Descargado el: 25-11-2026 ISSN 1727-897X

CARTA AL DIRECTOR

Cáncer colorrectal: morfología y pronóstico

Colorectal Cancer: Morphology and Prognosis

Alfredo Basilio Quiñones Ceballos[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Quiñones-Ceballos A. Cáncer colorrectal: morfología y pronóstico. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 25]; 11(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2252

Aprobado: 2013-04-10 11:47:20

Correspondencia: Alfredo Basilio Quiñones Ceballos. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. luiscm@hosped.cfg.sld.cu

Sr. director:

Los actuales conceptos morfológicos sobre cáncer de colon marcan nuevas líneas en la valoración pronóstica. Todas las localizaciones, salvo la rectal baja, ajustan pronóstico según la invasión del margen radial y del mesentérico; los márgenes longitudinales (proximal y distal) han quedado en un plano menos importante, así el proximal con un mínimo de cinco centímetros se considera adecuado; tal es el caso que cuando la distancia del tumor al margen proximal es mayor de 5 cm las recurrencias en las anastomosis son raras.

Se considera margen radial al espesor de tejido adiposo que rodea el órgano, este se hace visible haciendo cortes transversales sobre el área tumoral. Ahora bien, el sector adiposo que tenga la mayor invasión neoplásica en sentido radial, será sitio indicado para el estudio morfológico, este se identificará como positivo si la neoplasia maligna al invadir deja libre solo un milímetro en el borde adiposo pericólico o si la invasión de esta zona es total, así ambas condiciones (cero a un milímetro) marcan la positividad del margen radial e indican peor pronóstico.[1-3]

El margen mesentérico aceptable es de siete centímetros y será insuficiente por debajo de tres; tal exigencia responde a la presencia en el mesenterio de los dos niveles ganglionares a los que con más prontitud metatizan estas neoplasias; así el respeto de esta regla posibilita el estudio histológico de ambos niveles ganglionares. No ocurrirá así en tumores del recto bajo donde el meso es pobre e inexistente en el trayecto extra mesentérico.[4,5]

En contraste, hoy se desestima como factor pronóstico el tamaño de la neoplasia. En ciego y colon ascendente los cánceres crecen libremente sin obstruir, alcanzando grandes tamaños; en estas circunstancias macrotumorales, al considerar pronóstico se atiende prioritariamente a la invasión de los márgenes, especialmente del radial y muy en particular se estima muy mal pronóstico cuando este es positivo y coincide con el mesentérico, porque bajo estas condiciones morfológicas las posibilidades de metástasis ganglionares se multiplican considerablemente.

Finalmente, se considera completa una resección de cualquier espécimen de colon si se han respetado las reglas en relación con los márgenes quirúrgicos y además si se pueden disecar 12 ganglios linfáticos como mínimo.[6,7]

Por su parte, algunas variedades histológicas poco frecuentes, en sí mismas, tienen pronóstico desfavorable, esto sucede con el carcinoma de células en anillo sello, el carcinoma de células pequeñas en anillo sello y con el carcinoma de células pequeñas. En esta misma línea, el adenocarcinoma mucoproductor presenta pronóstico adverso cuando se desarrolla en recto sigmoides y cuando se expresa en más del 50 % en el escenario microscópico. No ocurre así con los adenocarcinomas, variedad más frecuente, ya sean de alto o bajo grado; todos ellos ajustan pronóstico según las observaciones morfológicas comentadas.

Actualmente, otras manifestaciones morfológicas han cobrado valor pronóstico como es el caso de la respuesta linfocitaria intra y perineoplásica, pues su ausencia o diminución se considera índice de mal pronóstico. Por su parte habrá peor pronóstico si la morfología del borde tumoral es infiltrativo, muy en especial se ensombrece aún más el pronóstico si por delante de este borde infiltrativo existen grupos celulares indiferenciados conocidos como avanzada tumoral, ello puede indicar la posibilidad o la existencia de metástasis a distancia.[1,2]

En esencia, toda información anatomopatológica actual sobre cáncer de colon ha de estar necesariamente acompañada de todos estos detalles morfológicos, los que a su vez deben ser correctamente interpretados por el médico de asistencia y el oncólogo en aras de comprender profundamente la afección del paciente al que asisten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia O, Roa JC, Manterola C, Bellolio E. Cáncer de colon y recto: Descripción morfológica y clínica de 322 casos. Int J Morphol. 2010 ; 28 (2): 393-8.

2. Compton C. Colorectal carcinoma: diagnostic, prognostic and molecular features. Mod Pathol. 2003 ; 16 (4): 376-88.

3. Machado Pineda M, Rodríguez Fernández Z, González Tuero JH, Rodríguez Ramírez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN [revista en Internet]. 2011 [cited 3 Mar 2012] ; 15 (11): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100009&lng=es.

4. Adam IJ, Mohamdee MO, Martin IG, Scott N, Finan PJ, Johnston D, et al. Role of the circumferential margin involvement in the local recurrence of rectal cancer. Lancet. 1994 ; 344 (8924): 707-11.

5. Chan K, Boey J, Wong S. A method of reporting radial invasion and surgical clearance of rectal carcinoma. Histopathology. 1985 ; 9 (12): 1319-27.

6. Rodríguez Gardón I. Cáncer rectocólico. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 ; 17 (2): 179-84.

7. Vázquez Monchul JM, Docobo Durantez F, Charlo Dupont T. Estado actual del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. Cir Esp. 2000 ; 68 (2): 150-6.