

LOS DATOS EUROPEOS Y ESTADOUNIDENSES SEÑALAN QUE EL 38% DE LOS PACIENTES ESTÁN VIVOS A LOS CINCO AÑOS

LA MITAD FALLECEN

La estandarización de la cirugía logra una supervivencia del 50% en MH

→ En metástasis hepáticas de cáncer colorrectal uno de los principales avances terapéuticos es la estandarización del tratamiento quirúrgico. Esto, junto a la formación de equipos

multidisciplinares para el abordaje de la evolución de la enfermedad, ha permitido alcanzar índices de respuesta y curación que eran inimaginables hace diez años.

■ Javier Granda

La estandarización del tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas en el tratamiento del cáncer colorrectal es uno de los principales avances terapéuticos para una mejoría de los resultados de este tipo de tumor. Además, la formación de equipos multidisciplinares para el tratamiento de la evolución de la enfermedad ha permitido alcanzar índices de respuesta y curación de los pacientes que eran inimaginables hace apenas diez años.

Para Albert Abad, jefe de Sección para Tumores Digestivos del Servicio de Oncología Médica del Hospital Germans Trias i Pujol-ICO Badalona, "esta estandarización ha sido un gran avance que ha marcado un punto de inflexión en el tratamiento del cáncer de colón metastático". Los datos de registros europeos y estadounidenses señalan que, en la actualidad y con esta estrategia de tratamiento, el 38 por ciento de los pacientes están vivos a los cinco años y los pacientes de buen pronóstico alcanzan una supervivencia que roza el 50 por ciento. "Parece que los pacientes que sobreviven a los diez años están curados totalmente de su enfermedad. Y esto, para los pacientes de buen pronóstico, se sitúa en



Albert Abad, del Servicio de Oncología Médica del Germans Trias i Pujol-ICO, en Badalona.

Los equipos multidisciplinares para tratar la evolución de la enfermedad han permitido alcanzar índices de respuesta y curación inimaginables

torno al 35-40 por ciento".

Sin embargo, un aspecto en el que todavía no hay consenso es el significado de metástasis reseables de inicio o unas metástasis inicialmente no reseables. "De hecho, podríamos asimilar el término de metástasis no inicialmente reseables a aquel grupo de pacientes que tienen metástasis que

técnicamente se podrían extirpar, pero que son portadores de factores de riesgo de recaída", explica Abad.

Entre estos factores de riesgo destaca que el número de metástasis sea superior a cuatro, que estén muy cerca de algún vaso, o incluso a veces que el propio tamaño dificulta la resección. "En este grupo de pacientes parece que es mejor hacer un tratamiento con quimioterapia neoadyuvante", opina el oncólogo catalán. En el otro extremo se sitúan los pacientes irreseables, en los que el criterio más importante es que el hígado está afectado en más de un 70 por ciento, lo que impide

Cualquier esquema de poli-quimioterapia basada en fluorouracilo y oxaliplatino con un agente biológico es una buena estrategia en estos pacientes

cualquier extirpación.

Como apunta Abad, generalmente hay una tendencia a utilizar más los anticuerpos antifactor de crecimiento que los antiangiogénicos. "Pero en cualquier caso cualquier esquema de poli-quimioterapia basada en fluorouracilo y oxaliplatino con un agente biológico es una buena estrategia".

Ewing y PNET de la pared torácica, igual pronóstico que en otros sitios

■ Redacción

El diagnóstico de sarcoma de Ewing (SE) y tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET) de la pared torácica (tumor de Askin) no conlleva un pronóstico desfavorable con respecto al resto de pacientes con SE y PNET de otras localizaciones. Sin embargo, a pesar de un tratamiento multidisciplinario adecuado, cerca de la mitad de los enfermos fallece durante el seguimiento prolongado.

Ésta es la conclusión de un estudio presentado en el XII Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica y llevado a cabo por el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario La Fe, de Valencia.

Los investigadores pretendían analizar su experiencia con el objetivo de conocer sus resultados a largo plazo. Para ello, estudiaron retrospectivamente todos los pacientes diagnosticados de SE/PNET de pared costal que se trataron en este centro entre 1973 y 2004. Analizaron sus características clínicas, biológicas, tratamiento administrado y evolución.

Encontraron 150 casos de los cuales 21 eran primitivos de la pared torácica. Todos recibieron quimioterapia y como tratamiento local, radioterapia, cirugía o la combinación de ambas. Comprobaron que la probabilidad de supervivencia es 59 por ciento a 5 años y 46 por ciento a 10 años.

Pacientes no operables



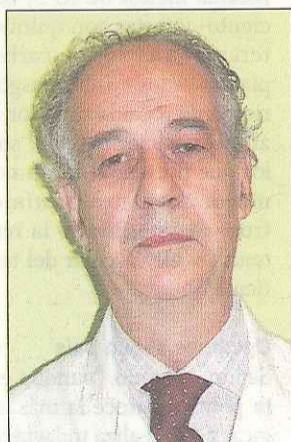
Debe tenerse en cuenta que los pacientes en progresión no deben operarse. Como señala Albert Abad, "hay dos situaciones extremas y contradictorias: una es que al paciente hay que operarlo cuando está en respuesta, pero hay que evitar siempre que entre en remisión completa, porque impide una buena actuación quirúrgica por parte del cirujano. En el otro extremo está el hecho de que si el paciente está progresando no se puede recurrir *in extremis* a que le operen, porque los resultados son incluso peores que seguir haciendo tratamiento con otra línea de quimioterapia. Por tanto, se debe intervenir al paciente en el momento en que está respondiendo".

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SE ESTÁ IMPONIENDO CADA VEZ MÁS POR LO QUE SE HAN CREADO EQUIPOS ESPECÍFICOS

Los cuidados continuos permiten obtener mejores resultados

■ J. G.

La complejidad del proceso oncológico obliga a que intervengan multitud de especialistas y especialidades diferentes tanto en el aspecto curativo y terapéutico como en el tratamiento de la enfermedad. El concepto de cuidados continuos incide en la integración de los recursos y del conocimiento para favorecer el mejor manejo del paciente, no sólo en el tratamiento de la enfermedad o del tumor con finalidad radical o curativa, sino también en todos los síntomas asociados a la enfermedad, logrando un proceso de continuidad asistencial co-



Eugeni Saigí.

ordinado con todos los especialistas implicados en el tratamiento del cáncer.

El proceso de puesta en

marcha de equipos multidisciplinares para proporcionar cuidados continuos es complejo.

"Al participar elementos tan heterogéneos como el propio paciente, su familia, personal sanitario y no sanitario, se presentan dificultades organizativas derivadas de la propia constitución en cada lugar, de cómo se establecen estos sistemas de coordinación", reconoce Eugeni Saigí, director del Servicio de Oncología Médica del Hospital Parc Taulí, de Sabadell.

"Siempre es complejo, pero se busca organizar esta coordinación, porque es una

de las maneras más adecuadas de tratar el cáncer y obtener mejores resultados. No sólo nos preocupa curar, sino que paliar y tratar los síntomas asociados a la enfermedad, sobre todo en fases avanzadas, proporciona una mejor terapéutica a la enfermedad, una mejor calidad de vida".

La atención domiciliaria se impone cada vez más en este sentido, en los casos en que el paciente no requiere hospitalización, por lo que se han creado equipos para atender a los pacientes en su entorno, proporcionando todo el tratamiento que necesita en función de la situa-

ción de su enfermedad. Para Saigí, "si se puede evitar que el enfermo esté hospitalizado se favorece la utilización de recursos, consiguiendo una mejoría para el paciente al mantener el tratamiento en su domicilio y con los suyos, contribuyendo a su calidad de vida".

Por último, el oncólogo ha dicho que lo que se busca dentro de la Sociedad Española de Oncología Médica y de la sección de cuidados continuos es procurar homogeneizar las prácticas clínicas, buscando elementos para ayudar a que los pacientes dispongan de los tratamientos de soporte.