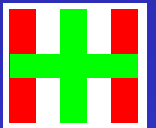


Cáncer Colorrectal

Dr. Carlos A. Vaccaro, MAAC, MSACP

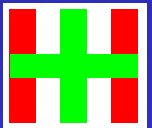
Director del Programa de Cáncer Hereditario (ProCanHe)

Sección de Coloproctología - Hospital Italiano de Bs. As.



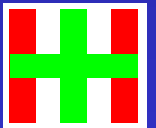
CANCER COLORRECTAL: Epidemiología

- 3º Cáncer en el mundo
- Gran variación internacional
- Mayor en Occidente, Países Desarrollados
(Dieta Baja en Fibras, Alta en Grasa – Calorías)



Cáncer Colorrectal: Epidemiología

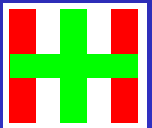
- Riesgo de Sufrir CCR: 5%
- Riesgo de Morir x CCR: 2.5%
- Años perdidos por CCR: 13



Cáncer Colorrectal: Epidemiología

Cáncer de Recto

- Menor variación internacional
- Más en hombre (2-1.7)
- En áreas con baja incidencia puede exceder al colon



Ca Colorrectal: Globocan 2002 IARC ARGENTINA

- **10.300 casos nuevos x Año**

Hombres

Mujeres

Pulmón: 43

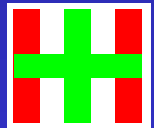
Mama 74

Próstata: 37

Cuello 23

Colon: 30

Colon 19



*Age standardised (world) rate

Ca Colorrectal: Globocan 2002 IARC ARGENTINA

5.700 Muertes x año (16 por día)

Hombres:

Mujeres

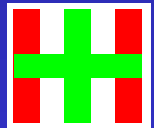
Pulmón: 36

Mama 22

Próstata: 17

Colon 10

Colon: 15



***Age standardised (world)rate**

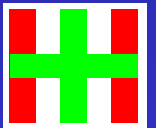
CANCER COLORRECTAL: Epidemiología (Datos de EE.UU.)

- Incidencia Estable
- Mortalidad Menor

Sobrevida 5 años:

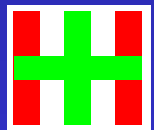
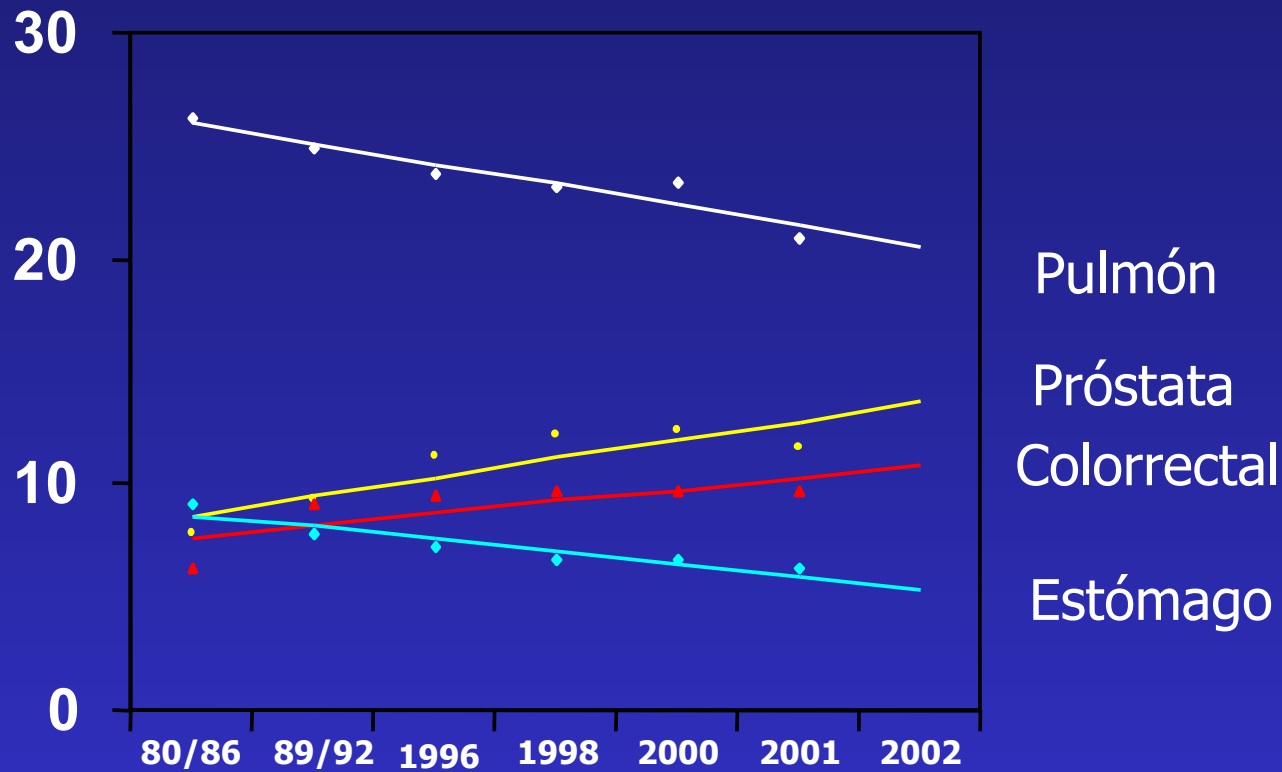
1960: 38%

1980: 55%



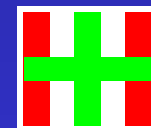
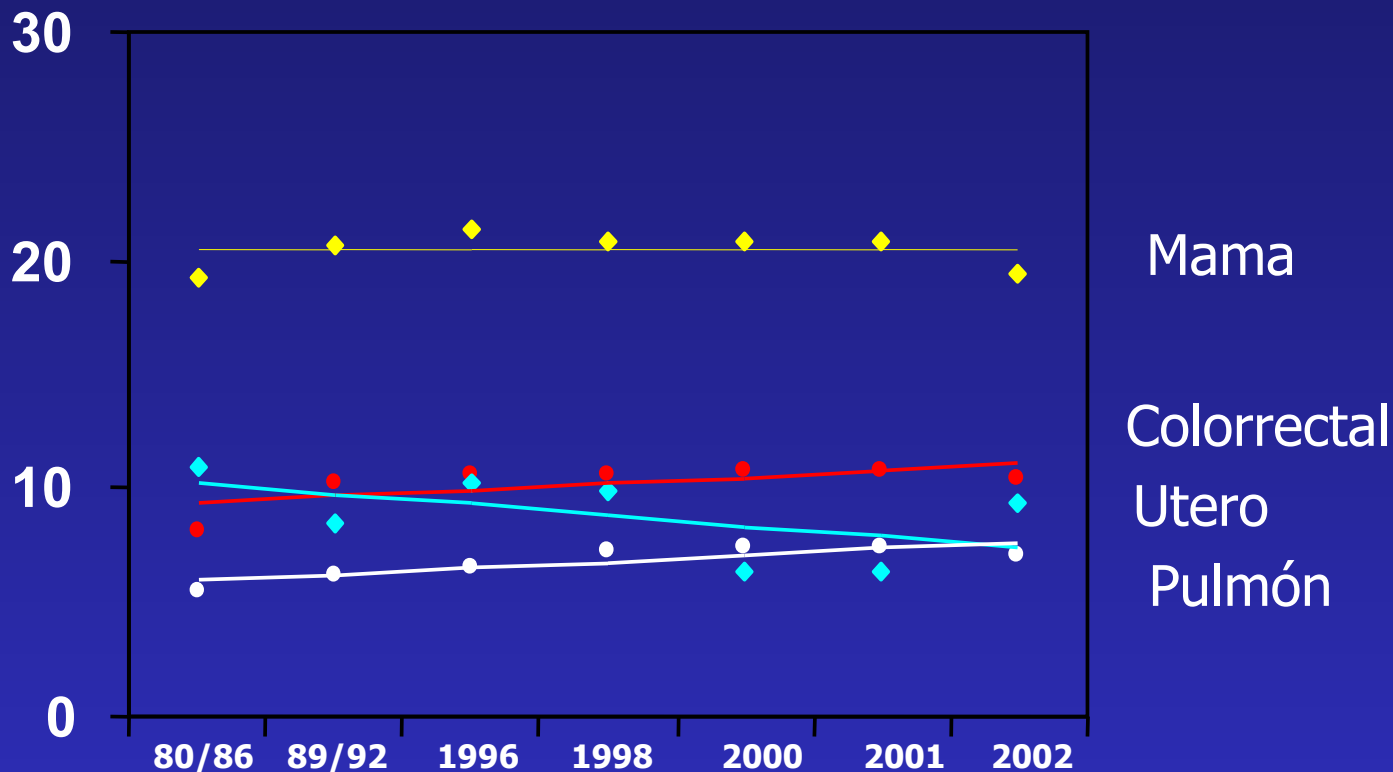
Mortalidad (1980-2001) por Cáncer en Hombres

Fuente: Ministerio de Salud







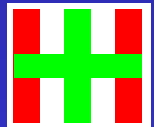
Mortalidad (1980-2001) por Cáncer en Mujeres

Fuente: Ministerio de Salud



Estadio: Presentación y Sobrevida

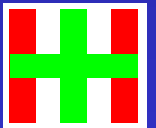
Clasificación	Dukes A	Dukes B	Dukes C	Dukes D
Desarrollo de la enfermedad				
Sobrevida a 5 años estimada	95 %	80 %	50 %	5 %
Estadio al Diagnóstico (%)	37 %		63 %	



CANCER COLORRECTAL

Screening

- 1.- Alta Frecuencia
- 2.- Alta Mortalidad
- 3.- Fase Premaligna Prolongada
- 4.- Adecuado Tratamiento
- 5.- Métodos Simples de Rastreo

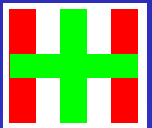


Screening: Definición

Prevención Secundaria - Tamizado - Rastreo

“Programas organizados que utilizan estudios simples, confortables y aceptables para identificar a individuos con mayor probabilidad de tener CCR o Adenomas entre la población asintomática”

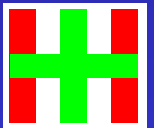
Rothenberger D. 1998



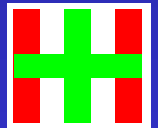
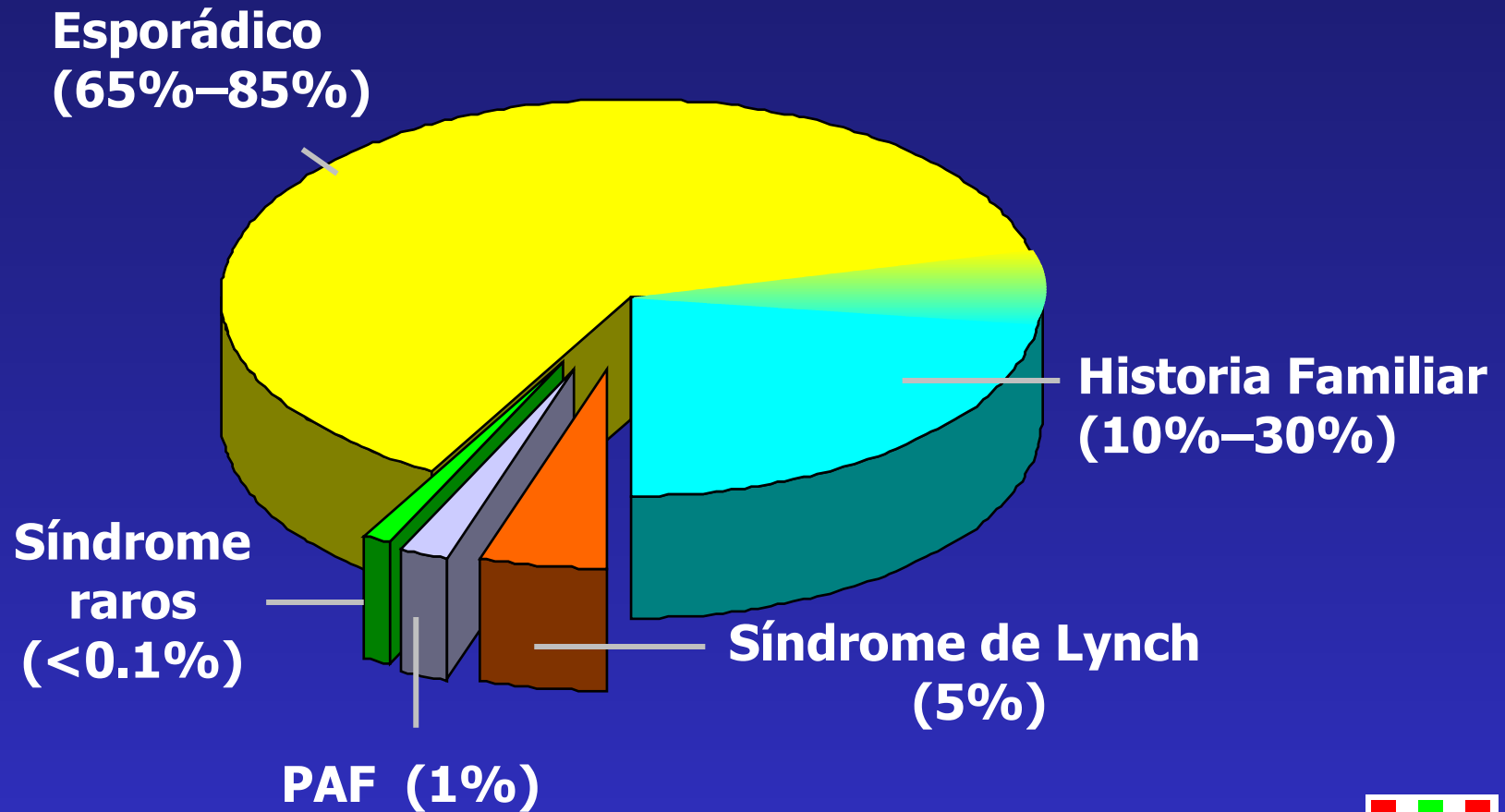
Estratificación del Riesgo para Ca Colorrectal

- Bajo
- Promedio (>50 años)
- Incrementado
 - MODERADO:
 - Antec. Personal
 - Antec. Familiar*
 - 1FPG >60 (RR=2)
 - 1FPG <60 o +1FPG (RR=4)
 - ALTO (HEREDITARIO) PAF / PAFA
Lynch

*10% de la población general



Concepto 1: La mayoría es esporádico



DIFERENTES ASPECTOS DEL SCREENING

EPIDEMIOLOGICO

ESTADISTICO

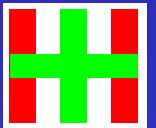
PRACTICIDAD

ASPECTOS TECNICOS

ASPECTO ECONOMICO

DEMANDA DEL PACIENTE

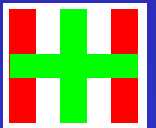
RELACION MEDICO-PACIENTE



Screening Colorrectal

U.S. Preventive Services Task Force 2004

Recomendación Grado A



Screening en Argentina: Entidades que lo Recomiendan

Academia Nacional de Medicina

Ministerio de Salud de la Nación

Academia Argentina de Cirugía

Asociación Argentina de Cirugía

Asociación Médica Argentina

Asociación Argentina de
Oncología Clínica

Endoscopistas Digestivos
de Buenos Aires



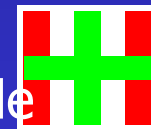
Federación Argentina de
de Asociaciones de
Endoscopía Digestiva

Federación Argentina de
Gastroenterología

Sociedad Argentina de
Cancerología

Sociedad Argentina de
Coloproctología

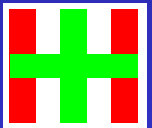
Sociedad Argentina de
Gastroenterología



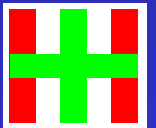
U.S. MULTISOCIETY TASK FORCE, Gastroent 2003 CONSENSO ARGENTINO 2004

RIESGO PROMEDIO: DESDE LOS 50 AÑOS

- SO (guayaco) No Hidratado Anual
- Sigmoidoscopia Flexible cada 5 años
- SO anual con sigmoidoscopia cada 5 años
- Colon por Enema Doble Contraste cada 5 años
- Videocolonoscopia cada 10 años

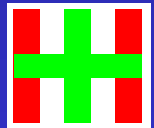


Evidencia de las Diferentes Estrategias



Sangre Oculta: 3 Estudios Randomizados

	MINNESOTA	REINO UNIDO	DINAMARCA
Frecuencia	Anual	Anual	Anual
Seguimiento	18 años	8 años	10 años
Hidratación	SI	NO	NO
Colonoscopias	38%	5%	5%
Reduc. Mortalidad	33%	15%	18%



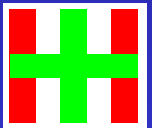
Sangre Oculta + Fibrosigmoideoscopia

Estudios Caso-Control

Adicionar FS a SO: Encuentra 7 Ca o Pólipos Grandes
adicionales cada 1000 pacientes

No Disminuye Mortalidad

Adicionar SO a FS: No mejora



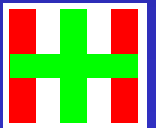
Colon por Enema

Preparación Colónica

Riesgo de Perforación (1/25.000)

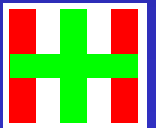
Sensibilidad: 48-90%

Especificidad: 85-95%



Colon por Enema

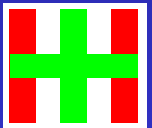
- **1 Estudio Caso-control
(Mayo Clin Proc 1999)**
- **33% reducción de mortalidad**



CCR: “Screening con Videocolonoscopia”

Ventajas:

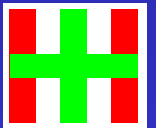
- Es la de mayor impacto
- Intervalo Largo
- Diagnóstico y Tratamiento
- Tolerancia (sedación)
- El beneficio depende de:
 - Eficacia (>97%)
 - Complicaciones (<0.2%)



Colonoscopia

Desventajas:

- Preparación Colónica
- Sedación
- Posibilidad de Estudio Incompleto
- Riesgo de Perforación (Diagnóstica: 0.03%-0.6%)
- Riesgo de Sangrado (Terapéutica: 0.2%-2.7%)
- Sensibilidad: 90% (70% para lesiones de < 1 cm)
- Alto Costo Inicial



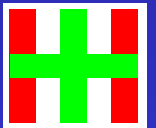
Colonoscopia

Evidencia Indirecta: NPS, Estudios con SO

1 Estudio Caso-Control

Disminuye Incidencia (OR: 0.47, IC95% 0.37-0.58)

Disminuye Mortalidad (OR: 0.43, IC95%: 0.30-0.63)



“Screening Colonoscopy in average risk individual is cost-effective compared with other practice”

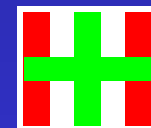
Provenzale et al Am J Gastroent 1999

Videocolono: costos por año de vida salvado

CC Colon:	6.600* 20.000**
Ca de Mama:	30.000
Dual AirBags:	120.000
Límite Federal:	40.000
Transplante de Corazón:	160.000
Detector de Humo en casas:	210.000
Ca de Cuello:	250.000

* Colono diagnóstica a 650\$

** Con protocolo de U of M (Wagner 1996)



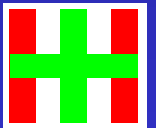
Medicare - USA

1998:

SO Anual y Sigmoidoscopia c/ 5 años

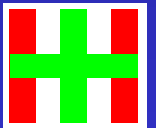
2001:

Colonoscopia cada 10 años



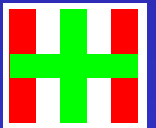
U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2004

“ No es claro si la seguridad incrementada de la colonoscopia comparada con las otras estrategias compensa las adicionales complicaciones, inconvenientes y costos ”



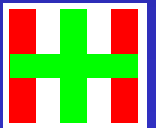
APLICACION DEL SCREENING

- POBLACIONAL
- GRUPAL
- INDIVIDUAL



La Elección dependerá de:

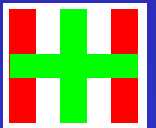
- Prestador
- Condición médica
- Disponibilidad de método
- Efectividad en medio
- Preferencia del paciente



“Trends in screening for colorectal cancer
USA 1997-1999”

Morb Mortal Wkly Rep 2000

Población controlada < 20%



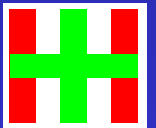
SCREENING CANCER COLORRECTAL FUTURO

- **NUEVAS**

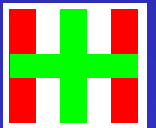
TECNOLOGIAS

- Estudios por Imágenes
- Estudios de ADN en

Materia Fecal



Screening en Población de
Riesgo Incrementado
por Antecedentes Familiares



American Gastroenterological Association

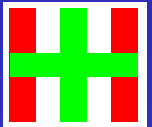
Winaver et al. U.S. Multisociety Task Force

Gastroenterology 2003

1 FLIAR > 60 AÑOS o 2 de Segundo Grado

Igual que Población General

DESDE LOS 40 AÑOS

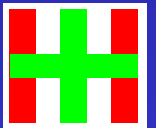


American Gastroenterological Association

Winaver et al. U.S. MULTISOCIETY TASK FORCE
Gastroenterology 2003

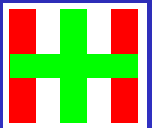
1 FLIAR < 60 AÑOS o 2 FLIARES de 1 Grado

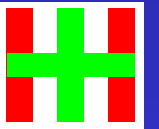
VIDEOCOLONOSCOPIA CADA 5 AÑOS
DESDE LOS 40 AÑOS o 10 AÑOS ANTES



American Gastroenterological Association
Winaver et al. U.S. MULTISOCIETY TASK FORCE
Gastroenterology 2003

**“Las personas con Historia
Familiar de Síndromes
Hereditarios deben ser referidos
a un Registro”**

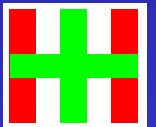




Pólipos y Cáncer Colorrectal

Dr. Carlos Vaccaro

**Sector de Coloproctología
Servicio de Cirugía General
Hospital Italiano de Bs. As.**

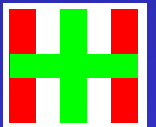


POLIPOS COLORRECTALES

CARACTERISTICAS

- **Incidencia (> 50 años): 35-50%**
- **Más edad mayor N**
(no mayor tamaño)
- **Tamaño: 90% < 1 cm**
- **Ca Invasor: 1 - 4%**

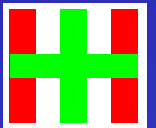
Ricker et al 1979 - Williams et al 1985 (Autopsias)



CANCER COLORRECTAL

POLIPOS COLORRECTALES

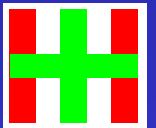
- **Sincrónicos:** 50%
- **Metacrónicos:** 30%



POLIPOS COLORRECTALES

CLASIFICACION HISTOLOGICA

- **ADENOMATOSO (65%)**
- **HIPERPLASICO (10%)**
- **HAMARTOMATOSOS**
 - **Juvenil - Peutz-Jeghers**
- **INFLAMATORIOS**



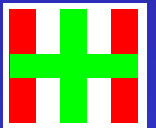
POLIPOS COLORRECTALES

CLASIFICACION HISTOLOGICA

ADENOMATOSO

- TUBULAR¹ (75%)
- TUBULOVELLOSO (15%)
- VELLOSO² (10%)

1 >80%- 2 >80%

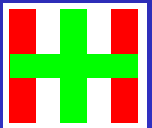


POLIPOS COLORRECTALES

HISTORIA NATURAL

Stryker et al 1987(era precolonoscopia)
226 pacientes seguidos con RX
24-225 (media 68) meses

- **↑↑ Tamaño 40%**
- **RIESGO de Ca: 2.5%**
 - a 5 años: 3%
 - a 10 años: 8%
 - a 20 años 24%



POLIPOS COLORRECTALES

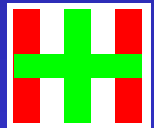
Evaluación

- Incidencia de sincrónicos: 50% (O'Brien 1990)
- El riesgo para CCR es significativo sólo cuando (Atkin et al 1992)

Pólipos > 1 cm

Componente Velloso +

Pólipos Múltiples



POLIPOS COLORRECTALES

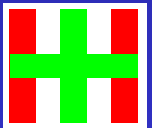
Tratamiento: ¿COMO?

< 3 mm: ?

3-8 mm: Hot Biopsy

Estudio HP

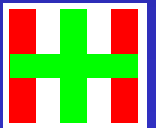
> 8 mm: Resección Completa
(NO toma biopsia !)



POLIPOS COLORRECTALES

DISPLASIA

- **DISPLASIA BAJO GRADO**
- **DISPLASIA ALTO GRADO
(SEVERA o Ca IN SITU)**

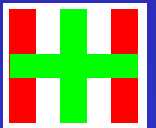


POLIPOS COLORRECTALES

DISPLASIA

**NO INVASION DE MUSCULAR
MUCOSAE = NO METASTASIS**

NO USAR término Ca in situ
(Ca intraepitelial y Ca intramucoso)



POLIPOS COLORRECTALES

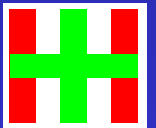
DISPLASIA

**Displasia de Alto Grado Relación
Independiente con:**

Tamaño

Componente Velloso

Edad



POLIPOS COLORRECTALES

ADENOMA PLANO

Alta Incidencia de Displasia Severa

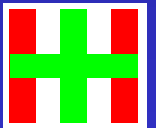
2-4 mm: 6%

5-6 mm: 10%

7-8 mm: 25%

9-10 mm: 35%

(Muto & Watanabe)



POLIPOS y CANCER INVASOR

INCIDENCIA

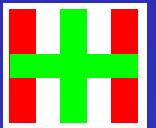
1.5% DE POLIPECTOMÍAS

< 1 cm: 1%

1-2 cm: 10%

>=2 cm: 45%

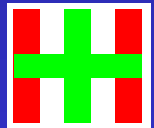
Muto et al 1975



POLIPOS y CANCER INVASOR

Tratamiento: Variables a Considerar

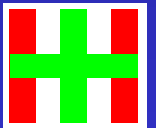
- **Anatomía Patológica**
 - **Margen**
 - **Diferenciación**
 - **Invasión Vascular o Linfática**
- **Impresión Endoscópica**
 - **Totalidad de Resección**
- **Riesgo-Beneficio**
 - **Localización (rectal)**
 - **Expectativa de vida**
 - **Riesgo Quirúrgico**



POLIPOS y CANCER INVASOR

INCIDENCIA de MTS GANGLIONAR

- **Factores de Riesgo + : 27%**
- **Factores de Riesgo - : 1%**

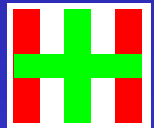


POLIPOS y CANCER INVASOR

Tratamiento Endoscópico

Variables a considerar en Pólipo Pediculado:

- **Mortalidad (Cirugía Electiva): 0.2-2%**
- **Variables favorables + :**
Riesgo de MG: 0.3%
- **MG + : 50% de curación**

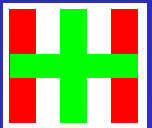


POLIPOS y CANCER INVASOR

Tratamiento Endoscópico Suficiente

Pólipo Pediculado:

- **Nivel de Haggit 1-2-3**
- **NO Indiferenciado**
- **NO Invasión Linfática o Vascular**
- **Resección Completa**
- **Margen libre**

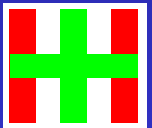


POLIPOS y CANCER INVASOR

Tratamiento Endoscópico

Variables a considerar en Pólipo Sésil :

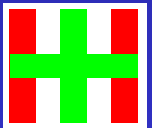
- Mortalidad (Cirugía Electiva): 0.2-2%
- Riesgo de MG: 1.5%-10%
- “Considerar colectomía en la mayoría (Nivatvongs et al 1991).
- “No en mayores de 50 años (J. Bond 1993)

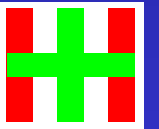


POLIPOS COLORRECTALES

SEGUIIMIENTO

- **Colonoscopia cada 3-5 años**
- **Duda de resección o Ca invasor**
Revisión a los 1-3 meses
Colono anual hasta los 5 años

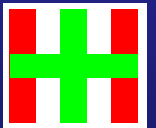




Evaluación y Preparación Preoperatoria Y Tratamiento Quirúrgico del Ca de Colon

Dr. Carlos Vaccaro, MAAC, MSACP

Director del Programa de Cáncer Hereditario
Sector de Coloproctología
Hospital Italiano de Buenos Aires



PET Scan en Evaluación de Secundarismo

- Sensibilidad en Meta-analisis Especificidad >85%
(Kinkel Radiology 2002)

PET: 90%

RNM: 76%

Eco: 55%

TAC: 72%

- Cambio tratamiento en 40% pre-hepatectomia
(Fong Am J Surg 1999)



CANCER de COLON

Preparacion Pre-Operatoria

- Profiláxis Heparínica
- Limpieza Colónica
- Antibioticoprofiláxis



Limpieza Mecánica: Es Necesaria?

Estudios Prospectivos Controlados

	Browson (BJS 1992)	Burke (BJS 1994)	Santos (BJS 1994)
Preparación:	PEG	Picosulfato	Manitol
Inf. Herida:	6% vs 7%	5% vs 3%	24% vs 12%*
Dehiscencia:	12% vs 1.5%*	4% vs 5%	10% vs 5%

* $p < 0.05$



Limpieza Mecánica:Cuál?

- **PEG 3350**
OSMOTICO INERTE-NO ABSORBIBLE
- **TOTAL 4 litros**
- **MINIMA ABSORCION DE AGUA**
TOTAL 250
- **MINIMA ALT. ELECTROLITICA**
Adición balanceada de Cl-K-HCO₃



Limpieza Mecánica:Cuál?

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Rev Arg Colop 1995

Evaluación Randomizada y Ciega - 373 Ptes.
% de Preparaciones Excelente o Buena

	PEG (N=188)	Fosfato (N=185)	
COLONOSCOPIA	88	82	p=NS
RADIOLOGIA	81	82	p=NS
CIRUGIA	100 [■]	100	p=NS



Limpieza Mecánica: Cual?

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Rev Arg Colop 1995

Evaluación Randomizada y Ciega - 373 Ptes.

	PEG (188)	Fosfatos (185)	
Tolerancia Excelente	65%	65%	p=NS
Efectos Adversos	60%	58%	p=N.S.
Ingesta Completa	71%	89%	p<0.01

41 de 42 ptes. no Randomizados
prefirieron los fosfatos



ATB Profilaxis : Cual ?/Como ?

Búsqueda Medline desde 1984:

- 142 evaluaciones Randomizadas
- 70 Antibióticos o Combinaciones
- Más Variaciones de Dosis y Duración



ATB Profilaxis : Cual ?

Bonadeo, Benati, Ojea, Vaccaro y col

Internat Congress Infectious Diseases. Honk Kong, 1996.

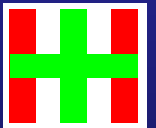
Grupo 1 (n: 120)	DOSIS	VIA	Inf. HERIDA
Gentamicina	80 mg	E.V.	13.4%
Metronidazol	500 mg	E.V.	
Grupo 2 (n: 120)			
Ciprofloxacina	750 mg	Oral	3.4%
Ornidazol	1gr.	Oral	

El nuevo esquema fue significativamente mejor



Tratamiento Quirúrgico

Aspectos Técnicos

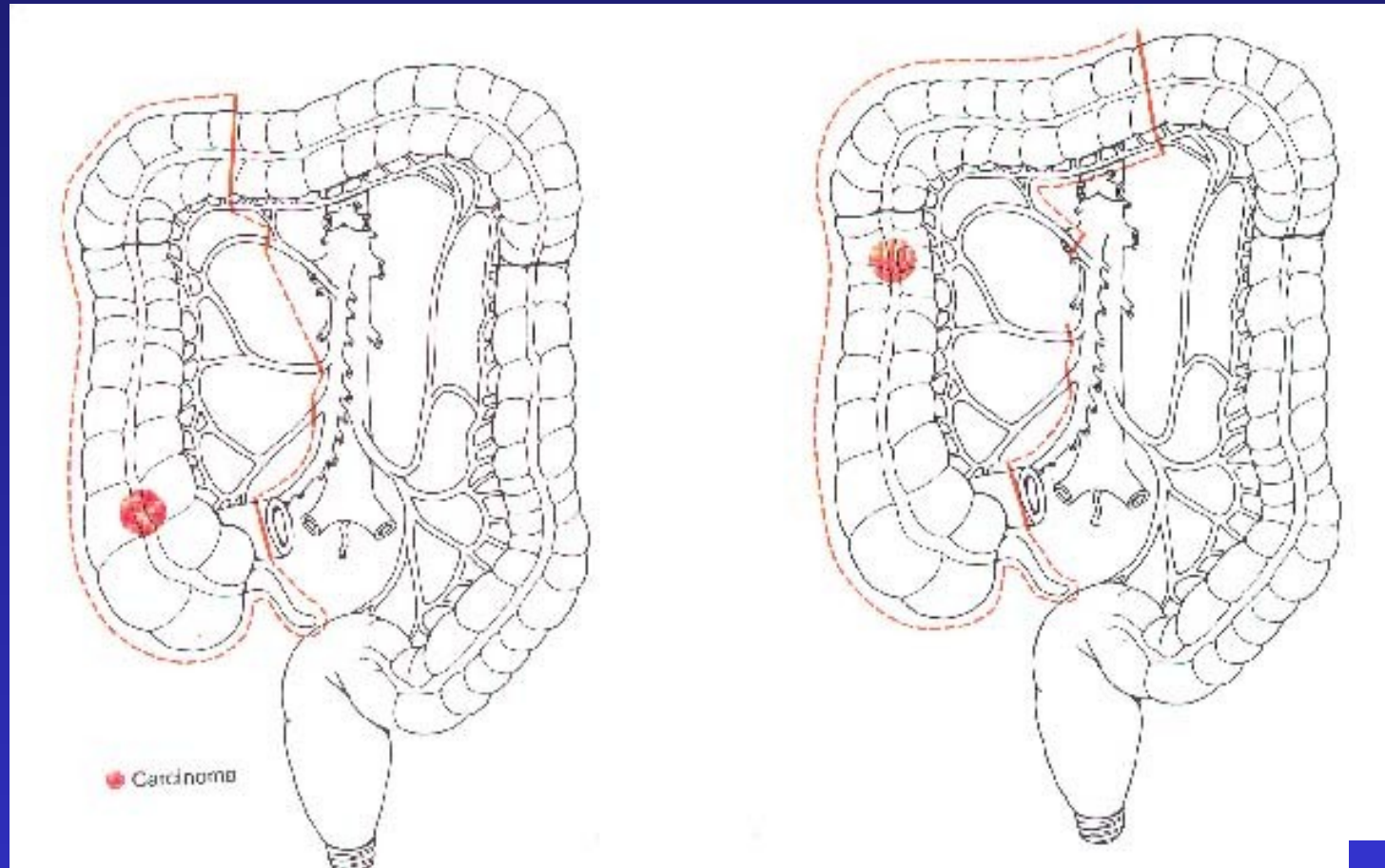


Aspectos Tecnicos Preoperatorios

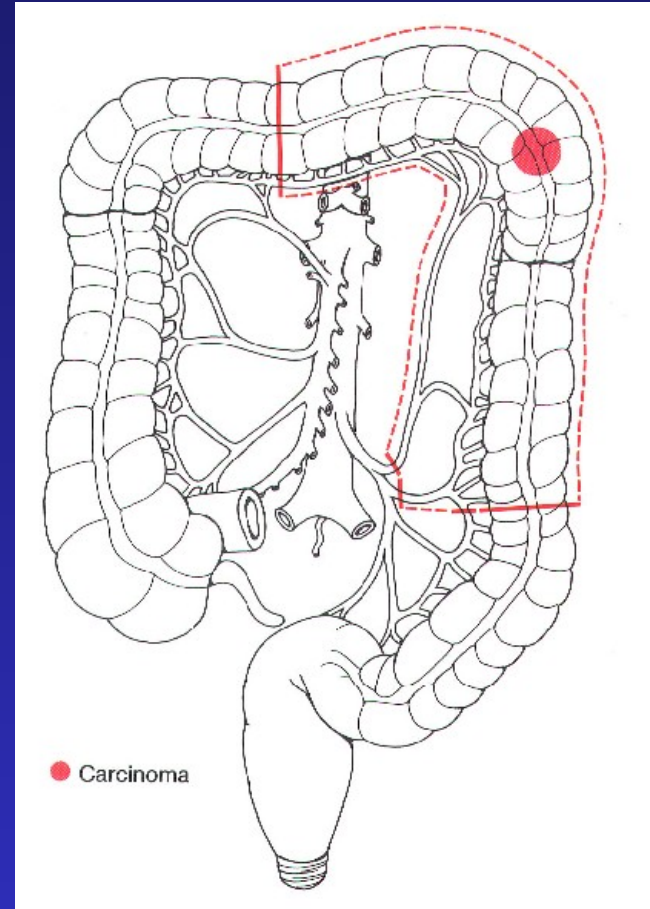
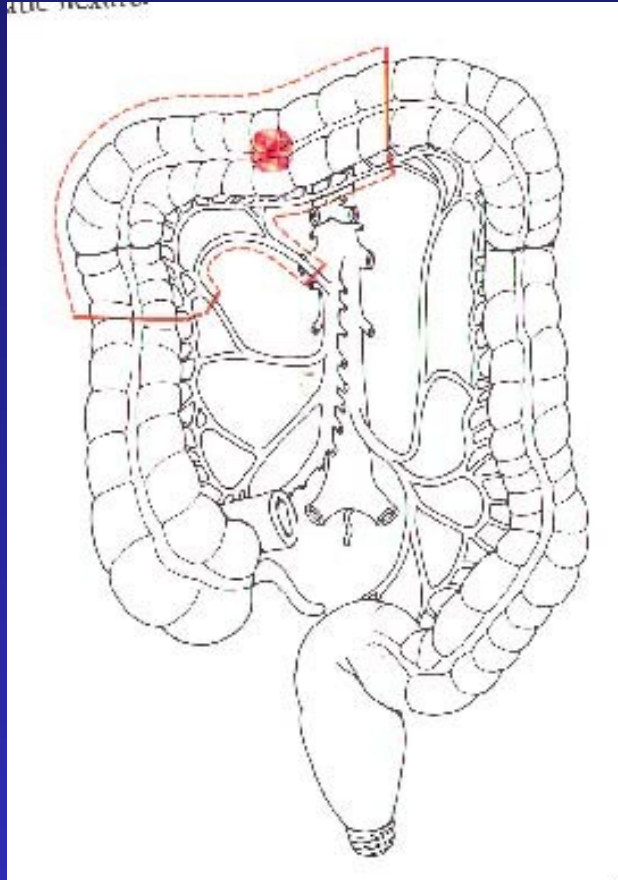
- Sonda Orogástrica
- Posicion Lloyd-Davis
(colon Izquierdo)
- Sonda Vesical
- Incisión Mediana
(tranversa en CD)



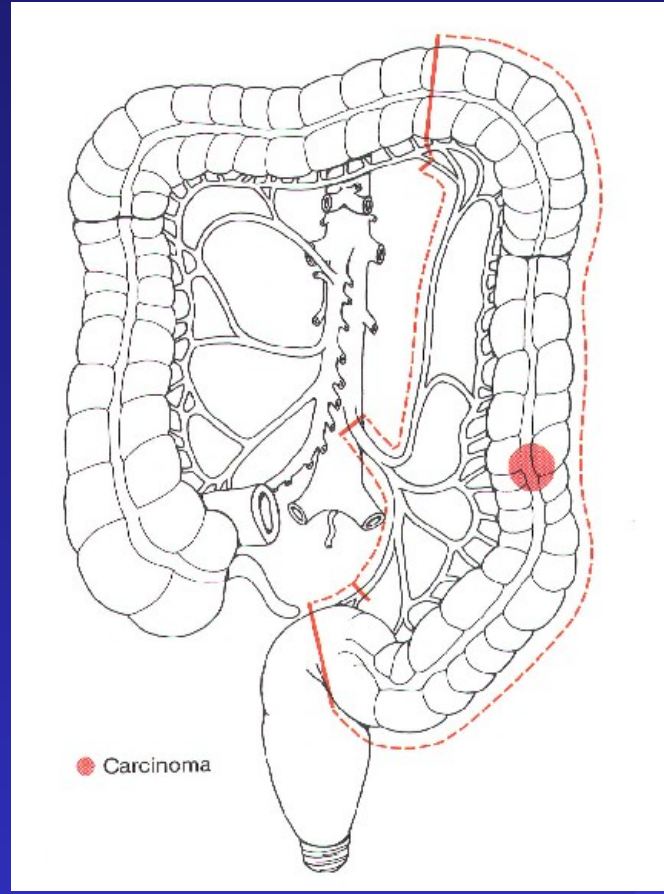
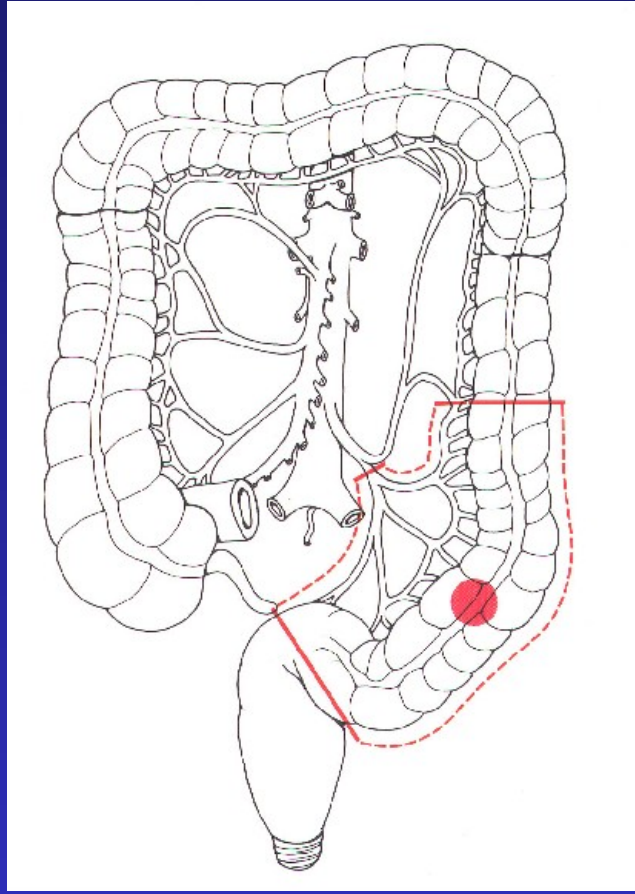
Localización Tumoral y Tipo de Resección



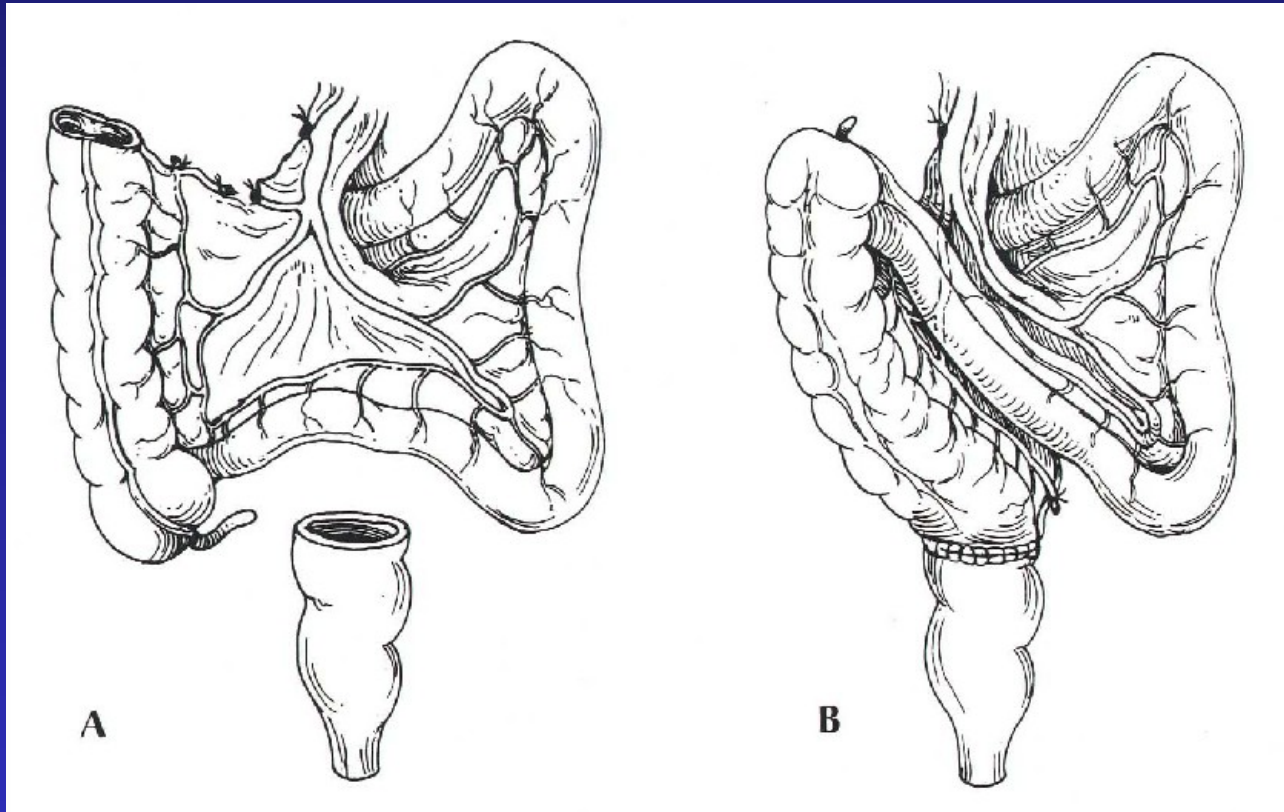
Localización Tumoral y Tipo de Resección



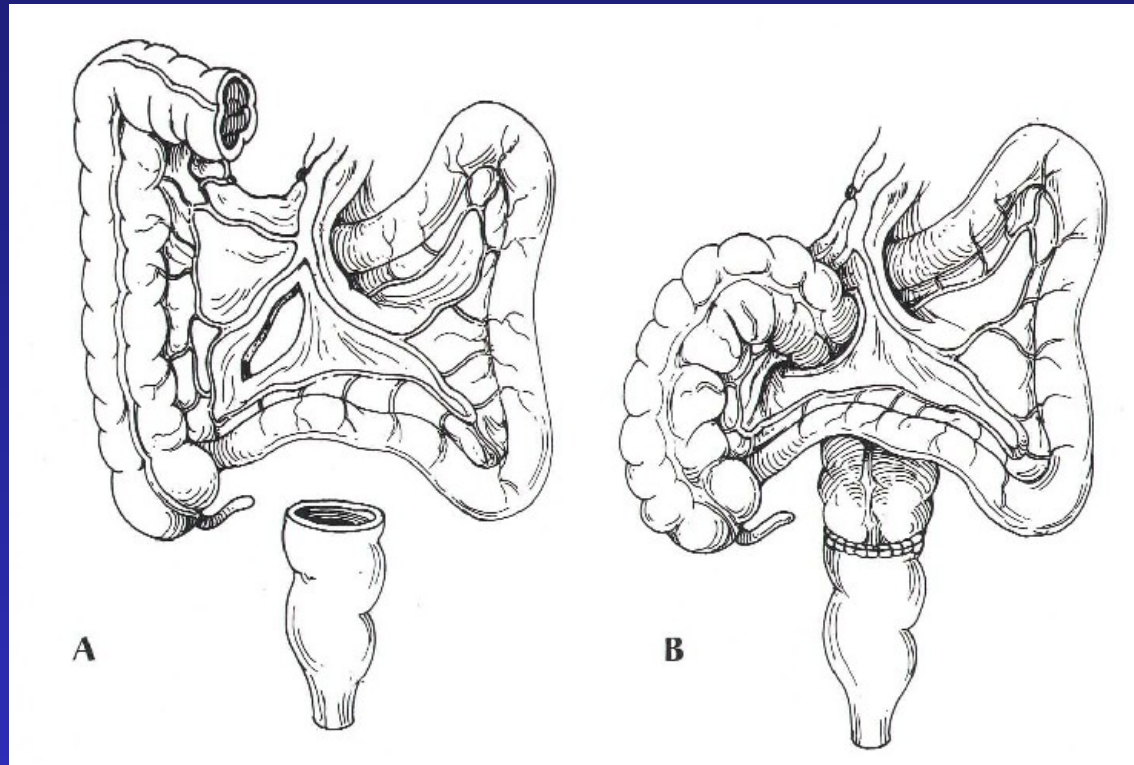
Localización Tumoral y Tipo de Resección



Rotación Anti-Horaria



Anastomosis Trans-Mesoileal



Principios de Anastomosis: Resumen

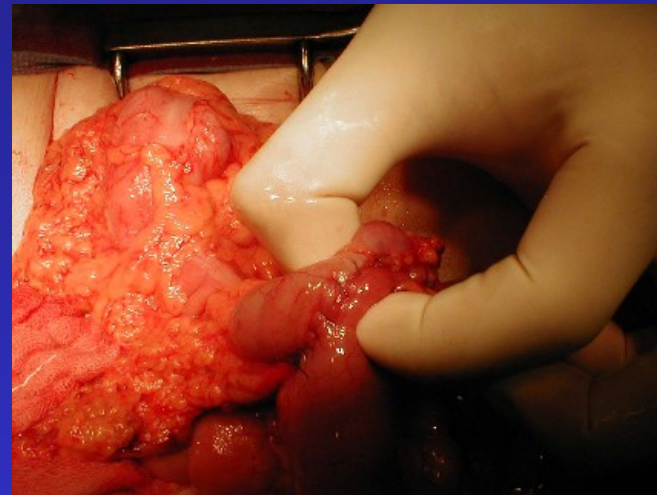
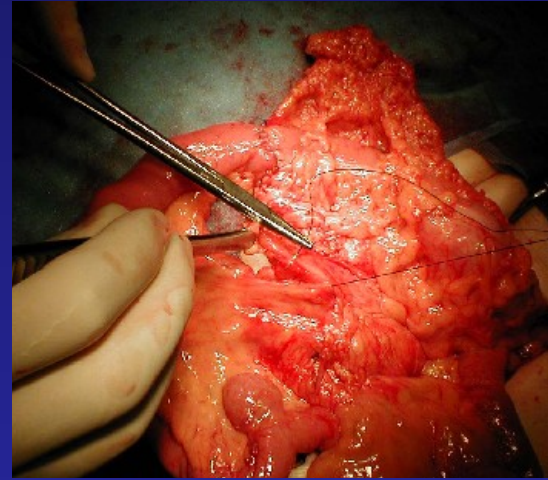
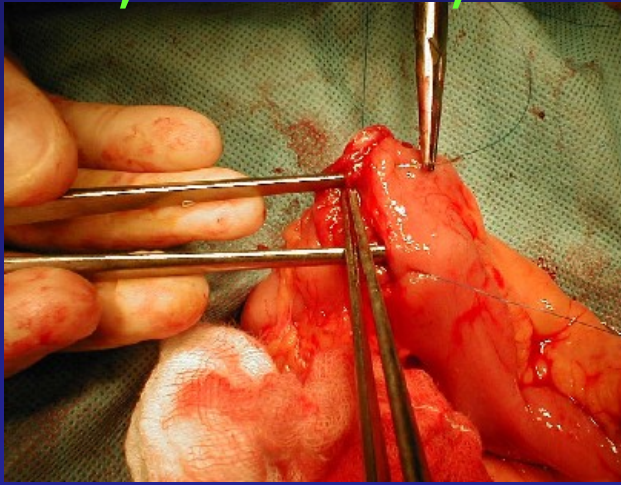
- 1 = 2* planos
- Contínuo = Separado
- TT = TL = LL
- Absorbible = No Absorbible
- Manual (=) Mecánica

*Menor flujo arterial, venosos, linfático y cicatrización,
Mayor inflamación, infección y necrosis y estenosis



1000 ANASTOMOSIS MANUALES EN UN PLANO

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Rev Arg, Colop 2000



1000 ANASTOMOSIS MANUALES EN UN PLANO

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Rev Arg, Colop 2000

PERIODO: 1980 - 1998

RECOLECCIÓN PROSPECTIVA

- PACIENTES OPERADOS x Ca: 1870
- CON ANASTOMOSIS MANUALES: 1000 (53%)
- TOTAL de ANASTOMOSIS: 1042
- DESFUNCIONANLIZADAS: 67 (6.4%)

EDAD PROMEDIO: 66.5 (27 -89)

52% HOMBRES



1000 ANASTOMOSIS MANUALES EN UN PLANO

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Rev Arg, Colop 2000

- Anastomosis Término-Terminal o Término Lateral
- Plano Extramucoso con puntos a 3-6 mm del borde libre y a cada 3-6 mm. de distancia
- Sutura Atraumática con Doble Aguja de 3/0 o 4/0 de nylon monofilamente (Prolene®)
- Preparación Pre-Quirúrgica (Cirugía Electiva)

Limpieza mecánica: PEG o Fosfatos

ATB Profilaxis: Genta o Cipro + Metronidazol o Ornidazol



1000 ANASTOMOSIS MANUALES EN UN PLANO

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Rev Arg, Colop 2000

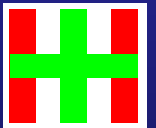
PROMEDIO DE INTERNACION:	8.2 días (r 2-99)
MORBILIDAD GLOBAL:	26.8% (n=268)
INFECCIÓN DE HERIDAS:	8.7% (n=87)
DEHISCENCIA ANASTOMOTICA:	2.4% (n=26)
ESTENOSIS*	0%
MORTALIDAD GLOBAL:	2.7% (n=27)
MORTALIDAD POR DEHISCENCIA:	0.5% (n=5)

** Casos que requirieron cirugía*



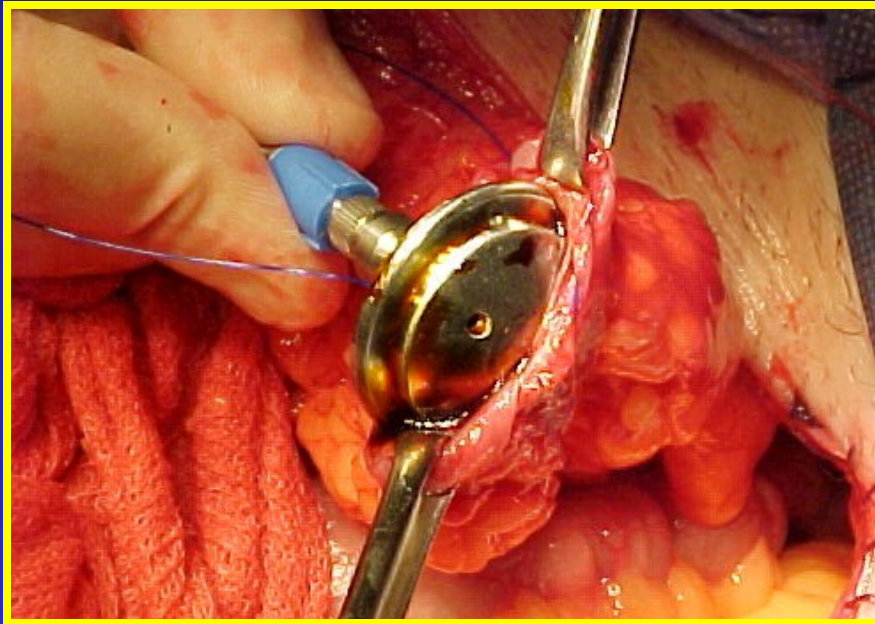
Tratamiento Quirúrgico

Estadificación y Resultados

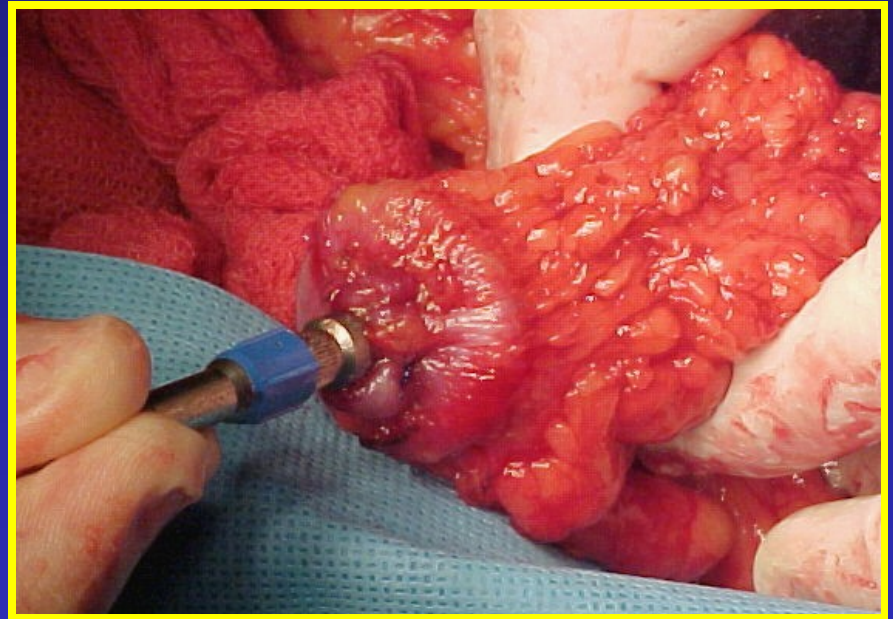


RESECCION ANTERIOR DE RECTO: ASPECTOS TECNICOS

Colocación de Yunque

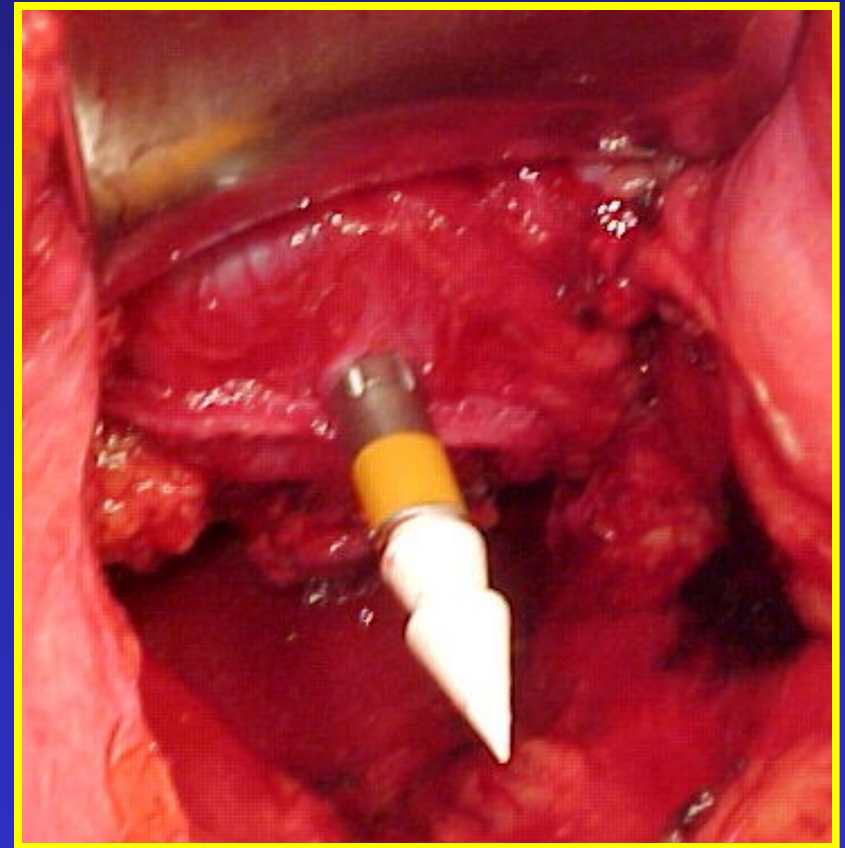


Cierre de Jareta



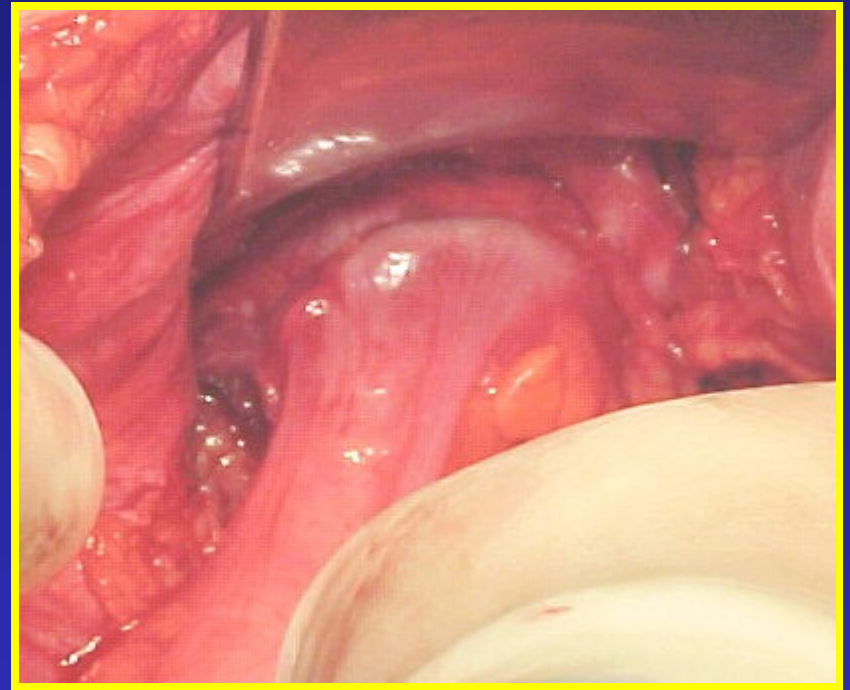
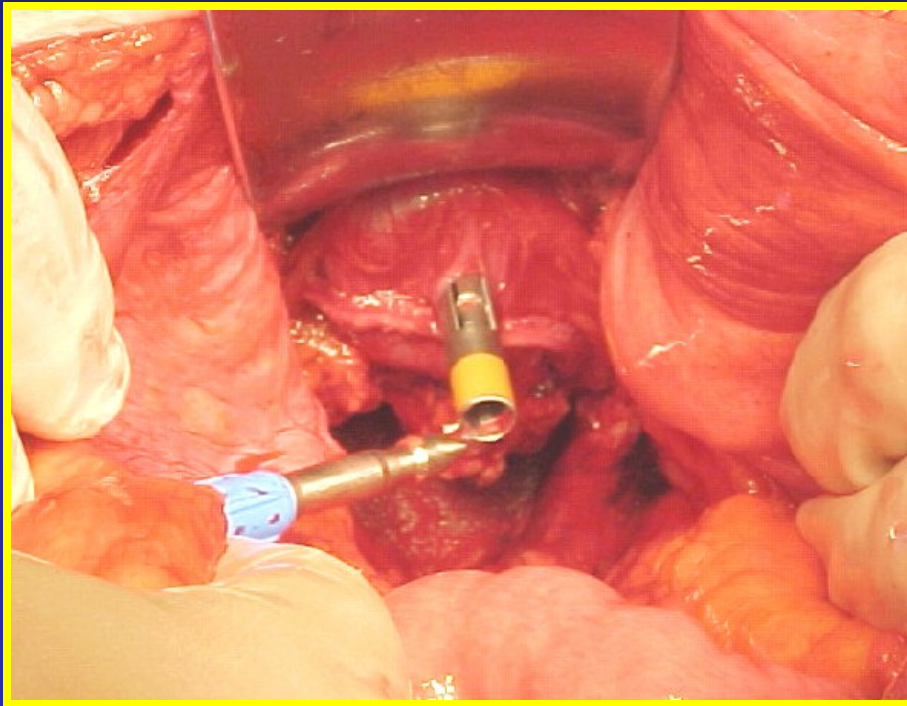
RESECCION ANTERIOR DE RECTO: ASPECTOS TECNICOS

CONFECION DE LA ANASTOMOSIS



RESECCION ANTERIOR DE RECTO: ASPECTOS TECNICOS

CONFECION DE LA ANASTOMOSIS



CANCER COLORRECTAL

ESTADIFICACION POST-OPERATORIA

DUKES

DUKES A: HASTA MUSCULAR

DUKES B: TODA LA PARED

DUKES C: GANGLIOS +

DUKES “D”: MTS



CANCER COLORRECTAL

ESTADIFICACION POST-OPERATORIA

TNM (AJCC)

Tis: MUCOSA

T1: SUBMUCOSA

T2: MUSCULAR PROPIA

T3: GRASA-SEROSA

T4: ORG. VECINO

N0: 0

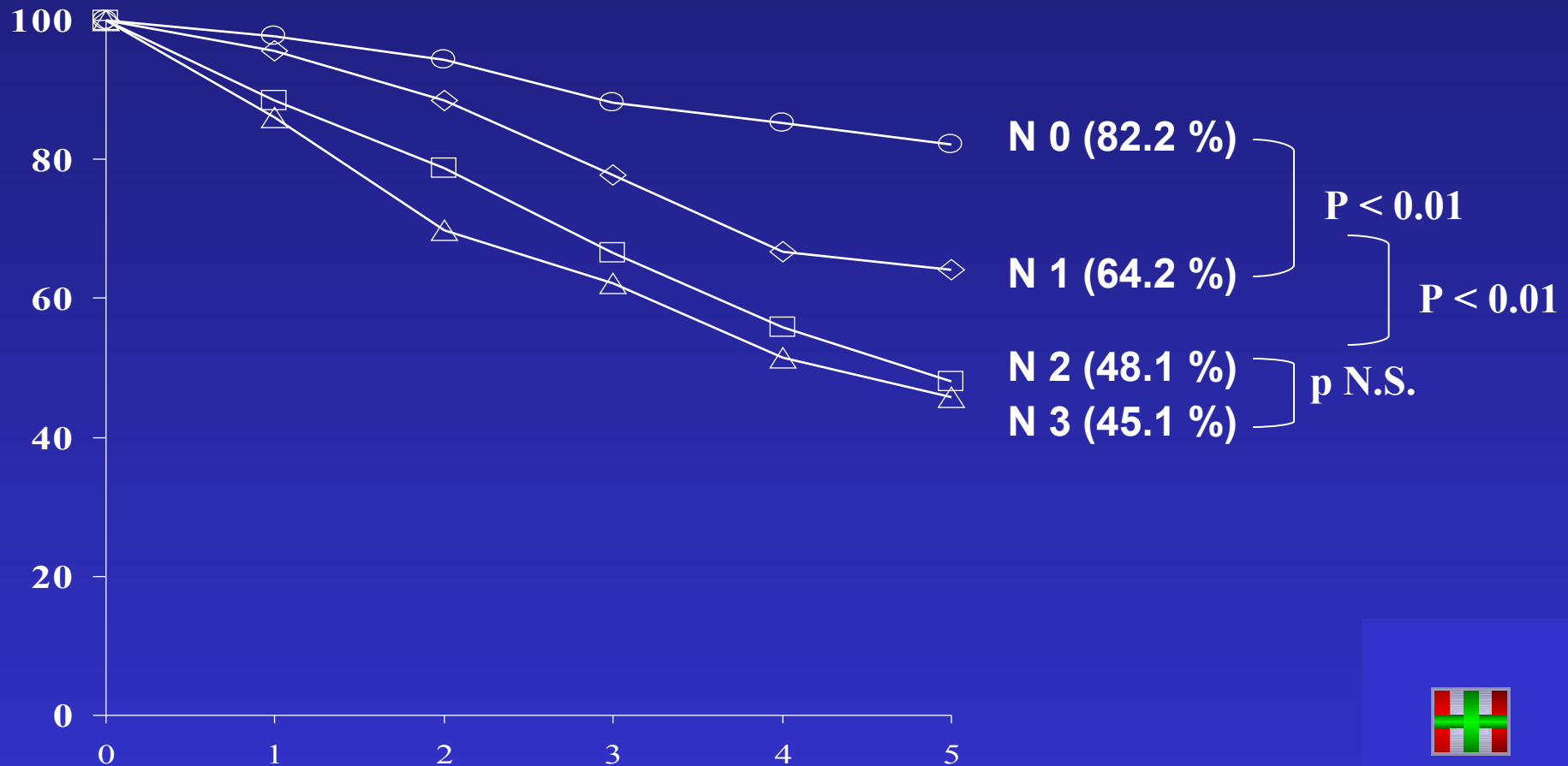
N1: 1-3

N2: >3



Colorectal cancer staging: reappraisal of N/PN classification.

Vaccaro, Bonadeo, Benati, Ojea. Dis Colon Rectum. 2004



CANCER COLORRECTAL

Resultados

Estadio	TNM	Sob. a 5 años
I	T1-2, N0	>90%
II	T3-4, N0	60-85%
IIIA	T1-2, N1	} 25-65%
IIIB	T3-4, N1	
IIIC	T1-4, N2	
IV	M1	5-7%



CIRUGIA POR CANCER DE COLON

Situaciones especiales

- Tumor oclusivo
- Tumor perforado
- Metástasis hepáticas
- Tumor irresecable



Cáncer Colorectal: puntos a recordar

Descartar Sincrónicos (2%)

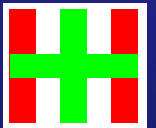
Descartar MTS

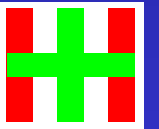
Limpieza No pero SI

ATB SI (Genta + Ornidazol)

Diferentes Técnicas Iguales Resultados

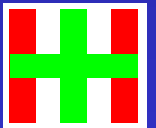
Adyuvancia en Estadio III
y II de alto riesgo





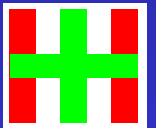
Cáncer Colorrectal:

Seguimiento



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

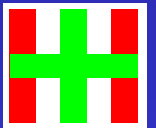
Ventajas:



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Ventajas:

Incrementar Sobrevida
Control de Resultados
Apoyo Psicológico



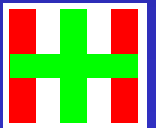
Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Ventajas:

Incrementar Sobrevida
Control de Resultados
Apoyo Psicológico

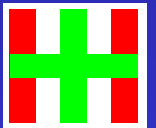
Desventajas:

Preocupación
Costos



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

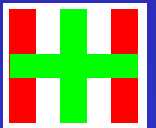
- Examen Clínico
- Rx Torax
- Hepatograma
- Ecografía Hepática
- CEA



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Examen Clínico: SI (Nivel de Evidencia II)

Standards Practice Task Force, ASCRS
Dis Colon Rectum Junio 2004

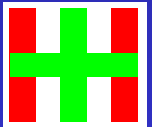


Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Examen Clínico: SI (Nivel de Evidencia II)

Resecabilidad de Pacientes
Sintomáticos 2-7%

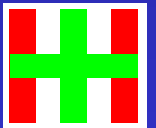
Standards Practice Task Force, ASCRS
Dis Colon Rectum Junio 2004



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Rx Tórax ¿?

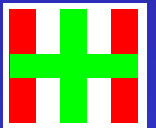
Insuficiente evidencia a favor o en contra



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Hepatograma: No

Evidencia Nivel II

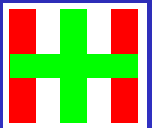


Cáncer Colorrectal: Seguimiento

CEA: SI

Evidencia Nivel II

- 1.- Confirmar elevación (10% falsos positivos)
- 2.- Evaluación Posterior (TAC, PET?)



CEA en Seguimiento

>5 ng/ml : Valor Predictivo Positivo: 70-80%

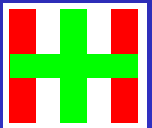
1ª Estudio Anormal: 40-65%

Anticipación: 4-6 meses

Sensib: MTS Hepática: 80%; MTS Pulmonar: 45%

Resecabilidad de Recidivas identificadas: 3-5%

Ningún estudio comprobó mejor sobrevida

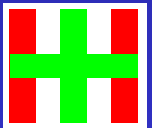


Cáncer Colorrectal: Seguimiento

TAC (Eco?): NO
Evidencia Nivel II

Identificación de Lesiones Resecables: 1.8%
Alto Costo
Superposición con CEA

Standards Practice Task Force, ASCRS
Dis Colon Rectum Junio 2004

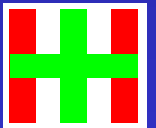


Cáncer Colorrectal: Seguimiento

TAC: SI
Tórax – Abdomen
Pelvis (Recto)
Anual

3 Meta-análisis
(BMC Cancer 2003, BMJ 2002 Cochrane 2002)

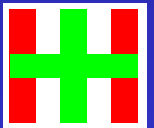
American Society of Clinical Oncology (ASCO)
J Clin Oncol Nov 2005



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

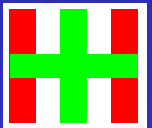
Colonoscopia cada 3 años: Si

Evidencia Nivel III



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

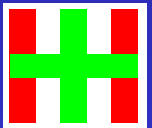
Colonoscopia al 1 año – luego 3 y 5



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

Control de Anastomosis: SI

Evidencia Nivel III



Cáncer Colorrectal: Seguimiento

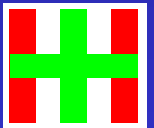
Intervalo: No datos para Recomendación

Más utilizado:

Años 1-2: Cada 3 meses

Años 3-4: Cada 6 meses

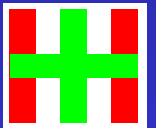
Luego: Anual



Cáncer Colorrectal: Epidemiología

Resumen

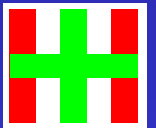
- Alta Incidencia
- Causa Frecuente de Muerte
- No Cambios Significativos
- Grupos de Alto Riesgo



Screening del Cáncer Colorrectal

Resumen

- 5 Estrategias Aceptadas
- Sangre Oculta vs Colonoscopia
- Baja Aceptación
- Nuevas Modalidades



Seguimiento del Cáncer Colorrectal

Resumen

- Recomendado
(cada 3 meses en 2 primeros años)
- CEA
- TAC o ECO
- Colonoscopia (a los 1 - 3 – 5 años)

