

Calidad asistencial y seguimiento de los pacientes operados por cáncer colorrectal en un Hospital de Paysandú, Uruguay

Alfonso Rossi, Jonatan Marchetti, Raúl Perdomo, Pablo Ramade, Valentina Da Rosa, Carolina Sorbara

Hospital Escuela del Litoral Galán y Rocha, Paysandú, Uruguay

RESUMEN

Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte dentro de las enfermedades neoplásicas. El pronóstico individual está signado por el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico y la posibilidad de realizar un tratamiento curativo. Este también depende de la estratificación post quirúrgica y de la aparición de complicaciones posteriores. El objetivo del seguimiento es diagnosticar la recidiva en un estadio potencialmente curable y detectar otros cánceres primarios.

Objetivo: realizar una valoración de la calidad de la cirugía colorrectal y el seguimiento de los pacientes operados de CCR en nuestro hospital.

Diseño: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo.

Material y métodos: se analizaron todos los pacientes con CCR operados en el servicio de cirugía del Hospital de Paysandú entre enero de 2017 y diciembre de 2020. Se describen diversas variables que influyen en la calidad quirúrgica y se analizan las relacionadas al seguimiento post operatorio dividiendo a los pacientes en 3 grupos, seguimiento completo, perdidos y sin datos de seguimiento.

Resultados: se incluyeron 39 pacientes, con una edad media de 68 años. El 28% se diagnosticaron en estadio IV, con porcentajes bajos en estadios tempranos. Hubo 57% de cirugías de urgencia y 43% electivas. La causa más frecuente de urgencia fue la oclusión intestinal (36,6%). La tasa de dehiscencia anastomótica fue 16,6% y la de mortalidad 15,3%. Solo el 33% de los pacientes tuvieron seguimiento completo.

Conclusión: existe un déficit en la atención y el seguimiento de los pacientes operados por CCR en nuestro hospital. Se impone la creación de un equipo específico en el área de coloproctología, así como un protocolo de seguimiento unificado para mejorar estos resultados.

Palabras clave: cáncer colorrectal, seguimiento, morbilidad, mortalidad

ABSTRACT

Introduction: colorectal cancer (CRC) is the second cause of death among neoplastic diseases. The individual prognosis is determined by the stage of the disease at the time of diagnosis and the possibility of curative treatment. This also depends on the postsurgical stratification and the appearance of subsequent complications. The goal of follow-up is to diagnose recurrence at a potentially curable stage and detect other primary cancers.

Objective: to carry out an evaluation of the quality of colorectal surgery and the follow-up of patients operated on for CRC in our hospital.

Design: descriptive, retrospective observational study.

Material and methods: all patients with CRC operated on in the surgery service of the Paysandú Hospital between January 2017 and December 2020 were analyzed. Variables that influence surgical quality are described and those related to postoperative follow-up are analyzed by dividing patients in 3 groups, complete follow-up, lost to follow-up and without follow-up data.

Results: Thirty-nine patients were included, with a mean age of 68 years. Twenty-eight percent were diagnosed in stage IV, with low percentages in early stages. There were 57% emergency procedures and 43% elective procedures. The most common cause of emergency was intestinal obstruction (36.6%). The anastomotic dehiscence rate was 16.6% and the mortality rate was 15.3%. Only 33% of patients had complete follow-up.

Conclusion: there is a deficit in the care and follow-up of patients undergoing CRC surgery in our hospital. The creation of a specific team in the area of coloproctology is required, as well as a unified monitoring protocol to improve these results.

Keywords: colorectal cancer, follow-up, morbidity, mortality.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte en lo que refiere a enfermedades neoplásicas en Estados Unidos.¹ En el Uruguay, durante el quinquenio 2009-2013, se diagnosticó un promedio anual de 1.833 casos y se registraron 1.024 muertes, con distribución casi igual por sexo. En la mujer es la segunda causa de mortalidad por cáncer (luego del de mama) y en el hombre la tercera (luego del de pulmón y la próstata). La edad promedio del diagnóstico es de 70 años.²

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Alfonso Rossi:** a.rossiper@gmail.com

Recibido: febrero de 2023. Aceptado: marzo de 2023.

Alfonso Rossi: <https://orcid.org/0000-0002-2946-3397>, Jonatan Marchetti: <https://orcid.org/0000-0001-7995-0727>, Raúl Perdomo: <https://orcid.org/0000-0001-9463-9355>, Pablo Ramade: <https://orcid.org/0000-0001-9169-4519>, Valentina Da Rosa: <https://orcid.org/0000-0002-0145-3015>, Carolina Sorbara: <https://orcid.org/0009-0007-7600-7777>

El pronóstico individual de los pacientes con CCR suele estar signado por el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico y la posibilidad de realizar un tratamiento de pretensión curativa como sucede en los estadios I y II. El tratamiento del CCR primario logra curaciones próximas al 50% de los pacientes.²

Para el tratamiento de los estadios I, II y III es necesaria la cirugía, imponiéndose la colectomía oncológica del segmento involucrado con márgenes de 5 cm o más. La linfadenectomía debe ser hasta el origen del vaso nutricional, obteniendo un mínimo de 12 ganglios resecados por fuera del campo de resección.³

El pronóstico de estos enfermos está vinculado a la estratificación inicial, a la estratificación post quirúrgica y a la aparición de complicaciones ulteriores.

El objetivo del seguimiento es diagnosticar la recidiva en un estadio potencialmente curable y detectar otros cánceres primarios. Para el seguimiento, no existe una pauta totalmente bien establecida, aunque pueden plantearse una serie de pruebas diagnósticas buscando el equilibrio entre rendimiento, costo y aceptación por parte del paciente.⁴

Un estudio de la base de datos Cochrane sobre el seguimiento de pacientes tratados por CCR no metastásico concluye que la intensificación del seguimiento después de la cirugía curativa logra un beneficio global en la supervivencia.⁵ Los programas de seguimiento del CCR deben basarse en los patrones anatómicos y temporales de recidiva del tumor. La fase más importante del seguimiento son los primeros 2-3 años después de la extirpación del tumor primario, ya que durante ese tiempo se manifiestan la mayoría de las recidivas. Un 5% de estos pacientes tendrán metástasis hepáticas susceptibles de extirpación quirúrgica.

No hay datos certeros del seguimiento de pacientes operados de CCR en nuestro país. Particularmente, esto se hace más notorio en nuestros pacientes, ya que en los hospitales de baja complejidad el seguimiento suele ser incluso más difícil de llevar a cabo.

El objetivo de este estudio es realizar una valoración de la calidad de la cirugía colorrectal y el seguimiento de los pacientes operados de CCR en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes operados de CCR en el servicio de cirugía del Hospital Escuela del Litoral Galán y Rocha, de Paysandú, desde el 1 enero de 2017 al 31 de diciembre de 2020. Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas con los informes operatorios y anatomopatológicos, registrando los datos en una planilla de Microsoft Excel 2013 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos).

Las variables analizadas fueron edad, sexo, topografía y estadio tumoral, tipo de cirugía (electiva o urgente y causa de la urgencia), tipo de procedimiento, abordaje y tiempo quirúrgico, las complicaciones postoperatorias y la mortalidad.

De la pieza quirúrgica, se analizó el tipo histológico, el grado de diferenciación, los márgenes de resección, el número de ganglios resecados y el estadio tumoral según la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Con respecto al seguimiento, dado que en nuestro hospital no contamos con un protocolo formal, utilizamos como referencia el de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) (Tabla 1).⁶ Se analizó si existió un primer control, la frecuencia de los controles, la solicitud de antígeno carcinoembrionario (CEA), tomografía computada (TC) abdominal y torácica a los seis meses y luego anual, videocolonoscopia a los seis meses y luego anual.

Además, se analizó la tasa de recaída tumoral local y a distancia dentro de los primeros dos años de seguimiento.

Según el seguimiento, se dividieron los pacientes en 3 grupos: pacientes con seguimiento completo, perdidos en el seguimiento y sin datos de seguimiento. El grupo seguimiento completo se definió como aquel que cumplía con todos controles. El grupo perdidos en el seguimiento se definió como aquellos que contaban solamente con los primeros controles.

RESULTADOS

Cumplieron los criterios de inclusión 39 pacientes, 22 (54%) hombres y 17 (46%) mujeres, con una edad media de 68 (28-90) años. Durante los 4 años del periodo de estudio se operaron, 16 pacientes en 2017, 9 en 2018, 6 en 2019 y 8 en 2020.

El 57% de las cirugías fueron realizadas de urgencia, mientras que el 43% de manera electiva. Dentro de las cirugías de urgencia, la causa más frecuente de presentación fue la oclusión intestinal (36%). Dentro de las electivas, el motivo de consulta más frecuente fue anemia.

Tabla 1. Protocolo de seguimiento de cáncer colorrectal adaptado de la American Society of Clinical Oncology (ASCO).

Primer año después del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico y prueba de antígeno carcinoembrionario cada 3 a 6 meses. - Tomografía computada (TC) de abdomen y tórax cada año (cada 6 a 12 meses para personas con alto riesgo de recurrencia). - Para personas con cáncer de recto, TC pélvica cada 6 a 12 meses. - Colonoscopia 1 año después de la cirugía (los resultados de esta colonoscopia guiarán si se necesitarán colonoscopias futuras o cuándo). - Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer de recto que no recibieron radioterapia en la pelvis.
Segundo año después del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico y prueba de antígeno carcinoembrionario cada 3 a 6 meses. - TC cada año (cada 6 a 12 meses para personas con alto riesgo de recurrencia). - Para personas con cáncer de recto, TC pélvica cada 6 a 12 meses. - Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer de recto que no recibieron radioterapia en la pelvis.
Tercer año después del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico y prueba antígeno carcinoembrionario cada 3 a 6 meses. - TC cada año (cada 6 a 12 meses para personas con alto riesgo de recurrencia). - Para personas con cáncer de recto, TC pélvica cada 6 a 12 meses. - Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer de recto que no recibieron radioterapia en la pelvis.
Cuarto año después del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico y prueba antígeno carcinoembrionario cada 3 a 6 meses. - Para personas con cáncer de recto, TC pélvica cada año - Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer de recto que no recibieron radioterapia en la pelvis.
Quinto año después del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> - Examen físico y prueba antígeno carcinoembrionario cada 3 a 6 meses. - Para personas con cáncer de recto, TC pélvica cada año. - Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer de recto que no recibieron radioterapia en la pelvis.

La topografía más frecuente fue la sigmoidea con un 36% de los casos, siendo el recto, el colon transverso y el colon derecho las siguientes áreas más afectadas, con 25%, 21% y 15%, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Localización de las neoplasias colorrectales.

Topografía	N = 39
Colon sigmoideas	14
Colon transverso	8
Colon ascendente	7
Recto alto	5
Recto medio	3
Colon descendente	1
Recto bajo	1

El procedimiento más frecuentemente realizado fue la sigmoidectomía en un 36% de los casos, seguido por la resección anterior (18%) (Fig. 1).

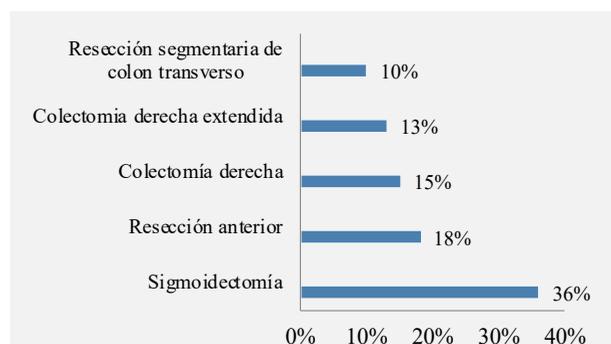


Figura 1. Resecciones quirúrgicas realizadas.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 116 minutos, 36 cirugías fueron realizadas por laparotomía y 3 por abordaje laparoscópico, sin conversión.

El porcentaje de dehiscencia anastomótica fue del 16,6% (6 pacientes). Seis de los 39 pacientes (15,3%) fallecieron en la internación por alguna complicación, 5 por dehiscencia anastomótica y el restante por shock refractario en contexto de oclusión intestinal.

El 97% de los tumores fueron adenocarcinomas, 48% bien diferenciados, 48% moderadamente diferenciados, 24% mucinosos, 4% túbulo-papilares y el resto no informados.

El 96% de las resecciones fueron con márgenes libres. Hubo un solo margen comprometido y un tumor del recto medio presentó respuesta patológica completa. El promedio de ganglios resecaados fue de 12 y el 40% de los pacientes presentaron compromiso ganglionar en la pieza de resección. El 28% de los pacientes presentaron estadio IV, 32% estadio III y 32% estadio II. No hubo pacientes con estadio I (Tabla 3).

El seguimiento se analizó en 33 pacientes, dado que 6 fallecieron en la internación inicial. En el grupo de seguimiento completo hubo 13 pacientes (39,3%), en 3 de los cuales se detectaron recidivas. Dos presentaron metástasis pulmonares en los dos primeros años. Uno fue operado y continúa en seguimiento. Otro paciente presentó un nuevo tumor a nivel gástrico a los dos años, aunque luego del seguimiento inicial no contamos con datos de su evolución.

Tabla 3. Estadios tumorales según la clasificación TNM de la AJCC.

Estadio	N (%)
I	0
IIA	9 (24)
IIB	3 (8)
IIIA	0
IIIB	10 (20)
IIIC	5 (12)
IV	11 (28)
No informado	1 (3)

El grupo de perdidos en el seguimiento incluyó 2 pacientes (6%). Por último, el grupo de los pacientes sin seguimiento fue el más numeroso, incluyendo un total de 18 pacientes (54,4%) (Fig. 2).

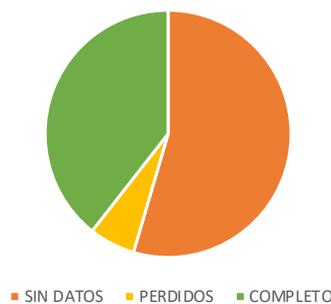


Figura 2. Seguimiento.

DISCUSIÓN

Asistimos a una población con una edad similar a la habitualmente reportada que es de 70 años⁵ y con un franco predominio en hombres, como es de esperar.

Notamos un descenso en el número de cirugías durante el periodo 2019-2020, seguramente por el contexto de pandemia que atravesó nuestro país. También creemos que esto explica la paridad entre cirugías electivas y de urgencia. La causa más frecuente en la urgencia (36%) fue la oclusión intestinal, coincidentemente con otras series internacionales que informan entre el 15 y 29%.⁷ Normalmente ocurre por tumores del colon izquierdo o sigmoides, que fueron los más frecuentes en nuestro caso.

El predominio de la cirugía de urgencia y, seguramente, la falta de experiencia del equipo quirúrgico, explican la franca asimetría de la vía abordaje hacia la laparotomía.

Debemos destacar la elevada mortalidad de esta serie (16%) comparada con el 2-3% de los estándares internacionales, incrementándose en pacientes con comorbilidades y ante la necesidad de cirugía de urgencia.² El porcentaje de dehiscencia anastomótica también es alto comparado con los datos aportados por la bibliografía internacional, que oscilan entre el 5 y el 10%.² Además, en nuestra serie es la principal causa de muerte.

El 96% de las resecciones fueron R0 y el 40% de los pacientes tenían ganglios positivos en la pieza quirúrgica. Cabe destacar que la mayoría de los procedimientos resectivos se realizaron en pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, donde muchas veces la cirugía tiene criterio paliativo. Esto denota una deficiencia en la estrategia de rastreo del CCR en nuestros pacientes, lo que lleva al diagnóstico tardío de la enfermedad y a la mayor necesidad de cirugía de urgencia.

Con respecto al seguimiento postoperatorio, debemos destacar que el hecho de no contar con un protocolo unificado en nuestro centro ni en nuestro país genera las mayores dificultades a la hora de recabar datos de la evolución postoperatoria de los pacientes y es la principal limitante del estudio. Esto depende exclusivamente de cada profesional actuante y hace que los datos recabados sean muy poco uniformes. En nuestra serie la mayoría de los pacientes no cuentan con seguimiento adecuado y, por lo tanto, no contamos con datos de los mismos. De los pacientes con seguimiento completo, se detectaron 3 recaídas de la enfermedad, 2 de las cuales fueron a nivel pulmonar. A uno de estos dos pacientes, se le pudo realizar la cirugía de las metástasis pulmonares y continúa en seguimiento sin evidencia de enfermedad metastásica actualmente. En cuanto al resto, el 61,1% de los pacientes no presentaron recaídas en los primeros dos años.

CONCLUSIONES

Este estudio nos permitió obtener un estado de situación de la calidad asistencial y del seguimiento de los pacientes operados por CCR en nuestro servicio. Además, nos permitió crear la base de los protocolos y herramientas a seguir de manera prospectiva, así como las variables a mejorar para asegurar una mejor calidad asistencial, conociendo desde dónde partimos. El perfil epidemiológico de la población estudiada coincide con los internacionales en cuanto a sexo, edad, topografía y variantes tumorales más frecuentes. Nuestros resultados muestran números altos de morbimortalidad, con un porcentaje alto de dehiscencia anastomótica, siendo esta la principal causa de muerte. Sin embargo, en nuestra población hay un alto porcentaje de tumores avanzados operados en situación de urgencia, sumado a un equipo quirúrgico no especializado en coloproctología. Hubo un importante déficit de calidad de seguimiento, así como también en el registro clínico. Surge la necesidad de crear un protocolo de seguimiento con el fin de centralizar los pacientes y unificar criterios.

REFERENCIAS

1. Xue L, Williamson A, Gaines S, Andolfi C, Paul-Olson T, Neerukonda A et al. An update on colorectal cancer. *Curr Probl Surg*. 2018; 55: 76-116.
2. Bonilla F, Canessa C. Cancer colorrectal. *Clin Quir Fac Med Univ Republica Uruguay*. 2018.
3. Granados-Romero J, Valderrama-Treviño A, Contreras Flores E, Barrera-Mera B, Herrera M, Uriarte-Ruiz K, et al. Colorectal cancer: a review. *Int J Res Med Sci*. 2017; 5: 4667.
4. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. *Carcinoma colorrectal*. OncoSur Group. Trabajo oncológico centros Hosp del Sur, Madrid, 2008; 634-9.
5. Jeerym JM, Hickeybe H. Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer (Review). 2019. www.cochranelibrary.com (consulta, marzo de 2023).
6. Meyerhardt JA, Mangu PB, Flynn PJ, Korde L, Loprinzi CL, Minsky BD, Petrelli NJ, Ryan K, Schrag DH, Wong SL, Benson AB 3rd; American Society of Clinical Oncology. Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. *J Clin Oncol*. 2013 Dec 10;31(35):4465-70.
7. Baer C, Menon R, Bastawrous S, Bastawrous A. Emergency presentations of colorectal cancer. *Surg Clin North Am*. 2017; 97: 529-45.