

# Comentario al trabajo presentado por el Dr. José Antonio Lacouture Dangond

Académico Dr. Gonzalo López Escobar

## Generalidades

**E**l carcinoma colo-rectal es una enfermedad relativamente frecuente; se ha observado, en la última década, un aumento de la incidencia, siendo más notoria en los países occidentales e industrializados, de estrato socio-económico elevado; es la segunda causa de muerte en los Estados Unidos, Canadá y Reino Unido.

En Colombia, según el Atlas de estudio correspondiente a los años 1990-1996, del Instituto Nacional de Cancerología, ocupa el sexto lugar y es similar en ambos sexos.

En Estados Unidos se diagnostican entre 150.000 y 180.000 casos nuevos cada año.

Se considera enfermedad genética por inestabilidad y acumulación de alteraciones genéticas, estructurales y funcionales acumulativas dando por resultado mutaciones dañinas como la pérdida de cromosomas y la desproporción del ADN.

Las mutaciones afectadas se aprecian en el brazo largo del cromosoma 5- en la banda q-21, así como APC, K-ras; 18q-TP53, 17p.

La biología molecular y sus nuevas técnicas permiten conocer estas mutaciones secuenciales y por lo tanto poder detectar enfermedad incipiente con base en imágenes biológicas y los análisis moleculares; los bio-marcadores pueden indicar individuos con riesgo de cáncer.

Los marcadores microsatélites detectan mutaciones y los estudios inmunohistoquímicos señalan alteraciones de las proteínas. El adenoma es el principal precursor del cáncer colo-rectal.

## Factores de riesgo

**Predisposición genética.** La herencia indica susceptibilidad con carácter autosómico dominante: a) Pólipos adenomatosos, familiar y los síndromes de Garder (osteomas, quistes epidérmicos, tumores

desmoides); Turcot (recesivo = tumores del S.N.C.). Peutz-Jeghers (pólipos hamartomatosos, manchas melánicas en mucosa oral y piel); b) No polipoide: Lynch I (con cáncer sincrónico o metacrónico) y el Lynch II (con otras neoplasias, ovario, seno, estómago, páncreas, tiroides).

**Dieta.** Consumo de alimentos ricos en grasa y proteínas de origen animal, azúcares refinados, ingesta baja de fibra, tabaco, alcohol. La elevación de los niveles de acidez gástrica juegan papel importante en el riesgo de adquirir cáncer. Las vitaminas A, C, D y E, el calcio y los micronutrientes (selenio) protegen la mucosa y hay menor riesgo de enfermedad. La aspirina en dosis pequeñas disminuye el peligro de cáncer.

**Lesiones premalignas,** colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, irradiaciones del intestino, mujeres con antecedentes de cáncer de seno u ovario.

El cáncer de colon es pues, de etiología multifactorial, por interrelación de factores genéticos y ambientales en continuo cambio.

## Manifestaciones clínicas

Según la localización anatómica y las características histológicas, tamaño y extensión: a) En el lado derecho tiende a ulcerarse con sangrado fácil (sangre oculta), anemia, anorexia, adinamia, pérdida de peso; b) En el lado izquierdo hay dolor obstructivo, disminución del calibre de las heces; c) Recto, hemorragia, dolor, pujo, tenesmo, trastornos urinarios.

## Diagnóstico (algoritmo)

Investigación exhaustiva de antecedentes familiares y personales; examen proctológico y pélvico rigurosos; exploración ganglionar; descartar y/o valorar

patología asociada; biopsia; radiología de tórax, ecografía, TAC de abdomen, ecografía endorrectal-I.R.M.

## Histología

Adenocarcinomas mucinoso-coloide, células en anillo de sello indiferenciado.

## Clasificación - Estadificación (T.N.M.)

Permite determinar el pronóstico. Los factores que influyen son:

Tamaño y grado de infiltración (penetración) en la pared del colon

Número de ganglios linfáticos comprometidos

Invasión o fijación a órganos adyacentes

Grado de diferenciación histológica

Márgenes de resección

Extensión de disección ganglionar

Metástasis a distancia

## Supervivencia

A 5 años. Cirugía radical ("curativa") 40-70 % (9-49 %)

## Recurrencia

Metástasis.

Recurrencia local a los 5 años: a) colon 1 a 19 % (7%); b) recto 7 a 33 % (16%).

Recidiva a nivel de anastomosis: 5 - 18 %

Sutura intraluminal: 5 - 8 %

Metástasis hepática durante la cirugía: 10 a 20 %.

En cualquier momento: 25 a 30 %.

Metástasis del pulmón: 10 a 20 %.

Metástasis del ovario: 2 a 8 %.

Cerebrales y óseas: poco frecuentes.

## Metástasis hepáticas. Factores de supervivencia

- 1- Volumen y número de lesiones hepáticas.
- 2- Presencia de enfermedad extrahepática.
- 3- Metástasis ganglios mesentéricos.
- 4- Concentración A.C.E.
- 5- Edad del paciente y estados patológicos asociados. Reserva funcional hepática. Recurrencia nuevas metástasis hepáticas 25 a 53% y se deben, siempre que sea posible, reseccarlas.

Supervivencia después de resección de metástasis hepáticas a los 3 años: 40% y a los 5 años: 25%.

Se debe controlar con ultrasonografía o TAC hepático cada 3 meses por 2 años.

## Vigilancia postoperatoria

El objetivo es la detección temprana de la recurrencia o la aparición de una nueva neoplasia.

## Métodos

Interrogatorio y examen físico, proctológico (control médico), dolor abdominal o pélvico, ritmo hábito intestinal, hemorragia rectal, malestar general, tos.

Laboratorio: Cuadro hemático, marcadores tumorales (A:C:E:), pruebas de funcionamiento hepático.

Endoscopia flexible, importante.

Imágenes diagnósticas: Rx tórax, ultrasonografía de abdomen (57%), TAC abdominal (95%), Medicina Nuclear, Tomografía por emisión de positrones (obtención de imágenes funcionales).