

Cartas al director



Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, problema ético hoy, un problema legal en el futuro

Sr. Director:

Hace ya 1 año me ví obligado a enviar una carta al director de su distinguida revista poniendo de relieve la necesidad de que se contemple la alternativa de tratamiento combinado de cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria para los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal¹.

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la obligatoriedad ética y moral de todo médico, y especialmente de todo cirujano, de conocer y propiciar esta nueva alternativa terapéutica a sus pacientes potencialmente curables, cuando comprobamos que en CIRUGÍA ESPAÑOLA, en el número de diciembre de 2005, en una revisión de conjunto, se sigue planteando la carcinomatosis colorrectal como una enfermedad terminal². Esta revisión, aunque aporta algunas reflexiones interesantes, motivo por el que expresamos nuestra felicitación a sus autores, tales como:

- El dato de la recidiva local o a distancia de la enfermedad en el 40% de los pacientes sometidos a cirugía inicialmente curativa.
- El reconocimiento de que la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa.
- La tabla de la frecuencia de la recurrencia de la enfermedad a los 5 años en el cáncer de colon y recto.
- La aparición de las mal llamadas recidivas en el 80% de los casos acontecen en los primeros dos años.
- La conveniencia de una cirugía mínima dirigida a solucionar la urgencia cuando se descubre la recidiva en un ingreso urgente, insistiendo en la necesidad de dejar un meticuloso informe del estado de la enfermedad en el protocolo quirúrgico.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario aclarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

mismos autores indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sugarbaker³ indica, lo que el cirujano no ve es lo que mata al enfermo.

El atrapamiento celular como factor responsable del desarrollo de la carcinomatosis peritoneal es un fenómeno plenamente establecido y demostrado tanto a nivel clínico como experimental por los trabajos del grupo de Sugarbaker⁴.

Si bien es cierto que sería deseable que se llegase a excluir el factor cirujano como factor de riesgo para el posterior desarrollo de enfermedad persistente locorregional, motivo por el que los autores reclaman una preparación técnica para conseguir ese objetivo, tildándolo de exigencia social, en nuestra opinión también por exigencia social en nombre de los pacientes, debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta ahora lo contempla la doctrina tradicional y, por ende, la mayoría del cuerpo médico, excluyéndose alternativas potencialmente curativas determinantes del futuro de estos pacientes.

Los autores contemplan las metástasis hepáticas o pulmonares como potencialmente tratables con cirugía curativa, e incluyen también la recurrencia local aislada como potencialmente curable alcanzando hasta un 20% de tasa de supervivencia, si bien con un precio de un 15% de mortalidad y una morbilidad cercana al 100%. Pero en cambio excluyen de un tratamiento potencialmente curativo a pacientes con hidronefrosis o con afectación de ganglios paraaórticos, y ni siquiera contemplan la enfermedad diseminada peritoneal.

Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa alcanza unas tasas de supervivencia a 5 años de un 40%, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la carcinomatosis peritoneal colorrectal de un 40%, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González-Moreno⁵ en su editorial del mismo número de la revista de CIRUGÍA ESPAÑOLA, hoy día no debería negarse a ningún paciente con esta enfermedad poder ser tratado mediante la opción terapéutica, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Por todo ello, desde luego ya no es éticamente aceptable privar de esta opción a pacientes potencialmente curables, y puede que en el futuro implique responsabilidades legales.

Como establece Elias⁶, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde esté plenamente establecido el triple tratamiento integral de citorreducción y quimioterapia in-

traperitoneal hipertérmica, para poder llegar a curar a los pacientes potencialmente curables, limitando a remitir a los oncólogos a aquellos pacientes que no se pueden beneficiar de esta alternativa terapéutica (infiltración masiva del intestino delgado, afectación del espacio precavo-segmento I, retracción infiltrativa del mesenterio).

La actitud del cirujano que se encuentra con una carcinomatosis peritoneal colorrectal, tal y como señala Elias, debe consistir en realizar un estudio detallado de extensión de la enfermedad conforme al índice de carcinomatosis peritoneal⁷, que contempla el grado de enfermedad y su localización en las diferentes regiones abdominales, toma de muestra para confirmación histológica, y limitarse a solucionar los problemas oclusivos si los hay, preservando indemne la mayor parte de los planos anatómicos abdominales, remitiéndolos luego a centros donde pueda administrárseles esta nueva opción terapéutica.

Alberto Gómez Portilla

Policlínica San José. Vitoria. España.

Bibliografía

1. Gómez Portilla A. Tratamiento quirúrgico de la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. *Cir Esp.* 2004;75:156.
2. Ramírez-Rodríguez JM, Aguilera-Diago V. Recidiva local en el cáncer de colon y recto. *Cir Esp.* 2005;78:344-50.
3. Sugarbaker PH. It's what the surgeon doesn't see that kills the patient. *Nippon Med Sch.* 2000;67:5-8.
4. Jacquet P, Elias D, Sugarbaker PH. L'implantation tumorale dans les sites de cicatrisation après chirurgie des cancers digestifs. [Tumor implantation in cicatrization sites following surgery for digestive cancers]. [Review] *J Chir.* 1996;113:175-82.
5. Gonzalez-Moreno S. Cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria para las neoplasias con diseminación peritoneal: ha llegado el momento. *Cir Esp.* 2005;78:341-3.
6. Elias D. Les nouvelles modalités thérapeutiques des carcinose péritonéales doivent générer de nouveaux comportements de la part de chirurgiens. The new therapies of the peritoneal carcinomatosis should induce new surgical attitudes. *Ann Chirur.* 2005;130:449-50.
7. Gómez Portilla A, Sugarbaker PH, Chang D. Second-look surgery after cytoreduction and intraperitoneal chemotherapy for peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: analysis of prognostic features. *World J Surg.* 1999;23:23-9.