

## Trabajo 1

### Factores de pronósticos en cáncer de colon en población aiosa.

**Autores:** Arroyo Davila,S, Chiachiarelli, L,Aguirre,S, Gonzalez Palacios,C,Juarez,D, Martinez, L, Frucher,L.

**Correspondencia a:** [sadgelp@gmail.com](mailto:sadgelp@gmail.com)

### Trabajo realizado en el “Hospital Español de Buenos Aires” (CABA)

#### **Introducción:**

El envejecimiento, los antecedentes familiares, la herencia, la polinosis familiar, Síndrome de Lynch, antecedente de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, Consumo excesivo de alcohol, tabaco, obesidad, son factores que aumentan el riesgo de padecer cáncer de colon.

En el pronóstico de la enfermedad intervienen diferentes factores: Grado de penetración del tumor a través de la pared intestinal (T), compromiso ganglionar (N), Presencia o ausencia de metástasis a distancia. La obstrucción y/o perforación intestinal, son indicadores de mal pronóstico. Se estableció una relación entre la inestabilidad micro satelital una mejora de la supervivencia, independientemente del estadio tumoral.(1)

Los pacientes HNPCC tienen mejor pronóstico en el análisis de supervivencia que los pacientes con cáncer colon rectal esporádico.

Las diferentes histologías también tienen diferentes pronósticos

Estadios: Las decisiones terapéuticas se hacen en base al TNM y factores de riesgo.

Es necesario examinar un número de al menos 12 ganglios linfáticos.

Depósitos tumorales: a partir de la octava edición del TNM del 2017, incluye los depósitos tumorales en el EIII N1c, aun cuando no hay ganglios linfáticos positivos.

Inestabilidad Micro satelital

#### **Materiales y métodos:**

Estudio retrospectivo en H. Español. Durante 2 años Se tomó los datos de 48 pacientes, de  $\geq 65$  años en adelante con cáncer de colon, con el propósito de evaluar los factores pronósticos.

#### **Resultados:**

-Según estirpe: Femenina: 21 adenocarcinoma (46,67%) y 1 carcinoma medular (2,22%).

Masculino 23 Adenocarcinoma (51,11%. (Fig 1).

Por localización: femenino. Colon I: 8 (18,18), colon D: 13(29,55%), Total:21(47,73%).

Masculino: colon I:8(18,18%, colon D: 15 (34,09%), total:23 (52,27%). Fig2

- Invasión linfovascular: Presentes. Femenino 5(11,11%), ausente:10 (22,22%),no hay datos:7 (15,56, Total 22 (48,89%). Masculino: Presentes:3(6,67%), ausente13 (28,89%), no hay datos:7 (15,56%, Total: 23 851,11%(Fig: 3).

- Estadio: Femenino: T1: 1 T3:9 T4:6. N1: 6, N2: 2. Masculino: Tis: 1,T3:15, T4:4. N0:9, N1:9,

N2:2. Metástasis: femenino. Presentes: 7 (15,5%), ausente 13(28,89%), masculino: presente: 4(8,89%),-GH: GH1 2 femeninos y 7 masculinos, GH2:8 femenino, masculino: 10.-Depósitos tumorales: femenino: 1 (2,22%), masculino1 (2,22%).-Inestabilidad Micro satelital: femenino: Alta. 4(8,89%), baja: 12 (26,67%), no hay datos: 6.Masculino: Alto. 2(4,44%), Bajo.14 (31,11%), no hay datos: 7.ausente: 16 (35,56%).

#### **Conclusiones:**

Se han evaluado los factores pronósticos de una población de  $\geq 65$  años en adelante para poder decidir las posibilidades correctas de tratamientos. Se observó que pudieron realizar tratamiento quirúrgico femenino 44% y masculino 56% (fig:5) y tratamiento oncoespecífico Femenino 50% y masculino 47%