

CONSIDERACIONES SOBRE 74 OBSERVACIONES DE CANCER DEL COLON

Dr. Carlos Ormaechea

I

La estadística que presentamos corresponde a los enfermos de la asistencia privada del Dr. Abel Chifflet. En nuestro país la casuística privada es la que permite mejor el conocimiento de la evolución de los enfermos. Hay que considerar además que se trata de enfermos enviados por colegas para operar.

II

Alotamos en el cuadro I el total de enfermos con cáncer del intestino Grueso para mostrar el porcentaje respectivo de Colon y Recto. No existe gran diferencia.

III

El límite entre Colon y Recto lo fijamos en la zona donde se une la rama arterial colateral de la hemorroidal superior con la rama descendente de la última sigmoidea. Razones anatómicas, funcionales, patológicas y quirúrgicas justifican esta limitación. El segmento intestinal conocido con el nombre de Recto sigmoide así como las partes adyacentes del Colon y del Recto clásico son considerados por nosotros como parte del Recto constituyendo el Recto Abdominal. Esta estadística de Colon no comprende este segmento intestinal.

IV

La predominancia en el sexo masculino es discreta, la edad más atacada es entre 50 y 70 años. Son más frecuentes antes de los 50 que después de los 70 años. En las mujeres se presentan con más frecuencia antes de los 50 y después de los 70. Hay enfermos de 28, 30, 31 y 33 años.

V

La segmentación del Colon se basa en conceptos de exéresis por cáncer. Consideramos dos segmentos extremos dependientes de los pedículos mesentérico superior y mesentérico inferior que llamamos Colon Superior y Colon Inferior. Un tercer segmento lo forma el sector común a los dos pedículos que es el Colon Intermedio. Uniendo estos tres segmentos del Colon hay dos sectores de gran jerarquía cancerológica que llamamos Nudos: nudo derecho y nudo izquierdo.

El Colon Superior comprende el Ciego y el Colon Ascendente; el nudo derecho comprende el ángulo hepático y la cuarta parte de-

recha del Colon transverso; el Colon Intermedio comprende desde el nudo derecho hasta cerca del ángulo esplénico; el nudo izquierdo comprende el ángulo esplénico y el cuarto superior del Colon descendente; el Colon Inferior se extiende desde el nudo izquierdo hasta su unión al Recto Abdominal.

V I

Los cánceres son más frecuentes en el Colon superior (27) y en el Colon inferior (25). El estudio de edad y sexo según la topografía no enseña nada de particular.

V I I

Se operaron 71 enfermos, es decir 95,9%. Se hizo algún tratamiento quirúrgico en 65 es decir 87,8% del total.

Se hizo resección en 56, es decir, 75,6% del total. Estos números demuestran que el diagnóstico de cáncer del Colon conduce a la intervención quirúrgica y que hay grandes posibilidades de resección.

V I I I

El porcentaje de mortalidad por cáncer es sensiblemente igual en todas las topografías. Se nota un aumento franco en el nudo izquierdo.

I X

Si nos referimos a la sobrevida de 5 años, debemos prescindir de 21 enfermos (12 + 9) que llevan menos de ese plazo de operados y están bien y no sabemos cuál será la sobrevida. Los 49 restantes corresponden a 15 (14 + 1) que pasaron los 5 años y 34 (28 + 6) que fallecieron antes de ese plazo.

Es decir que sobre los enfermos que se pueden considerar hay 30,6% de sobrevidas de 5 años. Es una cifra que permite ser optimista sobre los resultados que obtendremos con los 21 enfermos que han sido operados últimamente. con técnicas mejores.

X

De los 28 enfermos fallecidos antes de los tres años hay 10 en el post-operatorio. De los 10, 8 fueron operados en oclusión, es decir. que la oclusión constituye un factor muy importante de agravación del pronóstico.

X I

Los 18 restantes fallecieron en los meses o año siguiente, en su mayoría de metástasis hepáticas, correspondiendo así a enfermos con extensión cancerosa por vía venosa portal que difícilmente podremos curar con cualquier tipo de operación. Pasados los tres años, la mayoría de los enfermos han evolucionado bien. Hay un solo caso fallecido por cáncer después de los 5 años y 14 casos bien.