



11209  
75  
20j

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"**

SINDROME CANCEROSO FAMILIAR,  
SINDROME DE CANCER COLORRECTAL  
HEREDITARIO NO POLIPOIDE O  
SINDROME DE LYNCH.  
ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE UNA  
FAMILIA.

**TESIS DE POSTGRADO**

Que para obtener el título de:  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**Presenta:**

**DR. JAVIER JESUS MEZA GONZALEZ**

ASESOR: DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Morelia, Mich., 1994**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"

SINDROME CANCEROSO FAMILIAR,  
SINDROME DE CANCER COLORRECTAL  
HEREDITARIO NO POLIPOIDE ó  
SINDROME DE LYNCH.  
ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE UNA FAMILIA.

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER  
EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL  
PRESENTA:  
DR. JAVIER JESUS MEZA GONZALEZ.  
ASESOR: DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.

MORELIA, MICH. 1994.

DR. JUAN IGNACIO GARDENAS.  
JEFATURA DE ENSEÑANZA.  
HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL SILVA"  
MORELIA, MICHOACAN.

~~DR. JUAN ANGEL ALVAREZ.~~

~~PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO  
DE CIRUGIA GENERAL.~~



SERVICIOS COORDINADOS  
DE SALUD PUBLICA -  
MICHOACAN  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
Hospital Gen. "Dr. Miguel Silva"  
MORELIA, MICH.

DR. ARTURO VALENCIA ORTIZ.

CIRUJANO ONCOLOGO  
ASESOR RESPONSABLE.

CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO AL DR.  
ARTURO VALENCIA ORTIZ POR LA ASESORIA  
DEL PRESENTE TRABAJO Y POR LAS  
ENSEÑANZAS APORTADAS.

AL MAESTRO Y AMIGO  
DR. JORGE MANZO BEDOLLA  
POR SU APOYO Y ENSEÑANZAS.

AL DR. CARLOS TORRES VEGA  
POR SU COLABORACION EN LA ELABORACION  
DE GRAFICAS. MUCHAS GRACIAS.

A MI ESPOSA

ERNESTINA

POR SU APOYO, COMPRENSION Y PACIENCIA  
QUIEN HIZO DE ESTE TRABAJO  
UNA TAREA AGRADABLE.

A MIS HIJOS

JESUS Y JAVIER

QUE NO RECLAMARON LAS HORAS DE AUSENCIA.

A MI MADRE

AURORA

A MI PADRE

J. JESUS A SU GRATO RECUERDO

A MIS HERMANOS

DOLORES

FERNANDO q.e.p.d.

ALEJANDRA

LUIS

MARTHA

BENJAMIN

HILDA



INTRODUCCION .....	1
 <u>CAPITULO No. I</u>	
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
 <u>CAPITULO No. II</u>	
OBJETIVOS.....	9
 <u>CAPITULO No. III</u>	
HIPOTESIS.....	10
 <u>CAPITULO No. IV</u>	
MATERIAL Y METODOS.....	11
 <u>CAPITULO No. V</u>	
RESULTADOS.....	13
 <u>CAPITULO No. VI</u>	
CONCLUSIONES.....	28
 <u>CAPITULO No. VII</u>	
DISCUSION.....	29
 <u>CAPITULO No. VIII</u>	
BIBLIOGRAFIA.....	30

## I N T R O D U C C I O N

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia en orden de frecuencia a nivel mundial, siendo su incidencia más alta en los países occidentales (1). En Europa es la segunda neoplasia más frecuente después del cáncer de pulmón. En los Estados Unidos de Norteamérica se diagnostican más de 140 000 nuevos casos cada año, lo que representa el 15% de todas las neoplasias y aproximadamente 89,100 personas mueren por ésta enfermedad anualmente. Según estimaciones de los registros existentes, alrededor de unas 11 000 personas padecen anualmente ésta neoplasia en España (2). En Mallorca entre 1982 y 1986, según datos del Registro de Cáncer colorrectal de Mallorca, su incidencia es de 30.2+-2.3 nuevos casos por 100 000 habitantes por año lo que representa de 150 a 180 nuevos casos anuales y se sitúa como la segunda causa de muerte por cáncer (2). Todo ello hace del cáncer colorrectal un importante problema de salud pública (con la peculiaridad de que cuando se diagnostica precózmemente la resección quirúrgica puede ser curativa), desafortunadamente el cáncer colorrectal habitualmente es silencioso durante un largo periodo de tiempo que incluye las fases iniciales de su desarrollo en la pared intestinal, cuando empieza a manifestarse clínicamente, el predominio de uno u otro síntoma varía en función de su localización en el cólon, que se manifiesta básicamente en forma de uno o más de los patrones clínicos siguientes:

- 1.- Presencia de sangre en las heces, en forma de rectorragia más raramente melena.
- 2.- Dolores abdominales que pueden oscilar desde molestias poco específicas hasta crisis suboclusivas.
- 3.- Ataque al estado general con pérdida de peso.
- 4.- Alteraciones del tránsito intestinal en forma de diarrea o estreñimiento en una persona previamente con un tránsito intestinal regular.
- 5.- Síndrome Anémico Crónico con microcitosis y ferropenia.
- 6.- En algunas ocasiones puede presentarse en una forma aguda, en estos casos suele tratarse de una oclusión o perforación intestinal y el diagnóstico puede hacerse durante una intervención quirúrgica de urgencia (1).

La edad media al momento del diagnóstico se sitúa entre los 60 y 70 años en la mayoría de registros (1)? excepto en algunos casos (los heredofamiliares) la edad de presentación es más temprana (2), no se observó diferencia en sexos en cuanto a la edad media de presentación.

Debido a los patrones clínicos de presentación del cáncer de cólon y recto muy a menudo éstos no son diagnosticados adecuadamente -- hasta que han progresado a una etapa avanzada, por que hay una urgente necesidad de que los médicos cultiven y mantengan una actitud de -- cautelosa sospecha referente al significado incluso de los síntomas -- más benévolos referidos al intestino grueso, además hay que instigar -- a los médicos a que empleen sin limitación ni tardanza los procedi--- mientos diagnósticos que hoy están a su alcance (5).

CAPITULO No. IANTECEDENTES CIENTIFICOS

En la población general la mayoría de los casos de cáncer de cólon y recto se presentan en forma "esporádica". Sin embargo, se calcula que aproximadamente un 6% de los casos de cáncer cólo-rectal se presenta en familias con predisposición genética a padecer éste tipo de neoplasias (2). El ejemplo más representativo de cáncer colo-rectal familiar lo constituye la poliposis adenomatosa familiar la cuál es responsable de menos del 1% de los casos de cáncer de cólon y recto (2) y la mayoría de los casos de ésta neoplasia en los que se observa una clara predisposición familiar forman parte del denominado: SINDROME CANCEROSO FAMILIAR, SINDROME DE CANCER COLO-RECTAL HEREDITARIO NO POLIPOIDE, TAMBIEN DENOMINADO SINDROME DE LYNCH(2,3,6,13). Durante la última década hubo importantes avances en el campo de la genética y la biología molecular, como la localización en el brazo largo del cromosoma 5 de una delección localizada en la región q13--15 ó q15--22 (gen de la poliposis adenomatosa familiar) (9). Posteriormente TOPS a comunicado resultados con un alto grado de confiabilidad cercano al 99.9% en la mayoría de familias. (BODMER da la localización más precisa entre las bandas q21-22) (2,9). Dicho gen aún no ha sido posible identificarlo en pacientes con SINDROME DE LYNCH (2).

Tanto la poliposis adenomatosa familiar como el SINDROME DE LYNCH presentan las condiciones idóneas para el estudio de la secuencia adenoma carcinoma y ofrecen la oportunidad de adoptar medidas preventivas ante el desarrollo inevitable de cáncer cólo-rectal.

Como hemos mencionado previamente la poliposis adenomatosa familiar es responsable de menos del 1% de los casos de cáncer colo-rectal (2), la mayor proporción de casos de cáncer colo-rectal hereditarios tan englobados en una entidad menos conocida y cuya expresión clínica es menos llamativa que en el caso de poliposis adenomatosa familiar, esta entidad es conocida como SINDROME DE CANCER COLO-RECTAL HEREDITARIO NO POLIPOIDE, SINDROME CANCEROSOS FAMILIAR o SINDROME DE LYNCH.

WARTHIN (2) en 1913 comunicó las conclusiones obtenidas tras realizar un seguimiento durante años de una familia en la que había una alta incidencia de cáncer de mama, útero y colo-rectal, el hecho que despertó el interés de Warthin se produjo cuando una empleada suya le comunicó su temor de fallecer a consecuencia de un cáncer, pues en su familia la mayoría de sus parientes habían fallecido por ésta causa. Warthin profundizó en el estudio de ésta familia y comprobó que dichos temores no eran infundados, la paciente falleció de un carcinoma uterino. Los resultados de sus meticulosas observaciones de ésta familia, (denominada familia G DE WARTHIN) publicados años más tarde fueron puestos al día por Lynch y Krush (2), tras el análisis de esta y otras familias Lynch en una serie de publicaciones dictó los criterios diagnósticos del síndrome que hoy lleva su nombre y lo separó claramente -

dos tipos de expresión fenotípica los que se denominan SINDROME DE LYNCH I y II (4,6,9,11,12).

Bailey-Wilson (2) concluyeron que el patrón de herencia es de tipo autosómico dominante (8,9,10).

Como su nombre lo indica el síndrome de cáncer colo-rectal hereditario no polipoide implica el diagnóstico de casos de cáncer colo-rectal en una familia siguiendo un patrón de herencia autosómico dominante en ausencia de poliposis difusa, los principales rasgos clínicos que la definen son: además de los ya comentados la aparición de la neoplasia a una edad precóza, la presencia de cáncer sincrónico y metacrónico así como la frecuente localización en el cólon derecho, éstas características son propias del síndrome de LYNCH tipo I y la asociación con otras neoplasias sobre todo del área ginecológica constituyen el denominado síndrome de LYNCH tipo II (2,6,11).

Como es sabido en el cáncer "esporádico" la edad media de aparición es cercana a los 65 años, en el SINDROME DE LYNCH es de 45 años, Mecklin en un análisis de 22 familias encuentra que el 80 % de los casos se diagnostican antes de los 50 años, el 12% antes de los 30 y el 1% por arriba de los 70 (1,2,11).

La frecuencia de cáncer sincrónico y metacrónico en los casos llamados "esporádicos" se sitúa en el 4.8 y 7.7 % respectivamente, en cambio en el síndrome de LYNCH estas cifras son significativamente más elevadas situándose en un 18.1 % y 24.2 % respectivamente (2).

El 76 % de los casos de cáncer colo-rectal "esporádico" se localizan en el cólon distal (cólon descendente, recto y sigmoides) - mientras que sólo un 23 % se localiza en el cólon derecho, ésta relación se encuentra invertida en el SINDROME DE LYNCH, 73 % en el cólon derecho y 25 % en el izquierdo (2).

Los tipos de neoplasia que tienen una clara asociación con el SINDROME DE LYNCH tipo II son la neoplasia de endometrio y la de ovario. Sin embargo, el espectro de neoplasias extracolónicas se amplía día a día; así se han descrito casos de cáncer de páncreas, tumores cerebrales, urológicos; glándula mamaria, conductos biliares e incluso intestino delgado (2,7,12), en cuanto al sistema hematológico se han descrito casos de leucemia y linfoma. Sin embargo, con los datos de que se dispone en la actualidad es difícil aceptar sin reservas que el espectro tumoral del SINDROME DE LYNCH II sea más allá de la clásica asociación de cáncer colo-rectal y neoplasias de endometrio, mama y ovario (2).

La característica ausencia de un fenotipo que claramente dé lugar al diagnóstico de la entidad, como ocurre en la poliposis adenomatosa familiar (1,2), hace que sea verdaderamente difícil la identificación de nuevas familias con SINDROME DE LYNCH si no existe una entidad clara y bien contrastada.

Diversos intentos de encontrar un marcador biológico se han llevado a cabo aunque con escaso éxito. En la actualidad todavía no se dispone de ningún biomarcador específico de la enfermedad. En

te sentido existen estudios que apuntan a la localización del gen del SINDROME DE LYNCH II en el brazo largo del cromosoma 18. Con las modernas técnicas de citogenética y biología molecular será posible en un futuro no muy lejano dilucidar si los denominados SINDROMES DE LYNCH I y II son en realidad consecuencia de un mismo trastorno genético (2,8,9).

El tratamiento de los pacientes diagnosticados de cáncer cólon-rectal pertenecientes al SINDROME DE LYNCH es diferente del de los casos "esporádicos". Las peculiares características de éstos pacientes, con elevada frecuencia de lesiones sincrónicas y metacrónicas (2), su predominio en el cólon derecho (2) y en el caso de las mujeres su frecuente asociación a neoplasias del área genecológica hacen que se deba planificar una estrategia diagnóstica y terapéutica especial en éstos casos. Por otro lado su condición de enfermedad hereditaria transmisible siguiendo un rasgo autosómico dominante hace que el seguimiento entre los miembros de familias de riesgo sea obligado (11, 12).

En cuanto al tratamiento quirúrgico parece ser la colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal por las razones ya expuestas evitándose el riesgo de futuras neoplasias metacrónicas (2), se deberá realizar seguimiento colonoscópico anual. En las mujeres con SINDROME DE LYNCH II se debe tener muy presente la frecuente asociación con cáncer de ovario, endometrio y mama con la investigación correspondiente (2, 11), algunos autores recomiendan la práctica de histerectomía con ooforectomía profiláctica. Se recomienda la revisión genecológica a--



nual con aspiración citológica endometrial cada 2 a 3 años y seguimiento ecográfico anexial.

El seguimiento de los miembros asintomáticos de acuerdo a la historia natural del SINDROME DE LYNCH, se elaborará una estrategia de seguimiento que iniciará a los 20 años y que finaliza a los 60: colonoscopia a los 20,25 y 30 años, posteriormente en forma anual hasta los 60 años de edad, posteriormente cada 2 a 3 años. Hay que recordar que en las familiares de pacientes con SINDROME DE LYNCH - II se debe realizar revisión ginecológica anual para la detección de carcinoma de endometrio y anexos (2,11).

CAPITULO No. II.OBJETIVOS

- 1.- Reportar el caso de una familia con SINDROME DE LYNCH I.
- 2.- Detectar el carácter hereditario de éste síndrome.
- 3.- Valoración y detección de familiares afectados por dicha patología intentando un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.
- 4.- Revisar la literatura existente para de ésta forma conocer mejor ésta entidad nosológica.

CAPITULO No. III

## H I P O T E S I S

## A) HIPOTESIS DE TRABAJO

El comportamiento del SINDROME DE LYNCH en nuestro medio es si milar al reportado en la literatura, la cuál es practicamente ex-- tranjera en su totalidad, y dado su caracter hereditario apareceran casos en núcleos familiares adyacentes a la familia problema.

## B) HIPOTESIS NULA

El comportamiento del SINDROME DE LYNCH en nuestro medio es di ferente al de los casos reportados en la literatura.

CAPITULO No. IV

## MATERIAL Y METODOS

En el periodo comprendido del 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1992 se diagnosticaron en el Hospital General "DR. MIGUEL SILVA" 165 casos de cáncer de tubo digestivo (Tabla No. 1) de los cuáles el 2o. lugar con 44 casos lo ocupó el cáncer de colon y recto con 40 casos "esporádicos" y 4 en miembros de una sola familia, además con antecedentes de 3 familiares finados por la misma patología (Tabla No. 2). De los casos de colon y recto se excluyeron los casos "esporádicos" y se realizó seguimiento retrospectivo y prospectivo así como longitudinal y observacional. de los 4 casos de dicha familia, también se realizó detección en los familiares asintomáticos mayores de 20 años. En los sujetos del estudio se registraron los siguientes datos:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Síntomas principales
- 4.- Duración de la sintomatología
- 5.- Edad al momento del diagnóstico
- 6.- Estancia hospitalaria
- 7.- Hallazgos quirúrgicos
- 8.- Tratamiento quirúrgico
- 9.- Resultado histopatológico

- 10.- Tratamiento médico postoperatorio
- 11.- Estudios diagnósticos
- 12.- Presencia de cáncer sincrónico
- 13.- Presencia de cáncer metacrónico
- 14.- Sobrevida

#### CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Pacientes con cáncer de cólon hereditario ingresados al hospital.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) Pacientes con cáncer de cólon "esporádicos".
- b) Pacientes con cáncer de tubo digestivo extracolónico.
- c) Familiares finados por cáncer de cólon.

#### RECOLECCION DE DATOS.

Se revisaron los expedientes en forma retrospectiva y se realizó seguimiento prospectivo de los pacientes con revisión cada tres meses, colonoscopia anual, exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, antígeno carcinoembrionario y búsqueda de sangre oculta en heces).

#### METODO ESTADISTICO.

Razones y proporciones.

CAPITULO No. V

## R E S U L T A D O S

De los 165 casos de cáncer de tubo digestivo reportados del 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1992 (Tabla No. 1) el 2o. - lugar lo ocupó el cáncer de cólon con 44 casos (Gráfica No. 1) de los cuáles 40 fueron "esporádicos" y 4 hereditarios (Gráfica No.2) del estudio de ésta familia (Tabla No. 2) se encontró: historia de tres familiares finados por dicha patología a los 12, 47 y 57 años de edad, un familiar recién intervenido por un astrocitoma grado 1 y además uno de los sujetos del estudio presentó cáncer de cólon - derecho 28 años atrás realizándose en ese entonces hemicolectomía\_ derecha con íleo transversal anastomosis término terminal.

La evolución al momento del diagnóstico en el grupo de estudio fué de 14 meses con un rango de 2 a 36 meses, la estancia hospitalaria promedio fué de 21 días con un rango de 11 a 33 días.

Síntomas principales (Tabla No. 3): pérdida de peso, dolor y melena 100 %, trastornos del tránsito intestinal 25 %.

Laboratorio: Hemoglobina media de 8.5 (6.7 a 9.6) -- antígeno carcinoembrionario positivo 50 % (Tabla No. 4).

Localización del tumor: Cólon derecho 75 %, cólon izquierdo - 25 % (Gráfica No. 3).

Estudio diagnóstico: Cólon por enema 75 %, colonoscopia 25 % (Gráfica No. 4).

Diagnóstico histopatológico: Cáncer de colon (Láminas A,B,CyD)

Tratamiento quirúrgico: Hemicolectomía 100 %.

Tratamiento quimioterapéutico: 5- Fu 50 %; 5-Fu + levamisol 25%  
defunción postoperatoria 25 % (Tabla No. 5).

Sobrevida: Cuatro años y medio, tras años y dos años y medio --  
sin evidencia de tumor.

Se realizó detección en los familiares asintomáticos (6) siendo  
esta negativa en todos los casos, sin embargo, se deberá continuar\_  
su seguimiento de acuerdo a los criterios establecidos.

**CANCER DE TUBO DIGESTIVO**  
**1988-1992**

SITIO	1988	1989	1990	1991	1992	Total
Esófago	1	3	2	3	2	11
Estómago	6	8	11	19	17	61
Intestino Del.	-	2	1	-	1	4
Colon y Recto	3	4	10	14	13	44
Hígado	4	2	2	3	7	18
Vías Biliares	3	2	5	2	6	18
Páncreas	-	2	1	2	-	5
Apéndice	-	1	1	-	2	4
T O T A L	17	24	33	43	48	165

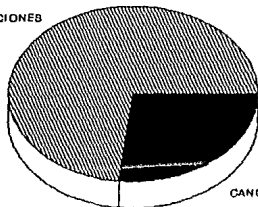
FUENTE: Archivo de Patología Hospital Gral. "Dr. Miguel Silva"  
 Morelia, Mich.



# CANCER DE TUBO DIGESTIVO 1988-1992

Total 165 casos

OTRAS LOCALIZACIONES  
121(73%)



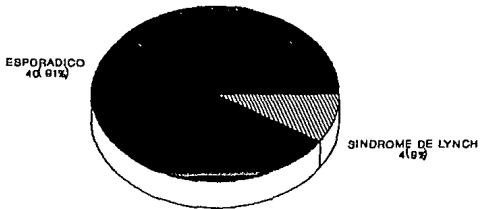
CANCER DE COLON  
44(27%)

Hospital Gral. Dr. Miguel Silva, Morelia

GRAFICA NO. 1

# CANCER DE COLON 1988-1992

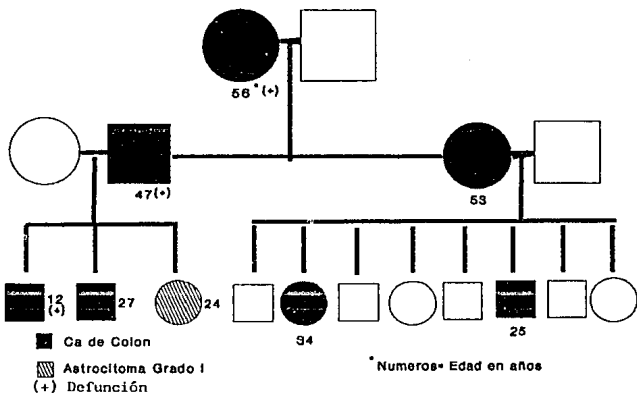
Total 44 casos



Hospital Gral. Dr. Miguel Silva, Morelia

# SÍNDROME DE LYNCH

## ARBOL GENEALOGICO



T A B L A No. 2

## SINDROME DE LYNCH

### SINTOMATOLOGIA

<u>SINTOMAS</u>	<u>NUMERO</u>	<u>%</u>
Pérdida de peso	4	100
Dolor	4	100
Melena	4	100
Trastorno de Tránsito	3	75

Hospital Gral.Dr. Miguel Silva,Morelia

## SINDROME DE LYNCH LABORATORIO

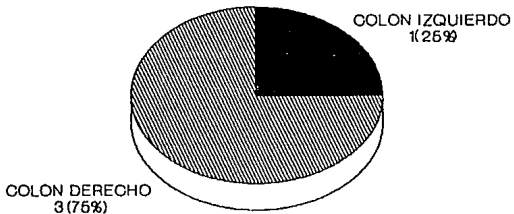
Anemia	4	100 %
Ag Carcinoembrionario	2	50 %

Hospital Graf. Dr.Miguel Silva,Morelia

# SINDROME DE LYNCH

## 1988-1992

### LOCALIZACION

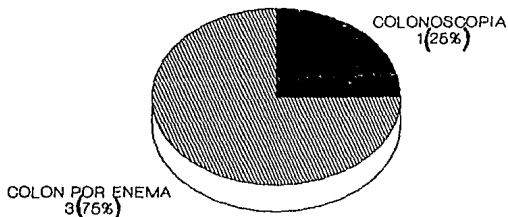


Hospital Gral. Dr. Miguel Silva, Moralla

# SINDROME DE LYNCH

## 1988-1992

### DIAGNOSTICO



Hospital Gral. Dr. Miguel Silva, Morelia

GRAFICA No. 4.

S I N D R O M E D E L Y N C H

RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO. 8 de junio 1989. No. 89-960

Paciente. E.H.V.

DIAGNOSTICO: Adenocarcinoma bián diferenciado del ciego que afecta todas las capas (Estadio C de DUKES) sin lesión en -- bordes quirúrgicos.

"Biopsia de ileon" sin alteraciones histológicas.

FUENTE: Archivo de patología "HOSPITAL\_  
GENERAL DR. MIGUEL SILVA"

L A M I N A A



SINDROME DE LYNCH

RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO. 22 de marzo 1990. No. 90-450

Paciente: J.G.H.

DIAGNOSTICO: Adenocarcinoma bién diferenciado papilar de cólon ascendente, con infiltración de la serosa, sin tumor en bordes quirúrgicos, sin metástasis en ganglios linfáticos.

Hiperplasia linforeticular y sinusal en 40/40 y 11/11 ganglios linfáticos mesentéricos y pericólicos respectivamente.

Apéndice cecal y segmento de íleon sin alteraciones.

FUENTE: Archivo de patología "HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL SILVA"

L A M I N A B

S I N D R O M E D E L Y N C H

RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO: 3 de julio 1992. No. 92-1348

Paciente: A.H.E.

DIAGNOSTICO: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con afectación de la serosa en ciego sin tumor en bordes quirúrgicos.

Hiperplasia linforeticular en 17/17 ganglios linfáticos pericólicos.

Fragmento de epiplon sin alteraciones.

FUENTE: Archivo de patología "HOSPITAL  
GENERAL DR. MIGUEL SILVA".

L A M I N A C

S I N D R O M E D E L Y N C H

RESULTADO ANATOMOPATOLOGICO. 8 de diciembre 1992. No. 92-2531

Paciente. B.G.H.

DIAGNOSTICO: Carcinoma neuroendócrino moderadamente diferenciado -  
de cólon que afecta mucosa, submucosa, muscular y se-  
rosa sin neoplasia en bordes quirúrgicos ni en cinco\_  
ganglios linfáticos epiploicos.

FUENTE: Archivo de patología "HOSPITAL GENE  
RAL DR. MIGUEL SILVA".

L A M I N A D

## SINDROME DE LYNCH QUIMIOTERAPIA

5-FU	2	50 %
5-FU Levamizol	1	25 %
Defunción post-op.	1	25 %

Hospital Gral. Dr. Miguel Silva, Morelia

CAPITULO No. VI

## C O N C L U S I O N E S

Los resultados obtenidos concuerdan con lo publicado respecto a SINDROME DE LYNCH, lo cuál confirma nuestra hipótesis de trabajo éstos resultados son:

- Edad de presentación temprana menor de 45 años.
- Lesiones metacrónicas 25 %.
- Localización en cólon derecho 75 %.
- Carácter autosómico dominante.

El SINDROME DE LYNCH representa un cuadro clínico neoplásico con manifestación familiar, ello favorece el conocimiento de los cánceres "hereditarios" y por consiguiente la carcinogénesis en general. Sin embargo, se requiere prestar mayor atención y recursos en el estudio e investigación de éstas familias.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO No. VII

**D I S C U S I O N**

El tratamiento quirúrgico de los pacientes con SINDROME DE -  
LYNCH es controversial, algunos autores recomiendan la colectomía  
subtotal con anastomosis ileorectal (2) por el riesgo elevado de  
lesiones sincrónicas y metacrónicas, sin embargo, éste deberá ser  
sometido a estudios comparativos por la diferencia en cuánto a ca-  
lidad de vida. En el presente estudio encontramos una paciente a  
quien se le realizó hemicolectomía 28 años atrás y después de és-  
te tiempo presenta una lesión metacrónica. En nuestro grupo de es-  
tudio realizamos hemicolectomías con sobrevidas hasta el momento\_  
aceptables, sin evidencia de tumor y con buena calidad de vida.

El tiempo y nuevos estudios comparativos serán quienes se en-  
carguen de aclarar ésta controversia.

CAPITULO No. VIII

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bassa, Garau. Aspectos generales del cáncer correctal, Gastroenterología y Hepatología 1992; 15:1 2-6.
- 2.- Hompart, Obrador. Cáncer colorrectal hereditario, Gastroenterología y Hepatología 1992; 15:1 15-31.
- 3.- Jukka-Pekka. Frecuenci of hereditary colorrectal carcinoma. — Gastroenterology 1987; 93 1.021-1.025.
- 4.- Lanspa, Lynch. Colorrectal adenomas in the Lynch síndrome. Gastroenterology 1990;98: 1.117-1.122.
- 5.- Bockus Henry. Gastroenterología 1044-1081.
- 6.- Frei J. Hereditary nonpoliposis colorrectal cancer (Lynch Síndrome) Cáncer Vol. 69: 5 Marzo 1992.
- 7.- J.P. Mecklin. The asociacion between cholangiocarcinoma and hereditary nonpolyposis colorrectal carcinoma. Cáncer 1992;69:5.
- 8.- E.R. Maher: Phenotypic. Variation in hereditary nonpoliposis - colon cancer síndrome. Cancer April 15, 1992: 69-8.
- 9.- Henry T. Lynch. Colon cancer genetics. Cancer supplement. September 1, 1992;70:5.
- 10.- R.W. Buert. Hereditary aspects of colorrectal adenomas. Cancer supplements septembers 1, 1992;70:5.
- 11.- Fitzgibbons, Lynch. Recognition and treatment of patients with hereditary nonpolyposis colon cancer (Lynch Síndromes I y II ) Ann,Surg. 1987; 206:289-294.

- 12.- Albano, Recabaren. Natural History of hereditary cancer of -  
the breast and colon. Cancer 1982;50: 360-363.
- 13.- Boland, Troncale. Familial colonic cancer without antecedent  
polyposis. Ann of Internal medicine 1984; 100:5 700-701.