

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cáncer de sigmoides: Comparación entre presentación de urgencia y electiva

Drs. DENNIS VALENZUELA B, CLAUDIO VALLEJOS L, ENRIQUE RODRIGUEZ S,
CARLOS HERMANSEN T, JORGE SALAMANCA B, HERNÁN CARRASCO U

Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco-Trudeau

RESUMEN

El cáncer de sigmoides (CS) puede considerarse una entidad clínica distinta al cáncer (CA) de colon izquierdo, por sus características de presentación clínica. El objetivo de esta presentación es revisar en forma retrospectiva los resultados, comparando los de la cirugía de urgencia *versus* la electiva, tanto en su morbimortalidad como sobrevida quinquenal. Se analiza la historia clínica de 120 pacientes portadores de CA de localización sigmoidea tratados entre enero de 1980 y mayo de 2000 tanto en el Servicio de Urgencia como en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau: 53 pacientes (44%) fueron atendidos de urgencia y 67 pacientes (55%) electivamente. La sobrevida quinquenal calculada con el método actuarial de Edener fue de 38% para los pacientes intervenidos de urgencia y de 49% para los operados electivamente. Las neoplasias de sigmoides se presentan frecuentemente como urgencia, con predominancia de la forma obstructiva. La resecabilidad fue mejor en la cirugía electiva. En la cirugía de urgencia los resultados fueron mejores en la resección y anastomosis inmediata que en la diferida. La sobrevida quinquenal fue mayor en la cirugía electiva.

PALABRAS CLAVES: **Cáncer de sigmoides, resección de urgencia, resección electiva**

SUMMARY

Sigmoid colon cancer must be considered as a separate entity from left colon cancer due to its different clinical presentation. Our goal is to review treatment results comparing emergency versus elective surgery in relation to morbidity, mortality and five-year survival. The medical records of 120 patients with sigmoid colon cancer treated between January 1980 and May 2000 were reviewed. Treatment was performed both at the Emergency Service (53 patients; 44%) and the Surgical Department (67 patients; 55%), of the Barros Luco-Trudeau Hospital. The actuarial five-year survival was 38% for patients undergoing emergency surgery and 49% for patients treated by elective surgery. In conclusion, sigmoid colon cancer frequently presents as an emergency, generally as intestinal obstruction. Resectability was better at elective surgery. In cases of emergency surgery, results were better when both the resection and anastomosis were done immediately. The five-year survival was higher for patients treated with elective surgery.

KEY WORDS: **Sigmoid colon cancer, emergency surgical resection, elective surgical resection**

INTRODUCCIÓN

No existen muchas comunicaciones que se refieran al cáncer de sigmoides (CS) como una entidad clínico patológica especial distinta a aquélla

en que el CA se localiza en colon izquierdo o recto superior.

Como notáramos que esta patología tiene características especiales, como, por ejemplo, el hecho de que, a diferencia de los CA de ubicación del

colon izquierdo, pueda ser tratado quirúrgicamente con una resección segmentaria como es la sigmoidectomía, o que a diferencia de los CA rectales, una de sus formas de presentación más frecuente sea la obstrucción, desde hace varios años hemos agrupado a nuestros pacientes que tienen un CA ubicado en la flexura sigmoidea, bajo el ángulo descendiendo sigmoideo y a 15 cm de la línea pectínea, denominándolos pacientes portadores de CS.

El presente estudio tiene como objeto analizar sus formas de presentación y la solución que se le ha dado en la urgencia, investigando la repercusión que ha tenido en la sobrevida del paciente el hecho de reseccionar o no el tumor y anastomosar o no inmediatamente el colon, en dicha urgencia. El tratamiento curativo que se ha planteado cuando su presentación fue electiva, la morbimortalidad de la cirugía efectuada en todos los casos y la sobrevida a cinco años de todo el grupo, comparando el grupo tratado en urgencia con el electivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analiza la historia clínica de 120 pacientes portadores de CA de localización sigmoidea tratados entre enero de 1980 y mayo de 2000, tanto en el Servicio de Urgencia como en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau, 64 hombres y 56 mujeres. La distribución etaria y por género se detalla en la Tabla 1; 53 pacientes (44%) fueron atendidos de urgencia y 67 pacientes (55%) electivamente. La forma de presentación en urgencia se describe en la Tabla 2. Los pacientes electivos fueron tratados en el Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco-Trudeau y los de urgencia, la mayoría en el Servicio de Urgencia de dicho Hospital. En la cirugía efectuada en urgencia no se preparó el colon con aseos mecánicos y la antibioprofilaxis fue aleatoria, utilizándose variados antibióticos, de acuerdo al criterio del equipo médico de turno.

La preparación mecánica del colon en la cirugía electiva fue fundamentalmente anterógrada utilizando irrigación enteral total en la década del 80 y Polietilenglicol (PEG: 4 litros) en la década del 90). La antibioprofilaxis se hizo con Metronidazol

Tabla 1

	Urgencia		Electivo		Total
	n	Edad	n	Edad	
Mujeres	27	28-88 (65)	37	41-82 (65)	64
Hombres	26	33-83 (60)	30	40-85 (69)	56
Total	53		67		120

Tabla 2

Presentación	n	%
Obstrucción	40	76
Perforación	13	24
Total	53	100

500 mg en tres dosis y Amikacina 500 mg en dos dosis todo endovenoso.

Se utilizó la clasificación TNM de la AJCC para etapificar los pacientes intervenidos. Se hizo análisis estadístico con prueba de X² y test de Fischer para comparar ambos grupos. La sobrevida se calculó con el método actuarial de Edener.

RESULTADOS

En urgencia a 19 pacientes no se les resecó el tumor y en 34 se realizó resección con o sin anastomosis inmediata, lo que da una resecabilidad del 64% (Tabla 3).

La morbimortalidad de la cirugía realizada en urgencia, con o sin resección del tumor, se describe en la Tabla 4, no habiendo diferencias significativas, tanto en los pacientes a los que se les realizó anastomosis primarias como aquellos en que sólo se resecó el tumor sin anastomosis (Hartmann)

La cirugía electiva después de haber efectuado cirugía de urgencia (reconstituciones de tránsito o resecciones de tumor no resecados en el primer intento) se describe en la Tabla 5.

La clasificación TNM de los pacientes intervenidos de urgencia se detalla en la Tabla 6 y se agrega en la Tabla 7, el TNM de los pacientes intervenidos después de la urgencia.

La cirugía electiva realizada en 67 pacientes, con una resecabilidad del 97%, se describe en la Tabla 8 y su morbimortalidad se analiza en la Tabla 9.

La etapificación TNM de los pacientes intervenidos electivamente se describen en la Tabla 10.

La sobrevida quinquenal tanto en urgencia, electivo y global se detalla en la Tabla 11, no habiendo diferencias significativa entre ambos grupos.

Tabla 3

Cirugía no resectiva	n	Cirugía resectiva	n
Lap. exploradora	3	Res. y anast. inmed.	14
Deriv. tránsito	16	Res. anast. diferida	20
Total	19		34

Tabla 4

Complicaciones	Cirugía no resectiva		Cirugía resectiva	
	Laparot. exploradora	Derivativa	Anastomosis inmed.	Anastomosis difer.
<i>De la herida</i>				
Infección	2	6	2	8
Evisceración		1		1
<i>Intraabdominales</i>				
Hemoperitoneo			1	
Peritonitis	2(*)	3(*)		
Obstrucción intestinal				1
<i>De colostomías</i>				
Infección, peri.colost.		2		2
Sumersión				2
Necrosis				1(*)
<i>Generales</i>				
HDA masiva				1(*)
Sepsis	2	3		1
AVE			1(*)	
Distress respiratorio		1(*)		
Neumopatía			1	1
IRA			1	
ITU				1
Total pacientes complicados		10 (52%)	5 (36%)	10 (50%)
Mortalidad operat.		3 (15%)	1 (7%)	2 (10%)

También se describe la sobrevida del grupo de pacientes con tumores sin compromiso ganglionar en la Tabla 12 y aquellos en que habiendo sido intervenidos de urgencia sin resear el tumor, lo que se realizó en un segundo tiempo (Tabla 13).

DISCUSIÓN

En nuestro medio la etiología neoplásica es la principal causa de obstrucción del intestino grueso¹⁻³ y cuando en el sigmoides se presenta como urgencia lo hace fundamentalmente como obstrucción lo que es un patrón que se da en general en los tumores de ubicación colónica izquierda.³

En nuestro material no existe diferencia significativa por género y edad en la presentación del CS

Tabla 5

	n	Reconst. trans.	Resección tumor
<i>Cirugía urgencia</i>			
Hartmann	20	7 (35%)	
Cir. no resectiva	19		10 (52%)

tanto en sus formas electivas como de urgencia, pero evidentemente es un tumor que se manifiesta sobre la cuarta década de la vida como en otras presentaciones colónicas.⁴ La baja reseccabilidad en urgencia del 64% se explicaría porque muchas veces se trata de pacientes con tumores adheridos a órganos vecinos o con pelvis congeladas, o porque a veces los pacientes no se encuentran en condicio-

Tabla 6

Compromiso	T, N0, M0	T, N1, M0	T, N2, M0	T, N, M1	n total
Submucoso T1					
Muscular T2	2				
Serosa T3	12	1		4	
Tejidos vecinos T4	1	6	2	6	
Totales	15	7	2	10	34

Tabla 7

Compromiso	T, N0, M0	N1	N2	M1
Submucoso	T1	0	0	0
Muscular	T2	0	0	0
Serosa	T3	1	3	0
Tejidos vecinos	T4	1	2	0
Totales		2	5	0

Tabla 8

	Cir. no resectiva	Cir. resectiva
Laparotomía explor.	2	
Colect subtotal		1
Resec. endoscópica		1
Hartmann		4
Hemicolect. izquierda		4
Resec. anterior		6
Sigmoidectomía		49
Totales	2	65

Tabla 9

	Hartmann	Sigmoidectomía
<i>De la herida</i>		
Infección	1	3
Evisceración	1	
<i>Intraabdominales</i>		
Hemoperitoneo		1
Dehisc. sutura + perit.		1
Fístula vesical		1
Vólvulo delgado		1
Ileo prolongado		1
<i>Generales</i>		
AVE		1
ITU		2
Tromboflebitis		1
Total una o más complic.		12 (17%)
Mortalidad operatoria		0

nes de resistir una cirugía de envergadura, además, las intervenciones se efectuaron en la mayoría de los casos en el Servicio de Urgencia del Hospital, donde no siempre hay cirujanos que dominen la especialidad.

Desde la década del 80, en urgencia, se preciniza las resecciones primarias de los tumores obstructivos, ojalá con anastomosis inmediata.⁵⁻⁷ Esta conducta se tomó en el 41% de los casos de nuestra serie, lo que contrasta con lo que se hizo en el colon izquierdo obstructivo en una publicación

Tabla 10

Compromiso	T, N0, M0	N1	N2	M1
Submucoso	T1	3	0	0
Muscular	T2	8	2	0
Serosa	T3	15	7	2
Tejidos vecinos	T4	10	4	3
Totales		36	13	5

Tabla 11

Período	Urgencia n 53 %	Electivo n 67 %	Global n 120 %
1 ^{er} año	70,5	73,6	68
2 ^o año	47,6	55,4	50
3 ^{er} año	43,2	50,9	45
4 ^o año	38,4	48,5	39
5 ^o año	38,4	48,5	38

Tabla 12

Período	Urgencia n 15 %	Electivo n 36 %
1 ^{er} año	72,4	91,1
2 ^o año	50,6	81,4
3 ^{er} año	42,8	81,4
4 ^o año	42,8	77,5
5 ^o año	42,8	77,5

Tabla 13

	%
1 ^{er} año	85
2 ^o año	51
3 ^{er} año	51
4 ^o año	17
5 ^o año	17

nuestra del año 90,³ en que esta decisión se tomó sólo en el 18% de los casos.

Cuando en urgencia se resecó el tumor y se hizo una anastomosis inmediata, la morbilidad fue del 36%, dada fundamentalmente por infección de la herida operatoria, no registrándose dehiscencia anastomóticas y la única complicación grave fue un accidente vascular encefálico en una paciente hipertensa que la llevó al óbito, lo que dio una mortalidad del 7%.

Cuando se resecó el tumor, pero no se realizó

una anastomosis inmediata, la morbilidad subió al 50%, siendo notorio el aumento de la infección de la herida operatoria y agregándose además las complicaciones de la colostomía, donde a la infección y sumersión se agregó necrosis del colon posiblemente por falla técnica. También aumentó la mortalidad operatoria al 10%, estas cifras a pesar de no tener diferencias estadísticamente significativas muestran una tendencia.

Llama la atención que en la cirugía no resecativa de urgencia la morbilidad fue aún mayor, 52% con graves infecciones peritoneales y con una mortalidad del 15%, probablemente debido a la calidad de los pacientes, muchos en condiciones precarias, con tumores perforados y gran compromiso del estado general.

Solamente a 10 pacientes (52%) de 19 que previamente habían sido tratados en urgencia sólo con derivaciones del tránsito, se les resecó en una segunda intervención su cáncer, lo que significa que el 48% restante perdieron la oportunidad de tratarse adecuadamente en su primera intervención.

En el caso de la cirugía de Hartmann sólo el 35% de los pacientes pudo ser sometido a una reconstitución del tránsito, y fue por que la mayoría de ellos falleció de su patología antes de volver a una nueva cirugía.

De los 19 pacientes a los que sólo se les realizó una derivación en la primera intervención, a 10 (52%) se les pudo reseca su tumor en una segunda intervención.

De acuerdo a la clasificación TNM, en urgencia el 59% de los tumores eran avanzados con compromiso fuera del órgano, ya sea a tejidos vecinos, ganglios o metástasis a distancia. Este avance fue más notorio en el grupo operado en una segunda oportunidad en que los tumores avanzados constituyeron el 90% de los casos.

La resecabilidad del 97% obtenida en la cirugía electiva, efectuada en el Servicio de Cirugía, demuestra la importancia de la especialización.

En el 75% de los casos se efectuó la sigmoidectomía, reservando la resección anterior a los casos en que el tumor estaba sobre el promontorio en el límite con el recto y las hemicolectomías para aquellos pacientes con tumores en la unión descendosigmoidea. Hubo una colectomía subtotal en un caso de una poliposis múltiple. Las operaciones de Hartmann se efectuaron en aquellos casos en que los tumores estaban adheridos a vejiga e intestino. Hay que hacer notar que ninguno de estos pacientes pudo ser reconstituido su tránsito. La resección endoscópica se hizo vía colonoscopia en un tumor polipoideo de menos de 2 cm de diámetro;

el paciente en controles sucesivos se encuentra libre de enfermedad.

En este grupo la morbilidad dada fundamentalmente por infección de herida operatoria fue baja 17%, sin mortalidad a treinta días.

Curiosamente, la clasificación TNM demuestra que también el 60% de los tumores eran avanzados al momento de su cirugía lo que estaría significando que la consulta fue tardía. Aunque no hay diferencias significativas en la sobrevida quinquenal actuarial entre los grupos de urgencia y electivos, el 48,5% de los electivos sobre el 38,4% de los pacientes tratados en urgencia es un poco mejor. Donde es notable la diferencia es en el tratamiento de aquellos pacientes cuyos tumores sólo se limitaban al órgano con un 42,8% para la urgencia y un 77,5% para lo electivo, de donde se deduce que hay que seguir con las campañas de detección precoz del cáncer.

También es notable como disminuye la sobrevida quinquenal a sólo el 17% cuando se reseca el tumor en una segunda intervención.

En conclusión parece ser:

- En urgencia es mejor reseca el tumor en la primera intervención.
- Si se reseca el tumor es mejor hacer la anastomosis inmediata.
- El CS se puede tratar con sigmoidectomía con una razonable morbimortalidad.
- Es mejor el pronóstico cuando los tumores sólo están insertos en el colon.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bannura G: Etiología y pronóstico de la obstrucción mecánica aguda del colon. Revisión de 352 casos. Rev Chil Cir 1993; 45: 397-404.
2. Bocic G, Azolas C, Silva L *et al*: Cirugía de Urgencia en cáncer obstructivo de colon y recto: factores pronósticos determinantes de la mortalidad. Rev Chil Cir 1999; 51: 53-9.
3. Valenzuela D, Hermansen C, Durán P *et al*: Cáncer obstructivo de colon izquierdo. Rev Chil Cir 1990; 42: 266-70.
4. Raddatz A, Ibáñez L, Reyes J *et al*: Cáncer de colon y recto: resultados inmediatos. Rev Chil Cir 1985; 37: 182-6.
5. White MS, Macfie J: Immediate colectomy and primary anastomosis for acute obstruction due to carcinoma of the left colon and rectum. Dis Colon Rectum 1985; 28: 155-7.
6. Feng YS, Hsu H, Chen SS: One stage operation for obstructing carcinomas for the left colon and rectum. Dis Colon Rectum 1987; 30: 29-32.
7. Deutsch AA, Zelikovski A, Sternberg A *et al*: One-stage subtotal colectomy with anastomosis for obstructing carcinoma of the left colon. Dis Colon Rectum 1983; 26: 227-30.