

TUMORS DEL CÒLON

Sergi Quiroga Gómez. Hospital General Vall d'Hebron
8 d'octubre de 2008

TIPUS DE TUMORS DE CÒLON

Hi ha una gran varietat de tumors al còlon, encara que l'adenocarcinoma suposa al voltant del 90 a 95% del casos:

- Adenocarcinoma (90-95%)
- Lipoma
- GIST
- Carcinoide
- Limfoma
- Hemangioma
- Carcinoma escatós
- Melanoma
- Plasmocitoma
- Metàstasi
- Pòlips

1.- Lipoma de còlon:

Correspon a la localització més freqüent de lipomes al tub digestiu (65-75% de casos), els llocs més freqüents són el cec, el còlon ascendent i el sigma. Es localitzen a la submucosa del còlon i en ocasions poden ser pediculats. Normalment són asimptomàtics, però poden produir hemorràgia digestiva, invaginació o oclusió. En l'ènema es comporten com a masses submucoses ben delimitades i compressibles. Són fàcilment diagnosticables per TC o RM per la seva densitat característica (greix). El diagnòstic diferencial inclou la lipomatosi de la vàlvula ileocecal i el dipòsit de greix a la submucosa del còlon en processos inflamatoris crònics com la malaltia de Crohn i postquimioteràpia. No es tracten si no són simptomàtics.

2.- Tumors de l'estroma gastrointestinal (GIST):

Són Tumors poc freqüents al còlon (10% de tots el GIST), sent més freqüent la seva localització gàstrica o al intestí prim. Poden ser asimptomàtics o produir símptomes relacionats amb sagnat digestiu o per efecte de massa en tumors de gran tamany. Es comporten en forma de masses exofítiques amb captació de contrast endovenós. El diagnòstic definitiu és anatomopatològic (KIT positiu, CD117).

3.- Tumor carcinoide:

Neoplàsia que s'origina a cèl·lules endocrines de la mucosa o submucosa del còlon. Són més freqüents a l'íleon terminal. En el còlon es localitzen a apèndix i recte, normalment són asimptomàtics i en el cas del còlon no solen produir hormones (serotonina). El carcinoide de gran tamany es poden ulcerar i produir sagnat digestiu o dolor abdominal.

El carcinoide apendicular es localitza en el extrem distal (70%), és més freqüent en dones i normalment té un diàmetre menor d'1 cm, sent descobert incidentalment en l'estudi histològic de apendicectomies. Pot produir símptomes d'apendicitis secundaris a obstrucció.

Es presenten radiològicament com a engruiximents murals, en ocasions amb captació de contrast endovenós., difícils de distingir d'adenocarcinomes, excepte en l'apèndix, on la localització típica ens ha fer sospitar aquesta patologia.

4.- Limfoma de còlon:

El limfoma és poc freqüent al còlon (0'4% dels tumors malignes de còlon). Correspon al 3% dels limfomes extranodals i són limfomes no-Hodgkin de cèl·lules B. Apareixen a la 5a-6a dècada de la vida. La clínica és de sagnat digestiu, obstrucció (rara), perforació o invaginació. La localització més freqüent és a cec i recte. Radiològicament es presenten en forma de nòduls mucosos o àrees d'engruiximent mural concèntric amb haustes engruixides, com a massa submucosa, o massa cavitada. Afecta amb més freqüència a cec i recte i és difícil de diferenciar d'un adenocarcinoma encara que l'afectació de l'íleon terminal, l'absència d'obstrucció i d'infiltració del greix pericòlonic són signes que ens han de fer sospitar que es tracti d'un limfoma. No necessàriament s'associen a adenopaties abdominals augmentades de mida.

5.- Hemangioma:

Els hemangiomes cavernosos són tumors benignes molt poc freqüents que solen afectar al recte-sigma. Poden trobar-se de manera aïllada o dintre de la síndrome de Klippel-Trénaunay-Weber i ser múltiples en aquest últim cas. Radiològicament es presenten en forma de masses submucoses, podent suggerir el diagnòstic de flebòlits en el seu interior.

6.- Pòlips:

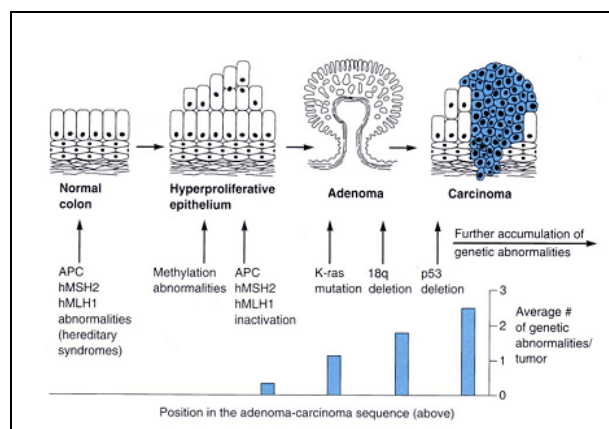
El concepte de pòlip és anatòmic, definit com protrusió de la mucosa cap a la llum del còlon, per alteració mucosa o submucosa. Es divideixen en pòlips no neoplàsics, sense potencial maligne (hamartomes, pòlips inflamatoris, metaplàsics i hiperplàsics) i pòlips neoplàsics, amb potencial maligne (adenoma tubular, adenoma tubulo-vellós, adenoma vellós).

a.- Pòlips hamartomatosos: apareixen en la 4a-6a dècada de la vida, tenen la mateixa freqüència en homes i dones, es localitzen a recte i sigma i tenen una mida entre 2 mm i 5cm. Són pediculats amb més freqüència, amb vasos de gran mida dintre del pedicle.

b.- Pòlips inflamatoris: Apareixen en pacients amb colitis ulcerosa o malaltia de Crohn, en casos d'amebiasi, schistosomiasi, colitis isquèmica, TBC, colitis pseudomembranosa, Behçet. No tenen potencial maligne.

c.- Pòlips metaplàsics / hiperplàsics: Són molt freqüents, visualitzant-se en un 75% de casos de pacients > 40 anys. Poden ser múltiples, habitualment sèsils o plans, amb una mida entre 2 i 5 mm, localitzats a recte-sigma. El origen pot ser isquèmic o inflamatori.

d.- Adenomes (tubulars, vellosos o tubulovellosos): ténen potencial maligne, amb una seqüència adenoma → adenocarcinoma demostrada ja que la major d'adenocarcinomes s'originen sobre adenomes previs, sent molt important el diagnòstic precoç ja que únicament un 1% dels pòlips menors d'1 cm corresponen a carcinoma invasiu, mentre que els pòlips tubulovellosos de > 2cm tenen focus d'adenocarcinoma en un 46-50% de casos. Per tant el seu diagnòstic precoç té una gran importància en el pronòstic de la malaltia (els tumors petits, superficials, tenen una supervivència del 90% a 5 anys). Es considera que els adenomes tenen un creixement lent i necessiten uns 5 anys per malignitzar.



e.- Poliposi: la poliposi es defineix com l'existència de més de 10 pòlips sincrònics, existint diferents tipus amb pronòstics diferents, segons el tipus de pòlip:

- Poliposi juvenil → hamartomes
- Síndrome de Peutz-Jeghers → hamartomes
- Malaltia de Cowden (síndrome d'hamartomes múltiples)
- Síndrome de Gardner:
 - Pòlips adenomatosos de còlon
 - Osteomes mandibulars i cranials
 - Quists epidermoides i tumors de parts toves
- Poliposi familiar colònica:
 - Adenomes → tots desenvolupen adenocarcinomes si no es tracten
- Síndrome de Turcot:
 - Tumors malignes al còlon i al SNC (astrocitomes, glioblastomes)

7.- Adenocarcinoma de còlon: És la neoplàsia maligna més freqüent del còlon, la segona neoplàsia més freqüent al nostre país i correspon al 60% de les neoplàsies del tub digestiu. La mitjana d'edat en el moment del diagnòstic és de 68 anys.

Factors de risc:

- Dietètic: dieta baixa en fibres, consum elevat de carns vermelles i greixos, consum elevat d'alcohol
- Fumadors...
- Obesitat (IMC >30)
- Escassa activitat física
- Edat > 40 anys

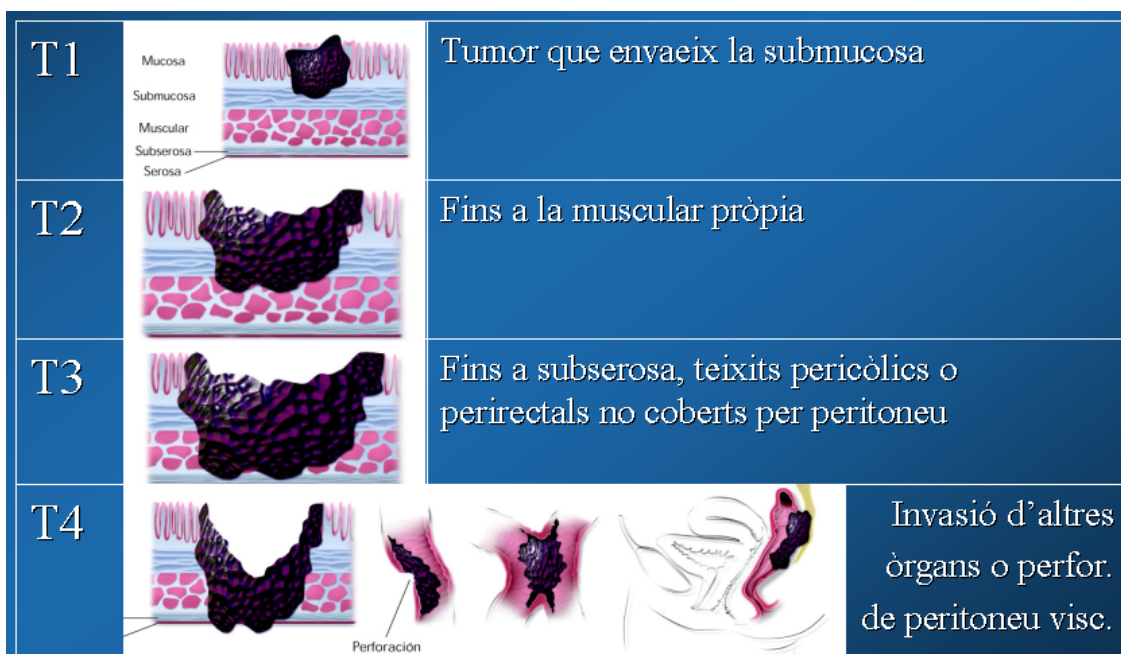
- Adenoma > 1 cm
- Poliposi familiar
- Sd de Lynch
- Colitis ulcerosa de > 10 a d'evolució (x 20-30)
- Colitis per malaltia de Crohn (x 6-7)
- Ureterosigmoidostomia
- Colectomia (pas continu de bilis a còlon → ↑ activitat bacteriana → metabolits amb potencial carcinogènic)
- Neoplàsia de còlon prèvia (tumors sincrònics / metacrònics)
- Colitis ràdica (antecedent de radioteràpia pèlvica)

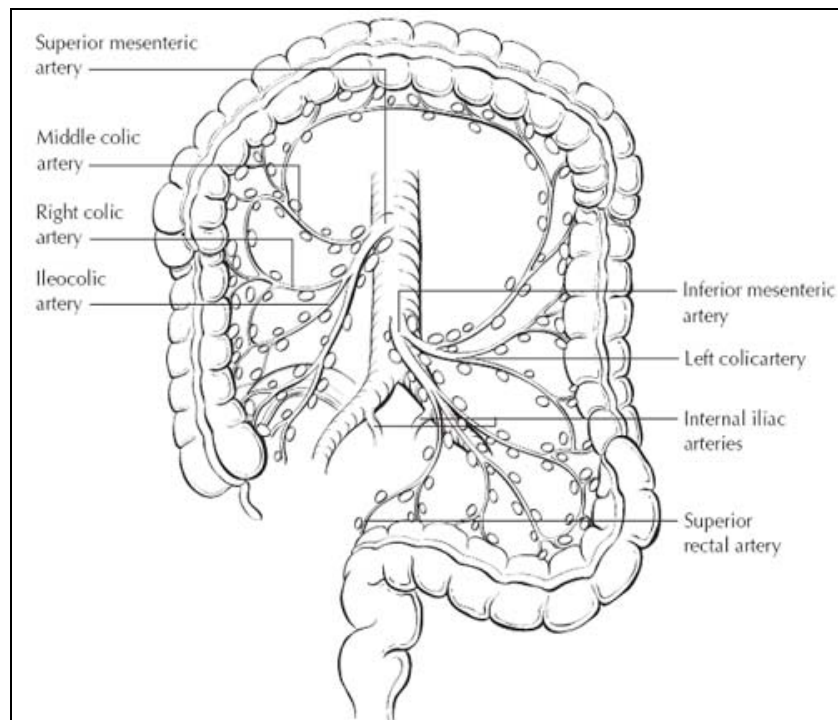
El diagnòstic de l'adenocarcinoma es fa per colonoscòpia i biòpsia, encara que l'ènema de bari pot ser útil en casos de contraindicació per a la colonoscòpia (tractament anticoagulant, insuficiència respiratòria, al·lèrgia a l'anestèsia...) o en casos de negativa del malalt a la colonoscòpia. La TC pot ser diagnòstica en casos d'oclusió o complicació de la neoplàsia, encara que el seu paper principal és l'estadificació d'una neoplàsia coneguda. La colonografia virtual per TC és útil per valorar el còlon proximal a una neoplàsia obstructiva o en casos de colonoscòpia incompleta (intolerància, còlon redundat, estenosi, fixació d'un segment de còlon...). El seu paper com a cribratge en l'estudi de pòlips és més discutit, encara que s'han demostrat bons resultats en la detecció de pòlips majors de 5 mm.

En l'ènema veurem una irregularitat mucosa, un engruïment mural amb estenosi de la llum, una massa polipoideia o la típica estenosi "en cor de poma" en la zona de la lesió. La TC mostrarà les mateixes troballes amb una captació de contrast endovenós variable per part de la neoplàsia primària, amb presència de calcificacions en alguns tumors mucinosos.

En la TC tindrem que valorar:

- Localització (possibles discrepàncies amb la colonoscòpia)
- Infiltració del greix pericòlic o d'òrgans adjacents
- Adenopaties regionals / a distància
- Metàstasi a distància: FETGE, pulmó, adrenals, peritoneu, os.
- Valoració de còlon proximal en neoplàsia de còlon esquerre i colonoscòpia incompleta
- Complicacions: obstrucció, invaginació, perforació, fistula, isquèmia del còlon proximal...
- Seguiment evolutiu post-tractament





El principal diagnòstic diferencial en l'adenocarcinoma de còlon serà la diverticulitis que pot visualitzar-se com un engruïment de les parets del còlon semblant a la neoplàsia. En aquests casos, la presència de líquid al mesenteri (mesosigma freqüentment) i la ingurgitació vascular ens orienten cap a un procés inflamatori, mentre que la presència d'adenopaties augmentades de mida afavoreixen el diagnòstic d'adenocarcinoma.

En el cas de l'adenocarcinoma de recte el factor pronòstic més important i que determina el tractament inicial d'aquests tumors és la distància entre el tumor i la fàscia mesorectal o l'afectació d'aquesta i d'òrgans adjacents. L'estadificació local es realitza amb ecografia endorectal que permet veure les capes que formen la paret rectal o amb RM que ens permet definir perfectament aquesta fascia mesorectal.

Tant en la neoplàsia de còlon com de recte l'estadificació local del tumor primari (T) té uns resultats subòptims ja que tenim dificultats per diferenciar component inflamatori d'invasió neoplàsica de la serosa (ambdós capten contrast) i l'estadificació T3 està infravalorada ja que no detectem focus microscòpics en el greix pericòlic o perirectal. Els resultats publicats de sensibilitat i especificitat d'estadificació T varien entre 61-96% i 66-80% respectivament.

De la mateixa manera els resultats són molt variables en les diferents sèries publicades en l'estadificació ganglionar ja que només tenim les mesures del gangli com a criteri morfològic per sospitar invasió (> 10 mm en l'eix menor en ganglis pericòlics i qualsevol mida en ganglis perirectals). Les sensibilitats i especificitats en aquesta estadificació varien entre 22-73% i 46-96% respectivament.