**Cáncer colo rectal**

*"Una vez que se sospecha el cáncer colo rectal, el estudio diagnóstico más preciso y versátil es la colonoscopia"*

En EE. UU., el cáncer colo rectal es la tercera causa más común de cáncer.

Las guías nacionales que recomiendan la colonoscopia (a partir de los 50 años para las personas con riesgo estándar) han tenido un impacto significativo en las tasas de detección precoz, que se ha traducido en una disminución significativa de las tasas de mortalidad. Sin embargo, el cáncer colo rectal no diagnosticado es una de las razones más comunes de demandas por mala praxis médica, por lo general debido a que el paciente no fue derivado para la realización de una colonoscopia, según lo dictan las guías nacionales.

***Síntomas que dependen de la localización del tumor***

En los casos sintomáticos, las manifestaciones clínicas varían en función de la localización del tumor.

Los *tumores -del lado izquierdo* pueden presentarse con hematoquecia, dolor abdominal tipo cólico, y cambios en los hábitos intestinales; y debido a que el colon  descendente tiene una luz más pequeña que el colon derecho, y a que los tumores son típicamente anulares, los cánceres del colon izquierdo pueden presentarse con distensión abdominal con o sin obstrucción intestinal o náuseas y vómitos.

Los *tumores del lado derecho* habitualmente se presentan con anemia ferropénica debido a una pérdida de sangre no reconocida.

Los *tumores cercanos al recto* pueden causar tenesmo, dolor rectal y disminución del calibre de las heces.

En EE.UU., el 20% de los pacientes con cáncer colorrectal tiene metástasis a distancia en el momento del diagnóstico, siendo los sitios afectados más comunes los ganglios linfáticos, el hígado, los pulmones, y el peritoneo.

Las presentaciones poco comunes de cáncer colorrectal incluyen la neumaturia, la fecaluria o la infección recurrente del tracto urinario debido a una fístula, bacteriemia por *Streptococcus bovis* o *Clostridium* *septicum*, y al absceso intrabdominal sobre una perforación intestinal localizada.

***Estudios iniciales***

Una vez que se sospecha el cáncer colorrectal, el estudio diagnóstico más preciso y versátil es la colonoscopia, la cual no solo permite la localización y la biopsia de las lesiones en todo el intestino grueso sino que también detecta ***neoplasias sincrónicas*** y permite la extirpación de pólipos.

Cuando la colonoscopia está contraindicada, una alternativa es la **colonografía por tomografía computarizada** (TC), pero con la que solo se pueden detectar los ***tumores > 6 mm.***

Según la ACS, los hombres y las mujeres con un riesgo promedio deben someterse a la detección del cáncer colorrectal a partir de los 50 años. Las recomendaciones de la ACS para la detección de pólipos y cáncer colorrectal incluyen la sigmoidoscopia flexible cada 5 años, la colonoscopia cada 10 años, el enema con doble contraste de bario cada 5 años o, la colonografía por TC cada 5 años. Los exámenes que detectan el cáncer y no los pólipos incluyen el **test de sangre oculta en materia fecal con** guayaco (anual), el análisis **inmunoquímico fecal (anual**) y *la prueba de ADN en las heces (cada 3 años*). Estas recomendaciones son  bastante consistentes con las recomendaciones de la NCCN y la USPSTF

***Particularidades***

• Las presentaciones poco frecuentes incluyen problemas de las vías urinarias y el absceso intrabdominal.• La colonografía por TC solo puede detectar los tumores más grandes.

***¿CUAL ES LA PRIMERA MANIOBRA A REALIZAR ANTE UN PACIENTE CON ALGUN SINTOMA COLORECTAL?***