

Panel: Actualidades en la detección y manejo del cáncer Colon-rectal

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

Ponencia: Dr. Ávila-Monteverde Enrique, Dr. Rivera-Márquez Raúl, Dr. Gómez-Rodríguez José Eugenio, Rojas-Mondragón Leonardo

Redactó: Galindo-Cordoba Karem

La incidencia de cáncer representa el 3er lugar de morbilidad a nivel mundial, después de diabetes e hipertensión. A nivel nacional los médicos solo diagnostican el 6% de los pacientes y en promedio pasan por 5 médicos distintos antes de llegar al diagnóstico; lo que representa que el paciente inicie su tratamiento de 2 a 3 meses después de ver al primer médico. Una estrategia propuesta en conjunto por el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), la Secretaría de Salud (SS) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), es volver la materia de oncología obligatoria en todas las escuelas de medicina del país, pues solo 10% la llevan como materia obligatoria y el otro 90% como materia optativa.

Dentro del aspecto de la aparición del cáncer colorectal en la población los síndromes hereditarios son importantes. El “síndrome de Lynch” o cáncer colorectal polipósico familiar representa hasta 5% del total de casos de cáncer de colon. Este síndrome presenta herencia autosómica dominante en donde el 90% de los genes mutados son NSH2 y NLH1. Dentro de estas mutaciones la alteración principal es la inestabilidad micro satelital, en el 90% de los casos, sin embargo, 15% de los pacientes con cáncer colorectal presentan inestabilidad micro satelital sin presentar este síndrome. El riesgo de presentar cáncer con estas mutaciones a lo largo de la vida es de 70% a 85% con riesgo de presentación colónica y extracolónica (principalmente endometrio, estómago y ovario); la edad típica de presentación es de 45 años con múltiples antecedentes heredofamiliares (AHF) de cáncer de colon, sobre todo del lado derecho.

La oncología ha estudiado el comportamiento del cáncer de colon del lado derecho y del lado izquierdo, resultando en grandes diferencias. Prácticamente se puede afirmar que son enfermedades distintas ya que los pacientes con cáncer de colon derecho presentan más mutaciones, responden menos a tratamientos y por lo tanto peor pronóstico. Las teorías

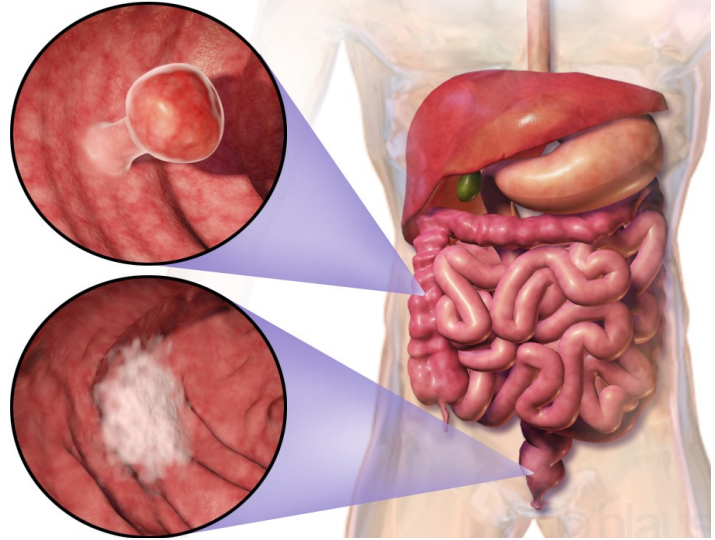


Figura 1.13 Imagen digital que presenta una ampliación del colon ascendente y recto con sus neoplasias. (autor y propietario: Blausen Medical Communications, Inc)

que originan este comportamiento abundan, estando algunas asociadas al síndrome de Lynch por ser sus mutaciones predominantes en colon derecho con 35% de neoplasias múltiples sincrónicas o metacrónicas.

Existen diversos criterios clínicos para conformar el diagnóstico, en donde los AHF y los criterios de Amsterdam 2 son los más importantes. En base a esto, se categoriza al paciente de la siguiente manera:

- 0: Paciente no tiene pólipos
- 1: Paciente con AHF de cáncer de colon antes de los 50 años
- 2: Afectación de 2 generaciones consecutivas
- 3: 3 o más familiares afectados por cáncer no polipósico o neoplasia relacionada

Los criterios de Bethesda ofrecen una alternativa a los criterios de Amsterdam pues agrega información histopatológica.

Además del síndrome de Lynch no se deben de olvidar otros síndrome hereditarios como el de Peutz



Jeghers en donde se presenta herencia autosómica dominante, en donde la mutación del gen STK11 da las características clínicas clásicas de pigmentación mucocutánea sobre todo en boca y poliposis adenomatosa.

Un estudio primordial en la valoración del paciente con sospecha o diagnóstico de cáncer colorrectal es la colonoscopia. En EUA se realizan 33.3 millones de colonoscopias al año por distintas indicaciones. Los principales señales e indicaciones de colonoscopia son: cambios en las evacuaciones, anemia recurrente o crónica, enfermedad inflamatoria intestinal y seguimiento del paciente con cáncer de colon (al año de la cirugía, a los 4 y a los 9 años). Otras indicaciones de importancia son: paciente sano de 50 años, sangrado de intestino bajo y AHF de cáncer de colon en familiar directo. Las recomendaciones para el estudio son: personal capacitado para el adecuado adiestramiento, utilizar material de alta resolución, realizar el estudio por la mañana, realizar colonoscopias completas (valoración de los últimos centímetros del íleo terminal y del colon en su totalidad en un tiempo mayor a 10 minutos) o colonoscopias confiables (revisión del colon con índice de detección de pólipos de 25% a 35%).

El tratamiento del cáncer de colon suele tener un abordaje quirúrgico en el cual los principios son: resección del tumor primario, la escisión del mesocolon íntegro, retirar tejido vascular central, neural y periférico con todas las capas embrionarias que envuelven al colon; además los bordes microscópicos deben estar libres de tumor en el estudio histopatológico después de la cirugía. En los tumores del lado derecho un objetivo es resecar la arteria cólica derecha, la rama derecha de la cólica media, seccionar el mesocolon transversal y parte del íleon terminal. Mientras que en los tumores del colon izquierdo se realiza ligadura central o alta de la arteria mesentérica inferior, realizando la disección de los ganglios solicitados que deben de ser un mínimo de 12 ganglios encontrados en una pieza quirúrgica; la falta de esta resección de ganglios podría obligar al paciente a la administración de quimioterapias innecesarias. Si el tumor está en el colon sigmoidees se realiza resección anterior en donde se segmenta todo lo que

este irrigado por la arteria mesentérica inferior en el colon descendente, todo el colon sigmoidees y el tercio superior del recto.

Aunque el cáncer de recto forma parte del intestino grueso tiene características anatómicas diferentes que nos permiten tener precauciones especiales. Este cáncer se observa con más frecuencia en personas más jóvenes. Las válvulas de Houston nos dividen al recto en el recto superior, medio e inferior. La irrigación junto con el drenaje linfático se observa en esa zona que va confinado por parte de la región de la mesentérica inferior siguiendo el trayecto de las arterias hemorroidales. En los tumores de la parte superior y de la parte media permiten que se conserve la función rectal, en cambio los tumores de la parte inferior del recto solamente en condiciones muy específicas podrían llegar a conservar el esfínter. El mesorrecto, es una estructura que está confinada en la parte posterior por la fascia de Waldeyer y que va a contener la mayor cantidad de ganglios linfáticos de esa zona. La condición es que en la resección de estos ganglios linfáticos y la cantidad de los ganglios resecaos nos hablan de la calidad de vida que pueda tener la persona y los objetivos son muy parecido a los mencionados en cirugía de colon. Cuando se realiza una cirugía completa y se extraen todos los ganglios del mesorrecto existe una disminución de hasta el 40% de la recurrencia del tumor. La cantidad de ganglios que se deben de resecar en este tipo de cirugía son por lo menos 12. Con la técnica quirúrgica adecuada se puede haber logrado hasta un 89% de supervivencia en estos pacientes, es por esta razón que el cirujano es un importante factor pronóstico para la enfermedad.

En cuestión del tratamiento médico se da en 3 circunstancias principalmente: antes de la cirugía (en casos de cáncer de recto que se da junto con radioterapia), con el objetivo de mantener la distancia entre la enfermedad y el margen quirúrgico para que una cirugía conservadora de esfínter se pueda dar, dejando al paciente con la función del recto preservada. La segunda situación es cuando el paciente ya si ha sometido a cirugía, pero las características del tumor se requeriría un manejo farmacológico. Por último, se da en situaciones paliativas con cánceres muy



citotóxicos como la ciclosporina y la ciclofamida; mientras que hay otros tratamientos de “blanco molecular” como:

- Medicamentos contra VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular): Bevacizumab, Ramucirumab y Ziv-aflibercept
- Medicamentos contra EGFR (factor de crecimiento epidérmico): Cetuximab y Panitumumab

La terapia adyuvante se da según la clasificación de las etapas de tumor. En los tumores sólidos del adulto la clasificación se hace tomando en cuenta principalmente tres características del tumor, como lo son el tamaño del tumor primario, la presencia o ausencia de ganglios regionales, además se puede clasificar en ganglios según su cantidad o región en donde se encuentran, y la presencia o ausencia de metástasis. En el caso de los tumores del tubo digestivo en general primeramente colon y recto, no se atiende necesariamente al tamaño, sino que más bien al grado de penetración. Ahora volviendo a la clasificación por etapas, ahora se denomina como 1, 2, 3 y 4. Teóricamente el clasificarlos de esta manera nos da los grupos que nos indican su pronóstico, sin embargo, tiene sus imperfecciones ya que por ejemplo algunos tumores 2b tiene un peor pronóstico que algunos en etapas 3, por eso la importancia de conocer bien las características del tumor para saber en qué caso de etapas 2 se proporcionará tratamiento adyuvante. Para esos pacientes en etapa 2 que se cree que podría necesitar terapia adyuvante el factor determinante es

la presencia de 12 ganglios en la muestra, esto indica tratamiento. Existen estudios que nos hablan si es recomendado dar tratamiento adyuvante cuando el tumor se encuentra en etapas 2 o etapas 3 y que tan completan la quimioterapia debe ser. En la actualidad se ha visto que, sin duda, el dar tratamiento a las etapas 2 y 3 le beneficia muchos más al paciente que el no darla. Y entre más factores de riesgo presente el paciente, más recomendado será proporcionar el tratamiento adyuvante. En cambio, en etapa 1 el dar tratamiento adyuvante puede resultar contraproducente, pues son más los riesgos de morir por alguna complicación del tratamiento que por la enfermedad en sí.

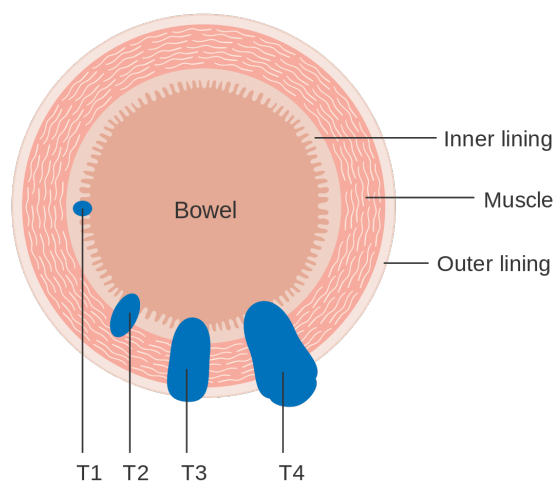


Figura 1.14 Representación de la clasificación T del cáncer de colon. (autor y propietario: Cancer Research UK) .