



Servicio de Cirugía General y Digestiva

Área de Cirugía Colo-Rectal y Proctología

Cáncer de colon y recto

**Dr. Emilio Vicente López
Dra. Yolanda Quijano Collazo**

**Dr. Hipólito Durán Giménez-Rico
Dr. Eduardo Díaz Reques
Dra. Isabel Fabra Cabrera
Dr. Ramón Puga Bermúdez
Dr. Benedetto Ielpo**



Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro

Docencia

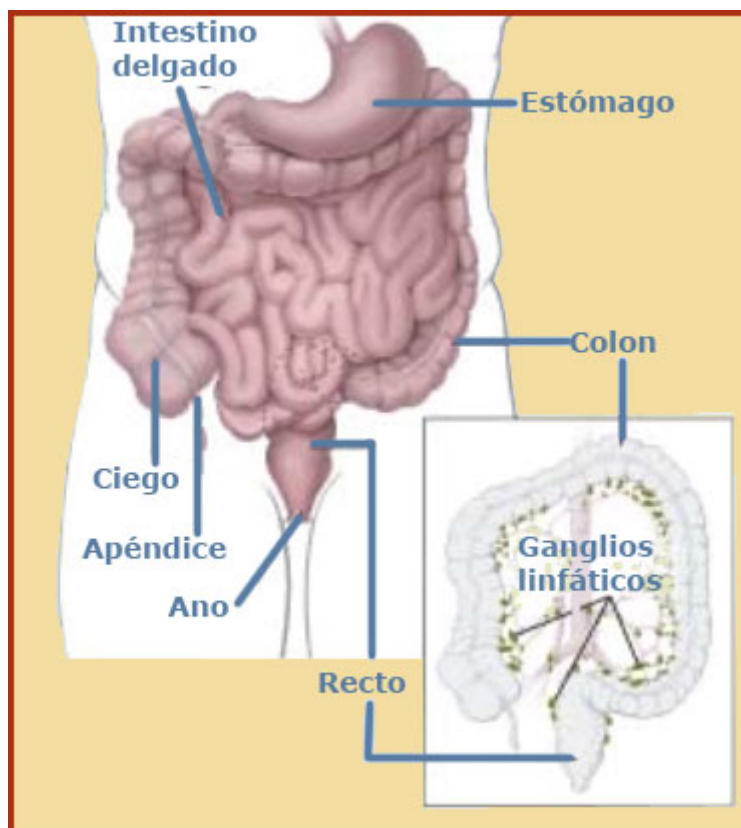
CANCER DE COLON Y RECTO

INFORMACION AL PACIENTE

El cáncer de colon y recto también llamado cáncer colorrectal, es de los cánceres más frecuentes en España, y ha aumentado de forma considerable tanto en hombres como en mujeres en los últimos años (sólo le adelantan en frecuencia el pulmón, la próstata y la mama).

En la última década se ha avanzado de forma considerable en los estudios científicos que se están realizando tanto en el campo de la quimioterapia como en la radioterapia.

1.- ¿Qué es el Colon?



Esta ilustración muestra el colon y el recto.

El colon es la parte más baja del tubo digestivo (esófago, estómago, duodeno, intestino delgado, intestino grueso y recto). El intestino es un órgano con forma de tubo muy largo formado por el intestino delgado, el intestino grueso y el recto que desemboca en el ano. Una vez que tomamos los alimentos, pasan por el esófago, éstos empiezan a ser digeridos en el estómago, pasan al intestino delgado donde se absorben los nutrientes y los desechos que sobran avanzan a lo largo del

colon-recto siendo expulsados por el cuerpo a través del ano. En el colon y recto se absorbe mucho líquido acumulándose las heces para ser expulsadas.

2.- ¿Qué es el cáncer colorrectal?

Consiste en el crecimiento descontrolado de células malignas que se localizan en el Colon-Recto produciendo una Tumoración que si no se trata produce sangrado, obstrucción y perforación del Intestino.

En el colon-recto pueden existir tumores benignos y malignos. Para saber qué tipo de tumor tiene, la única forma de saberlo es analizándolo a través de una biopsia (se realiza con una colonoscopia).

Los tumores benignos (pólipos benignos) también debenser extirpados, ya que en ocasiones son precursores de cánceres y su extirpación asegura la curación del enfermo.

Los tumores malignos generalmente se pueden extirpar con cirugía (abierta o Laparoscópica), si no se extirpan pronto, invaden los tejidos y órganos cercanos empeorando el pronóstico.

Cuando el cáncer colorrectal se disemina (se extiende) fuera del colon o del recto, las células cancerosas se encuentran con frecuencia en los ganglios linfáticos cercanos. Si las células cancerosas han llegado a estos ganglios, es posible que se hayan extendido también a otros ganglios linfáticos, al hígado o a otros órganos.

Cuando el cáncer se disemina (metastatiza) desde su sitio original a otra parte del cuerpo, el nuevo tumor tiene el mismo tipo de células anormales y el mismo nombre que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer colorrectal se disemina al hígado, las células cancerosas en el hígado en realidad son células cancerosas de colon o de recto. La enfermedad es un cáncer metastático colorrectal, no un cáncer de hígado. El tratamiento que se administra es para cáncer colorrectal, no para cáncer de hígado. Los médicos algunas veces llaman al nuevo tumor enfermedad "distante" o metastática.

3.- ¿Quién tiene riesgo de padecer cáncer colorrectal?

No se conocen las causas exactas del cáncer colorrectal. Los médicos pueden rara vez explicar por qué el cáncer colorrectal afecta a una persona pero no a otra. Sin embargo, es claro que el cáncer colorrectal no es contagioso. A nadie se le puede "pegar" esta enfermedad de otra persona.

Algunas personas tienen ciertos factores de riesgo. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de que una enfermedad se presente.

Los estudios han encontrado los siguientes factores de riesgo de cáncer colorrectal:

- **Edad:** el cáncer colorrectal es más probable que ocurra cuando la gente envejece. Más del 90 por ciento de las personas que tienen esta enfermedad fueron diagnosticadas después de los 50 años de edad. La edad promedio de diagnóstico es más o menos de 65 años.
- **Pólipos colorrectales:** los pólipos son tumores en la pared interior del colon o del recto. Son comunes en personas de más de 50 años. La mayoría

de los pólipos son benignos (no cancerosos), pero algunos pólipos (adenomas) pueden hacerse cancerosos y por lo tanto se consideran premalignos. Al encontrar y extirpar estos pólipos, se puede reducir el riesgo de cáncer colorrectal.

- **Antecedentes familiares de cáncer colorrectal:** los familiares cercanos (padres, hermanos, hermanas o hijos) de una persona con antecedentes de cáncer colorrectal tienen en cierta manera más probabilidades de desarrollar un cáncer de ésta extirpe, especialmente si el familiar tuvo el cáncer a una edad joven. Si muchos familiares cercanos tienen antecedentes de cáncer colorrectal, el riesgo es aún mayor.
- **Alteraciones genéticas:** los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer colorrectal.
 1. **Cáncer colorrectal hereditario no polipósico (CCHNP) :** es el tipo más común de cáncer colorrectal heredado (genético). Comprende cerca del 2 por ciento de todos los casos de cáncer colorrectal. Es causado por cambios en un gen de características CCHNP. Casi 3 de cada 4 personas que tienen un gen CCHNP alterado padecen cáncer de colon, y la edad promedio que tienen cuando son diagnosticadas con cáncer de colon es de 44 años.
 2. La poliposis adenomatosa familiar comúnmente conocida como la poliposis familiar es una enfermedad rara, hereditaria, en la que se forman cientos de pólipos en el colon y recto. Es causada por un cambio en un gen específico llamado APC. A menos que se trate la poliposis adenomatosa familiar, generalmente termina en cáncer colorrectal a los 40 años. La poliposis adenomatosa familiar comprende menos del 1 por ciento de todos los casos de cáncer colorrectal.

Estas dos alteraciones son susceptibles de ser estudiadas por un Servicio de Genética

- **Antecedentes personales de cáncer colorrectal.** La persona que ha tenido cáncer colorrectal en el pasado puede desarrollar cáncer colorrectal una segunda vez. Además, las mujeres con antecedentes de cáncer de ovarios, utero y mama tienen más probabilidades de padecer un cancer colorrectal
- **Enfermedades inflamatorias como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn.** La persona que ha tenido alguna enfermedad que causa la inflamación del colon (como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn) por muchos años tiene un riesgo mayor de desarrollar cáncer colorrectal.
- **Dieta.** Los estudios sugieren que las dietas ricas en grasa (especialmente la grasa animal) y pobres en calcio y fibra pueden aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. También, algunos estudios sugieren que las personas que consumen una dieta muy pobre en frutas y verduras pueden tener un riesgo más alto de cáncer colorrectal. Se necesita más investigación para entender mejor en qué forma la dieta afecta el riesgo de cáncer colorrectal.
- **Fumar cigarrillos.** La persona que fuma cigarrillos puede tener un riesgo mayor de desarrollar pólipos y cáncer colorrectal.

4.- ¿Cómo detectar un Cáncer Colorrectal?

Aquellas personas que tienen un riesgo mayor de tener un cáncer colorrectal al igual que los que tengan síntomas digestivos (Diarreas-estreñimiento, sangre en heces, dolor abdominal crónico, pérdida de peso con náuseas y vómitos...etc.) deberán someterse a pruebas de detección precoz como el estudio de Sangre

oculta en heces, Colonoscopia y marcadores tumorales en sangre. Previamente se someterán a un examen físico exhaustivo con tacto rectal

Pruebas diagnosticas:

La mayoría de las enfermedades del colon se diagnostican mediante colonoscopia y/o enema opaco

-La colonoscopia consiste en introducir por el ano un tubo flexible del grosor de un dedo que contiene una cámara, permitiendo ver lo que hay en el interior del colon incluso tomar muestras (biopsias) de todo aquello que considere el endoscopista.

-El enema opaco es una prueba radiológica especial en la que se introduce a través del ano un contraste en forma liquida que rellena el colon dibujando su contorno en la radiografía.

-En la actualidad es sumamente importante el TAC (*scanner*) abdominal, pudiéndose incluso realizar colonoscopias virtuales sin introducir cámara alguna por el ano.

-Una ecografía abdominal a veces es útil como prueba de urgencia si no se puede preparar el colon por el motivo que sea.

Tanto la colonoscopia como el enema opaco y el TAC requieren una limpieza del colon que se realiza con soluciones especiales.

Antes de la intervención se realizaran las pruebas preoperatorios que requiera cada paciente: análisis, radiografía, electrocardiograma, informe de anestesiología ,...etc...

Las etapas o estadios del cancer colorrectal son:

- **Estadio 0:** el cáncer se encuentra sólo en el revestimiento más interno del colon o recto. Se llama también carcinoma "*in situ*".
- **Estadio I:** el cáncer ha crecido dentro de la pared interior del colon o recto. El tumor no ha llegado a la pared exterior del colon o no se ha extendido fuera del colon. Estadio A de Dukes es otro nombre para estadio I de cáncer colorrectal.
- **Estadio II:** el tumor se extiende con más profundidad dentro de la pared del colon o del recto o a través de ella. Es posible que haya invadido tejido cercano, pero las células cancerosas no se han diseminado a los ganglios linfáticos. Estadio B de Dukes es otro nombre para estadio II de cáncer colorrectal.
- **Estadio III:** el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, pero no a otras partes del cuerpo. Estadio C de Dukes es otro nombre para estadio III de cáncer colorrectal.
- **Estadio IV:** el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como al hígado o pulmones. Estadio D de Dukes es otro nombre para estadio IV de cáncer colorrectal.

El Cáncer recurrente o recidivado: Es el cáncer que ha sido tratado y que ha regresado después de un período de tiempo en el que no podía ser detectado. La enfermedad puede regresar al colon o al recto o a otra parte del cuerpo.

5.-Tratamiento del Cáncer Colorrectal

El tratamiento del cáncer colorrectal puede incluir la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia o una combinación de los tres. El cáncer de colon algunas veces se trata de forma diferente al cáncer de recto, sobre todo al inicio de su tratamiento ya que hay muchos estudios en los que en el cáncer de recto el tratamiento se inicia con quimioterapia y radioterapia, incluso hay protocolos con radioterapia intraoperatoria (RIO). Lo fundamental es tratar a todos los pacientes por protocolos según el estadio de la enfermedad.

A.- CIRUGIA (Figura 1 del Cirugía del Colon)

Es el tratamiento más común y principal. Consiste en extirpar todos los pólipos y si es necesario por el estadio, el segmento del colon – recto que engloba el tumor.

Dependiendo de la localización del tumor, se extirpara la zona de drenaje sanguíneo y linfático del colon afectado. Así por ejemplo en un cáncer del colon descendente se realizará una extirpación de todo el colon izquierdo, en un cáncer del colon ascendente se extirpará el colon derecho y así sucesivamente.

La cirugía en el cáncer de recto intenta preservar los esfínteres anales para no tener que confeccionar la “temida” bolsa en el abdomen por donde se expulsarán las heces. Pero en ocasiones es imposible conservar dichos esfínteres, teniendo que extirpar el ano (para evitar recidivas locales de cáncer) y, por consiguiente realizar la bolsa de colostomía en la pared abdominal.

A veces también hay que colocar la bolsa de colostomía en intervenciones de urgencia: obstrucción intestinal y la perforación son las más frecuente, pero a diferencia de los cánceres en los que se extirpan los esfínteres, estas colostomías son temporales, realizando al cabo de unos meses su reconstrucción para que los pacientes vuelvan a expulsar las heces por el ano natural.

En la actualidad casi todas las cirugías del colon y recto **pueden realizarse por vía laparoscópica** y por consiguiente tener una recuperación más confortable para el paciente.

B.- Quimioterapia

La quimioterapia usa fármacos anticancerosos para destruir células cancerosas. Esto se llama terapia sistémica porque entra en el torrente de la sangre y puede afectar las células cancerosas en todo el cuerpo.

El paciente puede recibir quimioterapia sola o combinada con cirugía, radioterapia o ambas. La quimioterapia que se da antes de la cirugía se llama terapia neoadyuvante. La quimioterapia antes de la cirugía puede hacer “encoger” un tumor grande.

La quimioterapia después de la cirugía se llama terapia adyuvante. La terapia adyuvante se administra para intentar destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado quedar y así impedir que recurra o regrese el cáncer al colon, al recto o a otro lugar.

La quimioterapia se usa también para dar tratamiento a personas con enfermedad avanzada.

Los fármacos anticancerosos se administran ordinariamente por la vena, aunque algunos pueden darse también por la boca. El paciente puede recibir tratamiento en la sección ambulatoria del hospital, en el consultorio del médico o en casa. En raras ocasiones, puede necesitarse la estancia en el hospital durante el tratamiento quimioterápico.

C.- Radioterapia

La radioterapia es una terapia local. Usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Afecta las células cancerosas sólo en el área tratada.

Los médicos usan dos tipos de radioterapia para tratar el cáncer. Algunas veces los pacientes reciben ambos tipos:

- *Radioterapia externa* : la radiación procede de una máquina. La mayoría de los pacientes van al hospital o clínica para su tratamiento, generalmente 5 días a la semana durante varias semanas. En algunos casos, se administra radiación externa durante la cirugía, lo que se conoce como RIO (radioterapia intraoperatoria).
- *Radioterapia interna* (radiación por implante): la radiación procede de material radioactivo puesto en tubos delgados colocados directamente dentro del tumor o cerca de él. El paciente permanece en el hospital, y los implantes se dejan, por lo general, colocados durante varios días. Se retiran generalmente antes de que el paciente regrese a casa.

Tratamiento para cáncer de colon

La mayoría de los pacientes con cáncer de colon son tratados con cirugía. Algunos reciben cirugía y quimioterapia. En algunas ocasiones es necesaria una colostomía para pacientes con cáncer de colon.

Aunque la radioterapia no se usa ordinariamente para tratar el cáncer de colon, algunas veces se administra para aliviar el dolor y otros síntomas.

Tratamiento para cáncer de recto

Para todas los estadios de cáncer de recto, la cirugía es el tratamiento más común. Algunos pacientes reciben cirugía, radioterapia y quimioterapia. Casi 1 de cada 8 personas con cáncer de recto necesita una colostomía permanente.

La radioterapia puede usarse antes y después de cirugía. Algunas personas reciben radioterapia antes de la cirugía para hacer "encoger" el tumor, y algunas la reciben después de la cirugía para destruir las células cancerosas que puedan haber quedado en el área. En algunos hospitales, los pacientes pueden recibir radioterapia durante la cirugía (RIO son las siglas de radioterapia intraoperatoria). Los pacientes pueden recibir también radioterapia para aliviar el dolor y otros problemas causados por el cáncer.



Teléfono Hospital: +34 91 756 78 00.

**Teléfono Consultas externas:
+34. 91 756 79 00 / 902 10 74 71.**

**Teléfono Consultas Cirugía General:
+34 91 756 79 00. Ext: 4136.**

Fax: +34 91 750 04 55

<http://www.cirugiasanchinarro.es>

email: cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com