

Carta al Director



Tratamiento quirúrgico de la carcinomatosis de origen colorrectal

Sr. Director:

El volumen de enero de 2003 de CIRUGÍA ESPAÑOLA, número monográfico sobre las enfermedades colorrectales¹ dirigido por la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos, ha conseguido una visión global del problema actualizado a la realidad científica, tanto nacional como mundial, al haber puesto de manifiesto la importancia de la cirugía en el tratamiento de la enfermedad en estos tumores, tanto en sus fases iniciales, como en las recurrencias y en el fenómeno metastásico hepático.

Sin embargo, el carácter conservador de la sección y de sus dirigentes hace que no se haya siquiera enunciado ninguna alternativa de tratamiento para pacientes con enfermedad diseminada en la cavidad peritoneal. Este error no es atribuible únicamente a nuestros compañeros españoles, pues en el monográfico de las últimas clínicas quirúrgicas de norteamérica, nuestros colegas estadounidenses, habían realizado antes este mismo planteamiento².

No hay duda de que la enfermedad metastásica es la mayor causa de muerte de los pacientes con cáncer colorrectal pero, a diferencia de otras enfermedades, la presencia de una afección diseminada de origen colorrectal, tanto en cavidad abdominal como a distancia, hígado y pulmón, no impide en la actualidad planteamientos terapéuticos con intención curativa en grupos seleccionados de pacientes, tal y como se afirma en la presentación del monográfico respecto al tratamiento de las metástasis hepáticas y los Dres. Torras y Figueres demuestran con su excelente serie de Bellvitge, con supervivencias del 37% a los 5 años.

La alta incidencia del cáncer colorrectal, el tumor digestivo más frecuente, la afección carcinomatosa en el 10-20% de los pacientes inicialmente o a lo largo de su enfermedad, la historia natural de los pacientes afectados de diseminación peritoneal por cáncer colorrectal, con supervivencias menores a 6 meses cuando son tratados con esquemas terapéuticos convencionales, el fracaso de la quimioterapia sistémica en el tratamiento de estos desafortunados pacientes a pesar de la aplicación de nuevos fármacos y esquemas de quimioterapia, ha obligado al desarrollo de nuevas actitudes y alternativas terapéuticas.

Desde 1982, el Dr. Sugarbaker planteó la diseminación peritoneal como un estadio locorregional de la enfermedad y desarrolló una nueva alternativa terapéutica basada en el tratamiento de la enfermedad macroscópica mediante cirugía citoreductora radical oncológica merced a las peritonectomías por él desarrolladas, seguido del tratamiento de la enfermedad residual microscópica con la aplicación directa

TABLA 1. Tratamiento de la carcinomatosis peritoneal colorrectal mediante citorreducción y quimioterapia intraperitoneal

Autor, año y referencia bibliográfica	Pacientes	Seguimiento medio (meses)	Supervivencia (%)	
			2 años	3 años
Schneebaum et al, 1996 ⁴	15	10	—	—
Loggie et al, 2000 ^{5,a}	38	27	39	24
Cavaliere et al, 2000 ⁶	14	30	64	—
Witkamp et al, 2000 ⁷	29	38	45	23
Elias et al, 1997 ⁸	23	12	40	—
Shen et al, 2003 ^{9,a}	109	52	33	—
Total	190	10-52	> 40	2 años

^aLos pacientes son del mismo grupo, y solamente se cuentan una vez.

de quimioterapia de intensificación locorregional modulada por hipertermia. Pues bien, con este nuevo esquema terapéutico, su grupo está obteniendo supervivencias a 5 años del 30% tras citorreducciones completas, y en grupos seleccionados incluso curaciones de enfermos hasta ahora erróneamente considerados terminales³.

Cada vez somos más los grupos que hemos aprendido directamente de él la técnica quirúrgica y el manejo terapéutico completo de estos pacientes, comprobando que, al aplicarla en nuestros centros de trabajo, somos capaces de reproducir resultados similares a los publicados (tabla 1).

Por dicho motivo, creemos necesario que, en lo sucesivo, cualquier documento elaborado por la Sección de Coloproctología de la Asociación de Cirujanos contemple un apartado dedicado a la enfermedad diseminada peritoneal y no prive a estos pacientes de un tratamiento con esperanza de supervivencia y, en ocasiones, de curación.

Alberto Gómez-Portilla

Director del Programa de Carcinomatosis Peritoneal.
Policlínica San José. Vitoria. España.

Bibliografía

1. Ortiz-Hurtado H. Tratamiento quirúrgico y resultados del cáncer de colon. *Cir Esp*. 2003;73:1-73.
2. Guillem JG, Sigurdson ER. Colorectal Cancer. *Surg Clin N Am* 2002;82:891-1114.
3. Pestieau SR, Sugarbaker PH. Treatment of primary colon cancer with peritoneal carcinomatosis: comparison of concomitant vs. delayed management. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1341-8.
4. Schneebaum S, Arnold MW, Staibus A, et al. Intraperitoneal hyperthermic perfusion with mitomycin-C for colorectal cancer with peritoneal metastases. *Ann Surg Oncol* 1996;3:44-50.
5. Loggie BW, Fleming RA, McWueller RP, et al. Cytoreductive surgery with intraperitoneal hyperthermic chemotherapy for disseminated peritoneal cancer of gastrointestinal origin. *Am Surgeon* 2000;66:561-8.
6. Cavaliere F, Perri P, Di Filippo F, et al. Treatment of peritoneal carcinomatosis with intent to cure. *J Surg Oncol* 2000;74:41-4.
7. Witkamp AJ, De Bree E, Van Goethem AR, et al. Rationale and techniques of intra-operative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Cancer Treat Rev* 2001;27:365-74.
8. Elias D, Dubé P, Blot F, et al. Peritoneal carcinomatosis treatment with curative intent: the Institut Gustave-Roussy experience. *Eur J Surg Onc* 1997;23:317-21.
9. Shen P, Levine EA, Hall J, Case D, Russell G, Fleming R, et al. Factors predicting survival after intraperitoneal hyperthermic chemotherapy with mitomycin C after cytoreductive surgery for patients with peritoneal carcinomatosis. *Arch Surg* 2003;138:26-33.