

Carcinoma colorrectal en pacientes menores de cuarenta años

Colorectal carcinoma in patients younger than forty years old

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dr. Boris Suárez Sorí; Dr. Aquiles Rodríguez López

Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo a los pacientes diagnosticados de carcinoma colorrectal, menores de 40 años en los hospitales Manuel Ascunce Domenech y Amalia Simoni de la ciudad de Camagüey, desde 1992 al 2000, ambos inclusive. El diagnóstico se fundamentó en el estudio histopatológico de los pacientes operados o fallecidos por esta entidad en este período. Se destaca que no hubo diferencia en cuanto al sexo, con predominio de los pacientes de piel blanca, pero se señala la alta frecuencia de los de piel negra, no común en nuestro país; y los enfermos de áreas urbanas. La localización y la clínica no tienen diferencias con respecto a lo señalado en la literatura, al igual que los medios diagnósticos. Se remarca la mayor frecuencia de adenocarcinoma entre estos pacientes con sus características histopatológicas, y el valor pronóstico del estadio. Se intervinieron quirúrgicamente 16 enfermos, la mortalidad operatoria fue nula.

DeCS: NEOPLASMAS COLORRECTALES.

ABSTRACT

A descriptive study of patients diagnosed for colorectal neoplasm, younger than forty years was performed at Manuel Ascunce Domenech and Amalia Simoni Hospitals of Camagüey city, from 1992 to 2000, both included. The diagnosis was based on the pathohistologic study of patients operated or deceased for this entity in this period. It is stressed that there was no difference as to sex, with prevalence of white skin patients, but it is reported the high frequency of black skin patients, uncommon in our country; and those of urban areas. Localization and clinic have no differences as to the outlined in literature, as well as diagnostic means. It is stated the higher frequency of adenocarcinoma among these patients with their pathohistologic characteristics, and the prognostic value of the stage, according to Turbunll et al. Sixteen patients were surgically intervened, operatory mortality was null.

DeCS: COLORECTAL NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon y recto es una de las enfermedades malignas más comunes en Estados Unidos, tanto para hombres como mujeres. Su incidencia es aproximadamente de un 5 % en varones nacidos en dicho país y un 6 % en mujeres. Afecta frecuentemente a las personas de edad avanzada, ¹ esto no significa que no se manifieste en pacientes jóvenes, pues se puede presentar en edades tempranas y con características propias. ²⁻⁴ La forma de presentación, los métodos diagnósticos y la terapéutica, son esencialmente los mismos. ²

Son varios los factores a los que se ha atribuido influencia sobre el pronóstico de estos pacientes, se señala el grado de severidad de la enfermedad en el momento del tratamiento. ⁵⁻⁷

El motivo de este trabajo es presentar las características de esta enfermedad en nuestro medio en pacientes con edades inferiores a los cuarenta años.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de los enfermos menores de 40 años con cáncer de colon y recto en los hospitales Manuel Ascunce Domenech y Amalia Simoni de la ciudad de Camagüey desde 1992 al 2000, ambos inclusive. El diagnóstico se fundamentó en el estudio histopatológico de las piezas quirúrgicas de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico y los fallecidos por esta entidad que no pudieron ser sometidos a este tratamiento y que su muerte ocurrió por sus complicaciones u otros tipos de entidades, muchas de ellas después de su diagnóstico previo (entre 12 y 26 meses).

Se llevó a cabo fundamentalmente por la historia clínica asociada al tacto rectal enema opaco, endoscopia con biopsia en función de las diversas localizaciones tumorales, y el empleo de métodos coadyuvantes: ecografía abdominal, laparoscopia, estudio del líquido ascítico, radiografía de tórax, urografía intravenosa y estudio óseo.

Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, localización, clínica, diagnóstico, técnica quirúrgica y clasificación, según los criterios de Turbunlls et al.⁸

RESULTADOS

Se reportaron 25 pacientes de los cuales 16 (64 %) fueron intervenidos quirúrgicamente y 9 (36 %) fallecieron por esta enfermedad, sólo recibieron tratamiento paliativo por su estado avanzado y múltiples complicaciones. La edad media fue de 31, 5 años. El mayor número se presentó entre 31 y 40 años, con 15 (60 %).

En la serie estudiada 13 pacientes (52 %) eran varones y 12 hembras (48 %), con una relación varón/hembra de 1, 01/1; 13 de piel blanca (52 %) y el resto negros y mestizos (48 %), 23 residían en zonas urbanas (92 %); 9 pacientes eran fumadores y bebedores, 4 presentaban colitis ulcerativa ideopática y 3, poliposis del colon.

De las localizaciones tumorales, la rectal fue la más importante (36 %) (tabla 1).

Tabla 1. Localización del cáncer colorrectal en menores de 40 años

Localización	No. de casos	%
Recto	9	36
Sigmoide	5	20
Transverso	4	16
Colon izquierdo	4	16
Colon derecho	3	12

Fuente: Expedientes clínicos

Los síntomas de presentación más frecuentes fueron la astenia y anorexia en 22 enfermos (88 %); pero el dolor en su conjunto, 36, fue lo más significativo, y los signos predominantes en el momento del diagnóstico, la palidez cutáneomucosa y la rectorragia (72 %) (tabla 2).

Tabla 2. Cáncer colorrectal en menores de 40 años. Síntomas y signos

Síntomas	No. de casos	%
Astenia / anorexia	22	88
Adelgazamiento	18	72
Dolor abdominal	14	56
Dolor abdominal recurrente	12	40
Dolor perineal	10	40
Alteración del hábito intestinal	8	32
Signos		
Palidez cutáneo-mucosa	18	72
Rectorragia	18	72
Diarrea / estreñimiento	15	60
Hepatomegalia	7	28
Ascitis	5	20
Obstrucción intestinal	3	12
Tenesmo rectal	2	8
Otros	5	20

Fuente: Expedientes clínicos

El método diagnóstico básico para aclarar esta enfermedad fue el enema opaco, practicado en 19 ocasiones.

Se realizó ultrasonido a todos los pacientes, se obtuvo buen diagnóstico u orientación de un proceso neoplásico, en 19 (76 %) (tabla 3).

Tabla 3. Métodos diagnósticos utilizados

Métodos diagnósticos	No. de casos	%
Enema opaco	19	73,7
Colonoscopia	8	62,5
Rectosigmoidoscopia	12	75
Ultrasonografía	19	76
Radiografía de tórax	6	40

Fuente: Expedientes clínicos

Los datos de laboratorio ofrecieron los resultados propios de procesos neoplásicos o crónicos de cualquier tramo del tubo digestivo, como anemia ferropénica, eritrosedimentación acelerada, enzimas hepáticas alteradas y otros resultados paraneoplásicos, como calcio, y glicemia alteradas, entre otros.

Debemos resaltar que los resultados del enema opaco, colonoscopia y rectosigmoidoscopia presentaron grandes dificultades en la preparación de los enfermos, fue necesario en muchas ocasiones repetirlos en tres oportunidades, sucedió lo mismo con el neumocolon y el resto de exámenes.

Se trataron quirúrgicamente 16 pacientes, la técnica varió en función de los hallazgos operatorios (tabla 4).

Tabla 4. Técnicas quirúrgicas empleadas

Técnica	No. de casos	%	Localización
Resección abdominoperineal	4	25	Recto
Resección anterior	2	12,5	Recto
Sigmoidostomía	1	6,25	Sigmoide
Colostomía	4	25	Izquierdo y transverso
Resección del transverso	1	6,25	Transverso
Hemicolectomía izquierda	3	18,8	Izquierdo
Hemicolectomía derecha	1	6,25	Derecho

Fuente: Expedientes clínicos

Con respecto a las características anatomopatológicas, la forma úlcerovegetante se manifestó en un 52 %. Todos los pacientes eran portadores de adenocarcinomas, el más frecuente fue el bien diferenciado, en 18 (72 %). En cuanto al estadio, según los criterios de Turbunll et al, predominó el estadio B en 10 (40 %), seguido del estadio D en 9 (36 %); lo que afirma el estadio avanzado con que llegaron estos enfermos al ingreso (tabla 5).

Tabla 5. Histopatología y estadios

Macroscópicamente	No. de casos	%
Úlcerovegetante	13	52
Vegetante	7	28
Escirro	5	20
Diferenciación		
Bien diferenciado	18	72
Moderadamente diferenciado	3	12
Indiferenciados	4	16
Estadios de Turbunll y cols.		
A	2	8
B	10	40
C	4	16
D	9	36

Fuente: Anatomía Patológica

La mortalidad operatoria fue nula, ocho pacientes presentaron complicaciones tales como: seis infecciones de herida, una fuga anastomótica, y una fístula colovesical. No consta en las historias clínicas el control de los pacientes operados, mientras que de los diagnosticados y fallecidos sólo se aprecia su tratamiento y seguimiento durante sus ingresos en dos y tres oportunidades hasta el momento de ocurrir la muerte.

DISCUSIÓN

El carcinoma colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes del hombre, es la segunda después del cáncer broncogénico en Estados Unidos y en los países desarrollados.¹⁻⁷ Su incidencia es mayor en la sexta y séptima décadas de la vida, no es usual que afecte a pacientes más jóvenes. Sin embargo, cada día es más frecuente encontrar en la literatura referencias de pacientes menores de cuarenta años.^{10, 11}

Entre el 3 y 6 % de los enfermos con esta neoplasia tienen menos de cuarenta años, ¹² siendo inferior al 1 % el número de pacientes menores de treinta. ¹² Parece ser que los varones son más frecuentemente afectados que las hembras. ⁷ Si bien hay estudios en los que la relación varón/hembra es similar, ² e incluso más común en éstas, ¹³ en nuestra serie la relación fue casi igual, 13 varones y 12 hembras (1, 01/1).

La mortalidad en individuos blancos en Estados Unidos ha permanecido estable en los últimas décadas, o sea, alrededor de 20 x 100 000 habitantes, mientras que la mortalidad en los negros se ha duplicado. Por primera vez el cáncer colorrectal puede ser relativamente más frecuente en negros. ³ En este trabajo hemos demostrado este mismo suceso. A pesar de que en nuestra provincia hay un predominio de la población blanca, se presentó sólo en un 52 %, mientras que en negros y mestizos, en un 48 %. Existe una mortalidad por cáncer colorrectal netamente mayor en zonas urbanas en Estados Unidos y en Europa, pero esto es particularmente notable en África, donde este tipo de cáncer es muy raro entre negros rurales y dos o tres veces más frecuente en negros urbanos. ⁴ En esta investigación hubo un marcado predominio en áreas urbanas.

Varias circunstancias favorecen la aparición de carcinoma colorrectal en estos pacientes jóvenes, tales como la existencia de una historia de poliposis familiar o colitis ulcerativa ², tres de nuestros casos tenían el antecedente de poliposis familiar y cuatro de colitis ulcerativa idiopática.

La zona rectosigmoidea fue la más afectada (56 %), seguido en frecuencia del colon izquierdo y el transversal, lo que coincide con la literatura al respecto. ⁶

En cuanto a la forma de presentación, los síntomas generales, el dolor en varias de sus formas y la localización y alteración del hábito intestinal, fueron los más frecuentes, ⁵⁻⁸ y los signos predominantes, la anemia, rectorragia y la diarrea, alternados con la constipación, lo que se diferenció con los pacientes de mayor edad. ⁸⁻¹³

Es muy controversial la importancia del retardo en el diagnóstico de este tipo de cáncer, existe literatura a favor ¹⁴ y en contra, ¹⁵ sin llegar a establecerse claramente su importancia pronóstica. En esta serie observamos que nuestros médicos no pensaron al principio en esta entidad y sí en procesos inflamatorios del colon, enfermedades infecciosas, bacterianas o parasitarias en su mayor parte, linfomas y otros procesos, lo que produjo gran retraso en su diagnóstico (un promedio de 8, 6 meses).

Para el diagnóstico de carcinoma colorrectal en pacientes menores de 40 años es fundamental la clínica, es decir, la sospecha clínica, ya que a esta edad no es frecuente esta neoplasia. El empleo de un tacto rectal y test de determinación de sangre oculta

en heces fecales se muestran como buena pauta del screening que nos lleva a la utilización de métodos diagnósticos más precisos: el enema opaco y las endoscopia, usados de forma independiente o asociados.

Otros exámenes, como tacto rectal, ecografía abdominal, laparoscopia y radiografía de tórax, urografía y survey óseo, en ocasiones ayudarán a precisar el diagnóstico de esta entidad o sus complicaciones.¹⁷

Hoy la terapéutica quirúrgica es la única que muestra posibilidades curativas para esta patología, aún en presencia de metástasis e incluso, como tratamiento de las mismas.¹⁸ La quimioterapia y radioterapia son tratamientos coadyuvantes con escasa, si no nula, repercusión sobre la supervivencia.¹⁹

En esta investigación 16 pacientes fueron operados y nueve no por encontrarse en estadio D con múltiples metástasis a distancia y gran afectación del estado general. Parece existir un mayor porcentaje de los estadios más avanzados en los pacientes jóvenes.⁸

Según la clasificación de Turbunll et al,⁸ existió un predominio de los estadios avanzados, que en el momento del diagnóstico se encontraba en el estadio B (40 %) o más avanzado, C y D (52 %).

En esta serie predominaron los carcinomas (100 %), un 72 % de bien diferenciados, otros autores¹⁻³ señalan un predominio de carcinoma coloide en los pacientes menores de 40 años;¹² las formas úlcerovegetantes predominaron, seguida de la vegetante, lo cual es reportado por otros autores.²⁰ La mortalidad operatoria suele estar entre 0 y el 1 %, en nuestro estudio fue nula, donde las complicaciones postoperatorias menos frecuentes se presentaron en los pacientes de más edad y los problemas de la herida quirúrgica la más común.²⁰

Se ha discutido sobre el pronóstico a largo plazo de estos pacientes. Existen series en las que es peor para los mayores de 40 años^{18, 19}, y en otras investigaciones es similar.²¹ Es importante en ambas situaciones el diagnóstico precoz y las características anatomopatológicas del tumor.^{12, 16, 17}

CONCLUSIONES

1. La mayoría de nuestros casos se encontraba entre 31 y 40 años; no hubo predominio manifiesto de varones o hembras. Hubo un incremento en los pacientes de piel negra, mientras que la procedencia mostró una gran preponderancia en los de áreas urbanas.

2. El cáncer colorrectal predominó en rectosigmoides (56 %).
3. Los síntomas y signos fundamentales fueron los síntomas generales, dolor en diferentes localizaciones, unido al cambio del hábito intestinal, anemia y rectorragia.
4. El principal método diagnóstico fue el enema opaco, unido al endoscópico con biopsia. Resultaron orientadores en el diagnóstico el ultrasonido abdominal y la radiografía de tórax, urografía y survey óseo.
5. En esta serie 16 enfermos recibieron tratamiento quirúrgico, el resto no por estar en estadio B o más avanzado, según los criterios de Turbunll et al.
6. La forma úlcero/vegetante (52 %) y el carcinoma bien diferenciado predominaron en esta serie.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leviw B. Neoplasias de intestino grueso y delgado. En: Bennect J, Plum F, editors. Cecil: principios de Medicina Interna. 20 ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2000. p. 827-35.
2. Grenn WP. Colon cancer overview. *Cancer*. 1997;75:1206-10.
3. Robbins S, Cotran R, Kumar V. Tumores malignos del colon. En: Robbins S, editor. Patología estructural y funcional. 5 ed. Madrid: McGraw Hill; 1994. p. 856-60.
4. Sugarbaker P, MacDonald J, Gunderson L. Cáncer de colon y recto. En: Devita V, Hellmam S, Rosemberg S, editors. Cáncer: principios y práctica de Oncología. 5 ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1995. p. 598-616.
5. Mayer R. Cáncer del aparato gastrointestinal. En: Fauci A, Martin J, Braunwald E, Kasper D, Isselbaker K, editors. Harrison: principios de Medicina Interna. 14 ed. México: McGraw Hill; 1998. p. 652-8.
6. Toribara N, Sleisenger M. Screening for colorectal cancer. *N Englan J Med*. 1997;334:861-7.
7. Lynch H, Smyrk T. Hereditary non polyposis colorectal cancer (Lynch syndrome): an updated review. *Cancer*. 1998;80:1149-56.
8. Turbunll R, Kyle K, Watson F. Cancer of the colon: the influence of the no touch isolation technic on survival rates. *Ann Surg*. 1967;166:420-7.
9. Moore P, Dilawari R, Fidler W. Adenocarcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Ann Surg*. 1997;63:10-5.
10. Adkins R, Delosier J, McKwieght W. Carcinoma of the colon in patients 35 years of age and younger. *Am Surg*. 1997;63:141-5.

11. Klempa V, Menzell J, Rheinheimer R. Das kolorek tal karzinom des jungen erwachsenen unter 35 Jahren. ZBL Chirurgie. 2000;125:1033-41.
12. Elliot M, Louw J. A 10 years survey of large bowel carcinoma at Groote School Hospital with particular reference to patients under 30 years of age. Br J Surg. 1999;86:621-5.
13. Martin E, Joyce S, Lucas J, Clauysen K, Cooperman M. Colorectal carcinoma in patients less than 40 years of age. Dis Colon Rectum. 1999;42:25-9.
14. Pillay S, Angorn I, Baller L. Colorectal carcinoma in young black patients: a report of eight cases. J Surg Oncol. 1998;30:125-32.
15. Lundy J, Welch J, Berman M. Colorectal cancer in patients under 40 years of age. J Surg Oncol. 1997;29:11-7.
16. Kronbarg O, Fenger C, Sondergaard O. Initial mass screening for colorectal with fecal occult blood test: a prospective randomized study in Denmark. Scand J Gastroenterol. 1997;32:677-86.
17. Refkin M, Marks G. Trans rectal ultrasound as an adjuvant in the diagnosis of rectal and extra rectal tumors. Radiology. 1999;157:499-503.
18. Logan S, Meier J, Ramming K, Morton D, Longmire P. Hepatic resection of metastatic colorectal carcinoma. Arch Surg. 1998;133:25-9.
19. Davis H. Chemotherapy of large bowel cancer. Cancer. 1998;76:2631-7.
20. Hidalgo Huerta M, Serrano Martínez R. Resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon. Rev Esp Ap Dig. 1996;73:621-8.
21. Alcobendas Rudilla F. La asociación cirugía-quimioterapia en el tratamiento del cáncer del tubo digestivo. Oncología. 1998;71:271-8.

Recibido: 23 de marzo de 2002

Aprobado: 12 de abril de 2002

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.