

CAPÍTULO 20

Encuesta sobre el tratamiento actual del cáncer del colon

Se realizó una encuesta que consistió en 21 preguntas de respuesta rápida, 20 con opción única y una con respuesta libre. Dicha encuesta se envió vía mail y redes sociales de la Sociedad Argentina de Coloproctología, Revista Argentina de Coloproctología, Asociación Argentina de Cirugía y diferentes canales de comunicación y difusión a través de redes sociales.

ENCUESTA

1. En su práctica quirúrgica, Ud. realiza:

- a) Cirugía general
- b) Cirugía general y coloproctología
- c) Coloproctología únicamente

Respuestas:

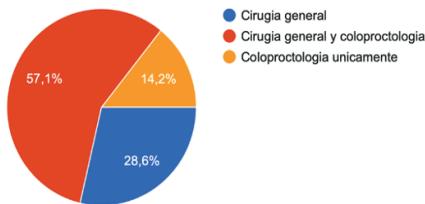


Figura 20.1

2. ¿Es Ud. especialista en coloproctología?

- a) Si
- b) No

Respuestas:

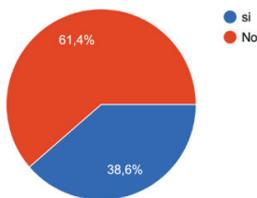


Figura 20.2

3. ¿Cómo maneja el cáncer de colon en su institución?

- a) Equipo o comité multidisciplinario
- b) Enfoque cirujano + oncólogo

Respuestas:

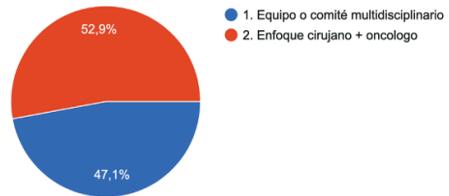


Figura 20.3

4. ¿Se realiza en su institución el tratamiento endoscópico del cáncer del colon temprano (pólipo-cáncer o T1 por los cirujanos)?

- a) Si
- b) No

Respuestas:

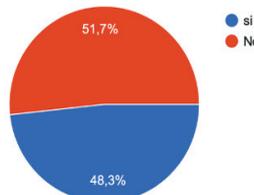


Figura 20.4

5. En el cáncer de colon temprano, ¿cuál es el tratamiento de elección en su servicio?

- a) Tratamiento endoscópico + marcación y/o eventual cirugía acorde al resultado.
- b) Cirugía

Respuestas:

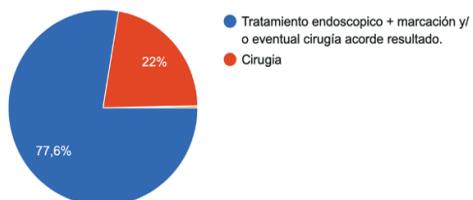


Figura 20.5

6. ¿Cuál es su conducta con respecto a la adyuvancia postoperatoria ante el cáncer del colon EII?
- a) Cirugía es suficiente
 - b) Agrega adyuvancia
 - c) Depende de factores histológicos, estabilidad genética, estado de los genes reparadores del ADN.

Respuestas:

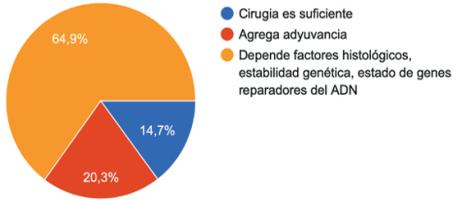


Figura 20.6

7. En el cáncer del colon derecho Ud. realiza una colectomía con escisión total del mesocolon:
- a) De rutina
 - b) Selectiva
 - c) Ocasional
 - d) Nunca

Respuestas:

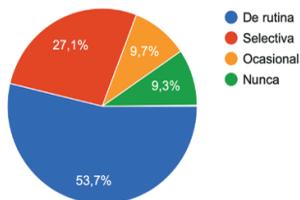


Figura 20.7

8. En el cáncer del colon derecho localmente avanzado realiza de rutina una colectomía con:
- a) Linfadenectomía D1
 - b) Linfadenectomía D2
 - c) Linfadenectomía D3

Respuestas:

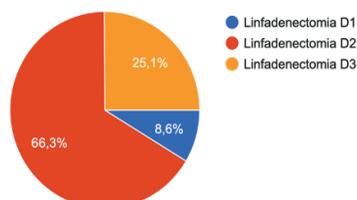


Figura 20.8

9. Para el tratamiento del cáncer del colon transversal sin compromiso de los ángulos del colon, Ud. indica:
- a) Colectomía segmentaria
 - b) Colectomía extendida o ampliada (derecha o izquierda según localización)

Respuestas:

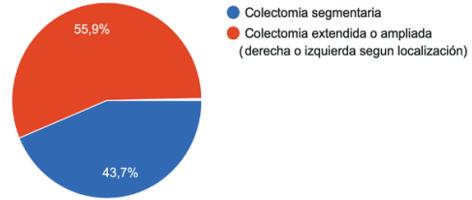


Figura 20.9

10. Para el tratamiento del cáncer del ángulo esplénico, Ud. indica:
- a) Colectomía segmentaria
 - b) Colectomía ampliada (colectomía derecha ampliada, izquierda ampliada, subtotal)

Respuestas:

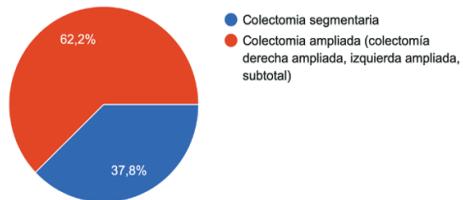


Figura 20.10

11. Para el tratamiento electivo del cáncer de colon, Ud. realiza habitualmente:
- a) Cirugía abierta
 - b) Cirugía laparoscópica
 - c) Cirugía robótica

Respuestas:

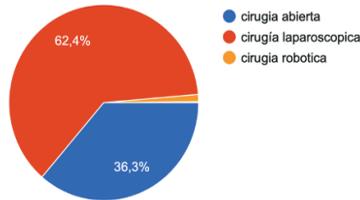


Figura 20.11

12. ¿Piensa que tiene o tendrá algún rol la cirugía robótica para el tratamiento electivo del cáncer del colon en nuestro medio?

- a) Si
- b) No

Respuestas:

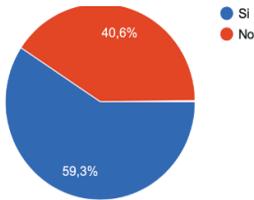


Figura 20.12

13. ¿Cuándo indica neoadyuvancia en el cáncer del colon?

- a) T3-T4 Nx
- b) Tx N+
- c) M+ (Tratamiento sistémico)
- d) Nunca
- e) M+
- f) T3/T4 N+

Respuestas:

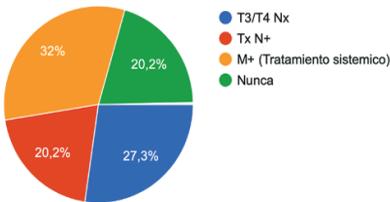


Figura 20.13

14. ¿Ud. o su equipo multidisciplinario utilizan en la práctica diaria la biopsia líquida?

- a) Si
- b) No

Respuestas:

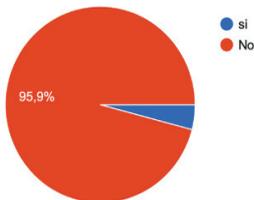


Figura 20.14

15. ¿Determina la inestabilidad microsatelital o cromosómica en sus pacientes?

- a) Si
- b) No

Respuestas:

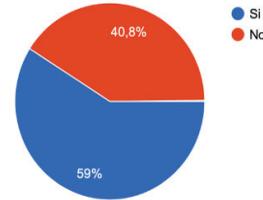


Figura 20.15

16. Para el tratamiento del cáncer de colon en la urgencia, habitualmente indica:

- a) Cirugía abierta
- b) Cirugía laparoscópica

Respuestas:

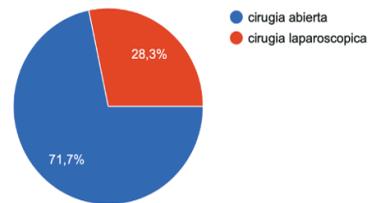


Figura 20.16

17. En el cáncer oclusivo del colon izquierdo, Ud. opta habitualmente por:

- a) Endoprótesis endoscópica/radiológica
- b) Ostomía
- c) Colectomía ampliada, con o sin anastomosis
- d) Operación de Hartmann

Respuestas:

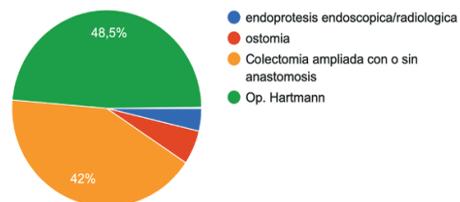


Figura 20.17

18. Para el cáncer oclusivo del colon derecho, Ud. opta habitualmente por:

- a) Ileostomía
- b) Colectomía con anastomosis
- c) Colostomía + ileostomía

Respuestas:

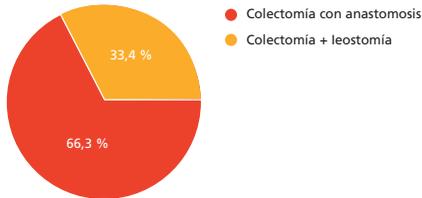


Figura 20.18

19. Ante un paciente con metástasis hepática sincrónica reseccable o potencialmente reseccable, Ud.:

- a) Aborda el tratamiento quirúrgico de ambos
- b) Deriva al cirujano de hígado
- c) Deriva a otro centro de mayor complejidad
- d) Deriva al oncólogo

Respuestas:



Figura 20.19

20. Su edad es:

- a) < 40 años
- b) 40 a 60 años
- c) > 60 años

Respuestas:

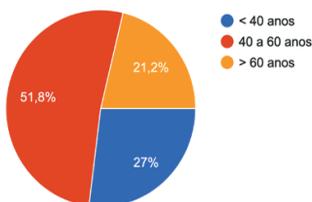


Figura 20.20

21. ¿Cuál es la provincia de Argentina /país donde realiza su práctica quirúrgica?

Respuestas:

Argentina 513

- Buenos Aires 169
- CABA 103
- Catamarca 2
- Chaco 10
- Chubut 2
- Córdoba 34
- Corrientes 8
- Entre Ríos 16
- Formosa 4
- Jujuy 10
- La Pampa 4
- La Rioja 1
- Mendoza 14
- Misiones 4
- Neuquén 7
- Rio Negro 12
- Salta 8
- San Juan 16
- San Luis 7
- Santa Cruz 3
- Santa Fe 42
- Santiago del Estero 4
- Tierra del Fuego 2
- Tucumán 30

Resto de Latinoamérica 77

- Uruguay 28
- Paraguay 11
- Chile 9
- Ecuador 6
- Venezuela 5
- México 4
- Panamá 2
- Brasil 2
- Bolivia 2
- Guatemala 1
- Perú 2
- Colombia 1
- El Salvador 1
- Nicaragua 1
- República Dominicana 1
- Costa Rica 1

Análisis de la encuesta

Se recibieron 590 respuestas. Las preguntas fueron respondidas por cirujanos dedicados únicamente a la coloproctología (14,2%), únicamente a la cirugía (28,6%) o a ambas especialidades (57,1%)(Fig. 20.1). El 38,6% de los encuestados dijo ser especialista en coloproctología (Fig. 20.2).

Resulta relevante que el 52,9% maneja los pacientes con cáncer del colon en forma individual con el oncólogo, sin equipo multidisciplinario o Comité de Tumores, tal como se recomienda (Fig. 20.3). Una proporción similar (51,7%) no realiza personalmente el manejo del pólipo cáncer en forma endoscópica sino que debe enviarlo a un endoscopista, o bien tratarlo en forma quirúrgica (Fig. 20.4). El 77,6% realiza el tratamiento endoscópico con marcación y solo el 22% decide la conducta quirúrgica de inicio (Fig. 20.5).

Para el tratamiento del EII, el 64,9% valora los factores de riesgo para decidir el agregado de adyuvancia al tratamiento quirúrgico. Sin embargo, el 20,3% la indica siempre y el 14,7% nunca y solo realiza el tratamiento quirúrgico (Fig. 20.6).

En la colectomía derecha, el 53,7% realiza una escisión total del mesocolon de rutina, el 27,1% lo hace en forma selectiva y el 9,3% no la realiza nunca (Fig. 20.7).

Para el tratamiento de la invasión ganglionar en un cáncer del colon derecho localmente avanzado, el 66,3% agrega a la colectomía derecha una linfadenectomía D2 y el 25,1% una D3. Sin embargo, el restante 8,6% realiza una linfadenectomía D1 (Fig. 20.8).

Ante un cáncer del colon transversal sin compromiso de los ángulos, el tratamiento del 55,9% de los encuestados es la colectomía ampliada a los ángulos según la localización. El 43,7% restante realiza una colectomía segmentaria (Fig. 20.9). Para el tratamiento del cáncer del ángulo esplénico el 62,2% indica una colectomía ampliada y el 37,8% una colectomía segmentaria (Fig. 20.10).

El tratamiento electivo del cáncer del colon es realizado de forma rutinaria por vía laparoscópica por el 62,4% de los encuestados, mientras que el 36,3% utiliza la vía convencional. Solo el 1,2% (7 cirujanos) aplican la robótica de inicio (Fig. 20.11). No obstante, el 59,3% piensa que la cirugía robótica tendrá un rol relevante en nuestro medio, en tanto el 40,6% se muestra escéptico con respecto a su aplicabilidad en la cirugía colorrectal (Fig. 20.12).

Las indicaciones de la terapia neoadyuvante son variadas y todas son utilizadas en proporciones similares. Así es que el 32% la indica ante metástasis, el 27,3% en tumores T3 y T4 Nx, el 20,2% en TxN+ y otro tanto refiere que nunca usa neoadyuvancia y opera sin tratamiento previo ante cualquiera de estas circunstancias (Fig. 20.13).

Solo el 4,1% respondió que utilizan la biopsia líquida en su práctica diaria para el seguimiento oncológico de sus pacientes (Fig. 20.14) y el 59% contestó que no evalúa la estabilidad cromosómica o microsatelital, mientras que el 40% la determina en forma sistemática (Fig. 20.15).

El 71,7% indica cirugía abierta para el tratamiento de urgencia del cáncer del colon y el 28,3% indica laparoscopia de inicio (Fig. 20.16).

En el cáncer del colon izquierdo oclusivo el 48,5% contestó una operación de Hartmann, el 42% una colectomía ampliada con o sin anastomosis y el 5,6% solo una colostomía. Únicamente el 3,7% plantea la colocación de una endoprótesis endoscópica. Es decir que más de la mitad de los cirujanos encuestados resuelven una obstrucción del colon izquierdo con una colostomía (Fig. 20.17). Mientras que si la obstrucción es del colon derecho, el 66,3% opta por una resección con anastomosis primaria y el 33,4% sin anastomosis (Fig. 20.18).

En el escenario de una metástasis hepática sincrónica, reseccable o potencialmente reseccable, de un tumor del colon, el 42,7% aborda el caso en forma quirúrgica simultánea, el 33,7% deriva o consulta al cirujano de hígado, el 12,5% deriva al oncólogo y el 11% deriva a un centro de mayor complejidad (Fig. 20.19).

El 51,8% de los cirujanos que participaron en la encuesta tiene entre 40 y 60 años, el 27% fueron menores de 40 años y el 21,2% fueron mayores de 60 años (Fig. 20.20). El 87% procede de la Argentina, la mayoría de Pcia de Bs. As y CABA, seguido de Santa Fe, Córdoba y Tucumán, y en menor medida del resto de las provincias argentinas, que estuvieron representadas en su totalidad. El 13% procede de distintos países de Latinoamérica, mayormente de Uruguay, seguido de Paraguay y Chile y en menor medida de otros países de la región.