Localizador web
Artículo 87.708

SIGNIFICACIÓN PRONÓSTICA DEL COMPONENTE MUCINOSO EN EL CÁNCER DE COLON SIN METASTATIZACIÓN GANGLIONAR, A, B1 Y B2

Sr. Director: Aproximadamente un 30% de los pacientes con cáncer colorrectal intervenidos quirúrgicamente y que no presentan metastatización ganglionar fallecen por recidiva de la enfermedad, a pesar de que en principio son neoplasias que presentan una buena evolución[1]. Son tumores más agresivos, con micrometástasis en el momento del diagnóstico y que actualmente no se benefician, en el caso de los carcinomas colónicos, del tratamiento adyuvante. En nuestro estudio intentamos determinar si la existencia de componente mucinoso en un carcinoma de colon puede ser considerado como marcador pronóstico independiente que nos permita identificar los carcinomas de mayor riesgo, en estadios precoces, A, B1 y B2, con el fin de que puedan beneficiarse de una terapia más agresiva.

Para ello, realizamos un estudio retrospectivo de 93 pacientes con cáncer de colon, intervenidos quirúrgicamente con carácter electivo en nuestro servicio entre 1995-1999, con estadificación histológica postoperatoria A, B1, B2, según el método de Astler-Coller. Seleccionamos entre estas neoplasias las definidas como carcinomas mucinosos. Tras la fijación en formol tamponado e inclusión en parafina del material resecado y tras tinción con hematoxilina-eosina, se consideraron carcinomas mucinosos los que presentaban más del 50% del tumor constituido por contenido mucoide extracelular. El análisis de supervivencia y recurrencia de la enfermedad fue realizado mediante los métodos de Cox y Kaplan-Meier, con el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows.

Veinte de los 93 pacientes seleccionados presentaron carcinomas mucinosos. La edad media fue de 71 años (50-87), 12 eran varones y 8 mujeres. En el 75% de las ocasiones los carcinomas se localizaron en el colon derecho. El tiempo de seguimiento fue de 34 meses, y se produjo una recidiva de la enfermedad en 5 pacientes (en 3 locorregional y en 2 a distancia); fallecieron 4 de ellos (20%).

No existió relación entre el componente mucinoso y la aparición de recidiva de la enfermedad y mortalidad ($p = 0,654$ y $p = 0,486$, respectivamente). Tampoco hubo diferencias significativas entre los dos tipos de neoplasias, mucinosas y no mucinosas, en relación con la supervivencia del paciente (prueba de rangos logarítmicos, 0,482).

La necesidad de identificar las neoplasias colónicas sin afección ganglionar de mal pronóstico motivó a autores como Petersen et al[2] a determinar los indicadores pronósticos como invasión peritoneal, venosa, afección de márgenes quirúrgicos y perforación tumoral. Nosostros intentamos conocer si el componente mucinoso puede ser considerado como un factor pronóstico independiente en carcinomas cólicos en estadios precoces. En la bibliografía médica los datos son contradictorios. Secco et al[3] consideran que los enfermos con carcinomas mucinosos colorrectales presentan un riesgo mayor de recurrencia, y si la localización es rectal la supervivencia es menor. Además, existen numerosas referencias bibliográficas que respaldan la teoría de un peor pronóstico de las neoplasias mucinosas, siendo consideradas como entidades diferentes de

los adenocarcinomas no mucinosos[4,5]. Sin embargo, Enríquez et al[6] consideran que los carcinomas colorrectales con patrón mucinoso se comportan de forma diferente de las neoplasias no mucinosas, lo que sugiere la existencia de un proceso carcinogénico diferente y relacionado con el tipo histológico mucinoso, sin diferencias en el pronóstico. Recientemente, Adell et al[7] tampoco consideraron el tipo histológico mucinoso como un factor pronóstico independiente. En estos estudios se incluyen los carcinomas de localización cólica y rectal, en diferentes estadios y, por tanto, con tratamiento adyuvante diferentes. Siguiendo los criterios de Petersen et al[2], seleccionamos las neoplasias sin afección ganglionar, estadios A, B1 y B2, de localización colónica y sin tratamiento adyuvante, con la idea de homogeneizar la muestra. Nuestros resultados, a pesar de haberse obtenido de una serie escasa, descartan la posibilidad de utilizar el componente mucinoso como factor pronóstico independiente que seleccione las neoplasias en estadios precoces de mala evolución y justificar una terapia más agresiva.

D. PADILLA[a], J.M. MOLINA[a], C. MORALES[a], T. CUBO[a], R. PARDO[a], J. MARTÍN[a], M. GARCÍA[b] y J. HERNÁNDEZ CALVO[a]
[a]Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
[b]Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario.
Ciudad Real. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsavellas G, Patel H, Allen-Mersh TG. Detection and clinical significance of occult tumour cells in colorectal cancer. Br J Surg 2001;88:1307-20.
2. Petersen VC, Baxter KJ, Love SB, Shepherd NA. Identification of objective pathological prognostic determinants and models of prognosis in Dukes' B colon cancer. Gut 2002;51:65-9.
3. Secco GB, Fardelli R, Campora E, Lapertosa G, Gentile R, Zoli S, et al. Primary mucinous adenocarcinomas and signet-ring cell carcinomas of colon and rectum. Oncology 1994;51:30-4.
4. Consorti F, Lorenzotti A, Midiri G, Di Paola M. Prognostic significance of mucinous carcinoma of colon and rectum: a prospective case-control study. J Surg Oncol 2000;73:70-4.
5. Akino F, Mitomi H, Nakamura T, Ohtani Y, Ichinoe M, Okayasu I. High apoptotic and low epithelial cell proliferation with underexpression of p21WAF1/CIP1 and p27Kip1 of mucinous carcinomas of the colorectum. Comparison with well-differentiated type. Am J Clin Pathol 2002;117:908-15.
6. Enríquez JM, Díez M, Tobaruela E, Lozano O, Domínguez P, González, et al. Diferencias clínicas, histopatológicas, citogenéticas y pronósticas entre los adenocarcinomas colorrectales mucoides y no mucoides. Rev Esp Enferm Dig 1998;90:563-7.
7. Adell R, Marcote E, Segarra MA, Pellicer V, Gamón R, Bayón AM, et al. ¿Es el adenocarcinoma colorrectal mucinoso una entidad diferente? Gastroenterol Hepatol 2002;25:534-40.