

Cáncer de colon y recto

Dr. Humberto Hurtado Andrade

* Servicio de Cirugía General. Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México, D.F.

El cáncer colorrectal (Ca CR) es uno de los tumores más frecuentes y es la causa de aproximadamente 10% de las defunciones por cáncer en los países occidentales.^{1,2} El mejor tratamiento es la resección quirúrgica (combinada con quimioterapia y radioterapia en algunos casos), la cual es efectiva en muchos enfermos, pero 10 a 25% tienen metástasis cuando se hace el diagnóstico y 20 a 25% desarrollan metástasis metacrónicas.^{3,4}

Algunos trabajos más sobresalientes sobre este tema, presentados durante la Digestive Disease Week 20006 de la American Gastroenterological Association, son los siguientes:

Yoon EJ y cols.⁵ estudiaron las tendencias de la incidencia del Ca CR en EUA en una base de datos que contiene 651,243 pacientes con diagnóstico de cáncer de colon de 1988 a 2002, encontrando una incidencia de 42.8/100,000 en 1988-1990, la cual disminuyó a 38.5/100,000 en 2000-2002, con disminución en la incidencia en hombres y mujeres caucásicos y mujeres afroamericanas, lo que se atribuye al escrutinio con colonoscopia y sólo aumento en hombres afroamericanos, de 39.1 en 1988-1990 a 41.3/100,000 en 2000-2002 ($p = 0.006$).

Panades A. y cols.⁶ determinaron la frecuencia de omisiones de una o más colonoscopias en el diagnóstico de Ca CR en 594 pacientes de 1999 a 2004. En 578 se hizo el diagnóstico (sensibilidad 97.3%) y en 16 no se identificó el tumor. Este error indujo a un retardo promedio en el diagnóstico de 27.2 meses. De los 16 tumores, siete se localizaron en rectosigmoides, dos en colon izquierdo y siete en colon derecho. Todos fueron operados y la etapa TNM fue I: 1, II:3, III:11 y IV: 1. En nueve de los 16 no se hizo el diagnóstico por mala preparación. Los autores concluyeron en su estudio que la sensibilidad diagnóstica de la colonoscopia fue superior a la de otros estudios, que el retardo en el diagnóstico influyó de manera desfavorable en la etapa del tumor al momento del diagnóstico definitivo y que la mala preparación del colon fue causa frecuente del error.

La evolución clínica de la hemicolectomía derecha laparoscópica vs. abierta por carcinoma de colon derecho obstructivo fue estudiada por Ng SS y cols.⁷ en 10 pacientes operados con la primera técnica y 19 con la

segunda, sin encontrar diferencias entre los dos grupos con respecto al tiempo operatorio ni en mortalidad operatoria, pero la pérdida promedio de sangre fue menor en el grupo de cirugía laparoscópica (20 mL vs. 100 mL, $p = 0.026$), así como la duración de la analgesia parenteral (1.5 días vs. 4 días, $p = 0.016$) y el tiempo para la deambulacion total (cuatro días vs. siete días, $p = 0.016$), en tanto que las complicaciones fueron más frecuentes en la abierta (42.1 vs. 10%, NS) y el resultado oncológicos (número de ganglios extirpados, recurrencias y supervivencia) fue similar, por lo que recomiendan la cirugía laparoscópica.

Sing H. y cols.⁸ analizaron el costo-efectividad de la colocación de prótesis colónicas antes de cirugía, y encontraron que la colocación de prótesis da lugar a menos procedimientos quirúrgicos por paciente que la cirugía reseccional de urgencia o que la colostomía derivativa de urgencia, menor mortalidad y menor probabilidad de requerir una colostomía permanente. La colocación de prótesis es ligeramente más costosa que la colostomía, pero menos que la cirugía reseccional y concluyen que la colocación de prótesis es comparable en costo a las opciones quirúrgicas, que reduce la probabilidad de estomas temporales o permanentes y que tiene menor mortalidad por lo que se recomienda como terapéutica inicial.

Para determinar si la frecuencia de cáncer sincrónico de colon es mayor en cáncer obstructivo distal, Kim y cols.⁹ revisaron los expedientes de 386 pacientes con cáncer de colon distal que se sometieron a colonoscopia transoperatoria, después de lavado colónico (obstrucción, $n = 80$) o preoperatoria (no obstrucción, $n = 306$), sin encontrar diferencia entre los grupos de obstrucción vs. no obstrucción en la frecuencia de pólipos sincrónicos (57.5 vs. 60.8%, $p = 0.87$) o de cáncer sincrónico (12.5 vs. 7.8%, $p = 0.24$), de tal modo que aunque no parece haber un aumento de cáncer sincrónico en el cáncer distal obstructivo, la frecuencia de neoplasias asociadas hacen recomendable hacer una colonoscopia completa en el transoperatorio.

Perretta S. y cols.¹⁰ estudiaron 758 pacientes sometidos a resección colorrectal laparoscópica por padecimientos benignos y malignos (572 resecciones de colon

y 186 resecciones rectales). El tiempo operatorio fue de 180 minutos para hemicolectomías derechas (HD), 289 para las izquierdas (HI) y 255 para las resecciones rectales (RR). Se hicieron 14 (2.4%) conversiones en hemicolectomías y 12 (6.5%) en las RR. La mortalidad fue 1.4% en HD y 0 para HI y para RR. El número de ganglios extirpados fue 15, 10 y 11 para HD, HI y RR. En seguimiento de por lo menos cinco años, las recurrencias fueron tres locales, una carcinomatosis y nueve metástasis metacrónicas en colectomías y 10 recurrencias locales en RR, concluyendo que la cirugía laparoscópica es recomendable para padecimientos colorrectales benignos y malignos, aunque requiere una larga curva de aprendizaje, con tasa de supervivencia similar a la de la cirugía abierta y con mayor frecuencia de complicaciones.

Law WL y cols.¹¹ estudiaron el impacto de las fugas anastomóticas sobre la supervivencia a largo plazo y sobre la recurrencia en 1,580 pacientes sometidos a resección curativa por cáncer, 933 de colon (CC) y 647 de recto (CR). Sesenta (3%) tuvieron fugas anastomóticas, las cuales fueron más frecuentes en CR (6.3 vs. 2.0%, $p < 0.001$). La supervivencia a cinco años fue de 56.9% con fuga vs. 75.9% sin ella ($p < 0.012$). Con fuga y sin fuga la recurrencia sistémica a cinco años fue 48.4% y 22.6% ($p = 0.001$) y la recurrencia local 10.5 y 5.7%, respectivamente ($p = 0.009$), por lo que se concluyó que la fuga anastomótica se asocia a una menor supervivencia y a una mayor recurrencia sistémica del cáncer.

Montorsi M y cols.¹² hicieron una evaluación prospectiva de 107 pacientes en los que se hizo resección laparoscópica de cáncer rectal (104 con preservación de esfínteres, dos con operación de Miles y una operación de Hartmann). El tiempo promedio de cirugía fue de 278 minutos, conversión a cirugía abierta 18.7%, morbilidad 29%, mortalidad 0, número de ganglios extirpados 18, tiempo de hospitalización nueve días, recurrencia local 0.95% y supervivencia acumulada a cinco años 75.3%, por lo cual concluyen que aunque la cirugía laparoscópica es demandante e implica tiempo prolongado, es comparable a la abierta.

Masaki T. y cols.,¹³ en un estudio randomizado, compararon los resultados de 17 pacientes con linfadenectomía bilateral y preservación limitada de los nervios autónomos (grupo estándar) contra 17 pacientes con linfadenectomía bilateral, preservación completa de los nervios autónomos y radioterapia transoperatoria. La evolución oncológica y el tiempo de supervivencia libre de tumor fue similar entre ambos grupos. La recurrencia

local ocurrió en un paciente (6%) de cada grupo y el tiempo promedio de sonda vesical fue de ocho días en el grupo con radioterapia transoperatoria y de 15 días en el grupo estándar, concluyendo que la radioterapia transoperatoria puede ser útil para ampliar la indicación de preservación completa de los nervios autónomos con linfadenectomía bilateral para el cáncer rectal bajo avanzado.

Lezoche y cols.¹⁴ compararon los resultados de la microcirugía endoscópica transanal (MET) con la resección anterior baja laparoscópica (RABL) en un estudio prospectivo aleatorizado de 70 pacientes con tumores rectales T2 N0, con diámetro menor de 3 cm, a menos de 6 cm de margen anal, tratados previamente con radioterapia y 5FU y con seguimiento mínimo de cinco años; observaron que las ventajas de la MET son menor trauma quirúrgico, menos incapacidad, morbilidad baja, recuperación más rápida del peristaltismo, hospitalización corta (uno a dos días) y no dejar cicatriz, además de que el control local del tumor y la supervivencia en 35 pacientes con MET fue similar a la de los 35 pacientes con RABL, lo que parece indicar que la MET es un tratamiento efectivo en casos seleccionados de carcinomas rectales T2.

REFERENCIAS

- Gwyn K, Sinicrope FA. Chemoprevention of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 13-21.
- Iyer RB, Silverman PM, DuBrow RA, Charnsangavej C. Imaging in the diagnosis, staging, and follow-up of colorectal cancer. *Am J Roentgenol* 2002; 179: 3-13.
- Ruers T, Bleichrodt RP. Treatment of liver metastases, an update on the possibilities and results. *Eur J Cancer* 2002; 38: 1023-33.
- Biasco G, Gallerani E. Treatment of liver metastases from colorectal cancer: what is the best approach today? *Dig Liver Dis* 2001; 33: 438-44.
- Yoon EJ. Colon cancer trends in the era of colorectal cancer screening in the United States. Abstracts. *Digestive Disease Week*. 2006; 439.
- Panades A, Seoane A, Torra S, Bessa X, Nieto M, Rivera M, Andreu M, Bory F. Colonoscopic miss rates for colorectal cancer. Abstracts. *Digestive Disease Week*. 2006. T1410.
- Ng SS, Lee J, Yiu R, Li J, Leung KL, Ng E. Emergency laparoscopic versus open right hemicolectomy for obstructing right-sided colonic carcinoma: a comparative study. Abstracts. *Digestive Disease Week*. 2006; M1427.
- Sing H, Targownik LE, Latosinsky S, Spiegel BM. The cost effectiveness of colonic stenting as a bridge to curative surgery in patients with acute left-sided malignant colonic obstruction: a canadian perspective. Abstracts. *Digestive Disease Week*. 2006; 715.
- Kim J, Jang BI, Shim MCh. Synchronous cancer in obstructive colorectal cancer. Abstracts. *Digestive Disease Week*. 2006; M1417.
- Perretta S, Campagnacci R, Guerrieri M, De Sanctis A, Baldarelli M, Lezoche G, Lezoche E. Laparoscopic colorectal resections: a single center experience. Abstracts. *Digestive Disease Week*. 2006; M1430.
- Law WL, Choi HK, Lee YM, Ho JW, Seto ChL. Anastomotic leakage is associated with poor long term outcome in patients following curative

- colorectal resection for malignancy. Abstracts. Digestive Disease Week. 2006; 296.
12. Montorsi M, Biancai PP, Rosati R, Ceriani CH, Bona S, Rottoli M, Elmore U. Laparoscopic resection for rectal cancer. A prospective evaluation in 107 consecutive patients. Abstracts. Digestive Disease Week. 2006; M1425.
13. Masaki T, Takayama M, Matsuoka H, Abe N, Uek H, Sugiyama M, Tonari A, Kusuda J, Mizumoto S, Atomi Y. Intraoperative radiotherapy for oncological and function preserving surgery in patients with advanced lower rectal cancer - Preliminary report of prospective randomized trial. Abstracts. Digestive Disease Week. 2006; M1422.
14. Lezoche E, Guerrieri M, De Sanctus A, Campagnacci R, Maddalena B, Lezoche G, Perretta S. Management of T2 N0 rectal tumors: long-term randomized study comparing transanal endoscopic microsurgery vs laparoscopic resections. Abstracts. Digestive Disease Week. 2006; 259.