

COMUNICACIÓN

Tratamiento recanalizante de tumores inoperables de rectosigmoide con inyectoterapia transendoscópica

Re-canalized treatment of inoperable tumors of rectosigmoid with transendoscopic injectotherapy

Dra. Elisa Marchena Pérez
MSc. Dra. María Emilia Fernández Aguilar
Dr. Pedro Vázquez González

Hospital Asistencial “Dr. Celestino Hernández Robau”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

El manejo de los enfermos con cáncer colorrectal avanzado ha supuesto un gran avance en las últimas décadas debido a la incorporación de nuevos tratamientos. La intervención quirúrgica no siempre resulta eficaz por los riesgos que comporta el estado desfavorable de los enfermos y la irreseccabilidad del tumor -en este caso la operación es derivativa paliativa y tiene con una mortalidad importante-. Las técnicas endoscópicas han sido usadas con la pretensión de mejorar la calidad de vida en estos pacientes, para tratar la estenosis tumoral y, de ser posible, evitar la intervención quirúrgica derivativa.

Palabras clave: neoplasias del recto, inyecciones intralesiones, endoscopia gastrointestinal

ABSTRACT

The management of patients with advanced colorectal cancer has been a breakthrough in the past decades due to the introduction of new treatments. Surgery is not always effective for the risks the unfavorable condition of patients and unresectable tumor in this case the operation is palliative derivative and has a significant mortality. Endoscopic techniques have been used with the aim of improving the quality of life in these patients, to treat the tumor stenosis and, if possible, avoid the derivative surgery.

Key words: rectal neoplasms, intralesional injections, gastrointestinal endoscopy

El cáncer colorrectal (CCR) representa, hoy en día, un importante problema de salud pública dada su alta incidencia y su mortalidad. Actualmente, en los Estados Unidos, es la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos y está por detrás del cáncer de pulmón y de próstata en el hombre y del de mama y de

pulmón en la mujer; es uno de los que causa la muerte con mayor frecuencia, a pesar del avance experimentado en los últimos años en relación a su tratamiento.¹ En Europa, en 2006, se situó en segundo lugar en cuanto a incidencia tras el cáncer de mama y supuso la segunda causa de muerte por cáncer tras el de pulmón.² En Cuba la mortalidad por tumores de colon se comportó de forma similar a los Estados Unidos en relación con el sexo.³

Los síntomas de este tipo de neoplasia suelen aparecer en fases avanzadas de la enfermedad, por lo tanto, con menos posibilidades de un tratamiento curativo, lo que unido al hecho de que más del 90% de los casos se diagnostican después de los 50 años, con una incidencia en aumento a medida que pasan los años, lo condiciona a que la intervención quirúrgica oncológica radical solo sea posible en el 76% de los enfermos; además, el carcinoma de colon y recto es la causa más frecuente de oclusión del intestino grueso (15-20% de estos tumores se manifiestan, desde un inicio, de esta forma). La mayoría de estos pacientes son ancianos y la incidencia de oclusión parece aumentar con la edad.⁴ La asociación de todos estos factores explica la importancia del tratamiento paliativo en estos enfermos, en los que las técnicas endoscópicas cobran realmente importancia.

En el tratamiento curativo de estos tumores en estadios iniciales el uso de los procedimientos mínimamente invasivos gana en popularidad: el tratamiento laparoscópico presenta claras ventajas y puede ser ejecutado, en la mayoría de los pacientes, por Especialistas de experiencia en Cirugía. El uso de dispositivos para la operación mano-asistida y la colonoscopia, así como el cuidado de los principios oncológicos, son herramientas esenciales en este tipo de enfermedades; al mismo tiempo que las tecnologías avanzan nuevas técnicas como el empleo de orificios naturales y la intervención quirúrgica robótica continúan su desarrollo para evitar las temidas complicaciones a las que se asocian estos procedimientos y lograr la calidad deseada.^{5,6}

El tratamiento de enfermos con CCR avanzado también ha supuesto un gran avance en las últimas décadas: por una parte, los porcentajes de respuestas han aumentado de un 15 a un 40-60% con la incorporación de la poliquimioterapia (PQT) y la aparición de fármacos dirigidos contra dianas moleculares específicas y, por otra, existe la posibilidad de administrar segundas y terceras líneas de tratamiento para establecer diferentes secuencias y, por último, nuevas estrategias de tratamiento como la operación de las metástasis, la quimioterapia (QT) neoadyuvante en metástasis hepáticas, la QT intraarterial, la radiofrecuencia y la radioablación, entre otras.⁴ Además, se han ensayado los modificadores de respuesta biológica, sustancias que se presentan de forma natural o sintetizada que dirigen, facilitan o mejoran las defensas inmunológicas normales del organismo dentro de las que se incluyen los interferones, las interleucinas, las vacunas y los anticuerpos monoclonales.^{4,6}

Las técnicas endoscópicas en estos enfermos pretenden mejorar la calidad de vida al mejorar la estenosis tumoral y disminuir el número de cuadros oclusivos que pueden dar al traste con la vida del enfermo o requerir de una colostomía derivativa, pero realmente ellas no influyen sobre la supervivencia general, que depende del estado físico y psíquico del paciente, de las enfermedades asociadas y de las complicaciones determinadas por el propio tumor, que incluyen la ablación del tumor con fototerapia por láser, la inyección de sustancias químicas y la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles o stents.⁷⁻⁹

La destrucción del tejido tumoral puede obtenerse con distintos métodos y de forma ambulatoria. El láser YAG neodimio posibilita establecer una luz funcional -el más usado es el Nd YAG- de gran poder de penetración, sobre todo en tumores de

rectosigmoide, en los que se ha logrado mejorar sensiblemente la supervivencia. Si no se dispone de un dispositivo de láser para vaporizar tejidos su destrucción se puede lograr con cualquier sonda coagulante (electrocoagulación monopolar o multipolar, sonda de calor); esta terapia requiere de interrupciones repetidas para retirar el tejido desecado y mejorar la visión ante el humo que se interpone y es posible que la coagulación por sí misma no restablezca inmediatamente la luz, lo que hace necesario el uso del tubo auxiliador, pero el edema concomitante puede retrasar el alivio de la obstrucción. La mayoría de los pacientes requerirán de al menos tres sesiones de tratamiento para lograr la paliación.^{8,9}

La inyección de alcohol o de sustancias esclerosantes como el polidocanol o el 5 fluorouracilo (5 Fu), que provocan la necrosis parcial del tumor, permiten obtener un lumen mayor y mejorar la obstrucción. En ocasiones son utilizadas como complemento después del tratamiento con láser; se necesitan sesiones repetidas aunque pueden realizarse de forma ambulatoria. Es usada en lugares donde es difícil el acceso a la tecnología de punta por problemas de índole económica. Para desarrollarla en este hospital con rectosigmoidoscopio rígido se diseñó un dispositivo que permitiera usar el inyector sin flexionarse para aplicar el 5 Fu en los mamelones del tumor.

Los stents colónicos autoexpandibles se utilizan cada vez más como paliación y como un puente para la intervención quirúrgica en el cáncer colorrectal obstructivo; se pueden colocar bajo radiología de fluorescencia mediante un catéter guía o mediante endoscopia o con el uso de ambas técnicas. Cada día surgen nuevos modelos en el mercado que superan al anterior, pero aún las migraciones son su principal complicación. Los nuevos desarrollos en la tecnología de las prótesis, incluida la posibilidad de administrar terapia en algunos tumores, incrementan su atractivo y su uso.^{7,9}

En el Hospital Asistencial "Dr. Celestino Hernández Robau" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, que presta servicio oncológico territorial, día a día se enfrentan esta problemática y las limitaciones para ofrecer a los pacientes tratamientos endoscópicos de última tecnología como los mencionados anteriormente pues resultan muy costosos y no se cuenta con el equipamiento necesario para ello pero, además, no siempre los pacientes presentan un estado general que aconseje su traslado a zonas distantes como la capital del país. Desde el año 2000 el Profesor Pedro Vázquez y su equipo, basados en la experiencia obtenida en el tratamiento recanalizante de los tumores de esófago con inyectoterapia transendoscópica, diseñaron un dispositivo que permitiera recanalizar los tumores de rectosigmoide, con un equipo rígido de rectosigmoidoscopia, aplicando 5 Fu para lograr la necrosis química del tumor, lograr restablecer el lumen y ofrecer algún alivio a estos enfermos en los que la operación estaba contraindicada por diversas razones. Se incluyeron en este estudio los pacientes valorados en la consulta multidisciplinaria de cáncer digestivo que después de recibir radioterapia combinada con quimioterapia no fueran tributarios de tratamiento quirúrgico o aquellos con recidiva tumoral en forma estenosante. Se empleó 5 Fu en dosis de 2-4cc en cada sesión, con una frecuencia semanal y se inyectaron los mamelones o la zona estenótica para lograr restablecer el lumen a partir de la necrosis. El alivio de la obstrucción tumoral con este procedimiento endoscópico se observó en el 55%, de lo que se infiere que hubo mejoría en su calidad de vida. Esta cifra se valora como importante si se tiene en cuenta que son pacientes con enfermedad oncológica avanzada y con gran riesgo quirúrgico. Solo dos pacientes abandonaron el tratamiento y en dos fue necesaria la realización de colostomía derivativa; no hubo fallecidos por causa

de este método y la única complicación informada fue la dermatitis del escroto en dos pacientes, que resolvieron con tratamiento médico. Se debe tener en cuenta que gracias a esta terapéutica endoscópica se mantenía la defecación por su orificio natural, se retardaba, y en algunos casos no se necesitaba, la realización de colostomías, lo que se traduce en una mejoría tanto en el aspecto físico como psicológico, pues a pesar de que no eran tributarios de otros tratamientos paliativos se mantuvieron en seguimiento en la consulta creada al efecto. Además, la consulta multidisciplinaria de vías digestivas dispone de otra opción terapéutica más para los pacientes con cáncer avanzado de rectosigmoide. Desde el punto de vista económico el tratamiento permite ahorrar las bolsas de colostomía, que son importadas, y muy usadas por estos pacientes y se disminuye el número de ingresos hospitalarios al evitarse complicaciones derivadas de la obstrucción intestinal que son frecuentes en esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jemal A, Stegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010 Sep-Oct; 60(5):277-300. doi: 10.3322/caac.20073.
2. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2010 Mar; 46(4):765-81. doi: 10.1016/j.ejca.2009.12.014.
3. República de Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario Estadístico de Cuba 2012. La Habana: MINSAP; 2013.
4. Gómez España MA, Méndez Vidar MJ, Aranda Aguilar E. Cáncer de colon. En: Tratado de Oncología Clínica. 3ra ed. Madrid: Elsevier Science; 2010. p. 711-49.
5. Bressler Hernández N, Martínez Pérez E, Fernández Rodríguez L, Torres Coré R. Cirugía laparoscópica en cáncer colorrectal. *Invest Medicoquir*. 2011 Jul-Dic; 3(2): 155-64.
6. Libutti SK, Saltz LB, Tepper JE. Cáncer de colon. En: Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. Vol 1. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 508-660.
7. Sagar J. Stents colorrectales para el tratamiento de las obstrucciones malignas del colon. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 11. Art. No: CD007378. doi: 10.1002/14651858.CD007378.
8. Cepero Valdés M, Chao González L, Hernández Rivero H, Cepero Nogueira M, Ruiz Torres J. Prótesis endoluminal autoexpandible en una oclusión aguda por tumor del colon izquierdo. *Rev Cub Cir [Internet]*. 2011 Abr-Jun [citado 4 Mar 2013]; 50(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000200008
9. Goustout CJ. La colonoscopia en el tratamiento de los tumores colorrectales. En: Abreus García L. Gastroenterología. Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Madrid: Médica Panamericana; 2007. p. 390-99.

Recibido: 3- 6 -13

Aprobado: 12-11-13

Elisa Marchena Pérez. Hospital Asistencial "Celestino Hernández Robau". Cuba No. 564 e/ Barcelona y Hospital. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50100 Teléfono: (53)(42)279452. Correo electrónico: mariacv@hchr.vcl.sld.cu