

2.12. SEGUIMIENTO

- **Seguimiento para detección de un tumor metacrónico**

Los CCR metacrónicos ocurren en aproximadamente el 1-9% de los casos (Fajobi y cols, 1997). Así pues, el hacer colonoscopias regularmente a pacientes que han sido operados, extirpando los adenomas que se encuentren en dichas exploraciones, es considerado como un seguimiento razonable y como una maniobra de prevención de un segundo tumor. La vigilancia inicial con colonoscopia completa precirugía (o postcirugía, en el caso de que no pudiera realizarse antes) se basa en la necesidad de definir cualquier lesión maligna o premaligna sincrónica. El momento de hacer los estudios posteriores se basará en la presencia o ausencia de pólipos durante la primera exploración. Si no se ha encontrado ninguno, la siguiente colonoscopia se hará al cabo de 1-2 años. Si se encuentran pólipos, el estudio debe hacerse a intervalos de 3 a 6 meses (Mulcahy y Benson, 2002).

- **Seguimiento para detección de una recaída precoz de un CCR**

Cuando se ha hecho una extirpación del CCR con fines curativos, el seguimiento se basaría en diagnosticar la recidiva lo antes posible adecuando los intervalos entre pruebas de acuerdo al riesgo de recaída en cada momento. La razón fundamental de ello se basa en la cinética de la recidiva: un 80-90% de las recidivas de CCR se producen en los primeros 2- 3 años. Por tanto, los intervalos de vigilancia deben ser menores durante este período y posteriormente se pueden espaciar (Mulcahy y Benson, 2002). De todas formas, el seguimiento de un paciente asintomático ha de ser mínimo, pues la mayoría de las recaídas serán incurables. En la mayoría de los protocolos hospitalarios están recogidas estas pruebas complementarias:

- 1- Colonoscopia: la razón para la vigilancia de la mucosa colónica de estos pacientes no radica en detectar signos precoces de recidiva en la cicatriz sino en detectar tumores sincrónicos, como ya se ha comentado. La recidiva en la línea de sutura, como fenómeno aislado, es sumamente rara y casi siempre se debe a la recidiva regional de un tumor que ha

crecido desde fuera del intestino hacia la anastomosis. Aunque esta recidiva necesite cirugía, la intervención será, por definición, paliativa.

- 2- Pruebas de imagen (radiografía de tórax, ecografía hepática o tomografía abdominal): además de la sutura, hay órganos diana sometidos a un riesgo importante de recaída de la enfermedad, como son el hígado y los pulmones y, en menor grado, el cerebro y los huesos. Muy pocos casos de recidivas asintomáticas en estas localizaciones son curables. En la actualidad, éstas se reducen a las afectaciones hepáticas y pulmonares de los pacientes con metástasis asintomáticas aisladas.
- 3- El CEA: es un marcador extraordinariamente efectivo en los pacientes con adenocarcinomas que lo producen. Sin embargo, su limitación radica en la ausencia de abordajes curativos una vez que su elevación, en determinaciones seriadas, confirma la recidiva. El seguimiento con CEA sólo resulta adecuado en los casos en que se haya demostrado que era secretado por el tumor primitivo, y con la intención de identificar ese número limitado de pacientes con enfermedad a distancia aislada en dos órganos diana específico (pulmón e hígado) que se podrán beneficiar de cirugía de dichas metástasis (Berman y cols, 2000).

Como resumen, en ausencia de protocolos en los que se haya de valorar el intervalo libre de enfermedad, el seguimiento para detectar una recaída de un paciente asintomático ha de ser mínimo.