

2.11. TRATAMIENTO

2.11.1. Manejo de los pólipos

Desde el establecimiento de la secuencia adenoma-carcinoma la actitud terapéutica ha sido extirpar todos los pólipos adenomatosos una vez que eran detectados para determinar el tipo histológico. Si el pólipo es un pseudopólipo metaplásico o un pólipo juvenil no es necesario realizar ninguna otra operación (Oncoguía colon y recto, 2003). Si, por el contrario, nos encontramos con un pólipo adenomatoso se debe examinar el resto del colon cuidadosamente mediante colonoscopia y todos los pólipos han de ser extirpados. Además, la mayoría de los pacientes con pólipos adenomatosos requerirán seguimiento regular con colonoscopias, cuyo intervalo entre 3 y 5 años dependerá del riesgo del paciente (Winawer y cols, 2003). Este riesgo se calcula en función de tres parámetros: el patrón histológico, el tamaño del pólipo (mayor o menor de 1 cm) y la morfología (los adenomas vellosos tienen un potencial de malignización mucho mayor que los tubulares). Por último, cuando el estudio patológico demuestra la presencia de carcinoma invasivo (afectación de la submucosa), es necesario efectuar una resección quirúrgica, ya que hasta un 20% de estos pacientes presentan extensión de la enfermedad más allá de los márgenes de resección.

2.11.2. Tratamiento del CCR

La cirugía es la base del tratamiento del CCR. La mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas han aumentado las tasas de operabilidad y consecuentemente la supervivencia de los pacientes con CCR en las dos últimas décadas (Gatta y cols, 1998; Finn-Faivre y cols, 2002; Mitry y cols, 2002b). Sin embargo parece haberse llegado a un tope en estas mejoras quirúrgicas y un posterior aumento de la supervivencia a nivel poblacional actualmente ha de venir de mano del uso de la terapia adyuvante o complementaria a la cirugía (quimioterapia y/o radioterapia) (Northover y cols, 2001).

- **Tratamiento quirúrgico inicial**

El tratamiento inicial del CCR se basa en la cirugía, siempre y cuando el estado general del paciente lo permita. Incluso en presencia de enfermedad metastásica la cirugía del tumor primario está contemplada como opción válida para mejorar síntomas y evitar complicaciones locales.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon puede efectuarse mediante cirugía abierta o asistida por laparoscopia, aunque existe controversia sobre esta última técnica. Las hemicolectomías izquierdas y derechas, dependiendo de la localización tumoral, han constituido las técnicas usadas por los cirujanos habitualmente.

Las resecciones oncológicas deben efectuarse en bloque: tumor, ganglios linfáticos que lo drenan y los órganos adyacentes invadidos por el tumor. Cuando el tumor aparece mediante una oclusión intestinal, el restablecimiento del tránsito intestinal es problemático, por lo que se puede optar, tras la resección oncológica en bloque, por una colostomía del muñón cólico proximal y cierre del muñón distal (*intervención de Hartmann*).

En el cáncer de recto los conceptos de radicalidad oncológica impusieron la amputación abdomino-perineal consistente en la extirpación del recto, gran parte del colon descendente y tejidos vecinos así como el conducto anal, ambos esfínteres y la piel de las inmediaciones del ano (*intervención de Miles*). En la actualidad el tratamiento radical del cáncer de recto está encaminado a conservar los esfínteres. Con una resección anterior se pueden extraer habitualmente todos los tumores del tercio superior y medio sin problemas. En los tumores de localización rectal siempre se considera obligada la realización de la exéresis total o subtotal del mesorecto, que corresponde a una estructura bien definida que alberga el territorio de drenaje linfático prioritario de las neoplasias de recto, así como la red vascular (Díaz-Rubio y Aranda, 1999)

- **Tratamiento complementario a la cirugía**

En el cáncer de colon se contempla la quimioterapia adyuvante para los pacientes operados. El beneficio está claramente establecido para los pacientes con ganglios positivos (estadio III de la UICC o estadio C de

Dukes) alargando el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia (Metzger, 1990). Respecto al estadio II existe beneficio para los pacientes de alto riesgo (todos los T4, oclusión intestinal, grado de diferenciación G3 o G4 e invasión linfática, vascular o perineural). Los regímenes de quimioterapia están basados en 5-Fluorouracilo. El beneficio exacto de la quimioterapia no es conocido pero supone aproximadamente un 6% de incremento absoluto de la supervivencia a 5 años (Oncoguía colon y recto, 2003).

Asimismo, para el cáncer de recto, el tratamiento adyuvante está indicado en todos los pacientes en estadios II y III y debe realizarse mediante tratamiento combinado de quimioterapia con 5-FU más radioterapia siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales y utilizando la infusión continua de 5-FU de modo preferente concomitante con la RT. Las ventajas de la RT preoperatoria en el momento actual hacen que sea la técnica de elección en múltiples centros aunque la RT postoperatoria sigue siendo una alternativa válida (Díaz-Rubio y Aranda, 1999).

- **Tratamiento de la enfermedad avanzada**

Un aspecto importante de los pacientes con carcinoma colorectal avanzado es el mantenimiento de una buena calidad de vida además de intentar un aumento en la supervivencia. Actualmente existen resultados de estudios randomizados que demuestran una mayor supervivencia, con una calidad de vida óptima, con la introducción de tratamientos de poliquimioterapia precoz, junto al mejor tratamiento de soporte, en vez de la estrategia de tratamiento de soporte exclusivo. El tipo de tratamiento de quimioterapia más efectivo actualmente es la combinación, o bien de Oxaliplatino+ 5-Fu + Ac.Folínico o de Irinotecan+ 5-Fu + Ac.Folínico. Además, dadas las altas respuestas a estas nuevas combinaciones de quimioterapia, se valoran cirugías de resección hepática y/o pulmonar dependiendo del número de lesiones y respuesta al tratamiento (Oncoguía colon y recto, 2003).

