

II Jornada Virtual Internacional y XI Jornada Presencial de Medicina Familiar. Ciego de Ávila 2023

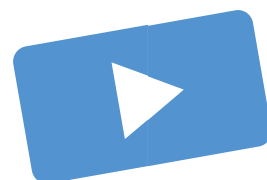


2 al 30 de mayo de 2023

*"POR UNA MEDICINA FAMILIAR DE AVANZADA Y DE  
EXCELENCIA"*

# C U R S O

**TITULO: Cáncer Coloproctal: un problema real**



**Profesores: Dra. Yelec Estrada Guerra**

**Dra. Yuleysi Zamora Viera**

**Dra. Yaymí Rodríguez Luis**

Temáticas a tratar

- Cáncer Colorrectal. Conceptos, importancia y actualidad.
- Factores de riesgo (no modificables y modificables).
- Diagnóstico temprano, un reto para la medicina moderna.
- Tratamiento y prevención como su pilar fundamental.

¿?

¿?

¿?

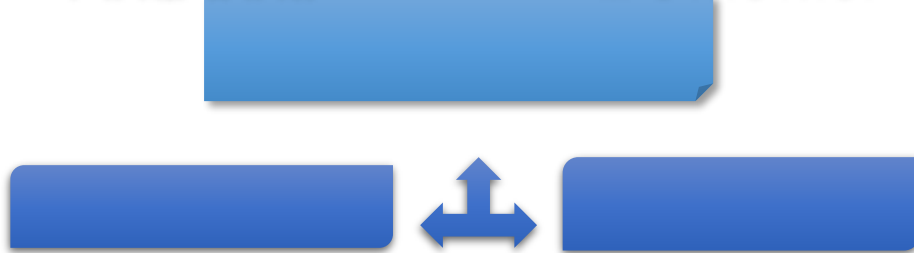
¿?



El cáncer colorrectal (CCR) es la formación maligna que se inicia en la mucosa del recto o del colon. Constituye un problema sanitario de gran magnitud en el mundo y en Cuba en particular, debido a sus elevadas morbilidad y mortalidad. Tiene alta incidencia en países desarrollados y se ubica dentro de las primeras

tres causas de muerte por cáncer en la mayoría de ellos. Se cree llegará a ser la neoplasia más frecuente en el siglo XXI.

PRIMARIO METASTÁSI



**I-** Origen epitelial.

1. **Adenocarcinoma (95-98%)**
2. Adenocantoma
3. Tumor carcinoide
4. Carcinoma de células escamosas

**II-** Origen mesenquimatoso.

1. Leiomioma
2. Fibrosarcoma
3. Liposarcoma
4. Hemangiosarcoma
5. Linfagiosarcoma
6. Linfomas



1

3

La incidencia más alta de cáncer colorrectal en el mundo la tienen Estados Unidos, Australia/Nueva Zelanda, Europa Occidental y Japón,

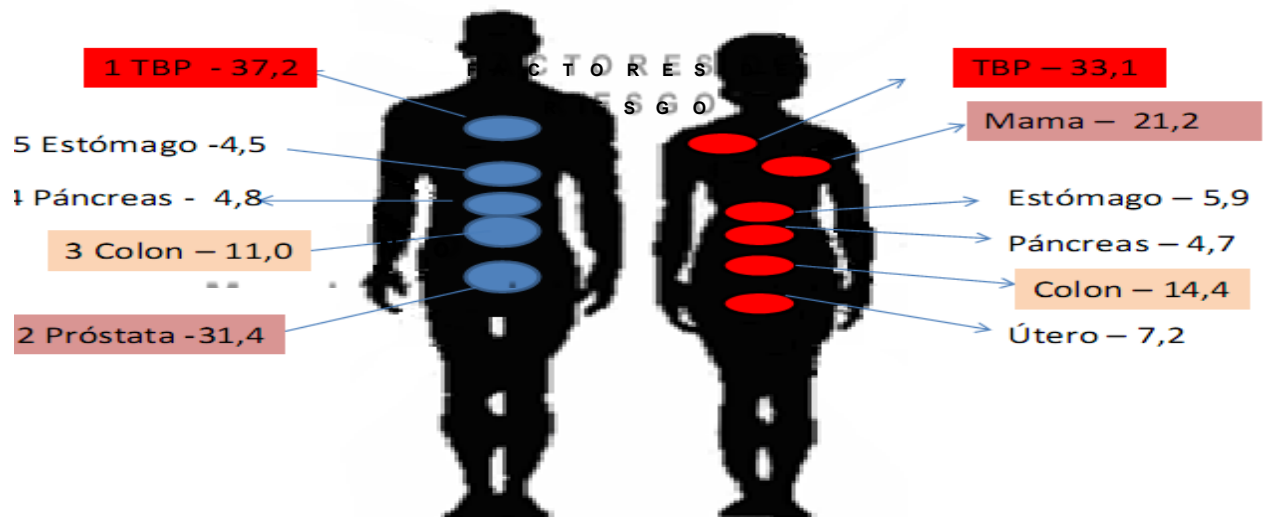
principalmente en hombres. En Suramérica la incidencia tiende a ser media, y en África y Asia, baja.

El cáncer de colon representa el segundo tumor maligno más frecuente en la mayoría de los países occidentales, después del cáncer de pulmón en el varón y de mama en la mujer.

En Cuba el cáncer de colon constituye la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos, por detrás de la neoplasia de mama en la mujer y la de pulmón en el hombre, y provoca el 9 % del total de defunciones por tumores malignos en este siglo, con predominio en las féminas.

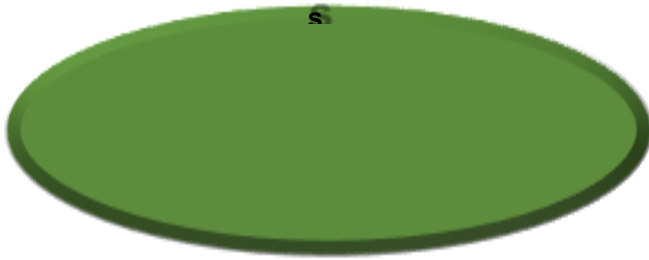
En **Ciego de Ávila** durante los años 2021 y 2022 los **tumores malignos** ocuparon la **segunda causa** de muerte y específicamente el **cáncer colorrectal** se colocó en el **tercer puesto**, después de pulmón y próstata en el hombre y del pulmón y mama en la mujer.

### LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTE AÑO 2022.



- **Edad avanzada.** se puede diagnosticar a cualquier edad, pero la mayoría de las personas con cáncer de colon son mayores de 50 años, aunque las tasas de cáncer de colon en personas menores de 50 años han estado aumentando.
- **Raza afroamericana.**
- **Antecedentes personales de cáncer colorrectal o pólipos.**
- **Afecciones intestinales inflamatorias.** Las enfermedades inflamatorias crónicas del colon, como la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn, pueden aumentar el riesgo de cáncer de colon.
- **Síndromes hereditarios que aumentan el riesgo de cáncer de colon.** Algunas mutaciones genéticas transmitidas a través de las generaciones de la familia pueden aumentar significativamente el riesgo de padecer cáncer de colon. Solo un pequeño porcentaje de los casos de cáncer de colon están relacionados con genes heredados. Los síndromes hereditarios más comunes que aumentan el riesgo de cáncer de colon son la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y el síndrome de Lynch, también conocido como cáncer colorrectal hereditario no polipósico (HNPCC).
- **Antecedentes familiares de cáncer de colon.** Si más de un miembro de la familia tiene cáncer de colon o de recto, el riesgo es aún mayor.
- **Diabetes o resistencia a la insulina.**
- **Radioterapia contra el cáncer.** La radioterapia dirigida al abdomen para tratar casos de cáncer anteriores aumenta el riesgo de cáncer de colon.

## Modificable



- Dieta con bajo contenido de fibra y alto contenido de grasas, carne roja y carne procesada.
- Un estilo de vida sedentario.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- 



"Creo que gran parte del arte médico es estar preparados para observar"

1

6



**El diagnóstico debe hacerse cuando es el cáncer primero/precoz, etapa en la cual es asintomático.**

### Síntomas de alarma del CCR

1. Rectorragia
2. Anemia
3. Sangre oculta en Heces Fecales positiva
4. Dolor abdominal tipo cólico

5. Masa palpable o tactable
6. Flema por el recto

Las manifestaciones dependen del sitio en que este ubicado el tumor, de los síntomas generales y de las metástasis que presente el paciente.

**a) Colon derecho:** (ciego, colon ascendente y ½ proximal del transversal).

Este evoluciona con una de las formas clínicas siguientes:

1. Dispéptica
2. Tumoral
3. Anemizante
4. Inflamatoria

Contrario al colon izquierdo raramente produce oclusión, ya que este segmento es más amplio y distensible, el contenido intestinal es líquido y el tumor es blando, friable y sangra con facilidad, por lo tanto es muy frecuente la anemia, con palidez cutáneomucosa, astenia, fatiga, etc. (Forma Anemizante) Esta anemia se instala de forma paulatina y la pérdida de sangre se hace evidente en un examen de sangre oculta en heces fecales.

Aunque estos pacientes no presentan dolores abdominales a tipo cólico, si aquejan molestias abdominales en el lado derecho, que pueden llegar a dolor intenso y molesto, más circunscrito a cuadrante inferior derecho, a medida que la neoplasia se propaga o perfora produce una reacción inflamatoria. El dolor cuando se perfora es tan intenso que se confunde con una apendicitis aguda o tiflitis. El hábito intestinal del paciente puede alterarse ya sea en forma de constipación<sup>1</sup> o diarreas. (Forma Inflamatoria y dispéptica)<sup>7</sup>

**b) Colon izquierdo:** ( $\frac{1}{2}$  distal del transversal, colon descendente y sigmoides).

Este adopta una de las siguientes formas:

1. Obstructiva
2. Hemorrágica
3. Tumoral
4. Inflamatoria

Generalmente provoca obstrucción, debido al menor calibre de la luz, a que esta zona es menos distensible y el contenido intestinal es sólido. Generalmente el tumor es de tipo nodular y crecen produciendo constricción anular. Todo esto causa constipación seguida de diarreas con sangre y moco, acompañada de pujos y tenesmo, así como dolores abdominales a tipo cólico, que pueden llevar al diagnóstico erróneo inicial de una colitis. Los cólicos mejoran temporalmente con la expulsión de gases o la evacuación de las heces.

La hemorragia es de color rojo brillante u oscuro, por lo general de poca cantidad, pero se observa macroscópicamente mezclada con heces. Las heces pueden ser de pequeño calibre pero esto es más frecuente en el tumor propio del recto.

### **c) Tumor de recto** <sup>1</sup>

Los tumores malignos que invaden el recto se manifiestan clínicamente por trastornos en la defecación, alteraciones en el tamaño, forma y regularidad de las heces (heces de pequeño calibre) y enterorragia, que se manifiesta por la presencia macroscópica de sangre en heces fecales, dolor anal, estreñimiento, dolor abdominal, heces acintadas (cuando invade el mismo ano), anemia e incontinencia rectal.

Algunos pacientes presentan sensación de plenitud en el recto y la necesidad urgente de defecar y después de la defecación persiste la sensación de una evacuación incompleta. La invasión a tejidos pre sacros produce dolor sordo, desagradable que a menudo lo refieren en el periné o los muslos. La invasión a esfínter anal produce tenesmo. Si invade vías urinarias presentas síntomas característicos de dicha zona.

**Manifestaciones generales:** astenia, anorexia, pérdida de peso que puede llegar a la caquexia.

**Manifestaciones paraneoplásicas:**

1. Dermatomiositis
2. Acantosis nigricans
3. Endocarditis trombótica no bacteriana
4. Secreción ectópica de la paratohormonas con hipercalcemia
5. Neuromiopatía, etc.

**Manifestaciones metastásicas:** sobre todo en pulmón, hígado (dura y nodular) y huesos.



**Examen físico:** el aspecto varía desde aparentemente sano hasta la caquexia.

Se pueden apreciar los siguientes signos:

- Palidez cutáneomucosa con tonalidad pajiza.
- Ganglio centinela de Virchow, en algunos casos ya que los ganglios metastásicos <sup>1</sup> de estos tumores generalmente no son accesible a la palpación.
- Hepatomegalia metastásica, dura de superficie nodular.

- Tumoraación palpable, siendo las de ciego y colon derecho las más accesibles a la palpación.
- Ascitis.

**TACTO RECTAL:** se detectan las lesiones situadas en los últimos 12 cm. del recto, precisando tamaño, grado de fijación a estructuras adyacentes. Puede invadir espacio retrovesical y retrouterino (signo del escalón de Blumer). El 75% de los cánceres del recto se hayan al alcance del dedo.



#### Complementarios

- Hemograma: anemia microcítica e hipocrómica (ferropénica)
- Sangre oculta en heces fecales: +
- Pruebas funcionales hepáticas
- Marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario (CEA)  
CA 19-9
- Endoscopia (proctosigmoidoscopia y colonoscopia): Permite realizar biopsia de la lesión o citología endoscópica por cepillado para realizar el estudio histológico.

#### - Signos endoscópicos:

1. Vegetante, polipoideo, exofítico: masa de aspecto polipoideo, vegetante, mamelonante, que protruye hacia la luz, de color blanco amarillento, friable, que ocluye parcialmente la luz, irregular sucio, sanioso, con evidente aumento de la consistencia que se pone de manifiesto al contacto con la pinza o el endoscopio. La biopsia se desprende por arrancamiento
2. Ulcerado: lesión ulcerada de fondo sucio, sanioso, borde irregulares, nodulares, friables, que puede asentar sobre una mucosa aparentemente normal o sobre un área tumoral.
3. Infiltrante: mucosa irregular, infiltrada, acompañado de rigidez con desaparición de los pliegues mucosos, duros, friables, acartonados.
4. Mixto: Cuando se asocian varias formas de presentación.

- Otros Signos endoscópicos: masa tumoral de tamaño variable, ocasionalmente la luz estenosada no permite el paso del endoscopio, pliegues mucosos distorsionados o destruidos, disminución de la peristalsis, dilatación pre-estenótica, cuando se puede franquear la estenosis.

- Radiología:

Colon por enema: el enema de bario es altamente positivo (mas del 90%) en lesiones que asientan por encima del recto. Las lesiones del recto se observan mal en las radiografías. Tumores de pequeño tamaño pueden visualizarse con técnicas de doble contraste.

- Signos radiológicos constantes o esenciales: defecto de lleno, polipoideo o anular, en anillo de servilleta, estenosis de la luz, paso brusco de lo normal a lo patológico, bordes abruptos o anfractuosos de la lesión.

- Signos inconstantes: destrucción de los pliegues mucosos, dilatación pre-estenótica, rigidez de la pared (ausencia de peristalsis)

Ecografía diagnóstica de abdomen (USD)

Rayos x de tórax y de abdomen

Tomografía Axial Computarizada (TAC)

Resonancia Magnético Nuclear (RMN)

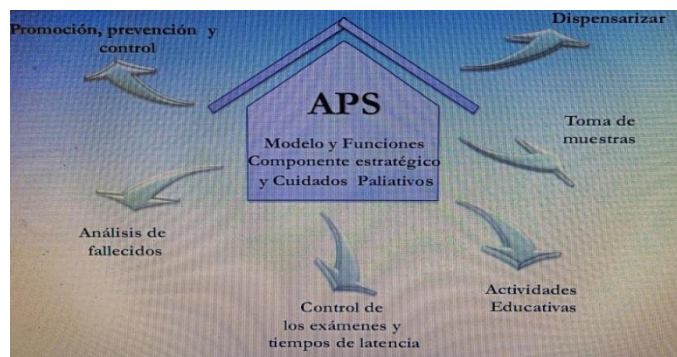
## **Complicaciones**

1. Hemorragias.
2. Obstrucción.
3. Perforación con pericolicitis y abscesos pericólicos, fistulización y peritonitis.
4. Infección secundaria, sobretodo en ulcerados.
5. Colitis necrotizante en colon proximal a la lesión obstructiva, por deterioro del riego sanguíneo y estasis luminal, que favorece la necrosis.
6. Hidronefrosis y pielonefritis por obstrucción ureteral.



Lo más importante en esta entidad es su prevención y el diagnóstico precoz, donde juega un importante papel la

## ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



### 1. PREVENCIÓN PRIMARIA: cambios en el estilo de vida para reducir el riesgo de cáncer de colon

Objetivo: evitar la aparición del cáncer colorrectal mediante la modificación de hábitos alimentarios y seguimiento de estilos de vida saludables.

- **Dieta baja en grasas y consumir una variedad de frutas, vegetales y cereales integrales, leche y productos lácteos.** Contienen vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes, los cuales pueden tener influencia en la prevención del cáncer.
- **Moderar el consumo de carnes rojas y procesadas y evitar cocinarla mucho.**
- **Si se bebe alcohol, hacerlo con moderación.** Limita la cantidad que bebas a no más de una copa al día en el caso de las mujeres y dos copas por día para los hombres.
- **Dejar de fumar.**
- **Realizar ejercicios.** Al menos, 30 minutos de ejercicio casi todos los días.
- **Mantener un peso saludable.**

## 2. PREVENCIÓN SECUNDARIA O CRIBADO: exámenes de detección del cáncer de colon

Objetivo: detectar el cáncer o pólipos en fase precoz, antes de la aparición de los síntomas

Las personas con un riesgo promedio de padecer cáncer de colon deben hacerse una prueba de detección de cáncer de colon alrededor de los 50 años. Se debe considerar: sangre oculta en heces cada dos años y si se detecta positivo realizar colonoscopia.

Las personas con un mayor riesgo, como las que tienen antecedentes familiares de cáncer de colon, deben considerar hacerse la prueba de detección antes y se prefiere la colonoscopia.

Si existe el riesgo de cáncer colorrectal hereditario (poliposis hereditaria familiar) se debe realizar seguimiento en unidad especializada.

## 3. PREVENCIÓN Terciaria o Vigilancia

Objetivo: vigilar pacientes que ya tienen antecedentes de cáncer colorrectal o pólipos, para evitar las consecuencias del desarrollo de estas lesiones

Se debe realizar colonoscopias periódicas.

# <sup>1</sup>TRATAMIENTO

**Curativo.** Resección quirúrgica del tumor, seguida del establecimiento de la continuidad del conducto intestinal o el establecimiento de una colostomía. Si no se logra examinar completamente el colon por no pasar el equipo, después de la cirugía, cuando el paciente este recuperado debe hacerse en su totalidad para descartar algún tumor sincrónico.

Si se pudo hacer antes del acto quirúrgico, Colonoscopia en los primeros 6 meses luego de la cirugía, después anual hasta los 5 años, a los 3 años y luego seguimiento cada 5 años.

**Paliativo.** En pacientes que no toleran la intervención quirúrgica y en las que existe metástasis o como complemento del tratamiento quirúrgico.

a) Radioterapia: también aplicable en el preoperatorio para hacer más asequible el tumor y en el post operatorio. Actúa local y sistémicamente evitando la diseminación metastásica.

b) Quimioterapia.

Cuando el T es irresecable puede realizarse una colostomía derivativa o técnicas de cortocircuito, dejando la lesión in situ.



## Bibliografía

- 1 - Domínguez González Erian Jesús. Predictores de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica por cáncer de colon. Rev Cubana Cir [Internet]. 2016 Dic [citado 2023 ene 12; 55(4): 287-295. Disponible en:

- [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003474932016000400003&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932016000400003&lng=es).
- 2- Montes de Oca Megías Elizabeth, Noa Pedroso Guillermo, García Jordá Elsy, Seijas Cabrera Osvaldo, Pérez Triana Frank, Brizuela Quintanilla Raúl. La colonoscopia como prueba de oro para la pesquisa del cáncer colorrectal. Rev cubana med [Internet]. 2013 Mar [citado 2022 dic 15] ; 52( 1 ): 60-71. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232013000100007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232013000100007&lng=es).
  - 3- Rodríguez Fernández Zenén, Jean-Louis Bens, Casaus Prieto Arbelio, Joubert Álvarez Germán, Carulla Diez Beatriz María. Factores asociados a la supervivencia de pacientes con cáncer de colon recurrente. MEDISAN [Internet]. 2014 Oct [citado 2023 ene 12]; 18(10):1386-1394. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192014001000008&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014001000008&lng=es).
  - 4- Monet Fernández Y E, Cora Abraham J, Lozano González Y, Monet Díaz M A, Ruesca Domínguez C M, Hernández del Sol C. Altura del tumor en el cáncer de recto: resultados postoperatorios y oncológicos en cirugía laparoscópica. Rev.Med.Electrón. 2020 Ago. [citado 2023 ene 12]; 42(4):2039-48. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242020000402039&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000402039&lng=es).
  - 5- Sanguinetti José M, Lotero Polesel JC, Piscoya Alejandro, Sáenz Fuenzalida R. Colorectal cancers screening: a South American perspective. Rev. gastroenterol. Perú. 2020 Jul [2023 ene 12] ; 40( 3):238-245. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292020000300238&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300238&lng=es).
  - 6- Zaragoza-Martí A, Contreras García E. Influencia de la ingesta de alimentos o grupos de alimentos en la aparición y/o protección de los diversos tipos de cáncer: revisión sistemática. Nutr. Hosp. 2020 Feb [citado 2023 ene

12]; 37(1):169-192.

Disponible

en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112020000100023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000100023&lng=es).

- 7- Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2021 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2021 [citado 12 ene 2023]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>



“ Los peligros no se han de ver  
cuando se les tiene encima,  
sino cuando se los puede  
**evitar** ”

José Martí

