

Cánceres múltiples del colon y recto

Su relación con las recidivas

Dr. Carlos Sarroca,
Dr. Luis A. Praderi,
• Dra. Ana Lerena.

Se hace el análisis de 297 casos de cánceres de colon y recto en un periodo de 24 años. Analizando respecto a 1) persistencia tumoral; 2) recidivas; 3) lesiones preneoplásicas; 4) nuevos cánceres.

Se hacen apreciaciones de la táctica terapéutica, seguimiento, prevención de nuevas lesiones y de pronóstico.

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.

On fait des remarques à propos de la tactique thérapeutique, le contrôle, le prévention de nouvelles lésions et le pronostique.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Colonic Neoplasms / Rectal Neoplasms.

SUMMARY: Colon and rectum multiple cancers. Connection with recidivation.

297 cases of colon and rectum cancers over a period of 24 years are analysed. They are examined as to: 1) tumoral persistency; 2) recidivation; 3) preneoplastic lesions, 4) new cancers.

An estimation is made of therapeutic tactics employed, follow-up, prevention of new lesions and prognosis.

RÉSUMÉ: Cancers multiples du côlon et du rectum. Leur relation avec les récides.

On fait l'analyse de 297 cas de cancers du côlon et du rectum à travers une période de 24 années. On analyse les suivants aspects: 1) persistance tumorale; 2) récides; 3) lésions préneoplasiques; 4) nouveaux cancers

Hemos analizado los resultados obtenidos en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cánceres de colon y recto operados en un periodo de 24 años.

Surgen 4 capítulos importantes que no solamente tienen puntos de contacto, sino también importancia en la táctica terapéutica, seguimiento y prevención de nuevas lesiones:

- 1) persistencia del tumor (por resección insuficiente).
- 2) recidivas tumorales.
- 3) lesiones preneoplásicas.
- 4) nuevos cánceres (metácronos y sincrónicos).

Es básico considerar al colon y recto como un órgano único.

Los cirujanos por razones de táctica y función se ven en la necesidad de realizar resecciones segmentarias, sin perder de vista el riesgo potencial de que aparezcan lesiones similares en los sectores remanentes⁽⁷⁾.

Nuestro propósito es controntar en base a nuestra serie la prevención, detección y tratamiento de las posibilidades antes señaladas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de noviembre de 1983.

Prof. Adjunto y Prof. Titular de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica.

Dirección: Pilcomayo 5393, Montevideo. (Dr. C. Sarroca).

MATERIAL Y METODOS

En una serie de la Clínica Quirúrgica "F" y personal (Prof. Luis A. Praderi) de 297 casos desde 1958 a 1982, se hallaron 24 cánceres múltiples (8.08%), 12 (4%) sincrónicos y 12 (4%) metácronos (Fig. 1), considerando en ellos la aparición conjunta o alejada de pólipos únicos o múltiples.

Los cánceres metácronos (Cuadro I) se desarrollaron en 5 hombres y 7 mujeres.

La edad promedio es de 56.5 años, aunque debemos discriminar:

- a) los casos en que la enfermedad aparece como un hecho aislado en la población general, en los cuales la edad no difiere de sus cifras habituales (63.4 años);
- b) los casos que aparecen formando parte de una patología hereditaria (poliposis familiar, familias cáncer), en los que la afección con frecuencia se manifiesta dos o tres décadas antes.^(17, 32)

La topografía no difiere promedialmente de los cánceres colorrectales únicos⁽²⁵⁾; en casos de familia cáncer ya en estudios anteriores hemos señalado cierta tendencia a localizarse en los ángulos (Cuadro I, casos 6, 7, 8 y 9).

El intervalo libre entre una y otra afección es de 5.6 años; en las familias cáncer pueden aparecer neoplasias en otros órganos siendo las localizaciones más frecuentes en aparato genital, piel y pulmón^(20, 32) (Cuadro I, casos 6, 7, 9).

La evolución es significativamente favorable, a pesar de haberse presentado como cánceres de alta malignidad, con períodos prolongados de sobrevida.

En los dos primeros casos (A.M. y C.L. de V.) (Cuadro I) se puede plantear la recidiva por el corto intervalo (1 año) entre las lesiones y haberse practicado resecciones limitadas.

Las displasias coexistentes exponen a una nueva lesión⁽⁷⁾ y pueden pasar desapercibidas en el acto operatorio, siendo este riesgo máximo si el paciente es intervenido de urgencia⁽¹¹⁾, recordando que las lesiones pre-neoplásicas son posibles tanto en el colon como en el recto.

Los cánceres sincrónicos (Cuadro II) se detectaron en 9 hombres y 3 mujeres.

La edad en estos casos no difiere de la encontrada en la población general, 63.4 años, excepto lo señalado para los casos de enfermedades hereditarias.

En general corresponden a enfermos que desarrollaron cánceres avanzados, con frecuencia diseminados (16%). Por esto es que el pronóstico es malo, con 50% de mortalidad en 2 o menos años, el período de seguimiento de los otros pacientes no llega a ese tiempo.

Consideraciones con respecto a las recidivas:

Como señalan varios autores las mismas aparecen en el 90% antes de los 2 años^(5, 22). En el colon son menos frecuentes que en el recto⁽¹³⁾, excepto que la resección sea muy limitada y en ese caso represente seguramente una persistencia tumoral. En el recto las recidivas son frecuentes, 26.8% a 30%^(26, 30), y las causas son por todos conocidas, dependiendo sobre todo del manejo operatorio (estrechez pélvica, escurrimiento del tumor, limitación en la resección lateral, etc.).⁽²⁴⁾

Las recidivas dependen también del tumor en sí (tipo, extensión, diferenciación, diseminación)^(24, 28). Los tumores macroscópicamente polipoideos hasta 3 cm, tienen una frecuencia baja de extensión ganglionar regional y escasa difusión a distancia; los tumores ulcerados e infiltrantes aumentan en forma significativa la extensión tumoral. El tipo histológico poco diferenciado, los tumores con invasión vascular, perineural y linfática, tienen una mayor tendencia a la diseminación^(6, 8); como lo comprueban los estudios de las piezas de resección y los controles evolutivos de los pacientes⁽¹³⁾.

El estado inmunitario del paciente representa un factor de valor para evaluar la capacidad de respuesta del organismo a la agresión que representa el tratamiento indicado, y probablemente sea de gran importancia en la determinación del posible implante de células tumorales, así como en la posible supervivencia.^(36, 39)

Consideraciones generales. Vamos a analizar como seguir al paciente y la responsabilidad que nos cabe frente al mismo.

El cirujano no debe considerar que su labor asistencial ha terminado en el postoperatorio, sino que es a partir de entonces que comienza la etapa de seguimiento. Todo paciente operado por cáncer debe ser seguido por el cirujano y el equipo tratante, en forma clínica y paraclínica, para descubrir precozmente nuevos focos de enfermedad.

Este seguimiento está centrado en que consideramos al paciente dentro de un grupo de alto riesgo, y debemos realizarlo en forma metódica.

Dentro de las neoplasias múltiples las sincrónicas se señalan como más frecuentes que las metácronas.

Los neoplasmas múltiples de colon también pueden acompañarse de neoplasias en otros órganos (Cuadro I, casos 2, 5, 6, 7 y 9)^(1, 22, 29); asimismo pueden presentarse con o sin patologías colónicas previas o concomitantes (Cuadros I y II) que pueden o no tener carácter hereditario⁽¹⁷⁾.

Cuadro I**Cánceres metácronos**

1. A.M.	76 a. Sigmoides + Transverso	7 a. Bien	12 Casos
2. C.L. de V.	51 a. Sigm. + Desc. + Cuélllo útero	+ Utero	
3. N.B. de H.	44 a. Sigm. + Recto + Desc. + Colostom.	Bien	— 5 c/poliposis
4. R.V.S.	52 a. Ciego + 3 en Sigm. + Polip.	2 a. Bien	— 4 cáncer familiar
5. E.F.	61 a. Pulmón + 2 en Sigm. + Polip.	1 a. Bien	Resecciones
6. E.G. de G.	56 a. Lip. Ciego + Endometrio + Ang. Izq.	10 a. Bien	
7. P.G.S.	46 a. Piel + Transverso	16 a. Bien	— 10 parciales
8. L.G.S.	52 a. Ang. Der. + Sigm.	1 a. Bien	— 2 totales
9. A.G.S.	49 a. Ang. Izq. + Ang. Der. + Acant. Labio	10 a. Bien	Fallece: 1
10. P. de C.	63 a. Ang. Izq. + Sigm. + Polip.	7 a. Bien	
11. A.B. de H.	69 a. Sigmoides + Polipo	1 a. Bien	
12. S.Sch.	60 a. Sigmoides + pólipos	2 a. Bien	

Cuadro II**Cánceres sincrónicos**

1. E.F.	77 a. Colon D + Recto + Carcinomatosis	+
2. M.R.	65 a. Ciego + Recto + Met. Hepáticas	+
3. J.C.	65 a. Transverso + Transverso + Poliposis	7 a. Bien
4. A.F. de G.	43 a. Ang. Izq. + Sigm. + Poliposis	4 a. Bien
5. J.S.	81 a. Sigmoides + Sigmoides	1 a. Bien
6. M.P.F.	72 a. Ciego + Ang. Espl. (urgencia).	+
7. H.N.B.	38 a. Colon D. + Sigmoides	2 a. Bien
8. F.G.	67 a. Colon D. + Sigm. + Polip. Famil.	+
9. V.F.	72 a. Ciego + Colon D. - Colon Izq. + Polip.	1 1/2 a. +
10. L.P.	68 a. Transvers. + Ang. Esplen.	1 a. Bien
11. R.C.	37 a. Recto + Polip. familiar	7 a. Recid. Perin.
12. A.B.	55 a. Sigmoides + Poliposis	+

12 Casos

- 6 con poliposis (2 familiar)
- 2 Neo rectosig. + poliposis (1 familiar)

Resección radical

- Colectomía: 5 casos
- Colectomía parcial: 5 casos
- No resec. por carcinomatosis: 2 casos

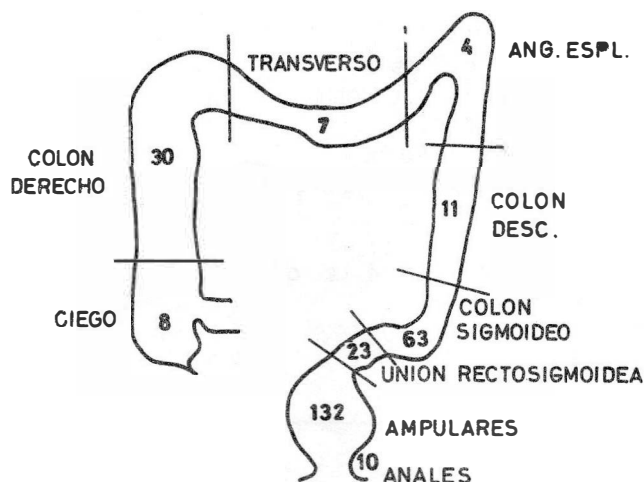
Fallecen: 6

- 2 op. c/carcinomat.
- 2 op. de urg.

Viven: 6

- 1 c/recid. perineal

CANCER DE COLON Y RECTO (SERIE PERSONAL Y CLINICA QUIRURGICA "F") 1958 - 1982



CONCLUSIONES

De todo lo expuesto concluimos:

el grupo de alto riesgo está constituido por el grupo de personas con incidencia familiar o no, de lesiones neoplásicas o preneoplásicas; residentes de zonas geográficas con elevada incidencia de esta patología; y/o aquellos que presentaron cáncer de colon.

necesidad de seguimiento metódico y riguroso del grupo de alto riesgo para la detección precoz, que es nuestra mejor terapéutica.

situación terapéutica diferente planteada frente a una neoplasia múltiple en la urgencia o la coordinación.

al elegir la terapéutica tendremos en cuenta 4 pilares: riesgos, carácter oncológico, expectancia y calidad de supervivencia⁽²⁴⁾. En los cánceres sincrónicos la topografía decide en parte la indicación, en general colectomías extensas. En los casos de pólipos múltiples se hará colectomía total^(2, 19, 22).

las neoplasias metacrónicas representan un 3-15%. La presencia de las familias cáncer nos confirma que es una enfermedad general con manifestaciones más evidentes en un órgano, produciéndose neoplasias con frecuencia en otros sectores (cánceres primarios múltiples)⁽³²⁾; en estos casos la neoplasia metacrónica nos afirma en el concepto de que el colon y recto forman un órgano

único (Chifflet) por lo que indicamos la colectomía total, y a veces la coloproctectomía como terapéutica quirúrgica⁽³⁸⁾. En los síndromes poliposos también está indicada la colectomía total.

la recidiva tumoral loco-regional representa 5-10%, siendo más frecuente en el recto (25-35%) que en el colon. Ella ensombrece el pronóstico y es de difícil terapéutica. Sospechamos su posibilidad de desarrollo teniendo en cuenta los caracteres del tumor resecado primariamente (tamaño, tipo macroscópico, tipo histológico, extensión), y tiempo de aparición de la neoplasia. Su diagnóstico con frecuencia tardío y difícil con recursos terapéuticos poco eficaces, preferentemente quirúrgico; pero en la mayoría de los casos es patrimonio de terapias coadyuvantes en forma casi exclusiva. La suma de las terapias quirúrgicas y coadyuvantes^(9, 14, 15, 18, 27, 31, 34, 35) mejora la supervivencia tanto de tumores primarios como de las recidivas, pero ya no podemos esperar más de ellas en el momento actual^(4, 10, 22).

Por todo lo anteriormente citado creemos que:

es necesario que el cirujano comande un grupo multidisciplinario para el seguimiento metódico de estos pacientes, y que tendrá como fin la detección en etapa preclínica de lesiones, en el grupo de alto riesgo.

el equipo multidisciplinario se integrará con:

- **patólogo**, quien es fundamental a fines de la estadificación tumoral (teniendo muy en cuenta grado de penetración parietal, extensión ganglionar, tipo tumoral) imprescindibles para la indicación de posibles terapéuticas adyuvantes, seguimiento y pronóstico; inmunomorfología ganglionar, que es otro parámetro regional del estado inmunitario⁽³⁾; y presencia de otras afecciones colónicas.
- **endoscopista**, realizando endoscopías cada 3 meses en el primer año y cada 6 meses el segundo y tercer año.
- **laboratorista**, para hacer estudios biológicos (CEA, fosfatasa alcalina, gamaglutamiltranspeptidasa⁽⁴²⁾, linfocitosis, inmunidad, etc.) que en conjunto adquieren valor pronóstico^(23, 28).
- **radiólogo**⁽⁴³⁾, con estudios de doble contraste y tomografía axial computada⁽⁴¹⁾.
- **genetista**, en aquellos casos indicados, para relevamiento genealógico y estudio citogenético (familia cáncer) (poliposis familiar u otros síndromes poliposos).
- **oncólogo**, para decidir las terapias adyuvantes.
- **asistente social**.

En cuanto al pronóstico, nos encontramos frente a una patología de etiología desconocida^(8, 10, 16), aunque con los elementos que contamos es posible hacer un pronóstico racional. Lo hacemos porque:

tenemos necesidad de establecer un pronóstico.
además de la cirugía contamos con terapéuticas adyuvantes, que adecuadas a cada caso en particular, pueden mejorar la expectativa de vida.
nos basamos en los datos señalados de: tiempo de evolución clínica, informe anátomo-patológico, estado inmunitario, así como la evolución en respuesta al tratamiento y seguimiento metódico con estudios biológicos seriados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALARCON J., GREENWOOD G. — Adenocarcinoma of the Colon and Rectum. A review of surgical treatment in 302 patients. Dis. colon rectum. 33: 35, 1979.
2. BALDIZAN J., ESTEFAN A., GATEÑO A., ROMPANI O., NAVARRO T. — Tumores sincrónicos colorrectales. Cir. Urug., 51: 115, 1981.
3. BERLINGER N., TSAKRALIDES V., POLLAK K., ADAMS G., YANG J., GOOD R. — Immunologic assesment of regional lymph node histology in relation to survival in head and neck carcinoma. Cancer 37: 697, 1976.
4. CARTER S. — Large Bowel cancer. The current status of treatment J. Natl. Cancer Inst. 56: 3, 1976.
5. CASS A., MILLION R., PFAFF W. — Patterns of recurrence following surgery alone for adenocarcinoma of the colon and rectum. Cancer, 37: 2861, 1976.
6. COHEN A., WOOD W., GUNDERSON L., CHINNAR MEIR — Pathological studies in rectal cancer. Cancer 45: 2965, 1980.
7. CHIFFLET A. — Anatomía del contenido pelviano masculino. Cirugía del recto. Montevideo, Rosgal, 1956.
8. D'AURIA A. — Historia natural del cáncer de colon y recto. Acta oncolog., Montevideo. 2: 14, 1983.
9. DE VITTA A., HELLMAN S., ROSEMBERG S. — Cancer. Principles and practice of oncology. Philadelphia. J.B. Lippincott, 1982.
10. DIGGS CH. — Speciality Rounds. Carcinoma of the colon: Epidemiology, etiology, diagnosis and treatment. Am. J. Med. Sci., 277: 5, 1978.
11. DOUTRE L., PERISSAT J., DOST CH., ALBALAT F., CHASTAN PH. — Reflexions statistiques sur une série de 223 interventions pour cancer du colon gauche. J. Chir. 117: 525, 1980.
12. FENOGLIO C., LANE, N. — The anatomic precursors of colorectal carcinoma. Curr. conc. Cancer. 2: 7, 1975.
13. GOLIGHER J. — Surgery of the anus rectum and colon. 4th ed., London. Baillière Tindall, 1980.
14. GUNDERSON L. — Radiation therapy of colo-rectal carcinoma. Congreso Internacional del cáncer 12°. Buenos Aires, DIJI-UICC, 1978, p. 110.
15. HIGGINS G. — Current Status of Adjuvant therapy in the treatment of large bowel cancer. Surg. Clin. North. Am. 63: 137, 1983.
16. HILL M., MORSON B., BUSSEY H. — Aetiology of adenoma-carcinoma sequence in large bowel. Lancet 1: 245, 1978.
17. LAVERY I., CHIULLI R., JAGELMAN D., FAZIO V., WEAKLEY F. — Survival with carcinoma arising in mucosal ulcerative colitis. Ann. Surg. 195: 508, 1982.
18. LOCALIO S., NEALON W., NEWALL J., VALENSI Q. — Adjuvant postoperative radiation therapy for Dukes C. adenocarcinoma of the rectum. Ann. Surg. 198: 18, 1983.
19. LOPEZ SUSVIELA J. — Poliposis rectocolónica con transformación carcinomatosa multicéntrica - Colectomía total. Monografía, Montevideo, 1981. Inédita.
20. LOVETT E. — Familial cancer of the gastro-intestinal tract. Br. J. Surg. 63: 19, 1976.
21. LYNCH H., KRUSH A. — Diferencial diagnosis of the cancer family syndrome. Surg. Gynecol. Obstet. 136: 221, 1973.
22. MAILLET P., BAULIEUX J., BOULEZ J., BURION J., PEIX L., DONNE R. — Les cancer du colon transverse. J. Chir. 117: 19, 1980.
23. Mc. MICHAEL J., POTTER J., HETZEL B. — Time trends in colorectal cancer mortality in relation to food and alcohol consumption. United States, United Kingdom Australia and N. Z. Int. J. Edit. 8: 295, 1979.
24. MOREAUX J., HORIOT A. — Les résultats du traitement chirurgical du cancer du rectum. Presentation d'une série de 304 cas. Gastroenterol. Clin. Biol. 2: 365, 1978.
25. O'GRADY J., FITZBERALD P., Mc MULLIN J. — Cancer of the colon and rectum. Review of 570 cases. J. Irish Med. Assoc. 70: 17, 1977.
26. OLSON R., PERENCEVICH N., MALCOM A., CHAFFEY J., WILSON R. — Patterns of recurrence following curative resection of adenocarcinoma of the colon and rectum. Cancer 45: 2969, 1980.
27. PAPILLON. — L'irradiation intracaitaire a visse curative des cancers limites du rectum. Congreso Internacional del Cáncer 12°. Buenos Aires, DIJI-UICC, 1978, p. 110.
28. PERSIJN J., HART A. — Prognostic significance of CEA in colo-rectal cancer: A statistical study. J. Clin. Chem. Clin. Biochem. 19: 1117, 1981.
29. POLK H., SPRATT J., BUTCHER H. — Frequency of multiple primary malignant neoplasms associated with colorectal carcinoma. Am. J. Surg. 109: 71, 1965.
30. PRADERI L., BALBOA O., VOELKER R., PITTAMIGLIO H.,

- PIZZARROSA C. — Las recidivas en el cáncer de recto operado. Sobre una serie de 166 casos. *Cir. Urug.* 49: 183, 1979.
31. REDDY E., MANSFIELD C. — Colorectal carcinoma: the role of radiation therapy. *J. Kans. Med. Soc.* 84: 122, 1983.
 32. SARROCA C., ACOSTA FERREIRA W., QUADRELLI R. — Cáncer colónico familiar sin poliposis. Enfoque clínico y anátomo-patológico. *Perspectivas de estudio genético.* *Cir. Urug.* 47: 515, 1977.
 33. SARROCA C., QUADRELLI R., VAGLIO A., ZUBIAURRE J., RICCIARDI N., LERENA A., VERCELLI J., GARAZA M. — Estudio clínico, genético, prospectivo en el cáncer colónico familiar. Resultados iniciales. Congreso Argentino e internacional de coloproctología 7°. Mar del Plata, 1982.
 34. STEVENS K., ALLEN C., FLETCHER W. — Preoperative radiotherapy for adenocarcinoma of the rectosigmoid. *Cancer* 37: 2866, 1976.
 35. TASSENDE B., LUONGO A., TORRES M., FIERRO L., BONORINO J. — Radioterapia del cáncer colorectal. *Acta Oncológ., Montevideo* 2: 48, 1983.
 36. UCHIDA Y., NISHIOKA M., TAKEMOTO T. — Celular immunity in colorectal cancer. *Alergologia et inmunopatologia* 8: 369, 1970.
 37. URDINARAN R. — Las recidivas pelvianas de los cánceres del recto. *Cir. Urug.* 40: 383, 1970.
 38. VILOTTE J., MIGNON M., DE FLEURY P., FRAIGAT B., BONFILS S. — Colocetomie totale de principe au cours des cancers coliques multiples familiaux. A propos de deux cas. *Gastroenterol. Clin. Biol.* 2: 887, 1978.
 39. VOICU FL., VOICU L., LACKY D. — Sur les cancers intestinaux multiples (succesifs et concomitants) Roumanie - International Congress Cancer, 11°. Florence, UICC, 1974.
 40. WILLIAMS, R. — Ethiology of colon cancer. *Public Health Lab. International Congress Cancer*, 11°. Florence UICC. 30: 178, 1974.
 41. WONZIAK A., LUONGO A. — Estudios del neoplasma de recto con T.C. *Acta Oncológ., Montevideo* 2: 25, 1983.
 42. ZAMCHE N. — Use of CEA essays in diagnosis, prognosis and monitoring of therapy of colon cancer. *Boston City Hosp. International Congress Cancer*, 11°. Florence, UICC. 30: 179, 1974.
 43. ZUBIAURRE J. — El colon por enema con doble contraste, en el diagnóstico y control postoperatorio del cáncer de colon y recto. *Acta Oncológ., Montevideo* 2: 21, 1983.