

Recidiva local en el cáncer de colon y recto

José Manuel Ramírez-Rodríguez y Vicente Aguilera-Diago

Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía B. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. España.

Resumen

Los datos de incidencia del cáncer colorrectal son alarmantes y lo sitúan en estos momentos en la segunda causa de muerte por cáncer; la recidiva es la causa de la mayoría de las muertes tras cirugía con intención curativa. Los factores asociados a la recidiva locoregional se relacionan fundamentalmente con las características histopatológicas y el grado de invasión del tumor. El factor cirujano no debe aparecer más entre estos factores, pues se evita con una adecuada preparación. En el cáncer de recto, esta preparación pasa por la técnica de escisión del mesorrecto, un adecuado margen circunferencial y la radioquimioterapia neoadyuvante selectiva. Tras la cirugía curativa, los enfermos deben ser controlados para intentar detectar la recidiva asintomática. La recurrencia local aislada sucede en el 20-30% de los casos, pero incluso con metástasis hepáticas o pulmonares se puede intentar la cirugía curativa, el éxito depende de una correcta valoración preoperatoria multidisciplinaria. Cuando el diagnóstico se realiza en una fase incurable, nuestra misión es mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave: *Cáncer de recto. Cáncer de colon. Recidiva local.*

LOCAL RECURRENCE IN COLON AND RECTAL CANCER

Data on the incidence of colorectal cancer are alarming and reveal that it is currently the second cause of death from cancer. Most of these deaths are due to recurrence after surgery with curative intent. The factors associated with locoregional recurrence are mainly related to the tumor's histopathological characteristics and grade of invasion. With adequate training the surgeon should not appear among these factors. In rectal cancer this training involves the technique of mesorectal excision, adequate circumferential margin and selective neoadjuvant chemoradiotherapy. After curative resection, patients should be followed-up to detect asymptomatic recurrence. Isolated local recurrence occurs in 20-30% of patients, but even with liver or lung metastases curative surgery can be attempted and success depends on correct multidisciplinary preoperative evaluation. If the diagnosis is made when the tumor is in an incurable phase, the aim is to improve the patient's quality of life.

Key words: *Rectal cancer. Colon cancer. Local recurrence.*

Introducción

Cuando hablamos de cáncer colorrectal es inevitable recurrir a los datos de incidencia para recordar el enorme problema sociosanitario que plantea¹; en estos momentos es la segunda causa de muerte por cáncer en España donde se diagnostican 25.000 nuevos casos al año y

fallecen en ese mismo período por esta enfermedad 12.500 personas². Si extrapolamos las cifras de incidencia (50 nuevos casos anuales por 100.000 habitantes) a nuestra práctica clínica diaria, un hospital con una población de referencia de 300.000 habitantes atenderá entre 100 y 150 casos de cáncer colorrectal al año. Recurriendo de nuevo a los datos conocidos, en el momento del diagnóstico, sólo el 80% será potencialmente curable; de éstos, el 40% desarrollará recidivas locales o a distancia; menos del 25% de estas recidivas serán resecables, y la probabilidad de resección curativa es directamente proporcional al tiempo de detección de ésta³. En cualquier caso, y de manera global, sólo la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto vivirá más de 5 años y la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa⁴.

Correspondencia: Dr. J.M. Ramírez Rodríguez.
Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía B.
San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: jramirez@unizar.es

Manuscrito recibido el 7-9-2005 y aceptado el 8-9-2005.

TABLA 1. Lugares de recidiva y pruebas diagnósticas en el cáncer colorrectal

Lugar de la recidiva	Pacientes con recurrencia a los 5 años según el lugar del tumor primario (%)		Prueba diagnóstica
	Colon	Recto	
Hígado	35	30	CEA, EA o TC, síntomas
Pulmón	20	30	Radiografía de tórax, CEA, síntomas
Peritoneal	20	20	CEA, síntomas, TC
Retroperitoneal	15	5*	CEA, TC, síntomas
Ganglios linfáticos periféricos	2	7*	Exploración física, CEA
Otros (cerebro, hueso)	< 5	< 5	Síntomas, TC
Locorregional	15	35*	TC, CEA, síntomas, SOH, colonoscopia
Cáncer metacrónico	3	3	Colonoscopia, SOH

*Diferencia significativa entre colon y recto.

CEA: antígeno carcinoembrionario; TC: tomografía computarizada; SOH: sangre oculta en heces; EA: ecografía abdominal.

La frialdad objetiva de las cifras nos lleva a una sencilla deducción: no debemos escatimar esfuerzos ni recursos en intentar disminuir la frecuencia de recidivas locales, porque aunque esta disminución sea pequeña, porcentualmente hablando, debido a la incidencia de la enfermedad los pacientes beneficiados pueden ser muchos.

Las cifras y los lugares de recidivas tradicionalmente referidos quedan recogidos en la tabla 1. Durante los últimos años, se han conseguido significativos avances, fundamentalmente en el cáncer de recto. Así, de comunicarse y aceptarse como normales cifras de recidiva local entre el 20 y el 35%⁵⁻⁷, en la actualidad, y tras la generalización de la escisión total del mesorrecto (ETM)^{8,9} y el apoyo de la radioquimioterapia neoadyuvante, se logra mantener cifras en torno al 5%¹⁰, objetivo mínimo de todo el que trate a estos pacientes.

Definición y causas de la recidiva

Estrictamente hablando, una recidiva es la aparición de células tumorales originarias del cáncer primitivo en cualquier parte del organismo, tras haber realizado cirugía o cualquier modalidad de tratamiento con intención curativa. En este sentido, la recidiva o recurrencia se puede entender realmente como una recrudescencia de la enfermedad primaria.

En el cáncer colorrectal las recidivas locales, es decir, aquellas que se producen en la anastomosis, en el campo operatorio peritumoral, el territorio linfático mesentérico, los trayectos de los drenajes o la herida quirúrgica¹¹, sin ser patrimonio exclusivo del cáncer de recto sí son mucho más frecuentes, sobre todo en el recto medio y bajo, pues hay datos suficientes de que el recto alto o tercio proximal presenta la misma frecuencia de recidivas locales que el resto del colon¹².

La pregunta que subyace en todo este contexto continúa siendo: ¿cómo es posible la aparición de recidivas tras cirugía curativa? Si nos atenemos a la definición, la recidiva sólo puede ocurrir cuando tras completar el tratamiento radical adecuado se han dejado células viables en el paciente.

Lo más razonable es pensar que el problema está en la presencia de enfermedad residual microscópica¹³, si bien no se ha descartado que en ocasiones la recidiva dependa de la exfoliación celular durante el acto quirúrgico.

Así, los exudados de colágeno y fibrina expuestos durante la disección y apertura de los tejidos, junto con la liberación de factores tisulares de crecimiento como respuesta al traumatismo, convierten el campo operatorio en un buen caldo de cultivo para la fijación y el desarrollo de las células neoplásicas^{14,15}.

Ante la imposibilidad de identificar, con los medios actuales, las células liberadas o las micrometástasis se ha hecho especial hincapié en identificar a aquellos pacientes con riesgo para desarrollar una recidiva. Aunque se han asociado muchos, básicamente y siendo eminentemente prácticos, los factores de mayor interés y significación ligados a la recidiva locorregional dependerán de las características particulares del tumor en cuanto a estadiificación (penetración en la pared y los ganglios linfáticos afectados), tamaño y grado de diferenciación^{11,16,17}. En este sentido, la frecuencia de recidivas es directamente proporcional al estadio de la lesión, más frecuente en estadios más avanzados y para los tumores pobremente diferenciados^{18,19}. Actualmente, en gran medida, las decisiones en cuanto a tratamiento más adecuado y seguimiento se basan en la adecuada clasificación de los pacientes²⁰.

Mecanismo de prevención de la recidiva

El tratamiento de la recidiva comienza en el mismo momento en que se establece el diagnóstico de cáncer. Nunca se repetirá lo suficiente: el tratamiento del paciente con cáncer colorrectal es multidisciplinario y es deseable que los especialistas que tratan a este tipo de enfermos tengan especial dedicación para obtener los mejores resultados.

Apuntábamos previamente que el riesgo de recidiva se asocia a factores relacionados con el tumor. En el cáncer de recto, la radioterapia preoperatoria pretende disminuir el porcentaje de recidivas modificando las características anatomoclínicas negativas del tumor²¹; de hecho, por sí sola la radioterapia se ha demostrado beneficiosa al disminuir significativamente la tasa de recurrencia local²². Sin embargo, es conocida la toxicidad tanto aguda como a largo plazo de la radioterapia pelviana²³, lo que hizo que muchos autores se plantearan su beneficio real, sobre todo cuando la técnica quirúrgica de ETM *per se* ya lograba disminuir significativamente las recidivas. Basa-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9394612>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9394612>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)