

# CANCERES COLORRECTALES SINCRONICOS

## RESUMEN

Se analiza una serie de 183 cánceres de colon y recto, operados en el Hospital Privado, desde 1983, hasta 1992.

En 177, la lesión era única y en 6 (3,27 %) se encontraron cánceres sincrónicos. Total 13 tumores. Todos los casos fueron del sexo masculino, con edad media de 58.8 años con extremas de 40 a 82. Los 6 fueron tratados quirúrgicamente obteniéndose los siguientes resultados: uno complicó con fístulas intestinales y fue controlado por más de un año y no volvió más, asumimos que por mala evolución; dos, no dieron más noticias desde el alta hospitalaria, habiendo cursado un excelente post-operatorio. Los tres restantes están todavía bajo control, 2 - 5 y 6 años después, encontrándose en muy buenas condiciones.

## SUMMARY

We analyzed a serie of 183 colonic and rectal cancers, operated in the Hospital Privado from 1983 to 1992.

There were 177 cases of single lesions and 6 (3,27 %) of synchronous lesions, with a total of 13 tumors. All the cases were males, with an average age of 58,8 years (range: 40 to 82). All 6 were treated surgically with the following results: one was complicated by intestinal fistula and controlled for more than a year until he failed to come back (we assume because of an unfavorable evolution). Two were never seen again after an excellent post-operative period. The remaining three are still under control 2 - 5 and 6 years later in very good conditions.

## Palabras Clave:

Colon - Cáncer sincrónico - Colectomía.

\*Médico adjunto al Servicio de Cirugía General y Jefe del Programa de trasplantes hepáticos.

\*\* Médico residente de Cirugía General.

\*\*\* Médico becario de Cirugía General.

\*\*\*\* Médicos de planta. Servicio de Cirugía General.

\*\*\*\*\* Jefe del Servicio de Cirugía General.

\*\*\*\*\* Servicio de Anatomía Patológica.

1 - Presentado al 64° Congreso Argentino de Cirugía - Buenos Aires - Octubre de 1993.

Dr. Mondino, JC \*, Dr Obeide, LR \*\*,  
Dr. León, E \*\*\*, Dr. Eynard, HG \*\*\*\*,  
Dr. Miranda, E \*\*\*\*, Dr. Catini, R \*\*\*\*\*,  
Dr. Turrado, R \*\*\*\*\* y Dra. Sánchez, C \*\*\*\*\*.

Servicio de Cirugía General y de Anatomía Patológica.  
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.

Experiencia Médica 1993 - Vol. XI - Nros. 1-2

## INTRODUCCION

Los cánceres colorrectales sincrónicos definidos por Warren y Gates (1) en 1932 responden a los siguientes criterios: a) malignidad demostrada en cada tumor y b) zona caolónica sana entre las lesiones neoplásicas. Por otra parte deben excluirse las lesiones por extensión local o metastásica.

El diagnóstico de tumor sincrónico, no es necesario que sea hecho en el mismo momento. Un tumor diagnosticado dentro de las primeras semanas o meses siguientes al descubrimiento del primero, puede ser un tumor sincrónico no reconocido anteriormente.

La frecuencia de la asociación con pólipos benignos es variable según los autores. La incidencia de los cánceres sincrónicos varía entre el 1. al 9.3 % según distintas series (2 - 3) y la frecuencia de pólipos benignos asociados oscila entre el 12 y el 30 %, en los casos de cáncer único y del 38 al 86 % en portadores de cánceres sincrónicos (4). Esta variación en la frecuencia proviene de la falta de uniformidad de criterio y principalmente de la inclusión por algunos autores, de las poliposis familiares (PF) y de las colitis ulcerosas idiopáticas (CUI) degeneradas en cáncer. También hay quienes incluyen los cánceres "in situ", desarrollados sobre pólipos (focos de carcinoma).

El objeto de este trabajo es: 1) precisar la incidencia y topografía de los cánceres colorrectales sincrónicos; 2) determinar la incidencia de la asociación de cánceres sincrónicos con pólipos benignos; y 3) discutir la elección terapéutica: colectomía total o resección segmentaria, en función de la topografía de las lesiones y de su asociación a los pólipos.

## MATERIAL Y METODOS

Se analiza retrospectivamente una serie de 183 casos de cánceres colorrectales operados en el Hospital Privado entre los años 1983 y 1992. Los cánceres sincrónicos han sido seleccionados de acuerdo a los criterios de Warren y Gates (1) respondiendo a los siguientes detalles:

1) coexistencia de 2 o más lesiones invasivas que

afectan por lo menos hasta la submucosa, separados por un segmento de tejido sano, descubiertas en el pre, intra o post-operatorio inmediato, sobre la pieza de colectomía.

El intervalo mínimo exigido entre los cánceres sucesivos, ha sido fijado en forma arbitraria, en un año.

Los metacrónicos, descubiertos más de un año después de la resección del primero, han sido excluidos, lo mismo que los que presentaron una colitis ulcerosa idiopática y una poliposis familiar.

Los tumores y los pólipos encontrados en esta serie estaban localizados en distintas partes de todo el trayecto colorrectal. Todas las piezas fueron estudiadas macro y microscópicamente.

Los que presentaron focos de epiteloma no infiltrante, que no invadía la muscularis mucosa, han sido considerados dentro de los pólipos y no como cánceres sincrónicos.

El grado de los cánceres sincrónicos ha sido evaluado según la clasificación de Dukes.

## RESULTADOS

Del total de la serie de 183 pacientes, se han encontrado 6 (3,27 %) con cánceres sincrónicos. Todos eran del sexo masculino y la edad media era de 58.8 años, con extremas de 40 a 82 años.

Los principales síntomas observados en estos pacientes, orientaban a una patología digestiva y están sintetizados en la Tabla 1.

**TABLA 1**

Principales síntomas de los cánceres sincrónicos

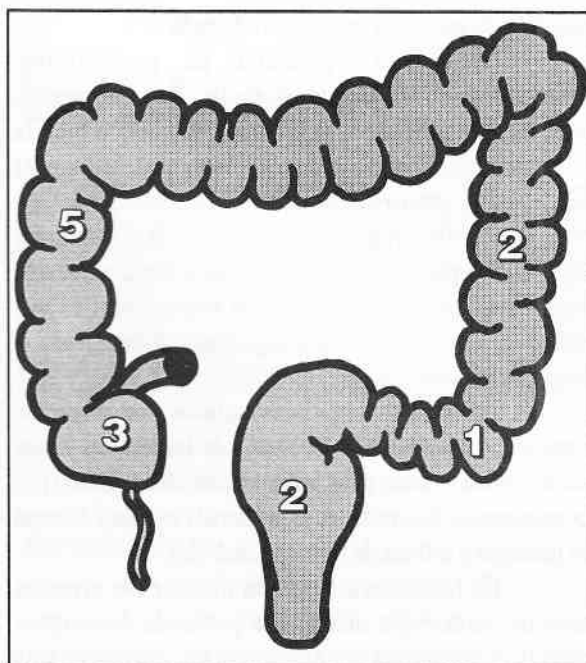
Dolor abdominal.....	5 pacientes
Pérdida de peso (+ de 5 Kg).....	4 "
Hemorragia digestiva.....	4 "
Constipación.....	2 "
Pujo. Tenesmo.....	2 "
Diarrea.....	1 "

El diagnóstico se realizó en 3 pacientes antes de la intervención quirúrgica, con colon por enema, doble contraste y fibrocolonoscopia. Los restantes fueron descubiertos en la pieza quirúrgica.

El número de cánceres sincrónicos en este grupo de 6 pacientes era el siguiente:

Con 2 tumores.....	5 pacientes
Con 3 tumores.....	1 "
Total.....	13 tumores

La topografía de estos 13 tumores se muestra en la figura 1, donde se aprecia un franco predominio por el colon derecho: 8 (61,5 %).



**Fig. 1**

Topografía de los 13 tumores de colon y recto de esta serie.

Se localizaban dentro del mismo segmento en 2 casos, otros dos en segmentos colónicos adyacentes; y los dos restantes, tenían por lo menos un segmento colónico intermedio. En 2 (33,3 %) había pólipos asociados, siendo ambos adenomatosos.

El grado de estos tumores según los estadios de Dukes fue el siguiente:

Estadio B.....	6
Estadio C.....	7

Todos recibieron tratamiento quirúrgico: en 2 se hizo colectomía subtotal, en 3 colectomía derecha y en 1 amputación abdomino-perineal.

## DISCUSION

Ninguno de los 177 pacientes operados por tumor único presentaron una segunda localización dentro de los 12 meses posteriores a la cirugía.

En esta serie ha sido más frecuentes los cánceres sincrónicos del colon derecho, cuando otros autores describen mayor compromiso del colon izquierdo y el recto (2 - 6 - 7).

La asociación cáncer sincrónico-pólipo es más frecuente que la asociación cáncer único-pólipo (3 - 4). Esta relación está en favor del probable origen adenomatoso del cáncer.

La exploración radiológica y endoscópica pre-operatoria del marco colónico permite llegar al diagnóstico del cáncer sincrónico, en la gran mayoría de los casos

posibilitando escoger la terapéutica adecuada.

La táctica operatoria no es uniforme contraponiéndose los simpatizantes de la resección segmentaria a los de la colectomía subtotal o bien la colectomía total con anastomosis ileorrectal. La cirugía radical ha sido propuesta, entre otros por Cunliffe y col. (2) y Brief y col. (9), jugando en su favor la calidad del seguimiento post-operatorio, apoyados por argumentos oncológicos. La colectomía total con anastomosis ileo-anal permite mejorar la sobrevida a largo plazo, disminuyendo el riesgo de recidivas.

Los cánceres múltiples tratados con resección segmentaria adaptada a la topografía de las lesiones tienen una sobrevida idéntica a los pacientes con cáncer único (10). La anastomosis ileorrectal es bien tolerada en casos de recto sin patología y esfínter de buena calidad (11).

En la práctica, antes de discutir los aspectos técnicos, sería mejor definir una población de riesgo y evaluar la capacidad del enfermo para someterse a un seguimiento endoscópico regular y prolongado (12). Así la colectomía total será propuesta a enfermos jóvenes (menores de 60 años) (2). Tres argumentos apoyan esta actitud: a) expectativa de vida más prolongada, b) una resección colónica bien tolerada y c) los buenos resultados funcionales.

El tratamiento radical es aconsejable en pacientes con historia de poliposis familiar o cuando los cánceres sincrónicos están separados por uno o más segmentos colónicos y cuando el seguimiento endoscópico regular post-operatorio no será posible. La colectomía segmentaria será reservada para los enfermos con cánceres sincrónicos ubicados sobre el mismo segmento o sobre dos segmentos adyacentes y que no presentan pólipos asociados.

Los seis recibieron tratamiento quirúrgico y su evolución fue la siguiente:

- Uno complicó con fístulas intestinales y fue controlado durante más de un año y perdimos su control cuando ya estaba en un estado irreversible.

- Dos hicieron un post-operatorio inmediato sin ningún problema y no tuvimos noticias desde el alta hospitalaria.

- Los tres restantes tuvieron una excelente evolución con un seguimiento de 2 - 5 y 6 años en muy buen estado sin ninguna evidencia de enfermedad.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1) Warren, S.; Gates. O.: *An appraisal of natural history and therapeutic options.* Am. J. Cáncer, 1932, 16, 1358-1414.
- 2) Cunliffe, WJ., Hasleton, PS, Tweedle, D, Schofield, P: *Incidence of synchronous colorectal carcinoma.* Br. J. Surg., 1984, 71, 941-943.
- 3) Welch J.P.: *Multiple colorectal tumors. An appraisal of natural history and therapeutic options.* Am. J. Surg., 1981, 142, 274-280.
- 4) Travieso, C.R., Knoepp, L.P., Hanley, P.H.: *Multiple adenocarcinomas of de colon and rectum.* Dis. Colon Rectum, 11972, 15, 1-6.
- 5) Kaibara, N., Loga, S., Jinnal, D.: *Synchronous and metachronous malignancies of the colom and rectum in Japan with special reference to a coexisting early cancer.* Cancer 1984, 54, 1870-1874.
- 6) Slater, G., Aufses. A.H., Szporm, A.: *Synchronous carcinoma of the colon and rectum.* Surg. Gynecol. Obstet., 1990, 171, 283-287.
- 7) Finan, P. J., Ritchie. J.K., Hawley, P.R.: *Synchronous and early metachronous carcinomas of the colon and rectum.* Br. J. of Surg. 1987, 74, 945-947.
- 8) Thorson A.G., Christensen M.A., Davis S.J.: *The role of colonoscopy in the asesment of patient with colorectal cancer.* Dis. Colon Rectum; 1986, 29, 306-311.
- 9) Brief D. K., Brener B.J., Goldenkranz R., Alpert J., Yalloy I. Parsonnet V.: *An argument for increased use of subtotal colectomy in the management of carcinomas of the colon.* Am. Surg. 1983, 49, 66-72.
- 10) Adolff M., Arnaud J.P., Bergamaschi R., Schloegel M.: *Synchronous carcinomas of the colon and rectum: Prognostic and therapeutic implications.* Am.J. Surg., 1989, 157, 299-302.
- 11) Burns F.J.: *Synchronous and metachronous malignancies of the colon adn rectum.* Dis. Colon Rectum, 1980, 23, 578-579.
- 12) Nava H. R., Pagana T. J.: *Posoperative surveillance of colorectal carcinoma.* Cancer, 1982, 49, 1043-1047.
- 13) Schaal J. C., Mondino J.C., Paris F., Piat J.M., Jaeck D.: *Cancers colo-rectals synchrones.* J. Chir. 1991, 128, 11, 476-480.

