

El cáncer y el cirujano hoy

JAIME RUBIANO V., MD, MSc, FACS¹

“A menudo, la verdad es tan sencilla y elemental que parece increíble”.

GUIOVANNI GUARESCHI

Han sido colosales los cambios que han ocurrido en los últimos 30 años en el manejo quirúrgico de los tumores. El motor de toda esta dinámica que se consolida finalmente en una cirugía menos agresiva, sencilla, fácil, sin mortalidad y conservadora de órganos, es el experimento clínico controlado y la medicina basada en las pruebas (“evidencia”). Ninguna hoja se mueve en el mundo de la medicina oncológica, que no haya sido producto de un experimento clínico controlado.

Bernard Fisher demostró mediante varios experimentos clínicos controlados que “[...] el cáncer es la manifestación local de una enfermedad sistémica”, cambiando el paradigma de William Halsted de que se trataba de una enfermedad local y regional que requería, entonces, grandes cirugías y mutilaciones, con todas sus complicaciones, muertes operatorias y secuelas funcionales.

A continuación enumeraré algunos de estos cambios, producto de uno o varios experimentos clínicos controlados: la ciencia que reemplaza la experiencia.

1. El cáncer como enfermedad sistémica lleva, en la práctica, a la realización de cirugías conservadoras

1 Cirujano oncólogo, epidemiólogo clínico. Profesor titular, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Fecha de recibido: 10 de noviembre de 2010
Fecha de aprobación: 28 de noviembre de 2010

que sólo proporcionan control local y regional, sin cambiar la supervivencia. Por consiguiente, se acaban las mastectomías radicales, las amputaciones de extremidades y los vaciamientos ganglionares extensos que tampoco modifican la supervivencia y que tan sólo permiten un mejor control local, una mejor estadificación y un mejor pronóstico.

2. Si el cáncer es una enfermedad sistémica, la quimioterapia es la que juega el papel más importante en el control y la curación de la enfermedad oncológica.

Aparecen, inicialmente, la terapia adyuvante en los tumores sólidos que se pueden operar de entrada y, la neoadyuvante, en los que la opción quirúrgica no es posible en un principio. En cáncer de seno, de esófago, de cardias, de estómago, de hígado, de páncreas y de colon y recto, se han realizado (y se continúan realizando) experimentos clínicos controlados que demuestran que, después de las cirugías conservadoras, se deben administrar esquemas de quimioterapia que sí han modificado la supervivencia.

En algunos casos, la cirugía oncológica ha desaparecido y ha sido reemplazada por la radioterapia y la quimioterapia, como en el cáncer escamocelular de ano. En Brasil, hay una reconocida escuela que habla del “tratamiento no quirúrgico del cáncer de recto”, cuando después de dar radioterapia y quimioterapia se obtiene una respuesta clínica y patológica completa; estos pacientes ya no se operan. La tendencia, hoy día, en el cáncer escamocelular de esófago es igual a la del cáncer de ano: sólo radioterapia y

quimioterapia, y la cirugía queda como una opción de rescate en casos de recurrencia.

Veronessi dice que el cirujano de seno tiende a desaparecer ya que, por lo menos, en los países desarrollados, el tamaño del tumor tiene un promedio cercano a un centímetro, lo cual hace que estos tumores sean resecados por métodos diferentes a la cirugía, como el “mamótomo”. El vaciamiento axilar se convirtió en la extracción de un solo ganglio centinela y solamente si es positivo, se procede al vaciamiento en los niveles I y II. Esto era cierto hasta mediados de este año, 2010, cuando Armando Giuliano demostró mediante un experimento clínico controlado que, cuando el ganglio centinela es positivo, el hacer o no hacer el vaciamiento no modifica la supervivencia (*American Society of Clinical Oncology*, Chicago, 2010).

3. Si la cirugía debe ser mínima, debe ser por laparoscopia. Efectivamente, esto es lo que han demostrado los experimentos clínicos controlados, inicialmente en cáncer de colon y recto; los estudios en el resto de los órganos de la cavidad abdominal están en curso. Es una cirugía más hipocrática: se hace menos daño y se obtienen los mismos resultados o mejores.
4. La liturgia quirúrgica también ha cambiado, por ejemplo:
 - Ya no se prepara el colon, pues da lo mismo hacerlo que no hacerlo en términos de infecciones, morbilidad y estancia hospitalaria: tampoco nada de hospitalizaciones ni de ayuno preoperatorio.
 - Se permite la vía oral al día siguiente de todas las cirugías gastrointestinales, con iguales resultados que cuando se suspendía la vía oral hasta por una semana con el concepto de “proteger” las anastomosis.
 - No se dejan drenes que la experiencia ha demostrado producen más daño que bien: más morbilidad y fístulas y mayor estancia hospitalaria.
 - Las sondas nasogástricas para la descompresión estomacal en el periodo posoperatorio de todas las cirugías gastrointestinales desaparecieron, ya que,

al igual que los drenes, producen más morbilidad, infecciones de las vías respiratorias superiores y molestias en estos pacientes, y no obtienen ninguna ganancia en términos de sangrado ni disminución de fístulas, que eran las razones por las que se dejaba.

- Las grapadoras mecánicas han facilitado y mejorado la técnica de las anastomosis gastrointestinales, disminuyendo los tiempos quirúrgicos y con una tendencia a menor número de fístulas. En recto y esófago, se preservan estos principios.
5. El cirujano como factor pronóstico: lo tradicional era que el pronóstico estaba dado por la gravedad de la enfermedad oncológica y su extensión (TNM) y las enfermedades concomitantes del paciente; nadie hablaba del cirujano. La experiencia ha demostrado que si se quiere disminuir la probabilidad de morir por la cirugía (pancreatoduodenectomía, hepatectomía, esofagectomía, gastrectomía, etc.), se debe buscar un cirujano experimentado que no sólo garantiza que el paciente no morirá como consecuencia del procedimiento quirúrgico, sino que obtendrá preservación de más órganos, menor recurrencia local y mejor supervivencia, además de un gran ahorro de costos para la institución.

Todo este *flash-back* lo he hecho al ver en este número de la revista tres artículos que hablan de cáncer; me acordaba que en 1981, cuando terminé mi entrenamiento en Cirugía General, nada de esto era conocido y la teoría predominante era “*if you can't cut you can't cure*”: la cirugía agresiva como el elemento fundamental en el tratamiento de los tumores.

Afortunadamente, y gracias a la “evidencia”, hemos dejado de ser los barberos de aquellos tiempos y hoy somos los cirujanos científicos que, además, tenemos que saber que la biología molecular y la genética han remplazado a la hematoxilina-eosina en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de respuesta, ya sea a la quimioterapia o a la hormonoterapia o a los anticuerpos de clones hormonales, estos últimos como los epítomes de la medicina personalizada.

En el caso del seno, por ejemplo, se debe practicar la prueba ERB-2 para definir un mal pronóstico si es positiva y su respuesta al anticuerpo monoclonal

trastuzumab; se debe realizar el *Oncotype DX* (prueba con 21 genes), cuando es positiva para el receptor hormonal y se quiere saber si su tratamiento es mejor con quimioterapia u hormonoterapia, como bien lo explica Guillermo Ramírez en su artículo.

En sarcomas gastrointestinales es obligatoria la prueba genética del c-kit para establecer el tratamiento con el anticuerpo monoclonal imatinib, cuando es positivo. Antes no había tratamiento para estos sarcomas y, hoy día, gracias a estas pruebas, se identifica un subgrupo de pacientes que responde y tiene una mejor supervivencia libre de enfermedad con este medicamento.

Acaba de salir publicado (Lancet, agosto de 2010) el estudio ToGA, que demuestra que hasta 25% de los cánceres gástricos, especialmente de la unión gastroesofágica, es positivo para ERB-2, lo que los

haría buenos candidatos de tratamiento con trastuzumab con mejor supervivencia libre de enfermedad, lo cual es un gran salto en el manejo de tumores avanzados que, hasta el momento, no tenían tratamiento efectivo.

En fin, espero haber podido reseñar algunos de los grandes y afortunados cambios que se han dado en la práctica de la cirugía oncológica, todos encaminados a practicar una cirugía más humana e hipocrática y, lo que es más importante, respaldada por la experimentación clínica.

Correspondencia:

JAIME RUBIANO V., MD, MSc, FACS

Correo electrónico: jrubiano123@hotmail.com
Cali