

Autoevaluación

Carlos Alberto Vaccaro MAAC-MSACP

1. ¿Cuál de los siguientes tumores NO están incluidos en los criterios de Amsterdam para definir el Síndrome de Lynch?
 - a. Colon
 - b. Recto
 - c. Estómago
 - d. Endometrio.
 - e. Vías urinarias.

2. De acuerdo a la ESMO, ¿Cuál de las siguientes características NO es un criterio para la Neoadyuvancia en cáncer de recto?
 - a. Ct3a n2
 - b. Ct4 n0
 - c. Ct3b n0
 - d. Invasión vascular extra mural
 - e. Ninguna es correcta

Respuestas:

1. ¿Cuál de los siguientes tumores NO están incluidos en los criterios de Amsterdam para definir el Síndrome de Lynch?
 - c. **Estómago**¹

El Síndrome de Lynch, representa el cáncer colorectal hereditario más frecuente. Los criterios para identificar aquellos pacientes con alta probabilidad de presentar la enfermedad se conocen como Criterios de Amsterdam I propuestos en 1997. Los mismos incluyen: 1) Al menos 3 familiares con cáncer colorectal; y así mismo se debe cumplir con todos los siguientes: 2) que uno debe ser familiar de primer grado de los otros dos, 3) que por lo menos 2 generaciones estén afectadas, 4) que al menos uno debe ser diagnosticado antes de los 50 años, 5) se debe excluir Poliposis Adenomatosa Familiar, 6) se debe obtener la confirmación histológica de los tumores. Posteriormente, una revisión de la literatura demostró que otros tumores extracolónicos se asociaban a este síndrome, como el cáncer de endometrio, estómago, ovarios, intestino delgado, uréter, pelvis renal, cerebro y tracto hepatobiliar. De todos ellos, los tumores de endometrio, uréter, pelvis renal e intestino delgado tuvieron mayor riesgo relativo, y por lo tanto eran los más específicos para Síndrome de Lynch. De allí que en 1999 se propusieron los criterios de Amsterdam II, que incluyen a éstos últimos. La incorporación del cáncer gástrico dentro de los mismos fue debatida ya que si bien en los pacientes con síndrome de Lynch de los países occidentales estos eran infrecuentes, en los países orientales los tumores gástricos eran frecuentemente reportados. No obstante, el cáncer gástrico presenta una alta prevalencia en la población general de estos países, por lo que podría tratarse de la asociación de síndrome de Lynch y cáncer gástrico.

En un estudio realizado por nuestro centro, los tumores gástricos fueron los tumores extracolónicos más frecuentes en pacientes de sexo masculino.

En resumen, si bien los tumores gástricos se presentan frecuentemente como tumores extracolónicos en el Síndrome de Lynch, no se encuentran incluidos en los criterios de Amsterdam II.

2. De acuerdo a la ESMO, ¿Cuál de las siguientes características NO es un criterio para la Neoadyuvancia en cáncer de recto?
 - c. **Ct3b n0**²

La guía clínica publicada por la ESMO en 2013, sugiere el tratamiento del cáncer de recto adaptado al riesgo. Así, en aquellos casos con riesgo intermedio y alto (Intermedio: cT2 muy bajos, cT3c-d con margen circunferencial negativo de recto medio o superior, N1-2, EMVI +, y algunos T4a N0 (limitado a compromiso peritoneal); Alto: cT3 con margen circunferencial positivo, cT4a-b, ganglios laterales positivos) sugiere realizar tratamiento neoadyuvante.

En el caso de la opción "A" (T3a N2), si bien no está especificada la profundidad de invasión del T (a, b, c o d), la presencia de ganglios positivos es indicador de tratamiento neoadyuvante. En el caso de la opción "B" (T4 N0), por ser localmente avanzado, también tiene indicación de neoadyuvancia. En el caso de la opción "D", la presencia de EMVI + constituye otra indicación de neoadyuvancia. En cambio, en el caso "C" (T3b N0), por tratarse de un T3 superficial con ganglios negativos, podría plantearse una cirugía radical sin tratamiento neoadyuvante previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasen HF, et al. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch Syndrome) proposed by the International Collaborative Group on HNPCC. *Gastroenterology*. 1999;116:1453-1456
2. Glimelius, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013; 24 (Suppl 6): vi81-vi88.