

CANCER DE COLON

DR. KENJI KIMURA F.

El cancer de colon es la segunda neoplasia más común en los Estados Unidos con más de 145,000 casos nuevos cada año. A pesar de los avances en el diagnóstico y en las técnicas quirúrgicas, la sobrevivencia a 5 años prevalece aproximadamente en una tasa de 50%.

Existen varios factores predisponentes para el carcinoma de colon:

- 1.- Adenoma previo
- 2.- Historia familiar de cancer de colon.
- 3.- Poliposis familiar.
- 4.- Síndrome de Gardner.
- 5.- Colitis ulcerativa crónica inespecífica de más de 7 años.
- 6.- Enfermedad de Crohn
- 7.- Radioterapia pélvica previa por cancer de ovario, útero, mama.

En la actualidad se acepta que la mayoría, si no es que todos, los carcinomas del colon se originan de adenomas preexistentes: la secuencia Adenoma - Carcinoma. Existen claras evidencias de esta secuencia como:

- 1.- Coexistencia de carcinoma en adenoma aparentemente benigno.
- 2.- Incremento de atipia celular cuando el pólipo incrementa su tamaño.
- 3.- Desarrollo invariable de carcinoma en pacientes con poliposis familiar.
- 4.- Disminución de la incidencia de carcinoma en pacientes con resección de pólipos.

Sin embargo persisten algunas dudas acerca de esta secuencia como:

- 1.- Frecuencia de progresión de adenoma a carcinoma.
- 2.- Tiempo promedio para la transformación maligna.
- 3.- Si todos los carcinomas se originan de adenomas.

Existen tres factores principales que determinan el riesgo de malignidad de un pólipo adenomatoso: El tamaño, el tipo histológico y el grado de displasia epitelial. El tamaño es el predictor más simple y práctico de malignidad, como se muestra en la siguiente tabla:

Tamaño	Incidencia de malignidad por tamaño.		
	Benigno	Cancer Temprano	Cancer Avanzado
<0.5 cm	99.4	0.4	-
0.5-1.0 cm	84.0	14.0	-
1.0-2.0 cm	44.0	50.0	6.0
2.0-3.0 cm	19.2	42.3	38.5
3.0-4.0 cm	-	23.2	76.8
4.0-	-	3.5	96.5

Ref.: Cancer Institute Hospital, Tokyo, Japan.

En el examen histológico los adenomas son: Tubular 75%, Vellosos

10% y vellostubular 15%. Los adenomas vellosos son los que presentan mayor frecuencia de malignidad (40%). La frecuencia de displasia aumenta con el incremento de tamaño del pólipo y es más elevado en las lesiones vellosas.

INVESTIGACION.

Se recomienda que los pacientes arriba de los 40 años de edad, sin un factor predisponente conocido sean sometidos a examen digital rectal en forma periódica, investigar sangre oculta en heces y sigmoidoscopia. El más importante es la investigación de sangre oculta en heces que tiene un valor predictivo de 5-10% en el cáncer de colon y 30-40% en los adenomas.

El estudio de colon por enema (y/o colonoscopia) es importante por el incremento en la proporción del carcinoma localizado en el ciego y colon ascendente. En pacientes con factores predisponentes conocidos, requieren una investigación más intensa y son candidatos para vigilancia con estudios periódicos de colon por enema.

COLON POR ENEMA.

La mayoría de los carcinomas avanzados de colon son fácilmente demostrados con el estudio baritado de colon por enema. La apariencia clásica de una gran masa intraluminal o una lesión estenosante anular con márgenes abruptos es muy característica. El carcinoma temprano puede presentarse como una pequeña masa polipoide, de contornos regulares y ser indistinguible de un tumor benigno. La técnica de doble contraste es más sensible para detectar cáncer de colon que el estudio convencional.

Detección de pólipos.

	> 1 cm	< 1 cm
Doble contraste	98%	70%
Método simple	57%	18%

Aun cuando el colon por enema es un método altamente preciso, es importante reconocer que pueden existir varios problemas que son causa de error para el diagnóstico de cáncer de colon:

Causas de error.

- 1.- Materias extrañas
 - Residuo fecal.
 - Moco
 - Burbujas de gas.
- 2.- Variaciones anatómicas
 - Dolico colon
- 3.- Patología coincidente
 - Enfermedad diverticular
- 4.- Fallas técnicas
 - Errores de percepción.
 - Impregnación inadecuada
 - Pobre distensión.
 - Técnica deficiente

EVALUACION PREOPERATORIA

Una vez que un carcinoma de colon ha sido detectado, la

Investigación preoperatoria debe dirigirse hacia dos consideraciones principales:

1.- Examen de la totalidad del colon.

La multiplicidad de las neoplasias del colon es común. Aproximadamente 5% de los pacientes tienen un tumor simultáneo, un tercio de los pacientes presentan por lo menos un pólipo adenomatoso adicional. Estos datos enfatizan la importancia de examinar la totalidad del colon.

2.- Investigación de enfermedad metastásica.

El hígado es el órgano que con mayor frecuencia es afectado por las metástasis de cáncer de colon. Son encontrados en un 15-20% de los pacientes en el momento de la cirugía. La extensión a través de la pared intestinal y la diseminación a ganglios linfáticos regionales es un hallazgo frecuente, de considerable significado pronóstico. Otros sitios de metástasis incluyen la cavidad peritoneal, glándulas suprarrenales y ovarios.

La evaluación de enfermedad metastásica puede realizarse por Ultrasonido, Tomografía computada o Resonancia magnética.

La endosonografía es un método preciso para detectar la diseminación perirectal con una sensibilidad reportada de 83-94% y es superior a la tomografía computada.

La tomografía computada ha sido utilizado con mucha frecuencia para la estadiación preoperatoria del cáncer de colon. Tiene la capacidad de valorar la extensión local, la presencia de adenomegalias y las metástasis hepáticas.

EVALUACION POSTOPERATORIA.

Después del tratamiento quirúrgico del cáncer de colon, los métodos de imagen diagnóstica deben enfocarse al reconocimiento temprano de enfermedad recurrente y la detección de metástasis.

De 30-50% de los pacientes, la enfermedad recurrente aparece en los primeros 2 años después de la cirugía. La recurrencia local se observa en un tercio de los casos, las metástasis predominantemente hepáticas en el 45% de los casos y enfermedad metastásica generalizada en el resto.

La tomografía computada es actualmente el método de imagen de elección para evaluar el carcinoma recurrente. Puede demostrar metástasis hepáticas, retroperitoneales o en la cavidad peritoneal, así como recurrencia local en la pelvis y provee una guía para la punción biopsia percutánea.

El estudio de colon por mmra es utilizado cuando existe sospecha de recurrencia en el sitio de la anastomosis o la investigación de cáncer metastásico que también se presenta en el 1% de los pacientes.