

Hodgson N, Malthaner RA, Ostbye T. The search for an ideal method of abdominal fascia closure. *Ann Surg* 2000; 231: 436-442.  
Wattchow DA, Watts JMCK. The half blood knot tying nylon in surgery. *Br J Surg* 1984; 71: 333.  
Weston PV. A new clinch knot. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 144-147.

**R. de Diego Núñez**

Hospital de Insalud de Mérida.



## Síndrome de Lynch

**Sr. Director:**

Con respecto a los dos trabajos de Jiménez Anula et al sobre el cáncer de colon hereditario no asociado a poliposis, publicados recientemente en esta revista<sup>3</sup>, nos gustaría hacer dos aportaciones.

Los autores han utilizado como criterios diagnósticos para el síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario no asociado a poliposis) los llamados de Amsterdam, acordados en una conferencia de consenso en el año 1990<sup>1</sup>. Estos criterios exigen que el paciente tenga al menos 3 parientes con cáncer colorrectal en dos o más generaciones consecutivas, siendo uno de ellos pariente en primer grado de los otros dos y al menos uno de ellos con el cáncer diagnosticado antes de los 50 años. Además, es preciso que se haya excluido la posibilidad de que se trate de una poliposis adenomatosa familiar y se exige que tanto el cáncer del paciente como los de sus familiares fueran demostrados histológicamente. Como decían los autores en su trabajo, es conocido que estos pacientes tienen también riesgo aumentado de padecer otros tumores: estómago, ovario, vías urinarias, endometrio, intestino delgado, tracto hepatobiliar y piel. Si aplicamos estrictamente los Criterios de Amsterdam (como lo han hecho los autores) corremos el riesgo de perder a muchos pacientes que tienen un alto riesgo de presentar tumores en el colon y otras localizaciones (los llamados síndromes de Lynch tipo II) porque no cumplen el criterio de cáncer de colon familiar (y en cambio sí tienen antecedentes familiares de otros tumores). Ello motivó, con posterioridad a la fecha en la que Jiménez Anula et al realizaron su estudio, que una nueva reunión de expertos modificara los criterios diagnósticos del cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis; son los llamados Criterios de Amsterdam II<sup>2</sup>. Se distinguen de los previos en incluir dentro del cuadro no sólo a los pacientes y fa-

miliares con cáncer colorrectal, sino también a los que han presentado cáncer de endometrio, intestino delgado, uréter o pelvis renal. Ello aumenta notablemente la sensibilidad de los criterios, lo cual permite hacer un seguimiento cercano de un mayor número de pacientes de riesgo. Con estos criterios la prevalencia descrita por los autores sería probablemente más alta.

Es cierto que no se dispone de un "marcador genético o molecular universal para el diagnóstico de todas las familias con síndrome de Lynch"<sup>3</sup>, pero se han hecho notables avances en este terreno. Hasta el punto de que el International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (ICG-HNPCC) incluye dentro de la definición del síndrome de Lynch la existencia de mutaciones en la línea germinal de genes MMR (MSH2, MLH1, MSH6, PMS1, PSM2), perdiéndose la expresión de sus proteínas asociadas<sup>2</sup>. Se trata de genes cuyos productos están implicados en los mecanismos de reparación del ADN. Por tanto, el defecto de base de los pacientes con síndrome de Lynch parece ser su incapacidad para reparar su material genético, lo cual conduce a la transformación maligna de las células afectadas por la mutación<sup>4</sup>. Vistas las cosas desde esta perspectiva, parece lógico que los tumores no se localicen en un solo órgano, sino que puedan aparecer en varios. Puede que incluso los Criterios de Amsterdam II sean todavía restrictivos en exceso, pese a la ampliación que suponen respecto a los previos, y es posible que dispongamos en breve de un diagnóstico genético certero que haga innecesarios los criterios clínicos.

**P. Ortega Deballon, D. Fernández Luengas,  
F.J. Angulo Morales, C.L. Maíllo Oliva, J.M. Jover Navalón  
y M. Moreno Azcoita\***

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Getafe. \*Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### Bibliografía

1. Vasen HFA, Mecklin JP, Meera Khan P, Lynch HT. The International Collaborative Group on hereditary non-polyposis colorectal cancer (ICG-HNPCC). *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 424-425.
2. Vasen HFA, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT, and the ICG-HNPCC. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch syndrome) proposed by the International Collaborative Group on HNPCC. *Gastroenterology* 1999; 116: 1453-1456.
3. Jiménez Anula J, Díaz Oller J, Dabán Collado E, Nogales Campos-Lucha J, Madero Morales MA, De Reyes Lartategui S et al. Características clínicas del cáncer de colon hereditario no asociado a poliposis. *Cir Esp* 2000; 68: 204-207.
4. Howe JR, Guillem JG. The genetics of colorectal cancer. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 172-195.