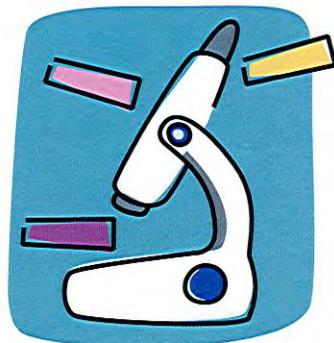


PREGUNTAS Y RESPUESTAS PARA COMPRENDER TU INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA



Los patólogos somos los médicos encargados de realizar el estudio de las muestras de tejidos y células, con el fin de realizar el diagnóstico de la enfermedad y determinar los factores pronósticos más importantes.

También en el adenocarcinoma de colon y recto somos los profesionales que, tras analizar el tejido extraído (biopsia o pieza quirúrgica), hacemos el diagnóstico y determinamos los datos que permitirán a tu médico ayudarte a decidir el tratamiento más adecuado.

Nos gustaría que nuestro informe fuera comprensible para ti: esta guía pretende acercarte a nuestro trabajo y que su terminología te resulte menos ajena. Pero no olvidemos que es tu médico quien valorará tu estado de salud.

Sociedad Española de Anatomía Patológica
División Española de la International Academy of Pathology

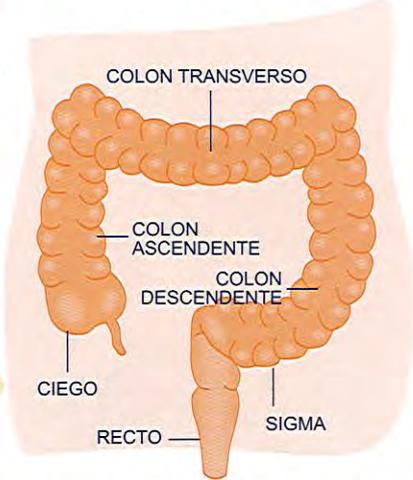
SeAP-IAP

CÁNCER DE COLON

descendente

1. Transverso, ascendente, sigma... ¿hay diferentes tipos de colon?

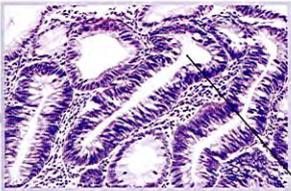
Colon ascendente, colon transverso, colon descendente y sigma son, en ese orden, las partes del colon desde el ciego, que es el principio del intestino grueso y donde este se une al intestino delgado. El colon acaba en el recto y las heces se eliminan por el ano.



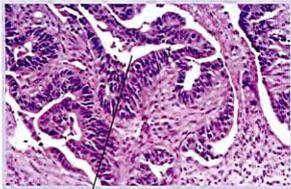
colon
ascendente
transverso

2. ¿Qué es un adenocarcinoma colo-rectal?

El adenocarcinoma es el tipo más común de cáncer en el colon y en el recto. El crecimiento de este tumor maligno puede variar desde casos que lo hacen muy despacio y tienen poco riesgo de dañar al paciente hasta casos que evolucionan rápidamente, con comportamientos agresivos y extensión a otras partes del cuerpo.



Adenoma

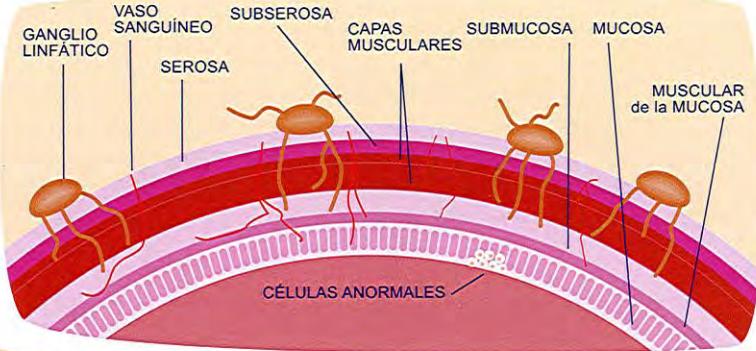


Adenocarcinoma

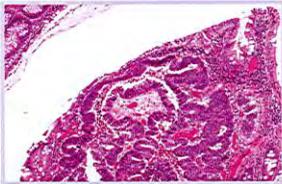
3. Carcinoma intramucoso, in situ, en la lámina propia...

Son tres términos diferentes para referirnos al cáncer colo-rectal no invasivo o limitado a la mucosa. Adenocarcinoma in situ, displasia severa, cáncer limitado a la mucosa y neoplasia mucosa de alto grado son también términos sinónimos. Todos ellos hacen referencia a lesiones confinadas a la mucosa que no sobrepasan el límite de la misma, marcado por la muscular de la mucosa. También se denominan como adenocarcinoma en estadio 0 o estadio Tis. En todos estos casos el tumor no origina metástasis.

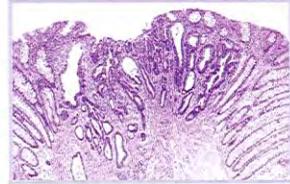
sección transversal de un colon



carcinoma



carcinoma in situ/intramucoso



carcinoma en la lámina propia

4. ¿Qué significa **invasivo**?

Cuando el crecimiento tumoral traspasa el límite mucoso marcado por la capa muscular de la mucosa el adenocarcinoma recibe el nombre de "adenocarcinoma invasivo", ya que tiene potencial para extenderse a otras partes del cuerpo.

5. ¿Que sea invasivo implica que el pronóstico es malo?

No necesariamente. Con una simple biopsia el patólogo no podrá determinar la profundidad de la invasión del tumor, para ello es necesario el estudio detallado de la pieza de resección quirúrgica donde, además del nivel de profundidad, se determinan otros factores pronósticos.

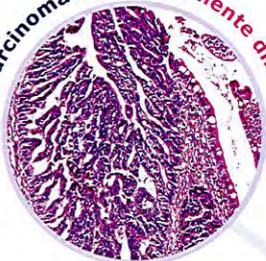
6. ¿Qué significa **diferenciación**?

La **diferenciación** o **grado de un cáncer** se determina por su apariencia microscópica e indica su nivel de agresividad. Habitualmente se designa con tres grados: bien, moderadamente y pobremente diferenciado; pero ocasionalmente se puede utilizar solo dos: bien-moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado.

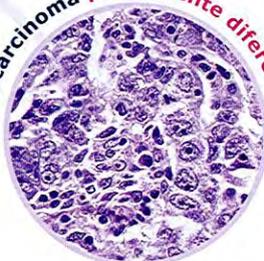
Adenocarcinoma **bien diferenciado**



Adenocarcinoma **moderadamente diferenciado**



Adenocarcinoma **pobremente diferenciado**



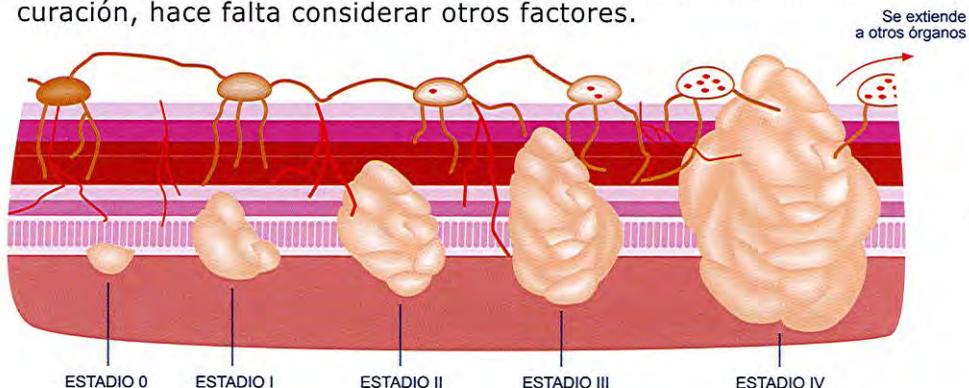
- **agresivo**

+ **agresivo**

El grado es uno de los muchos factores que determinan el pronóstico de la enfermedad y da una idea de la agresividad de la lesión. Un cáncer de colon pobremente diferenciado tiende a ser más agresivo que uno que esté bien o moderadamente diferenciado. Sin embargo, no solo el grado del tumor influye en el pronóstico sino que hay que considerar también otros factores, como por ejemplo que el tumor se haya extendido más allá del colon (algo que no se puede determinar con una simple biopsia).

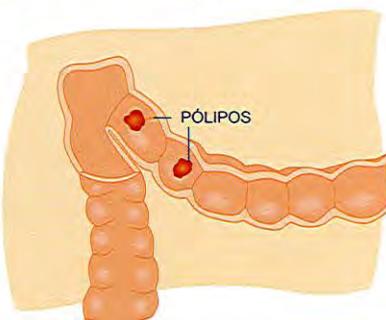
7. ¿Qué es una **invasión vascular, hemática o linfática**?

Estos términos indican que el cáncer está presente en los vasos sanguíneos (arterias y/o venas) y/o los vasos linfáticos del colon y que, por tanto, hay más posibilidades de extenderse más allá del colon; pero solo señalan eso. Para hablar en términos de curación, hace falta considerar otros factores.



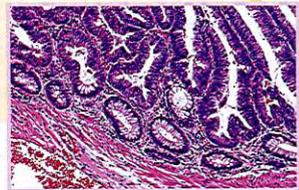
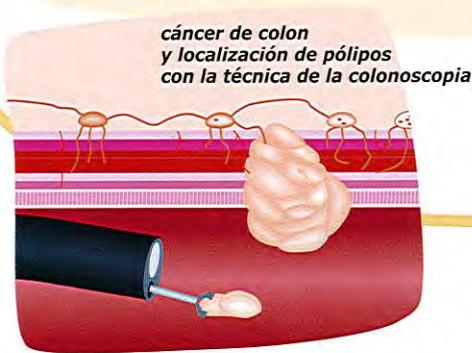
8. ¿Qué es un **pólipo** en el colon?

Un pólipo es una protuberancia del tejido del revestimiento interno del intestino hacia la luz. Existen diversos tipos de pólipos en función de su apariencia microscópica: adenoma tubular o pólipo adenomatoso, adenoma tubulovelloso o pólipo villoglandular, adenoma vellosos, lesión serrada sésil, adenoma serrado tradicional, pólipo hiperplásico, etc. Normalmente son lesiones benignas (no cancerosas) pero, a veces, en el interior de algunos de ellos se puede desarrollar un cáncer.

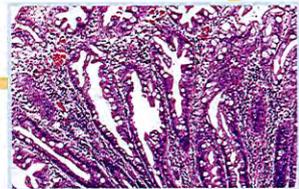


9. ¿Y si existe cáncer de colon y se detectan además adenomas o pólipos?

Hay tipos de pólipos muy comunes, como el pólipo adenomatoso -adenoma- o el pólipo hiperplásico, cuya presencia no debe condicionar el tratamiento definitivo, si no son numerosos o no están en la proximidad del cáncer. Por lo tanto, las lesiones aisladas no son motivo de preocupación.



pólipo adenomatoso



pólipo hiperplásico

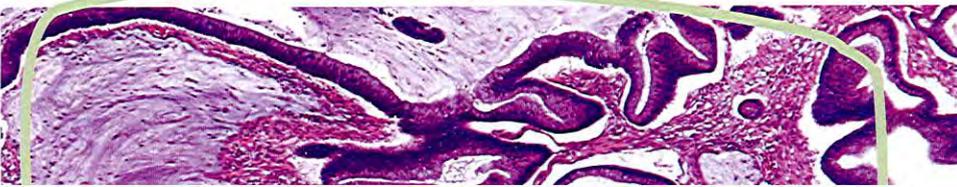
10. El informe menciona mucina o coloide...

La mucina (moco) es una sustancia que normalmente produce el colon para mejorar su lubricación. Los tipos de cáncer de colon que producen grandes cantidades de mucina se llaman adenocarcinomas mucinosos o coloides. En una simple biopsia la presencia de mucina o coloide no determina ni el pronóstico ni el tratamiento. Para ello, es necesario el estudio de la pieza quirúrgica en su totalidad.

11. ¿Qué significa si mi informe menciona "mutación en el gen K-RAS"?

Algunos adenocarcinomas colo-rectales tienen una mutación en un gen llamado K-RAS. El estudio de este gen lo llevan a cabo los anatomopatólogos en carcinomas colo-rectales avanzados con el fin de poder predecir la respuesta a ciertos tipos de tratamientos.

mucina

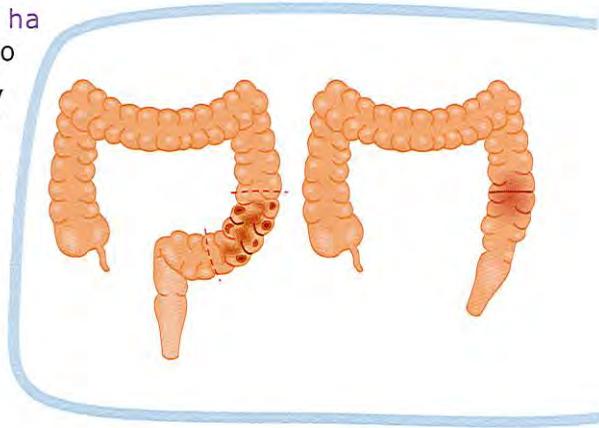




12. Adenocarcinoma invasivo en un adenoma...

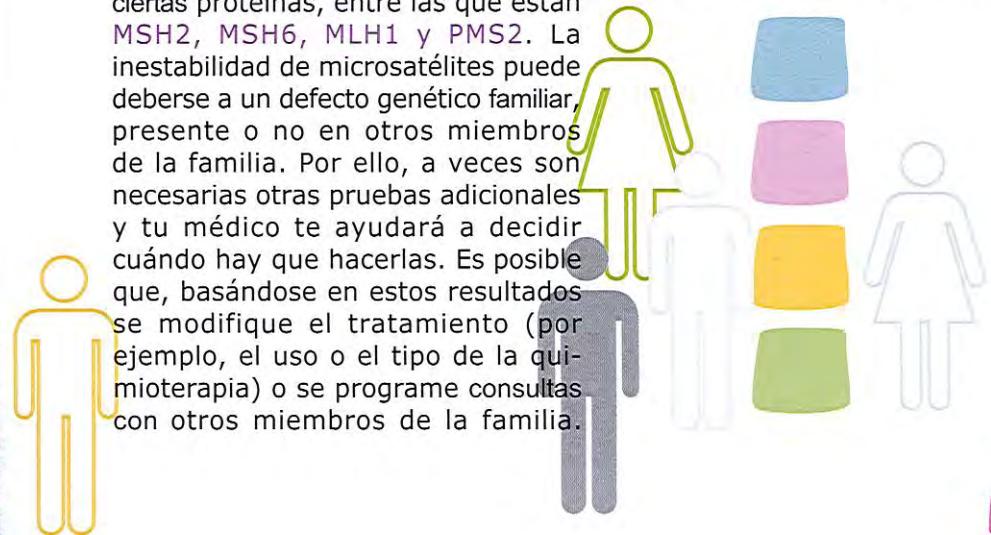
Si el adenoma **no** se ha extirpado en su totalidad, será necesario completar la resección. Generalmente se realizará mediante una intervención quirúrgica, pero será tu médico quien te informe de las posibilidades y te indique el tratamiento más adecuado.

Si el adenoma se ha extirpado por completo quizá no sea necesaria más cirugía, siempre y cuando el cáncer no estuviese pobremente diferenciado (ver pregunta 6) y no presentase invasión vascular, hemática o linfática (ver pregunta 7). Tu médico te informará de las posibilidades y podréis decidir la opción más adecuada.



13. ¿Inestabilidad de microsatélites? ¿Qué es eso?

En algunos casos de cáncer de colon se detecta una anomalía genética en el estudio del tejido que se llama **inestabilidad de microsatélites**. Esta alteración se asocia con pérdida de expresión de ciertas proteínas, entre las que están MSH2, MSH6, MLH1 y PMS2. La inestabilidad de microsatélites puede deberse a un defecto genético familiar, presente o no en otros miembros de la familia. Por ello, a veces son necesarias otras pruebas adicionales y tu médico te ayudará a decidir cuándo hay que hacerlas. Es posible que, basándose en estos resultados se modifique el tratamiento (por ejemplo, el uso o el tipo de la quimioterapia) o se programe consultas con otros miembros de la familia.





Recuerda que el fin de esta guía es sólo el de aproximarte al significado de los términos principales que se incluyen en un informe de Anatomía Patológica, pero es obvio que no están todos: tan sólo los que más pueden interesarte en este caso. Tu médico te ayudará a comprender los demás, y será él quien interpretará el informe y te aconsejará el mejor tratamiento.

SeAP-IAP

[Sociedad Española de Anatomía Patológica]
[*International Academy of Pathology*]

Calle Áncora, 3 2ºB
28045 Madrid
Tel.: 915 398 628 - Fax: 914 686 325
<http://www.seap.es>
seap@seap.es