

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

**SEMESTRE CURSANTE:
5TO SEMESTRE UNIDAD 4.**

**MATERIA:
CLINICA QUIRURGICA**

**TEMA DEL TRABAJO:
RESUMEN DE CANCER COLORRECTAL**

**FECHA DE ENTREGA:
06/12/2021**

**NOMBRE DEL DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:
JALIXA RUIZ DE LS CRUZ.**

CANCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o el recto. A estos cánceres también se les puede llamar cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se originen. El cáncer de colon y el cáncer de recto a menudo se agrupan porque tienen muchas características comunes. El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras partes del cuerpo.

La mayoría de los cánceres colorrectales comienza como un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto. Estos crecimientos son referidos como pólipos. Algunos tipos de pólipos pueden convertirse en cáncer con el paso del tiempo (por lo general muchos años), pero no todos los pólipos se convierten en cáncer. La probabilidad de que un pólipo se vuelva canceroso depende del tipo de pólipo. Los dos tipos principales de pólipos son:

Pólipos adenomatosos (adenomas): estos pólipos algunas veces se transforman en cáncer. Debido a esto, los adenomas se denominan afecciones precancerosas. Pólipos inflamatorios y pólipos hiperplásicos: estos pólipos son más frecuentes, pero en general no son precancerosos.

- Entre otros factores que pueden hacer que un pólipo sea propenso a contener cáncer o que aumenten el riesgo de que una persona llegue a tener cáncer colorrectal se incluye
- Si se descubre un pólipo mayor a un centímetro
- Si se descubre que hay más de dos pólipos Si después de la extirpación de un pólipo se descubre la presencia de displasia, la cual es otra afección precancerosa. Esto implica la existencia de un área del pólipo o del revestimiento del colon o del recto en el que las células tienen un aspecto anormal, pero sin llegar a tener la apariencia de células cancerosas verdaderas.

En general, el riesgo de padecer cáncer colorrectal en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1 en 23 (4.3%) para los hombres y de 1 en 25 (4.0%) para las mujeres. El riesgo es ligeramente menor en las mujeres que en los hombres. Otros factores (descritos en la sección sobre factores de riesgo del cáncer colorrectal) también pueden afectar su riesgo de padecer cáncer colorrectal.

Los signos y síntomas del **cáncer** de colon incluyen los siguientes: Un cambio persistente en tus hábitos intestinales, incluidos diarrea o estreñimiento, o un cambio en la consistencia de tus heces. Sangrado rectal o sangre en las heces. Molestia abdominal persistente, como calambres, gases o dolor.

El cáncer colorrectal se puede detectar en etapas tempranas pues se origina a partir de lesiones precursoras no malignas que se pueden identificar mediante programas

de tamizaje de base poblacional. Aunque las guías de tamizaje para cáncer colorrectal varían en cada país, la recomendación general es empezar el tamizaje en la población de riesgo medio, a partir de los 50 años y continuar a intervalos regulares hasta los 75 años. Las pruebas de tamizaje disponibles para cáncer colorrectal incluyen el examen de sangre oculta en las heces, la sigmoidoscopia y la colonoscopia.

- Tipo de cáncer que se sospecha
- Sus signos y síntomas
- Su edad y estado de salud general
- Sus antecedentes médicos y familiares
- Los resultados de pruebas médicas anteriores

Además del examen físico, se pueden utilizar las siguientes pruebas para diagnosticar el cáncer colorrectal.

- **Colonoscopia.**
- **Biopsia.**
- **Pruebas de biomarcadores del tumor.**
- **Análisis de sangre.**
- **Exploración por tomografía computarizada (TC o TAC).**
- **Resonancia magnética (RM).**
- **Ecografía.**
- **Radiografía de tórax.**
- **Tomografía por emisión de positrones (TEP) o exploración por TEP-TC.**

El tratamiento del cáncer de colon en gran medida se basa en la etapa (extensión) del cáncer, aunque otros factores también pueden ser importantes. La cirugía es usualmente el primer tratamiento o el tratamiento principal para las personas con cánceres de colon que no se han propagado a partes distantes. Puede que también administre quimioterapia tras la cirugía (referida como un tratamiento adyuvante) En la mayoría de los casos, la terapia adyuvante se administra por aproximadamente 6 meses.

La supervivencia a 5 años varía entre el 50-90% en función del estadio. En los pacientes con cáncer de colon sin ganglios afectados (estadios I-II), la supervivencia a 5 años oscila entre el 80-90%. En los pacientes con ganglios afectados (estadio III) oscila entre el 40-70% en función del número de ganglios extirpados (cuantos más ganglios extirpados, mejor pronóstico) y el número de ganglios afectados

(cuantos menos ganglios afectados, mejor pronóstico). Los pacientes con estadio IV presentan mal pronóstico, siendo la mediana de supervivencia de 1-3 años, en función de la extensión de la enfermedad, biología tumoral (agresividad), edad y problemas médicos adicionales (comorbilidades).