

Principios de cáncer colon-rectal

Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora—Septiembre 2018

Ponencia: Dr. Gómez-Rodríguez José Eugenio

Redactó: Espinoza-Sánchez Francisco Leobardo y Galindo-Córdova Karem



Figura 1.7

Liston representativo del cáncer de colon (autor:

Mientras la incidencia de cáncer es común en nuestro país, han habido países en los cuales la incidencia ha ido decayendo desde 1985, incluso vemos que en estos países el declive de la incidencia de cáncer de colon no es uniforme en todos los grupos de edad, la explicación es sencilla: en esos países donde se ha visto el declive es porque a partir de ese año por medidas de prevención para el cáncer de col-

lon. La colonoscopia, como bien sabemos, es un método diagnóstico presuntivo de cáncer, no nos ayuda solamente a observar las etapas tempranas del mismo, sino que también nos ayuda a ver pólipos que, aunque no son dañinos existe la evidencia del desarrollo de cáncer después de una poliposis. Y ahora la pregunta es ¿por qué está aumentando en grupos de edad más jóvenes? Dado que la incidencia es todavía relativamente baja no se consideran grupos blanco para las campañas de diagnóstico oportuno.

Hablando de los factores de riesgo, algunos estudios epidemiológicos apuntan a la obesidad, pero su correlación resulta compleja, se ha visto una mayor relación con el perímetro abdominal que con el índice masa corporal lo que nos apunta como principal factor de riesgo a la grasa abdominal. El ejercicio físico también tiene correlación con el cáncer colorectal, pero éste se aprecia si lo comparamos con el índice de masa corporal, así mismo sabemos que una persona que hace ejercicio físico tiene menor cantidad de sustancias proinflamatorias como la prostaglandina E2 dado que el ejercicio físico nos produce una mayor actividad intestinal y por lo tanto un menor contacto de las sustancias carcinógenas con el epitelio. La terapia hormonal sustitutiva en mujeres que ya pasaron su menopausia también tiene una co-

rrelación según varios estudios que se han hecho en poblaciones grandes, pero se ha visto que se tiene el efecto protector en mujeres que llevan poco tiempo de haber empezado esta terapia hormonal sustitutiva.

El tabaco sabemos que tiene sustancias nocivas que puede afectar a varios órganos y en el caso del Colón tiene la facultad de producir adenomas aumentando el riesgo de dos a cinco veces por lo que según estudios aproximadamente el 22% de los cánceres de Colón se han causado por este. La ingesta de agentes antiinflamatorios no esteroideos se ha relacionado a un efecto protector sin embargo se ha llegado el consenso de no utilizar dichos elementos como profiláctico contra el cáncer. La única excepción es en pacientes con síndrome de Lynch ya que tiene una predisposición genética a padecer varios tipos de cáncer, a ellos se les recomienda el uso de Aspirina.

La dieta es otro factor de riesgo que ha sido muy estudiado, y se observa que consumo de muchas calorías, independientemente que la fuente sean carbohidratos, proteínas o grasas, es el verdadero factor de riesgo. En Sonora se destacan este factor de riesgo por el consumo de carnes rojas y los métodos de cocina, lo que pasa es que el método de cocción hace que reaccione con ciertos aminoácidos liberando sustancias pertenecientes a 2 familias, unas son las aminas aromáticas heterocíclicas y los carbohidratos aromáticos policíclicos. Por lo que, al momento de cocinar la carne se deforman pocas o muchas de estas sustancias que se absorben y se metabolizan en el hígado, posteriormente se desechan en la bilis y entra en juego el mecanismo genético por el cual se tiene predisposición o no de formar sustancias más carcinogénicas las cuales tendrán contacto con las vellosidades del colon.

La vitamina D se entiende como un mecanismo protector pero también hay estudios que dicen que mucha vitamina D puede predisponer a la formación del



cáncer, el ácido fólico también tiene efecto protector y la fibra siendo uno de los componentes más controvertidos y mejor estudiados; unos estudios indican una correlación entre mayor cantidad de fibra consumida y la incidencia de cáncer pero ningún estudio de intervención ha confirmado la correlación por lo que como médicos, no hay ningún problema ni debe haber cargo de conciencia al recomendarla.

Como bien mencionamos los pólipos son un factor de riesgo para la aparición de cáncer, pero no todos los tipos de pólipos, los pólipos adenomatosos sí muestran correlación etiológica y algo que conocemos desde hace mucho tiempo es que tener un familiar de primer grado con cáncer de colon aumenta nuestra probabilidad de padecerla. El consejo genético a esas personas debe ser una estrategia que el médico tiene a su disposición, además podemos encontrar síndromes como el síndrome de poliposis familiar, el cual no representa una incidencia muy grande de los pacientes con cáncer de colón (1%) pero aun así, las personas con este síndrome es muy probable que acaben con este cáncer.

Existen dos tipos de cáncer de colon el polipósico y el no polipósico. Se le denomina no polipósico porque tiene una menor cantidad de pólipos que su contraparte, además, el grado de hematización no es tan alto, pero es importante. La diseminación puede ser por vía hematogena o linfática; cuando es por vía hematogena si es importante determinar el lugar del tumor. Si hay diseminación al hígado podemos atribuir la una diseminación por la porta a partir del colon ascendente y si es de recto se puede ir a pulmón.

Si encontramos pacientes con factores de riesgo o predisposición genética no hay que esperar a tener el cuadro clínico franco, desde este punto podemos someterlo cada año a una colonoscopia profiláctica. El cuadro clínico incluye sangrado de tubo digestivo bajo que mientras más cerca del ano sea la afectación la sangre será más roja, más fresca. Una diferencia en la forma de las heces y el dolor abdominal también son síntomas del cáncer colorrectal, presencia de masa palpable y obstrucción predominantemente en lado derecho. En el laboratorio podemos observar anemia ferropriva dado el sangrado que

puede ser microscópico o macroscópico el cual se puede manifestar con debilidad por lo que si tenemos una persona que no muestra sintomatología sin embargo en el examen tenemos la presencia de una anemia ferropriva debemos pensar en

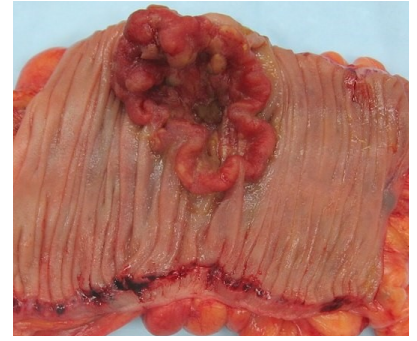


Figura 1.8 Cáncer de colon en pieza resecada del colon sigmoide producto de una colectomía (autor: Emmanuelm).

un sangrado de tubo digestivo el cual puede ser causado por cáncer o por cualquier otra manifestación. La obstrucción intestinal también es destacable, se presenta mas frecuencia en neoplasias del lado izquierdo. El diagnóstico se corrobora con biopsia que se puede hacer por colonoscopia además de la solicitud de exámenes según la sintomatología.

El antígeno carcinoembrionario es conveniente pedirlo antes de cualquier manejo pues este antígeno nos da la posibilidad de ubicar la evolución de la enfermedad. Los estudios de imagen como el ultrasonido, la TAC y la resonancia magnética son útiles antes de hacer cualquier procedimiento quirúrgico para ver si no hay invasión del tejido perirrectal, el diagnóstico temprano se realiza mediante la colonoscopia tradicional, aunque actualmente existe otros métodos de diagnóstico como la colonoscopia virtual por tomografía en la cual se necesita un entrenamiento como radiólogo o por lo menos mucha práctica para efectuar el estudio. La enfermedad metastásica se da principalmente a los ganglios regionales, hígado y pulmón sobre todo al inicio de la enfermedad avanzada. Pero ya en enfermedad avanzada de tiempo prolongado es probable encontrar metástasis en ovarios y suprarrenales.

Los tratamientos van desde cirugía receptiva y radioterapia, la cual es muy importante más en el cáncer de recto que por lo general se da de manera preoperatoria para reducir el tamaño de la malignidad y que el cirujano tenga que sacrificar el esfínter el paciente.