

Cáncer colorrectal complicado

Sebastiano Biondo y Juan Martí-Ragué

Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Resumen

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas con más incidencia en el mundo occidental. La obstrucción y la perforación siguen siendo sus complicaciones más frecuentes y están relacionadas con una alta morbilidad y mortalidad. Las neoplasias ocluidas y perforadas de colon suelen tener peor pronóstico que las intervenidas de forma electiva, probablemente debido a la mayor agresividad de los tumores complicados. El riesgo de oclusión puede variar con relación a la localización del tumor. Alrededor del 50% de los tumores de ángulo esplénico y el 25% de los tumores de colon izquierdo se ocluyen. La perforación neoplásica de intestino grueso representa la segunda complicación más frecuente del cáncer colorrectal. Las opciones terapéuticas urgentes en la neoplasia complicada de colon izquierdo han sido y son motivo de discusión. Recientemente se ha visto un interés creciente hacia la resección y anastomosis primaria en urgencias en pacientes seleccionados.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de conjunto sobre el estado actual de la oclusión y perforación por neoplasia de colon complicada, su incidencia, y sobre las controversias relacionadas con el abordaje quirúrgico urgente.

Palabras clave: Neoplasia de colon complicada. Oclusión. Perforación. Tratamiento quirúrgico.

COMPLICATED COLORECTAL CANCER

Colorrectal cancer is one of the most common tumours in western countries. Obstruction and perforation, the most frequent complications, still have a high rate of morbidity and mortality. Patients presenting with obstruction or perforated colonic cancer have a worse prognosis than those undergoing elective surgery, may be due to the more aggressive nature of complicated tumours. The risk of obstruction varies depending on the tumour site. Almost 50% of tumours of the splenic flexure and 25% of those of the left colon present with obstruction. Large bowel perforation represents the second most frequent complication of colorectal cancer. The optimal surgical approach to complicated left colonic disease remains controversial. The trend towards resection and primary anastomosis in complicated and selected patients is supported by recent reviews.

The aim of this study is to carry out a review about the current status of obstruction and perforation of colonic cancer, its incidence and the actual controversies of emergency surgical treatment.

Key words: Complicated colonic cancer. Obstruction. Perforation. Surgical management.

Incidencia de oclusión y perforación

La obstrucción y la perforación siguen siendo complicaciones relacionadas con una alta mortalidad. Los índices de oclusión completa por cáncer de colon descritos en la bibliografía varían entre un 8 y un 29%^{1,2}, y representan un 85% de las urgencias por patología complicada de intestino grueso. El riesgo de oclusión puede variar con relación a la localización del tumor. Alrededor del 50% de los tumores de ángulo esplénico

y el 25% de los situados en el colon izquierdo se suelen ocluir. Sólo un 6% de los tumores de unión recto-sigmoidea y de recto es causa de oclusión³, mientras que los de colon derecho pueden variar entre un 8 y un 30%⁴.

Las neoplasias oclusivas de colon suelen tener un peor pronóstico respecto a los tumores intervenidos de forma electiva⁵. De 4.583 pacientes incluidos en el Large Bowel Cancer Project, en el Reino Unido, 713 (16%) presentaron oclusión, tratándose de tumores en un estadio más avanzado y con un porcentaje más alto de metástasis hepáticas³. En un estudio publicado por Serpell et al⁶ los autores observaron cómo los pacientes tratados por cáncer de colon oclusivo con cirugía radical presentaban peor supervivencia que los intervenidos electivamente. Las diferencias relativas a la supervivencia podrían estar relacionadas con la mayor agresividad de los tumores complicados, aunque podrían reflejar una cirugía oncoló-

Correspondencia: Dr. S. Biondo.
Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General.
Hospital Universitario de Bellvitge.
Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
España.
Correo electrónico: sbiondo@scs.es

gicamente inadecuada practicada por un cirujano concentrado solamente en solucionar la urgencia.

La incidencia de cáncer perforado puede variar entre el 2,6 y el 8,3%^{3,7}. Después de la oclusión, la perforación representa la segunda complicación más frecuente del cáncer colorrectal. Si excluimos la diverticulitis, el cáncer constituye la primera causa de peritonitis por perforación del colon distal. En un estudio reciente, 30 de 79 pacientes (38%) estudiados por perforación no diverticular de colon izquierdo fueron diagnosticados de cáncer como causa de la peritonitis⁸.

La perforación cólica suele ocurrir en la zona del tumor como consecuencia de focos de necrosis. Menos frecuentemente puede ser debida a la perforación diastásica proximal secundaria a obstrucción aguda del tumor. En un estudio de Setti Carraro et al⁹, sobre 83 pacientes con peritonitis por cáncer de colon complicado, 54 (65%) presentaron la perforación a la altura del tumor, mientras que 29 (35%) sufrieron una perforación proximal al tumor ocluido. En este último grupo se observó un índice de mortalidad postoperatoria mayor (48,3 frente al 16,7%), mientras que la supervivencia a largo plazo fue mejor.

Diversos autores han observado que la mortalidad postoperatoria es mayor en los casos de perforación por cáncer que por causa benigna^{10,11}. Probablemente un efecto acumulativo de la enfermedad neoplásica y del estado séptico podría ser la causa de la alta mortalidad en pacientes con perforación maligna. Sin embargo, en nuestra experiencia, en un estudio realizado sobre 159 pacientes con perforación por patología del colon izquierdo, observamos cómo la mortalidad postoperatoria en el grupo de cáncer perforado resultó ser inferior a la del grupo de pacientes con diverticulitis perforada (3,7 frente al 23,7%)¹².

Tratamiento quirúrgico

Varios autores coinciden en que la hemicolectomía derecha o la colectomía derecha ampliada con anastomosis primaria es el tratamiento de elección en lesiones oclusivas y perforaciones del colon derecho o transversal. Sin embargo, las opciones terapéuticas urgentes para las neoplasias complicadas de colon izquierdo han sido y son motivo de discusión. Tradicionalmente el tratamiento se basaba en el concepto de que, en un paciente afectado de patología urgente del colon izquierdo, el primer acto quirúrgico tenía que solucionar solamente la emergencia: descompresión del colon proximal en caso de oclusión y, en presencia de peritonitis, control de los efectos de la perforación con drenajes peritoneales. La resección del segmento patológico no se consideraba prioritaria. Esta estrategia prudente se aplicaba desde la era preantibiótica, y el tratamiento quirúrgico definitivo se realizaba sólo en los pacientes que se recuperaban de su enfermedad aguda. Sin embargo, los resultados de la cirugía en varios tiempos no eran satisfactorios, probablemente a causa de la falta de radicalidad en la primera intervención y de la persistencia del foco patológico, así como del mayor número de intervenciones que resultaban en una morbilidad global aumentada. Posteriormente se afianzó la idea de realizar resección inmediata del segmento patológico sin reconstrucción, y más recientemente

se ha apreciado un interés creciente por la resección y anastomosis primaria en urgencias en pacientes seleccionados^{13,14}.

Los pacientes que precisen tratamiento quirúrgico urgente por patología complicada de colon izquierdo tienen un pronóstico muy grave. La edad, la neoplasia avanzada y la infección sistémica son factores que influyen en los altos índices de morbilidad y mortalidad que se asocian a las intervenciones urgentes^{12,15}. También la decisión sobre el tipo de intervención quirúrgica desempeña un papel muy importante en el postoperatorio y en la futura calidad de vida del paciente.

En 1981 Wara et al publicaron que la tradicional intervención en tres tiempos era mal tolerada por muchos pacientes y alargaba el tiempo de estancia hospitalario¹⁶, mientras que ya en 1979 Fielding et al¹⁷ habían demostrado en un estudio prospectivo que, en pacientes con oclusión distal al ángulo esplénico, la resección primaria tenía un 14% de mortalidad comparado con el 35% que se observaba en los casos de tratamiento en tres tiempos.

La intervención de Hartmann aporta unos resultados satisfactorios con un índice de mortalidad que varía entre el 2,6 y el 9%, y ha sido la técnica de elección para el manejo de la patología urgente del colon izquierdo en nuestro hospital durante varios años. Sin embargo, los tratamientos en varios tiempos presentan algunas desventajas para los pacientes. Éstos precisan múltiples ingresos e intervenciones. La morbilidad del cierre de la colostomía puede variar entre un 5 y un 57%, y la mortalidad entre un 0 y 34%^{18,19}. Además, en un gran número de pacientes nunca será reconstruida la continuidad intestinal, principalmente por problemas médicos²⁰.

En la última década han ido ganando terreno las intervenciones que permiten la resolución del problema urgente en un solo tiempo: la colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea o ileorrectal^{21,22} y la resección segmentaria de colon con lavado anterógrado perioperatorio y anastomosis primaria^{4,14}.

La primera, para evitar los problemas derivados de la retención fecal, factor que interviene en la dehiscencia anastomótica, lleva consigo la pérdida de una porción del órgano que puede ser conservada con la segunda intervención.

En un estudio prospectivo aleatorio y multicéntrico publicado en 1995²², que compara los resultados de la colectomía subtotal y de la resección segmentaria con lavado anterógrado en 91 pacientes con neoplasia oclusiva del colon izquierdo, se observa que la mortalidad y las complicaciones hospitalarias no presentan diferencias significativas, pero 4 meses después de la intervención la frecuencia de deposiciones diarias (tres o más) es significativamente peor en el grupo de pacientes con colectomía subtotal (14 de 35 frente a 4 de 35; $p = 0,01$). Además, un número mayor de pacientes con colectomía subtotal consulta a su cirujano por problemas intestinales (15 de 37 frente a tres de 35; $p = 0,004$). Por tanto, la resección segmentaria con lavado anterógrado es la técnica de elección, excepto en los casos con perforación cecal o con presencia de tumores sincrónicos, en que la colectomía subtotal está más indicada.

La existencia de resultados tan variables en el tratamiento y en la recidiva del tumor colorrectal se ha rela-

cionado con una variedad de factores como la biología tumoral, la estadificación del tumor en el momento del diagnóstico, el tipo de intervención quirúrgica realizada y la experiencia del cirujano. Si por una parte el cirujano no puede modificar las dos primeras variables, estrictamente dependientes del tumor, por otra es responsable de la correcta indicación y realización del tratamiento quirúrgico puesto que, en gran medida, de ello depende el futuro del paciente.

Un tercio de los pacientes con neoplasia colorrectal sufrirá oclusión o perforación y precisará de cirugía urgente, y un elevado porcentaje de estos pacientes fallecerá en el postoperatorio, pero no como consecuencia de la patología tumoral en sí misma. Otros factores de riesgo como el ASA o el fracaso orgánico preoperatorio pueden influir en la mortalidad¹². Por tanto, aunque estos pacientes presenten una neoplasia en estadio más avanzado que en una situación electiva, tras una estricta selección de los pacientes, y si las condiciones locales y generales lo permiten, creemos que se tendría que realizar cirugía en un tiempo con los mismos criterios oncológicos que en cirugía programada, siempre y cuando ésta sea practicada por cirujanos con experiencia e interés en cirugía colorrectal y cirugía urgente²³. En un estudio reciente se puede observar cómo la resección y anastomosis primaria es una intervención segura también en presencia de peritonitis difusa y en pacientes seleccionados²⁴. En 1998 Runkel et al¹ publicaron un estudio en que se comparaban los resultados en cirugía urgente por neoplasia colorrectal complicada, realizada en el mismo servicio, durante dos períodos (1982-1987 y 1988-1993). Los autores observaron unos resultados significativamente mejores tanto en el postoperatorio temprano como en la supervivencia, con un mínimo de tres años de seguimiento. La mejoría fue debida al cambio de actitud en el tratamiento quirúrgico urgente, pasando de unos conceptos de mínima cirugía a una cirugía más agresiva. En el primer período se practicaban descompresión simple en caso de oclusión, drenaje en presencia de perforación o resección segmentaria limitada, mientras que en la segunda etapa se realizaron resecciones con radicalidad oncológica en un mayor porcentaje de casos hallándose diferencias significativas en cuanto al número de ganglios resecados.

Nosotros creemos que la radicalidad oncológica en patología urgente no se tiene que relacionar con la práctica o no de anastomosis primaria. Siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan, y aunque se practique una intervención de Hartmann, se tendrían que respetar los conceptos de radicalidad oncológica.

Conclusiones

El cáncer colorrectal complicado sigue teniendo unos índices de morbilidad y mortalidad altos, con peor pronóstico respecto a los tumores tratados de forma electiva. Su principal característica estriba en la dificultad de combinar en un mismo acto quirúrgico tanto el tratamiento de la urgencia como el del cáncer. A pesar de presentarse en estadios más avanzados, en situaciones de urgencia, creemos que la actuación del cirujano tendría

que tener como objetivo ofrecer el tratamiento más adecuado y, siempre y cuando las condiciones generales del paciente lo permitan, oncológicamente radical. Sólo respetando estos principios se podrán mejorar los índices de supervivencia relacionada con el cáncer, acercándose a valores de la cirugía electiva.

Bibliografía

1. Runkel NS, Hinz U, Lehnert T, Buhr HJ, Herfarth CH. Improved outcome after emergency surgery for cancer of the large intestine. *Br J Surg* 1998;85:1260-5.
2. Umpleby HC, Williamson RC. Survival in acute obstructing colorectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1984;27:299-304.
3. Phillips RK, Hittinger R, Fry JS, Fielding LP. Malignant large bowel obstruction. *Br J Surg* 1985;72:296-302.
4. Deans GT, Krukowski ZH, Irwin ST. Malignant obstruction of the left colon. *Br J Surg* 1994;81:1270-6.
5. Scott NA, Jeacock J, Kingston RD. Risk factors in patients presenting as an emergency with colorectal cancer. *Br J Surg* 1995;82:321-3.
6. Serpell JW, McDermott FT, Katrivessis H, Hughes ESR. Obstructing carcinoma of the colon. *Br J Surg* 1989;76:965-9.
7. Crowder VH Jr, Cohn I Jr. Perforation in cancer of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1967;10:415-20.
8. Biondo S, Parés D, Martí-Ragué J, De Oca J, Toral D, García-Borobia F, et al. Emergency operations for nondiverticular perforation of the left colon. *Am J Surg* 2002;183:256-60.
9. Setti Carraro PG, Segala M, Orlotti C, Tiberio G. Outcome of large-bowel perforation in patients with colorectal cancer. *Dis Col Rectum* 1998;41:1421-6.
10. Glenn F, McSherry CK. Obstruction and perforation in colorectal cancer. *Ann Surg* 1971;173:983-92.
11. Kriwanek S, Armbruster C, Dittrich K, Beckerhinn P. Perforated colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1409-14.
12. Biondo S, Ramos E, Deiros M, Martí Ragué J, De Oca J, Moreno P, et al. Prognostic factors for mortality in left colonic peritonitis: a new scoring system. *J Am Coll Surg* 2000;191:635-42.
13. Lee EC, Murray JJ, Collier JA, Roberts PL, Schoetz DJ Jr. Intraoperative colonic lavage in nonelective surgery for diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1997;40:669-74.
14. Biondo S, Jaurrieta E, Jorba R, Moreno P, Farran L, Borobia F, et al. Intraoperative colonic lavage and primary anastomosis in peritonitis and obstruction. *Br J Surg* 1997;84:222-5.
15. Irvin GL III, Horsley JS III, Caruana JA Jr. The morbidity and the mortality of emergent operations for colorectal disease. *Ann Surg* 1984;199:598-603.
16. Wara P, Sorensen K, Beck V, Andrup E. The outcome of staged management of complicated diverticular disease of the sigmoid colon. *Acta Chir Scand* 1981;147:209-14.
17. Fielding LP, Stewart-Brown S, Blesovsky L. Large-bowel obstruction caused by cancer: a prospective study. *BMJ* 1979;2:515-7.
18. Wheeler M, Barker J. Closure of colostomy, a safe procedure? *Dis Colon Rectum* 1977;20:29-32.
19. Foster ME, Leaper DJ, Williamson RC. Changing patterns in colostomy closure: the Bristol experience 1975-1982. *Br J Surg* 1985;72:142-5.
20. Koruth NM, Hunter DC, Krukowski ZH, Matheson NA. Immediate resection in emergency large bowel surgery. *Br J Surg* 1985;72:703-7.
21. Torralba JA, Robles R, Parrilla P, Lujan JA, Liron R, Piñero A, et al. Subtotal colectomy vs intraoperative colonic irrigation in the management of obstructed left colon carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1998;41:18-22.
22. The SCOTIA Study Group. Single-stage treatment for malignant left-sided colonic obstruction: a prospective randomized clinical trial comparing subtotal colectomy with segmental resection following intraoperative irrigation. *Br J Surg* 1995;82:1622-7.
23. Biondo S, Martí Ragué J. Cáncer colorrectal. ¿Qué factores pueden ser determinantes en su curación o recidiva? *Cir Esp* 2001;70:265-6.
24. Biondo S, Jaurrieta E, Martí Ragué J, Ramos E, Deiros M, Moreno P, et al. Role of resection and primary anastomosis of the left colon in the presence of peritonitis. *Br J Surg* 2000;87:1580-4.