

CAPÍTULO 12

Situaciones especiales

En este apartado se abordarán los tumores sincrónicos, los que se presentan durante el embarazo y los que se presentan como tumores localmente avanzados. Los tumores con complicación obstructiva, perforativa o hemorrágica serán tratados en el capítulo 13.

Tumores sincrónicos

Se define como cáncer del colon sincrónico a aquel que se diagnostica al mismo momento del cáncer principal, o dentro de los 12 meses del diagnóstico del tumor primario. Es diferente desde el punto de vista histológico y de la estadificación, entendiéndose que el más avanzado es el tumor primario. Si el segundo tumor se presenta luego de los 12 meses del primario se lo considera un tumor metacrónico.

Los tumores sincrónicos también se mencionan en la literatura como tumores dobles, gemelos, o primarios múltiples. Sin embargo, los tumores primarios múltiples son aquellos que afectan simultáneamente a más de un órgano y pueden o no estar comprendidos en los síndromes de neoplasias endocrinas múltiples.

La incidencia de los tumores sincrónicos del colon es de aproximadamente el 4-5% y están asociados a una disminución de la SG. Cuando se ubican en el mismo segmento del colon se resecan mediante una colectomía segmentaria o reglada, mientras aquellos que están en diferentes segmentos pueden ser tratados con dos resecciones segmentarias o una colectomía subtotal. Evidencia 1B.¹ A pesar de que la resección extendida podría no estar asociada a un aumento de la morbilidad, no ha probado tener beneficios y sus resultados funcionales afectan significativamente la calidad de vida.¹

En los tumores del colon asociados a una enfermedad colónica como la colitis ulcerosa, o a síndromes hereditarios, la extensión de la resección debe considerar dicha afección. Como se ha advertido con anterioridad, tanto los cánceres hereditarios, como los asociados a enfermedad inflamatoria, son tópicos para ser tratados en un relato en sí mismo.

Cáncer del colon en el embarazo

El cáncer del colon durante el embarazo constituye un desafío diagnóstico. Dado que la edad del embarazo es cada vez más tardía, la incidencia está en aumento y es aproxi-

madamente de 1/13000. Los síntomas son inespecíficos y similares a algunos que intercurrentes durante la gestación. Habitualmente se presenta en estadio más avanzado que en las mujeres no gestantes, sin embargo la supervivencia parece ser similar. La colonoscopia durante el embarazo es segura, particularmente luego del segundo trimestre. No existen guías de recomendación para el tratamiento o seguimiento.

Un equipo multidisciplinario debe considerar en cada caso los factores de riesgo, el método de estadificación, el tipo de tratamiento oncológico, los riesgos de la terapia sobre el embrión o feto, el pronóstico de la madre y la urgencia para iniciar el tratamiento.

En el CCR avanzado diagnosticado durante el segundo o tercer trimestre del embarazo, una publicación reciente recomienda iniciar 5fluoruracilo y oxaliplatino siguiendo el esquema FOLFOX con el objetivo de llevar el embarazo a término al menos a 37 semanas.^{2,3} Aunque la evidencia se limita a reporte de casos, el riesgo de prematuridad es mayor al riesgo de exposición a la quimioterapia previa al nacimiento. Existe tendencia y evidencia reciente en múltiples estudios de cohorte de una mejoría en la evolución, sin un incremento de anomalías neonatales, infantiles o adolescentes debido a la exposición del feto a la quimioterapia prenatal.^{2,3} En estos casos, son dos vidas las que se deben considerar y por eso la decisión de la conducta es compleja y debe ser multidisciplinaria. En el caso *Dobbs vs. Jackson Women Health Association*, la Corte Suprema de EEUU en 2022 falló que cada paciente en asociación con su oncólogo debe tener la capacidad de lograr todas las opciones posibles de tratamiento para alcanzar el éxito terapéutico.⁴

El tratamiento debe ser individualizado por objetivos, trimestre y decisión compartida con la paciente. Mientras que operar o aplazar la cirugía es posible en cualquier periodo, la quimioterapia está contraindicada en el primer trimestre. El nacimiento anticipado es posible sólo después de las 24 semanas, en tanto la finalización del embarazo depende de las leyes propias durante los dos primeros trimestres y está contraindicado en el tercero (Tabla 12.1).^{2,3}

Tumores avanzados del colon

El término de cáncer del colon localmente avanzado se refiere a los tumores infiltrantes, adheridos o no a estructuras

vecinas, sin diseminación a distancia. Se debe a la invasión local por crecimiento del tumor, la formación de adherencias, o la presencia de una perforación local o una fístula.¹

Los tumores T4 se dividen en dos grupos según el TNM, AJCC⁵:

T4a: invade la superficie del peritoneo visceral

T4b: invade un órgano o estructura adyacente.

Corresponden a: EIIB (T4aN0), EIIC (T4bN0), EIIIB (T4aN1/N1c) y EIIC (T4aN2a; T4aN2b; T4bN1-2)

Resección de los tumores del colon T4

Los tumores T4 tienen una incidencia del 5 al 15% y son resecables del 21 al 43%.⁶

En los tumores adheridos o que invaden órganos adyacentes se recomienda la resección *en bloc* y lograr márgenes negativos si el tratamiento es con intención curativa. Evidencia 1B.¹

Las adherencias entre los tumores de colon y los órganos vecinos no deben ser seccionadas ya que durante su análisis histológico se ha demostrado que presentan células malignas en el 34 al 84% de los casos.⁷⁻⁹

La presencia de márgenes positivos empeora significativamente la evolución, en cuanto a la progresión, SG y SLE, con aumento del índice de recurrencia local.⁹⁻¹¹

En los grupos entrenados, tanto la cirugía laparoscópica como la robótica permiten realizar una resección *en bloc* en forma adecuada en casos seleccionados.¹²

Resecciones extendidas

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección radical del cáncer del colon localmente avanzado. En las resecciones R0 se ha reportado una recurrencia del 19%, mientras que en la resección con margen positivo microscópico o R1 la recidiva asciende al 56%. La supervivencia a 5 años es del 60% en resecciones R0 y 25% en R1. La tasa de resección R0 varía entre el 65 y 75% para los T4a y disminuye al 50% en los T4b.^{7,8,11}

La existencia de metástasis a distancia no contraindica la resección extendida, siempre y cuando pueda lograrse una resección R0. En el caso de metástasis irresecables, la resección paliativa del colon se indica en los pacientes altamente sintomáticos y/o para evitar las complicaciones del tumor

primario (principalmente obstrucción).

La resección de la pared abdominal y partes blandas requiere de la reparación posterior con o sin malla protésica. La invasión de los grandes vasos contraindica la resección.¹

Si hay compromiso renal o ureteral debe evaluarse la realización de una nefrectomía al igual que la resección del uréter y su reparación posterior. La invasión de la vejiga requiere una cistectomía parcial o total, con o sin la construcción de una neovejiga. Cuando está invadido el intestino delgado, otro segmento del colon, o los anexos, se indica la resección *en bloc*.

El compromiso del estómago, vesícula biliar, bazo y/o páncreas distal no contraindica la resección *en bloc*, a excepción de la invasión del pedículo hepático o vasos mayores. La invasión del duodeno puede ser resuelta en forma parcial o requerir una duodenopancreatectomía en casos muy seleccionados.

La morbilidad postoperatoria es variable y depende del tipo de resección multivisceral, oscila entre el 20 y el 60%. Similar situación ocurre con la mortalidad, que varía entre el 3 y el 17% dependiendo del tratamiento realizado. La supervivencia a 5 años en los tumores T4aN0 es del 79%, en los T4bN0 del 58,4% y se reduce al 40- 54% en los T4a N positivo y al 15-38% en los T4b N positivo.^{1,8,13}

Cirugía laparoscópica en los tumores avanzados

Según la evidencia existente, la factibilidad de la cirugía laparoscópica en los tumores avanzados es alta en los centros con cirujanos entrenados. Se han publicado resultados similares a la cirugía convencional respecto a número de ganglios resecados, morbilidad, mortalidad, índice de resecciones R0, recurrencia y supervivencia, con un índice de conversión del 7 al 21%.^{6,14,15}

En los tumores T4, la cirugía laparoscópica tiene mayor tiempo operatorio, menor pérdida de sangre y menor estadía hospitalaria, con una conversión del 8,2%. Se ha reportado ausencia de diferencias significativas en mortalidad, recurrencia y SG en las resecciones R0 entre la cirugía laparoscópica y convencional, con un seguimiento de 40 meses.^{16,17}

Ooforectomía

La ooforectomía se recomienda ante ovarios o anexos macroscópicamente sospechosos o comprometidos por ex-

Tabla 12.1. Tratamiento del cáncer del colon según el trimestre de embarazo.

Trimestre	Cirugía	Quimioterapia	Aplazar	Nacimiento anticipado	Fin del embarazo
1	Posible	Contraindicado	Posible	Contraindicado	Posible según leyes propias
2	Posible	Posible	Posible	Posible ≥ 24 semanas	Posible según leyes propia
3	Posible	Posible	Posible	Posible	Contraindicado

Adaptada de Cairl N, Shanker B.²

tensión contigua del tumor. En cambio, la ooforectomía profiláctica de rutina no está recomendada. Evidencia IC.¹ Sin embargo, en las pacientes con riesgo de cáncer hereditario la ooforectomía profiláctica debe considerarse en mujeres posmenopáusicas luego de la evaluación individual del riesgo.

En las pacientes con sospecha o compromiso comprobado del ovario, la ooforectomía se ha asociado a beneficio en la supervivencia y en estos casos se indica la resección bilateral.¹⁸

REFERENCIAS

1. Vogel JD, Felder SI, Bhamra AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the management of colon cancer. *Dis Colon Rectum*. 2022;65:148–77.
2. Cairl NS, Shanker B-A. Colon cancer and the pregnant patient. *Dis Colon Rectum*. 2024;67:355–57.
3. Van Loon K. Expert commentary on colon cancer and the pregnant patient. *Dis Colon Rectum*. 2024;67:358.
4. ASCO. ASCO Statement on Supreme Court Decision in *Dobbs v. Jackson Women's Health*. *ASCO in action*. Available from: <https://society.asco.org/news-initiatives/policy-news-analysis/asco-statement-supreme-court-decision-dobbs-v-jackson-womens>. 2022. Accessed October 22, 2024.
5. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al. *AJCC Cancer Staging Manual*. Springer; 2018.
6. deAngelis N, Vitali GC, Brunetti F, et al. Laparoscopic vs. open surgery for T4 colon cancer: A propensity score analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2016;31:1785–97.
7. Eveno C, Lefevre JH, Svrcek M, et al. Oncologic results after multivisceral resection of clinical T4 tumors. *Surgery*. 2014;156:669–75.
8. Lehnert T, Methner M, Pollok A, et al. Multivisceral resection for locally advanced primary colon and rectal cancer: an analysis of prognostic factors in 201 patients. *Ann Surg*. 2002;235:217–25.
9. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, et al. Association of radial margin positivity with colon cancer. *JAMA Surg*. 2015;150:890–98.
10. Goffredo P, Zhou P, Ginader T, et al. Positive circumferential resection margins following locally advanced colon cancer surgery: Risk factors and survival impact. *J Surg Oncol*. 2020;121:538–46.
11. Khan MAS, Hakeem AR, Scott N, et al. Significance of R1 resection margin in colon cancer resections in the modern era. *Colorectal Dis*. 2015;17:943–53.
12. Crolla RMPH, Tersteeg JJC, van der Schelling GP, et al. Robot-assisted laparoscopic resection of clinical T4b tumours of distal sigmoid and rectum: initial results. *Surg Endosc*. 2018;32:4571–78.
13. Willaert W, Ceelen W. Extent of surgery in cancer of the colon: is more better? *World J Gastroenterol*. 2015;21:132–38.
14. Elnahas A, Sunil S, Jackson TD, et al. Laparoscopic versus open surgery for T4 colon cancer: evaluation of margin status. *Surg Endosc*. 2016;30:1491–96.
15. Liu Z-H, Wang N, Wang F-Q, et al. Oncological outcomes of laparoscopic versus open surgery in pT4 colon cancers: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2018;56:221–33.
16. Park JH, Park H-C, Park SC, et al. Laparoscopic approach for left-sided T4 colon cancer is a safe and feasible procedure, compared to open surgery. *Surg Endosc*. 2019;33:2843–49.
17. Yang X, Zhong M-E, Xiao Y, et al. Laparoscopic vs open resection of pT4 colon cancer: a propensity score analysis of 94 patients. *Colorectal Dis*. 2018;20:O316–25.
18. Lee SJ, Lee J, Lim HY, et al. Survival benefit from ovarian metastatectomy in colorectal cancer patients with ovarian metastasis: a retrospective analysis. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2010;66:229–35.