

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DR. GUILLERMO DEL SOLAR

MAYDELIN GALVEZ  
ARGUETA

CLINICAS QUIRURGICAS



Mi Universidad

DIAPPOSITIVAS

7 SEMESTRE

# INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una de las enfermedades más comunes a nivel global y representa una de las principales causas de muerte por cáncer en muchas regiones del mundo. Este tipo de cáncer se origina en el colon o el recto, partes del sistema digestivo encargadas de procesar y eliminar los desechos del cuerpo. Su desarrollo suele ser gradual, iniciando como pólipos benignos que, con el tiempo, pueden transformarse en tumores malignos. Aunque puede afectar a personas de cualquier edad, su incidencia aumenta significativamente después de los 50 años. Factores como una dieta pobre en fibra, el consumo excesivo de carnes procesadas, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y antecedentes familiares incrementan el riesgo de padecerlo. Sin embargo, el cáncer colorrectal es prevenible y tratable en etapas tempranas mediante una detección oportuna, lo que resalta la importancia de las pruebas de tamizaje, como la colonoscopia. Este ensayo aborda la naturaleza del cáncer colorrectal, sus factores de riesgo, métodos de diagnóstico, opciones de tratamiento y estrategias de prevención, con el fin de concientizar sobre su impacto y las medidas necesarias para reducir su incidencia.



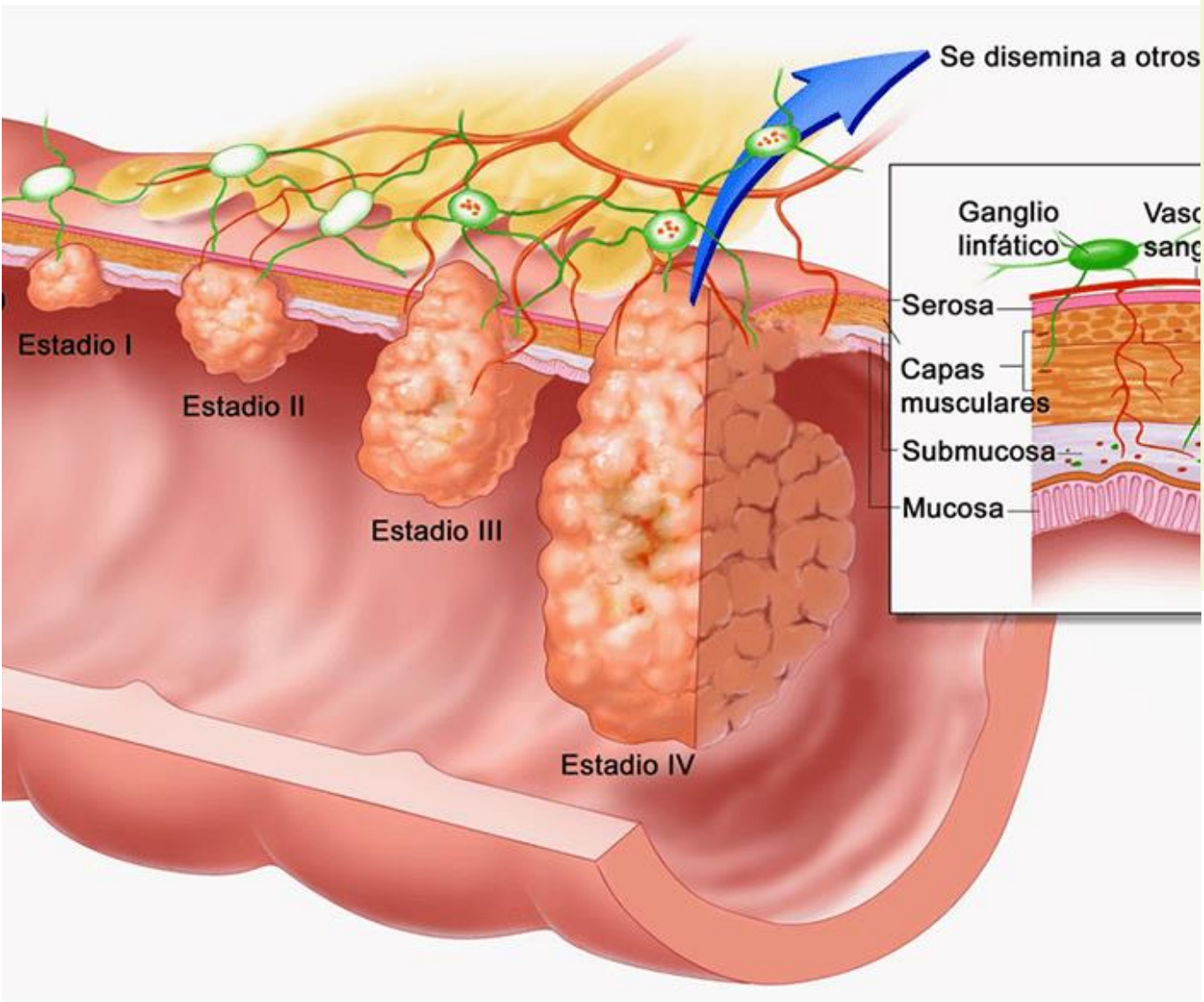
CÁNCER  
COLORRECTAL  
(CCR)



ES HORA DE

# ASPECTOS GENERALES

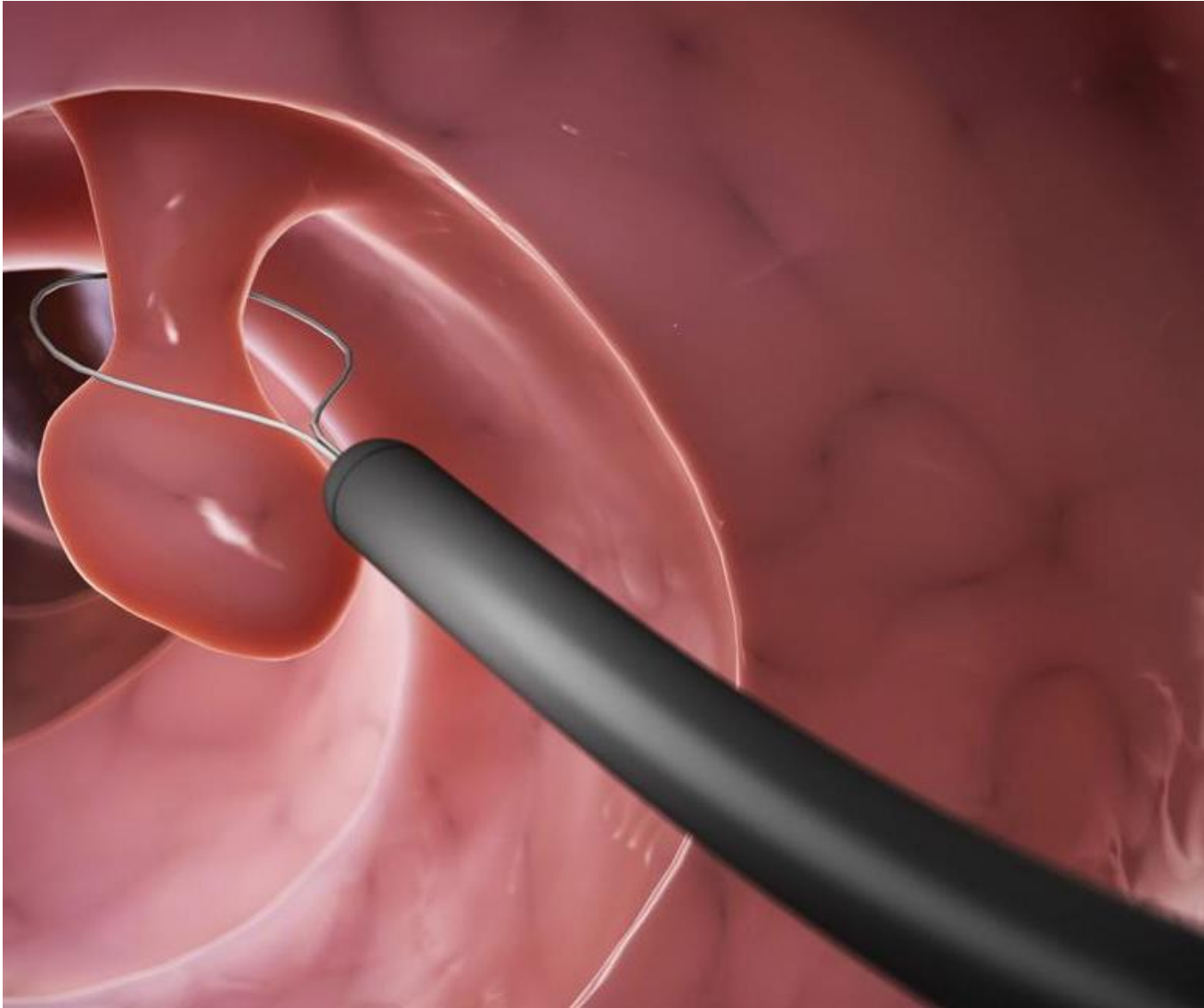




ES UN TUMOR MALIGNO QUE SE ORIGINA DENTRO DE LAS PAREDES DEL INTESTINO GRUESO.

INCLUYE LOS SEGMENTOS: CIEGO, COLON ASCENDENTE, COLON TRANSVERSO, COLON DESCENDENTE, SIGMOIDES Y RECTO.





**LA MAYORIA DE LOS CASOS DE CCR  
EMPIEZAN CON UN PÓLIPO.**

**ALGUNOS PÓLIPOS PUEDEN VOLVERSE  
CANCEROSOS, EMPEZAR A CRECER Y  
FINALMENTE DISEMINARSE A OTRAS  
PARTES DEL CUERPO**

## LOS ADENOMAS PUEDEN TENER DIFERENTES GRADOS:

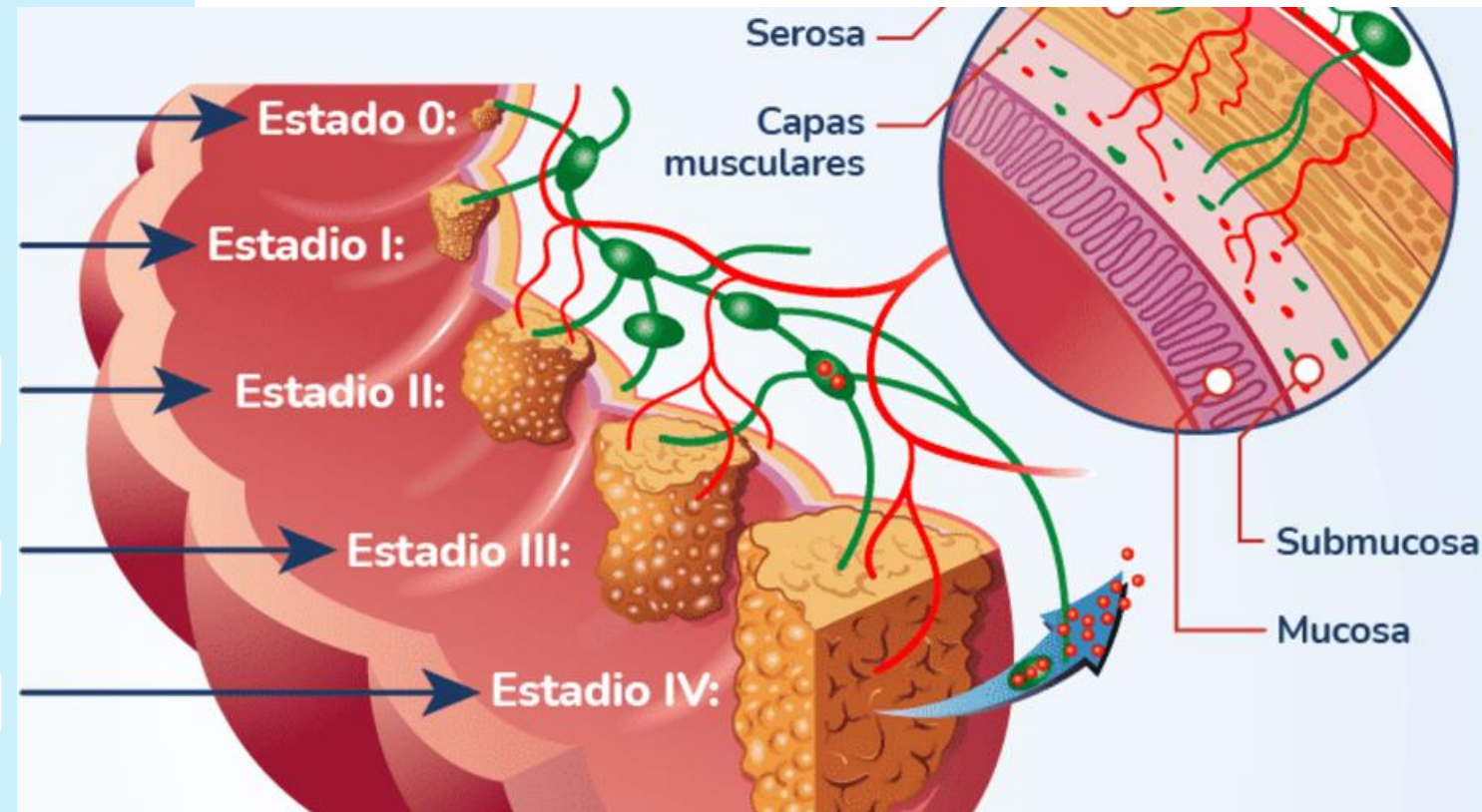
El cáncer se encuentra etapa más superficial del colon.

Diseminado a la 2 – 3 y capa mide -2 cm.

Extendido a la capa más profunda del colon, pero no a los ganglios linfáticos y mide más de 2cm

Extendido a los ganglios linfáticos, pero no a otros órganos

Ha llegado a otros órganos (metástasis en hígado y pulmones)

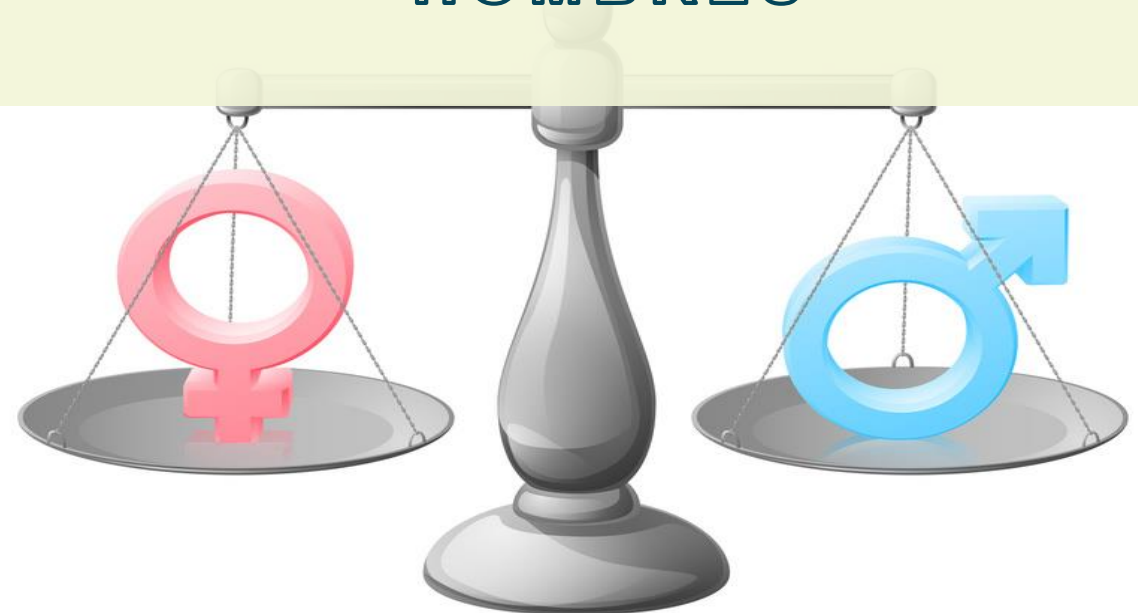






ES LA NEOPLASIA MÁS  
MALIGNA DEL TUBO  
DIGESTIVO.

INCIEDENCIA ES  
SIMILIAR EN MUJERES Y  
HOMBRES





# FACTORES DE RIESGO:

1.- ENVEJECIMIENTO > A 50 AÑOS

2.- FAMILIAR DE PRIMER GRADO CON CÁNCER

3.- FACTORES AMBIENTALES Y DIETÉTICOS (DIETAS RICAS EN GRASA ANIMAL Y CON POCAS FIBRAS).

4.- ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.

5.- TABAQUISMO DESPUES DE LOS 35 AÑOS DE EDAD




Pruebas de  
detección

Para la población  
asintomática con  
un riesgo  
promedio de  
CCR.

Cuadro 29-1

Ventajas y desventajas de las modalidades de detección para individuos asintomáticos

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Prueba de sangre oculta en heces	Fácil de usar y sin penetración corporal Costo bajo Buena sensibilidad con pruebas repetidas	Quizá no detecte la mayor parte de los pólipos Especificidad baja Se necesita colonoscopia si los resultados son positivos Poco cumplimiento en estudios seriados
Sigmoidoscopia	Examina el colon con mayor riesgo Muy sensible para reconocer pólipos en colon izquierdo No se necesita preparación completa de intestino (sólo enemas)	Con penetración corporal Incómoda Riesgo ligero de perforación o hemorragia Puede omitir lesiones proximales Se necesita colonoscopia si se identifican pólipos
Colonoscopia 	Examina todo el colon Muy sensible y específica Terapéutica	Con penetración corporal Incómoda y se necesita sedación Es necesario preparar el intestino Riesgo de perforación o hemorragia Costosa
Enema de bario con doble contraste	Examina todo el colon Buena sensibilidad para pólipos > 1 cm Examina todo el colon	Es necesario preparar el intestino Menos sensible para pólipos < 1 cm Puede omitir lesiones en el colon sigmoides Se necesita colonoscopia si el resultado es positivo
Colonografía CT (colonoscopia virtual)	No invasiva La sensibilidad puede ser tan buena como la de la colonoscopia	Es necesario preparar el intestino Insensible para pólipos pequeños Mínima experiencia y datos Se necesita colonoscopia si el resultado es positivo



# CUADRO CLÍNICO

Dolor abdominal

Cambios de hábitos intestinales



**Pérdida de peso**



Presencia de sangrado rectal

Anemia , sin etiología aparente

Los síntomas son inespecíficos y suelen presentarse cuando el cáncer está avanzado a nivel local.



A 3D anatomical model of the human digestive system, including the esophagus, stomach, and intestines, rendered in a semi-transparent blue color. A large, irregular, multi-lobed tumor is highlighted in bright red and orange, positioned centrally within the stomach. The background is dark, making the anatomical structures stand out.

# ESTADIFICACIÓN DE TUMORES:



Cuadro 29-3

## Estadificación TNM del carcinoma colorrectal

DEFINICIÓN	
<b>Etapa del tumor (T)</b>	
TX	No puede valorarse
T0	Sin pruebas de cáncer
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor que invade submucosa
T2	Tumor que invade la muscular propia
T3	Tumor que invade a través de la muscular propia al interior de la subserosa o tejidos pericólicos o perirrectales no peritonealizados
T4	Tumor que invade directamente otros órganos o tejidos o perfora el peritoneo visceral

## Etapa ganglionar (N)

NX	No es posible valorar ganglios linfáticos regionales
N0	Sin metástasis a ganglios linfáticos
N1	Metástasis a uno a tres ganglios linfáticos pericólicos o perirrectales
N2	Metástasis a cuatro o más ganglios linfáticos pericólicos o perirrectales
N3	Metástasis a cualquier ganglio linfático y un tronco vascular denominado mayor

## Metástasis distantes (M)

MX	No se encuentran metástasis distantes
M0	Sin metástasis distantes
M1	Presencia de metástasis distantes

TNM, tumor-ganglios-metástasis.

Cuadro 29-5

## Estadificación del American Joint Committee on Cancer

TNM	ETAPA	RECURRENCIA LOCAL (%)	SUPERVIVENCIA (%)
T1-2 N0	I	< 5	90
T3 N0	IIA	8	74
T4 N0	IIB	15	65
T1-2 N1	IIIA	6	81
T1-2 N2	IIIB	8	69
T3 N1	IIIB	11	61
T3 N2	IIIC	15	48
T4 N1-2	IIIC	19-22	36

TNM, tumor-ganglios-metástasis.

Fuente: tomado de Gunderson et al.<sup>76</sup> Derechos reservados Elsevier.

# PRUEBAS DIAGNOSTICAS

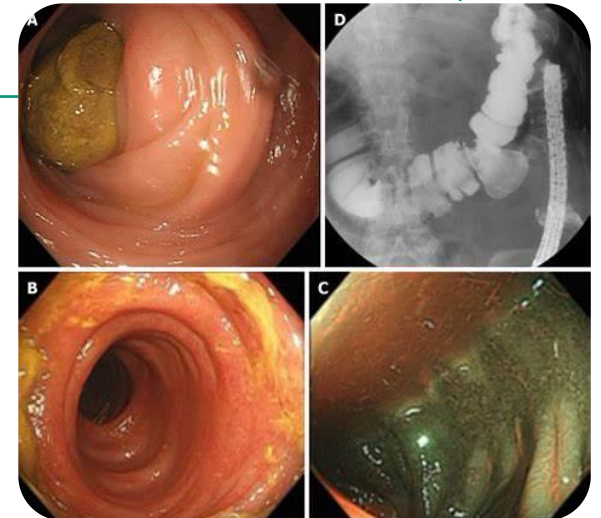


- Colonoscopia con toma de biopsia.



- Indicada como estudio inicial en persona con:
- Alto riesgo

- Realice cada cinco años
- Independientemente del resultado



# TRATAMIENTO:

- ETAPA 1:

Riesgo alto y rechaza la resección radical:

- Escisión transanal + Quimiorradiación

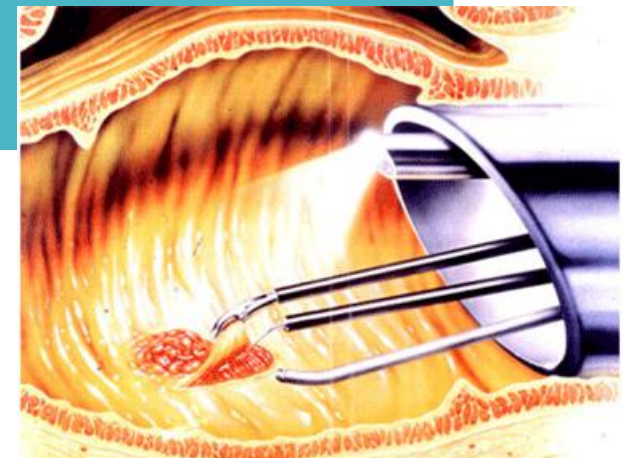


Figure 1: Diagrammatic representation of inside view of rectum with TEM resectoscope and stereotactic vision



## TRATAMIENTO:

- ETAPA 1:

Riesgo bajo y acepta la resección radical:

- resección radical

## Etapa II

- Quimiorradiación
- Sin metástasis – Resección radical

## Etapa III

- Quimiorradiación
- Sin metástasis – Resección radical

## Etapa IV

- Asintomático – Quimioterapia – imposible extirpar
- Sintomático – Quimiorradiación – Laser – Resección radical



## SEGUIMIENTO



Realizar seguimiento clínico



Detectar una recurrencia resecable

## VIGILANCIA



Todas las recurrencias aparecen en el transcurso de dos años



Vigilarse también con exámenes endoscópicos frecuentes (cada tres a seis meses por 3 años)