



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

QUINTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA  
HUMANA

TEMA: Cáncer colorrectal

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Medicina interna

UNIDAD IV

CATEDRÁTICO: Dr. Eduardo Zebadúa Guillén

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 03 DE DICIEMBRE DEL 2021

# CÁNCER COLORRECTAL

**DEFINICIÓN:** Neoplasia más frecuente se deriva de pólipos adenomatosos. Un pólipo es una protuberancia visible bajo el microscopio en la superficie de la mucosa, que se clasifican en desde el punto de vista anatomopatológico.

a) #1. Adenocarcinoma

## ETIOLOGÍA

- Pólipo adenomatoso: Se tardan más de cinco años en crecer lo suficiente como para manifestar expresión clínica.
- Pólipo juvenil: Hamartoma no neoplásico.
- Pólipo hiperplásico: Proliferación hiperplásica de la mucosa.

## FACTORES DE RIESGO

a. **Edad:**  $\geq 40$  años

b. **Dieta:** Hipercalórico, baja fibra, alta en carnes y alta en grasas.

- **Grasas animales:** Una hipótesis es que la ingestión de grasas animales origina una mayor proporción de anaerobios en la microflora intestinal, lo que provoca la transformación de los ácidos biliares normales en carcinógenos.
- **Resistencia a la insulina:** Las personas obesas desarrollan resistencia a la insulina, que se incrementa en forma gradual en la sangre y origina una mayor concentración de factor de crecimiento tipo insulina I (IGF-I, insulin-like growth factor type I). Este factor de crecimiento al parecer estimula la proliferación de la mucosa intestinal.

c. **Factores y Sx hereditarios**

**CUADRO 91-5** Síndromes hereditarios de poliposis intestinal (herencia autosómica dominante)

Síndrome	Distribución de los pólipos	Variedad histológica	Potencial maligno	Lesiones concomitantes
Poliposis adenomatosa familiar	Intestino grueso	Adenoma	Frecuente	Ninguna
Síndrome de Gardner	Intestinos delgado y grueso	Adenoma	Frecuente	Osteomas, fibromas, lipomas, quistes epidermoides, cáncer de la ampolla de Vater, hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina
Síndrome de Turcot	Intestino grueso	Adenoma	Frecuente	Tumores encefálicos
Síndrome sin poliposis (síndrome de Lynch)	Intestino grueso (a menudo proximal)	Adenoma	Frecuente	Tumores endometriales y ováricos
Síndrome de Peutz-Jeghers	Intestinos delgado y grueso, estómago	Hamartoma	Raro	Pigmentación mucocutánea; tumores del ovario, mama, páncreas y endometrio
Poliposis juvenil	Intestinos grueso y delgado, estómago	Hamartoma, rara vez degenera en adenoma	Raro	Diversas anomalías congénitas

- **Poliposis del colon:** Se caracteriza por la presencia de miles de pólipos adenomatosos en todo el intestino grueso. Se transmite de forma autosómica dominante. Los estudios moleculares han relacionado la poliposis del colon con una pérdida en el brazo largo del cromosoma 5 (que comprende al gen APC) tanto en las células neoplásicas (mutación somática) como en las células sanas (mutación de la línea germinativa).

- b) **Síndrome de Gardner:** Subclase de poliposis del colon; la presencia de tumores de los tejidos blandos y tumores óseos, hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina, desmoides mesentéricos y cánceres ampollares vinculados a los pólipos del colon.
- c) **Síndrome de Turcot:** Aparición de tumores malignos del sistema nervioso central que acompañan a los pólipos del colon.
  - El tratamiento con AINES como el sulindac y con inhibidores de la ciclooxigenasa-2 como celecoxib disminuye el número y el tamaño de los pólipos en los pacientes con poliposis de colon.
  - La colectomía sigue siendo el principal método de tratamiento y prevención.
- **Síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis):** Se hereda de forma autosómica dominante. Tiene las siguientes características:
  - a) Antecedente de tres o más familiares con diagnóstico histológico de cáncer colorrectal, uno de los cuales es un familiar de primer grado de los otros dos.
  - b) Uno o más casos en la familia de cáncer colorrectal antes de los 50 años de edad.
  - c) Cáncer colorrectal que afecta por lo menos a dos generaciones.

**Cuadro 22-3** Criterios para el diagnóstico del síndrome de Lynch

**CRITERIOS DE ÁMSTERDAM I**

Tres o más familiares afectados de cáncer colorrectal, uno de ellos de primer grado de los otros dos, y  
Afección de dos generaciones sucesivas, y  
Como mínimo en un caso el diagnóstico de cáncer colorrectal se efectuó antes de los 50 años de edad

**CRITERIOS DE ÁMSTERDAM II**

Tres o más familiares afectados de cáncer colorrectal u otras neoplasias relacionadas (endometrio, intestino delgado, uréter o pelvis renal), uno de ellos de primer grado de los otros dos, y  
Afección de dos generaciones sucesivas, y  
Como mínimo en un caso el diagnóstico de la neoplasia se efectuó antes de los 50 años de edad

**CRITERIOS DE BETHESDA REVISADOS**

Cáncer colorrectal diagnosticado antes de los 50 años, o  
Cáncer colorrectal sincrónico o metacrónico u otra neoplasia asociada al síndrome de Lynch (endometrio, estómago, ovario, páncreas, urinario, cerebro, intestino delgado), con independencia de la edad, o  
Cáncer colorrectal con infiltración linfocitaria, células en anillo de sello o crecimiento medular diagnosticado antes de los 60 años, o  
Cáncer colorrectal y uno o más familiares de 1.º grado con una neoplasia asociada al síndrome de Lynch diagnosticada antes de los 50 años, o  
Cáncer colorrectal y dos o más familiares de 1.º o 2.º grado con una neoplasia asociada al síndrome de Lynch, con independencia de la edad

- d. **Enfermedad intestinal inflamatoria:** Las neoplasias parecen ser más frecuentes en los pacientes con colitis ulcerosa que en los que padecen colitis granulomatosa. El riesgo es mayor en los pacientes más jóvenes con pancolitis. Los síntomas como diarrea sanguinolenta, dolor abdominal tipo cólico y obstrucción, que indican la presencia de un tumor.
- e. **Bacteriemia por Streptococcus bovis:** las personas que padecen de endocarditis o septicemia a causa de esta bacteria fecal parecen tener una frecuencia alta de tumores colorrectales ocultos y, tal vez, también de tumores del tercio proximal del aparato digestivo.
- f. **Ureterosigmoidostomía**
- g. **Tabaquismo:** Fumadores de más de 35 años.

**EPIDEMIOLOGÍA**

- Sitio más frecuente de cáncer de **COLÓN**: sigmoides (35%) → Mujeres
- Sitio más frecuente de cáncer **COLORRECTAL**: Recto (40 %) → Varones

**ANATOMÍA PATOGENICA:** En la unión anorrectal es posible hallar carcinomas de células escamosas o carcinomas originados a partir del epitelio de transición (carcinoma cloacogénico). La extensión del tumor a través de la pared intestinal y a órganos vecinos, de interés pronóstico evidente, fue clasificada TNM.

**Cuadro 22-4** Grado de invasión del cáncer colorrectal\*

Estadio A: extensión limitada a la mucosa y la submucosa  
 Estadio B<sub>1</sub>: penetración parcial de la muscular propia  
 Estadio B<sub>2</sub>: penetración completa de la muscular propia  
 Estadio C<sub>1</sub>: igual que B<sub>1</sub> más presencia de ganglios linfáticos metastásicos  
 Estadio C<sub>2</sub>: igual que B<sub>2</sub> más presencia de ganglios linfáticos metastásicos  
 Estadio D<sub>1</sub>: infiltración de órganos vecinos  
 Estadio D<sub>2</sub>: metástasis a distancia

\*Clasificación de Dukes, modificada por Astler y Coller.

### ➤ → VÍAS DE DISEMINACIÓN MÁS FRECUENTE

- **Linfática:** Suele ocurrir progresivamente según un orden anatómico ascendente en los ganglios que acompañan a los vasos cólicos.
- **Hematógena:** a través de los vasos de la pared colorrectal y, mediante el drenaje venoso portal, al hígado, que es el órgano más frecuentemente afectado por metástasis en el cáncer de colon. Los tumores del tercio inferior del recto drenan en la cava inferior, por lo cual pueden causar metástasis pulmonares, óseas, cerebrales, etc., en ausencia de metástasis hepáticas.
- **Por contigüidad:** Puede determinar invasión o fistulización de órganos vecinos como asas intestinales, vejiga urinaria, vagina, etc.
- **Peritoneal:** poco frecuente pero de pronóstico infausto.

### CUADRO CLÍNICO → Crecimiento lento

1. **Colon derecho:** Anemia + fatiga + debilidad
2. **Colon izquierdo:** Síntomas obstructivos: heces delgadas, dolor cólico, cambios de hábito intestinal, heces con sangre (SOH).

### DIAGNÓSTICO: ESTUDIOS LABORATORIALES Y DE GABINETE

- Prueba de Guayaco: SOH → a todo adulto >50 años y se realiza hasta los 75 años.
- TAC → TNM

### TRATAMIENTO

Excisión pólipos / Resección / Radio / Quimio → TNM