tabla 3. Operaciones realizadas

Operaciones	Nº
Hemicolectomía izquierda ampliada	3
Colectomía subtotal	2
Colectomía total	2
Resección anterior	3
Resección abdominoperineal	5
Operación de Hartmann	2

En 5 pacientes se modificó la cirugía planificada originalmente al identificar en el período preoperatorio la existencia de lesiones sincrónicas.

En 10 de los 17 pacientes se efectuó tratamiento complementario con quimioterapia o radioterapia más quimioterapia, de acuerdo al protocolo que seguimos en nuestro servicio de cirugía.

El tiempo de seguimiento varió entre 2 y 86 meses con una media de 9 meses. Actualmente se encuentran 8 pacientes en control, 5 han fallecido y 5 se han perdido de control.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio hemos considerado como lesión neoplásica sincrónica rectocolónica a una segunda lesión ubicada a una distancia superior a 4 cm del adenocarcinoma primario⁵.

En la mayoría de las series extranjeras no aceptan como lesiones sincrónicas las detectadas en la colitis ulcerosa y en la poliposis múltiple familiar. Nosotros hemos incluido a 2 pacientes con poliposis múltiple, que de acuerdo al estudio efectuado, no son familiares y no tienen un carácter hereditario.

Los pacientes con lesiones sincrónicas de nuestra serie aparecen con una media de edad de 58.5 años, la cual es más baja que la vista en el total de nuestros casos de cáncer de colon y de las series nacionales de cáncer colorrectal general^{2,3}, y también está de acuerdo con lo mostrado por series extranjeras⁵.

Lo mismo ocurre con el predominio de varones sobre mujeres, que también está descrita en otras series extranjeras^{4,5}.

Con el enema baritado de doble contraste se logra diagnosticar un 25% de las lesiones mayores de 1 cm y un 8% de las menores de 1 cm.⁴ La palpación intraoperatoria del colon es de poca utilidad en las lesiones pequeñas y sólo permite diagnosticar lesiones voluminosas⁶. Por lo tanto, la colonoscopia larga preoperatoria es el examen de mayor utilidad para diagnosticar lesiones sincrónicas. Si no es posible efectuarla durante el preoperatorio debería realizarse en el postoperatorio inmediato, idealmente un mes después de la intervención^{1,4-6}.

Nosotros hemos podido contar con este examen en 8 de los 18 pacientes y en 5 de ellos nos permitió planificar una cirugía de mayor extensión a la convencional para una lesión simple.

El tipo histológico, en su gran mayoría adenomas tubulares, corresponde a lo descrito por la literatura, principalmente extranjera^{3,4,5}.

Una buena pesquisa de lesiones sincrónicas en el preoperatorio o en el postoperatorio inmediato disminuyen la aparición de tumores metacrónicos⁴. Nos llama la atención, que en el período revisado hemos tenido escasos adenocarcinomas metacrónicos, sin embargo el período de seguimiento es breve y la serie es poco numerosa para sacar conclusiones definitivas.

En resumen, a pesar de lo reducido de nuestra casuística, podemos mostrar cifras mayores de adenocarcinomas sincrónicos comparado con series nacionales^{2,3}.

La media de edad de los pacientes con lesiones sincrónicas es comparativamente menor a la de las series de cánceres colorrectales en general y encontramos un predominio del sexo masculino, que tampoco se ve en la mayoría de las series.

Histológicamente en su gran mayoría las lesiones fueron adenocarcinomas y adenomas. Los adenocarcinomas sincrónicos se diagnosticaron en un estadio igual o menor al del primario.

Aparece como evidente que el examen de mejor rendimiento para diagnosticar lesiones neoplásicas sincrónicas en cáncer colorrectal es la colonoscopia larga, la cual idealmente debe realizarse durante el estudio preoperatorio del paciente.

REFERENCIAS

1. Maxfield R G: Colonoscopy as routine preoperative procedure for carcinoma of the colon. *Am J Surg* 1984; 147: 477-80
2. Bannura G, Contreras J, Cumsille MA, García C, Portalier P: Resultado del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal: Análisis de la recurrencia y sobrevida en 400 pacientes. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 464-72
3. Duarte I, Zúñiga A, Rahmer A, et al: Análisis de 1017 adenocarcinomas del intestino grueso resecados en 978 pacientes. *Rev Méd Chile* 1996; 124: 681-7
4. Pagana T, Ledesma E, Mittelman A, Nava H: The use of colonoscopy in the study of synchronous colorectal neoplasms. *Cancer* 1984; 53: 356-9
5. Evers BM, Mullins RJ, Matthews TH, et al: Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum: An analysis of incidences and current trends. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 518-22
6. Bat L, Neumann G, Shemesh E: The association of synchronous neoplasms with occluding colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 149-51