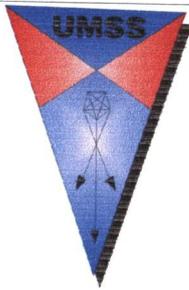


304.1
616
H42
923 ✓



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST GRADO

Cancer De Recto

Hospital Obrero # 2 desde el 1 de enero del 1989 a 31 de diciembre del 2005.

Autor : Dr. Rodrigo Heredia Alba
Residente segundo año – Cirugía General
Tutor : Dr. Prudencio Guzmán Borda
Cirujano General C.N.S.

Cochabamba – Febrero
2005

Dr. Luis B. Bustamante M.
QUIRURANO DE GUARDIA
MAT. PROF. B-104 C.N.S.

Dr. Prudencio Guzmán Borda
EPF. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
Mat. Prof. G-125 C.N.S.

INDICE

I. TITULO.....	Pag.I
II. INDICE.....	Pag.II
III. RESUMEN.....	Pag.III
IV. INTRODUCCION.....	Pag.1
V. MARCO TEORICO.....	Pag.1
VI. JUSTIFICACION.....	Pag.7
VII. OBJETIVO GENERAL.....	Pag.7
VIII. OBJETIVO ESPECIFICO	Pag.7
IX. MATERIAL Y METODOS.....	Pag.8
X. RESULTADOS.....	Pag.9
XI. CONCLUSIONES.....	Pag.21
XII. DISCUSION.....	Pag.22
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	Pag.23

RESUMEN

Conjuntamente el CA de colon y recto son la segunda causa de enfermedad maligna siendo el CA de recto predominante en países industrializados.

El Cáncer de recto en el 96% es adenocarcinoma

El manejo quirúrgico esta condicionado por la localización y configuración anatómica. Los numerosos avances tecnológicos y experiencia acumulada con técnicas nuevas y tradicionales en el tratamiento y manejo de cáncer de recto nos obliga a revisar de forma retrospectiva la experiencia acumulada en nuestro centro para que desde esta experiencia se pueda tener un punto de partida para tratar esta patología con intenciones curativas y cirugía conservadora.

Resultados el objetivo del presente trabajo es informar la experiencia en el manejo del cáncer de recto en nuestro centro.

La faja etarea mas afectada con cáncer de recto se encuentra entre la 5ta y sexta década de la vida representando el 39 % de todo nuestro universo de estudio.

El sexo mas afectado es el femenino que corresponde al 61 % de nuestro universo.

Se presento solo en 4 % (1 paciente) el antecedente de familiar cercano con CA colorectal Que el 85 % de los pacientes buscaron ayuda medica en tiempo menor de 12 meses de hincado los síntomas.

Dentro del examen fisico es de notar que el 36 % de los canceres se encontraban al alcance del dedo explorador durante tacto rectal.

Dentro de los exámenes de laboratorio el 75 % de los pacientes cursaban con anemia y el 21% de los pacientes presentan resultado de CEA normal

Fueron operados (26); 96 % de los pacientes. De los cuales el 75% fue con fines curativos restante numero con fines paliativos.

Dentro de resultados de histopatologia el 96 % son adenocarcinomas. Que se encontraban estadio de DUKES B el 35 % de los pacientes.

El 89% de los pacientes recibieron tratamiento Neoadyuvante adyuvante con quimioterapia y/o radioterapia Dentro del grupo de 28 pacientes actualmente 9 están vivos y con criterios de curación solo 3 los cuales fueron sometidos a Op de Milles

Sobrevida promedio de 3,1 años

CANCER DE RECTO

1. INTRODUCCION.-

Conjuntamente el CA de colon y recto son la segunda causa de enfermedad maligna siendo el CA de recto predominante en países industrializados.

El Cáncer de recto en el 96% es adenocarcinoma

El manejo quirúrgico esta condicionado por la localización y configuración anatómica.

Los numerosos avances tecnológicos y experiencia acumulada con técnicas nuevas y tradicionales en el tratamiento y manejo de cáncer de recto nos obliga a revisar de forma retrospectiva la experiencia acumulada en nuestro centro para que desde esta experiencia se pueda tener un punto de partida para tratar esta patología con intenciones curativas y cirugía conservadora.

2. MARCO TEORICO.-

BASES ANATOMICAS

El recto empieza a la altura de la tercera vértebra sacra y el limite distal que anatómicamente corresponde a la línea pectina concuerda con la línea ano rectal que esta 1.5 cm. por encima de la línea pectina ósea a nivel del borde superior del complejo esfinteriano del ano.

Por lo tanto en el recto se distingue una porción intraperitoneal o recto alto y el recto extraperitoneal o recto bajo.

Recto mide de 12 a 15 cm. de longitud describe un recorrido curvilíneo.

La reflexión peritoneal se proyecta a unos 8 o 9 cm. de la piel del perine

El riego arterial del recto proviene de la arteria sigmoideas inferiores, hemorroidal superior (rama de la mesentérica inferior), hemorroidal media derecha e izquierda (rama de la hipogástrica) y las hemorroidales inferiores derecha e izquierda (rama de las pudendas).

Se considera tumores réctales todos los tumores que estén a menos de 15 cm. de margen anal usando un rectoscopio rígido.

Es importante reconocer las siguientes estructuras anatómicas.

Plexos y troncos nerviosos autonómicos pélvicos. Del plexo hipogástrico superior se originaba a la altura del promontorio sacro, nervios hipogástricos simpáticos, que se deben visualizar y

respetar al inicio de la disección posterior del meso recto. Estos troncos hipogástricos finalizan lateralmente en los plexos hipogástricos inferiores junto con los nervios erectores o espláncnicos pélvicos parasimpáticos. La delgada fascia visceral que envuelve el meso recto que no se debe vulnerar si se quiere realizar una exeresis oncológica

CANCER DE RECTO

Carcinoma de colon y recto es la segunda causa de enfermedad maligna solo superada por CA de pulmón

El carcinoma de recto es predominante en los países altamente desarrollados.

Aparecen con mayor frecuencia en pacientes ancianos en igual proporción hombre mujer.

Localización del tumor por encima de 15 cm. ya no es tumor rectal.

Por encima de 11 cm. es de tercio superior, por encima de 7 cm. es de tercio inferior y por debajo de es de tercio inferior

ETIOLOGIA

Económico de predominio en países industrializados

Dieta (Grasa, animal, proteínas y carbohidratos refinados.)

Predisposición familiar (Poliposis familiar, S. De Gardner, S. de Turcot, S. Peutz Jeghers

PATOGÉNESIS DEL CA DE RECTO.

Adopta cuatro o cinco aspectos macroscópicos:

Polipide, Ulceroso, Anular o estenosante, Infiltrativo difuso.

En el recto la forma más común de presentación es la ulcerosa crateriforme. (61 a 65%), seguida del polipote (25%), y estenosante (7%)

Los tumores de recto comprenden cinco variedades histológicas:

1. Adenocarcinoma
2. Adenocarcinoma mucinoso o coloide.
3. Adenocarcinoma de células en anillo de sello

4. Carcinoma escirroso
5. Carcinoma simple

PRESENTACIÓN Y DIAGNOSTICO:

En las fases iniciales de enfermedad es asintomático, solo en fases avanzadas se acompaña de trastornos subjetivos que sin embargo son subjetivos.

Los cinco signos mas frecuentes son:

- | | |
|--------------------|-----|
| 1. Melena | 85% |
| 2. Estreñimiento | 46% |
| 3. Tenesmo | 30% |
| 4. Diarrea | 30% |
| 5. Dolor abdominal | 26% |

El dolor se acompaña de una sensación de obstáculo local para la evacuación

En la anamnesis se debe prestar atención si existen antecedentes de cáncer en la familia o factores personales de riesgo. (Adenomas de colon).

Al examen físico especial atención al examen de hígado y región supraclavicular izquierda ganglio de Virchow.

Un tacto rectal adecuado

EXÁMENES A SOLICITAR:

1. Pruebas de laboratorio completos
2. Examen endoscopio
3. Rx de tórax