

CÁNCER colorrectal

Cáncer colorrectal ■■■■ CUESTIONES MÁS FRECUENTES



CON LA COLABORACIÓN DE:



CON EL AVAL CIENTÍFICO DE:

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica
www.seom.org



Cuestiones más frecuentes

INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

CÁNCER

colorrectal



Cuestiones más frecuentes
INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

© 2009 GRUPO EDITORIAL ENTHEOS, S.L.

Edita: **Entheos**

GRUPO EDITORIAL ENTHEOS, S.L.

Avenida Cerro del Águila, 2. Portal 3 - Planta 4 - Puerta 11

San Sebastián de los Reyes. 28703 Madrid

e-mail: entheos@editorialentheos.com

ISBN: XXX-XX-XXX-XXXX-X

D.L.: M-XXXXX-2008

Ilustraciones: Gerardo Gutiérrez

Diseño: Amparo Calle Reques

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

AUTORES

JUNTA DIRECTIVA EUROPACOLON ESPAÑA

Ángel Gracia Vicente

Carlos Hué

María Edith Ramiro

Luis Charro Martínez

Francisco Aguilera Ruiz

M^a Carmen Ríos Luna

COMITÉ MÉDICO ASESOR

Josep Taberner, *Oncólogo Médico*

Javier Sastre, *Oncólogo Médico*

Pilar García Alfonso, *Oncólogo Médico*

Jaime Feliú, *Oncólogo Médico*

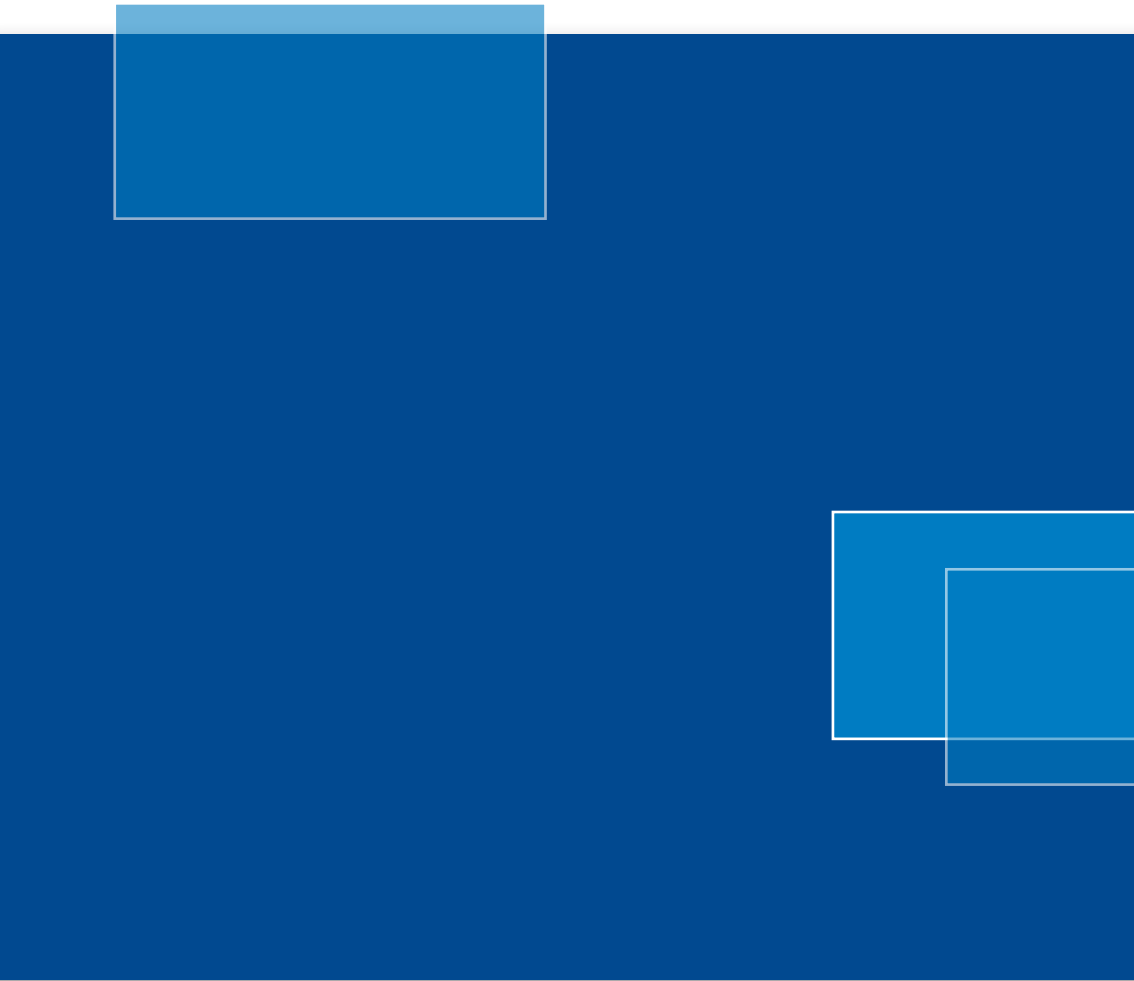
Eloy Espín, *Cirujano*

Eugeni Canals, *Radioterapeuta*

Antoni Castells, *Gastroenterólogo*

Joan Salo, *Gastroenterólogo*

Alberto Mata Juberías, *Cirujano*



ÍNDICE

PRESENTACIÓN. SEOM	5
PRÓLOGO. TTD	9
CUESTIONES	13
Información y relaciones de los pacientes	13
¿Qué es el cáncer?	15
¿Existen distintos tipos de tumores?	17
¿Por qué a mí?	18
¿Qué factores suponen un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal?	20
¿Por qué está aumentando el diagnóstico de esta enfermedad y, a menudo, en personas de menor edad?	23
¿Cuál es el mejor método para detectar cuanto antes el cáncer colorrectal?	24
¿Qué estudios se están desarrollando para encontrar formas mejores de prevenir y tratar el cáncer colorrectal?	28
¿Qué factores pueden afectar a la función sexual en los pacientes con cáncer?	28
¿Puede el médico romper el secreto profesional?	30
¿Qué pasaría?	31
¿Es normal sentir tristeza, ansiedad, rabia, miedo, soledad...?	31
¿Puedo caer en una depresión?	32
¿Hay que hablarles a nuestros familiares, amigos íntimos..., de lo que nos ocurre y cómo nos sentimos?, ¿es mejor no decirles nada y así no hacerles sufrir?	32

El cambio de carácter cuando padeces un cáncer colorrectal, ¿puede ser por miedo a la enfermedad o a los tratamientos?	33
El estrés, los disgustos, preocupaciones y problemas importantes de tipo psicológico, ¿pueden contribuir a originar un cáncer?	33
¿Cómo puede influir la alimentación en la aparición del cáncer colorrectal?	34
¿Qué debe conocer mi pareja sobre la enfermedad para ayudarme a hacerle frente?	35
Tratamientos	37
¿Se opera siempre el cáncer colorrectal?	37
¿Cómo es la operación?	38
¿Qué es la radioterapia?	41
¿Cuándo está indicada?	43
¿Qué es la quimioterapia y cuáles son sus aplicaciones?	44
¿Qué son los anticuerpos monoclonales?	47
¿Qué son las terapias individualizadas?	47
¿Hay un tratamiento a la medida de mi enfermedad?	48
¿Cuáles son los efectos secundarios de los tratamientos disponibles actualmente?	49
¿Cómo me sentiré cuando los recibo?	51
¿Qué secuelas dejan los tratamientos?	51
¿Qué consejos puedo seguir para reducir los trastornos digestivos asociados al tratamiento?	52
¿Debo cambiar mi alimentación?	54
¿Me darán el mejor tratamiento en cualquier hospital al que acuda?	54
¿Qué hábitos de vida son los recomendables para evitar el cáncer colorrectal?	55

¿Puedo hacer ejercicio estando operado de cáncer colorrectal?	
¿Mejorará mi estado de salud o está contraindicado?	
¿Conviene dejar pasar algo de tiempo para asimilar el tipo de operación y los tratamientos?	56
¿Existen nuevos tratamientos?	57
¿Tienen utilidad los tratamientos naturales: hierbas, homeopatía, etc.?	59
¿De verdad puedo confiar en el médico y en los tratamientos?	60
¿Es mejor ser atendido por equipos multiprofesionales?	60
¿Existen en cualquier hospital?	61
¿Es útil pedir un segundo diagnóstico?, ¿y operarse fuera de la provincia o de España?	61
¿Qué es un ensayo clínico?	62
¿Seré conejo de indias si me someto a uno?	63
Calidad de vida y supervivencia	65
¿Cuál es el futuro del cáncer?	65
¿Es posible que el médico me explique qué tipo de tratamiento me va a poner, cómo y por qué?	67
El oncólogo, ¿debe ser sincero conmigo?, me gustaría	68
¿Qué secuelas físicas deja la operación?	68
¿Qué puedo hacer para atajarlas?	70
¿Qué secuelas psicológicas deja la operación?	71
¿Pueden quedarme secuelas para siempre?	71
Y en mi trabajo, ¿cómo puede afectarme la enfermedad?	72
¿Cuál es el pronóstico de esta enfermedad?	72
¿Es posible realizar una vida normal con el cáncer?	73
¿Cuándo se considera curado el cáncer?, ¿debo ir a revisiones toda la vida?	73

¿Lo habrán cogido a tiempo o está muy extendido?	74
¿Cuántos años tendré buena calidad de vida?	75
¿De qué forma pueden influir las metástasis en mi calidad de vida?	76
Mi aspecto está cambiando y psicológicamente me siento débil, ¿cómo puedo hacer frente a estas nuevas emociones?	77
¿Me podré vestir normalmente?	77
Conozco a mucha gente que ha muerto. ¿Cuánto puedo vivir?	78
Si voy a morir, ¿pueden ayudarme a afrontar la situación? Necesito dejar muchas cosas aclaradas y preparar a mi familia para mi ausencia	78
¿Mi vida habrá terminado como pareja de cara a la sexualidad?	80
Tras cinco años, ¿disminuye el riesgo de tener recidiva?	81
¿Es importante la actitud que tenga en la evolución de la enfermedad?	81

LECTURAS RECOMENDADAS	83
DIRECCIONES WEB DE INTERÉS	87
DIRECCIONES DE INTERÉS	91

PRESENTACIÓN

El cáncer es una de las enfermedades actuales de más relevancia por su incidencia, prevalencia y mortalidad. El cáncer es la primera causa de muerte en España, y es por tanto un problema de salud prioritario.

Uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres serán diagnosticados de cáncer a lo largo de su vida. El envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de los enfermos de cáncer, han supuesto un aumento significativo del número de pacientes con esta patología. Cada año su incidencia aumenta en nuestro país, pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja los avances en el diagnóstico precoz y el tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer colorrectal es la segunda causa de mortalidad por cáncer en hombres y mujeres, después de los tumores de pulmón en hombres y los de mama en mujeres. Es el tercer tipo de tumor más diagnosticado en España y la mortalidad continúa siendo elevada. Sin embargo, en los últimos diez años se ha doblado la media de supervivencia del cáncer colorrectal avanzado, gracias al diagnóstico precoz y a la aparición de nuevos fármacos.

El incremento de la detección precoz es uno de los objetivos fundamentales de la SEOM. En los casos de cáncer de mama y cáncer colorrectal han demostrado su eficacia para detectar a tiempo la enfermedad y que las posibilidades de curación sean máximas gracias también a los nuevos tratamientos oncológicos. Las posibilidades de curación de los tumores colorrectales cuando se diagnostican a tiempo hacen más importante si cabe esa concienciación social, que puede evitar diagnósticos en fases avanzadas.

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) es una sociedad científica comprometida con la población y sus pacientes. La SEOM participa activamente en la prevención del cáncer, mediante la promoción de iniciativas de divulgación sanitaria y de prevención dirigidas a la población general, como la edición de publicaciones.

Con estas páginas los lectores van a estar más informados sobre el cáncer de colon. El conocimiento es fundamental a la hora de preve-

nir esta enfermedad, tanto el de los factores de riesgo, para evitarlos, como el de los síntomas para facilitar la detección precoz.

Esta publicación hace un repaso práctico y didáctico del cáncer colorrectal, atendiendo los aspectos psicológicos de la enfermedad, deteniéndose en los tratamientos y sin olvidar las consideraciones nutricionales. De este modo se pretende responder a las cuestiones más frecuentes que se puede plantear un paciente con cáncer colorrectal.

Ramón Colomer
Presidente SEOM 2007-2009

PRÓLOGO

Los cánceres del aparato digestivo junto con los de mama y pulmón, constituyen el 80%-90% de todos los procesos tumorales malignos.

Dentro de estos tumores, el cáncer colorrectal es el tumor con más incidencia en la población adulta (si sumamos hombres y mujeres). Pese a estos datos, hay que destacar que el cáncer de colon reúne diversas características que hace que se trate de uno de los tumores posiblemente más prevenibles, y, si se la detecta precozmente, curable; por lo que uno de los retos actuales es trabajar en el diagnóstico precoz y en la prevención.

Gracias al conocimiento de la biología del cáncer e identificación de nuevas dianas, el tratamiento médico del cáncer ha evolucionado de manera importante en los últimos años.

La velocidad con que se incorporan mejoras en el tratamiento contra el cáncer varía de unos tumores a otros. En el caso del cáncer colorrectal metastático, podemos afirmar que es uno de los tumores que más ha modificado sus posibilidades terapéuticas en esta última década, pasando de ser considerada una enfermedad quimiorresistente (resistente a la quimioterapia) a ser quimiosensible.

Hasta hace unos años, sólo disponíamos de un único fármaco, para el tratamiento del cáncer de colon avanzado. Posteriormente aparecieron medicamentos que en su día denominamos “nuevos” fármacos quimioterápicos y recientemente se han incorporado los tratamientos biológicos diseñados contra dianas moleculares que aumentan la especificidad y la eficacia de los tratamientos antitumorales. El hecho de tener un amplio abanico de fármacos útiles para tratar este cáncer nos permite poner otro tratamiento diferente si el tumor crece y volver a controlar el crecimiento de las células neoplásicas.

La investigación traslacional es hoy un elemento fundamental en el progreso de la oncología. El mayor conocimiento de la biología molecular, nos está permitiendo conocer factores biológicos que nos pueden predecir el pronóstico del tumor que tiene el paciente, así como si va a responder, y en qué medida, al tratamiento que se le administra y los efectos secundarios que pueden aparecer en los enfermos con los distintos tratamientos que vamos a utilizar.

Esto nos está permitiendo llevar a cabo una selección individualizada y adecuar el tratamiento que vamos a utilizar a las características moleculares de las células tumorales que tiene cada paciente.

La aparición de los nuevos fármacos junto con el enfoque multidisciplinario que ofrecen los servicios de oncología en nuestro país, mediante una rigurosa coordinación entre los tratamientos de los diferentes especialistas (oncólogos médicos, patólogos, radiólogos, cirujanos y oncólogos radioterápicos), involucrados en esta patología, ha hecho que, en los últimos años vaya cambiando la historia natural de este tumor.

Con el avance terapéutico de los últimos años, se ha conseguido aumentar el tiempo que el tumor está sin progresar, incrementar la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, así como mejorar un aspecto importante: la calidad de vida de los mismos.

Gran parte de estos avances ya han sido extrapolados al tratamiento complementario tras la cirugía y los resultados han sido considerados uno de los avances más importantes en clínica oncológica en la última década por el impacto socio-sanitario que ha tenido el aumento de curaciones debido a la gran incidencia del tumor.

En otro sentido, uno de los aspectos más importantes que ha aportado la Oncología en los últimos años al mundo científico ha sido la metodología del Ensayo Clínico, que sin lugar a dudas, ha constituido una herramienta fundamental en el avance terapéutico.

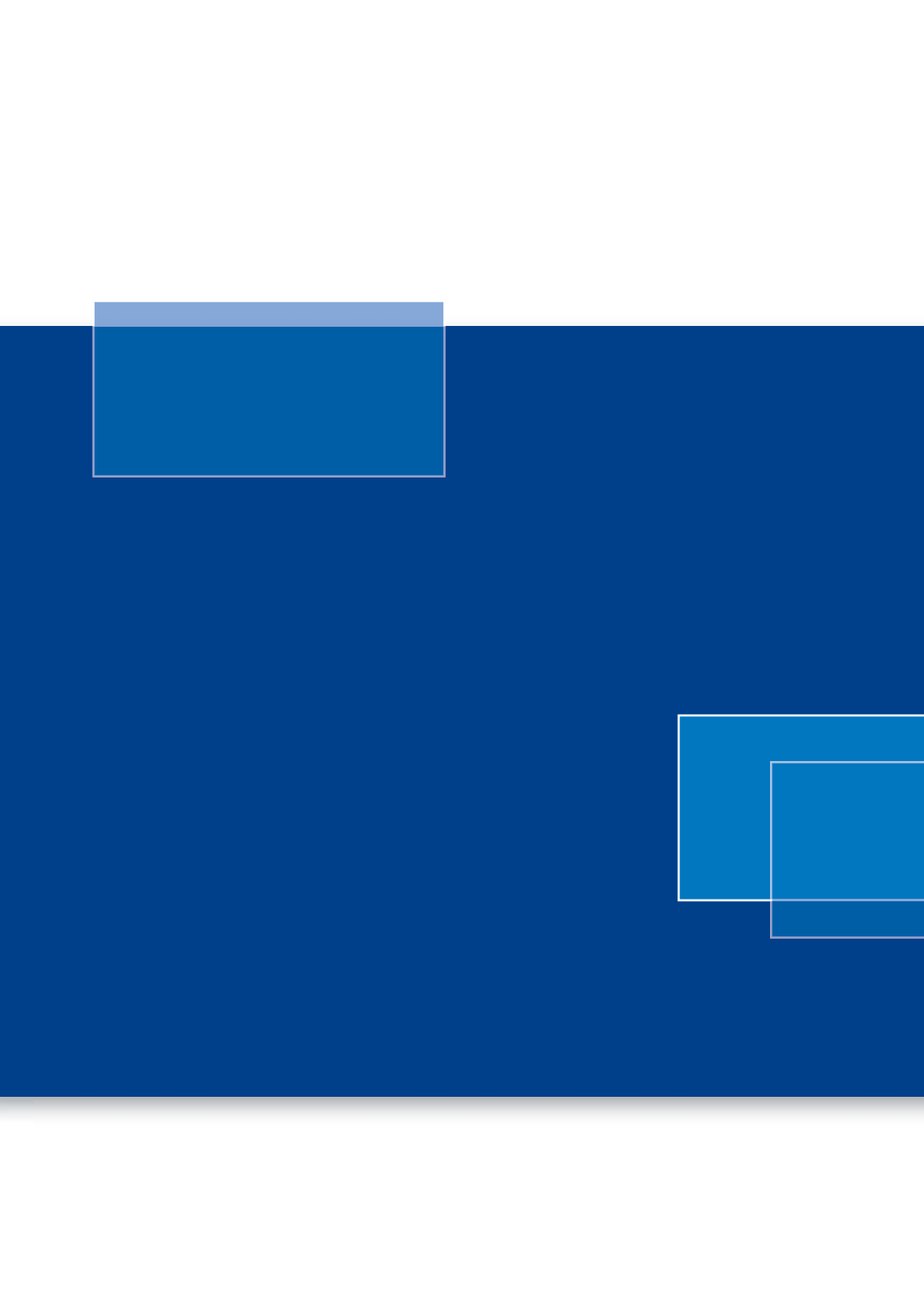
Para seguir avanzando en la búsqueda de las mejores opciones terapéuticas y conseguir un tratamiento individualizado para cada caso, es necesario desarrollar una buena investigación clínica y básica-aplicada.

Actualmente, la investigación clínica en nuestro país se encuentra en un momento de auge y el número de ensayos clínicos ha seguido una evolución creciente en los últimos años. Un porcentaje importante de estos ensayos son impulsados por investigadores y Grupos Cooperativos. El papel de estos Grupos, organizados por áreas de conocimiento e interés común, es esencial para fomentar una investigación independiente de calidad.

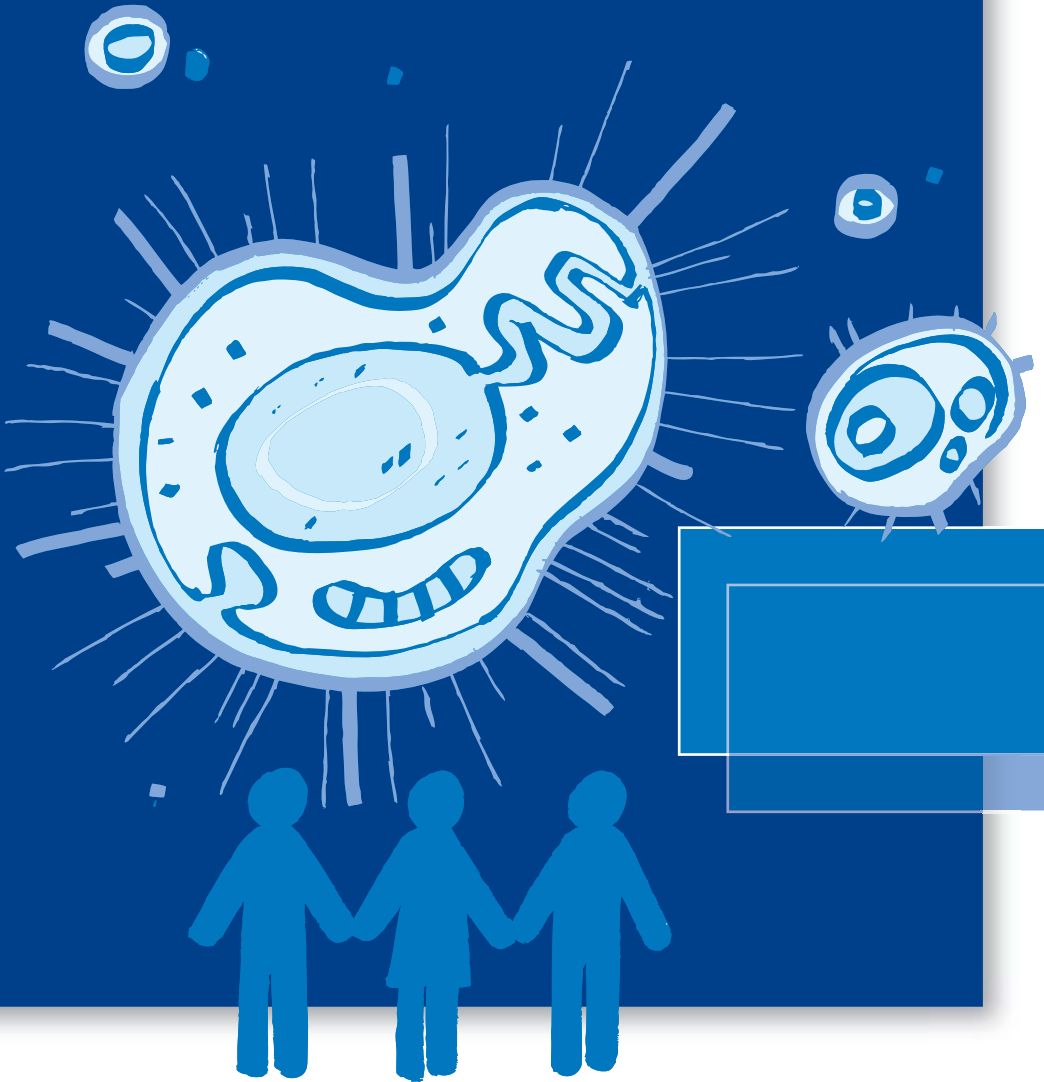
Esta guía divulgativa ha sido editada con el objetivo de difundir la máxima y más actualizada información sobre el cáncer colorrectal, tanto en materia de prevención como en cuanto a tratamiento y control y que responda a las cuestiones habitualmente planteadas y que más preocupan a los afectados por esta enfermedad.

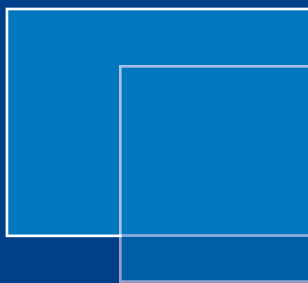
Quisiera finalizar estas líneas, expresando mi más sincero agradecimiento a todas las personas, profesionales e instituciones involucradas en la lucha contra el cáncer, y animar a los pacientes y a sus familiares a que entre todos sigamos luchando y arrancarle peldaño a peldaño unas mayores tasas de curación para esta enfermedad.

Dr. Enrique Aranda
Presidente del Grupo TTD



CUESTIONES



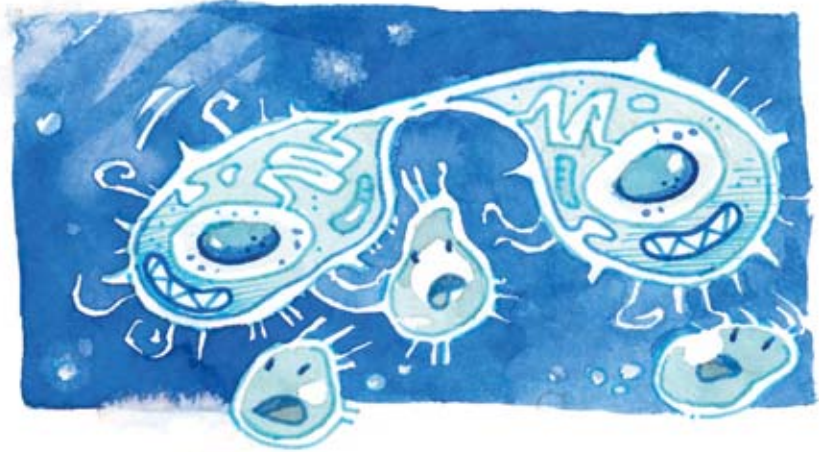


Información y relaciones de los pacientes

¿Qué es el cáncer? — — —

El término cáncer engloba una serie de enfermedades caracterizadas porque un conjunto de células de una parte del cuerpo empieza a crecer sin control. En condiciones normales, las células se dividen y crecen siguiendo un orden y regulación y permanecen en el área donde se han originado. La división celular está regulada por una serie de mecanismos de control contenidos dentro del ADN, que indican a la célula el momento en el que debe empezar a dividirse y cuándo debe parar el proceso. La pérdida del correcto funcionamiento de este sistema puede desencadenar el crecimiento celular desordenado y conducir a lo que se conoce como carcinogénesis, que es la capacidad que adquiere la célula de multiplicarse incontroladamente e invadir otros órganos. Una célula normal pasa a convertirse en cancerosa como consecuencia de una mutación, que es una alteración en





los genes del ADN. Este daño puede ser por un aumento de los genes que estimulan la división de las células o por una pérdida de función de genes que frenan el proceso.

Los agentes cancerígenos son sustancias capaces de producir una alteración celular que conlleve al inicio de la carcinogénesis. Existe una primera fase en la que estos agentes producen una alteración en uno o más genes contenidos en el ADN de la célula. La mayoría de las veces en las que se daña el ADN la célula muere o repara el daño provocado en el material genético. Las células cancerígenas escapan de este mecanismo y, como consecuencia, se inicia la división de una célula con una alteración en el ADN. Las células resultantes heredarán el mismo daño genético que su antecesora. Para que se pueda desarrollar un cáncer deberán actuar sobre estas células nuevos agentes cancerígenos. A medida que se suma el efecto de los diferentes agentes cancerígenos también se irán sumando las mutaciones en el ADN, y la célula se irá volviendo más inmadura.

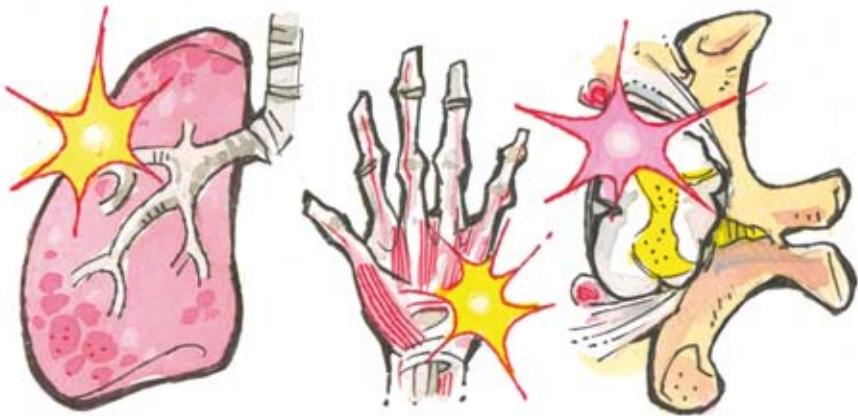
Esta célula inmadura tendrá una forma, tamaño y función diferente a las del resto del órgano del que procede, de manera que continúa creciendo, dividiéndose y rodeando a las células normales cercanas, adquirien-

do la capacidad de invadir otros tejidos y liberando parte de las mismas al torrente sanguíneo o linfático. De este modo logran establecerse en otras localizaciones distintas a aquellas en las que se encontraba el tumor inicialmente (tumor primario). Cuando esto ocurre se habla de metástasis. Esta capacidad de desarrollar lesiones en órganos a distancia es la característica que define al cáncer.

Cada tipo de tumor tiene cierta preferencia para formar metástasis en determinados órganos. En el caso del cáncer colorrectal, existe mayor tendencia a formar metástasis en hígado, pulmón y peritoneo. El tipo de cáncer se define por el tejido u órgano a partir del que se ha formado. A modo de ejemplo, un cáncer de colon que ha dado lugar a metástasis en el pulmón sigue tratándose como un cáncer de colon y no pulmonar.

¿Existen distintos tipos de tumores? — — —

Los tumores se agrupan por el tipo de tejido que les dio origen. Se entiende por carcinoma todos aquellos tumores que se originan a partir de células epiteliales, es decir, las que se encuentran recubriendo la superficie de órganos y glándulas. Los carcinomas suponen aproximada-



mente el 80% de todos los cánceres, siendo los más frecuentes los de mama, colon, pulmón, próstata, páncreas y estómago, entre otros. Los sarcomas, sin embargo, son tumores que se forman a partir del tejido conjuntivo del que derivan cartílagos, hueso, músculo, tejido graso... Finalmente, leucemias y linfomas son tumores que provienen de la médula ósea y el tejido linfático, respectivamente.

De igual modo, en el proceso de transformación de las células normales en cancerosas, éstas van perdiendo en cierto grado su capacidad de diferenciación o especialización en sus funciones y van adquiriendo características atípicas y con mayor capacidad de crecimiento o proliferación. Estos cambios morfológicos permiten clasificar a los tumores en grados. Así, cuanto más indiferenciados están del tejido del que proceden, mayor grado y agresividad adquieren.

Existe además la posibilidad de clasificar este tipo de enfermedades según sus características moleculares mediante técnicas más complejas cuya aplicación a la práctica clínica todavía es limitada aunque progresiva. En definitiva, se podría decir que pueden definirse tantos tipos de cánceres como enfermos puesto que cada uno consta de sus propias alteraciones moleculares y celulares. Sin embargo, la agrupación de los mismos en función de las características descritas permite establecer unas pautas para definir la evolución, pronóstico y tratamiento.

¿Por qué a mí?

Las causas exactas que provocan el cáncer todavía no son bien conocidas. Sin embargo, en la mayoría de casos existen factores relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar cierto tipo de tumores. Es lo que se conoce como factor de riesgo: la circunstancia o condición que incrementa las posibilidades de contraer una enfermedad en aquel que la presenta. La población expuesta a un determinado factor



de riesgo tiene más probabilidades de padecer cierto tipo de cáncer. Aun así, estos factores no siempre “causan” la enfermedad. Además, para el desarrollo de un tumor se necesita la actuación conjunta de diversos factores. Por ejemplo, no todos los fumadores desarrollarán un cáncer de pulmón; se necesitan otras circunstancias (como una posible predisposición genética, exposición a otros tóxicos...) que se sumen al hecho de fumar para desarrollar un cáncer de pulmón. Tampoco todos los pacientes que desarrollen un determinado tumor habrán estado expuestos al factor de riesgo. Siguiendo con el mismo ejemplo, un 10% de los pacientes que padecen un cáncer de pulmón no ha fumado nunca. La importancia de identificar los posibles factores de riesgo relacionados con cada tipo de tumor radica en que se puede actuar sobre los mismos para prevenir el desarrollo tumoral. Ésta sería la base para el desarrollo de lo que se conoce como medidas de *prevención primaria*.

Dado ese desconocimiento sobre las causas reales, es importante saber que todos somos posibles candidatos a contraer la enfermedad, incluso siguiendo pautas o hábitos de vida saludables. Por ello es importante

conocer y observar los signos que nos puedan alertar para consultar cuanto antes, puesto que de la celeridad del diagnóstico del cáncer depende en buena parte un mejor resultado del tratamiento.

¿Qué factores suponen un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal? — — —

- **Edad:** son más frecuentes a partir de los 50 años.
- **Hábitos tóxicos:** los fumadores tienen entre un 30 y un 40% más de posibilidades de padecer un cáncer colorrectal que aquellos que no lo son. El alcohol, asimismo, se relaciona con una mayor incidencia.
- **Dieta:** se ha descrito una posible relación entre el desarrollo de este tipo de tumor y las dietas ricas en grasas y/o hipercalóricas y que contengan poca fibra, fruta y verdura.
- **Ejercicio:** un estilo de vida sedentario se puede asociar a un incremento en las posibilidades de padecer cáncer colorrectal. Por el contrario, aquellas personas que practican ejercicio regularmente tendrían un riesgo menor.



— Enfermedades o condiciones predisponentes:

– *Pólipos*: son sobrecrecimientos que sobresalen de la pared interna de colon o recto, relativamente comunes también en personas de mediana edad. Pueden ser tumores benignos con potencial maligno (adenomas tubulares, vellosos o tubulo-vellosos) o no cancerosos (hiperplásicos o inflamatorios). En el caso de los pólipos neoplásicos, a mayor tamaño, mayor es el riesgo de desarrollar un cáncer sobre los mismos. Por tanto, la detección y erradicación de éstos es una herramienta más para la prevención del cáncer colorrectal.

– *Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn*: la primera es una enfermedad que causa inflamación y úlceras en la superficie del colon. La enfermedad de Crohn provoca una inflamación crónica del tracto gastrointestinal, más frecuentemente a nivel del intestino

delgado. Los pacientes que padecen una de estas dos enfermedades tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.



— **Cáncer colorrectal previo**: quienes ya lo han padecido tienen mayores probabilidades de presentar cáncer por segunda vez; de ahí la importancia del seguimiento.

— **Factores genéticos o familiares**: se estima que uno de cada cuatro pacientes con cáncer de colon tiene un familiar también afectado. Sin embargo, sólo en un 10% de los casos existe un componente hereditario.



– *Factores familiares*: la incidencia de tumores colorrectales es mayor en aquellas personas con uno o varios familiares diagnosticados de cáncer colorrectal, fundamentalmente si se trata de familiares de primer grado (padres, hermanos...) y si la edad de presentación es inferior a 50 años.

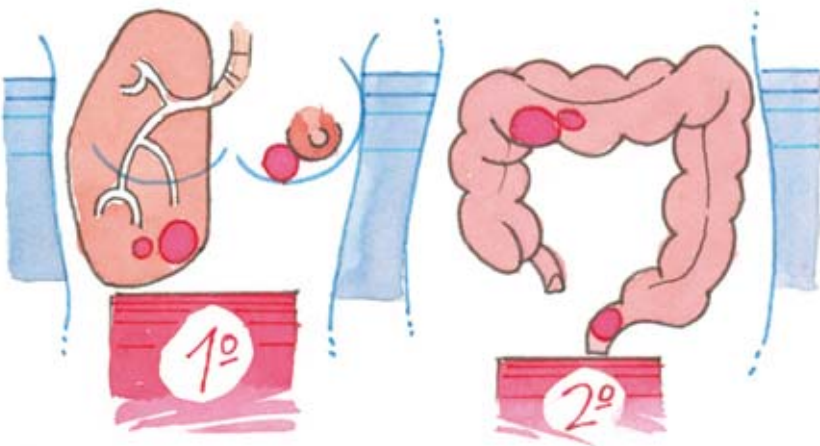
– *Factores genéticos*: algunos síndromes genéticos aumentan el riesgo de padecer cáncer colorrectal. A destacar:

- *Poliposis colónica o adenomatosa familiar*: se trata de una enfermedad hereditaria que supone la causa de 1 de cada 100 casos de cáncer colorrectal. Estos pacientes presentan múltiples pólipos a nivel de colon o recto, generalmente en número superior a 100. Entre ellos, la gran mayoría desarrollará la enfermedad antes de los 50 años. La detección del gen APC permite el diagnóstico de esta entidad. En estos casos es recomendable estudiar a los familiares y asesorarles sobre el riesgo de padecer cáncer y la necesidad de un seguimiento estrecho. El único tratamiento posible es la cirugía.
- *Cáncer colorrectal hereditario no polipósico*: en torno al 3-5% de los casos de cáncer colorrectal se pueden explicar por esta enfermedad. Consiste en el desarrollo prematuro del tumor asociándose, en la mayoría de casos, a tumores en colon y/o recto en distintas localizaciones o bien en otros órganos como endometrio, estómago, páncreas, ovario... En líneas generales, se podría decir que esta enfermedad se debe a la acumulación de errores en el proceso de copia del ADN. Este fenómeno

no se describe como *inestabilidad de microsatélites*. El diagnóstico se basa en la historia familiar en la que tres o más familiares se encuentren afectados de algún tumor de los previamente descritos, un mínimo de dos generaciones seguidas estén afectadas y uno de los familiares haya presentado la enfermedad antes de los 50 años.

¿Por qué está aumentando el diagnóstico de esta enfermedad y, a menudo, en personas de menor edad? — — —

El cáncer colorrectal supone el 10-15% de todos los tumores (en los países occidentales se trata del segundo tumor en incidencia por detrás del cáncer de pulmón en el hombre y el de mama en la mujer). El aumento del número de diagnósticos puede deberse a distintos motivos. Por un lado, los hábitos dietéticos y estilo de vida han podido jugar cierto papel. Asimismo, la mayor longevidad de la población y el reciente desarrollo de mejores técnicas diagnósticas, que han permitido detectar y tratar estos tumores en su fase más inicial, han supuesto que este tipo de cáncer se diagnostique con mayor frecuencia y también a edades más tempranas.



¿Cuál es el mejor método para detectar cuanto antes el cáncer colorrectal?

Los pacientes con determinadas enfermedades o condiciones predisponentes pueden beneficiarse de un programa de vigilancia: medidas de diagnóstico precoz o *screening*. Consiste en realizar un análisis de sangre oculta en heces y/o una colonoscopia para diagnosticar el tumor en una etapa inicial o precoz en personas que no tienen ningún síntoma y presentan determinados factores de riesgo.

El proceso diagnóstico se inicia con un correcto interrogatorio, en el que el médico recogerá información acerca de los antecedentes médicos personales y familiares, y una exploración física completa de todos los sistemas. La información obtenida en ambos procesos ayudará a dirigir el tipo de exploraciones complementarias que se deben realizar para completar el diagnóstico.



Los síntomas que manifiestan los pacientes son claves, aunque la mayoría de estas manifestaciones clínicas que explica un enfermo no tienen relación con el diagnóstico de cáncer. Sin embargo, la persistencia del síntoma o el empeoramiento con el paso del tiempo, la asociación con pérdida de peso o dolor, etc., debe hacer pensar al médico en la posibilidad de un cáncer. En el cáncer colorrectal son frecuentes la alteración de ritmo intestinal (estreñimiento o dia-



rea) o la visualización de sangre en las heces. Ante estos síntomas y signos es necesario acudir al médico para descartar la posibilidad de un cáncer de recto o de colon.

A día de hoy disponemos de una amplia gama de métodos diagnósticos o pruebas complementarias encaminadas a diagnosticar el cáncer:

- **Analítica:** el hemograma puede mostrar si existe anemia, siendo éste un signo indirecto de sangrado. La bioquímica sanguínea puede orientar sobre la función de órganos como el hígado o el riñón.
- **Prueba de sangre oculta en heces:** se trata de una prueba para detectar sangre en la materia fecal, lo que puede indicar la presencia de pólipos o cáncer.
- **Marcadores tumorales:** los marcadores tumorales son sustancias que a menudo pueden descubrirse en cantidades mayores que las normales en la sangre, orina o tejidos del cuerpo de algunos pacientes con ciertos tipos de cáncer. Los marcadores tumorales son producidos por el propio tumor o por el cuerpo como respuesta a la presencia de cáncer o ciertas condiciones benignas (no cancerosas). La medición del nivel de los marcadores tumorales puede ser útil,

cuando se utiliza junto con radiografías y otras pruebas, para la detección y el diagnóstico de algunos tipos de tumores. Es importante considerar que los marcadores tumorales pueden ser normales en un paciente con cáncer y que no todos los tumores pueden producir una elevación de marcadores.

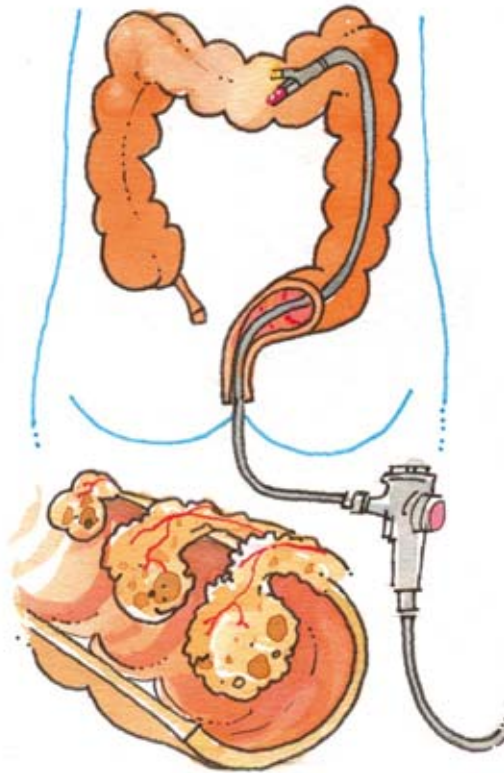
— **Colonoscopia:** la colonoscopia consiste en la introducción de un aparato que dispone de una luz al final y que permite visualizar el interior del colon y recto y tomar biopsia si se requiere de las lesiones observadas. Mediante esta técnica, también se pueden resear pólipos si no son muy grandes.

— **Exploraciones radiológicas:**

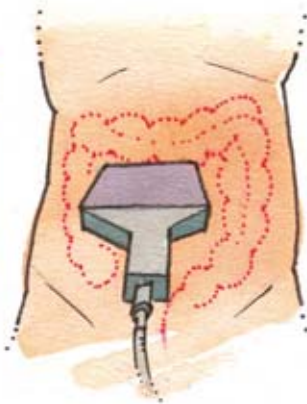
— *Enema opaco:* consiste en la administración de un contraste de bario por el ano. Este contraste muestra la silueta de colon y recto. Puede detectar lesiones de un tamaño determinado. Si se ha realizado una colonoscopia completa no es necesario hacer un enema opaco.

— *Ecografía abdominal o abdomino-pélvica:* se basa en los ultrasonidos. Es útil para estudiar el hígado, saber si hay líquido libre en el abdomen o detectar masas en el abdomen o la pelvis.

— *Escáner (tomografía axial computerizada o TAC) de tórax y/o abdomen:* aporta información sobre extensión local, si existen metástasis en el hígado, pulmón, etc.

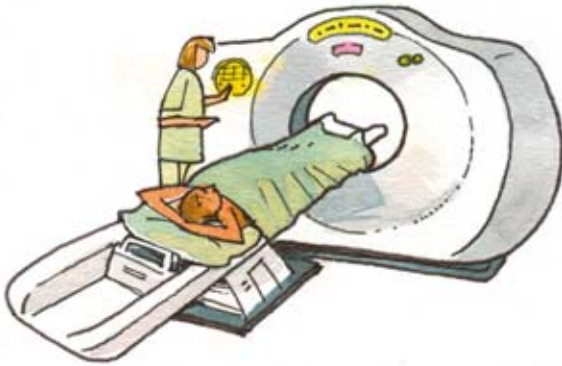


- *Resonancia abdominal*: es una técnica diferente al TAC, que se suele hacer cuando existen hallazgos en el escáner que precisan exploraciones complementarias. Es fundamental para la correcta estadificación del cáncer de recto.



- *Ecografía endoscópica*: en ella se combina la técnica endoscópica con un transmisor de ultrasonidos y produce una imagen (ecografía). Es de gran utilidad para el diagnóstico preoperatorio del cáncer de recto.

- *Tomografía de emisión de positrones (PET)*: es una prueba de medicina nuclear, que consiste en inyectar un contraste marcado con una sustancia radioactiva y medir la emisión de unas partículas llamadas positrones dando una visión global del cuerpo y mostrando si hay afectación de la enfermedad colorrectal a distancia.



- **Laparoscopia**: es una técnica que consiste en introducir un endoscopio en la cavidad abdominal, a través de unos orificios que hace el cirujano en la pared abdominal. En raras ocasiones se llega a esta maniobra con el único fin de establecer el diagnóstico. Suele emplearse como técnica quirúrgica para extirpar ciertos tumores en esta área.

¿Qué estudios se están desarrollando para encontrar formas mejores de prevenir y tratar el cáncer colorrectal? — — —



Para prevenir el cáncer colorrectal es importante tomar conciencia del mismo y llevar a cabo una “dieta mediterránea”, evitando el sedentarismo y el sobrepeso. Se están llevando a cabo estudios de profilaxis secundaria en población de riesgo con algunos fármacos, pero aún no hay resultados como para recomendar su uso. Para mejorar el tratamiento se están investigando numerosos fármacos biológicos que, junto con la quimioterapia, podrían incrementar la supervivencia de los pacientes con tumores diseminados en el futuro.

¿Qué factores pueden afectar a la función sexual de los pacientes con cáncer? — — —

La propia enfermedad, la edad, los tratamientos y los aspectos psicológicos que la rodean pueden afectar a la función sexual de los pacientes y a sus relaciones de pareja. La sexualidad forma parte de la vida cotidiana, pero a pesar de ello, y quizá por un pudor mal entendido, es un tema que no suele plantearse en la consulta médica.

Los problemas sexuales de cada pareja deben ser individualizados, consultados y tratados desde una óptica personalizada. Se puede seguir manteniendo una vida sexual activa adaptada a cada situación particular y a cada momento de la enfermedad.

Algunas recomendaciones generales:

- La actitud personal positiva es fundamental.
- Discutir en la consulta médica o de enfermería las dudas particulares de cada caso para disipar miedos, dudas o preocupaciones. Es recomendable la presencia de ambos miembros de la pareja.
- Restablecer una buena comunicación con la pareja, si las circunstancias que rodean a la enfermedad la han dificultado de forma transitoria.
- No existe el menor peligro de contagiar a la pareja. El cáncer no es contagioso.
- La mayoría de los problemas de índole físico o psicológico pueden tener tratamiento. La disfunción eréctil, la sequedad vaginal o la falta de apetito sexual son problemas habituales que tienen tratamiento.
- No permita que dudas no consultadas enturbien su relación de pareja.





¿Puede el médico romper el secreto profesional? — — —

La Ley de Autonomía del Paciente establece que el paciente es el propietario de sus datos sanitarios. Por ello, solamente en el caso de que el paciente lo permita de manera expresa o tácita podría hacerse entrega de dichos datos sanitarios a terceras

personas (familiares o personas allegadas al paciente). Así pues, el médico no puede suministrar información médica a terceras personas no vinculadas familiar o afectivamente con el paciente sin su permiso expreso. Aunque en buena lógica el médico también debería recabar permiso explícito, es decir, por escrito, para poder informar a los familiares, sin embargo, debido a que la Ley admite la figura ambigua del acuerdo tácito, los médicos interpretan, con frecuencia, que se puede facilitar información a los familiares más próximos. Por ello, en caso de que el paciente no desee que se informe a sus familiares, conviene que se lo haga saber al médico.

Por otra parte, el médico debe romper el secreto profesional si sospecha que ha existido un acto violento o delictivo (debe dar parte al juez) o cuando existe un riesgo para la salud pública (enfermedad contagiosa). Igualmente conviene señalar que se admite que en enfermedades graves se puede revelar a los allegados la información necesaria para asegurar la mayor calidad de los cuidados, aunque en esta información no deben incluirse aspectos sobre el diagnóstico o el pronóstico.

¿Qué pasaría? — — —

Si el médico rompe el secreto profesional en un supuesto no contemplado por la normativa vigente incurre en responsabilidad legal y corresponde al juez valorar la gravedad del delito.

¿Es normal sentir tristeza, ansiedad, rabia, miedo, soledad...? — — —

El enfermo al que se le ha diagnosticado un cáncer de colon entra en una serie de fases que, de no tener el apoyo necesario médico y familiar, le serán muy difíciles de asimilar. El médico, en primer lugar, debe de hacer llegar la noticia de forma real, sin tapujos y consciente de cómo se recibe, para poderla hacer más asumible. De esta forma el paciente se dará cuenta de que no está solo y de que tiene todo el apoyo necesario. Tras ese primer paso, el enfermo puede tener todos esos sentimientos pero inmediatamente se dirigirá a los médicos y familiares, de los que recibirá el apoyo moral necesario para hacer más llevadero el camino a recorrer y para plantarle cara a la enfermedad.

Los tratamientos de radioterapia o quimioterapia son, asimismo, un escollo que debe soportar el paciente, desde la óptica de la necesidad imperante de sufrirlos, puesto que es la terapia médica necesaria para



combatir con éxito la enfermedad. Por eso, lejos de abatirse ante las secuelas de cada uno de los tratamientos recibidos, se debe “crecer”, en la convicción de que es necesario pasar por estos momentos para llegar a un buen fin. Es fundamental un enfoque en **POSITIVO**.

¿Puedo caer en una depresión? — — —

Sin el apoyo necesario y si no se está percibiendo que se está avanzando en la curación, más que depresión lo que se puede observar en el enfermo es desesperación, puesto que está convencido de que no se curará y de que nada puede hacer él mismo. De ahí la necesidad de una perfecta y amplia información para que sepa sobreponerse en los momentos depresivos o de baja autoestima. Éste es otro de los aspectos que los profesionales deben observar con atención. La enfermedad debe de ser tratada en las dos aristas que presenta: la patología clínica del cáncer de colon y el estado psíquico al que se ven abocados el paciente y sus familiares.



¿Hay que hablarles a nuestros familiares, amigos íntimos..., de lo que nos ocurre y cómo nos sentimos?, ¿es mejor no decirles nada y así no hacerles sufrir? — — —

La enfermedad debe compartirse entre los que nos rodean y nos quieren. No es un hecho que deba ocultarse ni producir vergüenza alguna, sino aceptarse en la familia y prepararnos para su-

perarlo entre todos. Es posible que haya que modificar la rutina diaria y que cambien nuestras necesidades, por lo que debemos estar listos para ayudar en equipo y ganar.

El cambio de carácter cuando padeces un cáncer colorrectal, ¿puede ser por miedo a la enfermedad o a los tratamientos? — — —

Ambas cosas afectarán, pero si consideramos el tratamiento como herramienta para vencer la enfermedad, los trastornos serán más soportables. Es fundamental estar preparado para evitar otros problemas secundarios que puedan surgir como consecuencia: dificultades en cumplir el horario de trabajo, en realizar actividades que antes hacíamos... Pedir ayuda y anticiparse a ello sin reparo es fundamental para que no nos afecten ya que, en este momento de nuestra vida, los temas rutinarios no son lo más importante.

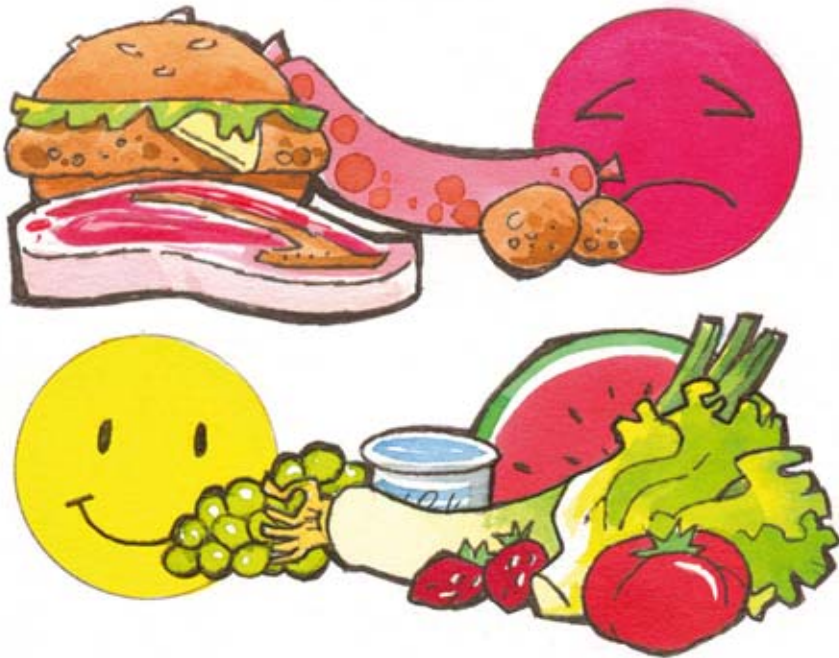


El estrés, los disgustos, preocupaciones y problemas importantes de tipo psicológico, ¿pueden contribuir a originar un cáncer? — — —

No existe una base científica que permita afirmar que el estrés, preocupaciones y problemas sean capaces de originar un cáncer.

¿Cómo puede influir la alimentación en la aparición del cáncer colorrectal? — — —

La evidencia sobre el efecto de la dieta en el desarrollo del cáncer colorrectal deriva de las diferencias en la frecuencia de aparición de este cáncer en las diversas áreas geográficas: en los países occidentales el riesgo es mayor. Sin embargo, a pesar de la constatación de estos hechos desde hace décadas, aún no ha sido posible determinar de manera precisa qué alimentos o nutrientes son los principales responsables de ello.



La mayoría de estudios disponibles muestran que la ingesta total de carne no se asocia a un mayor riesgo de cáncer colorrectal, pero sí el consumo de carne roja (ternera, cerdo, cordero, etc.) y de carne procesada (embutidos, bacón, salchichas, etc.), en especial cuando el grado

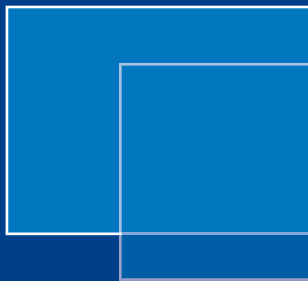
de cocción es muy elevado o se ha cocinado en contacto directo con el fuego (barbacoa).

Aunque existen estudios con resultados contradictorios, en general se acepta que una dieta rica en fibra, vegetales y fruta disminuye el riesgo de cáncer colorrectal. Este mismo efecto protector también se ha sugerido en relación con la leche y otros productos lácteos.

¿Qué debe conocer mi pareja sobre la enfermedad para ayudarme a hacerle frente? — — —

Debe saber lo máximo posible, teniendo en cuenta sus posibilidades, ya que la mayoría no somos capaces de comprender términos médicos ni reaccionamos igual ante las dificultades. Debemos pedir lo que necesitamos a nuestra pareja, sin exigir respuestas que no pueda darnos; pero sí esperamos que esté listo para apoyarnos con cariño, que se involucre, pregunte y nos anime.





Tratamientos

¿Se opera siempre el cáncer colorrectal? — —

La cirugía es el tratamiento más efectivo para la curación del cáncer colorrectal y se debe ofrecer como primera opción cuando el paciente presente unas condiciones físicas adecuadas para ello, lo que constituye cerca del 90% de los casos.

Cuando no sea posible realizarla se puede intentar realizar cirugía paliativa u otros tratamientos paliativos (endoscopia, radioterapia, cirugía local, etc.).



Además de su papel en el tratamiento curativo, la cirugía tiene un papel importante tanto en el diagnóstico y estadiaje, como en el tratamiento paliativo de esta enfermedad. Los objetivos de la cirugía son: la resección del segmento de colon o recto afectados con márgenes adecuados, la resección de los ganglios que drenan el segmento digestivo involucrado y la reconstrucción intestinal, siempre que ésta sea posible.

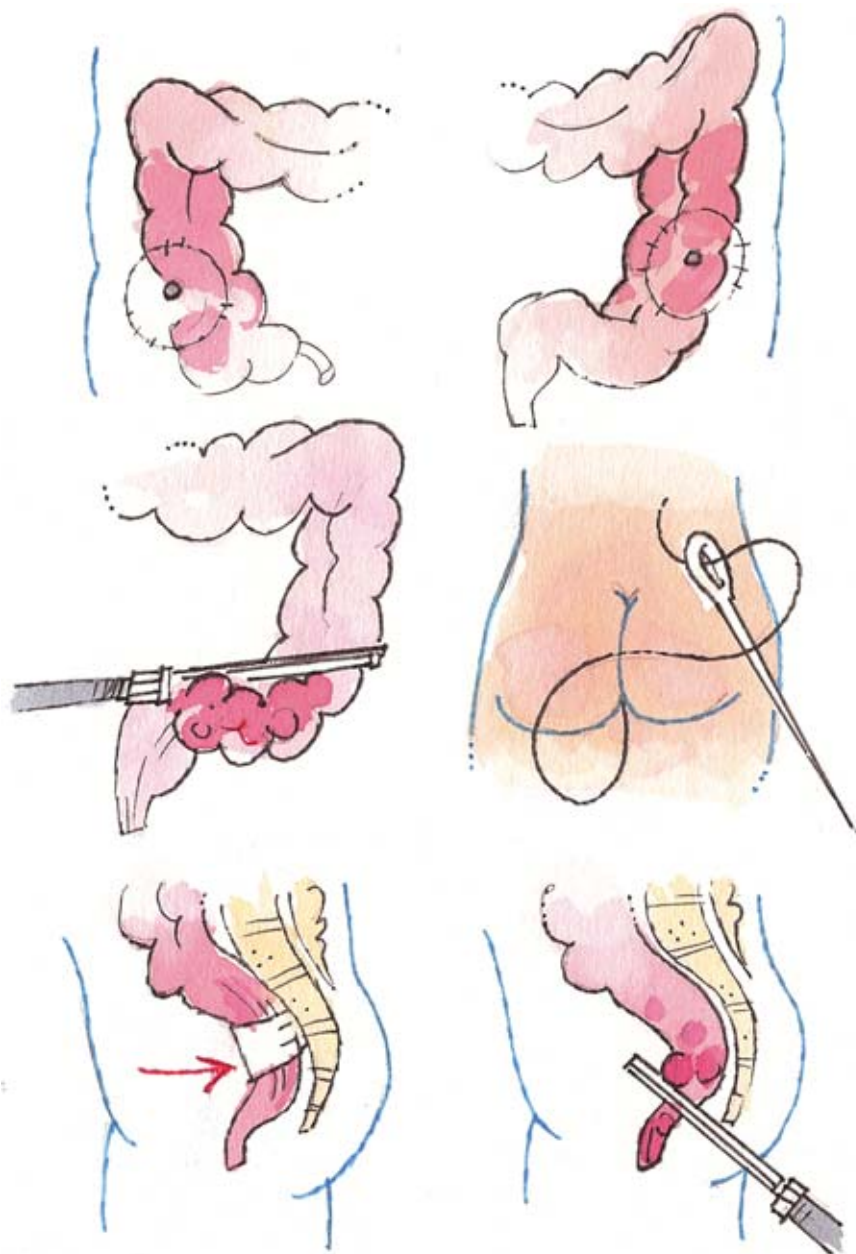
¿Cómo es la operación?

La resección a realizar depende de tres aspectos: la localización del tumor, la distribución de la irrigación sanguínea y drenaje linfático, y estadiaje del mismo. La resección debe incluir al menos un margen de cinco centímetros de tejido sano en los tumores de colon, y de uno, en los de recto.

Las vías de abordaje pueden ser la cirugía convencional (abierta) o bien la laparoscópica, que es mínimamente invasiva y se realiza con pequeñas incisiones para acceder a la zona afectada. En ambas, las resecciones que se realizan deben ser las mismas, ya que la eliminación adecuada de la parte de colon o recto afectados y su tejido linfático y vascular son la base del tratamiento del cáncer colorrectal.

A modo de resumen, las diferentes operaciones que se realizan son expuestas en la siguiente ilustración y consisten en:

- **Hemicolectomía derecha:** resección del colon derecho y transversal (para los tumores localizados en el colon derecho y transversal).
- **Hemicolectomía izquierda:** resección del lado izquierdo del colon (para los tumores localizados en el colon izquierdo o descendente).
- **Sigmoidectomía:** resección del sigma (para los tumores localizados en el sigma).



- **Resección anterior del recto:** para los tumores localizados en el recto, que no infiltran los esfínteres del ano y que presentan un margen de canal anal adecuado para realizar una sutura en buenas condiciones.
- **Resección abdomino-perineal de recto:** para los tumores localizados en la parte más próxima al ano, y que obligan a una resección del mismo, por lo que se debe realizar una colostomía terminal.
- **Resección local de tumores del recto:** consiste en la resección del tumor con un margen de un centímetro de tejido sano y que se realiza a través del ano. Esta técnica sólo se recomienda en tumores muy precoces del recto.

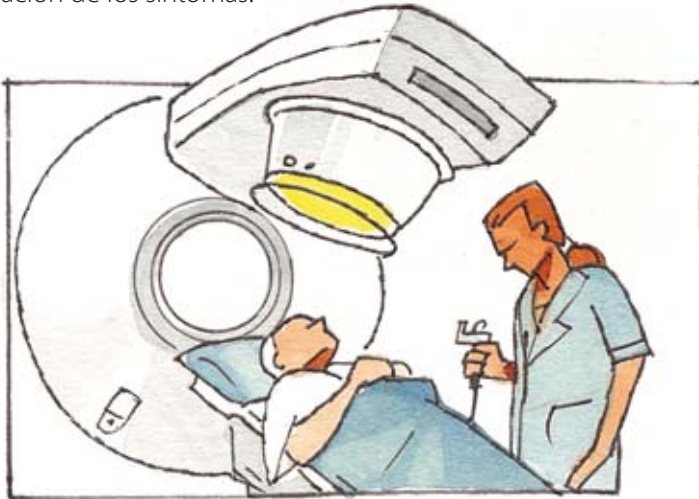


En los casos en los que el tumor haya infiltrado de forma profunda al colon o al recto, o en aquellos en los cuales la infiltración haya afectado los ganglios o haya producido metástasis, la cirugía debe ser seguida del tratamiento con quimioterapia, para intentar controlar las metástasis y disminuir las posibilidades de recidiva del tumor.

En algunos casos de tumores del recto que, aun siendo localmente avanzados, se crea que puede realizarse una resección completa, se indica un tratamiento con radioterapia y quimioterapia antes de la cirugía, con el fin de disminuir el tamaño del tumor y erradicar al máximo las células tumorales, reduciendo las posibilidades de recidiva de los tumores de recto. Estos tratamientos deben siempre acompañarse de una resección quirúrgica adecuada.

¿Qué es la radioterapia? — — —

La radioterapia es la disciplina de la medicina referida a la generación y utilización de irradiaciones ionizantes en el tratamiento del cáncer. Se basa en el empleo de los rayos X y su interacción con la materia viva y tiene como principal objetivo administrar una dosis precisa de radiación al volumen del tumor, limitando al máximo la dosis en los tejidos sanos circundantes. Con ello se consigue el control del proceso oncológico o la paliación de los síntomas.



La radioterapia puede darse en forma exclusiva o conjunta con otras modalidades de tratamiento tales como cirugía, quimioterapia, hormonoterapia, etc., y no se aplica en todos los casos. Cabe distinguir entre radioterapia preoperatoria, intraoperatoria, postoperatoria o adyuvante y radioterapia sintomática o paliativa.

- La finalidad de la **radioterapia preoperatoria** es administrar las radiaciones ionizantes antes de efectuar una cirugía radical con intención curativa. Se indica para reducir el volumen tumoral, esterilización de las zonas microscópicas tumorales, desvitalización global del

tumor, eliminación de las células en fase evolutiva y para evitar, durante el acto quirúrgico, la posible diseminación de células que luego pueden provocar la recurrencia, así como para convertir los tumores inicialmente inoperables en operables.

- La **radioterapia intraoperatoria** es la que se realiza durante la intervención quirúrgica. Consiste en administrar una fracción de radiación ionizante (electrones) en una zona intrapélvica o intraabdominal de difícil delimitación. De esta forma se consigue administrar una dosis alta a un volumen que engloba la totalidad del área sospechosa de infiltración, minimizando la toxicidad en los tejidos críticos sanos.
- La **radioterapia postoperatoria o adyuvante** consiste en administrar las radiaciones ionizantes después de la cirugía. Su objetivo es la eliminación de la enfermedad en el área del tumor o en otras adyacentes, para evitar riesgos de recidiva. Muy frecuentemente, tanto la radioterapia preoperatoria como la postoperatoria, se realizan de forma simultánea con la quimioterapia.
- La **radioterapia paliativa** tiene como finalidad controlar los síntomas derivados de un proceso neoplásico avanzado.



La radioterapia se administra generalmente en dosis diarias, cinco días a la semana, durante un período de cinco a seis semanas. Diariamente, cada sesión dura sólo unos minutos.

¿Cuándo está indicada?

La indicación de la radioterapia en la patología colorrectal está principalmente en el tratamiento de las neoplasias del recto. Actualmente a una gran proporción de los pacientes con cáncer de recto, con tumores avanzados, se les propone realizar un tratamiento radioquimioterápico preoperatorio. Con ello se consigue que el tumor sea más fácilmente resecable y el riesgo de recidiva local disminuya significativamente. En ocasiones, incluso facilita la cirugía conservadora (preservación de los esfínteres).



No obstante, también sigue vigente la indicación de la radioterapia postoperatoria, es decir después de la cirugía, con el objetivo de disminuir el riesgo de recidiva locorregional, cuando los tumores son avanzados. Menos frecuentemente se indica la radioterapia intraoperatoria.

Cuando los tumores son de colon (es decir, están más allá de los 15 centímetros desde el ano), las indicaciones de radioterapia se tienen que individualizar para cada paciente. Generalmente se indica cuando hay un riesgo evidente de recidiva local después de la cirugía y la posibilidad de generar una toxicidad en los tejidos sanos es mínima. Suele administrarse cuando el tumor infiltraba la pared abdominal o la vejiga urinaria, y ésta, en el acto quirúrgico, se ha resecado parcialmente.

¿Qué es la quimioterapia y cuáles son sus aplicaciones? — — —

La quimioterapia es el tratamiento que reciben la mayoría de los pacientes con cáncer colorrectal, ya sea con intención preventiva o para tratamiento de la enfermedad presente. Los esquemas de quimioterapia habituales son:



- El fluoracilo (5FU: medicamento que reduce el crecimiento de las células cancerosas) en monoterapia modulado o no con leucovorin, o en infusión continua: la monoterapia es un tratamiento poco intensivo que sólo se aplica en situaciones especiales, como pacientes ancianos o con mal estado general para tolerar una combinación. El 5FU con leucovorin tiene como efectos secundarios la posibilidad de disminución de glóbulos blancos, náuseas, vómitos, diarrea, irritación de la mucosa de la boca e irritación cutánea en una baja proporción de pacientes. La utilización del 5FU en infusión continua

tiene menos toxicidad, sobre todo en disminución de glóbulos blancos, aunque requiere la colocación de un catéter y la utilización de infusores.

Cuando se emplea una monoterapia lo habitual es utilizar capecitabina, ya que tiene la ventaja de poderse administrar por vía oral, evitando los "pinchazos" en la vena o la necesidad de llevar infusores durante uno o varios días. Los efectos secundarios son los mismos descritos, es decir, un bajo porcentaje de pacientes tendrá posibilidad de náuseas, vómitos,

diarrea, irritación de la mucosa de la boca y el síndrome mano-pie, que consiste en una irritación de la piel de las palmas de las manos y las plantas de los pies que empieza con enrojecimiento y puede llegar a producir ampollas, descamación y dolor. La ventaja de los tratamientos orales es que pueden suspenderse ante la presencia de cualquiera de estos síntomas de toxicidad y evitar que éstos se incrementen.



- **Combinaciones de 5FU/leucovorin (o capecitabina) con oxaliplatin:** respecto al anterior, aumenta el riesgo de náuseas, vómitos y diarreas y de irritación de la mucosa de la boca. Existe un mayor riesgo de disminución de glóbulos blancos que conlleva la posibili-

dad de infecciones, aunque es leve y de corta duración. La utilización de oxaliplatino produce una toxicidad propia de este fármaco consistente en una neuropatía sensitiva (pérdida del tacto). Los días posteriores al ciclo el paciente no debe tocar ni beber cosas frías ya que éstas le producen pinchazos y sensaciones de espasmo alrededor de la boca. También inicialmente debe evitar el cambio de temperatura (al salir de lugares calientes cubrirse la nariz y la boca), que puede provocar espasmo de glotis por respirar aire frío.



A medida que se van recibiendo ciclos se va produciendo una neuropatía sensitiva progresiva, es decir, el paciente nota los dedos de las manos y de los pies acorchados, y esta afectación de la sensibilidad puede persistir durante meses, a pesar de suspender la quimioterapia con oxaliplatino. Si se usa 5FU/LV el paciente debe llevar catéter implantado e infusores durante dos días seguidos y acudir tres días consecutivos al hospital cada dos semanas; si se emplea capecitabina no son necesarios infusores y el paciente acude al hospital una vez cada tres semanas.

— **Combinaciones de 5FU/leucovorin (o capecitabina) con irinotecán:** las complicaciones son las mismas que las descritas previamente y, en relación con el irinotecán, se produce pérdida de pelo en el tiempo que dura el tratamiento, neutropenia y diarrea más intensa que en la combinación anterior. No se produce la neuropatía propia del oxaliplatino.

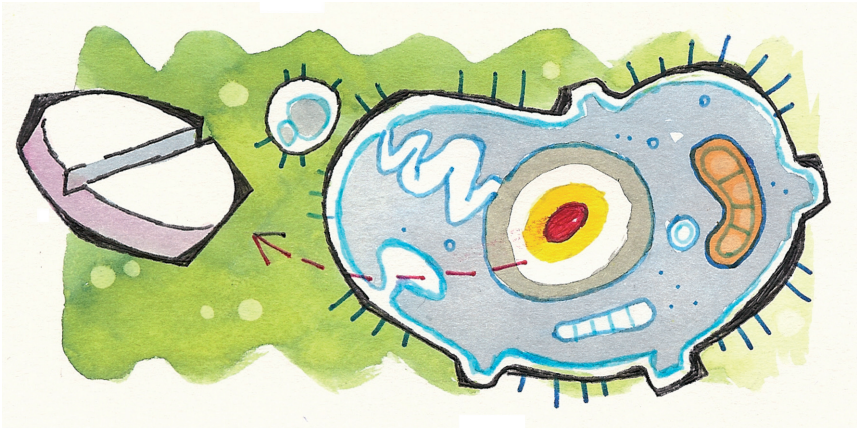
¿Qué son los anticuerpos monoclonales? — — —

Son sustancias que reconocen proteínas o antígenos presentes en la superficie de las células tumorales y las atacan, destruyéndolas. Sólo reconocen a una, de ahí que se les denomine terapias dirigidas. Existen tres anticuerpos monoclonales indicados para el cáncer colorrectal: bevacizumab, cetuximab y panitumumab.

¿Qué son las terapias individualizadas? — — —

En estos momentos disponemos de distintas opciones de tratamiento de quimioterapia y de fármacos dirigidos a dianas terapéuticas, lo que nos permite la posibilidad de individualizar los tratamientos, ajustando las opciones a las características del paciente y de su enfermedad.

Las características del paciente (estado general, edad, enfermedades concomitantes y otras) nos llevarán a elegir un tratamiento sencillo en monoterapia o los fármacos que puedan ser mejor tolerados, según sus factores de riesgo. Además de las características clínicas, cada día disponemos de más datos sobre factores biológicos que nos informan de la posibilidad de respuesta a diferentes medicamentos o sobre la tolerancia a éstos.

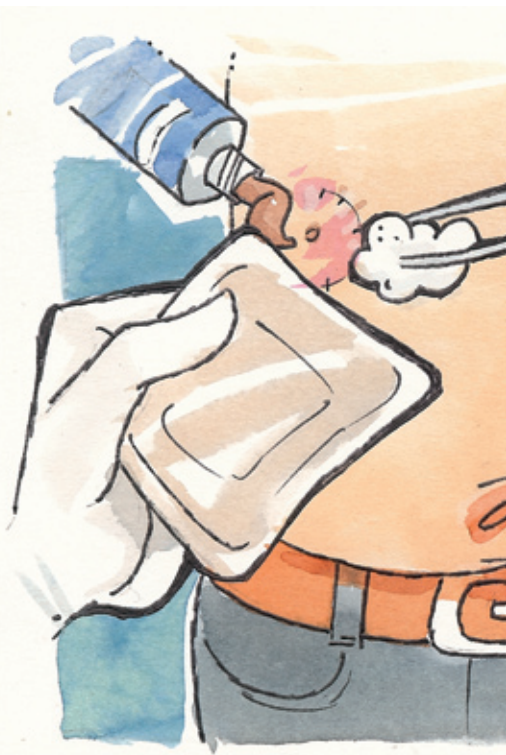


¿Hay un tratamiento a la medida de mi enfermedad? — — —

Así es. La elección de tratamiento depende de las características de la enfermedad y, por supuesto, de las del paciente. En aquellos con enfermedad metastásica exclusivamente hepática o pulmonar, pero con posibilidad de ser operados de las metástasis, ya sea a nivel hepático o pulmonar, se debe realizar una quimioterapia muy eficaz, que obtenga una elevada tasa de respuestas, para controlar el cáncer y disminuir el tamaño de la enfermedad, convirtiéndola en operable. Esta estrategia es muy importante ya que los pacientes a los que se les puede extirpar la totalidad de las metástasis hepáticas o pulmonares tienen la posibilidad de curarse. Para conseguir este objetivo debemos utilizar los esquemas de quimioterapia más activos y con menos toxicidad hepática.

En otras situaciones sabemos que la cirugía de las metástasis es imposible por la distribución de la enfermedad o por las características del paciente. En este subgrupo de pacientes debemos utilizar el tratamiento más eficaz con la intención de tener un control de la patología

el mayor tiempo posible, ya que los pacientes con la enfermedad controlada viven más y lo hacen con mejor calidad de vida (menos síntomas). Además, se deben ir cambiando los tratamientos a medida que dejan de ser eficaces, porque sabemos que los enfermos que reciben



todas las medicinas de quimioterapia disponibles viven más que aquellos a las que no le son administradas.

Por último, hay pacientes con enfermedad indolente, es decir, con muy lento crecimiento, asintomáticos, o pacientes ancianos en los que es posible permanecer durante períodos de seguimiento sin tratamiento o hacerlo con quimioterapias muy suaves, como es la monoterapia.



¿Cuáles son los efectos secundarios de los tratamientos disponibles actualmente? — — —

Haciendo un resumen, los tratamientos del cáncer colorrectal son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y los tratamientos dirigidos a dianas terapéuticas (bevacizumab, cetuximab y panitumumab).

Los efectos secundarios de la **cirugía** son de todos conocidos y vienen dados de las molestias a nivel de la cicatriz, las alteraciones de la alimentación y del tránsito intestinal, así como los cuidados de la cicatrización de la herida. Cada día es más frecuente la realización de cirugía laparoscópica, es decir, no se practica una apertura amplia abdominal sino que se hacen pequeñas aperturas en distintas localizaciones del abdomen, a través de las cuales cirujanos experimentados pueden realizar la amputación del tumor, sin necesidad de generar una herida amplia con los consiguientes problemas de cicatrización y de riesgo de infección.

La **radioterapia** se aplica sobre la pelvis para erradicar las posibles células tumorales que quedaran a ese nivel después de la cirugía. Los efectos secundarios de la radioterapia pélvica son las propias de la inflamación intestinal, es decir, náuseas, vómitos, diarreas, dolor abdominal e irritación de las mucosas y de la piel irradiadas.

La **quimioterapia** es el tratamiento que reciben la mayoría de los pacientes con cáncer colorrectal ya sea con intención preventiva o para tratamiento de la enfermedad presente. Los efectos secundarios varían dependiendo del esquema de quimioterapia, como se ha señalado (ver cuestión *¿Qué es la quimioterapia y cuáles son sus aplicaciones?*).

En cuanto a los tratamientos dirigidos a **dianas terapéuticas**:

- **Bevacizumab**: la tolerancia es muy buena y no suele presentar efectos secundarios. Entre los posibles riesgos asociados al tratamiento figuran la hipertensión y el incremento del riesgo tromboembólico. Durante su administración no se debe realizar cirugía, ya que podrían producirse alteraciones en la cicatrización.
- **Cetuximab**: este anticuerpo produce alteraciones cutáneas en forma de erupciones parecidas al acné de diferente intensidad según el paciente, acompañado de alteraciones de las uñas. En un pequeño porcentaje de pacientes se pueden producir reacciones alérgicas en la primera administración, por la presencia de proteínas extrañas.



- **Panitumumab:** posee la misma toxicidad que el cetuximab, aunque con menos riesgo de producir reacciones alérgicas ya que es un anticuerpo totalmente humanizado.

¿Cómo me sentiré cuando los recibo? — — —



La mayoría de los pacientes puede seguir una vida activa. Sólo un 10-15% tiene unos síntomas muy severos que les hace sentirse mal durante la semana inicial de la quimioterapia. El resto de los pacientes puede tener durante esta semana debilidad y “mal cuerpo” y ocasionalmente náuseas, vómitos o diarreas. Lo habitual es que pasada esa primera semana

se encuentre muy bien y de hecho es relativamente frecuente que estos pacientes engorden durante el tratamiento de quimioterapia. También hay quienes no tienen ningún efecto secundario y hacen su vida familiar y social normal, e incluso algunos pacientes permanecen realizando vida profesional.

¿Qué secuelas dejan los tratamientos? — — —

La quimioterapia y los tratamientos dirigidos a dianas terapéuticas, en general, no producen secuelas. Casi todos los efectos secundarios son reversibles. La pérdida de pelo es provisional y cuando cesa el tratamiento de quimioterapia con irinotecán el pelo vuelve a crecer progresiva-



mente y, en general, más fuerte. Cabe destacar la neuropatía (pérdida de sensibilidad) por oxaliplatino, que persiste durante unos meses una vez finalizada la quimioterapia. Al año, la neuropatía severa sólo ocurre en el 1% de las pacientes, pero aunque en la mayoría de los pacientes desaparece hay casos aislados de pacientes con neuropatía persistente desde hace 3 ó 4 años.

La radioterapia puede dejar la piel pigmentada y depilación de la zona, y producir alteraciones persistentes del tránsito intestinal.

La secuela más importante de la cirugía es la colostomía persistente en casos de cáncer de recto que han necesitado amputación abdomino-perineal.

¿Qué consejos puedo seguir para reducir los trastornos digestivos asociados al tratamiento? — — —

Una buena nutrición es extremadamente importante durante el tratamiento. Las personas que comen bien toleran mejor los efectos secundarios y pueden combatir más fácilmente las infecciones. Por ello debe optarse por una dieta balanceada que contenga todos los nutrientes que el cuerpo necesita: fruta, vegetales, pescado, carne, cereales y productos lácteos. Además, deben consumirse suficientes calorías para mantener el peso, así como un correcto aporte de proteínas para fortalecer y reparar la piel, el cabello, los músculos y los órganos. También es

aconsejable beber una cantidad adicional de líquidos para proteger la función renal.

Cuando el problema sea la falta de apetito se recomienda realizar comidas poco cuantiosas y frecuentes, y con una alimentación variada.

Si aparecen llagas dolorosas en la boca que dificultan la ingesta, se recomienda comer alimentos fríos o a temperatura ambiente, especialmente de textura suave (helados, papillas, plátano, puré de manzana, requesón, natillas y flanes) o licuados. Deben evitarse los alimentos irritantes y ácidos (tomate, fruta y cítricos), salados o muy condimentados.

En caso de diarrea debe evitarse el café, el té, el alcohol, los productos lácteos, los alimentos fritos o condimentados y los que tengan un alto contenido de fibra. Se recomienda incrementar el aporte de líquidos para compensar las pérdidas.

Por último, si se produce estreñimiento, lo adecuado es seguir una dieta rica en fibra (salvado, pan y cereales integrales, vegetales crudos o cocidos y fruta) y beber abundantes líquidos, especialmente tibios o calientes.



¿Debo cambiar mi alimentación?

Los cambios en la alimentación que pueden relacionarse con el cáncer de colon tienen importancia desde el punto de vista preventivo y muy poca o nula una vez el paciente ya está diagnosticado de la enfermedad.

En el caso de personas con riesgo normal de cáncer colorrectal, es decir, toda la población excepto los grupos de alto riesgo, sí existen datos para considerar que determinados hábitos dietéticos pueden favorecer la aparición de cáncer colorrectal o bien proteger frente a él.

Las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal tienen una mayor susceptibilidad para desarrollar la enfermedad debido a causas genéticas; y la mejor prevención no reside en extremar hábitos higiénico-dietéticos, sino en el consejo genético, si está disponible, y las pruebas de detección precoz.

Por lo que se refiere a personas con cáncer ya diagnosticado, durante la etapa posterior al tratamiento sólo deben efectuarse cambios dietéticos en función de las instrucciones que puedan proporcionarles los médicos que le traten, ya sea para evitar interacciones con la medicación que deba tomar o bien dentro del marco general de tratamiento de síntomas: debidos a la enfermedad, al tratamiento o a la cirugía recibida.

¿Me darán el mejor tratamiento en cualquier hospital al que acuda?

Los médicos tenemos la obligación ética y legal de administrar los mejores tratamientos disponibles para cada caso. Por ello, en aquellos centros en los que no exista la experiencia suficiente o los medios técnicos necesarios para ello, lo habitual es que se derive al paciente al hospital más próximo que cumpla con los requisitos exigibles para suministrar con garantías el mejor tratamiento posible.



¿Qué hábitos de vida son los recomendables para evitar el cáncer colorrectal? — — —



Desde el punto de vista de hábitos higiénicos generales, el más importante es dejar de fumar. Existe una mayor incidencia de cáncer colorrectal en fumadores, tanto en hombres como en mujeres. El consumo de alcohol también se ha relacionado con una mayor incidencia de esta enfermedad. Lo mismo ocurre con la falta de ejercicio y la obesidad en ambos sexos.

En la parte dietética, el consumo de carne y de grasas en general son factores de riesgo para la enfermedad. En especial, hay algunas evidencias que apuntan a la forma de cocinar la carne como principal factor de riesgo dietético para el cáncer de colon: carnes muy fritas, braseadas a punto de quemar ("grill") o muy "doradas". El exceso de grasa y de sal en la dieta no es recomendable. Por otro lado, parece que ciertos alimentos pueden ejercer un efecto beneficioso preventivo, aunque este dato no se basa todavía en una evidencia científica sólida: aceite de oliva, consumo de vegetales y fibras, etc. Si bien algunos elementos propios de determinadas frutas u hortalizas pueden tener efectos anticancerígenos en estudios experimentales, esto no se ha demostrado en trabajos epidemiológicos. En el momento actual los datos científicos aconsejan un

balance a favor de este tipo de alimentos frente a grasas y carne por los datos expuestos más que por el beneficio en sí mismo de fibras y verduras.

¿Puedo hacer ejercicio estando operado de cáncer colorrectal? ¿Mejorará mi estado de salud o está contraindicado? ¿Conviene dejar pasar algo de tiempo para asimilar el tipo de operación y los tratamientos? — — —

En general, no existe ninguna contraindicación sobre la práctica de ejercicio físico. Pero si tiene dudas al respecto, los médicos y enfermeras que le van a atender en cada una de las fases del tratamiento pueden disipar dudas particulares.

- **Tras la cirugía:** una vez que ha transcurrido el postoperatorio y su cirujano lo considere oportuno, no hay impedimento para hacer ejercicio. Si usted llevase colostomía, esto tampoco debe ser un impedimento.
- **Durante el tratamiento de quimioterapia:** la quimioterapia, con frecuencia, produce cierto grado de cansancio. Hay diversos tipos de



tratamientos y cada paciente los tolera de forma distinta, por lo que es difícil generalizar. A grandes rasgos, el ejercicio moderado es absolutamente recomendable en los días que quedan entre ciclo y ciclo, y siempre y cuando el estado general lo permita. Por otra parte, algunos tratamientos de quimioterapia producen anemia y esto puede cansar al paciente especialmente. Consulte al oncólogo o a sus enfermeras, ya que existen medicamentos para corregir la anemia.



- **Durante el tratamiento de radioterapia:** también está permitido, teniendo en cuenta los cuidados de la piel y el vestuario más adecuado para evitar complicaciones en la zona radiada.
- **En caso de enfermedad avanzada:** será necesario adaptar el ejercicio a las posibilidades de cada momento y evitar siempre el cansancio.

¿Existen nuevos tratamientos? — — —

La identificación a lo largo de los últimos 10 ó 15 años de nuevas dianas terapéuticas ha supuesto un cambio fundamental en las estrategias para el tratamiento del cáncer y en la investigación y desarrollo de nuevos fármacos. La definición de tratamientos personalizados o adecuados al perfil genético de cada tumor y de cada paciente empieza a ser ya una incipiente realidad, especialmente en lo que respecta al diagnóstico y



pronóstico de la enfermedad. Además, son numerosos los fármacos específicos para determinadas dianas terapéuticas que en la actualidad se encuentran en fase de investigación.

El mejor conocimiento de las bases moleculares que explican la aparición y el desarrollo tumoral ha permitido la identificación de dianas sobre las que poder actuar para evitar la progresión tumoral. Estas dianas moleculares representan proteínas presentes en las células tumorales y relacionadas con los procesos de división,

proliferación, diferenciación y muerte celular. A día de hoy disponemos de múltiples nuevos fármacos, algunos de ellos ya aprobados para su uso clínico y otros en fase de investigación, que actúan sobre estas dianas interfiriendo en los mecanismos de desarrollo tumoral.

En cáncer de colon están indicados, en combinación con quimioterapia, los *anticuerpos monoclonales* dirigidos contra: bien el receptor del factor de crecimiento epidérmico (*EGFR*), como *cetuximab* y *panitumumab*, bien contra el receptor del factor de crecimiento del endotelio vascular (*VEGFR*) que actuaría en el proceso de formación de vasos sanguíneos tumorales, como *bevacizumab*.

Además, existe la posibilidad de poder recibir nuevos tratamientos dentro de lo que se conoce como *ensayo clínico*. Los ensayos clínicos están

diseñados para evaluar si un nuevo tratamiento en desarrollo es seguro, efectivo y si podría mejorar los resultados de las pautas estándar. Los datos obtenidos del análisis de resultados derivados de los ensayos clínicos han permitido un mayor conocimiento sobre la biología tumoral y han permitido desarrollar nuevos enfoques sobre cómo retardar, detener e incluso impedir la aparición de la enfermedad. Debido a que los estudios clínicos pueden incluir a cientos o miles de pacientes, es posible que suponga mucho tiempo obtener estos resultados. Aun así, los estudios clínicos siguen siendo la vía más fidedigna para obtener respuestas definitivas y constituyen el único método científico aceptado para determinar si un nuevo tratamiento es más eficaz que las normas de atención médica actuales.

¿Tienen utilidad los tratamientos naturales: hierbas, homeopatía, etc.? — — —

La medicina complementaria y alternativa es un conjunto de varios sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que, por ahora, no se consideran parte de la medicina convencional.

La diferencia fundamental entre medicina complementaria y alternativa es que la primera se utiliza junto con la medicina convencional, mientras que la medicina alternativa se usa en lugar de la medicina convencional.



Los pacientes con cáncer que usan o que están pensando usar algún tratamiento complementario o alternativo deberían consultar a su oncólogo habitual, del mismo modo que lo harían para toda otra forma de tratamiento. Algunos tratamientos complementarios y alternativos podrían interferir con el tratamiento estándar o ser nocivos cuando se usan de forma conjunta con el tratamiento convencional. También es conveniente informarse sobre el tratamiento, por ejemplo, si los resultados de los estudios científicos comprueban lo que se dice sobre éste.

¿De verdad puedo confiar en el médico y en los tratamientos? — — —

Sí.

¿Es mejor ser atendido por equipos multiprofesionales? — — —

Sí. El cáncer es una enfermedad compleja que puede requerir diferentes tratamientos en función de las características del paciente, de su localización y extensión. Para poder decidir cuál es el mejor tratamiento para cada paciente es conveniente que el caso se evalúe detenidamente, de forma individual, en un comité integrado por un equipo multidisciplina-



rio compuesto por: oncólogo médico, oncólogo radioterapeuta, radiólogo, patólogo, cirujano y un especialista en aparato digestivo. Después de estudiar la historia clínica y las pruebas diagnósticas realizadas se decide cuál es el mejor tratamiento para el paciente. Este tratamiento a menudo es multidisciplinario, requiriendo la actuación coordinada de diversos especialistas, como el cirujano, el oncólogo radioterapeuta y el oncólogo médico.

¿Existen en cualquier hospital? — — —

Sí. Hoy en día existen en cualquier hospital en el que se atienda a pacientes con cáncer.

¿Es útil pedir un segundo diagnóstico?, ¿y operarse fuera de la provincia o de España? — — —

En Oncología (y en Medicina en general) se celebran continuamente reuniones científicas, congresos, simposios, etc., a nivel local, nacional e internacional. En estos foros se presentan y hacen públicas las novedades en el terreno del diagnóstico, de la cirugía y del tratamiento oncológico y quedan a disposición de los profesionales que se dedican a esta enfermedad en todos los países del mundo. Además, existen guías diagnósticas y terapéuticas consensuadas por las



sociedades científicas que se actualizan periódicamente. Toda esa información se publica en revistas científicas y está accesible en internet. Por todo ello, la utilidad real de solicitar una segunda opinión o un segundo diagnóstico es más bien escasa, ya que rara vez va a existir un criterio diferente. Sin embargo, puede tener interés para disipar las dudas que puedan tener el paciente o su familia.

En cuanto a la asistencia recibida en la propia provincia o fuera de ella, cabe señalar que el nivel de la cirugía en España, en aquellos centros que cuentan con suficiente experiencia (que son la mayoría), es similar al del resto de los países desarrollados. Probablemente lo que subyace en la decisión de una persona para trasladarse a otra provincia o país para operarse sean razones de índole personal, que por otra parte son muy respetables.

¿Qué es un ensayo clínico?

Los ensayos clínicos son estudios de investigación que permiten a los médicos conocer la eficacia de un nuevo tratamiento o medicamento para prevenir, detectar o tratar una enfermedad. Los ensayos clínicos también ayudan a descubrir si estos nuevos tratamientos son inocuos y si son mejores que los actuales.

Los ensayos clínicos representan una herramienta fundamental para el progreso de la Medicina y para mejorar los tratamientos contra el cáncer.

La participación en los ensayos clínicos siempre es voluntaria. Su médico le informará detalladamente sobre los objetivos del estudio, sus riesgos y beneficios. Además, le facilitará un documento denominado *consentimiento informado*, cuyo objetivo es explicarle en qué consiste el ensayo clínico, sus posibles riesgos y beneficios, así como las pruebas que se le van a realizar. Tras recibir suficiente información y haber podido consultar sus dudas, usted deberá decidir si participa o no en el estudio, en cuyo caso deberá firmar el documento. El procedimiento del consenti-

miento informado no finaliza con la firma del formulario. Las personas que participan en un estudio reciben continuamente información nueva que les permite decidir si desean o no continuar en él. El formulario de consentimiento informado no es un contrato, y los participantes pueden retirarse del ensayo clínico en cualquier momento.

¿Seré conejo de indias si me someto a uno? — — —

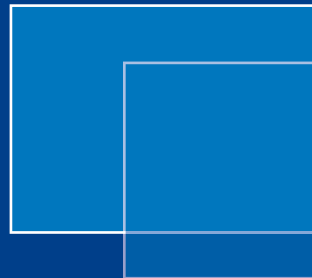
Cuando un fármaco ha demostrado su eficacia en animales de experimentación, es necesario comprobar su actividad en las personas. Esto debe hacerse bajo unas condiciones muy estrictas y controladas para someter a los menores riesgos posibles al enfermo. Por ello, habitualmente en los ensayos clínicos los pacientes deben acudir con mayor frecuencia al hospital para así poder seguir más estrechamente su estado general, la tolerancia al tratamiento y la evolución de la enfermedad.



A pesar de ello, la participación en un ensayo clínico supone para el paciente asumir un cierto riesgo, ya que la experiencia que se tiene con los tratamientos en investigación es menor que con los fármacos ya comercializados. Sin embargo, también ofrece la ventaja de poder ser de los primeros en beneficiarse de un tratamiento potencialmente eficaz.

En cualquier caso, conviene recordar que cada ensayo clínico está cuidadosamente diseñado para someter al mínimo riesgo posible a las personas que participan en él. Además, antes de que pueda ponerse en marcha, lo revisa un comité independiente, llamado Comité de Ética de la Investigación, formado por médicos, estadísticos, abogados, especialistas en ética, etc., que comprueban que el estudio se va a desarrollar conforme a lo establecido por la Ley y que salvaguarda los derechos de los pacientes. Tras la aprobación por este comité, los expertos del Ministerio de Sanidad también deben examinarlo antes de dar la autorización definitiva.

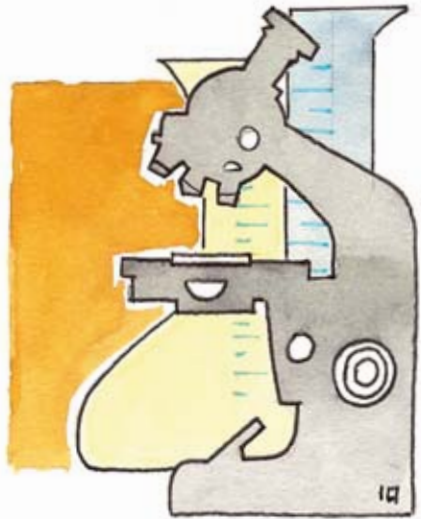
En definitiva, aunque un ensayo clínico es un experimento, está diseñado para que los riesgos sean mínimos y constituye un instrumento fundamental para progresar en el tratamiento de muchas enfermedades.



Calidad de vida y supervivencia

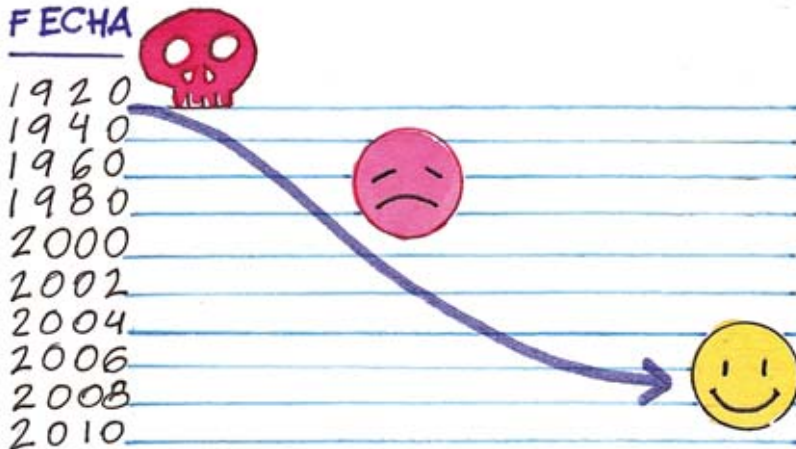
¿Cuál es el futuro del cáncer? — — —

En los últimos años se ha avanzado mucho en la investigación del cáncer, y esto ha permitido profundizar en los conocimientos sobre esta enfermedad, posibles causas, procedimientos de prevención, técnicas diagnósticas y tratamientos. El mejor conocimiento de las causas que originan el cáncer ha permitido establecer unas medidas de prevención difundidas entre la población general. Es importante que la sociedad esté informada de aquellos agentes relacionados con el desarrollo de un determinado tumor, para así poder evitarlos. Con el establecimiento de un plan de prevención secundaria se ha alcanzado una mayor tasa de tumores diagnosticados en estadios iniciales y se ha hallado un mayor número de lesiones premalignas y ello se traduce en una mayor tasa de curación.



Dentro de los procesos diagnósticos hemos presenciado una mejoría en las técnicas utilizadas, así como la aparición

de otras nuevas que han mejorado este proceso. Estas innovaciones han permitido afinar y definir mejor el diagnóstico de un determinado tumor y, con ello, precisar mejor el tratamiento a aplicar.



Finalmente, los esfuerzos dirigidos a la investigación en el ámbito del tratamiento del cáncer han dado su fruto en los últimos años. Actualmente se combinan los tratamientos de quimioterapia con los nuevos agentes biológicos (terapias dirigidas), con el objetivo de aumentar la eficacia del tratamiento, permitir la individualización del mismo, y no solapar toxicidades.

En resumen, estamos frente a una enfermedad que sigue presentando una alta incidencia a nivel mundial y, aunque todavía existe una alta mortalidad, las cifras empiezan a cambiar con todos los avances alcanzados en los últimos años. La visión de los profesionales dedicados a esta enfermedad es esperanzadora: ha aumentado claramente la cantidad de pacientes que alcanzan la curación, y se ha aumentado la supervivencia de los enfermos considerados incurables. Todo ello hace concluir que en los últimos años está cambiando el rumbo de esta patología.

¿Es posible que el médico me explique qué tipo de tratamiento me va a poner, cómo y por qué? — —

Es práctica clínica habitual explicar al paciente el tipo de tratamiento y cuáles son sus efectos secundarios más habituales. Cuando hablamos de un tratamiento estándar, así se informa al paciente. La elección entre las combinaciones de oxaliplatino y de irinotecán se suelen basar en los protocolos de cada hospital y en las características de cada paciente. Por ejemplo, evitaríamos, si es posible, el oxaliplatino en un violinista o en pacientes con profesiones que requieren movimientos finos de las manos por la neuropatía descrita con este fármaco.

En otras ocasiones puede haber distintas opciones terapéuticas como ya se ha descrito previamente, como sería utilizar 5FU mediante infusor y aplicación de catéter o capecitabina por vía oral. En estos casos se explican al paciente las ventajas e inconvenientes de cada tratamiento y los estudios que han demostrado la equivalencia en eficacia.

Lo habitual es que esta información quede reflejada de una forma sencilla en un consentimiento informado que firma el paciente y en el que se constata que el médico le ha explicado el tratamiento y él ha entendido los riesgos de éste.



El oncólogo, ¿debe ser sincero conmigo?, me gustaría

Es la base fundamental para que el paciente afronte esta nueva situación que le depara la vida y en la que sólo él puede aportar el convencimiento de que puede superarla. No vale dar medias informaciones o dividir las entre enfermo y familiares. Es a todos de una vez a quien se debe informar, marcar las



pautas de conducta a seguir, así como las distintas fases del tratamiento que se aplicará y las posibles secuelas a las que se enfrenta. Con este conocimiento previo se crea una sinergia lo suficientemente importante y necesaria, que redundará en el mejor desenlace de la enfermedad a todos los niveles. Igualmente, el enfermo debe de asumir su enfermedad, ya que de lo contrario no aportará lo que a él le corresponde para superarla.

¿Qué secuelas físicas deja la operación?

El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto es básicamente la resección de un segmento o porción del intestino grueso y la grasa (ganglios linfáticos) que corresponden a dicho segmento. En casos muy

localizados, y que sólo suceden en un pequeño porcentaje de pacientes, se puede realizar únicamente la resección de una porción muy limitada de tejido. Después de la resección del segmento, por lo general se debe suturar (unir) el intestino remanente. En los casos de cánceres de recto muy cercanos al ano no se puede realizar la sutura al ano y se debe hacer la resección del ano y dejar una bolsa (colostomía) permanente.

Estas intervenciones pueden realizarse tanto por la vía convencional (incisiones grandes) como por laparoscopia (pequeñas incisiones por las que se colocan unos tubos por los que se pasan los instrumentos quirúrgicos), aunque las operaciones son las mismas, sea cual sea la vía por la que se abordan.

Normalmente, las operaciones de cáncer de colon y recto, por lo general no dejan grandes secuelas físicas. Las consecuencias que permanecen son las cicatrices, y en algunos casos queda una alteración del ritmo deposicional, la mayoría de las veces con un aumento del número de deposiciones.

Las intervenciones que dejan más secuelas son aquellas que se realizan en las operaciones que tratan los cánceres de recto. Algunas de ellas son

las alteraciones en la deposición en los pacientes en

los que se realizan las anastomosis (suturas)

muy cercanas al ano. En esos casos los

síntomas o manera de expresarse

esas secuelas son la fragmentación

(deposiciones frecuentes, pero en

poca cantidad), la urgencia defecatoria

(tener que ir en un plazo

corto al lavabo una vez que el

paciente siente ganas de hacer

deposición) o cierto grado de in-

continencia. Otras secuelas que



pueden quedar son las ostomías, cuando es necesario realizarlas como parte del tratamiento quirúrgico.

En menos del 10% de los pacientes intervenidos, en las operaciones que se realizan por cánceres de recto, pueden darse lesiones neurológicas que afecten tanto a la función urológica como a la sexual, en forma de incontinencia urinaria, vejiga neurógena (sin fuerza para vaciar), sequedad vaginal, impotencia o eyaculación retrógrada.

¿Qué puedo hacer para atajarlas? — — —

Las secuelas de las intervenciones de cáncer de colon y recto son poco o nada susceptibles de modificarse con actitudes o ejercicios por parte del paciente, aunque siempre son favorables ciertos cambios en el estilo de vida:



- Realizar ejercicios pélvicos para ayudar en la continencia.
- **En caso de diarrea:** disminuir la ingesta de fibra y de grasa de la dieta, aumentar la de líquidos y utilizar antidiarreicos si es necesario.
- **En caso de estreñimiento:** aumentar la ingesta de fibra, y en algunos casos ayudarse con suplementos de fibra o incluso con laxantes.

¿Qué secuelas psicológicas deja la operación?

Las secuelas psicológicas de una operación dependen de dos variables. La primera, no cabe duda, el resultado de la misma. Si el resultado comporta algún tipo de limitación en la vida del paciente (como ser portador de bolsa u otras), el estado de ánimo se debilita. Pero el estado de ánimo postquirúrgico depende más de la actitud con la que se ingresa en el quirófano que de las propias secuelas. Las personas positivas y optimistas que entienden que la vida es mucho más importante que las limitaciones que podamos tener son aquellas que después de la intervención quirúrgica salen con ganas de vivir una vida plena. También hay que considerar que una intervención quirúrgica es una situación de consumo de energía en nuestro cuerpo y, por ello, durante un tiempo nuestra capacidad va a ser más limitada y nuestro estado de ánimo puede tender durante ese tiempo a generar pensamientos menos positivos.



¿Pueden quedarme secuelas para siempre?

Las secuelas que pueden quedar para siempre son las mencionadas anteriormente: algunos estomas son definitivos, aunque otros no. En cuanto a las alteraciones observadas en la deposición, éstas mejoran en los

dos primeros años, pero algunas de ellas son permanentes, al igual que las lesiones neurológicas observadas en las intervenciones de cáncer de recto. El hecho de que sean permanentes no quiere decir que éstas no mejoren con algunos tratamientos. Por ejemplo, la impotencia puede tratarse de forma médica e incluso con alguna intervención en los casos que no responden de forma adecuada al tratamiento médico.



Y en mi trabajo, ¿cómo puede afectarme la enfermedad? — — —

Podríamos decir que en la mayor parte de los casos no afecta de ningún modo. Si el cáncer de colon ha sido intervenido adecuadamente sólo el ser portador de bolsa puede acarrear dificultades o limitaciones en puestos de trabajo que representen esfuerzos que impliquen movimientos del tronco corporal. La mayoría de las personas operadas de

cáncer de colon vuelven a trabajar en las mismas condiciones que lo hacían antes de la intervención quirúrgica tras unos meses de baja, sobre todo si requieren quimioterapia.

¿Cuál es el pronóstico de esta enfermedad? — — —

El pronóstico del cáncer de colon depende de la etapa evolutiva en la que se hace el diagnóstico. La clasificación más utilizada es el TNM y agrupa los tumores en cuatro etapas con pronóstico diferente. Su es-

pecialista discutirá con usted el pronóstico de su enfermedad en base a sus requerimientos, las características de su tumor y los datos existentes en la literatura.

¿Es posible realizar una vida normal con el cáncer?

Totalmente normal. Las personas intervenidas de cáncer de colon hacen una vida normal en todas las facetas de la vida: en el trabajo, en la familia, en el tiempo de ocio, en el deporte, en los viajes, en relación con las amistades, en la vida sexual... Únicamente aquellas personas portadoras de una bolsa encuentran algún tipo de limitación, pero, en ningún caso, esa circunstancia les impide llevar una vida normal.



¿Cuándo se considera curado el cáncer?, ¿debo ir a revisiones toda la vida?

Tradicionalmente se considera que una persona está curada de su cáncer de colon cuando han pasado 5 años desde la extirpación del tumor sin que se hayan producido recaídas. Aunque esto habitualmente es así, conviene señalar que excepcionalmente pueden detectarse recidivas



más allá de este período. Por otra parte, un problema que aparece con cierta frecuencia es que los pacientes que han padecido un cáncer colorrectal tienen una predisposición para desarrollar pólipos en el intestino grueso. Estos pólipos, si no se detectan a tiempo, pueden transformarse en un nuevo cáncer. Por ello conviene seguir revisiones periódicamente, debiéndose realizar una colonoscopia cada 3-5 años, de por vida. En aquellos casos en los que se ha demostrado una predisposición familiar genética puede ser necesario hacerlas con una mayor frecuencia.

¿Lo habrán cogido a tiempo o está muy extendido? — — —

El cáncer de colon es un tumor que habitualmente se desarrolla lentamente y sólo después de mucho tiempo se extiende a otros órganos. Por ello, en la mayoría de los casos (80%), se diagnostica antes de que aparezcan metástasis.

Conviene señalar que para planificar el tratamiento es fundamental conocer la extensión de la enfermedad, ya que los tratamientos varían en

función de si se encuentra localizada o si se ha diseminado. Por ello, es necesario revisar aquellos órganos donde pueden aparecer con más frecuencia las metástasis, como es el caso del hígado y de los pulmones. Estos órganos pueden examinarse mediante una radiografía de tórax y una ecografía abdominal, o alternativamente, con un TAC tóraco-abdominal, que permite explorar con la misma prueba los pulmones y el abdomen. Además, si el tumor se encuentra localizado en el recto, es muy importante conocer el grado de invasión local, por lo que suele realizarse una resonancia nuclear magnética del recto o una ecografía endo-rectal. Una vez que se dispone de estos datos, los médicos pueden decidir cuál es el tratamiento más adecuado para cada paciente.

¿Cuántos años tendré buena calidad de vida?

Esta cuestión obviamente sólo se aplica a los pacientes con estadio IV incurables, ya que el resto tendrán una calidad de vida normal. Los pacientes incurables viven un promedio de 2 años y la calidad de vida se mantiene en líneas generales hasta los últimos 2-3 meses de vida, en los



que la enfermedad, resistente a los tratamientos, progresa de forma incontrolable y algunos síntomas, como el cansancio o la falta de apetito, condicionan de forma importante la calidad de vida. Obviamente, durante los tratamientos de quimioterapia se puede perder calidad de vida en determinados días en los que aparecen efectos secundarios intensos, pero no de forma global y continua.

¿De qué forma pueden influir las metástasis en mi calidad de vida? — — —

Las metástasis pueden alterar la calidad de vida del paciente si producen sintomatología. Los síntomas que acompañan a las metástasis dependen de la localización de las mismas. Habitualmente, se puede producir un cuadro general de cansancio, pérdida de apetito y de peso, que podemos mejorar con tratamiento como es el acetato de megestrol.

A veces se produce dolor que se controla con analgésicos, o bien otros síntomas según la localización, como tos y fatiga en las metástasis pulmonares e hinchazón abdominal

y líquido abdominal en metástasis peritoneales.



Es posible que el paciente tenga metástasis generalizadas y no presente ningún síntoma. En esta situación es mejor iniciar la quimioterapia, ya que los estudios han demostrado que el paciente estará más tiempo libre de síntomas si comienza la quimioterapia en esa situación a si espera a tener síntomas.

Mi aspecto está cambiando y psicológicamente me siento débil, ¿cómo puedo hacer frente a estas nuevas emociones? — — —

Todo cambio que es perjudicial para la persona implica la aparición de emociones poco positivas. Es lógico que todos sintamos este tipo de emociones al comprobar que perdemos el pelo en un proceso de quimioterapia, con las cicatrices resul-

tado de la operación, o la pérdida momentánea de fuerza y vitalidad propias de un postoperatorio. Para enfrentarnos a esta situación poco agradable debemos actuar del mismo modo que en el resto de dificultades de la vida. Primero, pensar que ese peor aspecto, en la mayor parte de las ocasiones, es pasajero. Segundo, saber que podemos hacer muchas cosas y que lo importante es centrarnos en nosotros mismos: aumentar nuestra propia autoestima pues tenemos vida; apreciar el cariño de las personas que en ese momento nos rodeen; e interesarnos en realizar actividades importantes, bien en el trabajo, o bien llevando a cabo algún tipo de afición o integrándonos en alguna asociación de cualquier tipo y finalidad.



¿Me podré vestir normalmente? — — —

Sí, salvo que haya habido que practicar una colostomía.

Conozco a mucha gente que ha muerto. ¿Cuánto puedo vivir?

El pronóstico de vida es muy variable. Depende de muchos parámetros: precocidad en el diagnóstico, tamaño y carácter de la lesión, respuesta al tratamiento, y de las ganas por vivir. Pero es que hay que luchar.

Para el médico siempre es difícil determinar con precisión el pronóstico de un paciente. De hecho, personas con la misma enfermedad y con el mismo grado de extensión pueden responder de forma diferente al mismo tratamiento.

Actualmente sabemos que los pacientes con cáncer de colon y recto localizado tienen muchas posibilidades de curarse: más del 95% en los estadios precoces, el 80-85% cuando el tumor está localizado y no invade los ganglios linfáticos, y del 70-75% si se encuentran los ganglios afectados. Cuando existen metástasis a distancia, los tratamientos consiguen, con frecuencia, reducir la enfermedad o que se frene su crecimiento. Además, si tras un primer tratamiento el tumor vuelve a progresar, pueden utilizarse otros fármacos para frenarlo nuevamente. De esta forma se está logrando "cronificar" la enfermedad. Por otra parte, los nuevos tratamientos permiten cada vez con más frecuencia reducir el tamaño de las lesiones hasta hacerlas completamente resecables. En estos casos, cuando es posible la extirpación con la cirugía de toda la enfermedad, existen posibilidades de curarse en el 25-40% de los casos.

Si voy a morir, ¿pueden ayudarme a afrontar la situación? Necesito dejar muchas cosas aclaradas y preparar a mi familia para mi ausencia

Por supuesto. A lo largo de toda la evolución de la enfermedad el oncólogo cuida no sólo obtener la curación o prolongar el mayor

tiempo posible la vida y el tiempo libre de progresión de la enfermedad, sino también los síntomas del paciente y su control. Por ejemplo, el control del dolor es igual para un paciente con posibilidades de curarse que para en otro que no las tiene. Por ello en Oncología hemos decidido modificar el término de cuidados paliativos por el de cuidados continuos.



Es evidente que según el estado general del paciente se van modificando los objetivos, de forma que en un paciente muy debilitado el objetivo no es tratar con quimioterapia, sino cuidar de sus síntomas. En la actualidad hay unidades de atención domiciliaria que ajustan el tratamiento del paciente en su domicilio y asesoran a la familia. También en la mayoría de los hospitales hay unidades donde se ayuda al paciente a afrontar esta situación tanto mediante el control de los síntomas como con la ayuda de psicólogos para él y su familia.

Para muchos pacientes es necesario conocer el pronóstico, sea éste cual sea. Para ello hay que ofrecer apoyo familiar, profesional, asociativo..., dejando una luz de esperanza aunque ésta sea muy tenue.

¿Mi vida habrá terminado como pareja de cara a la sexualidad? — — —



Todos los tratamientos ofrecidos a los pacientes con cáncer colorrectal persiguen tanto curar o controlar la enfermedad como mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esta calidad de vida incluye tanto la vida familiar, laboral, social como la sexual de los pacientes.

Si bien un gran porcentaje de los pacientes presenta una disminución en la sexualidad en el período preoperatorio, una gran mayoría de ellos recupera su calidad de vida, en todos los aspectos, incluyendo la sexualidad, de forma permanente. Incluso en los pacientes que requieran estomas (ileostomías o colostomías) la sexualidad puede mantenerse sin alteraciones con ayuda psicológica y de la pareja.

En algunos casos de tratamientos de cáncer de recto puede verse afectada la sexualidad por alteración de la inervación (la acción del sistema nervioso) del sistema genital tanto masculino como femenino. Esto ocurre en menos del 10% de los pacientes intervenidos de cáncer de recto, si bien en muchos de ellos pueden tratarse estas complicaciones postoperatorias con otros tratamientos (médicos o quirúrgicos).

De cualquier modo el cariño, el respeto, el afecto, el amor y el apoyo del entorno hacen que la enfermedad, tanto con final positivo como negativo, se pueda llevar con mejor estado de ánimo y más fuerza para luchar contra ella.

Tras cinco años, ¿disminuye el riesgo de tener recidiva? — — —

Esta pregunta sólo afecta a estadios I-III. La probabilidad de tener una recaída, después de 5 años de resección de un cáncer de colon \pm quimioterapia complementaria (si lo precisa el paciente), es inferior al 5%.

¿Es importante la actitud que tenga en la evolución de la enfermedad? — — —

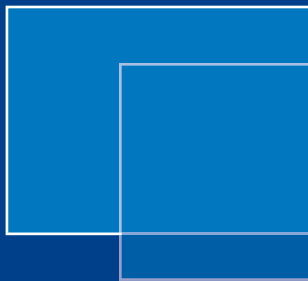
Rotundamente, sí. Los estados de ánimo inciden en el aumento o disminución de las defensas del organismo y, por ello, estados negativos provocan una recuperación más lenta, mientras que los estados de ánimo positivos ayudan a que la recuperación sea mucho más rápida y mejor. La vida, toda la vida, es una oportuni-



dad para conocer, disfrutar, querer, amar, y estas funciones pueden ser llevadas a cabo incluso encamado en un hospital. ¡Cuánto más no podremos disfrutar de ellas si hemos terminado un proceso de hospitalización! La vida es nuestra, al igual que la alegría, el cariño y la pasión. Disfrutemos de todas ellas y comprobaremos cómo nuestra recuperación se acorta de manera extraordinaria.

LECTURAS RECOMENDADAS





Lecturas recomendadas

Cáncer: 101 preguntas esenciales para los enfermos y sus familias

Dr. Ricardo Cubedo; Dr. José Luis de la Serna; Dña. María Valerio. Ed. La Esfera de los libros.
Un libro nacido de elmundo.es.

La cara humana del cáncer

J. Holland. Ed. Herder.

Mi vuelta a la vida

Lans Armstrong. Ed. Suma de Letras.

La enfermedad y sus metáforas

S. Sontag. Ed. Taurus.

Superar el Cáncer. Un programa para afrontar un diagnóstico de cáncer

M. Levine. Ed. Amat.

Hacer frente al cáncer

A. López. Ed. Aljibe.

Al lado de Kirsten

Brendan Halpin. Ed. Grijalbo.

Diagnóstico Cáncer. Mi lucha por la vida

Marian Suárez. Ed. Galaxia Gutenberg.

Entre el miedo y la esperanza

José Luis Guinot. Alianza Editorial.

Manual para el paciente oncológico y su familia

VV.AA., Coordinación: María Luisa de Cáceres Zurita.

Editado por Pfizer.

Soporte nutricional en el paciente oncológico

Editores: Gómez Candela C, Sastre Gallego A.

Editado por Bristol Myers Squibb.

Recetas de cocina y de autoayuda para el enfermo oncológico

María Luisa de Cáceres Zurita, Francisca Ruiz Mata

y Miguel Ángel Seguí Palmer. Ediciones Mayo.

Cáncer, biografía de una supervivencia

Albert Jovell. Editorial Planeta, S.A.

Vivir con el cáncer

Dr. José Samblás. La Esfera de los Libros.

El cáncer se cura

Dr. José Ramón Germà Lluch. Editorial Planeta, S.A.

Convivir con cáncer

González-Barón. Editorial Panamericana.

230 Consejos para superar el cáncer con una sonrisa

María Carmen Pascual Tabasco. Grupo Aran Ediciones.

Los alimentos contra el cáncer:**la alimentación como prevención y tratamiento contra el cáncer**

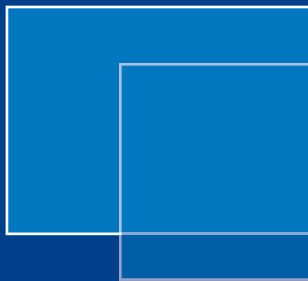
De Beliveau, Richard RBA Libros, S.A., 2008.

Manual de autoayuda para superar el cáncer

De Saenz, María Gemma. Editorial Altradum.

— — — DIRECCIONES WEB DE INTERÉS





Direcciones web de interés

Cáncer colorrectal

<http://red-ccr-gi.imedir.udc.es/>
www.cancerdecolon.info
www.cancercolon.es
www.cancercolon.com
www.europacolon.com
www.europacolonespana.org
www.infodoctor.org/www/cancerdecolon

Asociaciones de Pacientes

Europacolon España

www.europacolonespana.org

Sociedades Médicas y grupos Cooperativos

Asociación Española de Cirujanos

www.aecirujanos.es

Asociación Española de Gastroenterología

www.aegastro.es

Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer

www.onco.net/aseica

Asociación Española de Radioterapia y Oncología

www.aero.es

Grupo de Tratamiento de Tumores Digestivos

www.ttdgroup.org

Sociedad Española de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

Sociedad Española de Enfermería Oncológica

www.seeo.org

Sociedad Española de Oncología Médica

www.seom.org

Sociedad Española de Psicooncología

www.sepo.es

Sociedad Española de Quimioterapia

www.seq.es

Administración Sanitaria

Ministerio de Sanidad y Consumo

www.msc.es

Estrategia Nacional del Cáncer

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf

Centros internacionales

Centro Oncológico de la Universidad de Pennsylvania

www.cancer.med.upenn.edu

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

www.mskcc.org

National Cancer Institute

www.cancer.gov

Apoyo psicológico

Psicooncología

www.psicooncologia.org

Otras organizaciones

Asociación Española contra el Cáncer

www.aecc.es

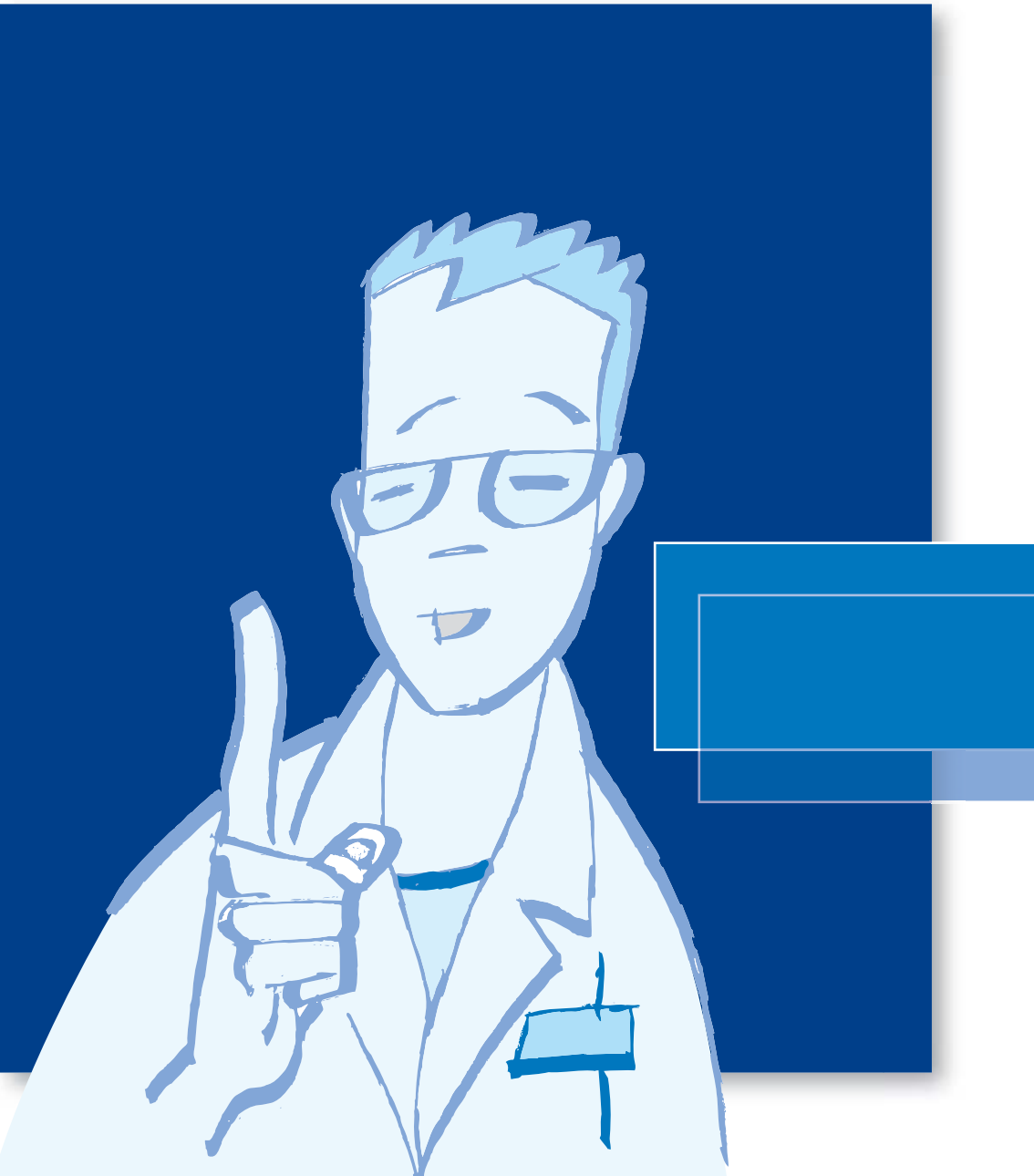
Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas

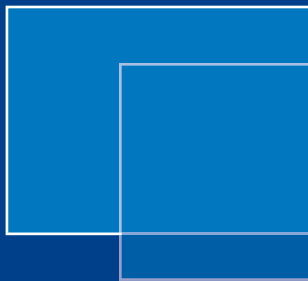
www.cnio.es

Fundación para la educación y la prevención sobre el cáncer

www.fefoc.org

— — — DIRECCIONES DE INTERÉS







Direcciones de interés

EUROPACOLON ESPAÑA

Paseo de la Castellana, 201, 6º
28046 Madrid
Teléfono: 913 449 239

SEOM

C/ Conde de Aranda, 20, 5º D
28001 Madrid
Teléfono: 91 577 52 81

TTD

Plaza de Castilla, 3, 8º D-1
28046 Madrid
Teléfono: 91 378 82 75

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Paseo del Prado, nº 18-20
28014 Madrid

AECC

C/ Amador de los Ríos, 5
28010 Madrid
Teléfono: 91 319 41 38

ASOCIACIÓN DE AYUDA A ENFERMOS ONCOLÓGICOS (Oncomadrid)

C/ Esteban de Arteaga, 4, 1º B
28019 Madrid
Teléfono: 91 469 64 47 / Fax: 91 569 32 09

