



CANCER COLORRECTAL

Dr. Guillermo Bannura C.

La mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en Chile se ha duplicado en el periodo 1983-2008, alcanzando 9,8 x 100.000 habitantes. El 95 a 98% de los casos son adenocarcinomas (los linfomas, sarcomas, melanomas y tumores neuroendocrinos son raros). El CCR tiene un pronóstico significativamente mejor que otros tumores malignos del tubo digestivo. En el HCSBA se han operado 1.430 casos en 25 años, de los cuales 850 corresponden al colon (hasta el promontorio) y 580 al recto.

La edad de presentación más frecuente es entre la sexta y octava década de la vida, y las formas de presentación clínica varían dependiendo de su localización.

| Colon derecho | Colon izquierdo | Recto |
|--|---------------------------------------|--|
| Alteración del tránsito: diarrea | Alteración del tránsito: constipación | Alteración del tránsito: variable; deposiciones acintadas. |
| Anemia microcítica por hemorragia oculta | Hematoquecia | Rectorragia |
| Masa palpable | Síndrome oclusivo | Pujo y tenesmo rectal |

Etapificación y pronóstico:

En el equipo de CP se utiliza la clasificación TNM 6° Edición del 2002. La etapificación clínica (cTNM) se complementa con la etapificación patológica (pTNM). Si el paciente fue sometido a neoadyuvancia, se agrega la letra y (ypTNM).

TNM

T0: carcinoma in situ o limitado a la mucosa

T1: tumor no sobrepasa la submucosa

T2: tumor no sobrepasa la muscular propia

T3: tumor no sobrepasa la serosa en el colon y la grasa peri rectal en el recto

T4: compromiso infiltrativo de órganos vecinos

N0: ausencia de ganglios positivos (LN metastásicos).

N1: 1 a 3 ganglios positivos.

N2: 4 o más ganglios positivos.

M0: ausencia de metástasis a distancia.

M1: metástasis a distancia presentes.

Esto determina 7 estadios básicos y el pronóstico de sobrevida a 5 años:

| Estadio | TNM | Sobrevida 5 años (%) |
|---------|-----|----------------------|
|---------|-----|----------------------|



| | | Colon | Recto |
|---------|------------------|-------|-------|
| I | T0-2, N0, M0 | 100 | 92,5 |
| II A | T3, N0, M0 | 92,5 | 89 |
| II B | T4, N0, M0 | 91 | 77,5 |
| III A * | T1-T2, N1, M0 | 100 | 59 |
| III B | T3-T4, N1, M0 | 80 | 67,5 |
| III C | Any T, N2, M0 | 48 | 33,8 |
| IV | Any T, any N, M1 | 0 | 5 |

* III A: afecta solo al 1,5% de los pacientes.

Estudio preoperatorio específico:

Antígeno carcino-embriionario (CEA)

Colonoscopia total con biopsia

TAC Tórax, Abdomen y Pelvis

- **En cáncer de recto bajo:**

- RM pelvis (resonancia magnética)

- Ultrasonografía endorectal (USER)

- PET/CT en casos especiales.

- Cistoscopia (opcional)

Técnica quirúrgica con intención curativa

Cáncer de colon derecho:

1. Colectomía derecha con disección ganglionar hasta la raíz de la vena mesentérica superior.
2. Ileo-transversoanastomosis mecánica terminal-funcional o manual termino-terminal en 2 planos.
3. Drenaje doble al parietocólico derecho (opcional)

Cáncer de colon transversal incluido el ángulo esplénico

1. Colectomía derecha extendida con disección ganglionar hasta vena mesentérica superior + omentectomía mayor.
2. Ileo-descendeanastomosis mecánica terminal-funcional o manual.

Cáncer de colon descendente

1. Colectomía izquierda con vaciamiento ganglionar (opcional linfonodos para-aórticos infrarrenal).
2. Anastomosis transversal-rectal con sutura mecánica circular nº 25 - nº31 según diámetro del recto y del colon.
3. Drenaje doble al parietocólico izquierdo (opcional).

Cáncer de sigmoideas medio hasta recto superior

1. Resección anterior clásica (linfadenectomía opcional).



2. Sutura mecánica con drenajes a la pelvis.

Cáncer de recto medio e inferior avanzado

1. Resección anterior baja con resección total del mesorrecto (opcional disección pélvica lateral).
2. Anastomosis mecánica con técnica de doble grapado.
3. Drenaje tubular doble al espacio presacro.

Alternativas:

- a) Cáncer rectal muy bajo avanzado: resección abdomino-perineal con vaciamiento ganglionar similar, descenso colo-anal (operación de Parks modificada)
- b) En tumores con extenso compromiso local sin diseminación a distancia: exenteración pélvica total (casos seleccionados), idealmente con neoadyuvancia (Radioquimioterapia)
- c) Colectomía total: en casos de tumores múltiples sincrónicos, poliposis múltiple familiar, tumores metacrónicos.
- d) Tumores pequeños de recto bajo T1-T2: resección local (endoanal o por vía posterior).

Terapias complementarias

Radio(quimio)terapia neoadyuvante

- Radioquimioterapia neoadyuvante (RöQT): 45-50 Gy en 25 fracciones + quimioterapia (QT) con 5FU + leucovorina la 1° y 5° semana en tumores de recto bajo T3/T4 y/o N + según la etapificación clínica (curso largo). Cirugía radical a las 12 semanas. QT postoperatoria en estadio patológico III. Esquema clásico utilizado en el HCSBA con experiencia global en **198 pacientes** intervenidos luego de neoadyuvancia. El propósito de este protocolo es el control locoregional de la enfermedad, de modo que la QT empleada es sólo sensibilizante (mejora los resultados en el control local).
- RöQT neoadyuvante de curso largo con QT/FOLFOX6 en 2 ciclos/4 ciclos/6 ciclos (Memorial Sloan-Kettering Center, N. York, García Aguilar, 2016; n=259)
- Radioterapia hipofraccionada: 25 Gy x 5 días sin QT (curso acortado) más cirugía radical a los 7 – 10 días (esquema Polaco, trial I) sin QT.
- Radioterapia hipofraccionada: 25 Gy x 5 días seguida de QT/ FOLFOX4: 3 ciclos previo a cirugía radical (Polish trial II, 2016; n=515). Experiencia inicial desde el año 2015.

QT preoperatoria

- CAPOX (capecitabina/oxaliplatino) 4 ciclos seguida de cirugía o RöQT (Grupo Español, 2015; n=108)
- EXPERT-C (CAPOX + Cetuximab 4 ciclos seguido de RöQT con



capecitabina/Cetuximab) seguido de cirugía + QT adyuvante con CAPOX 4 ciclos 2012, n=165).

Conceptos: Los protocolos de RÖQT preoperatoria muestran tasas de recidiva loco-regional 5-10%. Sin embargo los pacientes fallecen de metástasis a distancia (30%). Surge la estrategia de agregar QT en la fase preoperatoria para mejorar el control de la enfermedad metastásica sub-clínica mediante esquemas con y sin radioterapia preoperatoria y esquemas con y sin QT adyuvante actualmente en desarrollo.

Postoperatoria (Adyuvante)

a) Quimioterapia :

- Tumores de colon en estadio TNM III (ganglios+).
- Tumores de colon en estadio B de Dukes /TNM II con CEA preoperatorio elevado y/o otros elementos histopatológico de mal pronóstico (T4, permeación vascular, invasión perineural).
- Tumores de recto irradiados con tumor viable T3 en la pieza operatoria y/o con ganglios (+) (actualmente en discusión)
- Esquema: 5 FU + leucovorina. FOLFOX en estadio III (asociado a agentes biológicos según disponibilidad)

b) Radio-quimioterapia postoperatoria:

- Indicada en Cáncer de Recto estadio III y algunos estadios II sin radioterapia preoperatoria. Dosis: ídem.
- Tumores T2 o T3 sometidos a resección local endoanal (pacientes de alto riesgo quirúrgico no aptos para cirugía radical).

Casos especiales.

a) Pacientes con cirugía perineal:

Posición de decúbito lateral con cambios de posición frecuente.

Heparina: 5000 u s.c. cada 8-12 horas (> riesgo de TVP).

Drenaje perineal se retira con un débito menor de 30 ml (generalmente después del 5º día)

Herida perineal dehiscente se maneja con curaciones locales. Cuando existe tejido de granulación firme puede afrontarse con puntos.

Uso de sistemas VAC preventivo o terapéutico (opcional).

b) Pacientes con colostomía sin anastomosis o con ostomía de protección.

Realimentación según parámetros clínicos.

Manejo de la ostomía: prótesis transparente de 1 pieza colocada en el pabellón quirúrgico.



Control postoperatorio alejado

Seguimiento oncológico según esquema:

Control clínico, hemograma y VHS con curva de peso cada tres meses los dos primeros años, luego semestral hasta los cinco años y posteriormente anual en forma selectiva (según etapificación).

CEA al menos cada 6 meses en pacientes con mayor riesgo y CEA previo elevado (repetir al mes en caso de elevación significativa).

TAC abdomino-pélvico al finalizar terapia adyuvante y ante sospecha de recidiva (clínica concordante o elevación del CEA)

Colonoscopia control a los 24 meses. Adelantarla en caso de pólipos sincrónicos e imposibilidad de estudio proximal en el preoperatorio.

PET/CT (combinación de PET con TC (fusión de imágenes) es particularmente útil en los pacientes sometidos a R0QT y en todos los pacientes con una recidiva y/o elevación del CEA en el seguimiento, previo a plantear un tratamiento multimodal.

Resultados en el CSSBA.

En un universo de más de 1400 pacientes tratados con cáncer colorrectal en el periodo señalado, la cifra de mortalidad operatoria es 0,9% para tumores del colon y recto superior y 1,4% para tumores del recto bajo sometidos a cirugía radical.

El promedio de hospitalización es de 7 días para tumores del colon (incluido recto superior) y de 14 días para tumores del recto bajo.

La dehiscencia anastomótica global alcanza al 4,3%, el riesgo de una reoperación es del 6% y la tasa de reingreso es 6%. La infección del sitio quirúrgico (ISO) superficial (herida operatoria) se eleva al 6%.

Impacto de la cirugía laparoscópica en CCR.

El abordaje laparoscópico del CCR ha demostrado resultados quirúrgicos y oncológicos al menos similares al de la cirugía tradicional, con las ventajas de hospitalización acortada, menor dolor e ISO superficial.

En forma global, en los últimos 6 años la vía de acceso para cáncer de **colon** (n=342) en nuestro Servicio fue laparoscópica en 199 casos (58%), con una tasa de conversión de 10,5% y abierta en 143 casos (42%), con una mortalidad operatoria global de 2 pacientes de 81 y 85 años, respectivamente (0,6%).

Para el cáncer del **recto** (n=194, excluyendo resecciones locales) la vía laparoscópica se utilizó en 126 casos (65%), con una tasa de conversión de 10%



y abierta en 68 casos, con una mortalidad operatoria de 1 paciente (0,5%) de 80 años.

Resultados oncológicos.

Estudios de seguimiento en nuestra serie confirman que la supervivencia estimada de los pacientes con cáncer de **colon** operados con intención curativa (estadios I/II y III) alcanza al 82% a 10 años (método de Kaplan-Meier). La curva cambia drásticamente en los estadios IIIC (4 o más LN metastásicos). En los pacientes operados por un **cáncer de recto bajo**, habitualmente sometidos a neoadyuvancia con radio-quimioterapia (n=200), la sobrevida estimada para los pacientes en estadio I-III alcanza al 64%, con una recidiva local global de 9% y una recurrencia a distancia de 24%. La respuesta patológica completa a la neoadyuvancia es un factor pronóstico relevante.