

Tratamiento quirúrgico del cáncer de colon en el Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas. Periodo febrero 2017 a febrero 2019

Surgical treatment of colon cancer at the Central Military Hospital of the armed forces. Period February 2017 to february 2019

**Panambi Aguilera¹ <https://orcid.org/0000-0002-4996-2046>
 *Darío Fretes Alvarenga¹ <https://orcid.org/0000-0003-1083-3308>
 *Sergio Insfrán¹ <https://orcid.org/0000-0003-3744-1574>
 **Roberto Lezcano¹ <https://orcid.org/0000-0003-3214-9574>
 **Cynthia Verdecchia¹ <https://orcid.org/0000-0002-9862-0755>

1. Hospital Militar Central de las FFAA, Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Objetivo: Describir el tratamiento quirúrgico realizado en el cáncer de colon en el Hospital Militar durante el periodo de febrero del 2017 a febrero del 2019. **Material y métodos:** Se evalúa retrospectivamente 144 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General en el Hospital Militar. **Resultados:** Se obtuvo un total de 144 (n) pacientes con diagnóstico de cáncer de colon durante el periodo comprendido entre febrero de 2017 y febrero de 2019, que constituyen la muestra de este estudio. De acuerdo a la distribución de los pacientes según la edad, son más frecuentes en el rango de 61 a 70 años, lo que corresponde al 45,13% (65 pacientes), le sigue el rango de 51-60 años que corresponde al 25% (36 pacientes). La edad mínima fue de 21 años y el máximo de 87 años con un promedio de edad de 60,5 años. **Conclusión:** Se observó un predominio de pacientes adultos mayores de 61 a 70 años y un mayor porcentaje en el sexo masculino 43%. La localización más frecuente fue en el colon sigmoideas en 50%. El tipo histológico en su mayoría correspondió al adenocarcinoma en un 93%.

Palabras claves: Cáncer de colon, Tratamiento, Cirugía.

with an average age of 60.5 years. **Conclusion:** There is a predominance of adult patients aged 61 to 70 years and a higher percentage in males 43%. The most frequent location was in the sigmoid colon in 50%. The histological type mostly corresponds to adenocarcinoma in 93%.

Keywords: Colon cancer, Treatment, Surgery.

INTRODUCCIÓN

La patología neoplásica del colon se presenta con mayor frecuencia en las urgencias quirúrgicas, como también en las consultas externas⁽¹⁾.

El estado general del paciente, la indemnidad del colon y la experiencia del cirujano son pilares fundamentales en el momento de elegir la técnica quirúrgica de tratamiento más adecuado para estos pacientes⁽¹⁾.

Además, debemos destacar que la aplicación de métodos diagnósticos que permiten determinar la invasión en la pared intestinal, así como la afectación ganglionar de una forma preoperatoria, han establecido indicaciones de tratamiento neoadyuvante con el consiguiente beneficio terapéutico de estos enfermos, que posteriormente son buenos candidatos para cirugía con intención curativa. El tratamiento adyuvante del cáncer de colon, definido como el que se aplica al paciente sin evidencia de enfermedad residual tras cirugía con intención curativa, representa un beneficio firmemente establecido para un determinado grupo de pacientes, los de estadio III de la UICC, alargando el intervalo libre de enfermedad y prolongando su supervivencia^(1,2).

ABSTRACT

Objective: To describe the surgical treatment performed for colon cancer at the Military Hospital during the period from February 2017 to February 2019. **Material and methods:** 144 patients who underwent surgery in the General Surgery Service at the Military Hospital are retrospectively evaluated. **Results:** A total of 144 (n) patients with a diagnosis of colon cancer were obtained during the period between February 2017 and February 2019, which constitute the sample of this study. According to the distribution of patients according to age, they are more frequent in the range of 61 to 70 years, which corresponds to 45.13% (65 patients), followed by the range of 51-60 years which corresponds to 25% (36 patients). The minimum age was 21 years and the maximum was 87 years

*Jefe del Servicio de Cirugía General

**Residente Cirugía General

Autor Correspondiente: Dra. Panambi Aguilera. Dirección: Escarios y Leonismo Luqueño - Luque - Paraguay.
 Correo Electrónico: Panambi.14@hotmail.es - Tel: 0981845252

Recibido: 10-10-2020 - Aceptado: 16-03-2021

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

El mayor conocimiento de los antecedentes que intervienen en este proceso neoplásico, así como las técnicas quirúrgicas implementadas en nuestro servicio nos permitirá evitar detectarlo precozmente o minimizar su impacto en el pronóstico del paciente. El diagnóstico oportuno y terapéutica adecuada es fundamental para la supervivencia de los pacientes y en aquellos donde la muerte es inminente brindar atención que mejore la calidad de vida⁽²⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal tipo de muestreo no probabilístico a criterio de paciente intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General en el Hospital Militar en mayores de 20 años con diagnóstico de cáncer de colon, ambos sexos, se contó con la autorización del Jefe del Servicio de Cirugía General para acceder a los registros de fichas operatorias e historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon internados en el servicio de cirugía para estudiar las variables los datos fueron pasados a una planilla electrónica tipo Microsoft Office Excel 2007 y sometidos a análisis estadísticos.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 144 (n) pacientes con diagnóstico de cáncer de colon durante el periodo comprendido entre Febrero 2017 a febrero 2019, que constituyen la muestra de este estudio.

De acuerdo a la distribución de los pacientes según la edad, son más frecuentes en el rango de 61 a 70 años, lo que corresponde al 45,13% (65 pacientes), le sigue el rango de 51-60 años que corresponde al 25% (36 pacientes) (*Tabla 1*).

Tabla 1: Distribución por rango de edades.

EDAD (años)	FRECUENCIA	
	(n)	%
20 – 30	3	2,08
31 – 40	8	5,55
41 – 50	22	15,27
51 – 60	36	25
61 – 70	65	45,13
Mas de 70	10	6,94
TOTAL	144	100

Fuente: Archivo del Hospital Militar Central de las FF. AA

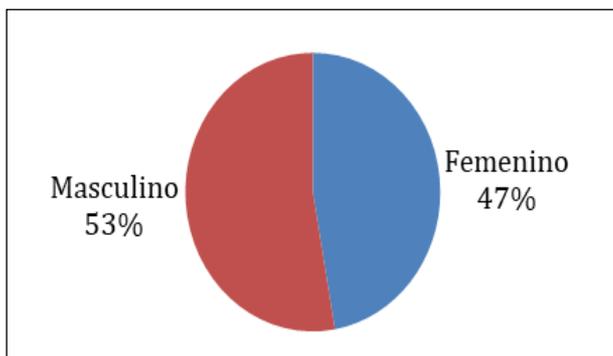


Figura 1. Distribución por sexo.



Figura 2. Manifestaciones clínicas.

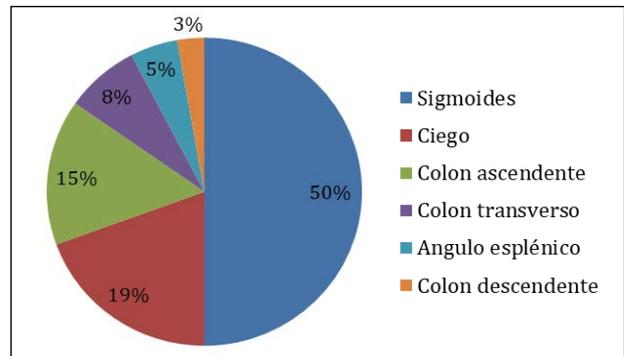


Figura 3. Localización en el colon.

En lo que respecta a la cirugía realizada se efectuó sigmoidectomía en 42% de los pacientes, colectomía izquierda en 28%, colectomía izquierda en 10%, colectomía derecha ampliada 8%, colectomía total y colectomía izquierda ampliada en 6% respectivamente.

En cuanto al tipo histológico, el 93% correspondió a adenocarcinoma de colon, carcinoma de células en anillo de sello 3%, neuroendócrino 2% y del estroma gastrointestinal 2%.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del cáncer de colon ha aumentado en las últimas décadas, no solo por el aumento de la frecuencia sino por el diagnóstico temprano del mismo⁽²⁾.

Con relación a la edad de estos pacientes objetos de estudio, se constató una mayor frecuencia de esta patología en pacientes con edades comprendidas entre 61 a 70 años⁽²⁾. En un trabajo realizado por Tirado et al. ha encontrado un porcentaje similar de aparición del cáncer de colon en mayores de 65 años⁽¹³⁾. En la publicación de Valls et al. se constató una mayor frecuencia de diagnóstico de cáncer de colon en los rangos comprendidos entre 55 a 64 años⁽¹⁴⁾.

Según se observó en relación al promedio de edad, este fue de 60,5 años. En un estudio realizado por Bannura et. Se ha encontrado un promedio de edad superior de 67 años así como lo observado por Tapia et al. donde el promedio fue de 66 años. Tales diferencias podrían deberse a que se observa un rango de edad de pacientes más jóvenes con diagnóstico de cáncer de estómago⁽⁹⁾.

Según la distribución por sexo se observó en la presente casuística un predominio del sexo masculino del 53%, dato distinto a lo observado en la publicación de Bannura et al. donde el predominio fue a favor del sexo femenino en un 55. En la experiencia de Meza et al. y Tapia et al. no encontraron diferencias con relación al sexo pudiendo estos resultados estar relacionados a factores socio demográficos

Entre las causas que motivaron la consulta la más frecuente causa es la alteración del habito defecatorio 32%, pérdida roja por ano en 25%. En un trabajo realizado por Hechavarría et al. se registró una frecuencia superior de constipación en 40%, náuseas y vómitos en 22%, oclusión en 8,8% de los pacientes (15). Estos datos sugieren el alto porcentaje de pacientes que acuden a nuestro servicio con tumores en estadios ya avanzados.

En cuanto a la ubicación del tumor en el colon, se constató que 50% del total de tumores se ubicaba en el colon sigmoideo. Bannura et al. constataron un predominio de tumores del colon derecho en 55,5% del total dato relativamente distinto a lo encontrado en esta investigación, no existiendo una causa identificable por los datos obtenidos que pueda justificar la diferencia encontrada. A diferencia de lo observado por Bannura et al. y en similitud con nuestra experiencia Meza et al. en su publicación, han encontrado un predominio de tumores en colon izquierdo en 52,5% de los pacientes⁽⁴⁾. En su publicación, Tapia et al. han encontrado una frecuencia del cáncer de colon en el lado izquierdo en 58% de la población.

El 70% de los pacientes en esta investigación ingresaron por cirugías electivas con el diagnóstico preoperatorio de cáncer de colon, a diferencia de lo observado por Choi et al. en su publicación donde han encontrado un porcentaje del 60% de cirugías de urgencia⁽¹⁰⁾. Tales diferencias relevan el diagnóstico cada vez más temprano de la patología en nuestra casuística

En cuanto a lo relacionado al tratamiento quirúrgico la sigmoidectomía predominó en 42%. Menos frecuente fue la colectomía total en 6%. En la experiencia de Bannura et al. ha destacado la colectomía derecha en 45%, colectomía izquierda 6,8%, colectomía total en 5%, Hartmann en 2,7%, ostomías en 4,2%. Creemos que la diferencias se deban en primer lugar a la diferente frecuencia de localización de los tumores en el colon entre otros factores.

Entre los hallazgos histológicos, se encontró que el 93% correspondió al adenocarcinoma de colon, similar a la publicación de Herrera et al donde el 95% de los pacientes recibieron el diagnóstico de adenocarcinoma⁽¹³⁾. En la publicación de Meza et al. el 98% de los pacientes correspondió al adenocarcinoma.

Es posible observar que el porcentaje elevado es similar en todas las publicaciones lo cual se correlaciona con datos a nivel mundial. Sin embargo, se ha constatado una relativa menor fre-

cuencia del adenocarcinoma de colon (86%) en la publicación de Tapia et al⁽¹⁴⁾.

Con relación a los tipos histológicos menos frecuentes, en nuestra casuística encontramos una frecuencia de tumor neuroendocrino en 2%. En un trabajo realizado por Machicado et al. ha constatado una frecuencia del carcinoma neuroendocrino similar de 0,8% y de células en anillo de sello en un porcentaje ligeramente inferior del 0,8%⁽¹⁵⁾.

En cuanto a las complicaciones el 10% presentó infección del sitio quirúrgico, 7% evisceración, 9% dehiscencia de anastomosis, 3% neumonía Intrahospitalaria y 3% fistulas. En la publicación de Urman et al. se observa un porcentaje de infección del sitio quirúrgico inferior del 3%. Tal diferencia puede deberse a factores exógenos que podrían contribuir a la infección⁽¹⁵⁾.

En cuanto a la dehiscencia de anastomosis, existen variaciones en cuanto a su frecuencia. Sin embargo, la mayor parte de las publicaciones informan una frecuencia inferior al 5%^(1,2,4). Cabe recordar que los factores como el estado general del paciente, el cirujano y la técnica electa influyen en la evolución del paciente.

En cuanto a los días de internación la mayor parte de los pacientes de esta casuística presento menos de 10 días en el 49% de la población.

El mínimo de internación fue de 4 días y el máximo fue de 32 días con un promedio de 18 días. Existen variaciones en cuanto a la estancia hospitalaria relacionada probablemente con el protocolo de manejo de cada centro hospitalario y las condiciones del paciente^(1,3,5,6).

CONCLUSIONES

En esta serie se observó un predominio de pacientes adultos mayores de 61 a 70 años en un 45,13%; y un mayor porcentaje en el sexo masculino 43%.

La clínica de los pacientes ingresados en su mayoría por consultorio externo fueron de alteración del habito defecatorio en un 33% y perdida roja por ano menor porcentaje en pacientes ingresados de urgencias con un 10% respectivamente.

El diagnóstico pre-operatorio consistió en cáncer de colon en pacientes ingresados para cirugía electiva en un 70%. La localización más frecuente fue en el colon sigmoideo en 50 %, por lo que el tratamiento quirúrgico efectuado con mayor frecuencia fue la sigmoidectomía en 42% y colectomía izquierda en un 28 %.

El tipo histológico en su mayoría correspondió al adenocarcinoma en un 93 % de los pacientes.

Las complicaciones postoperatorias observadas con mayor frecuencia fueron infección del sitio quirúrgico en un 10 % y dehiscencia de la anastomosis en un 9%.

El tiempo promedio de estancia hospitalaria postoperatoria fue de 18 días.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quereshy FA, Poon JTC, Law WL. Long-term outcome of stenting as a bridge to surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction. *Colorectal Dis.* 2014 Oct 1;16(10):788–93.
2. Bessa CX, Martínez JM. Cáncer colorrectal. *Lancet.* 2010; 375:1030–47.
3. Reza MM, Blasco JA, Andradás E, Cantero R, Mayol J. Systematic review of laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer. *Br J Surg.* 2006 Aug; 93(8): 921–8.
4. Tapia E O SR, Carlos J, Manterola D C, Bellolio J E. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. *Int J Morphol.* 2010 Jun; 28(2):393–8.
5. Umpleby HC, Williamson RCN Anastomotic recurrence in large bowel cancer. *Br J Surg* 1987; 74: 873-878.
6. Conde Cueto T, Rodríguez Pino M, Barrios Fuentes P, García Hernández B, Suz Piña J, Díaz Yanes N. Caracterización por imagenología del cáncer de colon. *MediSur.* 2010 Apr; 8(2):3–8.
7. Cerdán J, Torres-Melero J, Díez M, Balsa T, Balibrea JL Tumores metacrónicos colorrectales. *Rev Esp Enf Digest* 1996; 88: 655-659.
8. Arenas RB, Fichera A, Mhoon D, Michelassi F. Incidence and therapeutic implications of synchronous colonic pathology in colorectal adenocarcinoma. *Surgery* 1997; 122: 706-710.
9. Hano García OM, Wood Rodríguez L, Villa Jiménez OM. Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal. *Rev Cuba Med.* 2010 Mar; 49(1):7–16.
10. Melich G, Jong DH, Hur H, Baik SH, Faria J, Kim NK, et al. Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision provides acceptable perioperative outcomes but is lengthy — analysis of learning curves for a novice minimally invasive surgeon. *Can J Surg.* 2014 Oct; 57(5):331–6.
11. Ruiz-Tovar J, Morales V et al. Complicaciones de la cirugía colónica. *Cir Cir.* 2010. (78): 283-291.
12. Kumara HMCS, Tohme ST, Kim IY, Kim DG, Kalady MF, Luchtefeld M, et al. Minimally Invasive Colorectal Resection Is Associated With a Transient Increase in Plasma Hepatocyte Growth Factor Levels Early After Surgery for Colon Cancer. *Surg Innov.* 2011. Sep 1; 18(3):254–8.
13. Choi JM, Lee C, Han YM, Lee M, Choi YH, Jang DK, et al. Long-term oncologic outcomes of endoscopic stenting as a bridge to surgery for malignant colonic obstruction: comparison with emergency surgery. *Surg Endosc.* 2014 May 2; 28(9):2649–55.
14. Tapia O, Roa J, et al. Cáncer de colon y recto. *Int. J. Morphol.* 2010. (28):393-398.
15. Machicado E, Giraldo R, et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. *Hospital Nacional.* 2015; 15 (2). Pág. 49-55.