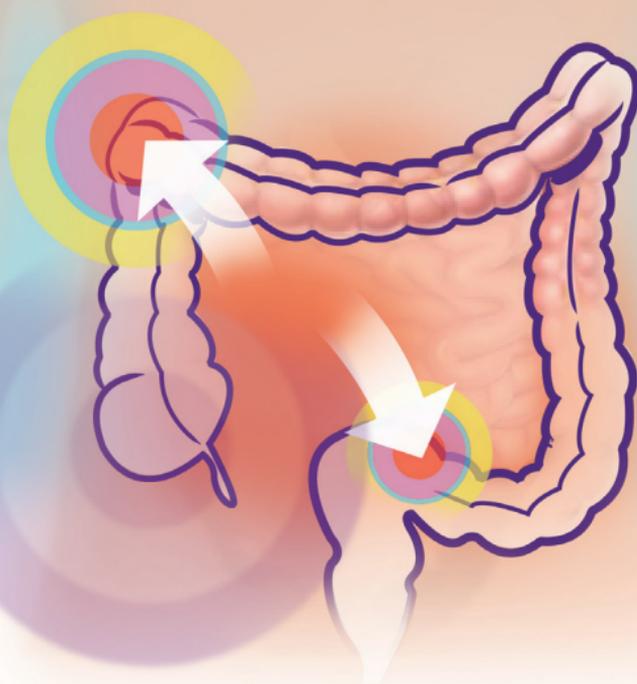


CÁNCER colorrectal metastásico

Cuestiones más frecuentes



Dr. Javier Sastre

Servicio de Oncología Médica.
Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

1. ¿Qué quiere decir que el cáncer de colon es metastásico?

Las metástasis son grupos de células tumorales que han migrado desde el tumor primario en el colon hasta otros órganos a distancia del colon y han conseguido anidar y proliferar eludiendo la respuesta inmunológica que nos ayuda a la protección contra las células tumorales. Pueden diagnosticarse en el mismo momento del diagnóstico del tumor del colon o bien ser visibles varios meses o incluso años después de haber diagnosticado y eliminado quirúrgicamente el tumor primario en el colon. La razón de esto último es que la migración se ha producido antes de la intervención quirúrgica, pero estos grupos de células tumorales son tan pequeños que no tenemos medios de diagnóstico lo suficientemente potentes para detectarlos en esa fase inicial de la migración. Dependiendo de la capacidad y velocidad de crecimiento de estos grupos de células tumorales, el diagnóstico de la metástasis será visible en un periodo variable desde la intervención del tumor primario. Por ello, es importante hacer las revisiones tras la resección de un tumor de colon aparentemente limitado, e incluso en ocasiones, hacer un tratamiento de quimioterapia preventivo para intentar eliminarlos.

2. ¿El que el tumor sea metastásico quiere decir que no tengo posibilidades de cura?

No exactamente. Cuando estas metástasis se encuentran confinadas de forma limitada en determinados órganos como el hígado, pulmón u ovarios y se pueden eliminar mediante una intervención quirúrgica precedida o complementada con quimioterapia sí existen posibilidades de cura, de forma que un gran número de pacientes en estas circunstancias pueden estar libres de enfermedad a los 5 años de la intervención quirúrgica. Por ello, estos pacientes deben ser valorados conjuntamente por un Comité Multidisciplinar en el que participan de las decisiones no solo oncólogos sino también cirujanos, radiólogos, expertos en medicina nuclear, patólogos, etc. En los casos en que no es posible la intervención quirúrgica por la extensión de la enfermedad, incluso tras reducción de la misma con quimioterapia, no es posible a día de hoy la curación, pero se puede prolongar notablemente la supervivencia con una buena calidad de vida.

3. Si el tumor es metastásico ¿tengo que operarme del tumor primario?

Aún no hay datos que demuestren que la cirugía sistemática del tumor primario tenga un impacto en incrementar la supervivencia cuando el diagnóstico se ha hecho en fase de tumor metastásico. No obstante, el tumor primario puede presentarse con complicaciones que hagan aconsejable su extirpación antes de iniciar un tratamiento oncológico médico para su control. La presencia de signos clínicos de obstrucción intestinal en pacientes con dificultades técnicas de colocación de una prótesis expandible en el colon puede ser una indicación para la realización de la cirugía, así como un sangrado frecuente que produce anemia severa o signos clínicos o radiológicos que sugieran una perforación del tumor primario al peritoneo con el riesgo de peritonitis. También se debe proceder a la extirpación del tumor primario en los casos en que sea factible la extirpación completa de las metástasis. En estos casos la cirugía del primario se puede realizar antes o después de la cirugía de las metástasis, e incluso en casos seleccionados de forma simultánea.



4. ¿En qué va a consistir el tratamiento médico oncológico?

El tratamiento consiste en la administración intermitente, en ciclos cada 2 o 3 semanas, de quimioterapia asociada a tratamientos con anticuerpos monoclonales que van dirigidos a bloquear algunas de las funcio-

nes que las células tumorales emplean para asegurar su sustento y para proliferar saltándose los controles que las células normales tienen para evitar el crecimiento descontrolado y desordenado de las mismas.

5. Estos tratamientos ¿son iguales para todo tipo de pacientes con cáncer colorrectal metastásico?

No. Una de las tareas del oncólogo médico es diseñar el mejor tratamiento posible adaptado a las características individuales de cada paciente. Para ello debemos atender a factores derivados del propio paciente como su edad, su capacidad física, otras enfermedades y medicamentos que esté tomando, su soporte familiar o social, sus preferencias por evitar ciertos efectos adversos o por utilizar preferentemente fármacos orales o intravenosos, y factores derivados del propio tumor como la sintomatología que genera, su localización y su extensión en el organismo o la presencia de mutaciones en genes que son predictivos de no eficacia para determinados fármacos

6. ¿En qué consiste la quimioterapia?

Son fármacos que se pueden administrar por vía oral o intravenosa y que van dirigidos a interferir con la formación del ADN (Ácido desoxirribonucleico) de las células tumorales o dañar el mismo para destruir dichas células. No son específicos para las células tumorales por lo que con frecuencia dañan también a las células normales de nuestros órganos o tejidos que tienen un recambio rápido, como la piel, las mucosas o las células de la médula ósea. Por ello producen efectos secundarios como la caída del pelo, las úlceras en la boca, la diarrea, las alteraciones de la piel y las infecciones y anemia. No todos los quimioterápicos se comportan por igual, por lo que es importante que el oncólogo valore el perfil de toxicidad de los fármacos que va a utilizar para cada paciente e incluso a igualdad de eficacia entre



diferentes pautas, el paciente pueda también opinar sobre qué efectos adversos preferiría evitar en la medida de lo posible.

7. ¿Es conveniente que me pongan un catéter venoso central para la quimioterapia?

Hay que valorarlo individualmente teniendo en cuenta el tiempo estimado de tratamiento, los fármacos a utilizar y el calibre de las venas en las manos y antebrazos del paciente. Para tratamientos secuenciales y de larga duración es recomendable, ya que las venas sufren daño por la quimioterapia y resulta muy molesto para el paciente. Los catéteres son fáciles de poner, muy seguros, no es preciso cambiarlos con el tiempo, y muy útiles en manos del personal especializado que administra la quimioterapia.

8. ¿Qué son los fármacos biológicos?

Son fármacos diseñados para bloquear procesos que están muy activados en la célula tumoral y que sin embargo, lo están en mucha menor medida en las células normales. De ahí que tengan la ventaja de ser más selectivos a la hora de dañar fundamentalmente las células tumorales aunque todos ellos presentan también efectos secundarios derivados de su forma de acción. Aunque en ocasiones se usan solos, lo más habitual es combinarlos con quimioterapia ya que la eficacia de ambos tipos de tratamiento se potencia y aunque se producen efectos secundarios, estos no son sumatorios ya que el tipo de efectos secundarios que generan los fármacos biológicos es diferente a los que genera la quimioterapia.

9. ¿Los fármacos biológicos se pueden utilizar en todos los pacientes?

No. Los fármacos antiangiogénicos como bevacizumab, aflibercept o regorafenib actúan impidiendo al tumor formar nuevos vasos sanguíneos a su alrededor para nutrirse con el oxígeno y los nutrientes que van en la sangre. Favorecen además que la quimioterapia penetre en el tejido tumoral y sea más eficaz. Su principal limitación está en la hipertensión arterial que pueden generar y los fenómenos trombóticos arteriales, por



lo que hay que ser muy cuidadoso en su uso en pacientes hipertensos mal controlados o en aquellos pacientes con problemas cardiovasculares recientes e importantes. Los fármacos que actúan inhibiendo el receptor EGFR de las células tumorales como cetuximab y panitumumab solo se deben utilizar en pacientes con tumores que no tengan una mutación en el gen RAS. Esta determinación debe hacerse siempre antes de iniciar un tratamiento de quimioterapia asociada a un anti-EGFR, ya que en los casos mutados los efectos son perjudiciales para el paciente.

10. ¿Hasta cuándo me van a estar dando el tratamiento?

En aquellos pacientes con metástasis que se puedan potencialmente extirpar quirúrgicamente tras la quimioterapia, el tratamiento debe ser lo más intenso posible, con quimioterapia + un anticuerpo monoclonal, pero corto, de forma que se pueda operar en cuanto se observe una reducción satisfactoria del volumen del tumor. Posteriormente se suele completar el tratamiento hasta un total de 6 meses incluyendo el tiempo de tratamiento previo. En aquellos pacientes en que no es posible una cirugía, los tratamientos son generalmente largos. Está demostrado que suspender la quimioterapia de forma rápida tras un periodo corto de 3-4 meses de tratamiento es perjudicial. El tratamiento de mantenimiento es útil aunque no es necesario en muchas ocasiones mantener la todo el esquema de tratamiento inicial, pudiéndose optar por un tratamiento más suave y fácil de llevar para el paciente, con buenos resultados. La mejor supervivencia se obtiene alternando todos los fármacos útiles disponibles en cada caso particular.

11. ¿Cómo va a impactar el tratamiento en mi vida cotidiana?

Va a depender de muchos factores como la situación general basal y los efectos secundarios experimentados.

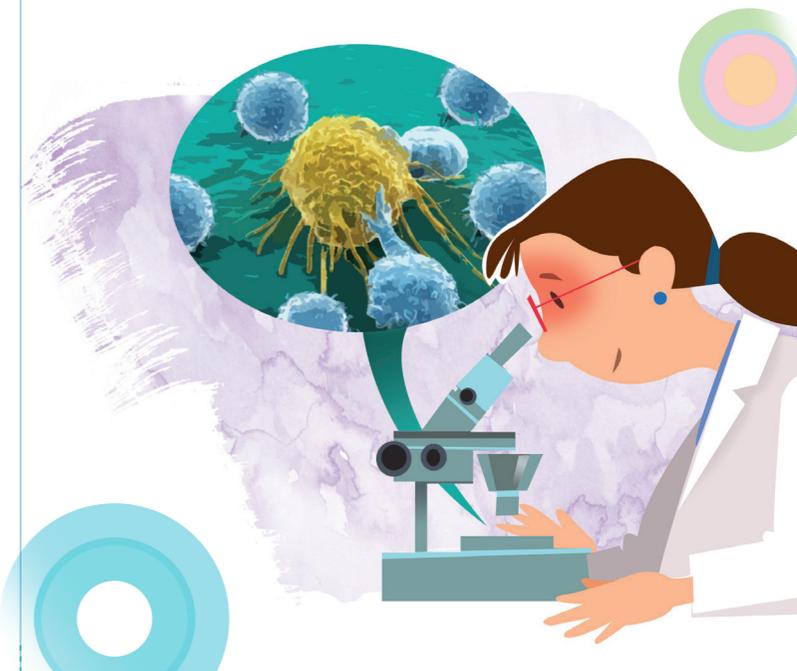
En general, muchos de los pacientes son capaces de mantener su actividad laboral durante el tratamiento. Deben mantener-

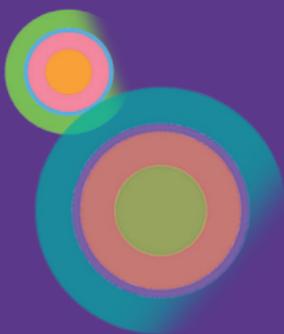


se activos físicamente y es bueno desde el punto de vista anímico que mantengan su actividad social y familiar. Al hospital hay que acudir con periodicidad para los tratamientos, que en más del 90% de los casos se pautan de forma ambulatoria en los hospitales de día y por tanto, el paciente vuelve en el mismo día a su domicilio. No hay que hacer dietas especiales salvo que su oncólogo o nutricionista se lo indiquen y no hay ningún riesgo de contagio o toxicidad para las personas que conviven con el enfermo.

12. ¿Qué se puede hacer cuando el tumor ya no responde a los medicamentos?

La investigación en nuevos fármacos es constante. Afortunadamente un porcentaje muy elevado de pacientes con cáncer de colon metastásico que ya no responden a la medicación registrada para este uso se hayan en buen estado general y nutricional, y pueden ser incluidos en ensayos clínicos con nuevos fármacos en desarrollo. Son nuevas oportunidades a valorar junto con su oncólogo. En los casos en que no es posible la participación en un ensayo, los equipos de oncología y de cuidados paliativos le ayudarán a controlar los síntomas producidos por la enfermedad.





Con el aval científico de:



Asociación de Pacientes
con Cáncer Colorrectal
**EuropaColon
España**



GRUPO DE TRATAMIENTO
DE LOS TUMORES DIGESTIVOS

06.14-APA-F40

Con la colaboración de:



www.roche.es