

CÁNCER COLORRECTAL

*Prevención,
diagnóstico y
tratamiento.*

Agradecimientos

Equipo de Médicos Instituto Alexander Fleming

- **Dr. Juan Manuel O'Connor.** Oncología Clínica. Jefe Sección Tumores Gastrointestinales.
- **Dr. Luis Caro.** Jefe del Departamento de Gastroenterología. Director del GEDYT, (Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica)
- **Dr. Eduardo Huertas.** Jefe del Departamento de Cirugía Oncológica
- **Dr. Fernando Sánchez Loria.** Subjefe del Departamento de Cirugía Oncológica.
- **Dra. Luisina Bruno.** Oncología Clínica. Asesoramiento Genético en Oncología (AGO).
- **Dr. Matías Chacón.** Subjefe del Departamento de Oncología Clínica y miembro del Consejo de FUCA.

PRÓLOGO

El cáncer es una enfermedad de alta prevalencia entre los seres vivos. La palabra impacta y asusta. Nos puede afectar a todos. Los enfoques diagnósticos y terapéuticos actuales permiten optimizar los resultados individuales y globales.

El conocimiento científico “del por qué” del cáncer está cada vez más cerca. Se han identificado múltiples factores que contribuyen a su desarrollo como virus, tabaco, alcohol y obesidad. Algunos son modificables y otros no. Entre las causas no predecibles asienta la genética individual de cada uno o de la familia a la que pertenece. No todos los tumores afectan a la población adulta ni todo tumor en gente joven es más agresivo, como la tradición verbal popular difunde.

La cura del cáncer será una realidad en la mayoría de los pacientes. Los esfuerzos son diversos y mancomunados. Los científicos en el laboratorio, los médicos especialistas asistiendo en el diagnóstico y tratamiento, la enfermería conteniendo y los incontables recursos humanos y técnicos constituyen el verdadero equipo mul-

tidisciplinario que vencerá al cáncer. Las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con iniciativas altamente pro-activas a través de grupos de pacientes, entrelazados en una era de democratización de la información a través de internet, abren y comparten otro capítulo en la lucha contra el cáncer.

El material realizado es el producto final de la conjunción de diversos actores que a través de un mismo objetivo, la educación, pretendemos ambiciosamente alcanzar información para la población y ayudar a prevenir, diagnosticar y tratar los tumores colorrectales.

Dr. Matías Chacón

*Subjefe del Departamento de Oncología Clínica
Miembro del Consejo de FUCA*

PREFACIO

El acto de información es importante en todos los momentos de la asistencia médica oncológica y la prevención no es ajena. Puente entre la información científica y la personalización del abordaje de la enfermedad, el acto de información es un recurso valioso que permite tomar conciencia de la importancia en los cambios de conducta que pueden mantener y mejorar la salud tanto en nuestra comunidad de proximidad como en la de pacientes.

El cáncer es una enfermedad sensible socialmente y el llamado a la acción participativa en prevención es fundamental en el control de transiciones epidemiológicas. Favorecer la transmisión de información clave sobre cáncer colorrectal (CCR) para que la población pueda estar atenta y participar en rutinas de tamizaje y detección precoz ayudará a acortar los tiempos en el circuito de diagnóstico y en el acceso a un tratamiento adecuado.

Colectivamente como sociedad, y basados sobre el conocimiento científico, debemos inspirar visiones de posibilidad y esperanza cuando ha-

blamos de cáncer. Aunar voces, capacidades y recursos para favorecer la acción de prevención sobre CCR constituye una buena práctica en lo que respecta a una mejor comprensión de esta enfermedad. Al actuar complementariamente, trazando líneas colaborativas de trabajo entre los equipos de salud, especialistas, investigadores y pacientes, podemos generar un impacto significativo al optimizar los canales de información para favorecer la detección temprana, ofrecer mejores respuestas a la población y humanizar el trato en contexto hospitalario y clínico.

El cambio de actitudes relativo a la prevención en CCR será complejo y ciertamente no será lineal. Pero debemos saber que el primer paso reside en el acto de información. Y un acto de información responsable y accesible, es una herramienta de conciencia social que proporciona un mejor discernimiento en las decisiones que afectan la salud de nuestra población. La educación abierta y las prácticas comunicacionales participativas son un instrumento esencial de empoderamiento y de cambio de

preconceptos que favorecen la evolución de percepciones y un impacto tangible en los problemas sistémicos de la organización de la salud y las transiciones epidemiológicas que su estructura debe enfrentar.

Este cuadernillo de CCR realizado conjuntamente entre el Instituto Oncológico Alexander Fleming, la Fundación Cáncer - FUCA y la Red de Contacto para Personas con cáncer de colon es el reflejo de nuestra responsabilidad con la comunidad.

EL COMPROMISO ES DE TODOS.

María Masino

*Fundadora, Red de contacto para personas con cáncer de colon.
Paciente oncológica de la comunidad del Instituto Alexander Fleming.*

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE HABLAR DE CCR?

LOS CASOS DE CCR EN ARGENTINA



La **Agencia Internacional de Investigación para el cáncer (IARC)** ha estimado un incremento considerable de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer para el 2030, con una proyección de 21.7 millones de casos nuevos y 13 millones de defunciones. Los tipos de cáncer más frecuentes son el de pulmón, mama, colorrectal (CCR), próstata y estómago. **Nuestra región** presenta tasas elevadas por cánceres asociados a infecciones y a estilos de vida. En Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica se observan los principales aumentos de incidencia en **cáncer colorrectal (CCR)**, próstata y tiroides.

Argentina es un país con alta incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal (CCR). Se posiciona como el segundo cáncer más frecuente en nuestra población, luego del de mama, y es también el segundo en mortalidad después del de pulmón. Según tasas estandarizadas de incidencia y mortalidad específicas por CCR en países de América, Argentina se ubica en quinto lugar, después de Barbados, Uruguay, Estados Unidos y Canadá¹.

Con un protagonismo preocupante en nuestro territorio, se espera un crecimiento significativo de su incidencia y mortalidad en los próximos 20 años. Para el 2030 se estima un aumento del 46% en la tasa de incidencia y mortalidad, equivalente a 16.600 nuevos casos de CCR. En esta proyección se considera un aumento de 7.722 casos para la población femenina, mientras que en la masculina, el incremento sería de 8.941 casos nuevos por año, evidenciando una diferencia leve entre géneros.

Pese a las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales, en Argentina, la realización de los estudios de prevención y detección temprana es poco frecuente. Según información proporcionada por el Ministerio de Salud² se estima que sólo el 24,5% de las personas entre 50-75 años realizan estudios de rastreo preventivos de CCR. También existen estudios que han demostrado que parte de la mortalidad por cáncer colorrectal se asocia a un diagnóstico tardío.

¹ Fuente: Globocan 2012. Estimated Cancer Incidence: Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.

² Fuente: SIVER- INC 2016.

¿QUÉ ES EL CCR?

EL CÁNCER COLORRECTAL (CCR) ES UN TUMOR MALIGNO QUE APARECE EN LA ÚLTIMA PARTE DEL INTESTINO.

El cáncer de colon y el cáncer de recto presentan comportamientos similares en cuanto a su génesis, desarrollo y contexto biológico. Siendo una enfermedad de progresión lenta y que presenta una lesión precursora o pólipo en un 80%-90% de los casos, su crecimiento pausado en las paredes del intestino grueso durante varios años permite su prevención a tiempo evitando el desarrollo de la enfermedad. Más del 90% de los cánceres colorrectales son adenocarcinomas porque comienzan con un adenoma o pólipo que se produce en la mucosa que recubre el interior del colon y el recto. El adenoma es una lesión que puede transformarse en un cáncer durante un período de diez años y que puede distribuirse similarmente en el colon y en el recto.

Cuando hablamos de tamizaje o detección precoz nos referimos al adenocarcinoma de colon y recto. Existen otros subtipos histológicos menos frecuentes, como los tumores neuroendocrinos, con diferente patrón de incidencia y comportamiento biológico. Los programas de tamizaje se fo-

calizan en patología prevalente, motivo por el cual su objetivo primario es el adenocarcinoma de colon. Por otra parte, otros subtipos histológicos tienen otro mecanismo de carcinogénesis y una historia natural diferente. De detectarse el CCR en etapas tempranas existe la posibilidad de curación en un 90%.

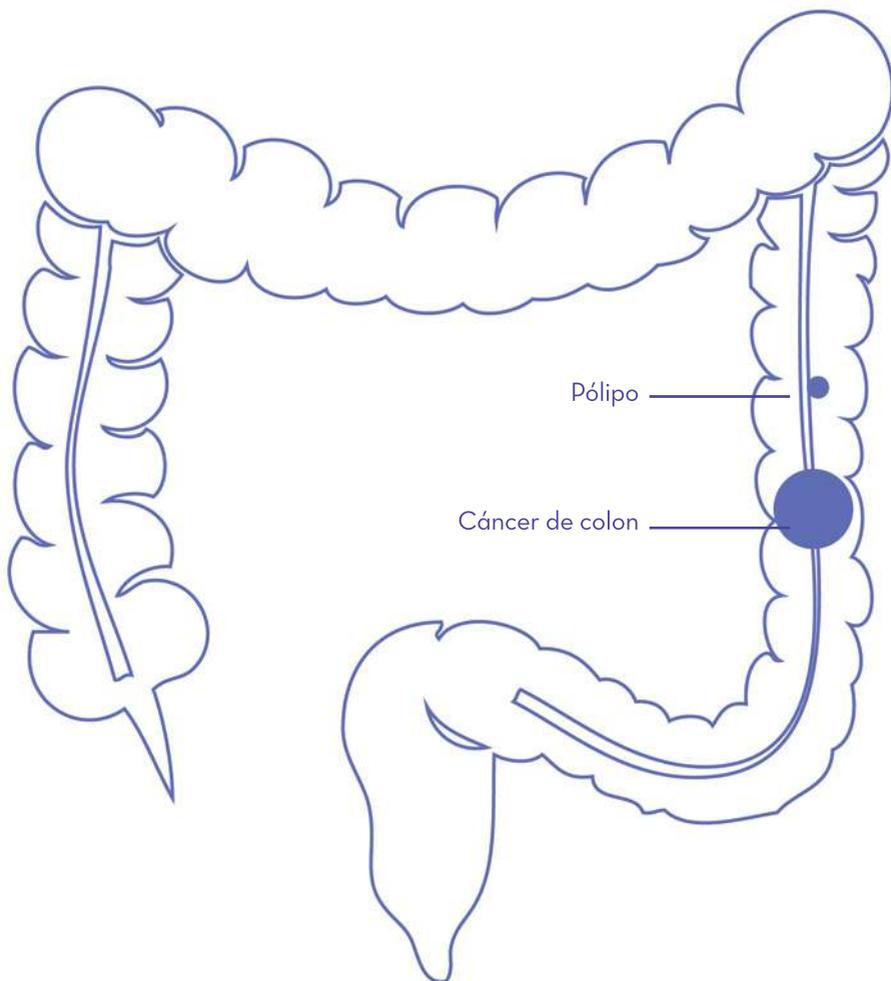
¿QUÉ ES EL COLON?

El colon es la última parte del sistema digestivo o tracto gastrointestinal. El sistema digestivo se compone del esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso; su función es procesar los nutrientes de los alimentos y eliminar sus desechos del cuerpo. El colon es parte del intestino grueso junto con el ciego, el recto y el conducto anal, midiendo alrededor de un metro y medio.

¿QUÉ ES EL CÁNCER?

El cáncer ocurre cuando las células del cuerpo crecen y se multiplican en forma descontrolada. El cáncer es un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. También se habla de "tumores malignos" o "neoplasias malignas" (OMS, 2015).

CÁNCER DE COLON Y PÓLIPO



FACTORES Y GRUPOS DE RIESGO

El envejecimiento natural de las personas, la existencia de antecedentes familiares o personales de CCR, la presencia de pólipos, las enfermedades inflamatorias del intestino grueso y los síndromes de CCR hereditarios son factores que aumentan el riesgo de padecer esta patología.

Además son de riesgo ciertos factores externos relacionados con el estilo de vida como pueden ser una alimentación desequilibrada, la obesidad y el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y la polución del medioambiente.

Edad

La edad es el factor de riesgo más importante en el cáncer colorrectal. Con el envejecimiento aumentan las posibilidades de aparición de pólipos en el colon y en el recto. En efecto, la mayoría de los casos aparecen en personas mayores de 50 años, tanto hombres como mujeres sin antecedentes familiares ni personales. Por esta razón, se recomienda a este grupo concurrir a los controles clínicos estipulados para prevenir la enfermedad, aún cuando no se presentan síntomas.

FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS

- Edad
- Presencia de pólipos en el intestino.
- Antecedentes familiares y personales de CCR.
- Enfermedades inflamatorias del intestino grueso como la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn.
- Síndromes de cáncer colorrectal hereditarios como el Síndrome de Lynch, la Poliposis Adenomatosa Familiar.
- Síndrome de Peutz Jeghers.

FACTORES DE RIESGO GENERALES

- Estilo de vida (*alimentación desequilibrada*)
- Obesidad y sobrepeso
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Sedentarismo
- Polución del medioambiente

Es importante señalar que si bien un 90% de los casos de cáncer colorrectal se dan en este grupo de edad, el diagnóstico de la enfermedad en personas menores de 50 años ha ido en aumento en los últimos años. Si bien no se han realizado estudios estadísticos al respecto en Argentina, esta tendencia se observa en la práctica de oncología clínica en el día a día siendo un estimativo de un 10% a 15% de este tipo de casos. Esta misma tendencia ha sido observada y documentada por la Universidad de Texas y el MD Anderson Cancer Center³ que publicaron en 2015 un estudio que demuestra un aumento de la tasa de incidencia en el grupo de jóvenes adultos 20-34 años en un 37,7% y en el segmento de 35-49 años de un 27,7% para el 2020, demostrando así que la edad es un factor de riesgo importante pero no exclusivo.

Cáncer de colon familiar y hereditario

El 25% de los casos de CCR se desarrollan en este grupo de personas quienes forman parte del “grupo de riesgo mayor o aumentado”.

Se entiende por “antecedentes familiares” a los parientes cercanos como padre, madre, hermanos o hijos que han padecido alguna de estas patologías. En las personas que tienen antecedentes familiares de CCR, el inicio de los controles se recomienda a edades más tempranas, dependiendo del número de familiares afectados y las edades en las cuales se detectó esta enfermedad en la familia.

LOS INDIVIDUOS QUE PRESENTAN UN RIESGO ADICIONAL (SIN IMPORTAR SU EDAD) O TIENEN ALGÚN FAMILIAR CERCANO CON UN SÍNDROME GENÉTICO (HEREDITARIO), DEBEN CONSULTAR AL MÉDICO E INFORMARSE SOBRE LOS EXÁMENES QUE DEBEN REALIZARSE PARA PODER DETECTAR LAS LESIONES MALIGNAS A TIEMPO.

Sólo un 3-5% de los CCR ocurren en personas con un síndrome hereditario que predispone a la aparición de cáncer colorrectal, como el síndrome de Lynch o la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF). Esta enfermedad puede llegar a desarrollar múltiples pólipos benignos en el colon y rec-

to durante la juventud, por lo que se requiere un control estricto de la misma para prevenir el CCR. El Síndrome de Lynch es una enfermedad compleja, caracterizada por un conjunto de tumores en familias que desarrollan cáncer colorrectal de origen hereditario que suele ser acompañado por cánceres ginecológicos y/o urológicos. Dentro de este grupo de síndromes se encuentran también el de Peutz Jeghers, el de Cowden y el de Li-Fraumeni.

En aquellas personas portadoras de un síndrome de predisposición hereditaria, la aparición del CCR puede ocurrir a edades más tempranas que lo habitual, debido a una alteración o mutación en un gen presente desde el momento del nacimiento. Por esta razón, se recomienda que las personas con diagnóstico de CCR antes de los 50 años consulten con sus médicos para definir si requieren de una consulta con un especialista en cáncer hereditario, capaz de evaluar correctamente el cuadro familiar, poder estimar el riesgo familiar de presentar cáncer colorrectal y definir si es necesario realizar algún estudio genético para identificar el gen responsable de la predisposición familiar.

En este grupo se incluye a las personas que sufren enfermedades inflamatorias del intestino grueso conocidas como Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Se debe tener presente que la inflamación crónica genera focos de mucosa en el colon y está relacionada con el aumento de riesgo de CCR.

Identificar un síndrome hereditario específico en una familia permite detectar portadores sanos, para quienes las recomendaciones de controles con colonoscopias son de inicio temprano (inclusive puede ser necesario comenzar durante la adolescencia), a menores intervalos y durante toda la vida. Por otro lado, también permite tranquilizar a personas que no hayan heredado la predisposición (“no portadores”), para los cuales las recomendaciones de controles con colonoscopia son muy similares a las de la población general.

Estilo de vida

Existe evidencia de que la prevención primaria a través de la modificación de factores relacionados con la dieta y el estilo de vida, como así también los programas de prevención, reducen la incidencia y

³ Fuente: JAMA Surgery, Roxanne Nelson, 5 de noviembre de 2014. El estudio analizó el monitoreo (control), la epidemiología y los resultados finales en 393,241 pacientes en pacientes con CCR entre 1975 y 2010 donde se evaluó la edad de diagnóstico en intervalos de 15 años comenzando a la edad de 20.

mortalidad, ya que ahora se conoce que particularmente los hábitos alimentarios también podrían incidir directamente en el desarrollo de este tipo de cáncer.

Por ejemplo, una alimentación rica en frutas y vegetales, así como el consumo de lácteos, ayuda a disminuir el riesgo al generar un efecto protector sobre el intestino. Por el contrario, el abuso de las carnes rojas expuestas a la llama para su cocción, o bien las procesadas de manera industrial, sumado a la ingesta exagerada de alcohol, pueden, a raíz de su asociación con sustancias tóxicas, desequilibrar y generar cambios en las células de la mucosa intestinal, provocando alteraciones y efectos carcinogénicos.

SE DEBE TENER EN CUENTA QUE EL DESARROLLO DEL CÁNCER ES COMPLEJO, Y EN TODOS LOS CASOS, ESTÁ ASOCIADO A DIFERENTES FACTORES, NO SÓLO LOS RELACIONADOS CON LA DIETA.

El consumo de tabaco es también un factor de riesgo importante, ya que causa el 22% de las muertes mundiales por cáncer en general.

Hábitos saludables

Si bien no podemos evitar el envejecimiento ni las características genéticas heredadas para prevenir el CCR, sí se puede desarrollar una actitud consciente e incorporar simples hábitos saludables como:

- ✓ Una dieta rica en vegetales y frutas.
- ✓ La disminución de la ingesta de carnes rojas quemadas.
- ✓ La restricción del consumo de grasas de origen animal.
- ✓ El consumo de productos ricos en calcio.
- ✓ Evitar las bebidas alcohólicas y el tabaco.
- ✓ El ejercicio físico regular.

SÍNTOMAS DEL CCR

EN GENERAL APARECEN CUANDO LA ENFERMEDAD YA TIENE UN TIEMPO DE EVOLUCIÓN.

OCURREN SIN QUE HAYA HABIDO UN CAMBIO EN NUESTROS HÁBITOS ALIMENTARIOS.

SE PRESENTAN DE MANERA PERSISTENTE.

SE AGUDIZAN CON EL PASO DEL TIEMPO.

Se debe estar atento a:

- Los cambios en la forma de evacuar el intestino.
- El sangrado en las deposiciones.
- Los dolores y calambres abdominales frecuentes.
- La anemia y la pérdida de peso.
- El cansancio y la fatiga.
- Vómitos.

Las personas que presenten estos síntomas deben concurrir al médico de cabecera para poder realizar una evaluación y determinar la necesidad de estudios específicos.

Es importante tener en cuenta que en las mujeres, los síntomas del cáncer colorrectal pueden confundirse con el de otros tumores extracolónicos como el de útero y ovario, por eso es importante hacerse los controles ginecológicos correspondientes y complementarios para poder establecer un diagnóstico diferenciado.

¿Cuándo consultar al médico?

- ✓ Si se tiene más de 50 años de edad y no se evidencian síntomas.
- ✓ Si se presentan los síntomas y se es menor de 50 años.
- ✓ Si se es diagnosticado con enfermedades inflamatorias intestinales o síndromes hereditarios.

- ✓ Si se es familiar cercano de una persona que padece CCR.

SI USTED TIENE MÁS DE 50 AÑOS O MENOS Y TIENE ANTECEDENTES DE CÁNCER COLORRECTAL DE FAMILIARES DIRECTOS COMO PADRES, Y HERMANOS, Y NADIE LE HA HABLADO DE ESTUDIAR SU COLON, A USTED LE FALTA INFORMACIÓN, Y DEBE CONSULTAR A SU MÉDICO. SI PRESENTA SÍNTOMAS, TAMBIÉN DEBE CONSULTAR A SU MÉDICO DE CABECERA O A UN ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA.



CIRCUITO DEL DIAGNÓSTICO

Después de la consulta con el médico, si la evaluación clínica hace presumir la existencia de una lesión en el colon o en el recto, se pedirán una serie de estudios para establecer el diagnóstico.

Examen físico y evaluación de antecedentes clínicos

El médico especialista y/o de cabecera lo examinarán para buscar anomalías en las zonas abdominales. Luego se procederá a una serie de preguntas de rutina sobre su salud, sus antecedentes médicos y sus hábitos de vida.

Examen rectal

El médico especialista y/o de familia realizará un tacto del recto para detectar anomalías en los casos que se considere pertinente. El estudio puede ser incómodo, pero no es doloroso.

Test de sangre oculta en materia fecal

Es un estudio sencillo, no invasivo y de bajo costo que permite detectar sangre en materia fecal. La sangre indica la presencia de pólipos o cáncer colorrectal. Si bien este estudio facilita la detección en sangre, no permite la resección de los pólipos, por cual el médico recomendará la realización

de una colonoscopia complementaria para poder extirparlos.

Colonoscopia

Se examina el colon con el paciente virtualmente anestesiado, introduciendo a través del ano un tubo flexible con una cámara de TV en la punta, revisando con calidad la totalidad del colon y el recto. Para su realización se requiere la limpieza del colon con una preparación el día anterior o en la mañana si se realiza por la tarde. El estudio se efectúa en quirófano o en centros ambulatorios, bajo sedación, con un equipo de médicos especialistas altamente entrenados y certificados; requiere un consentimiento por parte del paciente. Este examen permite la resección (polipectomía) de pólipos del colon y del recto. La colonoscopia es un estudio que muchas veces se requiere cuando la sangre oculta en materia fecal da positiva, o el médico decida directamente realizarlo - sobre todo si usted fuma, tiene sobrepeso o ingesta rica en grasas o exceso de alcohol-, o bien si hubiera antecedentes familiares. ***Aunque la colonoscopia es un estudio complejo, es el que menos margen de error posee para la correcta detección***

y prevención del CCR. El beneficio de la visión directa es que, mediante el colonoscopio, se pueden obtener muestras o bien la resección completa del pólipo a través del canal operativo que este equipo posee. Luego su estudio histológico permitirá clasificar la lesión y se decidirá si fue tratamiento definitivo o debería hacerse cirugía.

Colonoscopia virtual

Es un estudio de cierta complejidad pero no invasivo. Es un examen de imágenes, parecido a una tomografía, del colon y del recto que permite identificar anomalías.

Enema de bario de doble contraste

Es un examen de imágenes, específicamente de rayos X del colon y del recto. Es un estudio en desuso, salvo en poblaciones que no tengan acceso a la colonoscopia. La preparación es similar a los estudios anteriormente mencionados. Este examen puede arrojar resultados falsos negativos y positivos.

Biopsia

Si durante la colonoscopia se encuentran pólipos, se procederá al análisis de sus muestras para determinar si son benignos o no. En este sentido,

es importante remarcar el beneficio de la visión directa mediante el colonoscopio porque se pueden obtener muestras, o bien la resección completa del pólipo a través del canal operativo que este equipo posee, permitiendo su estudio histológico para clasificar la lesión. Posteriormente, se decidirá si fue tratamiento definitivo o debería hacerse una cirugía.

Sigmoidoscopia

Se coloca un tubo flexible que tiene una fuente de luz para ver si existen pólipos en el recto y el colon inferior.

Antígeno carcinoembrionario (CEA)

Es un examen de sangre. Si bien no es un examen de detección sino un marcador tumoral, se suele pedir como complemento de la colonoscopia y del test de sangre oculta en materia fecal.

En los casos de la colonoscopia virtual, el enema de bario y la sigmoidoscopia se recomendará la realización de una colonoscopia complementaria si se encontrasen pólipos para extirparlos.

FASES DEL CCR Y TRATAMIENTOS

Los estudios de diagnóstico proporcionan información clave sobre el estado clínico y patológico de la enfermedad para poder establecer el mejor tratamiento posible. Los especialistas en oncología clínica evaluarán la dimensión del tumor primario, la invasión de los ganglios linfáticos y la presencia de metástasis en órganos periféricos o distantes para establecer la estrategia de tratamiento. En los estadios tempranos de la enfermedad, es decir cuando se encuentra confinada al colon, la cirugía es la principal estrategia de tratamiento. Según la evaluación histopatológica, en algunos casos se realiza además un tratamiento de quimioterapia adyuvante (se denomina adyuvante en los casos de tratamiento con criterio curativo).

En los casos en que se presentan metástasis se realizan tratamientos con quimioterapia y agentes biológicos como parte de las estrategias terapéuticas actuales. La cirugía tiene un rol definido incluso en el contexto de enfermedad metastásica.

El **abordaje multidisciplinario**, es decir, el trabajo en conjunto de los distintos especialistas implicados en la

atención de los pacientes como oncólogos, cirujanos y genetistas, entre otros, es clave para un consenso sobre la optimización de los tratamientos. Este concepto, que se aplica a la medicina en general, es muy importante en la oncología porque los mejores resultados se obtienen con la combinación de cirugía, de distintos esquemas de quimioterapia, de radioterapia y con la incorporación de los agentes biológicos y terapias personalizadas. Estas últimas hacen uso de cuerpos monoclonales que directamente atacan las células malignas y suelen ser combinadas con la quimioterapia en personas con CCR que presentan metástasis.

Los tumores tienen un comportamiento biológico variable, se transforman y mutan con el paso del tiempo. Para poder utilizar un agente monoclonal es necesario identificar la mutación de los genes para poder determinar si el CCR se trata de un caso esporádico (aislado) o de un caso hereditario, personalizar el tratamiento y proporcionar un control genético familiar favoreciendo un seguimiento preventivo temprano y frecuente.

Hablamos de estadios en tumores para homogeneizar el lenguaje estableciendo criterios comunes, los mismos surgen de la combinación de (T) tamaño (invasión en la pared del colon) (N) según compromiso de los ganglios y el (M) en los casos que se detectan metástasis a distancia:

- ✓ **ESTADIO 1.** En los casos con tumores localizados, con invasión superficial y sin afectación de los ganglios.
- ✓ **ESTADIO 2.** En los casos con invasión más profunda, hasta la subserosa, o incluso la serosa pero sin compromiso ganglionar.
- ✓ **ESTADIO 3.** Puede haber variable invasión de la pared del colon, pero existe afectación de los ganglios.
- ✓ **ESTADIO 4.** Se denominan a aquellos tumores en los que se detectan metástasis a distancia.

¿QUÉ ES UNA METÁSTASIS?

En algunas ocasiones las células tumorales pueden desprenderse del tumor y viajar por vía sanguínea o linfática y desarrollarse en otros órganos o ganglios. Esto se denomina metástasis y tiene distintos tratamientos específicos.

CIRUGÍA EN CÁNCER DE COLON

La cirugía es a menudo el principal tratamiento para los cánceres de colon en etapas más tempranas o localizadas. El tipo de cirugía depende de la etapa (extensión) del cáncer, de donde está localizado, y del objetivo de la cirugía.

Escisión local

Una escisión local es un procedimiento menor que una cirugía convencional que puede utilizarse para remover cánceres superficiales y una pequeña cantidad de tejido adyacente de la pared del colon. Se utiliza en situaciones muy puntuales en las que el tumor es pequeño, superficial y accesible.

Colectomía

Una colectomía es una cirugía para extraer todo o parte del colon. Los ganglios linfáticos adyacentes también son extirpados en el mismo acto. A la extirpación de una parte del colon se le llama hemicolectomía, colectomía parcial o resección segmentaria, dependiendo de la magnitud de la misma. Si se extirpa todo el colon, se le llama colectomía total.

La colectomía total es infrecuente

para tratar el cáncer de colon. Por lo general, sólo se emplea si hay otra enfermedad en la parte del colon que no tiene cáncer, tal como cientos de pólipos (en alguien con poliposis adenomatosa familiar) o, a veces, enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa). *La colectomía se puede hacer técnicamente de dos maneras:*

✓ **Colectomía abierta o convencional:** la cirugía se hace a través de una sola incisión realizada en el abdomen.

✓ **Colectomía laparoscópica:** la cirugía se realiza mediante varias incisiones más pequeñas y un laparoscopio (un tubo delgado con una fuente de luz y una pequeña videocámara en el extremo que permite al cirujano observar dentro del abdomen). Debido a que la colectomía laparoscópica es un método menos invasivo y traumático, los pacientes a menudo se recuperan con más rapidez y la estancia en el hospital puede ser más corta. Sin embargo, este tipo de cirugía requiere de un médico especialista con experiencia en cirugía videolaparoscópica. Además, puede no ser la mejor opción para todos los pacientes.

Para una colectomía segmentaria o parcial, el cirujano extrae la parte del colon con el cáncer y un pequeño segmento del colon normal a cada lado del cáncer. Por lo general, se extirpa de un cuarto a un tercio del colon, aunque esto depende de la localización y el tamaño del cáncer. Luego se unen o reconectan las secciones restantes del colon. En este momento, también se extirpan los ganglios linfáticos adyacentes. Se trata de una cirugía mayor, por lo que es importante que, si se va a someter a esta operación, esté lo más saludable posible.

Previo a la cirugía: Endoprótesis

Si el tumor es grande y ha obstruido su colon, es posible que unos días antes de la cirugía el médico use un colonoscopio para colocar una endoprótesis o “stent” (tubo hueco de metal o plástico) dentro del colon con el fin de mantenerlo abierto y aliviar el taponamiento por un corto período de tiempo para ayudar a preparar al paciente para la cirugía.

Cirugía de urgencia

Si no es posible colocar una endoprótesis en un colon obstruido o si el tumor ha causado un orificio en el

colon, puede ser necesaria una cirugía de urgencia.

Por lo general, éste es el mismo tipo de colectomía que se realiza para remover el cáncer, pero en lugar de reconectar los segmentos del colon restante, un extremo del colon se adhiere a una abertura (ostoma) en la piel del abdomen para eliminar la materia fecal del intestino. A esto se lo conoce como colostomía, y usualmente es temporal (lo más común entre 45 y 60 días).

A veces en lugar del colon, se conecta la parte final del intestino delgado (íleon) a un ostoma en la piel. A esto se le llama una ileostomía.

En ambos casos, se adhiere una bolsa recolectora removible al ostoma para recoger los desechos fecales. Una vez que usted se haya recuperado, se evaluará la realización de otra operación (conocida como reconstrucción del tránsito, cierre de colostomía o ileostomía) para unir nuevamente los extremos del colon o para cerrar la brecha del ostoma practicado.

En raras ocasiones, si no se puede extirpar un tumor o colocar un tubo (stent), o por alguna razón el tumor se extirpa pero no puede reconectarse, es posible que necesite una colostomía o una ileostomía permanente.

GUÍA DE PREGUNTAS

Para el oncólogo

- ¿En qué fase se encuentra mi cáncer?
- ¿Qué opciones de tratamiento tengo?
- ¿Qué tipo de exámenes de seguimiento y control deberé efectuar?
- ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios del tratamiento recomendado?
- ¿Puede haber una discontinuación en mi tratamiento provocada por algún efecto secundario?
- ¿Puedo realizar terapias complementarias al tratamiento oncológico? (*nutrición, yoga, actividad física, etc.*)

Para el genetista

- ¿Qué es una mutación genética?
- ¿Qué exámenes debo realizarme?
- ¿Qué familiares están en riesgo?
- ¿Cómo se controla un cáncer hereditario?
- ¿Cómo el valor de la historia familiar genética puede ayudar en mis opciones de tratamiento oncológico y en el seguimiento familiar?

Colostomía o ileostomía de derivación

Algunos pacientes padecen tumores de colon que se han extendido, y que por su tamaño o ubicación obstruyen el colon. Para los pacientes con este problema, a veces se realiza una cirugía para aliviar la obstrucción sin extraer la parte del colon que contiene el cáncer. En lugar de ello, el colon se exterioriza por encima del tumor y se confecciona un ostoma en la piel del abdomen para que los residuos fecales salgan por el mismo. A esto se lo conoce como una colostomía de derivación. En ocasiones esto puede ayudar al paciente a recuperarse lo suficiente como para poder iniciar otros tratamientos como la quimioterapia.

Cirugía en caso de extensión del cáncer de colon

Si el cáncer se ha diseminado a uno o a varios lugares, en los pulmones o el hígado, (y no hacia otros órganos o sitios distantes), se puede realizar una cirugía para extirparlo. Por lo general, esto se hace si también se extirpó el cáncer en el colon o el recto (o ya se había extirpado previamente). Dependiendo de la magnitud y la extensión de la enfermedad, esto

puede curarlo o eventualmente ayudarlo a vivir más y mejor.

La opción por la cirugía para eliminar áreas de diseminación del cáncer dependerá del tamaño, el número y la ubicación de las mismas.

Efectos secundarios de la cirugía del colon

Los posibles riesgos y complicaciones de la cirugía dependen de varios factores, incluyendo la extensión de la operación y su salud general antes de la operación. Entre los problemas que pueden surgir durante o después de la operación se incluyen, como en cualquier cirugía: reacciones a la anestesia, sangrado postoperatorio, coágulos en los miembros inferiores, y poco probablemente, infecciones en la herida o en la zona de la cirugía dentro del abdomen.

Cuando se despierte después de la cirugía, seguramente sentirá dolor, el cual se tratará con medicamentos específicos por varios días.

Durante los primeros días, es posible que usted no pueda comer o tal vez solo le permitan consumir líquidos, ya que el intestino necesita algunos días para recuperar su movilidad y el tránsito. La mayoría de pacientes puede volver a comer alimentos sólidos

después de unos pocos días.

En ocasiones, afortunadamente bastante esporádicas, las nuevas conexiones hechas entre los extremos del intestino pueden tener alguna fuga o no estar completamente herméticas, lo que puede causar infecciones y requerir hasta de cirugía adicional para solucionar el problema. En raras ocasiones y con el correr del tiempo después de la cirugía, usted puede presentar tejido cicatrizal en el interior del abdomen que cause que algunos órganos o tejidos se adhieran entre sí. Estos tejidos cicatrizales son denominados adherencias o bridas. En ocasiones, las adherencias pueden bloquear el intestino, lo que en algunos casos puede requerir una cirugía adicional.

Colostomía o ileostomía

Algunas personas necesitan una colostomía (o ileostomía) temporal o permanente después de la cirugía. Puede que le lleve tiempo acostumbrarse a esto y es posible que implique algunos cambios en el estilo de vida.

Si se le hizo una colostomía o una ileostomía, usted necesitará ayuda para aprender cómo manejarla. Hay enfermeras especialmente capacitadas en ostomías que tienen el cono-

GUÍA DE PREGUNTAS

Para el cirujano

- ¿Cuáles son mis opciones quirúrgicas?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada una?
- ¿Qué tipo de anestesia se requiere, local o general?
- ¿Quién dirigirá la operación y cuántos cirujanos participarán?
- ¿Cuáles son los riesgos que pueden presentarse durante la cirugía?
- ¿Cómo se va a manejar el dolor en el post-operatorio?
- ¿Cómo hay que prepararse para la intervención?
- ¿Cuántos días durará la internación y en qué sección será?
- Después de la cirugía, ¿cuándo puedo retomar el tratamiento de quimioterapia?
- ¿Cuándo estará disponible el informe patológico?
- ¿Cuándo me sacarán los puntos?

cimiento y los medios tecnológicos para ayudarlo. Por lo general, estos profesionales de la salud lo visitan en el hospital antes de la operación para discutir la ostomía y marcar el lugar de la abertura. En otros casos lo visitan después de la operación aún internado para explicarle detalladamente el manejo y la disponibilidad de las bolsas y dispositivos que se usan para el correcto manejo de los ostomas de manera que alteren lo mínimo posible su estilo de vida.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia consiste en la aplicación de fármacos o drogas cuyo mecanismo de acción incluye la destrucción de células tumorales, inhibiendo el crecimiento de las mismas. El objetivo del tratamiento puede ser adyuvante, es decir, luego de una cirugía con criterio curativo, para erradicar las micrometástasis, o bien de carácter paliativo, en el caso de desarrollo de metástasis. En ambas situaciones, el uso de tratamientos combinados, es decir la utilización de dos o más agentes quimioterápicos, ha mostrado beneficios comparado con el uso de monoterapia. Históricamente el 5 Fluorouracilo ha sido parte de los esquemas combinados

y una de las drogas más útiles en el tratamiento del cáncer colorrectal. Otras de las drogas utilizadas son el oxaliplatino y el irinotecan, con actividad antitumoral en esta patología.

LA QUIMIOTERAPIA PUEDE SER ADMINISTRADA POR VÍA ORAL, POR INYECCIÓN INTRAMUSCULAR O DIRECTAMENTE EN LAS VENAS. EXISTE UNA VARIEDAD DE FORMULACIONES, POR CUANTO EN REALIDAD HAY TAMBIÉN MUCHOS TIPOS DIFERENTES DE CÁNCER.

Estos medicamentos eliminan las células cancerígenas y previenen la formación de nuevas células enfermas en el organismo. Pero afectan también a las células sanas que se encuentran en la boca, piel, médula ósea, tráquea, pelo, mucosas, vejiga, pulmones y sistema reproductivo. Por eso suelen traer aparejados efectos secundarios. Los más comunes son: anemia, estreñimiento, depresión, diarrea, fatiga, pérdida del cabello, infecciones, náuseas, problemas en la boca, encía y garganta, y problemas ginecológicos. Estos efectos secundarios en general son temporales, y pueden disminuir gradualmente a medida que pasa

el tiempo; muchos de ellos también pueden ser controlados, o al menos aminorados, con medicamentos. Además, la medicina está avanzando en un mejor control de algunos efectos secundarios producidos por estos tratamientos.

Es importante señalar que algunos pacientes experimentan efectos secundarios leves, mientras otros sufren consecuencias más fuertes con el mismo tipo de medicamento y dosis; todo depende de la reacción de cada organismo.

RADIOTERAPIA

La radiación describe la forma en que la energía se mueve de un lugar a otro. La radiación de alta energía, como la de los rayos X, tiene suficiente energía como para modificar células. Cuando esto sucede, el daño producido puede llegar a destruir las células. Por esta razón, los rayos X de alta energía se usan para destruir las células tumorales en un tratamiento llamado radioterapia.

La radioterapia es otra de las modalidades utilizadas en el tratamiento del cáncer colorrectal, especialmente en cáncer de recto o cáncer de ano, segmento distal del tubo digestivo. En ambos casos se realiza tratamien-

to combinado con quimioterapia para lograr potenciar el efecto citotóxico o antitumoral.

AGENTES BIOLÓGICOS Y TERAPIAS PERSONALIZADAS

En la actualidad, existen terapias que se han desarrollado gracias a largos años de investigación intentando establecer las diferencias específicas entre las células cancerosas y las normales. Por eso, el tratamiento del cáncer se ha centrado en destruir las células tumorales sin dañar las células normales, logrando mejores resultados y provocando menos efectos secundarios.

Estas terapias tienen en común que actúan afectando la capacidad de las células tumorales de desarrollarse y multiplicarse.

Algunos de estos fármacos afectan los componentes internos y el funcionamiento de la célula cancerígena, provocando su muerte. Otros, llamados anticuerpos monoclonales, se dirigen a los receptores que están en el exterior de la célula. Existe un tercer grupo cuyo mecanismo de acción es impedir la formación de vasos sanguíneos que nutren a las células tumorales.

El presente material científico fue desarrollado con el aporte económico de Bayer S.A., con el objeto de apoyar la formación y concientización en beneficio de la comunidad en general. Las conclusiones han sido elaboradas por los autores con absoluta independencia, siendo exclusiva responsabilidad de los mismos.

Producido en 2017



FUNDACIÓN PARA
LA INVESTIGACIÓN
DOCENCIA Y PREVENCIÓN
DEL CÁNCER

