

Importancia de la Estadificación del Cáncer Colorrectal para Pacientes y Profesionales de la Salud

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.4215>

Importance of Staging of Colorectal Cancer for Patients and Health Professionals

Importância do Estadiamento do Câncer Colorretal para Pacientes e Profissionais de Saúde

Pablo Salomón Montes-Arcón¹

Señoras Editoras,

Luego de una amena y detallada lectura del artículo “Perfil Clínico-Epidemiológico del Cáncer Colorrectal en la Región Oeste de Paraná, Brasil, 2016-2018” publicado en el volumen 69 n.º 1 de esta revista¹, me gustaría hacer unos comentarios. Es de conocimiento médico que el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer tipo de cáncer más diagnosticado en el mundo, después del cáncer de pulmón y de mama, según datos de GLOBOCAN² para 2020, reportándose 1,9 millones de casos nuevos y una estimación de 935 000 muertes ese mismo año. De esa manera, el cáncer colorrectal pasó a ser la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. Esta situación no es ajena a la población brasileña, donde una estimación del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), para el período 2023-2025, prevé 21 970 nuevos casos de cáncer colorrectal en pacientes de sexo masculino y 23 660 en pacientes de sexo femenino, lo que corresponde a la segunda neoplasia maligna más común en esta población³.

Cabe destacar que dentro del estudio no se consideró como variable el estadio patológico de los pacientes, si se tiene en cuenta que en el estudio las lesiones epiteliales corresponden aproximadamente al 96% de los tumores diagnosticados con la clasificación patológica TNM sugerida por la *American Joint Committee on Cancer Tumor* (AJCC), se sabe que la estadificación al diagnóstico es una de las variables más importantes para definir el tratamiento, el pronóstico y el seguimiento¹.

La clasificación TNM es un sistema de categorización de neoplasias malignas, que se utiliza principalmente en tumores sólidos y puede ser utilizado para ayudar en la estadificación pronóstica del cáncer, lo que tiene las ventajas de mejorar la comunicación entre profesionales y permitir un mejor intercambio de información y encuestas entre poblaciones. Para el cáncer colorrectal, actualmente se recomienda el uso de la octava edición publicada en 2017⁴.

Dentro del sistema de estadificación, se considera una serie de variables, incluyendo la profundidad de invasión de la lesión, considerando las diversas capas de la pared intestinal (mucosa, submucosa, muscular propia, tejidos pericólicas y órganos estructurales adyacentes); el número de ganglios afectados por la lesión, considerando un número ideal de ganglios disecados (al menos 12 ganglios) para evaluar la probabilidad de compromiso secundario y finalmente las metástasis a distancia. La interpretación de estas variables se describe a continuación⁵:

T: tumor primario

- **TX:** No se puede evaluar el tumor primario.
- **T0:** Sin evidencia de tumor primario.
- **Tis:** Carcinoma in situ: carcinoma intramucoso (afectación de la lámina propia sin extensión a través de la muscular de la mucosa).
- **T1:** el tumor invade la submucosa (a través de la muscular de la mucosa, pero no de la muscular propia).
- **T2:** el tumor invade la muscularis propia.
- **T3:** el tumor invade a través de la muscularis propia hacia los tejidos pericólicas.
- **T4:** el tumor invade el peritoneo visceral o invade o se adhiere a un órgano o estructura adyacente.
 - » **T4a:** el tumor invade a través del peritoneo visceral (incluida la perforación intestinal a través del tumor y la invasión tumoral continúa a través de áreas de inflamación hacia la superficie del peritoneo visceral).
 - » **T4b:** el tumor invade o se adhiere directamente a órganos o estructuras adyacentes.
 - »

N: ganglios linfáticos regionales

- **NX:** no se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.

¹Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. E-mail: pmontesarcon@gmail.com. Orcid iD: <http://orcid.org/0000-0003-3021-0319>

Dirección de correspondencia: Pablo Salomón Montes-Arcón. Manzana B Lote 21 Urbanización Villa Sandra 2 – Cartagena, Bolívar, Colombia. Dirección postal 13004.



- **N1:** de uno a tres ganglios linfáticos regionales son positivos (tumor en los ganglios linfáticos que miden $\geq 0,2$ mm) o cualquier cantidad de depósitos tumorales está presente y todos los ganglios linfáticos identificables son negativos.
 - » **N1a:** un ganglio linfático regional es positivo.
 - » **N1b:** dos o tres ganglios linfáticos regionales son positivos.
 - » **N1c:** no hay ganglios linfáticos regionales positivos, pero hay depósitos tumorales en la subserosa, mesenterio o tejidos perirrectales/mesorrectales pericolónicos o no peritonealizados).
- **N2:** cuatro o más ganglios linfáticos regionales son positivos.
 - » **N2a:** de cuatro a seis ganglios linfáticos regionales son positivos.
 - » **N2b:** siete o más ganglios linfáticos regionales son positivos.

M: metástasis a distancia

- **M0:** sin metástasis a distancia por imagen, etc.; sin evidencia de tumor en sitios u órganos distantes. (Esta categoría no la asignan los patólogos).
- **M1:** se identifica metástasis M1 en uno o más sitios u órganos distantes o metástasis peritoneal.

- » **M1a:** se identifica metástasis en un sitio u órgano sin metástasis en el peritoneo.
- » **M1b:** se identifica metástasis en dos o más sitios u órganos sin metástasis peritoneal.
- » **M1c:** la metástasis en la superficie peritoneal se identifica sola o con metástasis en otros sitios u órganos.

Luego de evaluar la clasificación, se integran todos los ítems para determinar los grupos pronósticos, siendo estos cinco grupos principales y once subgrupos que orientan las estrategias de terapia, pronóstico y seguimiento de los pacientes (Cuadro 1)⁵.

Conocer el comportamiento epidemiológico de los diferentes estadios patológicos presentados en la población puede contribuir al mejoramiento de las estrategias de salud pública, a través de las cuales se pueden establecer programas de detección temprana, manejo de pacientes oncológicos con enfoque en poblaciones de riesgo y construcción de redes de apoyo a los pacientes al final de la vida; todo ello si se consideran los diferentes estadios patológicos de los pacientes⁶.

Este estudio es una carta al editor, en la cual no se revelan datos que permitan la identificación de pacientes, por lo cual no hubo necesidad de un consentimiento informado.

Cuadro 1. Grupos de pronóstico del Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC) para el cáncer de colon 8º ed

Estadios	T: Tumor primario	N: Ganglios linfáticos regionales	M: Metástasis a distancia
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1, T2	N0	M0
Estadio IIA	T3	N0	M0
Estadio IIB	T4a	N0	M0
Estadio IIC	T4b	N0	M0
Estadio IIIA	T1-T2 T1	N1/N1c N2a	M0
Estadio IIIB	T3-T4a T2-T3 T1-T2	N1/N1c N2a N2b	M0
Estadio IIIC	T4a M0 T3-T4a T4b	N2a N2b N1-N2	M0
Estadio IVA	Cualquier T	Cualquier N	M1a
Estadio IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1b
Estadio IVC	Cualquier T	Cualquier N	M1c

Fuente: Weiser⁴.

APORTES

El autor participó en todas las etapas de la construcción del artículo, desde su concepción hasta la aprobación de la versión final a ser publicada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. Pucci MD, Dasenbrock A, Tanzawa CK, et al. Perfil clínico-epidemiológico do câncer colorretal na região oeste do Paraná, Brasil, 2016-2018. *Rev Bras Cancerol.* 2023;69(1):e-113143. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3143>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
3. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida]. Estimativa; 2022 out 12 [acesso 2023 jan 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
4. Weiser MR. AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25:1454-5. doi: <https://doi.org/10.1245/s10434-018-6462-1>
5. Tong GJ, Zhang GY, Liu J, et al. Comparison of the eighth version of the American Joint Committee on Cancer manual to the seventh version for colorectal cancer: a retrospective review of our data. *World J Clin Oncol.* 2018;9(7):148-61. doi: <https://doi.org/10.5306/wjco.v9.i7.148>
6. Katsaounou K, Nicolaou E, Vogazianos P, et al. Colon cancer: from epidemiology to prevention. *Metabolites.* 2022;12(6):499. doi: <https://doi.org/10.3390/metabo12060499>.

Recebido em 12/7/2023
Aprovado em 14/7/2023