

Cáncer de colon y recto

Dr. Diego Quijada Pino.¹ Dr. Humberto Flisfisch Fernández.²

Introducción:

El Cáncer Colo-rectal (CCR) constituye un importante problema de Salud Pública, corresponde a la segunda neoplasia más frecuente en países desarrollados con una incidencia de 58 por 100.000 habitantes al año y una tasa de mortalidad de 30 por 100.000 habitantes. En Chile ocupa el tercer lugar como causa de muerte entre los cánceres digestivos, con una tasa de mortalidad de 6,2 por 100.000 habitantes (1).

Al momento del diagnóstico, el 14% de los pacientes se encuentra en estadio I, 28% en estadio II, 37% en estadio III y 21% en estadio IV (1). El 95% de los CCR corresponden a adenocarcinoma.

1.- Etiopatogenia:

Corresponde a un proceso neoplásico donde intervienen alteraciones genéticas que involucran autosuficiencia en señales de crecimiento, insensibilidad a señales de no crecimiento, evasión de apoptosis, crecimiento replicativo ilimitado, sostener angiogénesis y desarrollar la capacidad de invadir otros tejidos, involucrando distintos grupos génicos, entre ellos:

- Oncogenes_ k-ras; c-myc; c-erb2
- Supresores: APC; DCC; P53.
- Vía de inestabilidad cromosomal.
- Vía error en reparación de ADN microsatélite, etc. (2)
- 50-90% CCR se origina a partir de un pólipo adenomatoso (1).

2.- Factores de riesgo:

Los factores más comúnmente relacionados con incidencia de CCR son:

¹Medico Integral, Consultorio Barros Luco. SSMS

² Profesor del Dpto. de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

- Factores genéticos: Corresponden a un 15-20% de los casos, siendo las patologías mejor estudiadas el Cáncer de Colon hereditario no polipósico y la poliposis adenomatosa familiar (1).
- Factores dietéticos: se ha asociado a la dieta rica en grasas y pobre en fibras con mayor incidencia de cáncer (1); sin embargo, la evidencia al respecto no es concluyente y en un ensayo controlado randomizado que enroló a cerca de 50.000 mujeres post menopáusicas, modificando la dieta del grupo en estudio hacia un mayor consumo de fibras vs. Controles que mantuvieron su dieta habitual, se demostró que no había disminución de la incidencia de este cáncer (3).
- Otros factores: Se ha encontrado que la DM tiene un RR = 1.5. Las enfermedades inflamatorias intestinales pueden aumentar el riesgo de CCR hasta 10 veces (1).

3.- Cuadro clínico:

La sintomatología dependerá de la ubicación del tumor, pudiendo ser asintomático o causar los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal
- Cambio del hábito intestinal
- Distensión abdominal
- Masa palpable
- Sd. anémico
- Compromiso del estado general
- Hemorragia digestiva baja
- Obstrucción intestinal
- Perforación intestinal
- Compromiso de función hepática y/o respiratoria si hay metástasis (1).

4.- Diagnóstico:

Existen diversas alternativas diagnósticas siendo el concepto más importante a recordar que el diagnóstico debe ser precoz. Se han desarrollado diversos métodos de tamizaje, entre los que se encuentran:

- Test de hemorragia oculta en deposiciones (THOD)
- Sigmoidoscopia flexible
- Enema baritado con contraste (de doble contraste)
- Colonoscopia larga
- Colonoscopia virtual
- Marcadores de ADN (genes P53, BAT26, APC) (4).

De estas alternativas, la más estudiada es el test de sangre oculta en deposiciones, que ha demostrado reducir la mortalidad en un 20% (4).

Un ensayo prospectivo diseñado para detectar adenomas avanzados encontró que:

- Colonoscopia: sensibilidad = 100%
- Enema baritado: S = 96,7%

- Sigmoidoscopia flexible: 83,3%
- T.H.O.D.: S = 20% (5)

El método utilizado y el momento a utilizarlo debe ser seleccionado caso a caso, analizando los factores de riesgo y la realidad del medio; en Chile no existe un método de tamizaje protocolizado, por lo que la anamnesis completa y el examen físico incluyendo tacto rectal, son herramientas fundamentales.

5.- Factores pronósticos:

Tradicionalmente, se han aceptado como los más importantes: la extensión local del tumor, metástasis a linfonodos regionales, invasión de vasos linfáticos y sanguíneos, tumor residual luego de cirugía curativa y el grado de diferenciación tumoral (6).

A esto se puede agregar la presencia de células tumorales en líquido de lavado peritoneal con un RR = 2.2 (7).

Otro factor pronóstico importante es el estadio clínico, que se basa principalmente en la invasión que tenga el tumor de la pared del colon y estructuras vecinas y la presencia de metástasis a ganglios linfáticos regionales u órganos a distancia, describiéndose una sobrevida de 5 años que alcanza a 90% en estadio I y sólo un 10% en estadio IV (1).

6.- Tratamiento:

Consta de 3 herramientas básicas: cirugía, quimioterapia y radioterapia.

En términos quirúrgicos, las alternativas dependerán de la ubicación del tumor. En tumores de Colon se ofrecerán hemicolectomías más o menos ampliadas y en caso de Tu de recto, resección anterior o bien resección abdomino-perineal (1).

Un elemento fundamental para un adecuado resultado es la realización de una colostomía derivativa, que según un metanálisis que incluyó 11500 pacientes disminuye las tasas de dehiscencia anastomótica y, por lo tanto, de reoperación, mostrando incluso disminución de la mortalidad (8). Este punto es motivo actual de controversia entre los diferentes grupos.

Un aspecto para considerar en un futuro cercano lo constituye la cirugía laparoscópica, que según un ensayo clínico randomizado que incluyó 200 pacientes con carcinoma rectal, presenta similares complicaciones respecto a la cirugía abierta, con menos sangrado, hospitalización más corta y sin diferencias en tasas de recurrencia local ni en sobrevida libre de enfermedad (9).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Medicina 2009; 10 (26): 1730 – 36 Cáncer Colorrectal R. Molina et al.
- (2) Hardy RG, Meltzer SJ, Jankowski JAABC of Colorectal Cancer: Molecular basis of risk factors. Br. Med J. 2000; 321: 886-889.
- (3) Beresford SA, Johnson KC, Ritenbaugh C, et al. Low-fat dietary pattern and risk of colorectal cancer the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. JAMA 2006 Feb 8; 295:643-54
- (4) Atkin W. Options for screening for colorectal cancer. Scand J Gastroenterol 2003; 237 (suppl): 13-1
- (5) [Graser A](#), [Stieber P](#), [Nagel D](#), et al. Comparison of CT colonography, colonoscopy, sigmoidoscopy and faecal occult blood tests for the detection of advanced adenoma in an average risk population. Gut 2009 Feb; 58(2): 241 – 8 .
- (6) Compton CC, Fielding LP, Burgart LJ, *et al.* Prognostic factors in colorectal cancer—College of American Pathologists Consensus tatement 1999. Arch Pathol Lab Med 2000;124:979–94
- (7) Kato H, Yamashita K, Sato T, et al Prognostic significance of peritoneal tumour cells identified at surgery for colorectal cancer. Br J Surg 2009 Jul; 96 (7): 769 – 77.
- (8) Tan WS, Tang CL, Shi L, Eu KW. Meta-analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. Br J Surg 2009 May; 96 (5): 462 – 72.
- (9) Lujan J, Valero G, Hernandez Q, et al. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery in patients with rectal cancer. Br J Surg 2009 Sep; 96 (9): 982 – 9.