

EL CARCINOMA DEL COLON Y RECTO EN MEXICO \*

CONSIDERACIONES SOBRE EL DIAGNOSTICO OPORTUNO

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ DE LA PORTILLA

INTRODUCCIÓN

AL ANALIZAR el problema general del carcinoma del colon y recto en nuestro medio noté, al comparar algunas estadísticas nuestras con otras extranjeras, que aparte de ser relativamente escasa la frecuencia de dicho padecimiento en nuestro País, nuestros índices de operabilidad son más bajos y los de mortalidad más altos que los de otros autores.<sup>1, 2, 3</sup> Por tales razones se llevó a cabo un estudio minucioso de los pacientes con estas neoplasias atendidos en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición; y se compararon los resultados con los obtenidos en otras instituciones.

La parte del tema que hoy presento se refiere fundamentalmente a los estudios clínicos, de laboratorio, radiológicos y endoscópicos de los enfermos con carcinoma de colon y recto, que permiten valorar cuáles son los problemas con que se tropieza en nuestro medio para lograr establecer su diagnóstico con mayor oportunidad. Antes de entrar en materia quiero dejar perfectamente bien aclarado que en este trabajo no me referiré al aspecto relacionado con el tratamiento quirúrgico.

El material de este trabajo corresponde a 95 casos de carcinoma de colon y recto estudiados en el Hospital, de 1946 a 1958. La frecuencia de este padecimiento en relación al número total de enfermos atendidos en la Institución, fué de 0.29%. Esta frecuencia fué considerada como superior a la real, ya que en dicho hospital existe concentración de enfermos del aparato digestivo. Se comparó esta frecuencia con los hallazgos obtenidos por el Dr. Matute en el

\* Trabajo de ingreso, leído en la sesión ordinaria del 23 de septiembre de 1959.

Sanatorio Español de México, que es considerado como hospital de tipo general y se observó que ahí la frecuencia fué más baja, 0.08%. También se comparó la frecuencia con estadísticas norteamericanas y de otros países<sup>5, 6, 7</sup> y se llegó a la conclusión de que en nuestro medio el carcinoma del colon y del recto es menos frecuente.

En los enfermos de nuestra serie se encontró que casi la mitad de ellos tenían carcinoma de recto, le siguió en frecuencia el del sigmoides y luego el del ciego.

La forma polipoide fué más frecuente que la ulcerada y que la estenosante. La más rara fué la infiltrante.

El examen histológico reveló que el adenocarcinoma fué la variedad que predominó (las 4/5 partes). En el 68% de los casos hubo metástasis, siendo las vías linfáticas y por contigüidad las más frecuentes.

En el análisis de los probables factores predisponentes se halló que el factor hereditario jugó poca influencia y otro tanto se puede decir de la coexistencia de pólipos y de colitis ulcerosa crónica inespecífica.

#### CARACTERES CLÍNICOS GENERALES

a) Edad (ver cuadro 1). En la sexta década de la vida el carcinoma apareció con frecuencia mayor, casi la tercera parte de los casos. Sólo hubo 2 enfermos menores de 20 años, el más joven tenía 18 años de edad; la edad máxima fué de un paciente de 81 y la promedio de 54.4 años.

CUADRO 1

*Distribución por edades de los pacientes con carcinoma de colon y recto*

<i>Edades</i>	<i>Hospital Enf. Nut. (95 casos)</i>	<i>Cook County Hosp. (461 casos)</i>
De 10 a 20 años	2.1%	1.9%
„ 21 „ 30 „	5.2%	4.3%
„ 31 „ 40 „	7.3%	14.9%
„ 41 „ 50 „	21%	21%
„ 51 „ 60 „	29.5%	32.5%
„ 61 „ 70 „	23%	23%
„ 71 „ 80 „	10.5%	4.7%
„ 81 „ 90 „	1%	0%

Se comparó la distribución por edades con estadísticas de otros países<sup>7, 8</sup> y los resultados fueron similares.

b) Sexo. El carcinoma predominó entre los enfermos del sexo femenino (53% por 47%). Esto se debe, probablemente, a que en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición se atiende mayor número de mujeres que de hombres.

c) En nuestros enfermos, el tiempo promedio entre la época de aparición de los síntomas y la fecha en que se hizo el diagnóstico de carcinoma fué de 10.6 meses. Las cifras extremas fueron entre 15 días y tres años. Se comparó la frecuencia con que se hace el diagnóstico oportuno de carcinoma con lo que sucede en el hospital Cook County de Chicago. Y se obtuvo el dato de que en nuestro medio el diagnóstico se hace con menor frecuencia a los 3 primeros meses después de haberse iniciado la sintomatología.

CUADRO 2

*Cáncer de colon y recto. Tiempo de evolución aparente hasta que se estableció el diagnóstico*

<i>Tiempo de evolución</i>	<i>H o s p i t a l e s</i>	
	<i>H. E. N.</i>	<i>Cook County Hosp.</i>
Menos de 3 meses	15%	30%
de 2 a 6 meses	22%	25%
de 6 a 12 meses	34%	25.8%
de 1 a 2 años	20%	12%
de 2 a 3 años	5%	4%
No apreciado	2%	—

Si comparamos el promedio de meses de evolución del padecimiento, hasta que se hizo el diagnóstico, encontramos que en nuestro medio fué casi el doble de lo que sucede en Estados Unidos<sup>8</sup> y en Inglaterra<sup>7</sup> (10.6 meses por 5.6 meses).

*Síntomas y Signos.* En primer término, se describirán, en forma general, el cuadro clínico del carcinoma de colon y recto y a continuación se hará la descripción sintomática, en forma comparativa, entre la del carcinoma rectal, la del colon izquierdo y la del derecho con objeto de valorar sus semejanzas y diferencias.

Con objeto de darle mayor unidad a la descripción sintomática se relatan en primer lugar, los síntomas que pueden corresponder al aparato digestivo y después se analizan los síntomas generales de otros aparatos y sistemas.

La evacuación de sangre macroscópica fué uno de los síntomas más frecuentes, ya que las 4/5 partes de los enfermos la manifestaron; la mayoría llegó a tener enterorragias de intensidad variable. Algunos enfermos tuvieron melena franca. La pérdida de sangre macroscópica fué más frecuente cuando el carcinoma se hallaba más cerca del extremo distante del intestino grueso y llegó a ser hasta del 91% cuando el tumor radicaba en el recto. Considero que este dato es muy importante y debe ser tenido muy en cuenta para establecer el diagnóstico oportuno del carcinoma del recto, ya que esta región es muy accesible a ser explorada correctamente, tanto en el consultorio como en la cama del enfermo.

CUADRO 3

*Frecuencia de los Síntomas y Signos en orden decreciente, del carcinoma de colon y recto, estudiados en 95 enfermos*

<i>Síntomas y Signos</i>	<i>%</i>
Reducción del peso corporal .....	94%
Evacuaciones con sangre (macroscópica) .....	80%
Dolor Abdominal .....	71%
Anemia .....	70%
Diarrea .....	66%
Astenia .....	64%
"Síntomas Rectales" .....	55%
Anorexia .....	54%
Meteorismo .....	45%
Constipación .....	41%
Dolor Abdominal a la palpación .....	41%
Tumor Rectal, palpable .....	37%
Fiebre .....	37%
Tumor abdominal palpable .....	34%

El sangrado microscópico se logró comprobar en el 60% de los casos. Este dato aparentemente sería incongruente con el dato del sangrado macroscópico que reveló cifras superiores. Lo que sucedió es que el valorar la frecuencia del hallazgo positivo de sangre oculta en las heces, tan sólo se hizo a la llegada del enfermo al hospital y no durante toda la evolución del padecimiento, como se hizo con el sangrado macroscópico.

El dolor abdominal es también un síntoma importante, sobre todo en aquel grupo de enfermos en que el carcinoma se encontraba en el colon derecho; en este grupo apareció en el 91% de los casos, y en cambio fué menos fre-

cuenta cuando el tumor radicó en el recto (51%). Otro aspecto importante del dolor es que fué uno de los síntomas más precoces en aparecer. Es conveniente aclarar que el dolor no tiene caracteres especiales, salvo en aquellos casos en que fué provocado por crisis suboclusivas. La intensidad fué variable, desde "dolor sordo", poco molesto, hasta llegar a ser intenso; en ocasiones el dolor no tenía ritmo con los procesos digestivos, pero en otras se presentaba con la ingestión de alimentos y otras veces se calmaba con la defecación o la expulsión de gases en caso de tumores del colon, ya que cuando el carcinoma estaba en recto el dolor aumentaba con la defecación.

La distribución topográfica del dolor en el abdomen no guardó relación en todos los casos con el sitio de implantación del carcinoma en el colon, ya que en ocasiones, no poco frecuentes, el dolor se manifestaba en el hemiabdomen derecho cuando el tumor se hallaba en el colon izquierdo. Esto puede ser explicado por la distensión que se provoca en el colon en aquellos segmentos anteriores al sitio de implantación del tumor.

En otras ocasiones, el dolor fué abdominal difuso y, a veces, fué referido a regiones situadas fuera del abdomen propiamente dicho, como la región ano-rectal o sacrocóxigea; en estos casos el tumor estuvo localizado en el recto o en la región rectosigmoidea. Otros síntomas también importantes, aunque un poco menos frecuentes que los anteriores, fueron los cambios del llamado "hábito intestinal", éstos aparecieron aproximadamente en la mitad de los casos; la diarrea fué un poco más frecuente que la constipación y ésta fué más acentuada y más frecuente cuando el carcinoma se hallaba en el colon izquierdo.

Las crisis suboclusivas aparecieron con una frecuencia menor (15%); en 8 enfermos de cierta gravedad, y en dos hubo necesidad de efectuar tratamiento quirúrgico de urgencia. En todos estos pacientes, salvo en uno, el tumor se hallaba en el colon izquierdo. El meteorismo fué más intenso y más frecuente cuando el tumor se hallaba en el colon izquierdo.

*Síndrome disenteriforme.* Es casi ocioso mencionar que este síndrome es propio de los padecimientos rectosigmoideos y a primera vista se presta a confusión con cualquier padecimiento inflamatorio de esta zona, sobre todo la amibiasis, padecimiento frecuente en nuestro medio.

En los enfermos de nuestra serie, en los que el tumor se hallaba en el recto o recto sigmoideos, el síndrome disenteriforme apareció con una frecuencia digna de tomarse en cuenta (42%). De lo anterior se deduce la importancia de investigar sistemáticamente con todos los medios exploratorios la causa de este síndrome. Si esto se efectuara en forma rutinaria, muy posiblemente se haría un diagnóstico más oportuno del carcinoma de la zona antes mencionada.

*Tumor palpable.* Aproximadamente en la tercera parte de todos los casos se logró tocar la tumoración a través de la pared abdominal y de éstos, la mayor parte correspondió a los de colon derecho, probablemente porque este segmento

del colon es más anterior, circunstancia que facilita su palpación (y porque la luz de este segmento es más amplia, lo que indirectamente hace que el tumor al crecer más, lo haga sin producir sintomatología más aparatosa, sobre todo de tipo suboclusivo). El palpar una masa abdominal orienta fácilmente al clínico a sospechar neoplasia, sin embargo, considero que este hecho aunque útil, desgraciadamente habla poco en favor del diagnóstico oportuno. En cambio, en los casos de carcinoma del recto, la interpretación que se da es diferente, ya que el tacto rectal practicado rutinariamente sí puede permitir que se aprecie el tumor y se establezca el diagnóstico en forma oportuna. En los enfermos de nuestra serie, con carcinoma rectal o rectosigmoideo, se palpó el tumor en casi el 90% de los casos. Este hallazgo tan frecuente, nos indica por sí mismo la utilidad de dicho procedimiento exploratorio.

Entre los síntomas del aparato digestivo encontré que casi la tercera parte de los enfermos manifestaron síntomas de tipo dispéptico, de preferencia náusea y vómitos, estos últimos independientes de aquel grupo de enfermos que tuvo manifestaciones suboclusivas. Se hizo mención de estos síntomas porque es importante tener en cuenta que pacientes con carcinoma de colon tengan algunos síntomas de tipo gástrico.

*Síntomas que revelaron ataque al estado general.* De acuerdo con la frecuencia con que fueron registrados se agruparon, en orden decreciente en el siguiente cuadro:

CUADRO 4

*Frecuencia de los síntomas y signos que revelaron ataque al estado general*

Reducción del peso corporal .....	94%
Anemia .....	70%
Astenia .....	64%
Anorexia .....	54%
Fiebre .....	36%

Es obvio mencionar que la aparición de síntomas generales presta gran ayuda para sospechar el carcinoma, sin embargo, considero que no se debe esperar a que aparezcan estos síntomas para pensar en carcinoma de colon o de recto al momento de plantear el problema del diagnóstico oportuno de dicha afección.

Debe dársele cierta importancia a la fiebre, en parte porque apareció con una frecuencia digna de tomarse en cuenta: la tercera parte de los casos, y en parte, porque tratándose de enfermos con carcinoma, en ocasiones la fiebre puede desorientar al clínico y hacerle pensar en un proceso infeccioso, lo que hace transcurrir un tiempo útil para hacer el diagnóstico de carcinoma. En otras

palabras, lo que se trata de enfatizar es que el cáncer del colon y recto también puede evolucionar con fiebre.

Con objeto de valorar las semejanzas y las diferencias del carcinoma del colon derecho, del colon izquierdo y del recto se enumeran en forma comparativa sus síntomas y signos más frecuentes:

CUADRO 5

*Cuadro comparativo porcentual de los síntomas y signos más frecuentes entre el cáncer del colon derecho, colon izquierdo y recto.*

<i>Síntomas y signos</i>	<i>Colon Derecho (24 casos) %</i>	<i>Colon Izquierdo (26 casos) %</i>	<i>Recto (45 casos) %</i>
Dolor abdominal	91	88	51
Sangrado macroscópico	60	80	91
Diarrea	65	45	68
Constipación	34	53	42
Meteorismo	47	57	37
Crisis suboclusivas	0	19	6
Heces acintadas	0	19	26
Vómitos	30	23	6
Pérdida de peso	100	96	91
Astenia	82	65	48
Anorexia	73	57	42
Anemia	82	76	62
Tumor abdominal palpable	66	42	11
Tumor rectal palpable	0	0	87
Síndrome disintérico	0	0	42

Del cuadro anterior se deduce que cuando el carcinoma radicó en el colon derecho, los síntomas y signos que mostraron frecuencia predominante fueron:

- Dolor abdominal.
- Pérdida de peso.
- Astenia.
- Anorexia.
- Anemia.

Tumor abdominal palpable.  
Diarrea.  
Vómitos.

Cuando el carcinoma radicó en el colon izquierdo los síntomas predominantes fueron:

Dolor abdominal.  
Constipación.  
Meteorismo.  
Crisis suboclusivas.

Cuando el carcinoma estuvo ubicado en el recto los síntomas y signos predominantes fueron:

Sangrado macroscópico.  
Tumor rectal palpable.  
Diarrea.  
Heces acintadas.  
Síndrome disenteriforme.

Aunque resulte obvia la aclaración, debe mencionarse que la frecuencia predominante se consideró como relativa, es decir no absoluta, ya que la mayor parte de los síntomas apareció en los tres grupos, sólo que en mayor o en menor proporción.

#### *Exámenes de Laboratorio y Gabinete*

En forma resumida se describen los hallazgos positivos:

Hubo anemia en el 68% de los casos, de los cuales casi en la mitad fué de tipo normocítico normocrómico y en el resto fué hipocrómica. Tanto la intensidad como la frecuencia de la anemia fueron mayores cuando el carcinoma radicaba en el colon derecho.

La sangre oculta en las heces se apreció en las dos terceras partes de los casos.

Se advirtió leucocitosis en el 34% de los casos. Es importante hacer un pequeño comentario sobre este hallazgo, porque la leucocitosis junto con la fiebre ya mencionada anteriormente, pueden desorientar al clínico y lo hacen pensar, como primera posibilidad, en un proceso infeccioso; sin embargo, resulta conveniente tener en cuenta el hecho de que haya leucocitosis y fiebre en la tercera parte de los enfermos con carcinoma de colon o recto a la hora de plantear el diagnóstico diferencial.

*Hallazgo de Amiba histolítica en las heces.* En nuestra serie, en un enfermo de cada diez, se encontró amiba histolítica; y en muchos de estos pacientes se observaron síntomas muy sugestivos de corresponder a disentería de tipo amibiano. Incluso en tres de ellos que tenían el trofozoito se llegó a discutir, en el diagnóstico diferencial, la posibilidad de que las alteraciones radiológicas del colon por medio de enema pudieran corresponder a granuloma amibiano; pero se creyó que era más útil para estos enfermos ofrecerles el beneficio de la duda, por lo que se indicó la conveniencia de practicar laparatomía exploradora, comprobándose así el diagnóstico de carcinoma del colon izquierdo. En relación con el problema del diagnóstico diferencial entre granuloma amibiano y carcinoma, puede decirse que hay circunstancias que lo complican todavía más, ya que se han descrito casos en los cuales sobre un carcinoma de colon, se han sobreañadido lesiones amibianas.<sup>9</sup>

#### *Exámenes especiales: Endoscopia y Radiología*

a) Endoscopia. El estudio rectosigmoidoscópico proporcionó, como era de esperarse, resultados muy útiles para establecer o comprobar el diagnóstico del carcinoma rectal o de la porción inferior del sigmoides. Dicho estudio logró comprobar el diagnóstico de carcinoma en todos los enfermos donde hubo tumor rectal o rectosigmoideo. Desgraciadamente predominó el número de casos donde el carcinoma ya había invadido la mitad de la circunferencia del recto, lo que indicó, de acuerdo con la opinión de Mills,<sup>13</sup> que el proceso ya se encontraba avanzado y que tenía por lo menos un año de evolución. De estos hallazgos en nuestros enfermos podemos deducir, aunque sea en forma indirecta, que en nuestro medio el estudio rectosigmoidoscópico todavía no se ha extendido lo suficiente entre los médicos generales, circunstancia deplorable, ya que es un medio exploratorio muy útil para establecer el diagnóstico oportuno del carcinoma del recto y de la porción inferior del sigmoides.

b) Exploración radiológica del colon por medio de enema y con doble contraste. Es conveniente aclarar que la codificación de los hallazgos radiológicos se aplicó sólo a aquel grupo de pacientes con carcinoma del colon derecho, del izquierdo y de la unión rectosigmoidea, y se excluyó al grupo de enfermos con carcinoma del recto, ya que este último segmento es poco adecuado para la demostración de las alteraciones radiológicas producidas por el carcinoma.

En un trabajo preliminar sobre carcinoma de colon<sup>10</sup> mencionaba que el estudio radiológico del colon había sido de gran utilidad para establecer el diagnóstico; en esta nueva comunicación se vuelve a mencionar que cuando dicho estudio fué efectuado en forma satisfactoria, prácticamente en la totalidad de los casos sirvió de base para la sospecha de carcinoma.

El signo radiológico observado con mayor frecuencia fué el defecto de llenado y le siguió la estrechez anular. La obstrucción al paso de medio de contraste fué la que apareció con frecuencia menor.

#### COMENTARIO

1º Como se dijo al principio del trabajo, la frecuencia del carcinoma del colon y del recto en nuestro medio puede ser considerada como baja, en comparación con los datos estadísticos publicados por autores norteamericanos. La frecuencia registrada en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, fué un poco más elevada de lo que en realidad sucede en el medio mexicano, ya que en ese hospital existe concentración de enfermos del aparato digestivo. Por tanto, se compararon el material de enfermos comprendido en esta comunicación, con los datos obtenidos por el Dr. Angel Matute en el Sanatorio Español de México. Nosotros encontramos una frecuencia de 0.29% y en la estadística del Dr. Matute fué 0.08%. Debe aclararse que la cifra del Sanatorio Español revela una frecuencia más representativa de lo que sucede, por lo menos, en el Distrito Federal, ya que dicho centro hospitalario puede ser considerado como un hospital de tipo general y no de especialización como es el de Enfermedades de la Nutrición. También se quiso comparar nuestra estadística con las del Hospital General de México, lo que desgraciadamente no se pudo llevar a cabo, ya que el material de ese centro hospitalario es de casos de autopsias y el nuestro se refiere fundamentalmente a enfermos operados. Sin embargo, si comparamos las estadísticas de los casos de autopsias del Hospital General<sup>11</sup> con estudios similares de otros hospitales extranjeros, también salta a la vista que el carcinoma de colon y de recto fué inferior en el Hospital General de México, ya que el 2.3% correspondió a enfermos de cáncer de colon y recto, a diferencia del 10.5% publicado por Homburger.<sup>12</sup>

2º Por lo que respecta al tiempo promedio transcurrido entre la iniciación de los síntomas y el establecimiento del diagnóstico en nuestro medio, fué casi el doble de lo que sucede en Estados Unidos e Inglaterra. Es de creerse que este retardo se debe en gran parte a:

a) Factores económicos, sociales y culturales de nuestros enfermos, circunstancias que los inducen a no consultar al facultativo en forma temprana.

b) La falta de medios de diagnóstico adecuados en nuestro País; digo esto porque los enfermos que se atienden en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, vienen de todas partes de la República.

c) Otro factor importante es la parasitosis intestinal, sobre todo la amebiasis, padecimiento frecuente en nuestro medio. Este padecimiento fácilmente podría desviar la atención de los médicos.

d) La falta de cuidado por parte de los médicos, en no estudiar en forma completa a este tipo de enfermos sobre todo en los que han sobrepasado la tercera década de la vida.

Esta pérdida de tiempo para establecer el diagnóstico oportuno de carcinoma, trae como consecuencia que los enfermos llegan en una etapa más avanzada de su padecimiento, con metástasis más frecuentes y con mayor ataque al estado general, circunstancias que disminuyen el índice de operabilidad y de reseccabilidad y aumentan el de mortalidad.

3º Por todos estos factores, creo que el diagnóstico oportuno del carcinoma de colon o recto debe sospecharse sobre bases clínicas y confirmarse por el estudio radiológico, o endoscópico, según el sitio del tumor. Para esto hay que tener en cuenta que en el cuadro clínico del carcinoma del colon o del recto existen síntomas que podrían orientar a sospechar en un proceso maligno, antes de que exista franco ataque al estado general.

Creo que para ayudar al diagnóstico oportuno también debe tenerse en cuenta el síntoma "dolor abdominal". Este síntoma no es específico del carcinoma del colon, pero fue el que apareció en forma más precoz, inclusive antes que la diarrea o la constipación; asimismo, también debe tenerse en cuenta la pérdida de sangre macroscópica o microscópica. Si en estos enfermos se lograra efectuar estudios radiológicos de colon por medio de enema antes de que aparecieran los síntomas y signos de ataque al estado general, probablemente se podría establecer el diagnóstico en forma más oportuna. También debe tenerse en cuenta la aparición del síndrome disenteriforme, ya que éste se presenta en más del 40% de los enfermos con carcinoma rectal o del rectosigmoides. A su vez, si en este tipo de enfermos con síndrome disenteriforme *se hicieran rutinariamente tacto rectal y rectosigmoidoscopia*, se lograría también establecer el diagnóstico de carcinoma en forma más oportuna.

4º Puede aseverarse que el estudio endoscópico llevado a cabo por manos expertas, es capaz de hacer el diagnóstico de carcinoma del rectosigmoides prácticamente en el ciento por ciento de los casos; a mayor abundamiento, dicho estudio tiene la enorme ventaja de que permite tomar fragmentos de mucosa para biopsia lo que inclusive sirve para diagnosticar lesiones precancerosas. El estudio rectosigmoidoscópico es asimismo útil para establecer el diagnóstico diferencial entre la amibiasis y el carcinoma de esta región, cuando hay síndrome disenteriforme. Vuelvo a insistir en este aspecto ya que no es infrecuente observar este tipo de sintomatología en pacientes con carcinoma del recto y del sigmoides que han sido tratados como si fueran enfermos amibianos.

5º Por lo que respecta a los datos radiológicos obtenidos en el estudio del colon por medio de enema o con doble medio de contraste, cabe mencionar que quizá por este estudio, cuando es efectuado por gente experimentada y en enfermos bien preparados, se ayuda a sospechar el carcinoma de colon en casi

la totalidad de los casos, aunque debe tenerse en cuenta que la morfología radiológica no determina la naturaleza histopatológica de la lesión. Por lo que respecta a esta última aseveración, considero que es imposible hacer el diagnóstico diferencial, radiológicamente, entre el granuloma amibiano y el carcinoma de colon, por lo que, cuando se presente este problema diagnóstico es de aconsejar se recurra a la laparatomía exploradora, previa preparación del paciente, y llevar a cabo el tratamiento quirúrgico indicado en cada caso particular. Cuando existen lesiones tuberculosas del ciego, además del estudio del colon por medio de enema, resulta útil observar el tránsito intestinal para estudiar en mejor forma la región ileocecal, ya que en casos de tuberculosis del ciego es frecuente que también esté afectado el íleon. Este diagnóstico se complementará con el estudio radiológico del tórax a fin de investigar la existencia de tuberculosis pulmonar, dato que cuando es positivo, ayuda a establecer un diagnóstico más preciso.

Finalmente, también se deben tener presentes dos hechos importantes:

a) Si un examen radiológico del colon suministra resultados dudosos, tal estudio tendrá que ser repetido.

b) Cuando el ataque al estado general sugiera la existencia de procesos neoplásicos, un examen de colon bien hecho y con resultados negativos permite descartar su localización en este órgano, pero si además hay síntomas colónicos, la negatividad del examen radiológico obliga a reexaminar al enfermo. En resumen, se puede concluir que el estudio radiológico del colon por medio de enema es el mejor procedimiento de diagnóstico de carcinoma del colon y viene a completar a la rectosigmoidoscopia en el estudio de los enfermos con cáncer en el rectosigmoides, ya sea para determinar la extensión del tumor, como para descubrir otro tipo de lesiones que se encuentren en el resto del colon.

No se hace mención del examen citológico por el método de Papanicolau por considerar que este procedimiento no es muy preciso para ayudar a establecer el diagnóstico diferencial del carcinoma del colon,<sup>14</sup> además de que nosotros, en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición no tenemos suficiente experiencia con dicho método.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 95 casos de carcinoma de colon y recto en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición de México.

2. Se analizó su frecuencia y se llegó a la conclusión de que en México dicha frecuencia es inferior a la de otros países.

3. Se trataron los aspectos clínicos, radiológicos y de laboratorio y se puso especial interés en valorar el tiempo transcurrido desde que se iniciaron los síntomas hasta la fecha en que se estableció el diagnóstico de carcinoma.

4. Se llegó a la conclusión de que en nuestro medio el diagnóstico oportuno se realizó con menos frecuencia de lo que sucede en Inglaterra y en los Estados Unidos de Norteamérica.

5. Fueron señaladas las causas que podrían haber influido en el retraso del diagnóstico oportuno y se aclararon las siguientes:

a) El bajo nivel económico, social y cultural de nuestros enfermos hace que estos pacientes consulten al facultativo tardíamente.

b) La falta de medios adecuados para su diagnóstico.

c) La gran frecuencia de parasitosis intestinal en nuestro medio, sobre todo la amibiana, son circunstancias que probablemente desvían la atención del médico general, hecho que le hace pensar en amibiasis y no en carcinoma.

d) La falta de cuidado de parte de los facultativos al no agotar todos los medios de diagnóstico.

6. Se puntualizaron aquellos aspectos clínicos importantes del carcinoma de colon y recto, que podrían orientar al clínico a pensar en carcinoma antes de que aparecieran las manifestaciones de ataque al estado general.

7. Se enfatizó sobre la utilidad de practicar tacto rectal de rutina en los enfermos con síntomas colónicos ya que este procedimiento exploratorio es muy útil para sospechar el diagnóstico de carcinoma de recto en forma oportuna.

8. Se discutió especialmente el problema de diagnóstico diferencial del síndrome disentérico que aparece tanto en la amibiasis, como en el carcinoma rectosigmoideo y se llegó a la conclusión de que el estudio rectosigmoidoscópico es muy útil para establecer el diagnóstico diferencial de este síndrome y asimismo, se mencionó la ventaja que presta dicho estudio para poder tomar un fragmento de mucosa para biopsia y establecer, inclusive, el diagnóstico de lesiones precancerosas.

9. Se fijaron los conceptos útiles que presta el estudio radiológico del colon por medio de enema y con doble medio de contraste, efectuado por manos expertas, para sospechar en la casi totalidad de los casos, la existencia de carcinoma del colon. Se mencionó asimismo, que dicho estudio no es útil para el diagnóstico de carcinoma de recto ya que esta porción del intestino grueso no se presta a que se efectúen estudios radiológicos correctos de esta zona; en cambio este segmento sí está al alcance del tacto rectal y del estudio endoscópico por medio del cual se puede llegar casi al ciento por ciento de diagnósticos positivos de carcinoma.

#### REFERENCIAS

1. Astler, J. B., y Coller, F. A.: *The Prognostic Significance of Direct Extension of Carcinoma of the Colon and Rectum*. Annals of Surgery. Vol. 139, pág. 186, 1954.
2. Catell, R. B., Mac Kenzie, D. H., y Colcock, B. P.: *Cancer of the Colon and Rectum*. Surg. Clin. of North Amer. Vol. 35: pág. 823, 1955.
3. Swinton, N. W.: *Recent Trends in the Treatment of Cancer of the Colon and Rectum*. Am. Journ. of Surg. Vol. 92, pág. 727, 1956.

4. Matute, Angel: *Carcinoma del colon y recto en el Hospital Español de México*. (Comunicación personal.)
5. Ackerman, L. U., and J. del Regato: *Cancer*. Mosby Co. 1947, pág. 18.
6. *Special Report U. S. Bureau of Censces*. (Mencionado por Bockus, *Gastroenterology*. Sounders, First E., pág. 745, vol. II, 1944.)
7. Muir, E. G.: *The Diagnosis of Carcinoma of the Colon and Rectum*. A Review of 714 Cases. *The Brit. Jour. of Surg.* Vol. 44, pág. 183, 1956.
8. Ascherman, S. W.: *Carcinoma of the Colon and Rectum*. Review of 461 Necropsy cases at Cook County Hospital, From 1929 to 1952. *Arch. of Surg.* Vol. 66, pág. 208, 1953.
9. *Ordinary Meeting on Amoebiasis*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. Vol. 51, págs. 303-331.
10. Hernández de la Portilla, Roberto: *Carcinoma del Colon*. *Rev. Inv. Clin. Hospital Enfermedades de la Nutrición*. Vol. VII, pág. 329, 1954.
11. Herman, B., Flores, F., y S. Villa Treviño: *Algunos datos sobre 680 Autopsias de tumores malignos en el Hospital General*. La Prensa Médica Mexicana. Edición especial, Vol. XXIV, pág. 119, 1959.
12. Homburger, F.: *The Biological Basis of Cancer Management*. Ed. Hoeher Harper, New York, 1957. Citado por Braudt Herman, et al. (Ver referencia anterior.)
13. (Mills) Anderson, Pathology C. F. Mosby Co. 1953, pág. 848.
14. Galambos, J. T., y Klayman, M. I.: *The Clinical Value of Colonic exfoliative Cytology in the diagnosis of cancer beyond the reach of the proctoscope*, *Surg. Gin. and Obst.* Vol. 101, pág. 673, 1955.

## EL CARCINOMA DE COLON Y RECTO EN MEXICO

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. ROBERTO HERNANDEZ  
DE LA PORTILLA \*

DR. MARIO QUIÑONES HUERTERO

Una disposición reglamentaria establecida, me señala la satisfactoria obligación de comentar oficialmente el trabajo de ingreso del Sr. Dr. Roberto Hernández de la Portilla, nuevo académico de la Sección de Gastroenterología de nuestra H. Academia.

Aborda el autor el estudio de un tema sobre el que muy poco se ha escrito en México y del que bien poco también se ocupa la literatura médica mundial, si comparamos con el volumen de trabajos que diariamente aparecen relativos a cuestiones de estómago, hígado, pancreas, vías biliares y aun de esófago, para referirme tan sólo a cuestiones de aparato digestivo.

Tal circunstancia, la naturaleza del mal de que se ocupa y la forma en que lo presenta, lo hacen a mi juicio más interesante.

Las afirmaciones de que "De todos los tumores malignos el cáncer del colon, recto y ano cuenta por 12% y abarca el 75% de los cánceres intestinales" según De Peyster y Gilchrist;<sup>18</sup> de que "el 10% de todas las muertes por cáncer son debidas al cáncer del colon" según los estudios del escandinavo Fretheim<sup>1</sup> y de que según Catell, Mackenzie y Calcock,<sup>19</sup> "en 1949 murieron en Estados Unidos de Norteamérica más personas por cáncer del colon y recto que por cualesquiera otra forma de cáncer", debían llamarnos la atención hacia un factor de morbilidad y de mortalidad que resulta tan importante según tales estudios.

El Dr. Hernández de la Portilla no fué ajeno a tales llamados y en 1954 publica su primer estudio sobre Cáncer del Colon<sup>7</sup> y ahora nos da a conocer su trabajo de ingreso "El carcinoma del colon y recto en México".

\* Leído en la sesión ordinaria del 23 de septiembre de 1959.

Su estudio se refiere a 95 casos diagnosticados en el Hospital de la Nutrición entre 33,000 consultantes en un período que abarca 12 años (1946-1958) y lo enfoca fundamentalmente a los aspectos clínicos, radiológicos, endoscópicos y de laboratorio que permiten valorar cuáles son los problemas con que se tropieza en nuestro medio para lograr establecer su diagnóstico con mayor oportunidad.

Hace hincapié acerca de la poca frecuencia del mal en nuestro medio, así como del bajo índice de operabilidad de los casos vistos y del alto de mortalidad de los mismos.

En su estudio de 1954 que se refiere a 15 casos de cáncer del colon observados en 7 años (1946-1953) entre 17,900 consultantes, obtiene un índice de frecuencia del mal de 0.84 por mil y el del estudio que comento es de 2.90 por mil; ambos indudablemente bajos en comparación con el de otras estadísticas, especialmente las americanas, no obstante la circunstancia señalada por el autor de que el estudio fué hecho en consulta con concentración de enfermos del aparato digestivo.

Llama sin embargo la atención tal diferencia en la frecuencia de casos en el mismo establecimiento y dentro del mismo ambiente, que sólo podría explicarse por mejor experiencia en la aplicación de los procedimientos diagnósticos y en el criterio que los dirige. De cualquiera manera la diferencia es sensible, pues hace aumentar su índice de frecuencia en más de 3 veces.

En el análisis de los factores predisponentes, el autor encontró que no tuvieron significación los factores herencia, coexistencia de pólipos y de colitis ulcerosa crónica inespecífica.

Creo, no obstante, que no debemos olvidar la importancia que algunos autores dan a la presencia de pólipos en el colon y lo que Stenstrom y Ford<sup>8</sup> indican después del análisis de 1,000 casos de carcinoma del colon "la presencia de un pólipo en el colon debe despertar nuestra atención acerca de la posibilidad de la existencia de cáncer primario en colon. El desarrollo tardío debe ser sospechado. Los pólipos del colon son probablemente precursores del cáncer del colon y deben ser tratados como tal. Dada su evolución silenciosa siempre debe estarse alerta".

Jones y Turnbull<sup>3</sup> a su vez refieren 22 casos de poliposis familiar en 8 de los cuales se diagnosticó carcinoma del colon desde el primer examen.

La inquietud que nos dejan estos hechos y afirmaciones respecto a la relación pólipos-cáncer, creo que puede contribuir al diagnóstico más oportuno del mal que nos ocupamos.

En cuanto a sexo, el autor encuentra casi por mitad la frecuencia en mujeres y en hombres como Strenston,<sup>8</sup> Hollstrand<sup>9</sup> y Pastletwait,<sup>13</sup> diferenciándose de Holpert<sup>5</sup> quien encuentra dos mujeres por cada hombre afectado.

Ilustra el autor su trabajo con 5 excelentes cuadros explicativos:

El primero se refiere a la distribución de los pacientes observados por edades. Poco difieren las cifras de los grupos comparadas con las de otros autores, predominando los casos en personas que han pasado los 50 años (60%) pero es interesante observar que registra dos casos con menos de 20 años de edad, lo que debe tenernos alerta acerca de que no hay límite a este respecto y que las neoplasias no son patrimonio exclusivo de los viejos, como se creyó por mucho tiempo.

El segundo cuadro se refiere al tiempo de evolución aparente hasta que se estableció el diagnóstico. Por él podemos ver que el lapso predominante es de 6 a 12 meses (34%) habiendo desgraciadamente un mínimo de sólo 15% para los 3 primeros meses y un promedio de 10.6 meses, que resulta doble del promedio alcanzado en otros países.

Esto es sin duda lamentable. El autor señala algunas de las causas a que obedece y precisamente el objetivo de su trabajo es valorarlas.

No obstante, creo de interés insistir en la consideración de aquellas que a mi juicio contribuyen a retrasar la oportunidad de un diagnóstico que es de vital importancia para el paciente y para el médico también, por las consecuencias que trae aparejadas: operabilidad; mortalidad.

El factor más importante creo que es "educación" . . . educación del paciente y educación del médico. Del paciente, para que se haga exámenes de salud periódicos; para que acepte como necesarios reconocimientos que estima vergonzantes (tactos, endoscopías); para que considere como desgracia el llegar a padecer cáncer, pero no como enfermedad vergonzante; que sepa que es posible prevenir el cáncer en algunos casos y en otros curarlo radicalmente si se hace diagnóstico oportuno y se trata debidamente, con oportunidad.

En cuanto al médico, prepararlo para que sepa educar a sus pacientes al respecto; para que haga siempre exploraciones completas de sus pacientes incluyendo tacto rectal y endoscopías rutinarias o por lo menos a la primera sospecha de neoplasia (sangre en heces, dolor abdominal persistente, cambio de hábito intestinal, pérdida de peso); para que trate oportuna y debidamente a su paciente o lo envíe a quien sepa hacerlo.

Quiero aprovechar la oportunidad para hacer mención de que Hugh, Steele y Brown<sup>25</sup> en análisis de 1,500 proctosigmoidoscopías *de rutina* practicadas en personas de más de 30 años *sin síntomas* que sugirieran la existencia de lesiones locales, encontraron 167 casos patológicos (11%) entre ellos 5 carcinomas, 79 con pólipos benignos, 40 con ulceraciones rectales y 43 con otras lesiones. Esto nos demuestra el valor del examen endoscópico rectosigmoideo de rutina.

El cuadro núm. 3 nos muestra la frecuencia de los síntomas y signos encontrados por el autor en el estudio de los 95 casos.

Nos referiremos tan sólo a la presencia de sangre en las evacuaciones por ser de los síntomas más frecuentes, sobre todo en las localizaciones bajas y por

dar lugar, en los casos mal explorados, a errores, pues frecuentemente pasan como hemorroides sangrantes o colitis disenteriformes, casos de carcinomas que se han tratado con supositorios o con medicación antiamibiana, cuando un simple tacto rectal o a lo más una sigmoidoscopia hubiera demostrado que se trataba de un cáncer rectal o del sigmoides, que por pereza o por ignorancia del médico se deja avanzar peligrosamente.

En el cuadro núm. 4 aparecen los síntomas generales y el autor hace justamente resaltar en su comentario al respecto, la frecuencia de la evolución febril de algunos cánceres del recto y del colon y la confusión a que pueden dar lugar con estados infecciosos, sobre todo cuando se acompañan de leucocitosis.

El magnífico cuadro 5 es un arreglo en que aparecen porcentualmente los signos y síntomas, correspondientes, del cáncer del colon y recto según la localización del proceso.

Como el autor hace notar, el auxilio de los Rayos X especialmente con estudios por enema y doble contraste, es de la más alta importancia. A la primera sospecha debe hacerse, particularmente si se piensa en colon o sigmoide.

En caso de duda debe repetirse aún varias veces. Brown y Carvert<sup>2</sup> lograron 72% de diagnósticos ciertos al primer examen en colon izquierdo y 92% por estudios repetidos. Para Buser, Kisner y Palmer<sup>6</sup> en su serie de 478 casos obtuvieron 94% de diagnósticos ciertos por el examen radiológico o sea casi en igual proporción que la obtenida por el autor.

El Dr. Hernández de la Portilla indica que no hace mención del método de Papanicolau por considerar que no es muy preciso para ayudar al diagnóstico del carcinoma del colon.

Galambos y Klayman<sup>11</sup> y Oakland<sup>12</sup> difieren de este modo de pensar, pues indican haber obtenido buenos resultados, afirmando por ello el primero que "La citología exfoliativa en manos experimentadas es un valioso elemento en el diagnóstico de las lesiones malignas del colon. La presencia de células malignas es concluyente. Su ausencia no lo excluye". Oakland considera de mayor utilidad usar el método en el diagnóstico de cáncer del descendente y del sigmoides.

Sin experiencia personal sobre el citado método, creo que debe procurarse su empleo ya que pienso, aplicando al cáncer del colon, lo que dije a propósito del cáncer del páncreas al comentar el trabajo de ingreso a esta H. Academia del estimado Dr. Barroso: "nuestra meta en el cáncer del páncreas, como en todos los procesos malignos de cualquiera localización, debe ser descubrirlos precozmente empleando para ello todos los medios de que seamos capaces, si queremos combatirlos eficazmente".

Para terminar felicito al Dr. Hernández de la Portilla por su interesante trabajo. Lo felicito también por su ingreso a esta H. Academia Nacional de Medicina y le doy la más cordial bienvenida al seno de nuestra Sección de Gastroenterología.

## REFERENCIAS

1. Fretheim, B.: *Cancer of the colon. A survey of the material for the years 1931.* 46. Acta Chir. Scand. febr. 1948.
2. Brown, J., and Colvert, M.: *Analyses of roentgen ray diagnosis in carcinoma of the cecum and ascending colon.* Ann. of Int. Med. Dec., 1947.
3. Jenes, J., and Turnbull, A.: *Familial polyposis.* Surg. Clinics of N. Amer. Oct. 1948.
4. Weber, J. M.: *Cancer of the lower large bowel.* New Eng. J. Med. Jan., 1949.
5. Holpert, B., Muldorch, R., and Young, M. O.: *Carcinoma of the sigmoid colon, rectum and anal canal. A clinopathological analysis of 150 cases.* Cancer, July, 1949.
6. Buser, J. W., Kirsner, J. B., and Palmer, W. L.: *Carcinoma of the large bowel. Analysis of clinical features in 478 cases, including eighty-eight five years survivors.* Cancer, 3: 214, 1950.
7. Hernández de la Portilla, R.: *Carcinoma del colon.* Rev. de Inv. Clín. Hospital de la Nutrición. VII, 329, 1954.
8. Stenstrom, J. D., and Ford, H. S.: *Carcinoma of the colon. Analysis of 1000 cases.* Am. J. Surg. 88: 200, July, 1954.
9. Hallstrand, D. E.: *Carcinoma of the colon and rectum.* Surg. Gynec. and Obst. 99: 234, Aug., 1954.
10. Colcko, B. P., and Sass, R. E.: *Diverticulitis and carcinoma of the colon. Differential diagnosis.* Surg. Gyn. and Obst. 99: 627, Nov., 1954.
11. Galambos, J. T., and Klayman, M. J.: *The clinical value of colonic exfoliative cytology in the diagnosis of the cancer beyond the reach of the proctoscopy.* Surg. Gyn. and Obst. 101: 673, Dec., 1955.
12. Oakland, D. J.: *Exfoliative cytology of the colon and rectum.* Brit. Med. J. 5032: 1391, June, 1957.
13. Postlotwait, R. W., Adamson, J. E., and Hart, D.: *Carcinoma of the colon and rectum.* Surg. Gyn. and Obst. 106: 257, March, 1958.
14. Ferreira, J. A., y Muroff, M.: *Dificultades diagnósticas en el cáncer del colon ascendente.* Pr. Med. Arg. 44: 2162, julio, 1957.
15. Steele, H. H., and Brown, C. H.: *Analysis of 1500 "routine" proctosigmoidoscopic examinations.* Gastroenterology, 12: 419, March, 1949.
16. Wisseman, C. L., Lemon, H. M., and Laurence, K. B.: *Cytologic diagnosis of cancer of the descending colon and rectum.* Surg. Gyn. and Obst. 89: 24, July, 1949.
17. Shallow, T. A., Wagner, F. B., and Colcher, R. E.: *Clinical evaluation of 750 patients with colonic cancer. Diagnostic survey and follow up covering a fifteen year period.* Ann. Surg. 142: 164, Aug., 1955.
18. De Peyster, J. A., and Gilchrist, R. K.: *Pathology of cancer of the colon and rectum.* S. Clin. North Am. 35: 1295, Oct., 1955.
19. Catell, R. B., Mackenzie, D. H., and Colcock, B. P.: *Cancer of the colon and rectum.* S. Clin. North Am. 35: 823, June, 1955.
20. Jemeson, J. W., and Mullins, C. R.: *Carcinoma of the colon and rectum.* New Engl. J. Med. 237: 699, Nov., 1947.