

## CIRUGÍA GENERAL

## UN ACERCAMIENTO AL CÁNCER COLORRECTAL

Denisse Rodríguez Mena\*

## SUMMARY

There are currently different treatment alternatives for colorectal cancer with metastatic disease and although the main option remains the surgical approach, is still under discussion which treatment schemes are the best, whether palliative resection should be performed and whether laparoscopic surgery is considered safe in oncological surgery.

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer colorrectal ha ido en aumento, principalmente en los adultos

jóvenes. Esto puede ser debido al estilo de vida actual, a la dieta occidental, o al aumento en la detección, por el uso frecuente de colonoscopías en pacientes adultos jóvenes sintomáticos o la implementación de las nuevas técnicas patológicas y de imágenes<sup>10</sup>. La incidencia absoluta de cáncer colorrectal en adultos jóvenes (edad 20-34 años) es el 1% del total de cáncer colorrectal, similar al grupo de 35 a 49 años (6,8%)<sup>10</sup>. Estos tumores son diferentes en la expresión genética, de microsatélites, genes BRAF, KRAS, y son frecuentemente de tipo mucinosos y más agresivos<sup>10</sup>.

Ensayos randomizados y estudios epidemiológicos han demostrado que con el uso de la colonoscopia existe una disminución significativa tanto en la incidencia como en la mortalidad del cáncer colorrectal<sup>10</sup> y a pesar de la recomendación de realizar la colonoscopia como *screening* para la detección temprana, 1 de cada 6 pacientes es diagnosticado con cáncer incidentalmente<sup>1</sup>.

## TERAPIAS UTILIZADAS EN CÁNCER METASTÁSICO

El sitio más común de metástasis

\* Médico General, Universidad de Costa Rica. Correo: demirod@hotmail.com

para pacientes con cáncer colorrectal es el hígado. Cerca del 14-18% de los pacientes se presentan inicialmente con metástasis hepáticas. Para estos casos existen dos tipos de abordajes, el clásico y el sincrónico. El abordaje clásico para los pacientes que se presentan con metástasis hepáticas, llamadas “metástasis sincrónicas”, es donde se realiza la resección quirúrgica del tumor primario colorrectal, con quimioterapia adyuvante y luego resección del hígado<sup>6</sup>. En el abordaje sincrónico, las metástasis hepáticas y el tumor primario colorrectal son resecados quirúrgicamente en una sola etapa, esto tiene la ventaja de que se remueve el cáncer macroscópico en una sola operación sin embargo la morbilidad de ambas resecciones es considerable<sup>6</sup>. Aunque los pacientes que más se benefician de la resección quirúrgica son los que no tengan enfermedad hepática metastásica, sigue existiendo mayor beneficio si se tiene metástasis hepáticas completamente resecables<sup>8</sup>. Otra estrategia en discusión es el abordaje reverso (hígado primero), se refiere a que es el hígado metastásico el que lleva principalmente a la enfermedad metastásica sistémica, más que el cáncer primario. Consiste en dar quimioradioterapia para el cáncer rectal, con colocación de

stents colónicos y quimioterapia sistémica en una etapa temprana. Posterior a la quimioterapia sistémica la siguiente intervención es la resección quirúrgica del hígado. La resección del cáncer colorrectal se da en un segundo tiempo quirúrgico. Se realizó una revisión sistemática de 4 estudios de cohorte que describen el abordaje hígado primero, usando el algoritmo de primero quimioterapia sistémica, seguida de resección de hígado, quimioterapia a los pacientes con lesiones rectales y resección colorrectal como último paso, teniendo un 74% de los pacientes que lograron completar satisfactoriamente el tratamiento<sup>6</sup>.

### **¿ES LA CIRUGÍA PALIATIVA UNA BUENA OPCIÓN?**

Al momento de decidir si realizar o no intervención quirúrgica paliativa, se debe tomar en cuenta que aunque la cirugía sea adecuada esta no previene una recaída local o a distancia<sup>2</sup>. Aproximadamente el 20% de los pacientes se presentan al momento del diagnóstico en un estadio avanzado, siendo poco candidatos a la intervención quirúrgica, sin embargo es una alternativa para aliviar síntomas tales como obstrucción, perforación o sangrado<sup>3</sup>. La

resección paliativa ha prolongado de forma significativa la sobrevida de los pacientes con cáncer colorrectal y enfermedad metastásica incurable, en comparación con los que no son resecados<sup>3</sup>. En una revisión de artículos publicados al respecto de 1982 al 2012, se demuestra que hay mejores resultados con el manejo quirúrgico que con el no quirúrgico, como la gastrostomía percutánea, stents endoscópicos, sondas nasogástricas o el uso de octreótido, tanto en sobrevida como en proveer confort al paciente en estadio terminal<sup>9</sup>.

### **CIRUGÍA ABIERTA VS. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA**

Otro tema en discusión es si es mejor la cirugía abierta o la laparoscópica. Pues recién iniciado el uso de la técnica laparoscópica, en los años 90s se tuvieron reportes de casos de metástasis en el sitio de los puertos, post cirugía. Debido a esto se han realizado varios estudios analizando estos casos, COST, COLOR, y CLASICC. En un estudio de 1536 pacientes, se les realizó laparoscopia a 796 de los pacientes y cirugía abierta a 740, obteniéndose no diferencias significativas en cuanto a tiempo libre de enfermedad o supervivencia<sup>5</sup>. Osea son manejos equivalentes para

resección de malignidad colónica y supervivencia<sup>4</sup>.

Un punto a considerar también, es la comparación entre colectomías, ya sea derecha o izquierda. En un estudio de 4875 pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva de colectomía parcial por neoplasma maligno. Al 46% se le realizó colectomía derecha con anastomosis ileocólica y al otro 54% de los pacientes se les hizo colectomía izquierda con anastomosis o coloproctostomía. Comparando ambos grupos se obtuvo que no existe mayor diferencia en cuanto a mortalidad o complicaciones, exceptuando las infecciones superficiales de herida, estas son más comunes en las colectomías izquierdas, sin embargo en cuanto a estadía hospitalaria se obtuvo que a los que se les realizó cirugía derecha laparoscópica tuvieron una estadía mas prolongada que los que tuvieron cirugía izquierda laparoscópica<sup>7</sup>.

## CONCLUSIÓN

Sigue siendo un tema controversial el decidir si dar o no manejo

quirúrgico al paciente con cáncer colorrectal avanzado, y una vez tomada esta difícil decisión se debe escoger cual va a ser el mejor esquema de tratamiento para el paciente y valorar la técnica a utilizarse, si laparoscópica o cirugía abierta ya que ambas se han mostrado igualmente seguras y con resultados similares.

## RESUMEN

Actualmente existen distintas alternativas de tratamiento para el cáncer colorrectal con enfermedad metastásica y aunque la principal opción sigue siendo el abordaje quirúrgico, se mantiene en discusión cuales esquemas de tratamiento son los mejores, si la resección paliativa debe realizarse y si la cirugía laparoscópica es considerada segura en cirugía oncológica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amri, R., & al. (2013). Impact of screening colonoscopy on outcomes un colon cancer surgery. JAMA Surgery, 148(8), 747-754.
2. Ávila, E. (2008). Tratamiento quirúrgico en colon. Gaceta

- Mexicana de Oncología, 7(4), 31-33.
3. Bannura, G., & al. (2009). Rol de la resección paliativa en cáncer colorrectal estadio IV: Análisis de 177 pacientes. Rev. Chilena de Cirugía, 61(3), 266-274.
4. Bilimoria, K., & Ko, C. (Marzo de 2009). Is laparoscopic colectomy a good operation for colon cancer? Arch Surg, 144(3), 290-291.
5. Bonjer, J., & al. (2007). Laparoscopically assisted vs open colectomy for colon cancer, a meta-analysis. Arch Surg, 142, 298-303.
6. Jegatheeswaran, S., Mason, J., Hancock, H., & Siriwardena, A. (Abril de 2013). The liver-first approach to the management of colorectal cancer with synchronous hepatic metastases. JAMA Surgery, 148(4), 385-391.
7. Kwaan, M., & al. (2013). Are right-sided colectomy outcomes different from left-sided colectomy outcomes? Study of patients with colon cancer in the ACS NSQIP Database. JAMA Surg, 148(6), 504-510.
8. López, H., & al. (2008). Enfermedad recurrente a hígado en cáncer colorrectal. Gaceta Mexicana de Oncología, 7(4), 58-62.
9. Terrah, P., & al. (2014). Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis. JAMA Surg, 149(4), 383-392.
10. Turaga, K. (2014). Screening young adults for nonhereditary colorectal cancer. JAMA Surgery, E1.