

APORTACIÓN AL ESTUDIO CLÍNICO DEL CÁNCER DE COLON

(RESUMEN DE LA TESIS DOCTORAL)

MANUEL CARPIO MOLINOS
DE LOS SERVICIOS DEL PROF. JIMÉNEZ DÍAZ
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

FRECUENCIA.—El cáncer en general es una enfermedad cuyo incremento progresivo en todos los países es bien manifiesto y tiende a alcanzar el primer lugar entre las diversas afecciones que son causa de muerte. En las estadísticas más recientes se ponen de manifiesto cómo el cáncer ocupa el segundo lugar, después de las cardiopatías.

Es bien sabido que puede atacar al individuo en cualquier época de su vida; pero la enfermedad tiene marcada predilección por la edad adulta, a partir de los cuarenta años; es decir, en el período de la vida en que están en la plenitud de sus facultades de rendimiento.

Dentro del aparato digestivo, la mayor frecuencia le corresponde al estómago, a quien se le asigna el 16'5 por ciento de las defunciones por cáncer en general.

Concretando, puede decirse que el cáncer de colon es el más frecuente de los tumores malignos del aparato digestivo, después del gástrico y rectal.

EDAD.—Si bien es cierto que se presentan con la mayor frecuencia entre los cincuenta y setenta años, la edad no representa una protección contra esta enfermedad.

La mayoría de los autores tienen su más elevado número de casos comprendidos entre la edad de cincuenta y uno a sesenta años; en cambio, nosotros obtenemos cifras superiores en la séptima década de la vida.

Aunque nuestros casos no alcanzan las edades tempranas registradas por diversos autores, sí abundan en la conclusión de que por

muy joven que sea el individuo no presenta indemnidad absoluta contra el cáncer de colon y como han insistido tantos Maestros, entre ellos el nuestro, DR MOGENA, hay que pensar en esa enfermedad siempre que en una exploración meticulosa encontremos algún síntoma que nos haga despertar la sospecha.

SEXO.—No se puede sacar conclusión alguna sobre la diferente frecuencia en ambos sexos. Sin pecar de exagerado, puede aceptarse que tanto el sexo masculino como el femenino están predispuestos a padecer la enfermedad, la cual no tiene preferencia por ninguno.

RAZA.—Aunque carecemos de experiencia, la literatura revisada atribuye mayor mortalidad por cáncer de colon a la raza blanca que a la negra.

ETIOLOGIA.—*Enfermedades precancerosas.*—No es posible dudar del papel de la *Herencia* en la presentación del cáncer. Nos parece indudable que la tara hereditaria, la fijación hereditaria en la constitución, es uno de los factores para el desarrollo del cáncer en general y del cáncer de colon en particular.

Por otro lado, es necesario algún factor desencadenante sumado a susceptibilidad heredada para que se desarrolle ulteriormente el cáncer.

En lo que al colon se refiere, su mayor predilección por el ciego y asa sigmoidea, pudiera hacer pensar en la intervención del factor representado por la *Irritación crónica* que hay a ese nivel: el roce continuo de la mucosa por heces endurecidas y el estímulo químico originado por los productos resultantes de las intensas proliferaciones de los gérmenes intestinales. Este último factor es el que intervinería en la génesis del cáncer de ciego, pues a ese nivel el contenido intestinal es líquido.

Como predisponentes también, pueden



FIG. 1.—Enema opaco de ciego y ascendente. Se aprecian bien claramente las masas vegetales. (Caso L. E.)

considerarse las llamadas enfermedades precancerosas, entre las cuales pueden citarse las siguientes:

1.º *Divertículos del colón.*—Se explicaría porque las partículas estercóraceas retenidas en ellos largo tiempo darían lugar a una irritación celular y constituirían un estímulo a sufrir la degeneración maligna.

2.º *Colitis ulcerosa.*—Aún cuando no puede negarse una cierta influencia del proceso inflamatorio crónico en la aparición del cáncer, no es posible aceptar que la inflamación simplemente sea el *primum movens* de la multiplicación anaplásica de los elementos celulares, ya que en este caso debía de ser mucho más frecuente la coexistencia del carcinoma con colitis ulcerosas.

3.º *Poliposis.*—

Que la poliposis intestinal y el carcinoma tienen una íntima relación ha sido demostrado en estos últimos tiempos de un modo indudable. Dicha relación se confirma por varios hechos:

1.º Que casi el 50 % de los individuos afectados de poliposis intestinal sufren de degeneración maligna.

2.º Que cáncer y pólipos ofrecen ciertas características comunes: rara vez afectan al intestino delgado, tienen su asiento predilecto en los mismos puntos del intestino grueso, uno y otro proceso aumentan de frecuencia a medida que se acercan al recto y, por último, en las poliposis intestinales la multiplicidad de los pólipos puede explicar hasta cierto punto su degeneración. Si se admiten que los pólipos deben considerarse estados precancerosos, cuanto más existan mayores serán las posibilidades de que alguno o varios de ellos sufran la transformación maligna.

Las estadísticas relacionadas con la degeneración de los tumores



FIG. 2.—Enema opaco. Escirro de sigma en su unión con descendente. (Caso R. R. I.)

benígnos en cáncer son muy divergentes y oscilan entre límites tan amplios que es imposible llegar a una conclusión firme.

No podemos llegar, por lo tanto, a la conclusión de que irremisiblemente el pólipo sea causa del cáncer, pues, aparte de que éste último aparece en un tanto por ciento muy elevado de los casos sin la previa presencia de la poliposis, siempre nos quedará la duda de si el carcinoma se ha desarrollado por transformación de un tumor adenomatoso benigno, o si el tumor era ya primitivamente maligno, aun cuando histológicamente, en su fase inicial, no se pueda diferenciar de un adenoma.



FIG. 3.—Radiografía localizada de ciego, por vía oral. Defecto de repleción en su polo inferior.
(Caso F. A. R.)

Anatomía patológica.—El carcinoma de colon, desde el punto de vista *macroscópico*, se presenta bajo dos formas.

La forma ulcerovegetante es más común en el ciego, colon ascendente y la mitad derecha del transversal.

Se extiende principalmente en altura y por sus caracteres anatómicos y por la mayor amplitud del segmento cólico donde asienta, cuyo contenido fecal es líquido, raras veces da lugar a fenómenos obstructivos.

El tipo escirroso se presenta con frecuencia en el colon izquierdo.

Este tumor suele invadir anularmente todas las capas del intes-

tino. Debido a ello, al contenido más o menos sólido del colon izquierdo y a su menor calibre, produce con gran rapidez y frecuencia la obstrucción.

Ahora bien, ninguna de las dos formas es exclusiva de uno u otro segmento intestinal, sino que ambas predominan en tractos cólicos citados.

Desde el punto de vista *Histológico* los cánceres del colon corresponden en su mayoría al tipo *adenocarcinoma*.

EVOLUCION.—VIAS DE PROPAGACION.—Cualquiera que sea la forma del cáncer de colon, generalmente progresa con bastante lentitud, provocando una reacción de las paredes del intestino, en los apéndices epiploicos, en la grasa subperitoneal y en el sistema linfático. A estas hay que añadir las reacciones inflamatorias que se superponen al cáncer por desarrollarse estas neoplasias en un medio muy séptico. Dichas reacciones inflamatorias se traducen por lipomatosis, adherencia, supuraciones y adenoflemones.

El adenocarcinoma progresa por expansión empujando las partes periféricas de las cuales está relativamente bien delimitado y si bien en algunos puntos las destruye y penetra, los nódulos que lo hacen no se suelen separar demasiado de la periferia. Por ello, la progresión en longitud es muy escasa.

En cambio, en los tumores infiltrativos los límites del carcinoma son menos precisos; las células invaden el tejido periférico, aislándose de la masa principal, y no sólo penetran en los casos linfáticos sino que invaden sus paredes y se extienden hacia la periferia, por lo cual es difícil precisar sus límites.

La frecuencia con que se produce la invasión ganglionar es variable según los diversos autores, pero en general hemos deducido de las diversas estadísticas revisadas que un 50% de los casos provocan la afectación linfática.

El tanto por ciento de metastasis ganglionares está en razón directa del grado de malignidad del tumor.

En resumen, podemos decir, que las vías de propagación que suelen adoptar los cánceres del colon son las siguientes:

- a) Por continuidad, originando la adherencia neoplásica que fija el tumor a la pared o a los órganos vecinos.
- b) Por siembra peritoneal directa o por vía linfática, dando lugar a la carcinomatosis generalizada del peritoneo.
- c) Por vía sanguínea, dando metastasis hepáticas, óseas, etc.
- d) Por vía linfática.

CARCINOMAS MULTIPLES.—El desarrollo de cánceres múltiples de colon puede presentarse en los portadores de poliposis intestinal, debido a la degeneración maligna de varios pólipos y también sin que haya existido lesión previa en el intestino.

Podemos concluir diciendo que la presencia de un carcinoma en el colon no presupone la seguridad de que no pueda existir otro u otros a mayor o menor distancia del diagnosticado.

CLINICA DEL CANCER DE COLON

Para estudio de los tumores del colon es común la división de este segmento intestinal en dos partes, derecha e izquierda.

Si bien la división del colon tiene sus antecedentes en la anatomía y en la fisiología, clínicamente podríamos también abordarlos por separado; pero es tan exígua la diferencia de caracteres y por otro lado, tan común la presentación de los mismos síntomas en cada una de las dos mitades, que preferimos estudiarlos reunidos bajo un mismo patrón.

El estudio que a continuación hacemos, se refiere a treinta casos de cáncer de colon, muchos de los cuales fueron vistos por nosotros: unos, pertenecientes a nuestra consulta hospitalaria y bajo la dirección del Dr. MOGENA; otros, gracias a la amabilidad del Dr. GONZÁLEZ BUENO. Todos ellos fueron diagnosticados clínica y radiológicamente. En cambio sólo de una parte tenemos datos de tipo quirúrgico porque, o no aceptaron nuestro consejo o fueron operados en centros ajenos a nuestros servicios.

Nuestra estadística se reparte de la siguiente manera:

CIEGO	5 casos.
ASCENDENTE	8 casos.
ANGULO HEPATICO	2 casos.
TRANSVERSO	6 casos.
ANGULO ESPLENICO	2 casos.
DESCENDENTE	1 casos.
SIGMA	<u>6 casos.</u>
TOTAL	30 casos.

Siguiendo a nuestro Maestro, el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ, dividiremos esquemáticamente el curso del cáncer de colon, bajo el punto de vista exclusivamente clínico, en tres períodos: 1.º Período clínico inicial o de LATENCIA; 2.º Período de MANIFESTACIONES DISPÉPTICAS, y 3.º Período de OBSTRUCCION.

1.º *Cuadro clínico inicial o de LATENCIA.*—Es necesario dejar bien sentado que los síntomas iniciales del cáncer cólico son muy diversos y que unas veces se presentan unos y en otras, otros; que

todos ellos son comunes a diferentes afecciones del colon y que ni aislados ni reunidos permiten afirmar la existencia de un cáncer. Pero que, sin embargo, son de gran valor porque despiertan la sospecha de su existencia, incitando al médico a ordenar la exploración instrumental del colon, que en muchos casos logrará confirmar o rechazar ese temor. Por consiguiente, cualquier sintoma intestinal, por muy vago que nos parezca, puede ser uno de los síntomas del periodo inicial.

En algunas ocasiones, este periodo de latencia puede ser más o menos largo y silencioso dando paso a la obstrucción; pero aún en estos casos hay casi siempre pequeños fenómenos cuya valoración aprendemos de una manera retrospectiva. En consecuencia, podría decirse que el cáncer asintomático del intestino grueso, bajo el punto de vista de descubrir lesiones en sujetos que estuvieron libres de síntomas de alteración funcional, dolores abdominales, cambio en los caracteres de las deposiciones, etc., no existe. Nosotros no lo encontramos en ningún caso, pues si bien tenemos uno sin signos atribuibles al intestino, presentaba la pérdida de peso y, por consiguiente, no podía ser incluido en el grupo, poco real, de los cánceres asintomáticos.

En este periodo inicial, están situados los síntomas generales clásicos comunes para todos los cánceres;

sensaciones de astenia, de depresión, pérdida de apetito, adelgazamiento inmotivado, etc.

La anorexia y la pérdida de peso suelen presentarse en un 25-30 por 100 de los casos. Ello quiere decir que el cáncer de colon puede presentarse sin que descubramos ninguno de estos dos síntomas; es decir, con apetito normal y sin haber perdido peso.

Según la mayoría de los autores, la anemia puede ser un sintoma del periodo inicial, sobre todo en los cánceres



FIG. 4.—Enema opaco. Carcinoma anular de sigma.
(Caso A. G. G.)

del segmento ciego ascendente. En nuestro grupo de casos, no existe ninguno cuya primera manifestación fuese la anemia. Otra cosa es decir, como hace recalcar el Profesor JIMÉNEZ DIAZ, que dichos cánceres tienen como sintomatología sui generis la presencia de dicho síntoma que, la inmensa mayoría de los casos, es de tipo hipocrómico; pero no puede considerarse como patognomónico del período de latencia. Por lo tanto, una anemia de este tipo, debe hacernos pensar siempre en la posibilidad de una neoplasia cecal.

Lo poco clara que resulta la sintomatología en este período, es la causante de que la mayoría de estos enfermos no acudan a la consulta hasta pasados varios meses e incluso años desde que comenzaron sus molestias y que a menudo sufran errores diagnósticos.

El intervalo transcurrido entre el momento de iniciarse los síntomas y la presentación del enfermo a la consulta, es muy variable. El 26'6 % de los casos acuden antes de los tres meses, y un 73'2 % requieren la asistencia médica después de los tres meses. Por consiguiente, antes del año, acuden cerca de la mitad de los pacientes.

Si, en general, se dice que la duración de los síntomas antes del diagnóstico es mayor en los enfermos con carcinoma de colon derecho que en aquellos cuya localización radica en el lado izquierdo porque los síntomas de estos últimos son, por regla general, más pronunciados, no hay porqué tener esto como una cosa con base sólida.

2.º *Período propiamente DISPÉPTICO o período de estado.*—En este período se exacerbaban los trastornos funcionales anteriores y aparecen otros nuevos que son los característicos.

Entre ellos tenemos el DOLOR ABDOMINAL en cualquiera de sus múltiples formas (peso, malestar, plenitud, etc.). La localización del dolor o de las molestias no quiere decir que a ese mismo nivel se encuentren la lesión.

Sea de una u otra clase, el dolor es un síntoma que se presenta con muchísima frecuencia y son escasos los enfermos con cáncer de colon que se libran de él. Casi siempre es la primera manifestación que refieren los enfermos y a causa de él suelen acudir a la consulta.

En nuestra estadística, el 100 de los casos presentaron dolor en el curso de su evolución y solamente el 63'3 % lo contaron como síntoma inicial. En nuestra estadística no figuran como síntomas iniciales varios de los que otros autores encontraron; nos referimos al estreñimiento, a la alternancia de diarrea y estreñimiento, a la hemorragia y al tumor palpable.

Con respecto al hallazgo de la tumoración, creemos que, si se interroga minuciosamente al enfermo, no resulta difícil encontrar otros síntomas que vienen aquejando con anterioridad, aún cuando ellos no concedan importancia. Para nosotros la palpación del tumor es un síntoma tardío y de ninguna manera puede ser considerado como el comienzo de la afección.

La manifestación más característica de este segundo período es el CAMBIO EN EL CURSO DE LAS DEPOSICIONES. Este cambio se presentó en el 83'3 % de nuestros enfermos. El mayor número, aproximadamente la mitad de los casos, corresponden a la diarrea.

Aquí sí que no nos ha sido posible establecer diferencia alguna entre los lados derecho e izquierdo. En nuestro grupo de enfermos, cinco de los seis que padecían cáncer de sigma presentaban diarrea; el otro caso, tenía normal la marcha del vientre. De los dos casos con localización en el ángulo esplénico, ambos manifestaban el padecimiento con diarrea. Y en cuanto a nuestra única observación de cáncer de colon ascendente, era el que, precisamente, acusaba el estreñimiento, con la expulsión de heces caprinas.

Por lo tanto, ateniéndonos a nuestros casos, no podemos considerar como manifestación frecuente de los cánceres del lado izquierdo la presencia del estreñimiento.

En lo que respecta al lado derecho, si obtenemos predominio de las manifestaciones diarréicas, toda vez que entre 15 casos de neoformaciones comprendidas entre el ciego-ascendente-ángulo hepático, se presentó diarrea en ocho, es decir, en el 53'3 %. Y precisamente, de los ocho casos, cuatro pertenecían al ciego.

Sin embargo, también puede presentarse el estreñimiento en los cánceres del lado derecho.

En cuanto al colon transverso, la



Fig. 5.-Enema opaco. Estenosis infiltrante circular de sigma. Imagen obtenida en O. A. D. por no visualizarse en decúbito supino. (Caso C. A.)

proporción fué de tres casos de estreñimiento, uno con diarrea, uno con diarrea y estreñimiento alternantes, y otro, normal.

Tanto la diarrea como la constipación, se acompañan de debilidad general y de enflaquecimiento y la mayoría de las veces son diagnosticados los enfermos de enteritis o colitis y no se piensa en el cáncer.

No podemos conformarnos por lo tanto con la presencia de las modificaciones en el curso de las deposiciones. A lo sumo representarán un dato valioso, pero a condición de que acudamos al examen radiológico del colon ante cualquier sujeto que presente diarrea o estreñimiento persistentes o bien haya sufrido un cambio en su hábito normal de evacuación, sobre todo si el individuo tiene más de treinta y cinco años de edad.

3.º *Período de obstrucción.*—La oclusión intestinal incompleta se suele manifestar en forma de crisis cólicas intermitentes.

Nosotros hemos observado las crisis seudooclusivas en diez y seis de nuestros casos, lo cual representa un 53'3 %. Este síndrome se presenta con la mayor frecuencia en los cánceres del colon izquierdo y más concretamente en los del sigma; el tipo del tumor a este nivel así lo exige.

Nuestros seis casos de cáncer de sigma presentaron todos crisis obstructivas. Si embargo, aunque en menor proporción, también la presentaron sujetos afectos de cáncer de colon ascendente (tres casos); uno con cáncer del ángulo hepático y cuatro casos con localización en el transversal.

En el lado derecho, más que al tipo anatómico de la neoplasia cabe achacar la obstrucción a los fenómenos espasmódicos e inflamatorios que la acompañan; pero, generalmente, cuando existe verdadero dolor no suele ser de este tipo.

Los fenómenos obstructivos pueden aparecer, aparentemente, de una manera brusca y, si se les conocen los síntomas premonitorios, puede simular una oclusión banal no neoplásica. Sin embargo, por un interrogatorio bien dirigido, se llega a la conclusión de que antes de la crisis obstructiva había ya trastornos intestinales más o menos intensos al mismo tiempo que aumentaban la anorexia y la pérdida de peso.

HEMORRAGIA INTESTINAL.—Este síntoma puede aparecer en todos los periodos evolutivos de la enfermedad.

A juzgar por nuestros casos, creemos que la enterorragia no es un síntoma precoz, puesto que en ninguno de ellos fué el comienzo de la afección.

En lo referente a la localización tampoco puede servirnos este síntoma para diferenciar los cánceres de las dos mitades del colon. A excepción de nuestros dos casos con lesión en el ángulo hepático,

los restantes presentaron todas pérdidas sanguíneas, macroscópicas, sin que exista superioridad manifiesta por ninguno de los dos segmentos cólicos (cinco casos derecho, cinco de colon izquierdo y tres del transversal).

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LOS SUJETOS AFECTOS DE CÁNCER DE COLON.—En el momento de acudir los enfermos a nuestra consulta, presentaban una marcada desnutrición, doce de los treinta casos que presentamos.

La palpación abdominal nos reveló en el 86.5 % de los casos la presencia de una tumoración (veintiseis casos) y en un caso pudimos observar una gran defensa muscular. A pesar de que la desproporción es escasa y no podemos sacar deducciones importantes, hemos comprobado que la palpación del vientre se presentó positiva en mayor número de casos de colon derecho que de izquierdo (quince y once respectivamente), ocupando lugares de preferencia la región del ciego ascendente y el sigma.

DIAGNOSTICO

En todo enfermo en el que los síntomas clínicos hagan sospechar la presencia de un cáncer cólico, es indispensable recurrir a ciertas exploraciones complementarias, y con mayor razón si, además, hemos encontrado que la exploración física no es todo lo normal que deseamos.

Lo inexcusablemente indicado es practicar el tacto rectal, la rectosigmoidoscopia y la exploración radiológica.

En nuestros casos nos fueron poco provechosos los dos primeros métodos exploratorios, toda vez que los que asentaban en el sigma estaban situados precisamente en su unión con el descendente.

Exploración radiológica.—El colon puede ser explorado por dos medios: por vía oral y por enema opaco. Ambos tienen sus requisitos e indicaciones característicos; pero el método de elección para los cánceres de colon es el enema opaco.

Los signos radiológicos del cáncer de colon pueden dividirse en indirectos y directos.

INDIRECTOS.—Entre ellos pueden mencionarse:—a) Dilatación del colon por encima de la estenosis; sólo se presenta cuando la estenosis es muy acentuada, por motivos fáciles de comprender.—b) Hiperexcitabilidad por encima de la lesión.—c) Evacuación incompleta. La porción de colon situada por encima de la lesión se vacía incompleta y tardíamente; si es lesión estenosante, por la estenosis; si es ulcerada, debido al espasmo.

DIRECTOS. —

Los elementos de criterio directos para el diagnóstico radiológico de una neoplasia del colon, pueden resumirse como sigue:

1.º *Defecto de repleción.* — Corresponde este signo a los tumores de forma vegetante.

2.º *Estenosis.* — Corresponde a las formas infiltrantes. A nivel de la infiltración, el colon se transforma en un tubo cilíndrico, rígido e inextensible, en forma de manguito.

Cuando la lesión es puramente esclerótica, además de la detención de la papilla y dilatación de los segmentos infraestenóticos, la zona estenosada del intestino queda reducida a un reguero de bordes irregulares, de situación media, en la sombra del colon.



FIG. 6.—Enema opaco. Estenosis en manguito a nivel del tercio distal del transversal, de contornos y limitación bruscos. Dilatación de la zona preestenótica y desaparición de las haustras cólicas. (Caso D. R. R.)

EXAMENES DE LABORATORIO

En nuestros treinta casos de cáncer de colon, el número de glóbulos rojos no pasó de 4.000.000 en el 56'6 % (diez y siete casos). De ellos, diez casos correspondían al colon derecho.

Ninguno de nuestros casos presentó la anemia en el período inicial sino en fase avanzada de la lesión, época en que acudieron la mayoría de los enfermos.

En cuanto a los Leucocitos, las cifras extremas correspondieron a 18.000 (un caso de cáncer del ángulo esplénico) y 5.300 (un caso de cáncer de colon ascendente). Su contaje leucocitario apenas si aporta datos de importancia para el diagnóstico del cáncer de colon.

En cuanto a la Velocidad de Sedimentación, su normalidad tampoco sirve para desechar la presencia de un cáncer de colon.

HECES.—De nuestros casos: fueron investigadas las hemorragias ocultas en diez y siete. Se utilizó en todos ellos la Reacción de ADLER, de la Bencidina y con anterioridad al examen fueron sometidos a un régimen lácteo. He aquí los resultados obtenidos:

Positividad, diez casos (58,8 %). Negatividad, siete casos (41,1 %).

En algunos de ellos, la presencia de hemorragias ocultas existían aún sin haber tenido en el curso de la afección hemorragias macroscópicas.

Ahora bien, la negatividad de la Reacción de ADLER no nos autoriza a negar la existencia de un proceso neoplásico.

DIAGNOSTICO PRECOZ

No existe ningún síntoma que podamos considerar como típico de la afección. Ha de ser la sospecha inspirada y la suma de todos los daños que ya hemos hecho constar los que nos pongan en guardia para descubrir el cancer en un período precoz y, como tal, en un momento apto para obtener las mayores posibilidades quirúrgicas.

A pesar de todo lo dicho, cuando los enfermos acuden a la consulta lo hacen ya en un período bastante avanzado de la enfermedad, lo cual se revela, aparte de otros signos, por la presencia de una tumoración palpable, que como es lógico, de ninguna manera puede hacernos pensar que la neoplasia está en el comienzo de su evolución.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de los cánceres de colon es difícil incluso en el acto operatorio.

Los cánceres del colon derecho pueden confundirse con diferentes afecciones, según se palpe o no la tumoración.

Cuando la tumoración no es palpable, las afecciones con las cuales se pueden confundir son: la poliposis intestinal, colitis ulcerosa crónica y apendicitis.

Cuando la neoplasia es palpable, hay que tener en cuenta las tumoraciones extracólicas (cánceres de riñón, vesícula biliar, etc.), los tumores cólicos de otro tipo (sarcoma, lipoma, tumores inflamatorios, tuberculosis intestinal hipertrófica, actinomicosis, etc.) y la sigmoiditis hiperplásica.

CANCERES METASTASICOS DEL COLON

El colon puede ser afectado secundariamente por neoplasias existentes en otros órganos, bien sean digestivos o extradigestivos. Con gran frecuencia son los cánceres gástricos los que invaden posteriormente el intestino grueso.

COMPLICACIONES

Aparte la ulceración, la infección secundaria y la formación de abscesos, las complicaciones más importantes son: la oclusión intestinal, la perforación y la fistulización.

PRONOSTICO

El cáncer de colon es una enfermedad de pronóstico sombrío, pero comparado con el del resto del Aparato Digestivo, es mucho más favorable debido a su evolución relativamente lenta.

Por término medio, puede decirse que la duración de la enfermedad es de año y medio a dos años, siendo de peor pronóstico los cánceres del asa sigmoidea, debido a que es más común la presentación de la oclusión aguda y a su mayor mortalidad operatoria.