Carcinoma de colon
Lo que destacaría para residentes CONTINUACIÓN. 2ª PARTE

Dr. Anatole Bender
Servicio de Cirugía
Hospital San Roque

En pacientes con **COLITIS ULCEROSA** puede desarrollarse un cáncer en cualquier porción del colon.

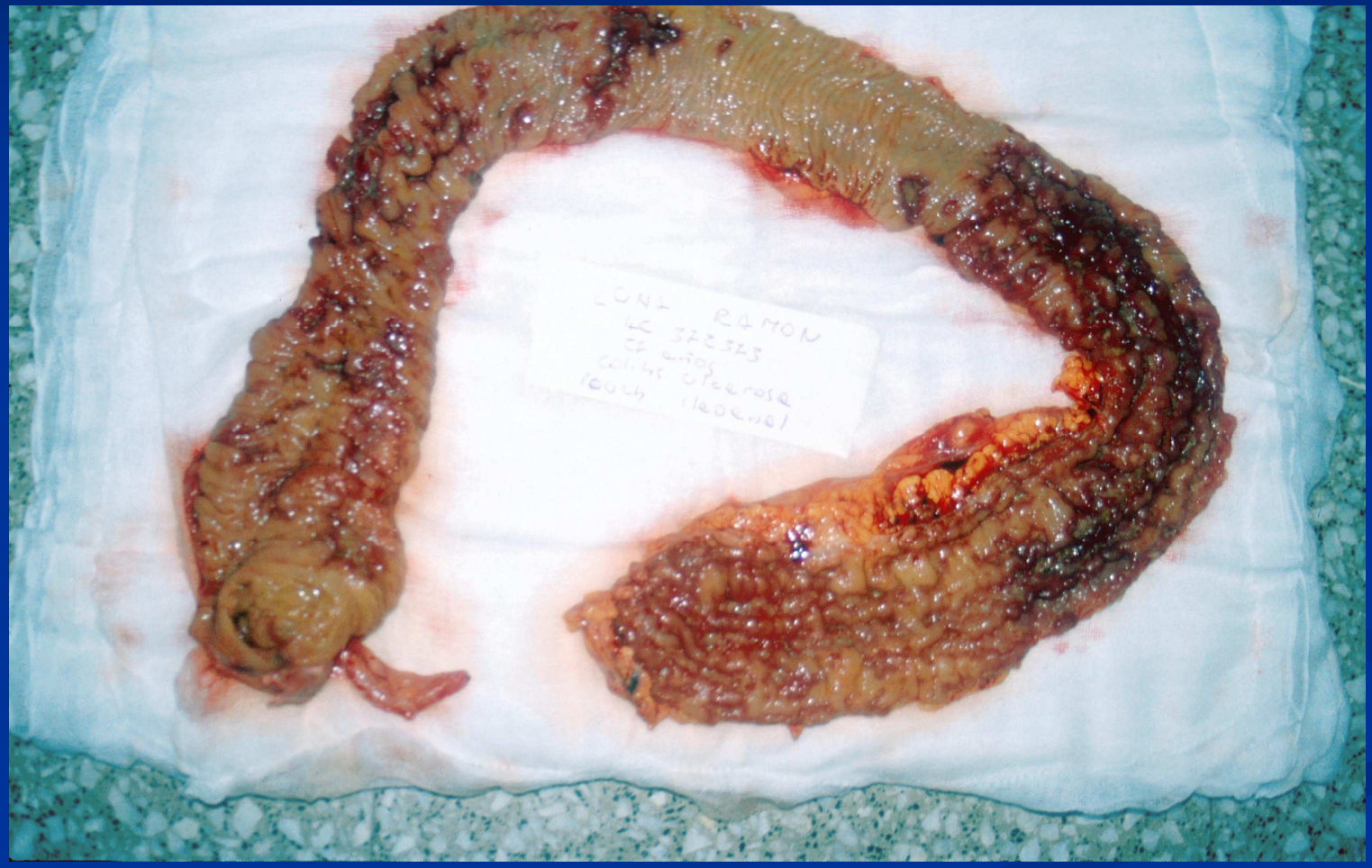
Si bien el riesgo de cáncer es relativamente bajo durante la primera década luego de la aparición de la colitis, va aumentando cerca de un 20% cada década

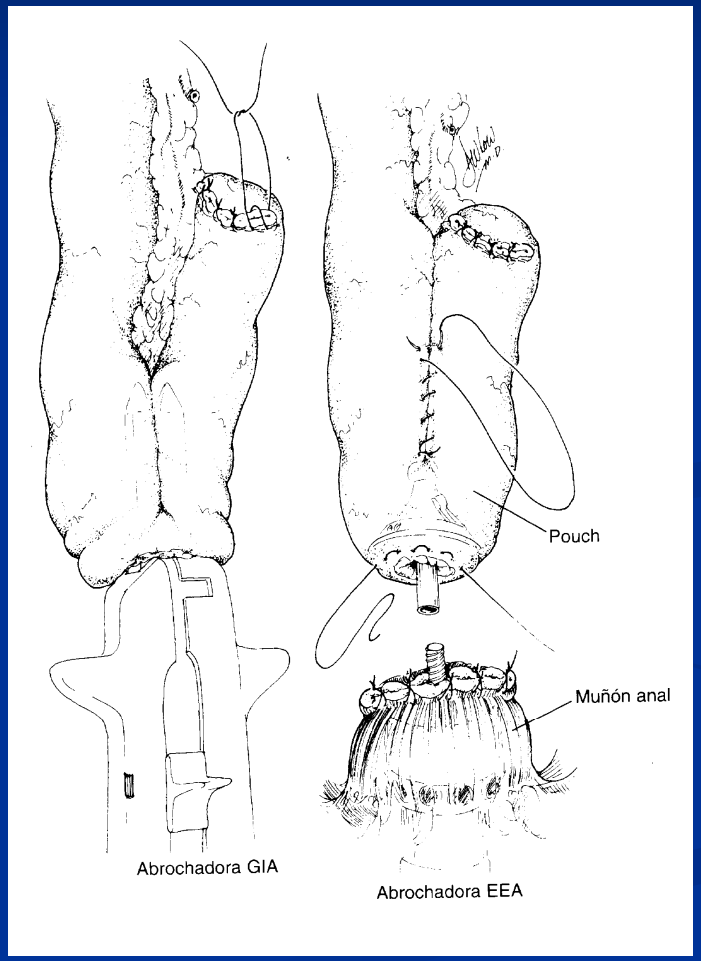
La incidencia del cáncer colorrectal aumenta con el grado de afección colónica y con la severidad de la enfermedad.

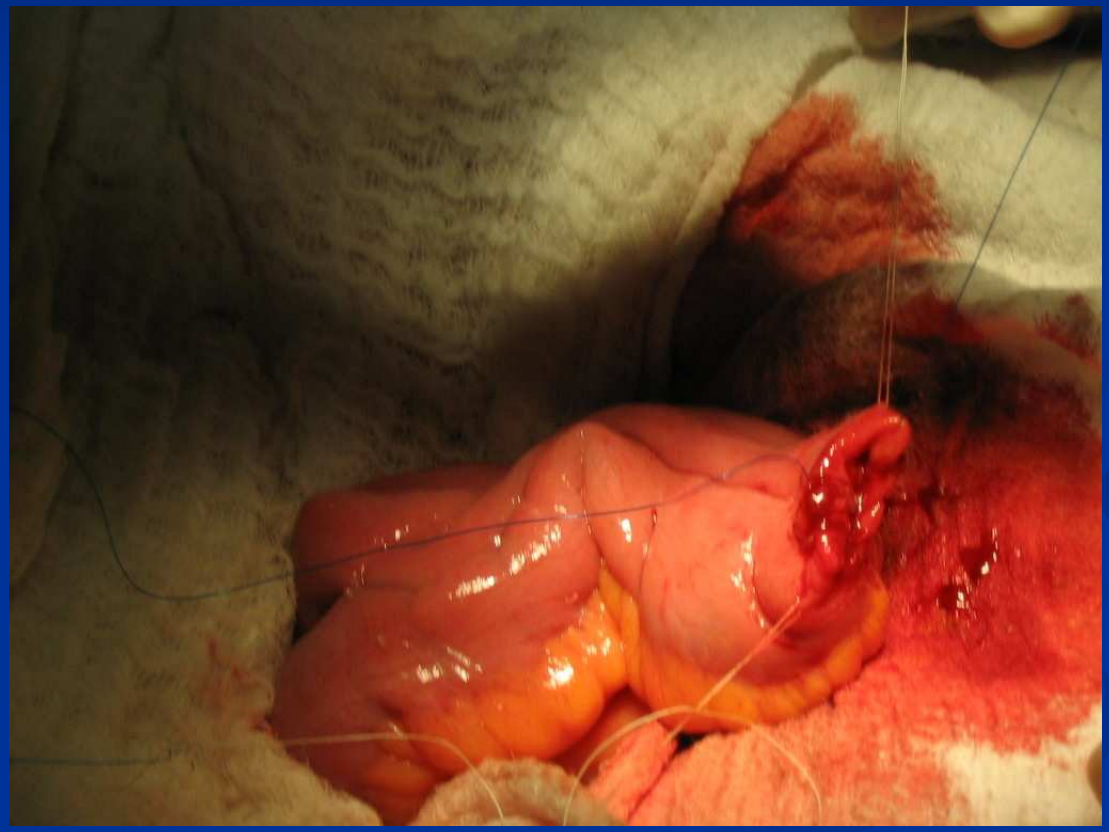
COLITIS ULCEROSA

Los pacientes, que corren un alto riesgo de cáncer de colon, probablemente se beneficiarán en alguna medida con una colectomía profiláctica con proctectomía y reconexión ileoanal con alguno de los procedimientos de reservorio. "Pouch"

Pieza de colectomía por CUI




Pouch
Muñón anal
Abrochadora GIA
Abrochadora EEA



Enfermedad de Crohn

Se ha encontrado también una predisposición al cáncer de colon en los pacientes con enfermedad de Crohn.

En pacientes con enfermedad de Crohn sintomática a edad temprana el exceso de riesgo de cáncer de colon puede ser de 3 a 20 veces mayor que en individuos sin enfermedad de Crohn.

INCIDENCIA Y ASOCIACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

En 1999 se estimaba que se diagnosticarían 130.000 pacientes con cáncer de colon y recto en EEUU y habría 57.000 decesos

Se ubica en tercer lugar después del cáncer de próstata y de pulmón en el hombre y después del cáncer de mama y de pulmón en la mujer.

En todo el mundo los países más industrializados tienen altas tasas de carcinoma colorrectal. En Europa oriental, Asia, Africa y Sudamérica los índices son más bajos.

INCIDENCIA Y ASOCIACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

No hay duda de que los factores ambientales, más probablemente la dieta, son los que explican el aumento en los índices de cáncer. Pero esto no contradice los datos acumulados acerca de una posible predisposición genética, incluso en el carcinoma colorrectal esporádico o no hereditario.

INCIDENCIA Y ASOCIACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

- La creencia que con el examen rectal más la rectosigmoidoscopía rígida se encontraban el 75% de los carcinomas colo-rectales ya no es válida actualmente.
- Ninguna explicación satisfactoria delcambio en la distribución segmentaria del CCR
- El colon proximal es más accesible al diagnóstico actualmente?
- Tratamiento endoscópico de los pólipos distales?

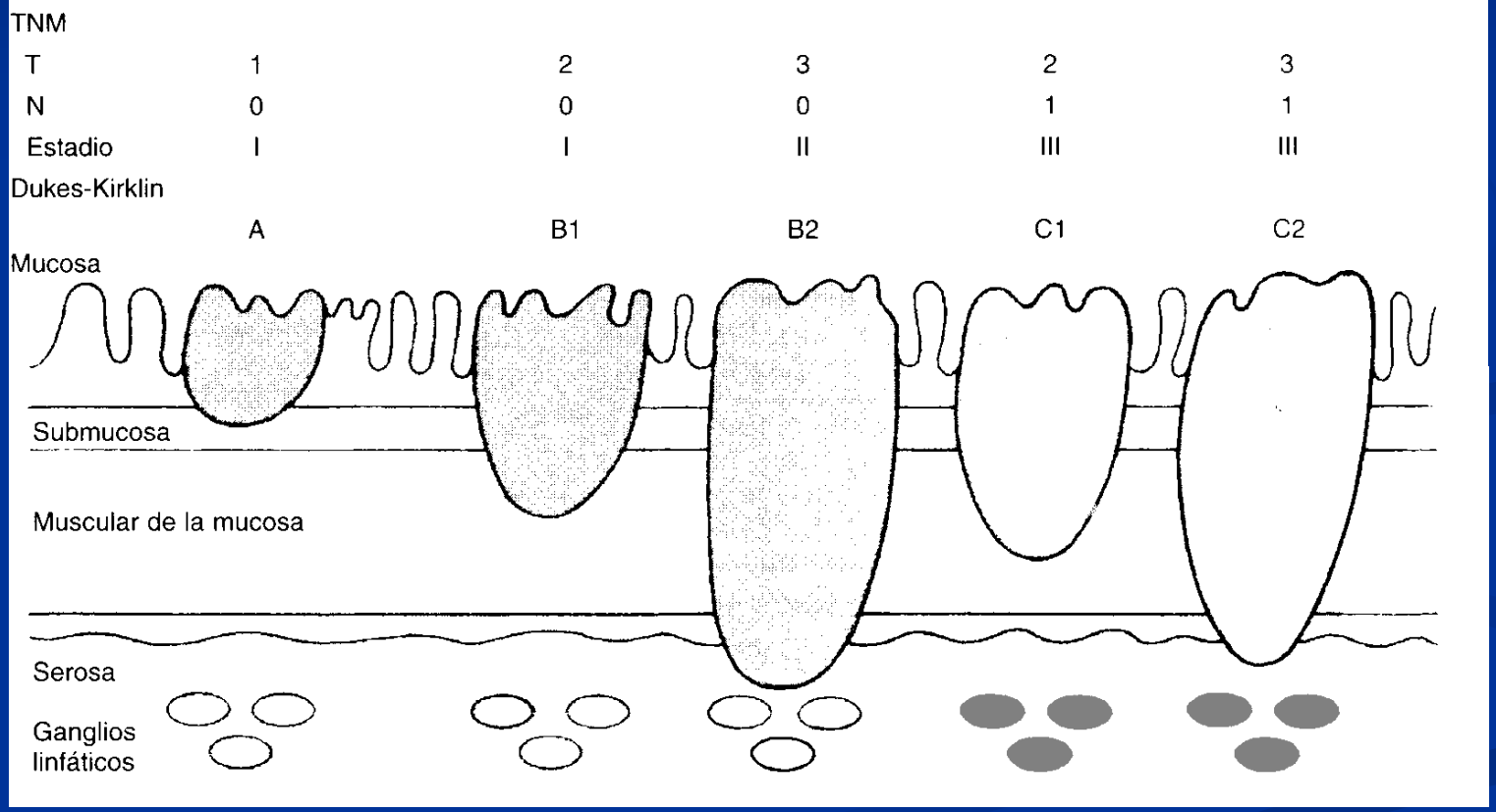
SCREENIG

Cuadro 16-5. *Pautas de la American Cancer Society para el Screening y vigilancia de pólipos y cáncer colorrectal*

Riesgo	Procedimiento	Edad de comienzo	Intervalo
Promedio			
Edad ≥ 50 años Ningún otro factor de riesgo	ASOH más sigmoidoscopia flexible o examen total del colon	50 años	ASOH más sigmoidoscopia flexible cada 5 años EBDC cada 5-10 años Colonoscopia cada 10 años
Moderado			
Pólipo adenomatoso previo	Colonoscopia o EBDC	Al momento del diagnóstico	Cada 3 años
Cáncer previo		Dentro del año de la resección	Cada 3 años
Antecedentes familiares antes de los 60 años		40 años	
Alto			
Poliposis familiar	Endoscopia	Pubertad	Cada 1-2 años
CCNPH	Colonoscopia	21 años	Cada 1-2 años
EII	Colonoscopia	Aproximadamente 10 años después del diagnóstico	Cada 1-2 años

ASOH: análisis de sangre oculta en las heces; EBDC: enema con bario por doble contraste; CCNPH: cáncer colorrectal no polipoideo hereditario; EII: enfermedad intestinal inflamatoria. De Byers T, Levin B, Rothenerger D, et al.: American Cancer Society guidelines for screening and surveillance for early detection of colorectal polyps and cancer: Update 1997. CA Cancer J Clin, *47*:154, 1997, con autorización.

TNM y DUKES


TNM
T 1 2 3 2 3
N 0 0 0 1 1
Estadio I I II III III
Dukes-Kirklin
A B1 B2 C1 C2
Mucosa
Submucosa
Muscular de la mucosa
Serosa
Ganglios linfáticos

ESTADIFICACIÓN

Cuadro 16-6. *Carcinoma colorrectal: clasificación por estadios y agrupación por estadios*

Agrupación por estadios

AJCC/UICC				Dukes*
Estadio 0	Tis	N0	M0	–
Estadio I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	–
Estadio II	T3	N0	M0	B
	T4	N0	M0	–
Estadio III	Cualquier T	N1	M0	C
	Cualquier T	N2	M0	–
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	–

* Dukes B es una combinación de grupos de mejor (T3 N0 M0) y peor (T4 N0 M0) pronóstico, al igual que Dukes C (cualquier T N1 M0 y cualquier T N2 M0).

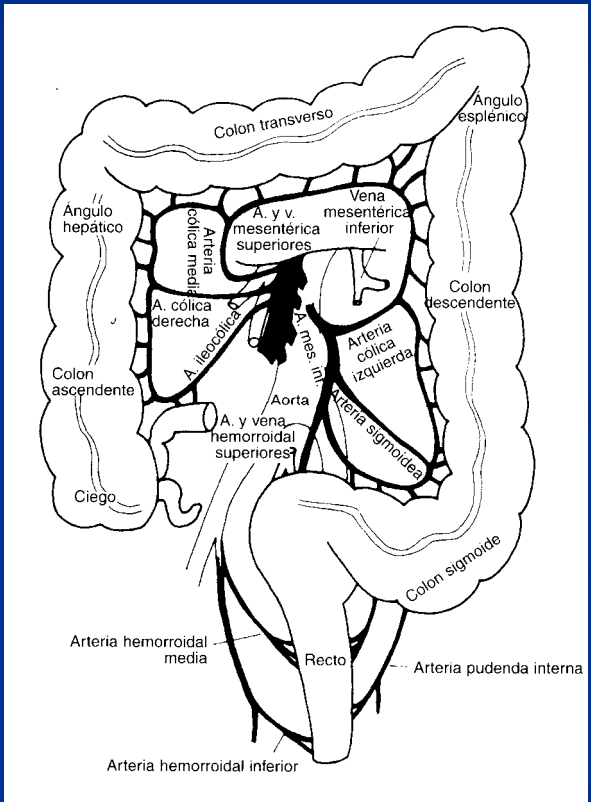
MARCADORES DE TUMORES

- El CEA sigue siendo el prototipo de del marcador de tumores sólidos.
- El CEA no es un estudio apropiado para screening
- Determinando la concentración del CEA antes de la resección puede tener valor pronóstico
- Los valores seriados de CEA postoperatorios permiten un monitoreo efectivo de la respuesta al tratamiento.
- Un título de CEA alto en el post operatorio, que no se normaliza en 3 semanas, hace pensar en resección incompleta o en mtts ocultas.

Cirugía

- Los adenocarcinomas de colon y de recto se propagan a los linfáticos de la submucosa intestinal.
- Se debe efectuar una resección con longitudes adecuadas de intestino proximal y distal al cáncer para evitar atravesar tumor en estos linfáticos intramurales.
- El cáncer de intestino crece a través de la serosa hacia los linfáticos mesentéricos que corren a lo largo de los vasos sanguíneos y drenan en la cuenca portal en la raíz del mesenterio.

Esquema de irrigación vascular del colon



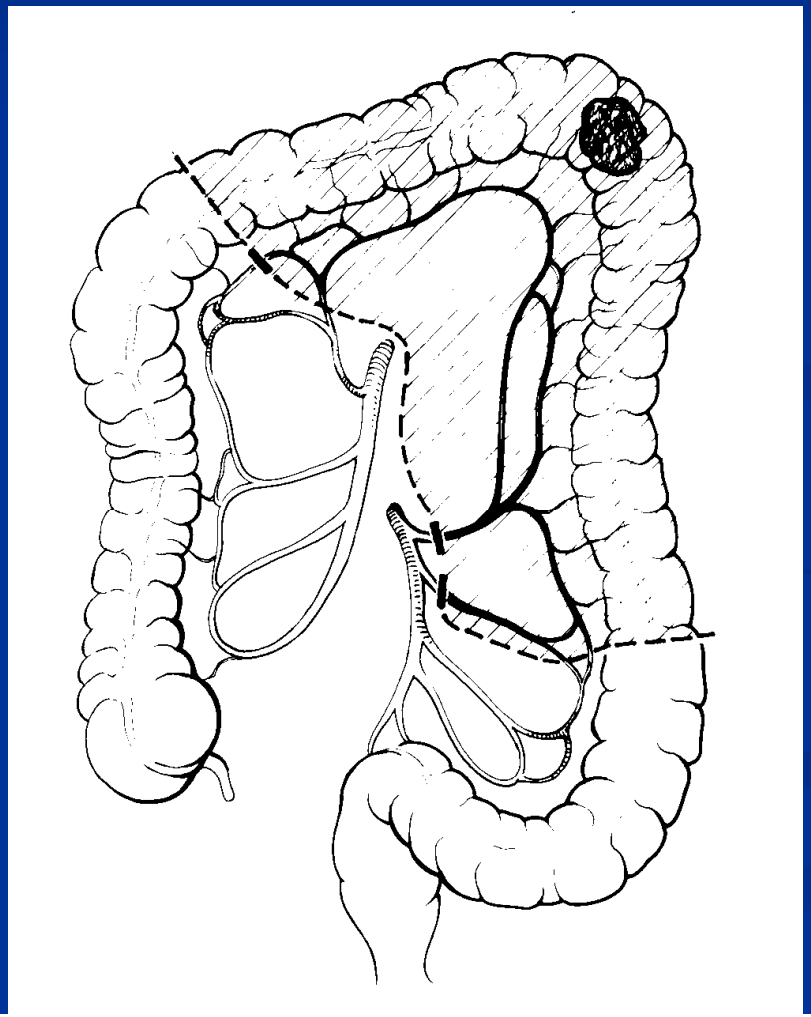
Cirugía

- La resección del cáncer de colon y recto incluye por lo tanto la resección del drenaje linfático principal en el mesenterio.

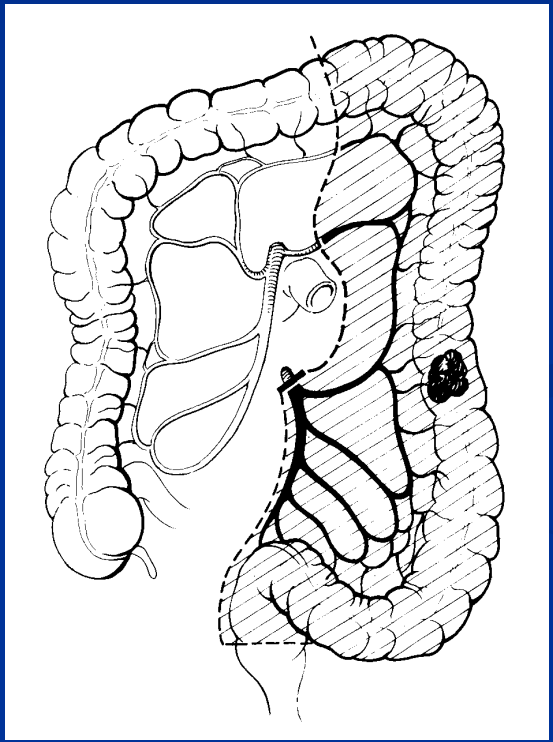
Radioterapia preoperatoria

- En pacientes con cáncer rectal transmural avanzado local, adherido o fijo.
- Ésta se combina generalmente con quimioterapia concurrente con 5-fluorouracilo, tanto en calidad de radiosensibilizante como con el carácter de adyuvante en enfermedad diseminada.
- Además, existe un subgrupo de pacientes con cáncer relativamente temprano pero de ubicación muy inferior en los que se utiliza la radioterapia preoperatoria para facilitar la preservación del esfínter.

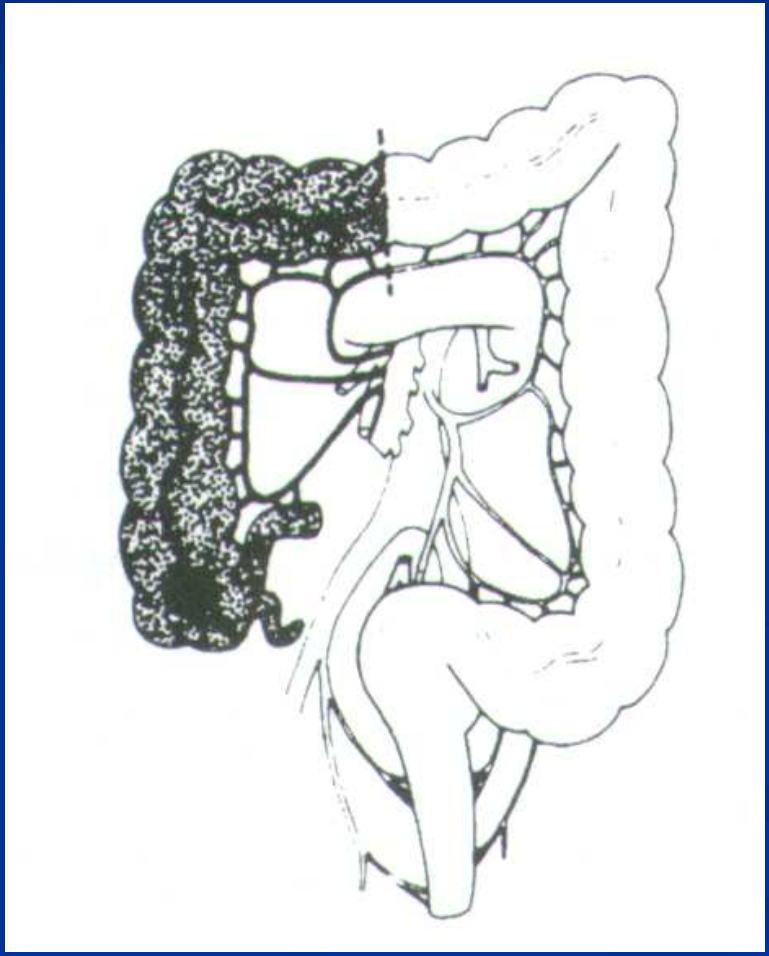
Hemicolectomía izquierda



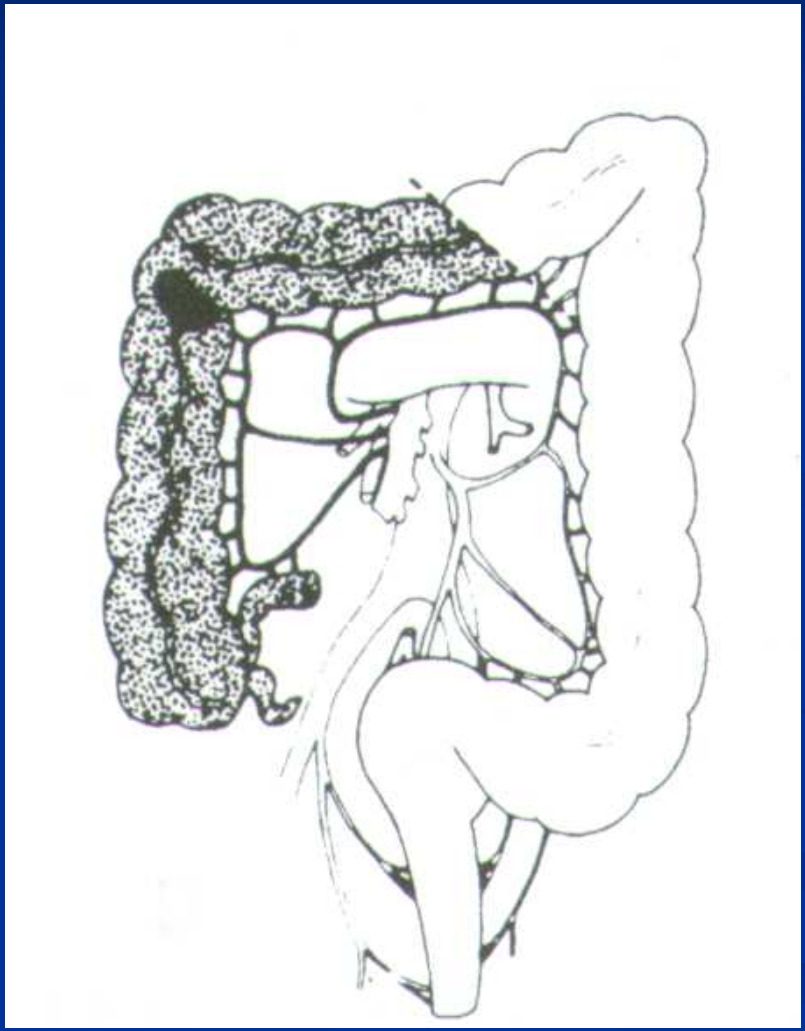
Hemicolectomía izquierda típica



Hemicolectomía derecha



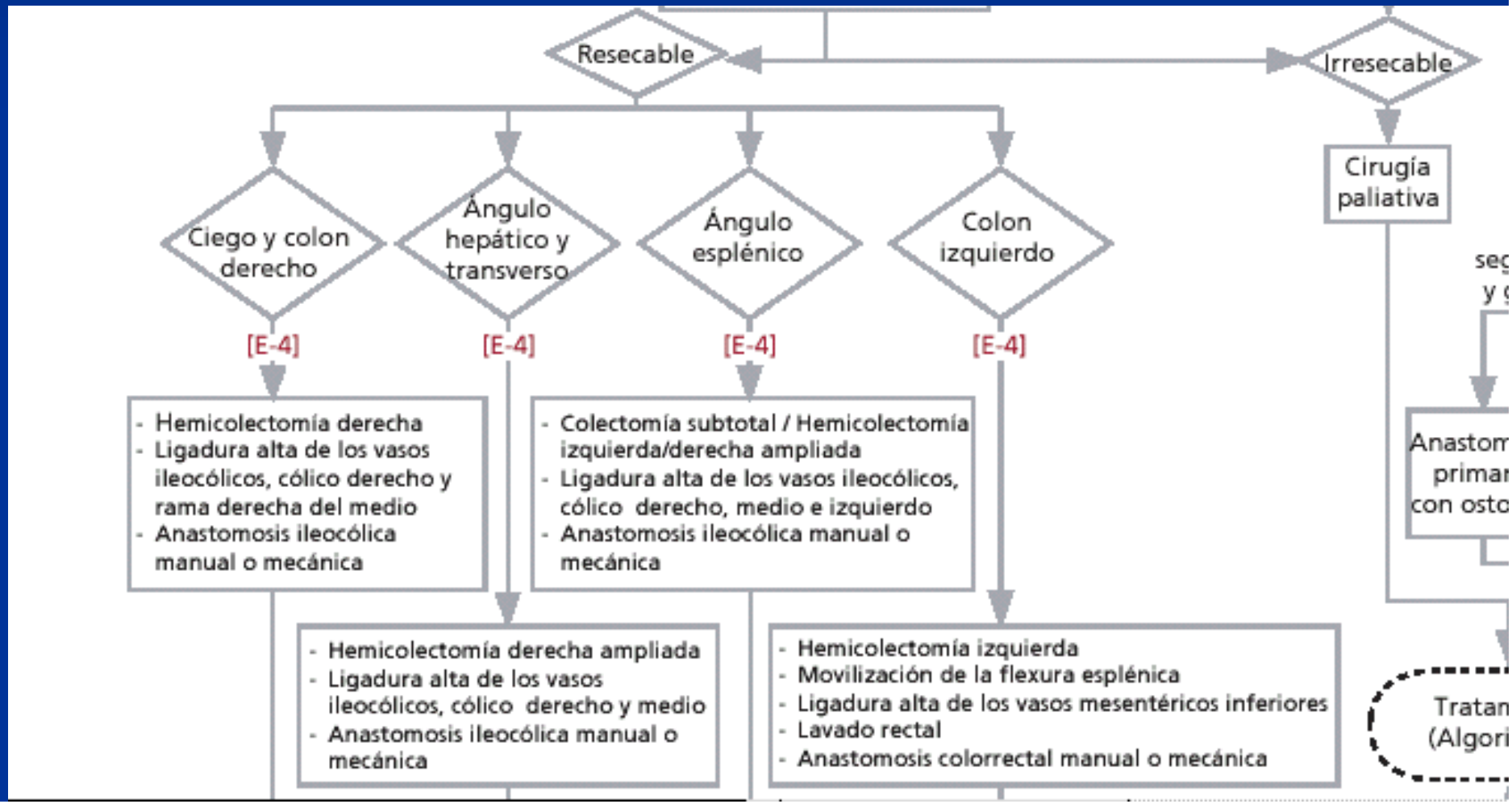
Hemicolectomía derecha en más



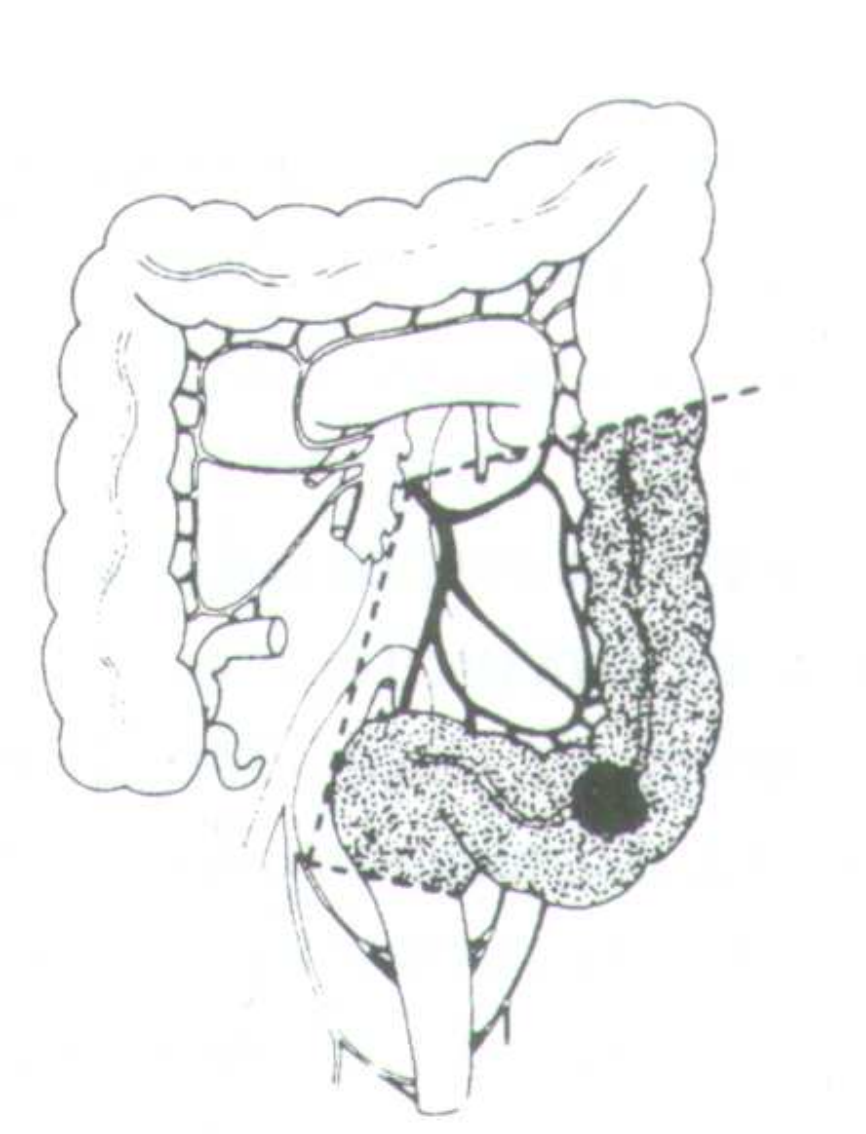
Cirugía de colon derecho
Colon droite elargie
Recomendaciones de la Oncoguía de colon y recto

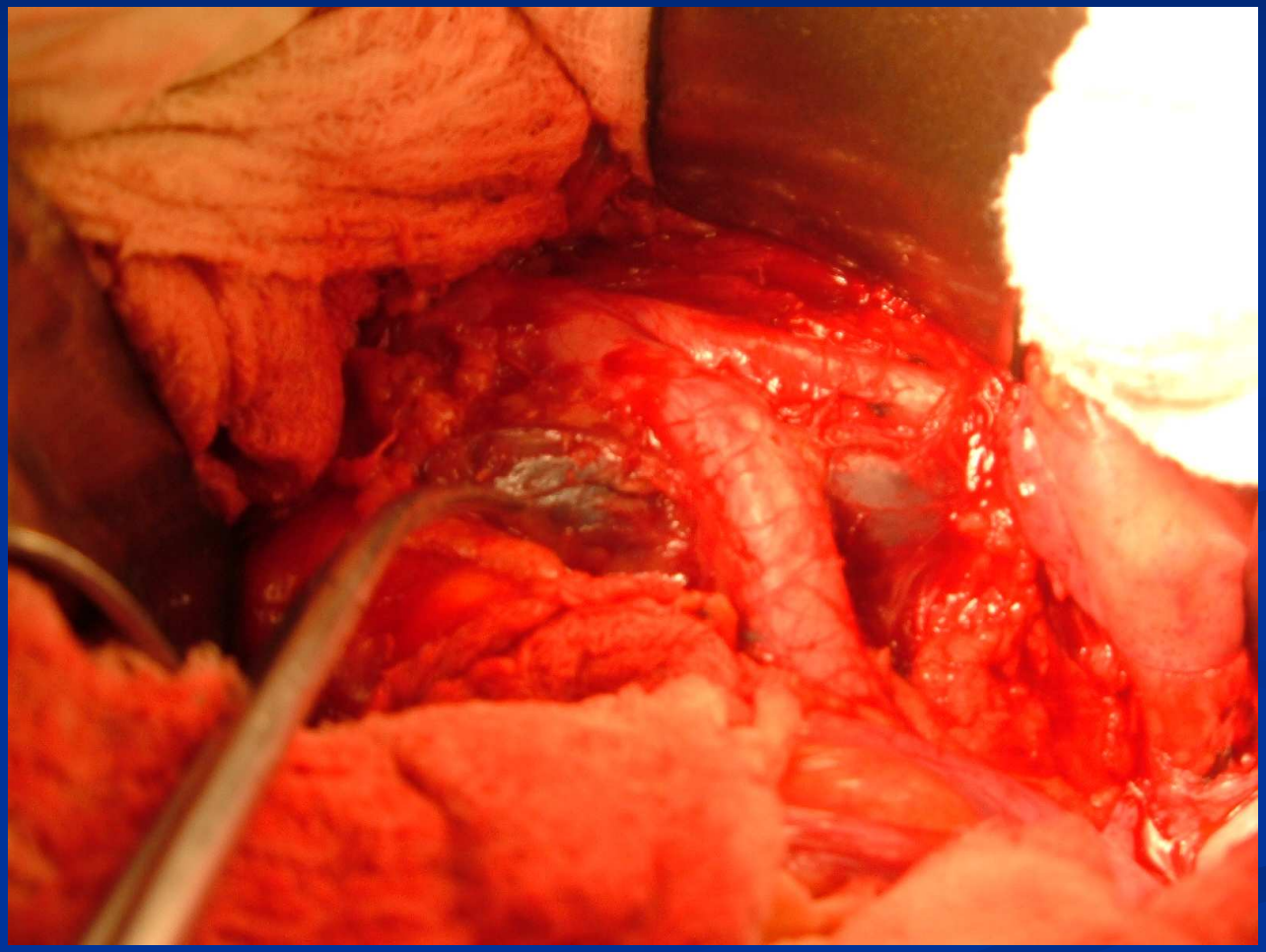
http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/og0303es.pdf

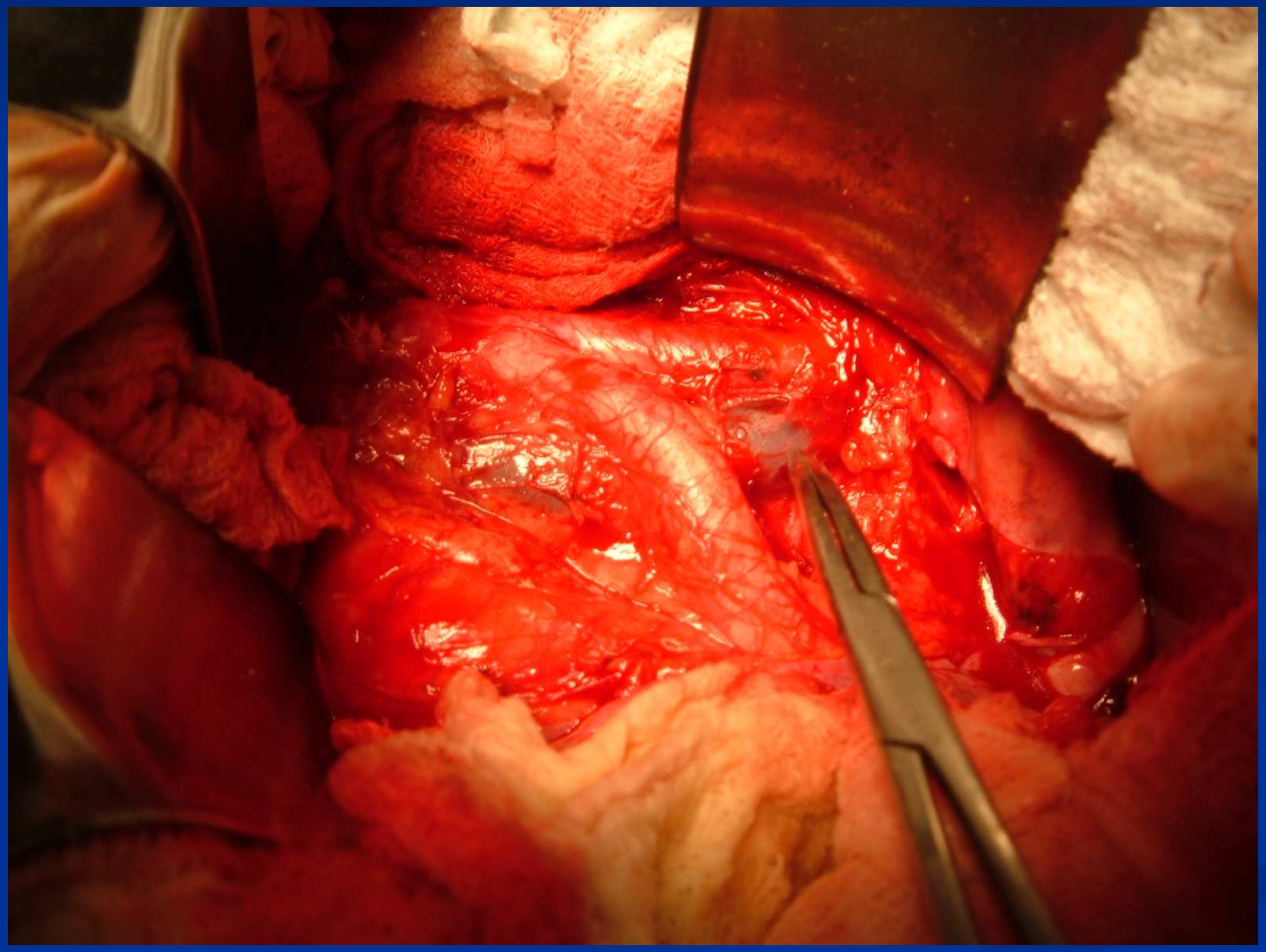
Carcinoma de colon Lo que destacaría para residentes

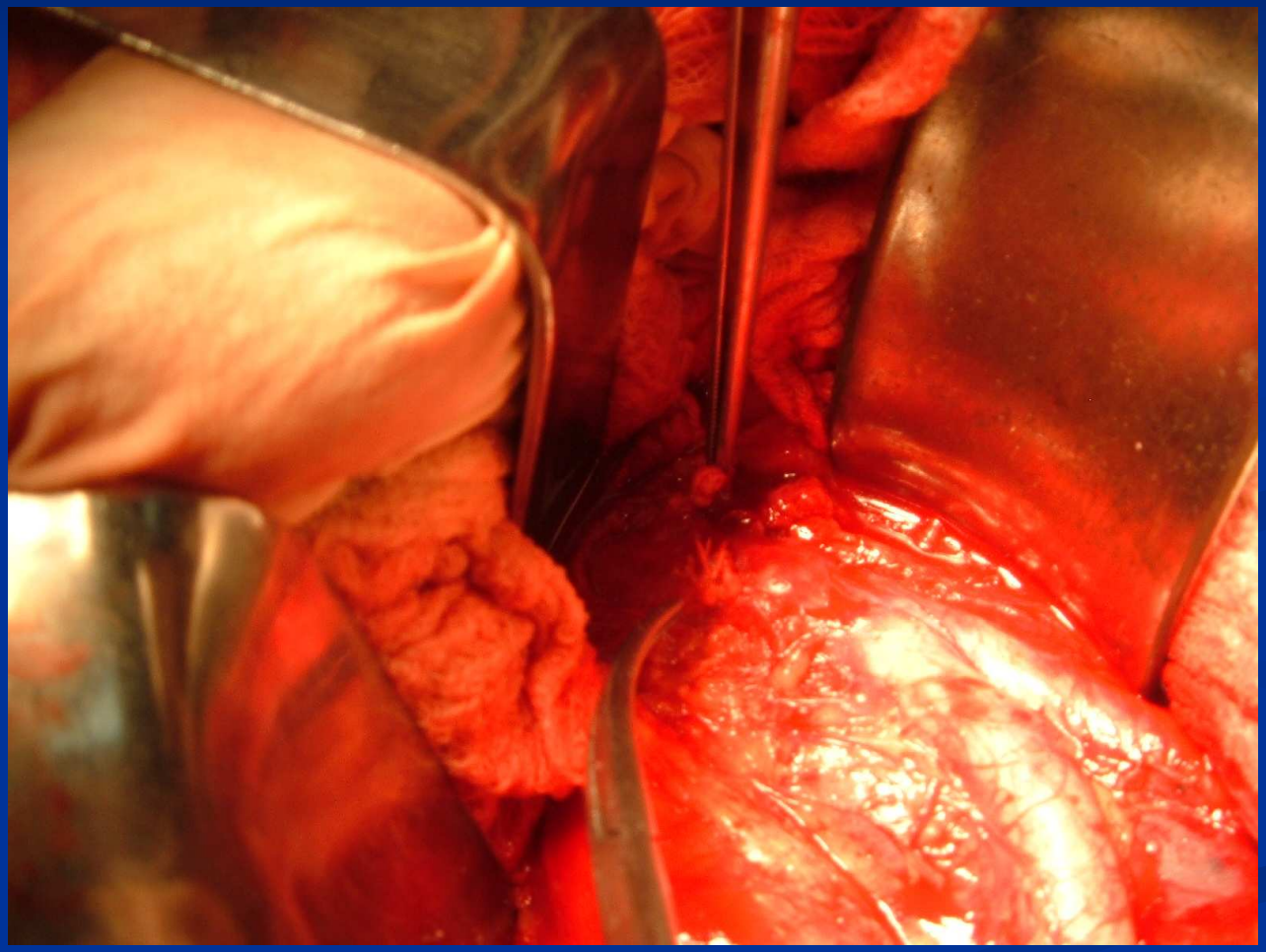


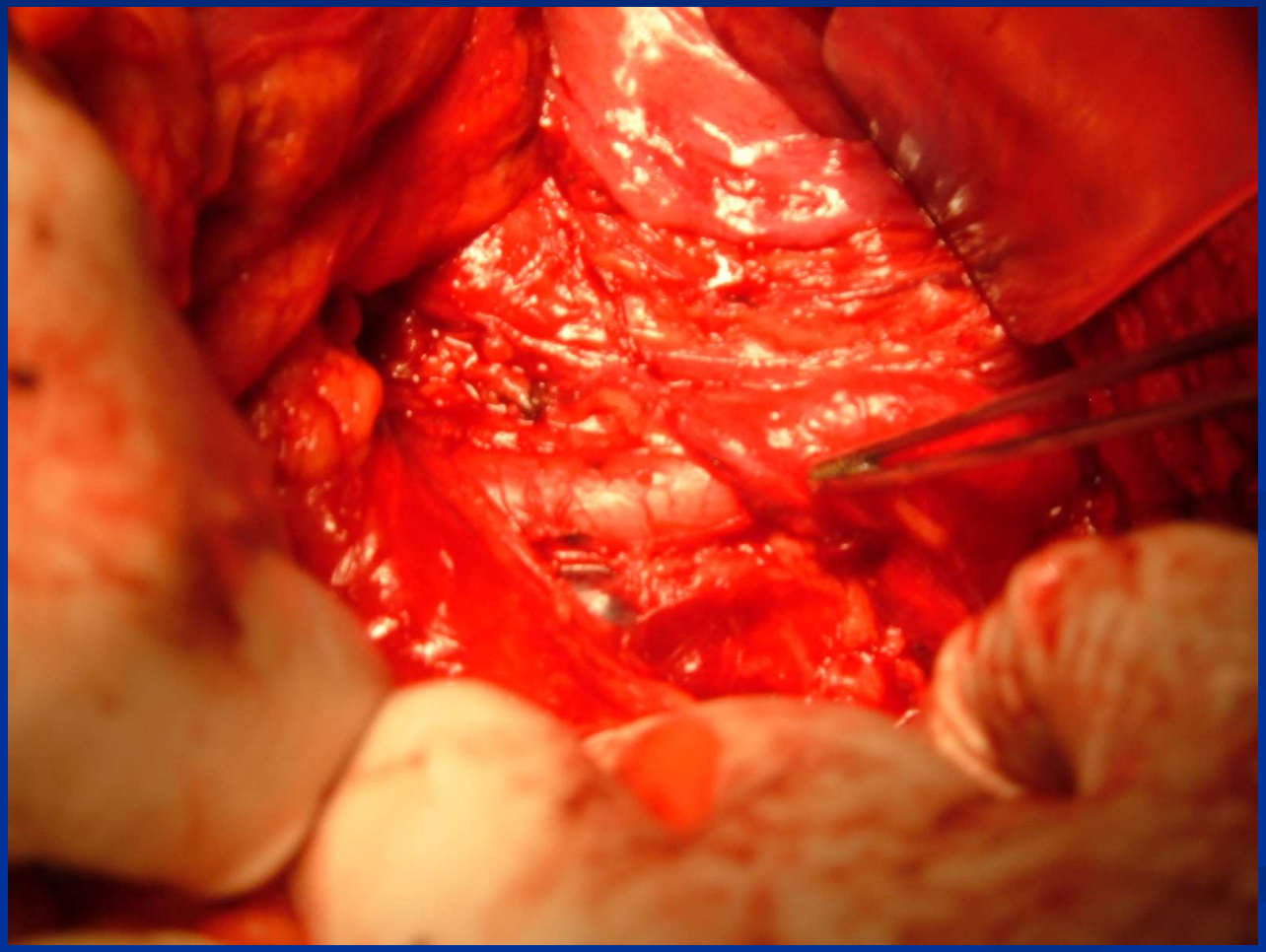
Sigmoidectomía

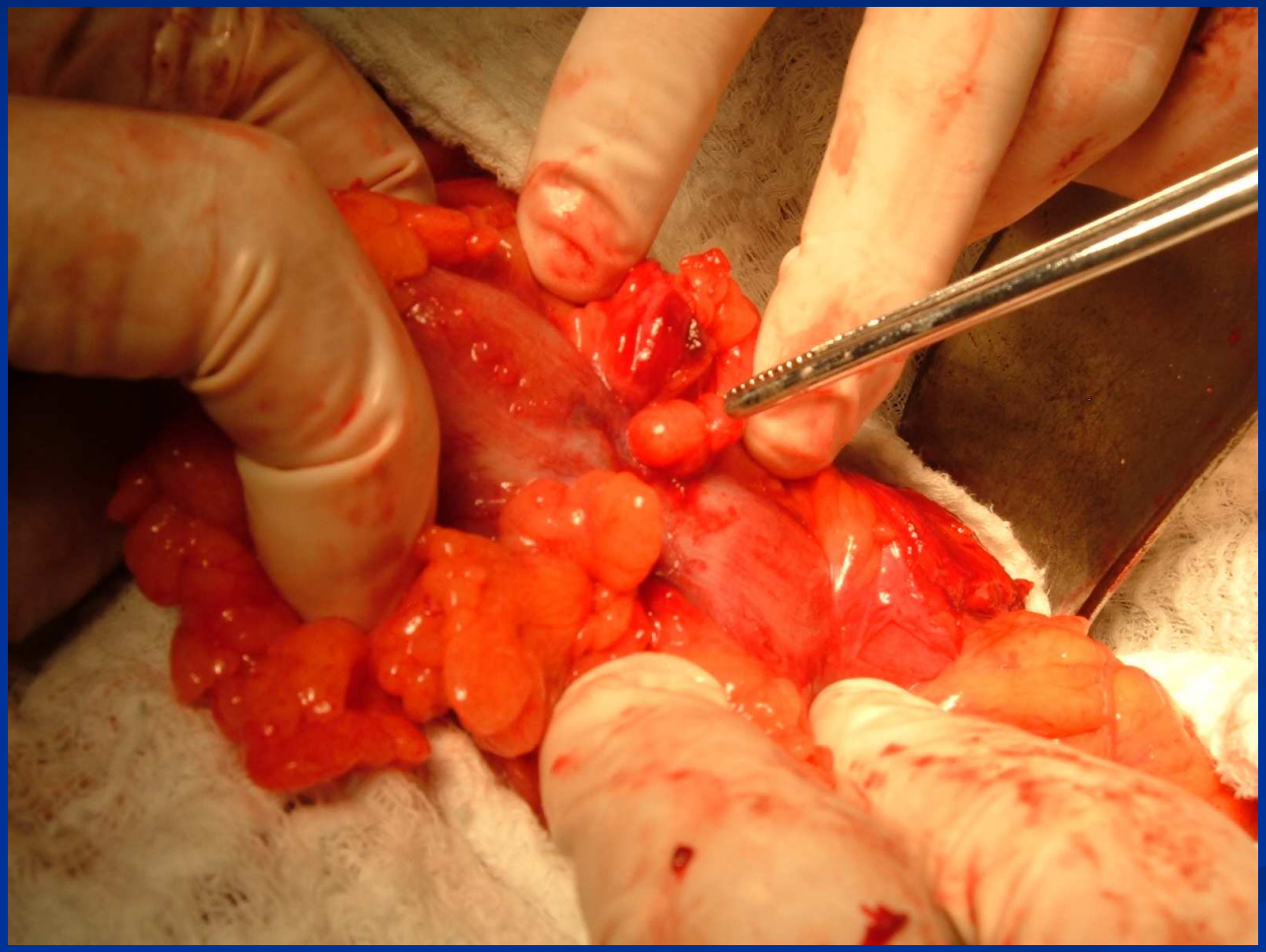


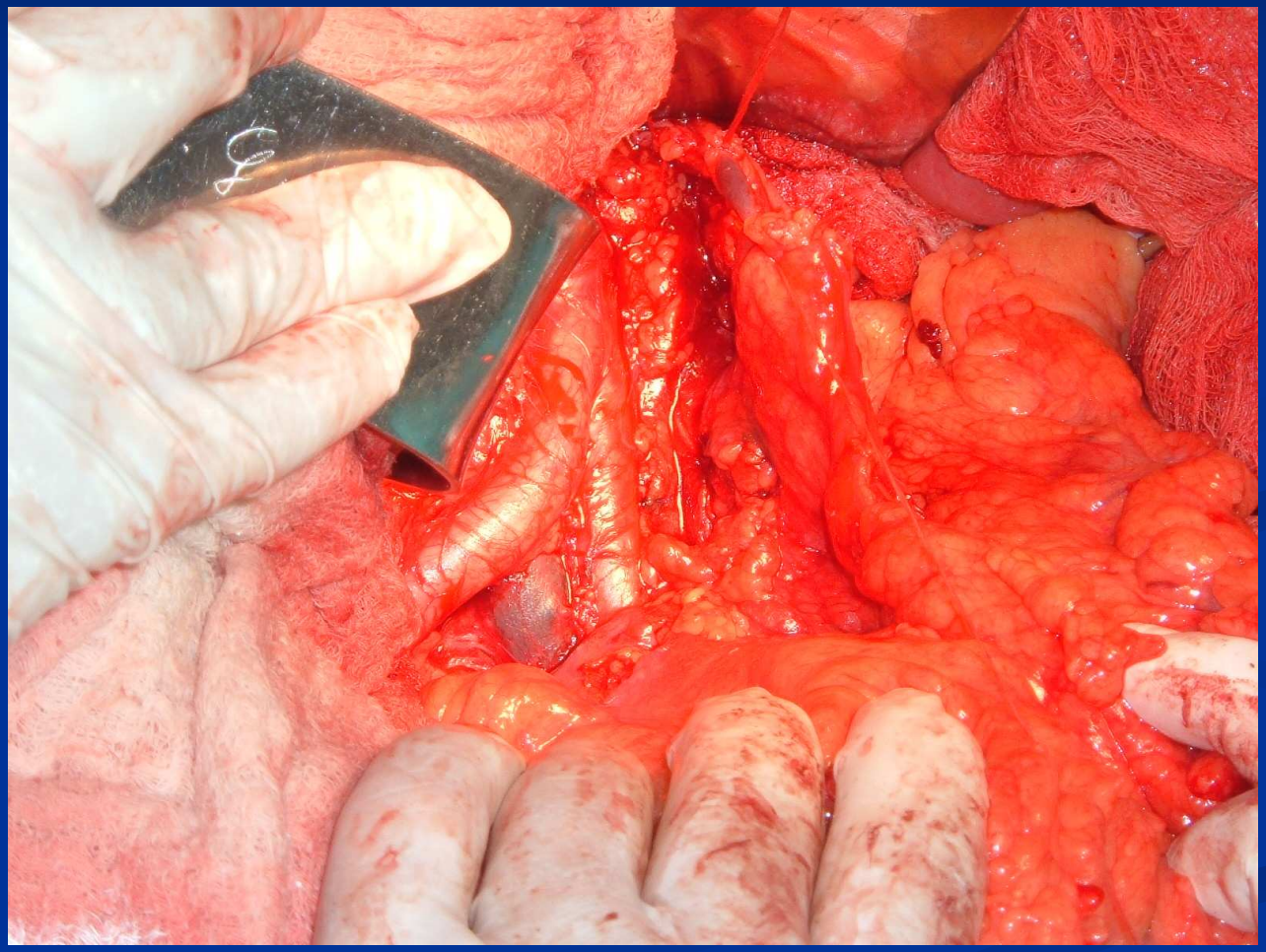


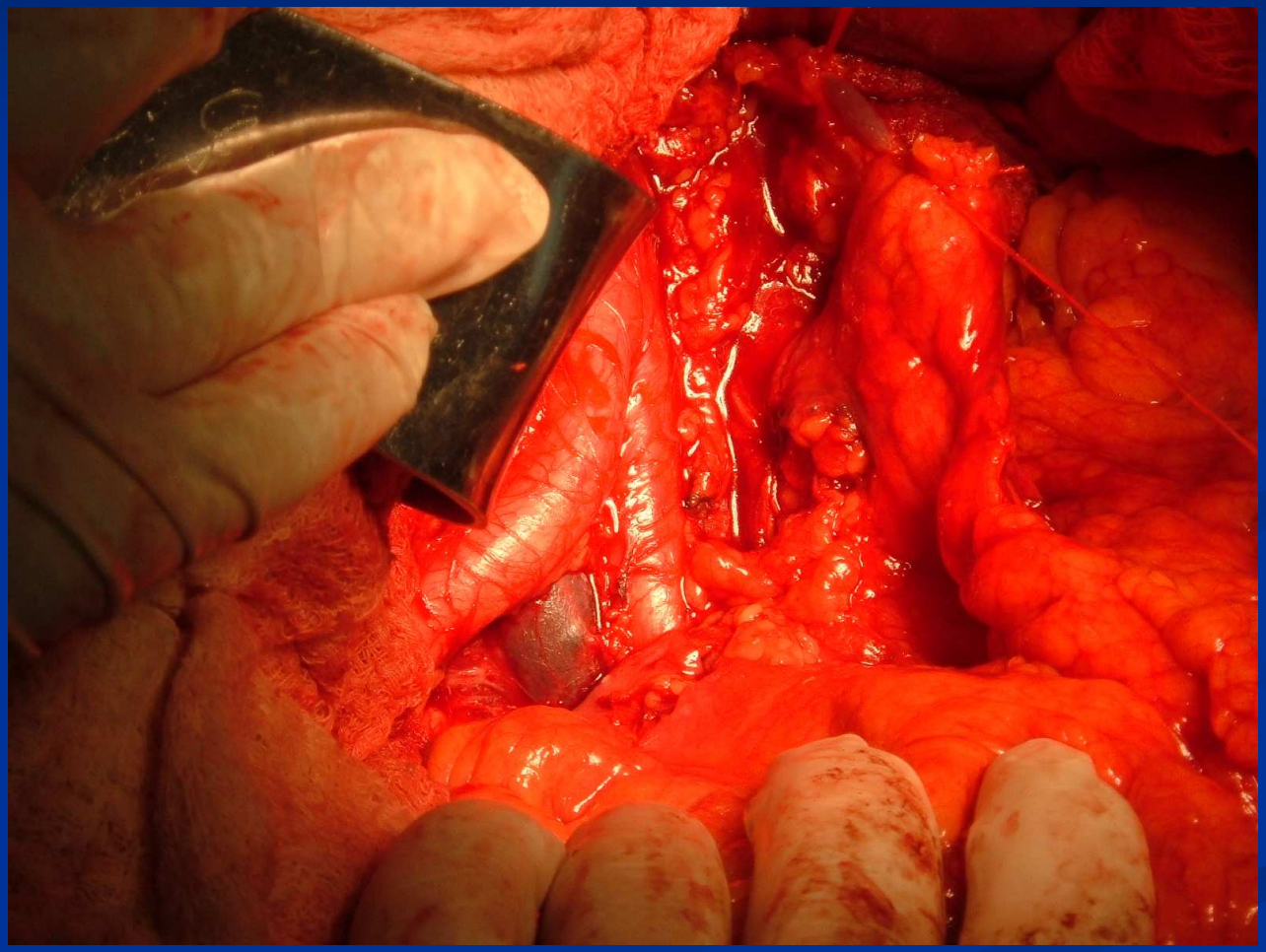


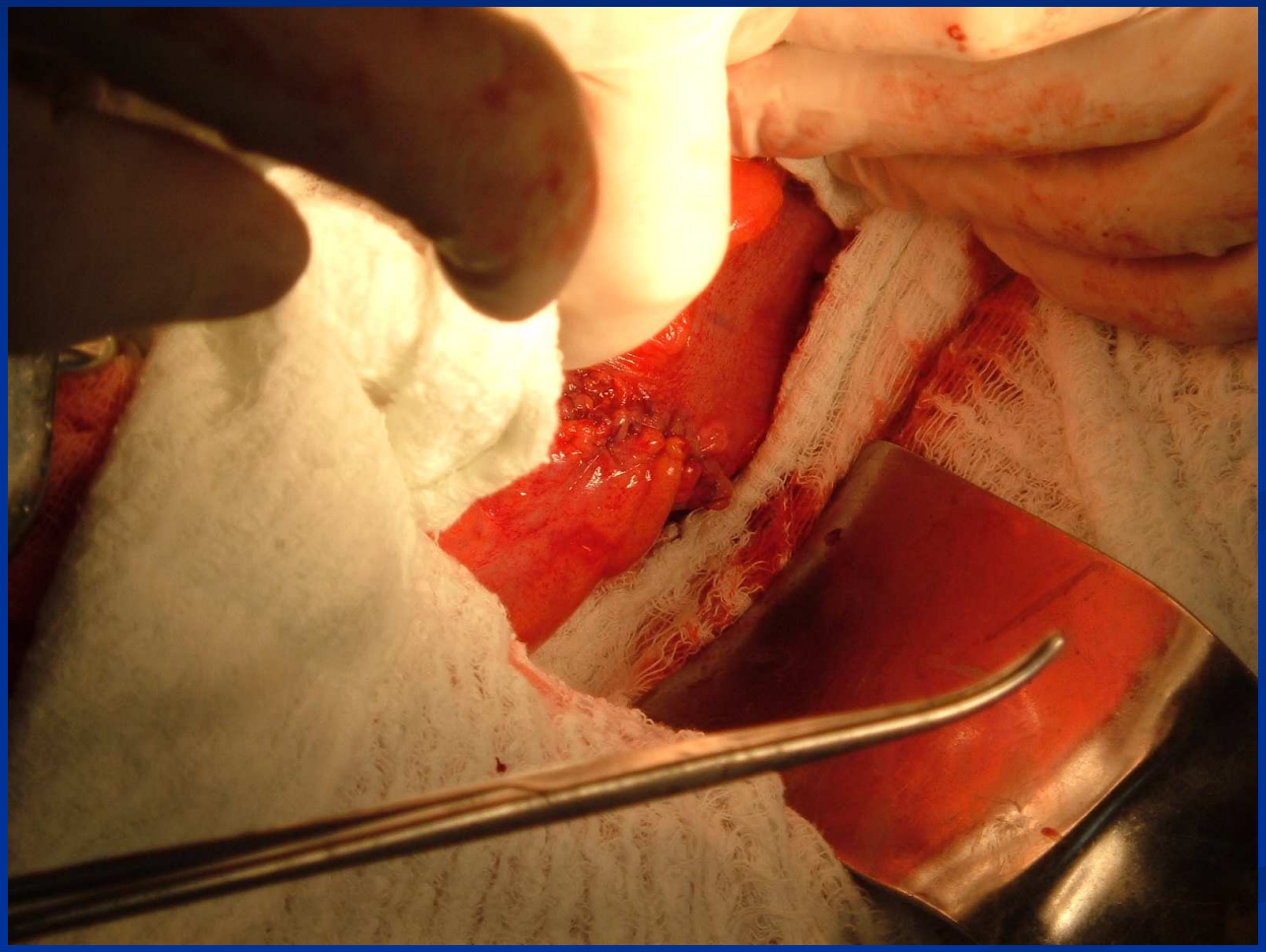


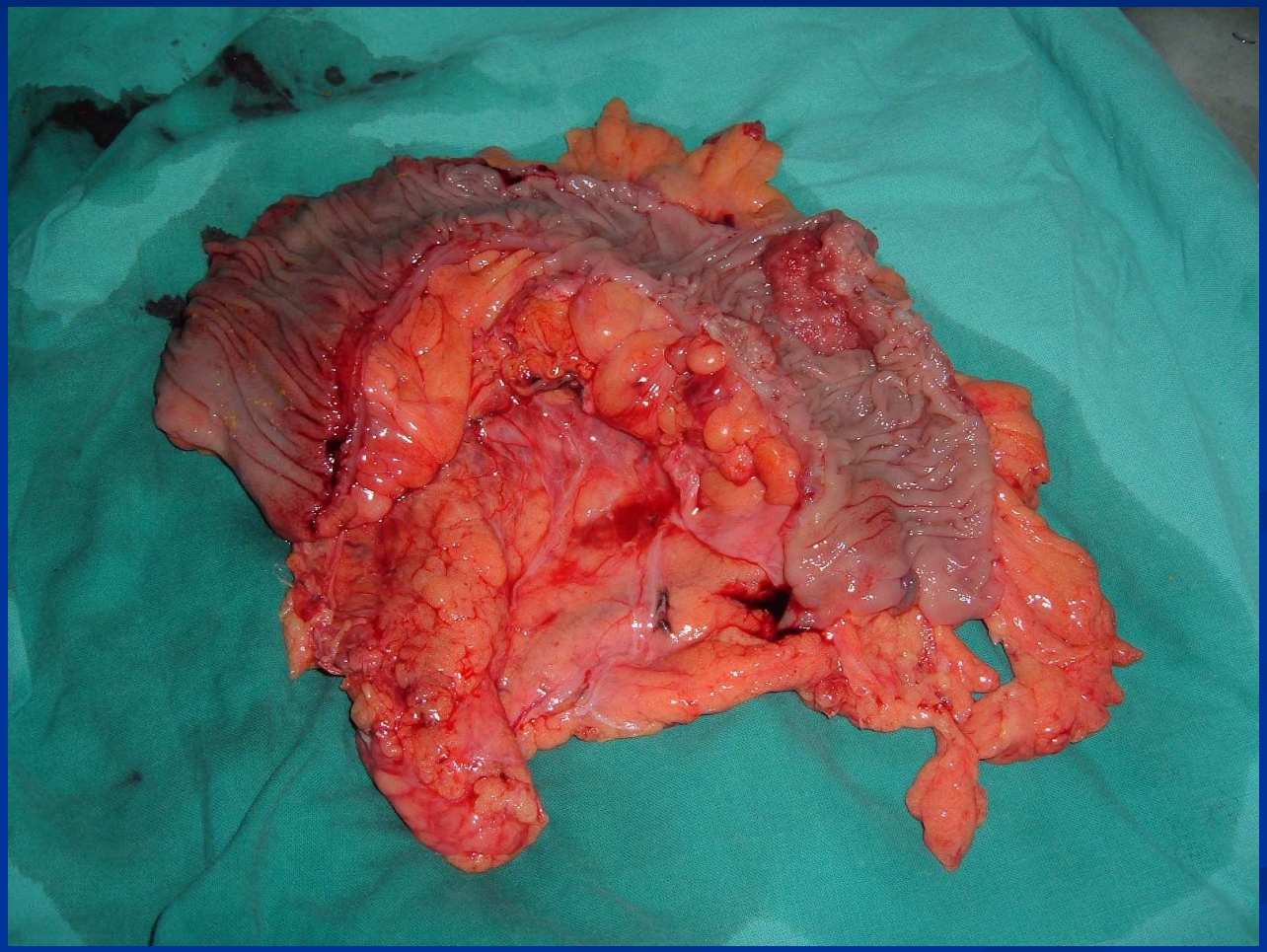




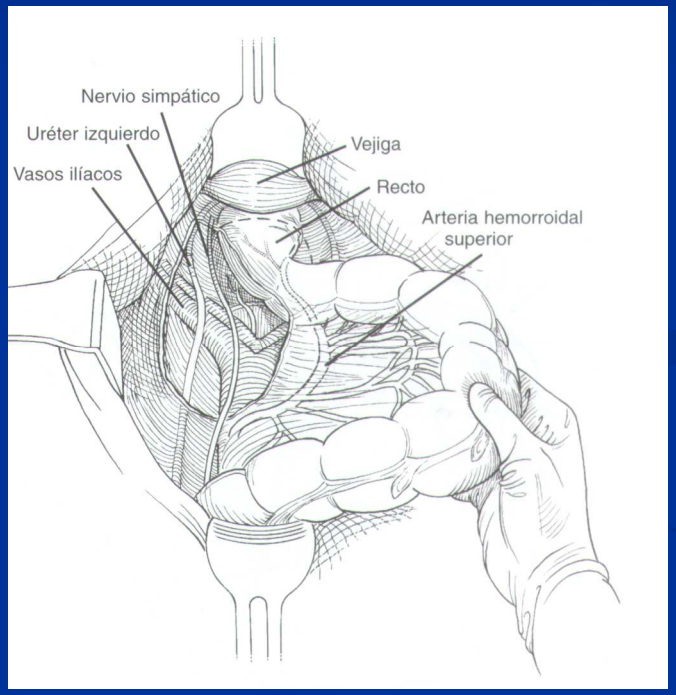




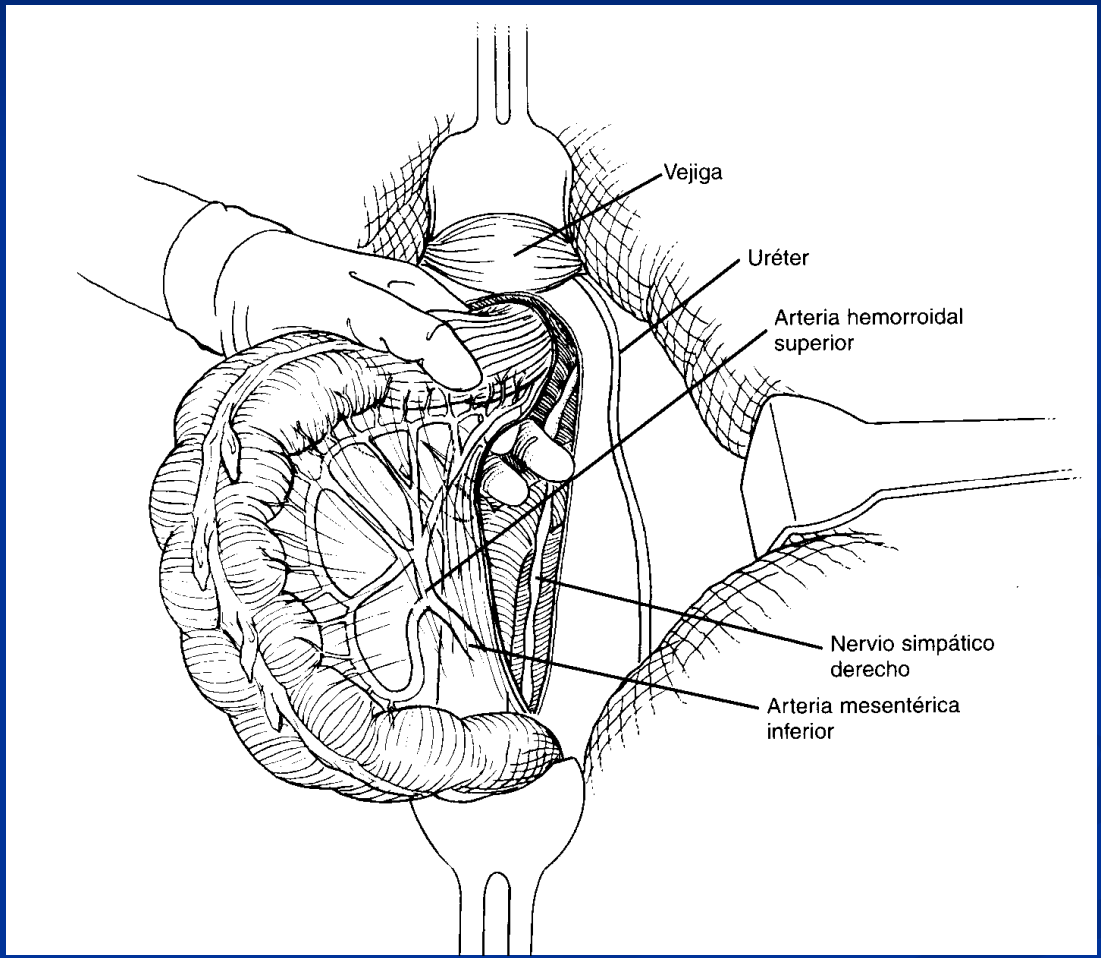




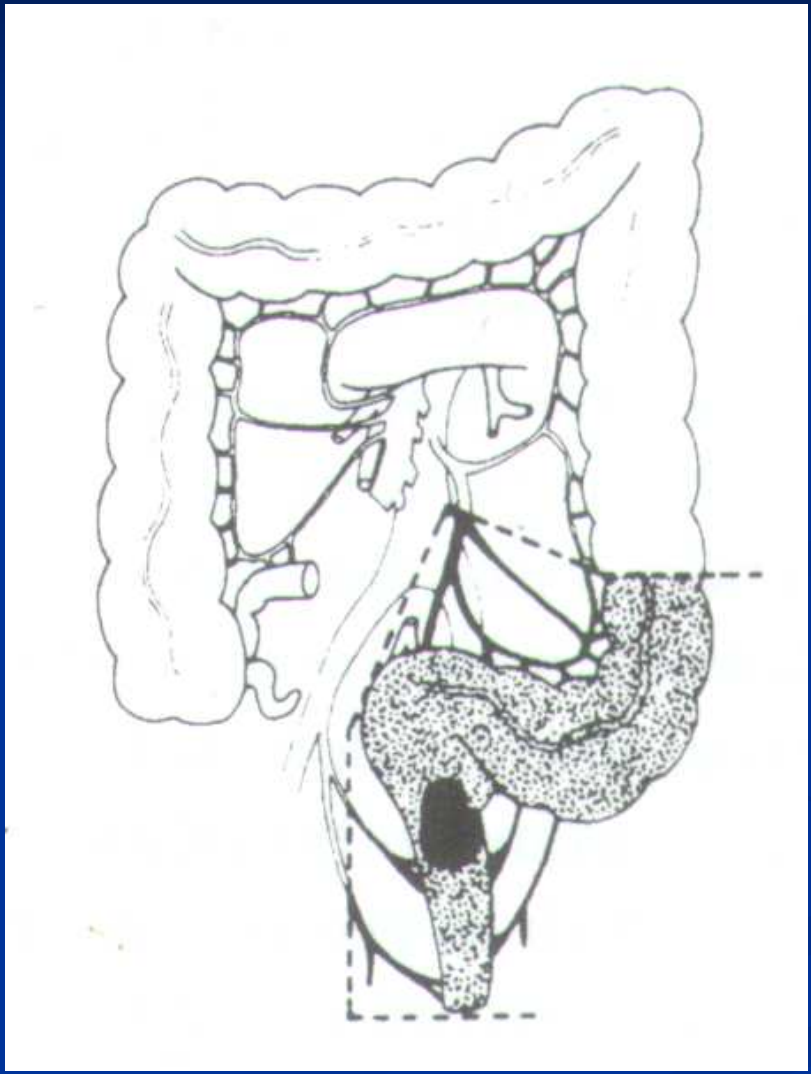
Disección sigmoidea del lado izquierdo



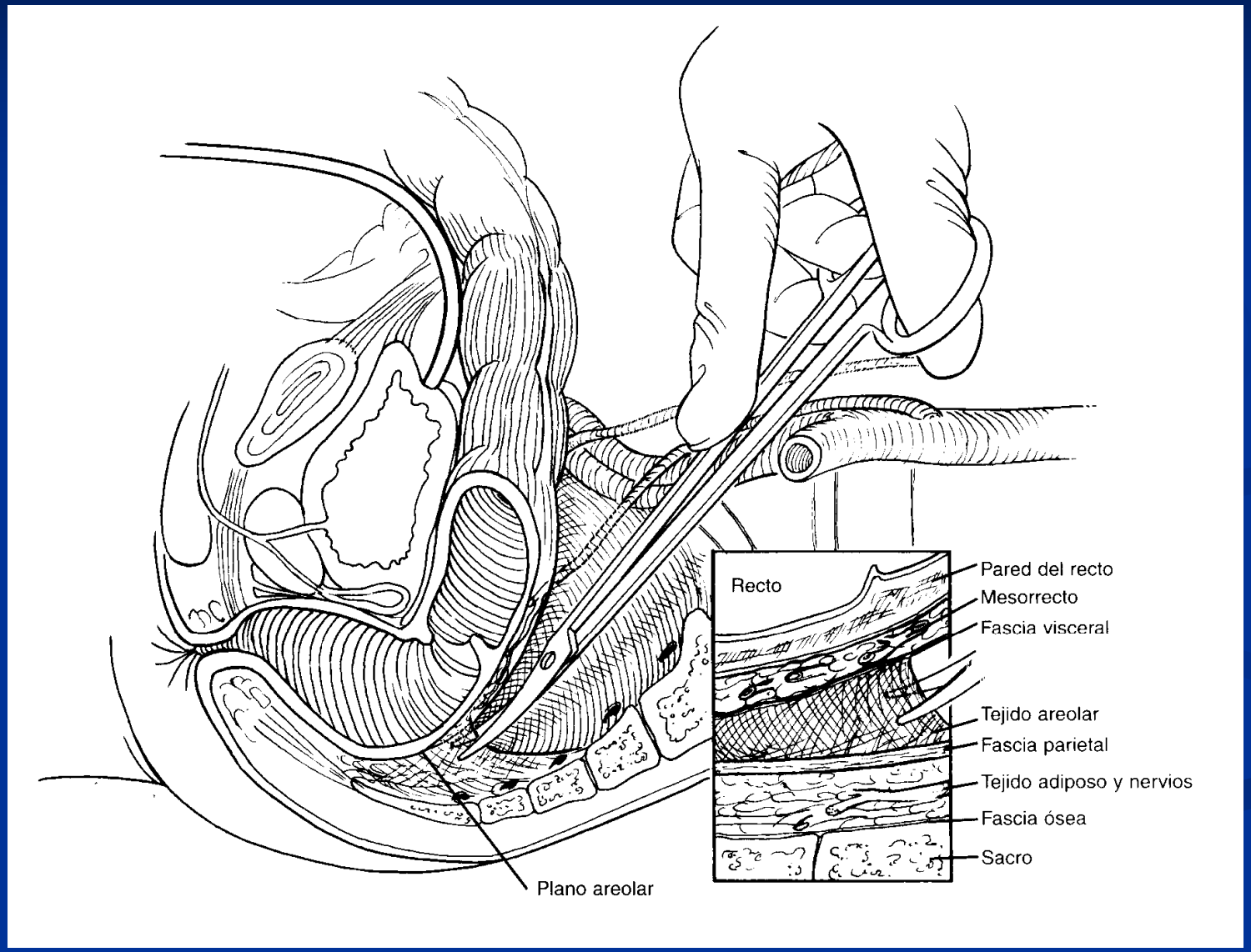
Disección sigmoidea del lado derecho



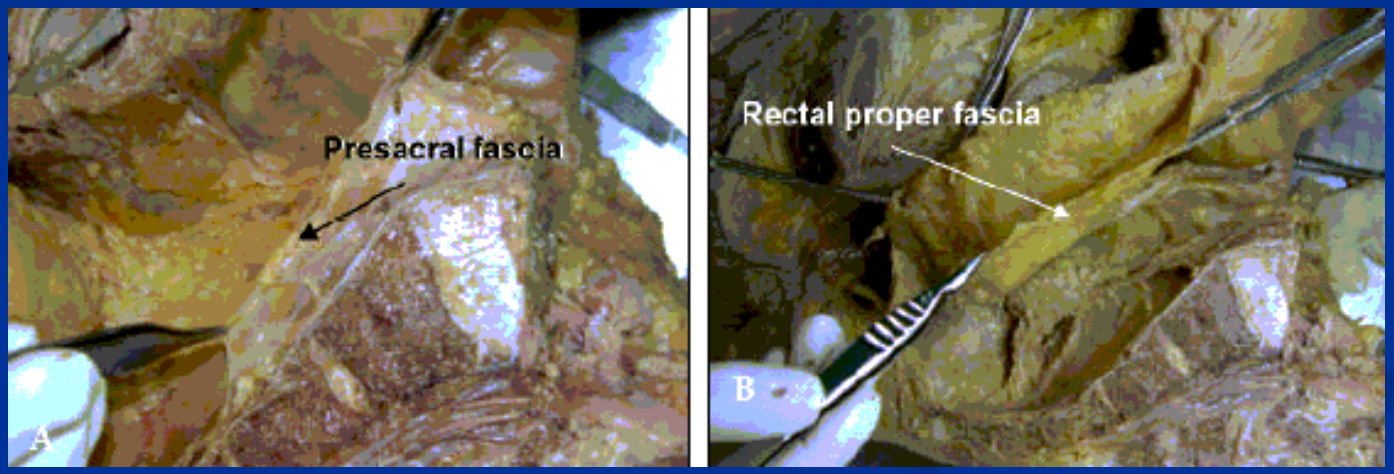
Cáncer de recto



Cáncer de recto
Disección del mesorrecto

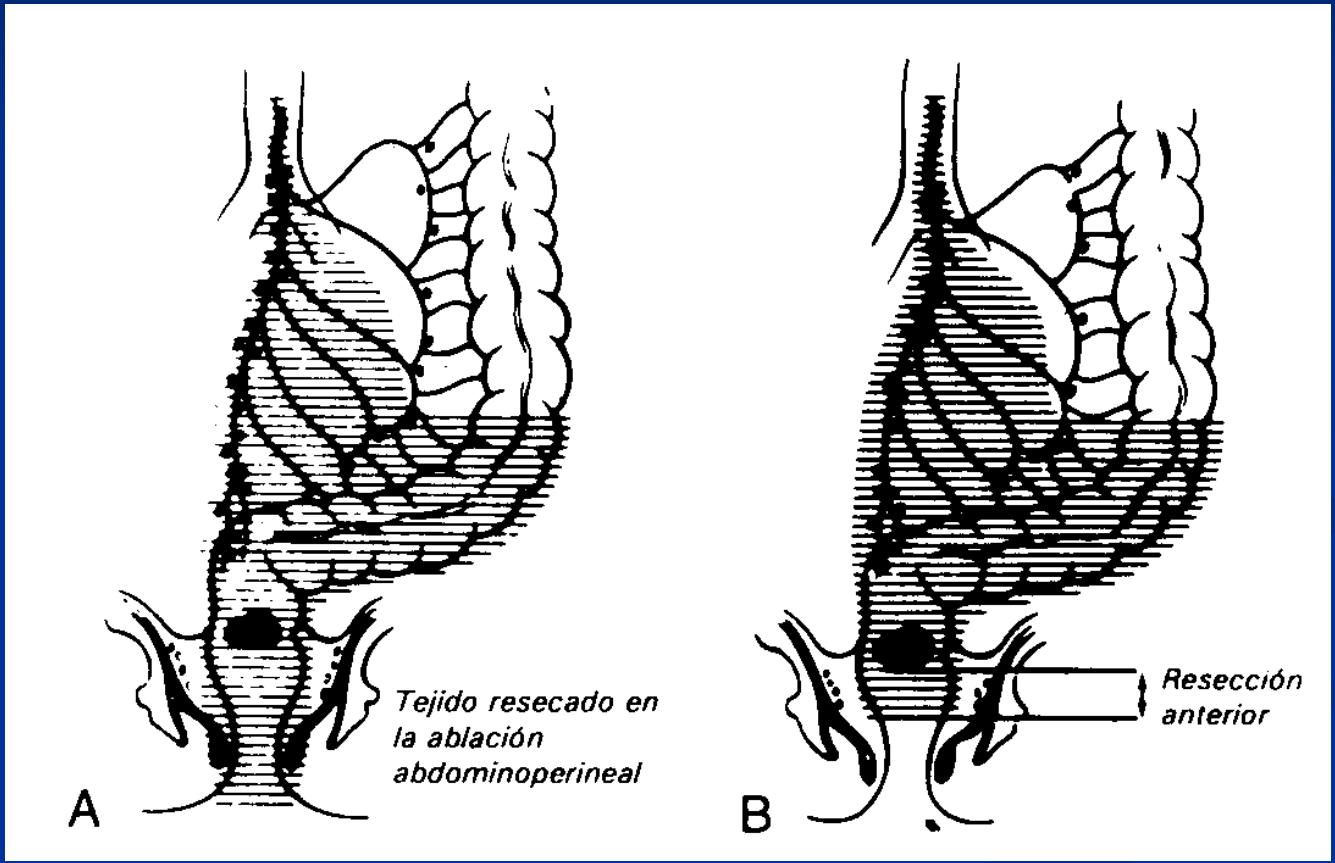


Cirugía de recto, disección y resección del mesorrecto

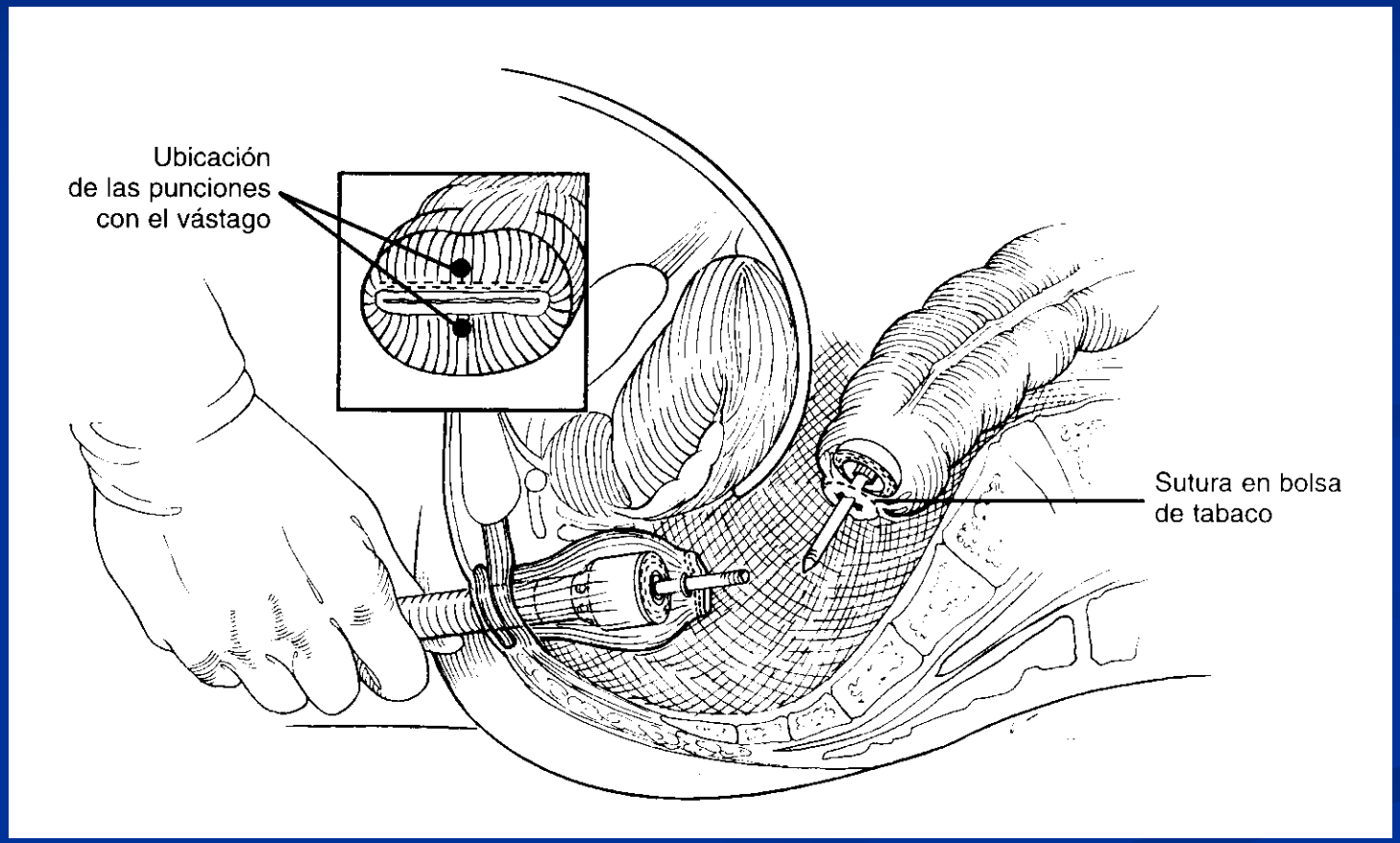


Disección cadavérica de una hemipelvis. A) La fascia presacra cubre la vena presacra sobre el sacro. B) La fascia levantada por la pinza es la fascia rectal propia envolviendo el mesorrecto y el recto

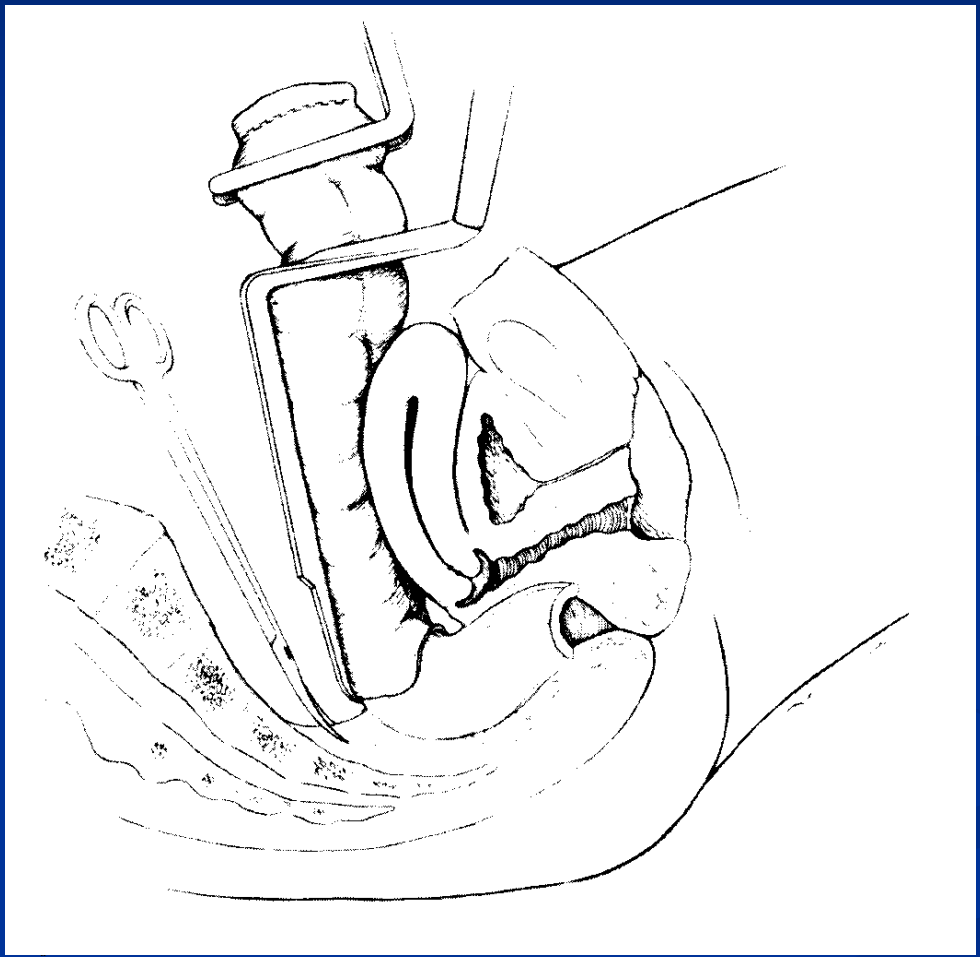
Cuándo Miles?



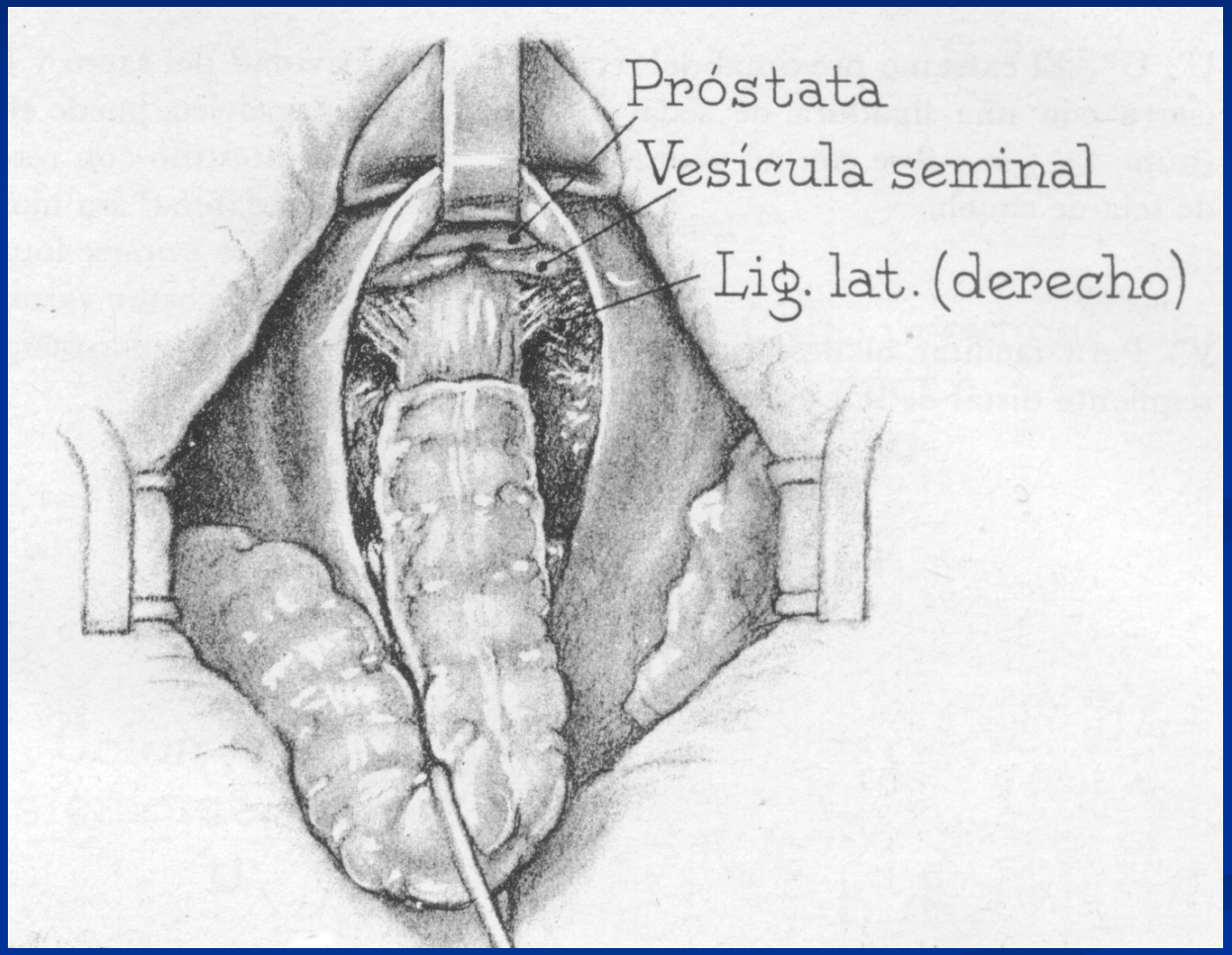
Anastomosis rectal baja con suturas mecánicas



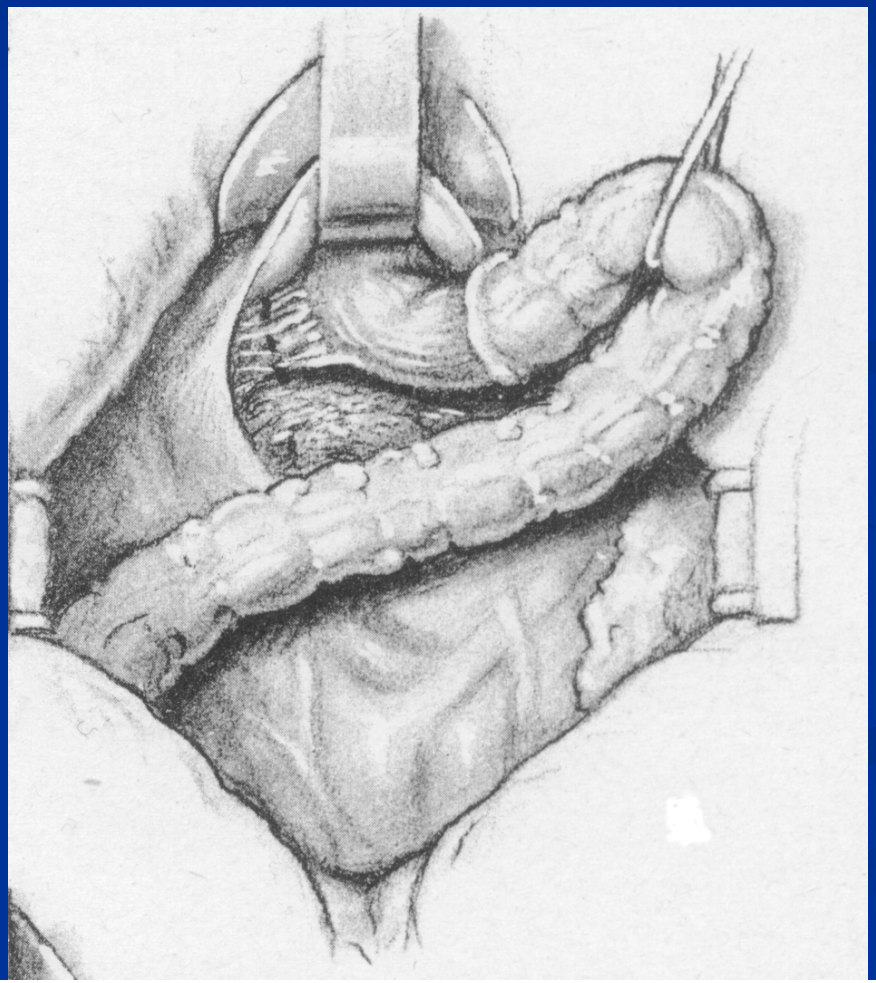
Disección de mesorrecto en la operación de Miles



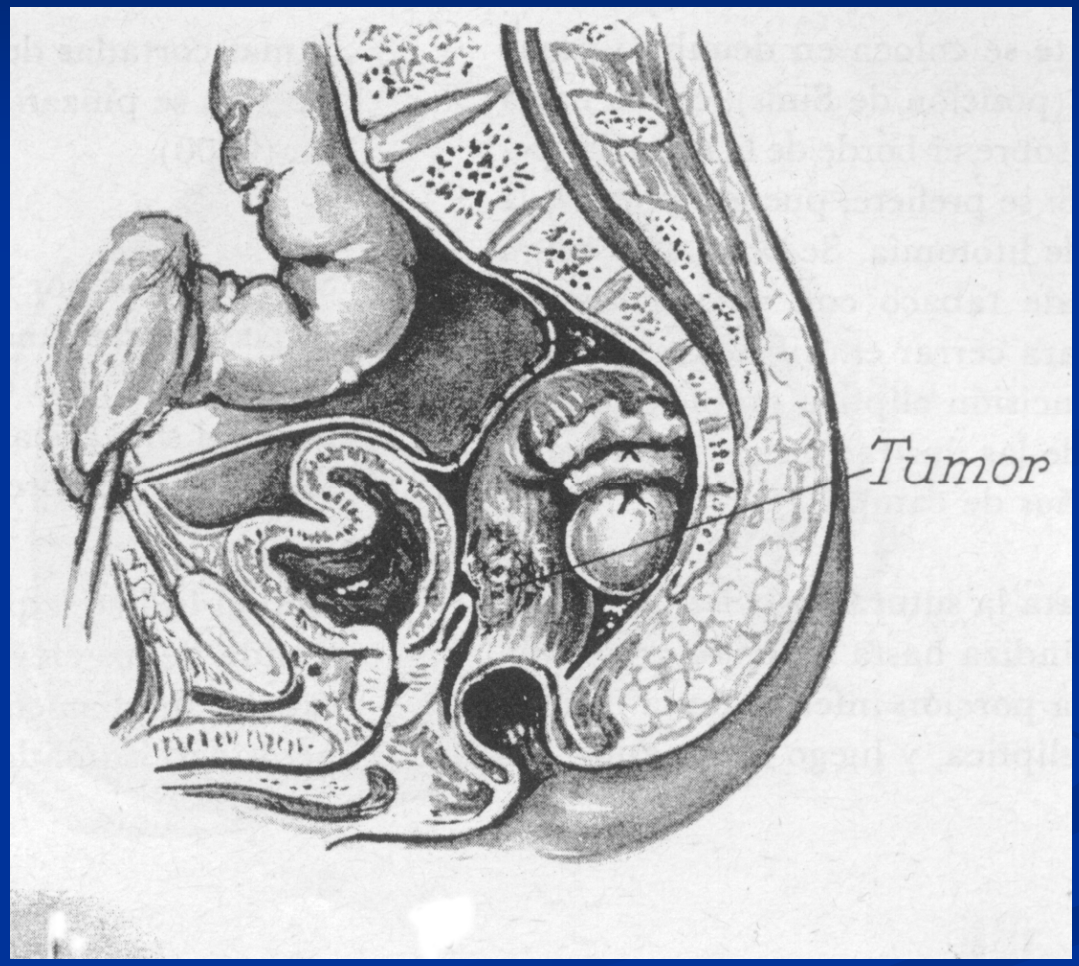
Disección anterior, resecando la fascia de Denonvillier



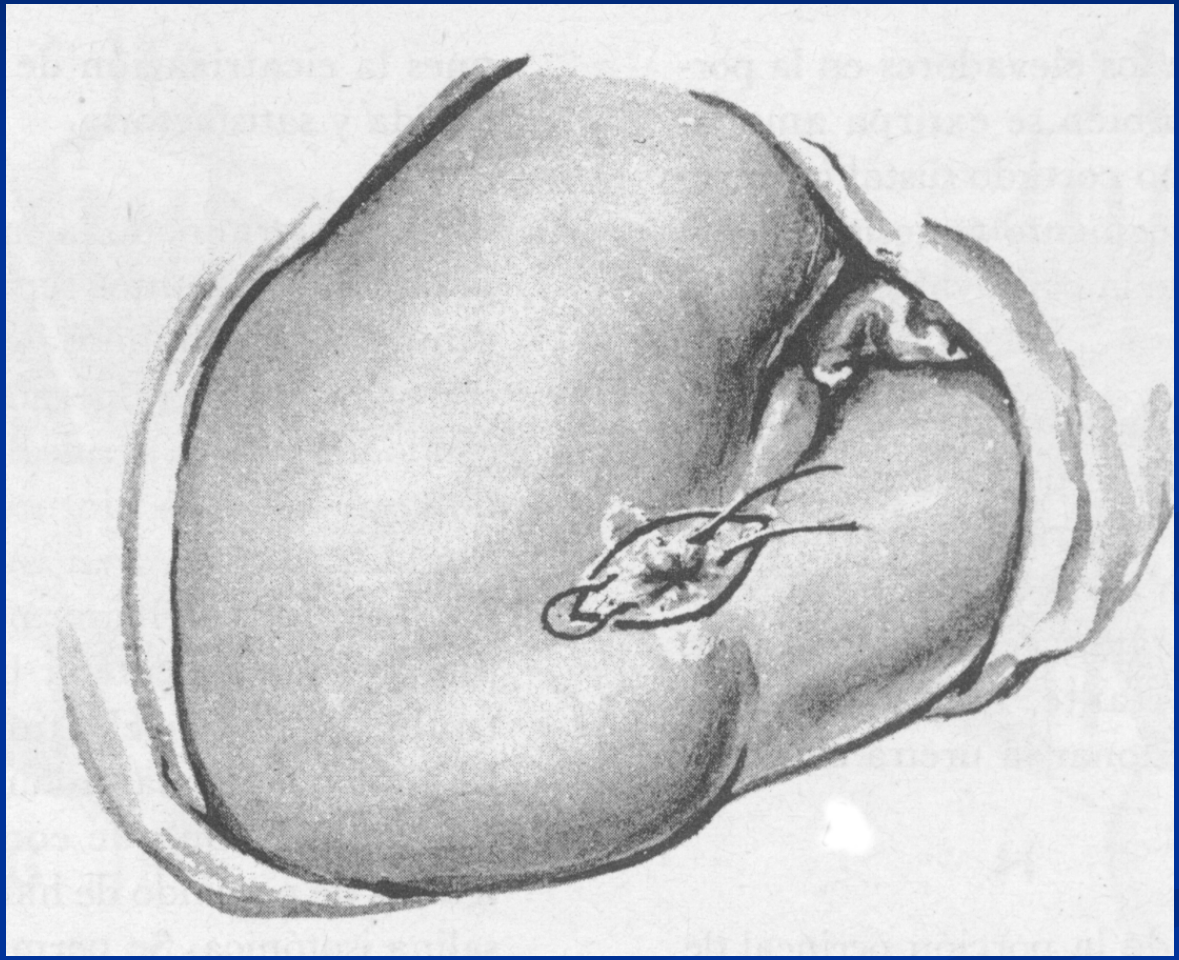
Sección de los ligamentos laterales del recto, con hemostasia de la arteria hemorroidal media



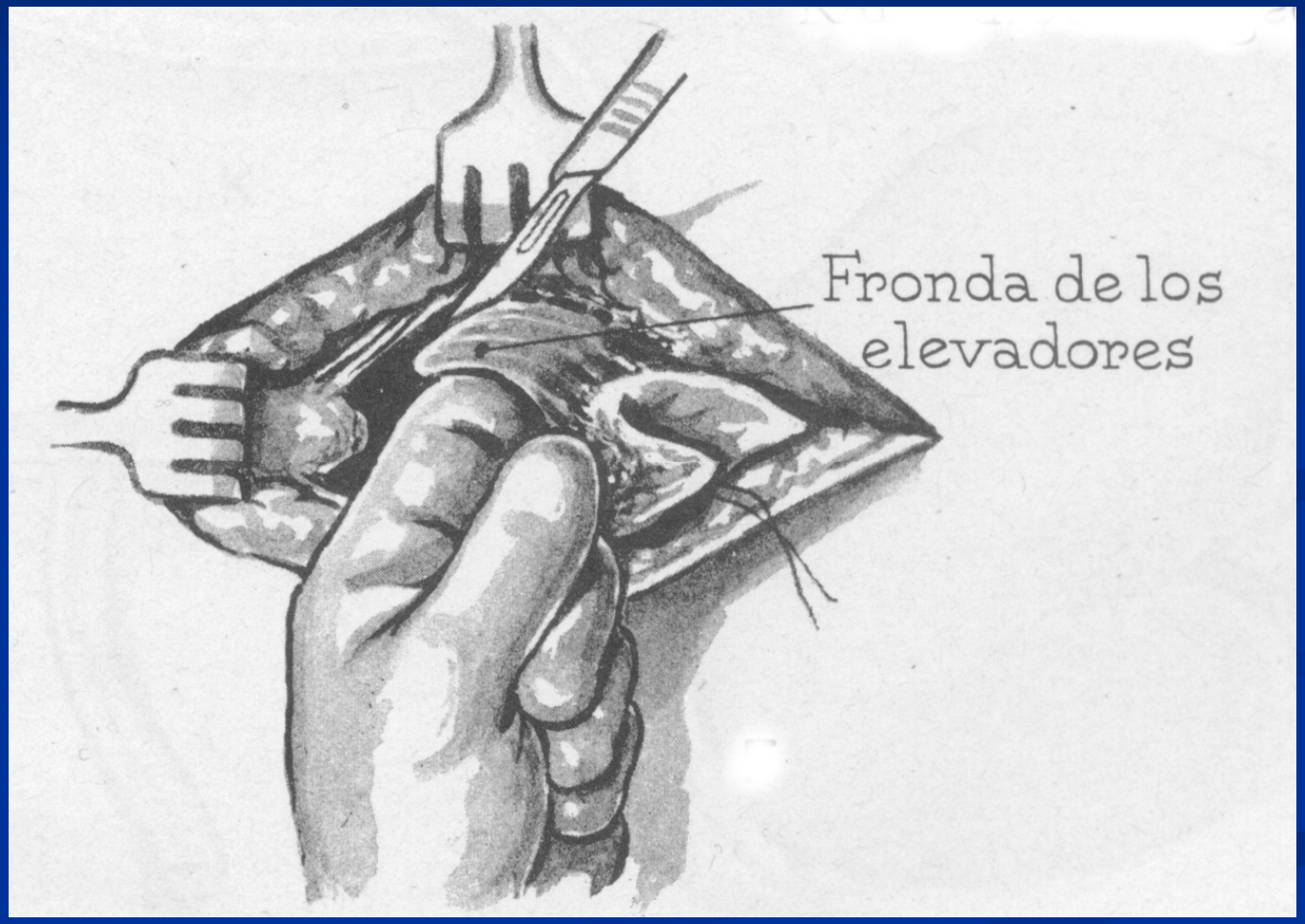
Llegar en la disección hasta el plano de los elevadores, luego cerrar el peritoneo pelviano



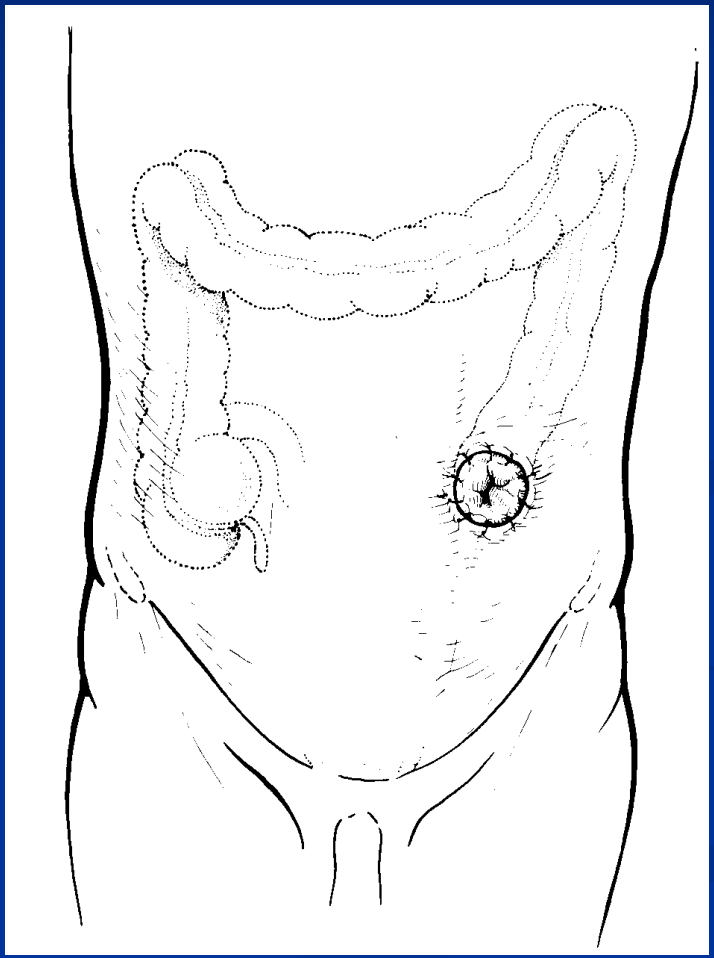
Tiempo perineal, cierre por sutura del ano



Tiempo perineal. Sección del plano de los elevadores e isquiocoxígeos



Op. De Miles. Colostomía definitiva del descendente o sigmoidea



Carcinoma de colon
Lo que destacaría para residentes

Cirugía de urgencia

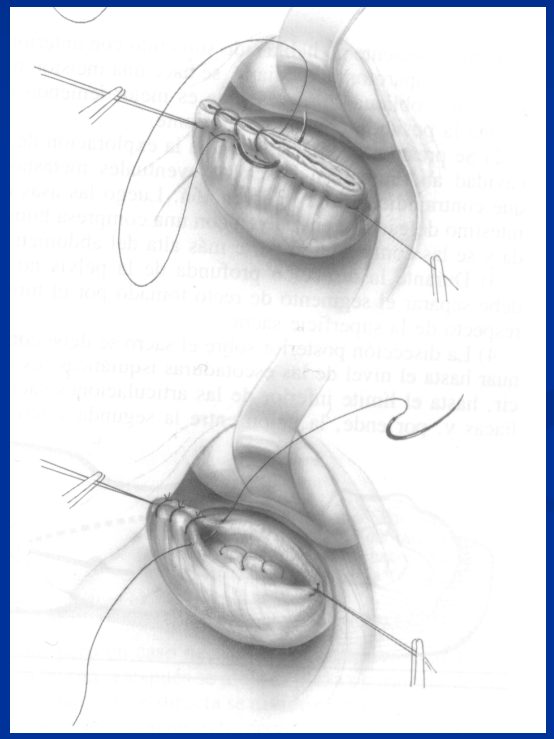
MANEJO DEL CANCER OBSTRUCTIVO

- En presencia de un cáncer rectal o sigmoideo localmente avanzado, con obstrucción sintomática, antes de la resección quirúrgica se debe llevar a cabo una derivación preliminar
- Es ventajoso realizar una colostomía en asa sigmoidea
- Si se realiza una colostomía transversal derecha, se debe tener cuidado de no dañar los vasos cólicos medios, que son necesarios para la reconstrucción.
- Es aceptable también una ileostomía en asa distal.

Cirugía de urgencia
Obstrucción de colon izquierdo

Carcinoma de colon
Lo que destacaría para residentes

CIERRE DEL COTO RECTAL EN LA OPERACIÓN DE HARTMANN



Cirugía de urgencia

Obstrucción de colon derecho

- Si el estado del paciente permite descompresión, Resección e ileotransverso anastomosis.
- Si no se puede preparar, resección , ileostomía y fístula mucosa de colon transverso

Cirugía de urgencia

Hemorragia

- Si se tiene localizada la hemorragia, resección segmentaria
- Si no se localiza la hemorragia, o es una poliposis la que sangra, puede ir a colectomía total
- Si el origen es rectal y el origen es accesible a cirugía trans anal: electrofulguración y preparar para cirugía oncológica reglada
- Si es accesible a la endoscopía puede ser electrofulgurada o resecada la lesión de origen, como tiempo previo a cirugía oncológica radical

Cirugía de urgencia

Perforación

Si colon derecho. Ej. : ciego: resección

- y si está contaminada la cavidad, ileostomía y fístula mucosa.
- si pasaron menos de 6 hs y con colon preparado: ileotransverso anastomosis
- Si colon izquierdo: Hartmann o exteriorización del asa
- Si colon transverso: exteriorización de los cabos como colostomía y fístula mucosa

GRACIAS !