



Es el cáncer que se origina en el intestino grueso (colon). También se le denomina "cáncer colorrectal (CCR)", este término abarca no solo el colon, sino también los últimos 15 cm del intestino grueso (recto). Existen distintos tipos de cáncer colorrectal, pero con diferencia el más frecuente es el adenocarcinoma (más del 90%).

I n c i d e n c i a

El CCR es el tercero en frecuencia entre los hombres en países desarrollados (tras los cánceres de pulmón y próstata), y el segundo entre las mujeres (tras el cáncer de mama).

El CCR muestra una clara tendencia al alza desde los años 90: en 1975 se detectaron unos 500.000 nuevos casos en el mundo y en el año 2002 se detectaron 1 millón de casos.

En España se diagnostican unos 22.000 casos al año (12.500 casos en hombres y 9.500 casos en mujeres). La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, aunque se registran casos desde los 30-40 años. Los casos que aparecen a edades tempranas suelen asociarse a una predisposición genética.

C a u s a s y F a c t o r e s d e r i e s g o

No hay una causa única para el cáncer de colon. Sin embargo, casi todos los cánceres de colon comienzan como pólipos benignos, los cuales progresan lentamente hasta convertirse en cáncer.

Una persona presenta mayor riesgo de padecer cáncer de colon si tiene:

- Pólipos del colon o recto
- Cáncer en otro lugar del cuerpo
- Antecedentes familiares de cáncer de colorrectal
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn
- Antecedentes personales de cáncer de mama
- Edad: a mayor edad mayor riesgo de padecer CCR, ya que aumenta la aparición de pólipos en el colon y en el recto

Ciertos síndromes genéticos también aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de colon, los dos más importantes son: el cáncer colorrectal hereditario no polipósico (3% al 5% de todos los CCR) y la poliposis colónica familiar (1% de todos los CCR)

Otros factores de riesgo parecen estar asociados con el consumo de dietas ricas en grasas y bajas en fibra, al igual que con el consumo de carnes rojas. Sin embargo, la causa de esta relación aún no es clara

Muchos casos de cáncer de colon no presentan síntomas. Sin embargo, cuando presentan síntomas pueden algunos de los siguientes:

- Sangre en las heces
- Cambio en el hábito intestinal: estreñimiento o diarrea en personas con un ritmo intestinal previo normal.
- Anemia inexplicable
- Heces filiformes: heces muy delgadas
- Molestias o dolor en la parte baja del abdomen
- Obstrucción intestinal
- Pérdida de peso sin razón conocida

E x á m e n e s y D i a g n ó s t i c o

a) Exámenes para el diagnóstico: Las pruebas utilizadas en la detección del cáncer de colon y recto son:

Test de sangre oculta en heces (TSOH): El test lo realiza la propia persona en su domicilio. Se toma una muestra de heces durante tres días consecutivos y se deposita en un sobre especial que contiene varias tiras reactivas. La lectura del test ha de ser realizada por personal sanitario cualificado y consiste en observar la variación de color de la tira reactiva cuando se le añaden unas gotas de sustancia reveladora.

El cambio de color indica que el test es positivo, es decir, que existe sangre en las deposiciones y se requieren estudios posteriores para diagnosticar el origen de la misma (hemorroides, pólipo, tumor maligno...).

Un examen de sangre oculta en heces puede detectar pequeñas cantidades de sangre en las heces, lo que podría ser indicio de cáncer de colon; sin embargo, este examen a menudo es negativo en pacientes con este tipo de cáncer. Un examen positivo no necesariamente significa que la persona tenga cáncer.

Análisis de sangre y orina: con ellas se busca conocer el estado general del paciente y detectar complicaciones asociadas al proceso tumoral.

Tacto rectal: el tacto rectal consiste en la exploración digital del ano y parte del recto. El médico se coloca un guante y emplea lubricante para deslizar suavemente el dedo a través del ano y explorar la zona, palpando las posibles alteraciones existentes en las paredes del recto.

Colonoscopia: es una prueba con la que se puede observar la mucosa de todo el colon y el recto a través de un tubo largo y flexible (endoscopio) que se introduce por el ano y, que en su extremo posee una luz y una cámara que permite visualizar en un monitor de televisión cualquier patología existente. Esta prueba permite tomar muestras de tejidos (biopsias) y extirpar pólipos. Para su realización es necesario que la persona siga una dieta especial al menos durante dos o tres días y que el día antes de la prueba emplee laxantes con el fin de que tanto el colon como el recto estén limpios.

En la actualidad, la colonoscopia se realiza en un hospital bajo sedación (el paciente no está dormido, se siente relajado y no percibe dolor), de tal forma que se evitan las molestias producidas por la distensión del tubo digestivo al introducir el endoscopio en su interior.

Biopsia: si el médico observa durante la realización de la colonoscopia una lesión sospechosa, procederá a extraer una pequeña muestra. Esta pequeña cantidad de tejido deberá ser estudiada por un anatomopatólogo (médico especialista en el estudio de los tejidos al microscopio) para poder emitir un diagnóstico confirmando o descartando la existencia de un cáncer.

b) Exámenes para el estudio de extensión: cuando se diagnostica a un paciente un cáncer colorrectal se deben realizar otros exámenes para valorar la extensión del tumor tanto a nivel local, locoregional y a distancia, como la posible extensión a otros órganos (metástasis).

Este estudio permite planificar correctamente la secuencia de tratamientos que aseguren el control adecuado del tumor con la mejor calidad de vida posible. Las pruebas que pueden realizarse son: Radiografía de tórax, Ecografía abdominal, Ecografía endorrectal, TAC toracoabdominal con contraste, Resonancia Magnética Nuclear (RMN), PET, Marcadores tumorales.

Radiografía de tórax: su objetivo es estudiar los pulmones y descartar afectación por metástasis.

Ecografía: la ecografía es una prueba indolora, de fácil realización. La técnica se basa en emitir ondas sonoras (ultrasonidos), que rebotan al chocar con las diferentes estructuras a las que llegan y, a través de un ordenador forman una imagen que se visualiza en una pantalla. En el cáncer colorrectal se pueden realizar:

- **Ecografía abdominal:** se utiliza, fundamentalmente para valorar el estado del hígado.
- **Ecografía endorrectal:** se usa cuando las lesiones están a nivel del recto, introduciendo una sonda a través del ano. Permite visualizar el tamaño, la afectación en profundidad y la posible extensión del tumor a otros órganos próximos.

TAC toracoabdominopélvico con contraste:

Resonancia Magnética nuclear:

PET:

Marcadores tumorales: son sustancias que aparecen en cantidades superiores a lo normal en los pacientes que padecen algunos tipos de cáncer.

En el cáncer colorrectal los marcadores más precisos son el CEA o antígeno carcinoembrionario, y Ca.19.9. Se emplean como pruebas que ayudan al seguimiento del tumor tras los tratamientos y para detectar recidivas.

Clasificación del tumor colorrectal

Cuando el médico diagnostica a un paciente un cáncer colorrectal, realizará otros exámenes para ver si el cáncer se ha diseminado, esto es lo que se conoce como estadificación del tumor.

Para poder determinar el tratamiento más adecuado para el cáncer colorrectal, es importante clasificar el tumor, es decir, determinar en qué fase se encuentra.

Existen dos sistemas de clasificación que se utilizan con igual frecuencia en el cáncer de colon y recto: la clasificación TNM y la clasificación de Astler y Coller

1. Clasificación TNM: Estas siglas hacen referencia a tres aspectos del cáncer: la T se refiere al tamaño del mismo, la N a la afectación de los ganglios linfáticos y la M a la afectación o no de otros órganos. En función de estos aspectos, el cáncer colorrectal se agrupa en las siguientes etapas o estadios:

- **Estadio 0 o carcinoma in situ:** es la fase más temprana del cáncer de colon o recto. Las células tumorales se encuentran situadas en la parte más superficial de la mucosa y en ningún caso la traspasa. No afecta a ganglios linfáticos.
- **Estadio I:** el tumor afecta a la capa interna de la pared del colon o recto sin traspasar la capa muscular. No existe afectación de ganglios linfáticos.
- **Estadio II:** el tumor ha infiltrado todas las capas de la pared del colon o recto. Puede invadir los órganos de alrededor. No se aprecia afectación ganglionar.
- **Estadio III:** el cáncer ha invadido a los órganos más próximos y afecta a los ganglios linfáticos.
- **Estadio IV:** el cáncer se ha diseminado afectando a órganos alejados del colon o recto como hígado o pulmón.

2. Clasificación de Astler y Coller: en esta clasificación se utilizan las letras que van desde la A hasta la D.

- **Estadio A:** lesión limitada a la mucosa, sin afectación ganglionar.
- **Estadio B1:** el tumor afecta a parte de la pared del colon o recto, sin atravesarla ni afectar ganglios.
- **Estadio B2:** afecta a toda la pared sin invasión ganglionar.
- **Estadio C:** la enfermedad puede afectar a parte o a toda la pared, con afectación ganglionar.
- **Estadio D:** existe afectación de otros órganos alejados.

Antes de hablar de los diferentes tipos de tratamiento del CCR me gustaría hacer hincapié en algo que para mí hoy día es fundamental en el manejo de los pacientes oncológicos y es la necesidad y la obligación que tenemos los profesionales de someter todos los casos oncológicos a un comité multidisciplinar, esto quiere decir a un grupo de especialistas: oncólogos, cirujanos oncológicos, radiólogos intervencionistas, digestivos, anatomopatólogos, etc. que discuten cada paciente con todas sus pruebas complementarias (Analíticas, Biopsias, Endoscopias, TAC, RMN, PET, ect.) y toman una decisión conjunta de cual, a juicio de todos los expertos, sería la mejor opción de tratamiento.

Hoy día está demostrado que los resultados a largo plazo (supervivencia) de los pacientes oncológicos son mejores cuando sus tratamientos han sido valorados previamente por un comité de expertos y no han sido decisiones tomadas por un solo médico.

Tratar a un paciente de un cáncer implica muchas más cosas que tan solo extirpar un tumor. No todos los pacientes responden igual a un mismo tratamiento, ni padecen las mismas enfermedades, ni toman los mismos medicamentos. El tratamiento de un paciente con cáncer debe ser diseñado a su medida y debe realizarse de forma integral y consensuada por un grupo de profesionales con entera dedicación.

Dicho este preámbulo, que es aplicable a todos los pacientes con cáncer, no solo a los que padecen CCR, intentaré explicar las opciones terapéuticas más comunes en el CCR.

El tratamiento depende en parte de la etapa en la que se encuentre el cáncer. En general los tratamientos pueden abarcar:

- Medicamentos quimioterapéuticos (QT) para eliminar las células cancerosas
- Cirugía para extirpar las células cancerosas
- Radioterapia (RT) para destruir el tejido canceroso

El CCR en estadio 0 puede ser tratado con la extirpación de las células cancerosas, generalmente durante una colonoscopia. En casos de cáncer en los estadios I, II y III, es necesario realizar una cirugía mayor para extirpar la parte del colon que tiene el cáncer.

Los pacientes que al diagnóstico tienen el cáncer avanzado a otros órganos (más frecuentemente a hígado o pulmón), es decir, en estadio IV, se dividirán en tres grupos diferentes:

a) Resecables de entrada: candidatos a tratamiento quirúrgico, requieren resección del tumor del colorrectal y del hígado o pulmón. También requerirán tratamiento sistémico.

b) Potencialmente resecables: son susceptibles de tratamiento sistémico (QT y/o RT) y valoración de la respuesta al mismo, ya que hoy día uno de los mayores avances en el tratamiento del cáncer metastásico es precisamente en el CCR, pudiendo lograr un aumento considerable de la supervivencia a 5 años y en un grupo limitado de estos pacientes incluso la curación completa de su enfermedad.

c) No resecables: pacientes que requieren tratamiento paliativo.

La cirugía es sin duda el tratamiento más importante y el primero en llevarse a cabo en la mayoría de los tumores de colon y recto.

El tipo de cirugía que se puede aplicar en el cáncer colorrectal, varía en función de su localización y de la extensión a ganglios y/u otros órganos.

Pasos previos a la intervención

La cirugía a nivel del colon y recto es una intervención quirúrgica mayor, por lo que es necesario el ingreso hospitalario durante un tiempo que puede variar de un enfermo a otro.

Lo más habitual es que oscile entre una y dos semanas. Asimismo, es necesaria anestesia, que siempre será de tipo general.

Antes de la intervención, es preciso realizar un **estudio preoperatorio** que consiste generalmente en un análisis de sangre y de coagulación, un electrocardiograma y una radiografía de tórax.

Previamente a la cirugía, el paciente debe preguntar y recibir toda la información sobre la técnica quirúrgica mediante la cual va a ser intervenido, qué riesgos y complicaciones conlleva ese tipo de intervención, qué secuelas pueden permanecer y qué recomendaciones son las adecuadas para minimizar dichas complicaciones.

En la actualidad el paciente debe firmar un documento, llamado **consentimiento informado**, donde consta por escrito toda la información aportada por el especialista. En él reconoce haber recibido y comprendido la información expuesta y acepta recibir dicho tratamiento. Es conveniente que esté seguro antes de firmar dicho documento y recibir el tratamiento.

Técnicas quirúrgicas: hoy día está demostrado con múltiples estudios multicéntricos a nivel internacional que la cirugía laparoscópica oncológica colorrectal ofrece los mismos resultados de supervivencia que la cirugía abierta convencional, añadiendo además todas las ventajas que implican para el paciente el abordaje laparoscópico: como la rápida recuperación debido a la disminución del traumatismo realizado a los tejidos, la disminución de futuras eventraciones, la disminución del síndrome adherencial, etc.

Actualmente, en mi experiencia, realizo la cirugía colorrectal oncológica por vía laparoscópica en más del 93% de mis pacientes, reservando la cirugía convencional abierta tan solo para aquellos pacientes que por diversos motivos (como tumores de gran tamaño) se presume que la laparoscopia no va a ser posible realizarla.

● Cáncer de colon

La cirugía suele ser el principal tratamiento local para el cáncer de colon. La técnica consiste en la extirpación del segmento del colon en el que se asienta el tumor, así como un tramo de tejido normal a cada lado de la lesión y los ganglios linfáticos correspondientes.

Posteriormente, se unen los extremos del colon para restablecer la continuidad del tubo digestivo y mantener su función intacta. Esta unión se conoce con el nombre de anastomosis.

Generalmente, este tipo de intervención no suele provocar efectos secundarios severos y el paciente puede salir del hospital entre 5 y 7 días tras la cirugía, aunque la hospitalización y recuperación dependerán de las condiciones de salud específicas de cada enfermo.

● **Cáncer de recto**

La cirugía en el recto varía en función de la localización del tumor. Para ello se divide el recto (desde el sigma hasta el ano), en 3 secciones de 5 centímetros cada una: tercio superior, medio e inferior.

- **Tercio superior:** la intervención es como en el colon. Se extirpa el segmento del tumor con los ganglios y se restablece la continuidad, uniendo el recto con el ano de tal forma que el contenido fecal se expulsa al exterior por la vía natural.
- **Tercio medio:** En la actualidad, siempre que es posible se lleva a cabo una cirugía conservadora, ya que la recuperación es más rápida y la calidad de vida mejor.
- **Tercio inferior,** en los tumores situados a menos de cinco centímetros del esfínter anal, en la gran mayoría de los casos es necesario realizar una colostomía permanente, ya que, al ser preciso extirpar segmentos sanos del tubo digestivo a ambos lados del tumor, no suele quedar suficiente margen para unir el recto con el esfínter.

En casos muy seleccionados (dependerá de las características del tumor y del enfermo), se puede administrar antes de la cirugía, un tratamiento con quimio-radioterapia para disminuir el tamaño del tumor y poder hacer una extirpación local de la lesión preservando el esfínter anal.

● **Cáncer colorrectal metastásico**

Cuando el cáncer de colon o de recto produce metástasis (células tumorales a distancia de su lugar de origen), se le conoce como cáncer colorrectal metastásico, siendo el hígado el órgano que con más frecuencia se afecta, seguido del pulmón y otros.

Hoy día uno de los tratamientos que más está avanzando en los tumores metastásicos, es precisamente en el tumor colorrectal. Podemos incluso lograr la curación completa de un paciente con cáncer de colon o de recto que se presenta con metástasis hepáticas y/o pulmonares.

La combinación de los nuevos agentes quimioterápicos, los estudios oncogénicos, el avance en las técnicas quirúrgicas de resección hepática segmentaria, la ablación por radiofrecuencia, la perfusión arterial hepática continua con quimioterapia, la radioterapia esterotáxica, etc., nos permiten rescatar a un grupo de pacientes que aún teniendo múltiples metástasis pueden alcanzar una remisión completa de su enfermedad comprobada tras 10 años de seguimiento.

Es un buen momento para que usted pregunte lo que desee y exprese todas sus dudas. Disponer de una adecuada información es fundamental para sobrellevar el tratamiento de esta enfermedad. Para ello puede contactar gratuitamente con nosotros en consulta@doctoraycart.es y le responderemos a la mayor brevedad posible.

Efectos secundarios y recomendaciones

La cirugía del colon y recto, como la mayoría de las intervenciones quirúrgicas, no está exenta

exenta de complicaciones y de efectos adversos los cuales pueden presentarse con mayor o menor frecuencia tras la intervención. Habitualmente, no suponen un problema grave para el paciente, pero sí alteran su calidad de vida.

Cuando se despierte de la anestesia, es normal que sienta molestias en la zona de la intervención. Generalmente, el anestesista coloca un catéter epidural en la espalda, antes de dar la anestesia general al paciente, para controlar el dolor postoperatorio. El cirujano también deja pautados fármacos analgésicos que le aliviarán. Si el dolor no cede es importante que lo comente con el personal de enfermería o con el médico.

QUIMIOTERAPIA

Casi todos los pacientes con cáncer de colon en la etapa III deben recibir quimioterapia después de la cirugía aproximadamente durante 6 a 8 meses. Se ha demostrado que el medicamento quimioterapéutico 5-fluorouracilo incrementa la posibilidad de cura en ciertos pacientes.

La quimioterapia también se utiliza para tratar pacientes con cáncer de colon en etapa IV. El irinotecan, el oxaliplatino y el 5-fluorouracilo son los 3 medicamentos que se utilizan con más frecuencia, ya sea recibiendo un solo tipo o combinados. La capecitabina es un medicamento quimioterapéutico que se toma por vía oral y es similar al 5-fluorouracilo.

RADIOTERAPIA

Aunque la radioterapia se utiliza ocasionalmente en pacientes con cáncer de colon, a menudo se usa en combinación con quimioterapia para pacientes con cáncer rectal en etapa III.

La radioterapia esterotáxica también se puede aplicar a lesiones metastásicas del hígado que por su cercanía a grandes vasos sanguíneos no se pueden extirpar.

S e g u i m i e n t o y R e v i s i o n e s

Una vez finalizado el tratamiento es preciso realizar revisiones periódicas. Son necesarias para confirmar el estado del paciente, seguir y controlar los efectos secundarios del tratamiento, y para instaurar un nuevo tratamiento lo más rápidamente posible si reaparece la enfermedad.

El riesgo de reaparición de la enfermedad disminuye con el paso del tiempo. Por ello, durante los dos o tres primeros años tras el diagnóstico es aconsejable realizar revisiones cada tres o cuatro meses. Durante los años 4º y 5º las revisiones pueden espaciarse algo más y se realizan cada seis meses. A partir de 5º año las revisiones pueden hacerse anualmente.

Las pruebas que habitualmente se solicitan en las revisiones periódicas tras la realización de una exploración física suelen ser las siguientes:

- **Colonoscopia:** Permite determinar si el tumor ha reaparecido en el lugar de origen o si se observa algún pólipo nuevo, que sería preciso extirpar para prevenir una evolución maligna.

- **Analítica completa:** Se determinan parámetros que nos indican el funcionamiento del hígado (órgano donde aparecen con más frecuencia las metástasis) y del resto de órganos. Asimismo se solicitan marcadores tumorales que sirven de orientación en la evolución de la enfermedad.
- **Ecografía abdominal:** Permite visualizar la existencia o no de lesiones en el hígado que nos hagan sospechar una metástasis.
- **Radiografía de tórax:** En ella se valora el estado de los pulmones en relación a la aparición de lesiones debidas al tumor.
- **Otras:** TAC, RMN, PET, etc.

Complicaciones

- El cáncer se disemina a otros tejidos y órganos (metástasis)
- Reparación del carcinoma en el colon
- Desarrollo de un segundo cáncer colorrectal primario

S u p e r v i v e n c i a

El 55% de los pacientes que padecen un CCR en España sobreviven más de 5 años (ésta es la supervivencia global, sin tener en cuenta la fase en la que la enfermedad ha sido diagnosticada). Sin embargo, cuando el tratamiento se hace a una edad temprana, más del 90% de los pacientes sobrevive al menos 5 años después del diagnóstico.

Con los avances en los tratamientos quimioterápicos, radioterápicos y las nuevas técnicas quirúrgicas, la supervivencia de los pacientes que sufren CCR ha mejorado considerablemente en los últimos años, llegando en algunos casos incluso a curar pacientes con metástasis múltiples.

M o r t a l i d a d

El CCR es la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres (tras el cáncer de pulmón) y en las mujeres (tras el cáncer de mama) en los países desarrollados. En España fallecen unas 12.500 personas al año por CCR, 7.000 hombres y 5.500 mujeres.

P r e v e n c i ó n

La tasa de mortalidad a causa del cáncer de colon ha descendido en los últimos 15 años, posiblemente debido al aumento de la conciencia y la detección por medio de colonoscopia, ya que este tipo de cáncer casi siempre se puede descubrir a través de este procedimiento en las etapas más tempranas, cuando es más curable. Las poblaciones de riesgo que se pueden beneficiar de la realización de programas de screening de cáncer colorrectal son:

- Personas mayores de 50 años.
- Personas con antecedentes personales y familiares de cáncer colorrectal y/o pólipos.
- Personas diagnosticadas de enfermedad inflamatoria intestinal o poliposis colónica familiar.

Las modificaciones en la dieta y en el estilo de vida son importantes. Alguna evidencia sugiere que las dietas bajas en grasa y altas en fibra pueden disminuir el riesgo de padecer este tipo de cáncer.