



TENDENCIAS ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

Universidad Complutense de Madrid.

Autor: Inés Soto Baselga

INTRODUCCIÓN: El CCR es el tipo de cáncer más comúnmente diagnosticado en España, se produce durante un largo periodo de tiempo, siendo la primera fase la formación del pólipo, debido a fallos en el sistema celular. El tumor más frecuente es el adenocarcinoma (en las glándulas). Para el tratamiento de este cáncer, primero se va a recurrir a la cirugía, en caso de que no sea posible, se utilizará primero la quimioterapia y/o la radioterapia neoadyuvante.

Clasificación del CCR en función de su estadio (TNM y Astler y Coller):



METODOLOGÍA:

Revisión sistemática de literatura científica desde febrero hasta mayo de 2017, basada en la búsqueda de bases de datos, libros y artículos científicos nacionales como internacionales.

OBJETIVOS:

Epidemiología	Diagnóstico	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> Epidemiología Factores de riesgo Pronóstico 	<ul style="list-style-type: none"> Sintomatología Pruebas y exámenes 	<ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia Radioterapia Cirugía

RESULTADOS

Epidemiología: el CCR es el cáncer más diagnosticado, por encima del cáncer de próstata y de pulmón. La edad media de presentación es 70-71 años.

Pronóstico: se relaciona claramente con el grado de penetración del tumor a través de la pared intestinal, la presencia o ausencia de compromiso ganglionar y de metastásicos.

La obstrucción intestinal y la perforación intestinal son indicadores de un pronóstico precario.

Factores de riesgo:

Modificables	No modificables
Sobrepeso u obesidad	Envejecimiento
Inactividad física	Antecedente personal de CCR/pólipos/ enfermedad inflamatoria intestinal
Consumo elevado de carnes rojas y procesadas	Antecedente familiar de CCR/pólipos
Tabaquismo	Síndrome heredado (FAP, Lynch, Turcot; Peutz-Jeghers y poliposis relacionada con MUTYH)
Consumo excesivo de alcohol	Antecedentes étnicos y raciales
	Diabetes tipo II

Diagnóstico:

Sintomatología	Pruebas y exámenes
Sangre en heces: <ul style="list-style-type: none"> Roja Negra 	Invasivas: <ul style="list-style-type: none"> Sigmoidoscopia flexible Colonoscopia
Cambio en el ritmo de las deposiciones	No invasivas: <ul style="list-style-type: none"> Radiológicas: colonografía con CT y enema de bario de doble contraste. Detección de sangre oculta en heces: gFOBT y FIT Prueba de ADN en las heces
Heces estrechas	
Tenesmo o sensación de evacuación incompleta	
Dolor abdominal	

Se recomienda realizarse un seguimiento partir de los 50 años

TRATAMIENTO: La elección del tratamiento adecuado tiene en cuenta los factores dependientes del paciente, del tumor y del tratamiento. El tratamiento quimioterápico, puede ser adyuvante, neoadyuvante, de inducción o paliativa.

Terapias clásicas:

Mecanismo de acción	Principios activos
Antimetabolitos	- 5FU - Capecitabina
Inhibidores de la Topoisomerasa I	- Irinotecán - Topotecán
Complejos de coordinación del platino	- Cisplatino - Oxaliplatino - Carboplatino
Ácido folínico	Leucovorina

Esquema	Oxaliplatino (mg/m ²)	Á. folínico	5FU (bolo)	5FU (ic)	Capecitabina	Intervalo
FOLFOX4	85d1	200, d1-2	400 d1-2	600 22h, d1-2	-	14d
FOLFOX6m	100d1	400d1	400d1	2400-3000 46h d1	-	14d
Oxa/5FU TDD	85d1	-	-	2250 ic 48h	-	14d
XELOX	130d1	-	-	-	1000 d1-4	21d
IFL	125d1	20	50	-	-	Semanal x4 cada 6
FOLFIRI	180d1	400d1	400d1	2400 46h d1	-	14d

Terapias biológicas: moléculas dirigidas (Ac monoclonales e inhibidores tirosin kinasas)

Anti-EGFR:

- Cetuximab
- Panitumumab

Anti-EGFR

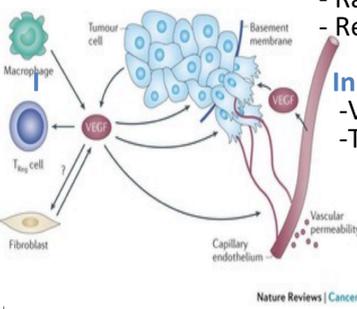
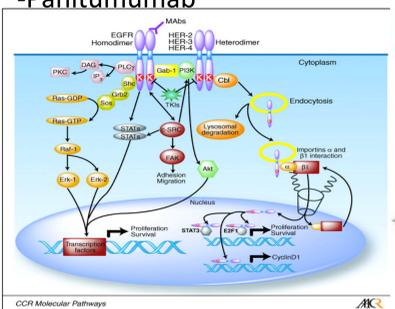
- Bevacizumab

Fármacos multidiaria

- Ziv-aflibercept
- Ramucirumab
- Regorafenib

Inmunoterapia: (Ag tumorales)

- Vacunas
- Terapia celular adaptativa



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Estadio 0

- Escisión local

Estadio I

- Amplia resección quirúrgica.

Estadio II

- Resección quirúrgica. Se valorará el uso de quimioterapia adyuvante basada en 5-FU ± radioterapia

Estadio III

- Resección con anastomosis/colectomía seguido de FOLFOX4 o XELOX ± radioterapia

Estadio IV

- Abordaje en función de resecabilidad del tumor primario y metastásis

BIBLIOGRAFÍA:

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Punto farmacológico no102 cáncer colorrectal; 2016
- AECC, Eguino Villegas A, Fernández Crespo A.J, Fernández Sánchez B, García Álvarez G, Pascual Fernández C. Cáncer colorrectal una guía práctica. Asociación Española Contra el Cáncer. 2002
- Oda K, Matsuoka Y, Funahashi A, Kitano H. A comprehensive pathway map of epidermal growth factor receptor signaling. Molecular Systems Biology. 2005;1:2005.0010. doi:10.1038/msb4100014
- Goel HL, Mercurio AM. VEGF targets the tumour cell. Nat Rev Cancer. 2013 Dec;13(12):871-82. doi: 10.1038/nrc3627.
- AEMPS. Informe de posicionamiento terapéutico de ramucirumab (Cyramza) en CCR metastásico. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. 2016SEOM, Sociedad española de oncología médica. Cáncer de colon y recto [Internet] Madrid. 2017 [citado 3 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/colon-recto?start=8#content>