

Suplementos

En los días 28, 29 y 30 de Octubre del presente año se llevó a cabo el I Simposium Internacional de Gastroenterología y Hepatología, organizado por el Servicio de la especialidad del Instituto Oncológico "Dr. Juan Tanca Marengo" de Solca. Durante el desarrollo del mismo se trataron diversos temas relacionados con la práctica de la Gastroenterología y Hepatología. Concurrieron al mismo distinguidos Profesores de Francia, España y Estados Unidos de Norteamérica. En esta sección ONCOLOGIA ofrecemos los resúmenes de la conferencias dictadas por los distinguidos invitados.

*Dr. Juan Tanca Camposano
Jefe Servicio de Gastroenterología*

Cáncer y Pre-Cáncer en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

*Dr. Richard G. Farmer, M.A.C.P.
Profesor Clínico de Medicina*

Displasia y Complicaciones del Cáncer en la Enfermedad de Crohn

Se conoce que el Cáncer colorectal ocurre en pacientes con colitis ulcerativa crónica con más de 70 años, y ha habido intentos de definir a esos pacientes de alto riesgo utilizando parámetros clínicos. Sin embargo, los únicos factores consistentes han sido la pancolitis por más de 10 años, y otros rasgos – severidad, frecuencia de reaparición, terapia, etc. – no han sido considerados como predecibles. En 1967, Basil Morson, de San Marco en Londres, introdujo el concepto de displasia de la mucosa y lo vinculó al desarrollo posterior de cáncer en el colon en pacientes con colitis ulcerativa. Durante la siguiente década, este concepto ganó credibilidad pero había una considerable variabilidad entre los patólogos sobre la definición exacta de displasia, ya que los clínicos naturalmente empezaron a usarlo como parámetro para el pronóstico. Durante este tiempo, la colonoscopia se empezó a usar y esto aumentó el conocimiento sobre la displasia como una herramienta potencial para el pronóstico.

Correspondencia y Separatas
Dr. Richard G. Farmer, M.A.C.P.x
Profesor Clínico de Medicina
Georgetown University Medical Center
Washington, D.C.
USA

Debido a la considerable variabilidad de la interpretación patológica, parecía altamente deseable tener una definición uniforme de displasia que podría ser usada y estudiada clínicamente. Un grupo de trabajo, liderado por Morson, Yardley, Hamilton, Haggit y otros, establecieron una clasificación de displasia para ser usada clínicamente. Este trabajo monumental fue publicado en 1983 con Riddell como primer autor y se ha convertido en un estándar en este campo. Sólo había una mención de la enfermedad de Crohn en el artículo de 37 páginas con el sentido de que la displasia ha sido observada en la enfermedad de Crohn y como resultado, la clasificación era aplicable.

Por el contrario de lo que sucede en la colitis ulcerativa, el cáncer en la enfermedad de Crohn no ha sido frecuente y fue reportado casi exclusivamente en casos de enfermedad ileal de mucho tiempo de evolución o en asas de intestino con bypass. Un factor de considerable importancia fue que la enfermedad de Crohn no ocurría en el intestino grueso en los reportes de los años 60, hasta que se encontró cáncer de colon en la enfermedad de Crohn en los reportes de los años 70. Nuestros primeros casos de cáncer de enfermedad de Crohn fueron ileales. Ya que presumiblemente toma muchos años para que el cáncer del colon se desarrolle, era comprensible que hubiera confusión sobre la frecuencia del cáncer de colon en la enfermedad de Crohn; un artículo reciente decía que solo se han reportado 174 casos hasta ahora.

Nuestro documento de 1987 con siete casos de cáncer de colon y cuatro de cáncer ileal abordó el tema

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador



específico de displasia en la enfermedad de Crohn, y encontramos displasia adyacente al cáncer en 5 de 7 casos y displasia distante al cáncer en 4 casos, cuando el cáncer era colonico, y ninguna displasia distante en los cánceres ileales. Stahl (mi actual colega cirujano en Georgetown), reportó en 1992 desde la Clínica Lahey, que encontró 22 casos de cáncer colorectal asociado con la enfermedad de Crohn y 6 (27%) tenía asociada la displasia colonica de la mucosa. Ellos concluyeron que los programas de vigilancia para detección temprana del cáncer podrían ser útiles en pacientes con la enfermedad de Crohn del colon cuyo inicio había sido a temprana edad. Korelitz ha informado sobre el uso de biopsia rectal como método para detectar displasia en la enfermedad de Crohn, pero las biopsias positivas fueron encontradas en solo el 5% en más de 800 biopsias.

Decir que hay muchas preguntas sin respuesta sobre la frecuencia de displasia en la enfermedad de Crohn es una subestimación. La importancia de la displasia, cuando se encuentra, está más establecida y la opinión actual es que debe ser considerada con la misma importancia como cuando es encontrada en pacientes con colitis ulcerativa. Los llamados "factores de riesgo" parecen ser los mismos también: pancolitis y duración por más de 10 años. Mientras esta situación es relativamente común en la colitis ulcerativa, los pacientes con una "pura" enfermedad de Crohn del colon no son muy comunes, y solo se presenta en el 25% de los pacientes con enfermedad de Crohn y con frecuencia tiene como complicación fístulas parianales. (Esto conlleva a la incógnita del carcinoma de células escamosas en pacientes con fístulas, pero la displasia no parece ocurrir en estas circunstancias). Por lo tanto, ¿La displasia del colon ocurre en pacientes con enfermedad de Crohn ileocolica, y, si es así, ¿cómo se la detecta? Las respuestas a estas preguntas como la frecuencia de displasia y la utilidad clínica y rentabilidad de estos estudios definitivamente requerirá de un manejo multi-centrico.

Mientras tanto, mi opinión es que los casos "puros" de pancolitis en la enfermedad de Crohn deben ser vistos de la misma manera que en un paciente con colitis ulcerativa y un programa de vigilancia debe ser instituido entre los 7 a 10 años después del diagnóstico. Por otro lado, la frecuencia de displasia en otras formas de enfermedad de

Crohn parece no justificar un programa de vigilancia específico en este momento.

Bibliografía

1. Morson PC y Pang LSC. Biopsia rectal como ayuda al control del cáncer en colitis ulcerosa. Gut 1967; 8:423.
2. Riddell, et al. Displasia en enfermedad de intestino inflamado: clasificación estandarizada con aplicaciones clínicas provisionales. Patología humana 1983; 14:931-968.
3. Simpson, Traube, y Riddell. Displasia en enfermedad de Crohn en los intestinos grueso y delgado. Gastroenterología 1981; 81:492.
4. Stahl TJ, Schoetz DJ, Jr., et al. Enfermedad de Crohn y carcinoma: ¿aumento de la justificación para vigilancia? Dis Colon Rectum 1992; 39:850.
5. Lofberg, et al. Carcinoma y aneuploidy ADN en colitis de Crohn. Gut 1991; 82:900.
6. Rubio, et al. Enfermedad de Crohn y adenocarcinoma del tracto intestinal. Dis Colon Rectum 1991; 34:174.
7. Korelitz et al. Displasia mucosa rectal en la Enfermedad de Crohn. Gut 1990; 31:11382.
8. Farmer RG, Hawk WA, Turbull RB. Carcinoma asociado a colitis ulcerosas mucosa y con colitis ulcerosa tras mural y enteritis (enfermedad de Crohn). Cáncer 1971; 56:227-34.
9. Rosenstock E, Farmer RG, Petras R, et al. Vigilancia a carcinoma al colon en colitis ulcerosa. Gastroenterol 1985; 89:1342-46.
10. Petras RE, Mir-Madjlessi SH, Farmer RG. Enfermedad de Crohn y carcinoma intestinal: un informe de 11 casos con énfasis en displasia epithelial asociada. Gastroenterol 1987; 93:1307-14.

**INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL
"DR. JUAN TANCA MARENGO"
GUAYAQUIL, SEDE NACIONAL**

