



TUMORES GASTROINTESTINALES

Ana Milena Roldán
Oncología Médica



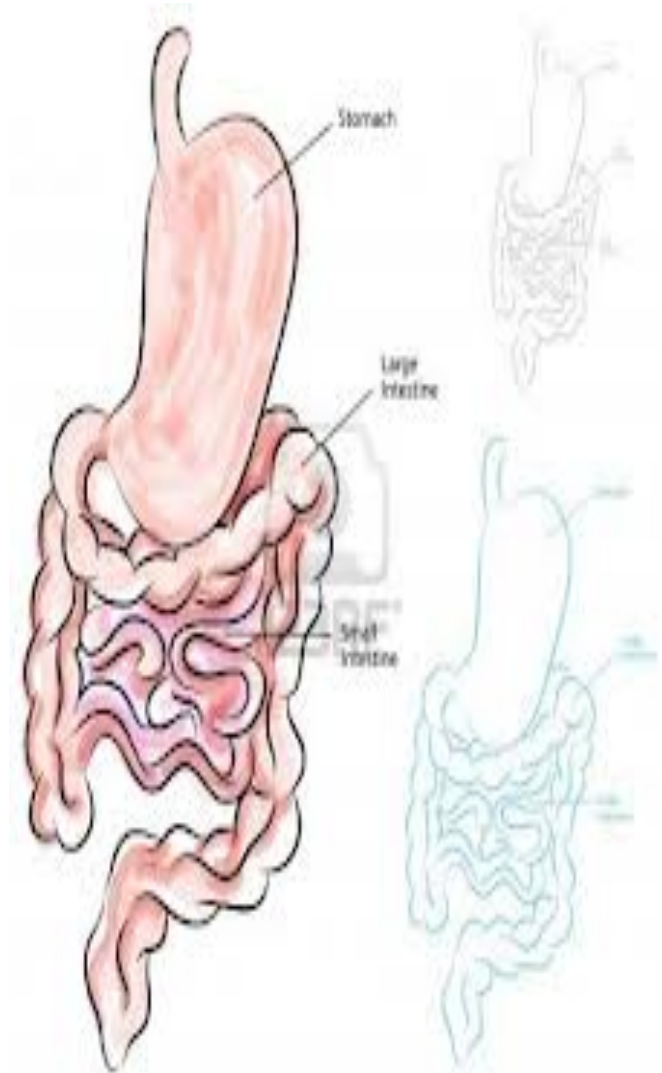


CONTENIDO

CANCER DE ESOFAGO


CANCER DE GASTRICO

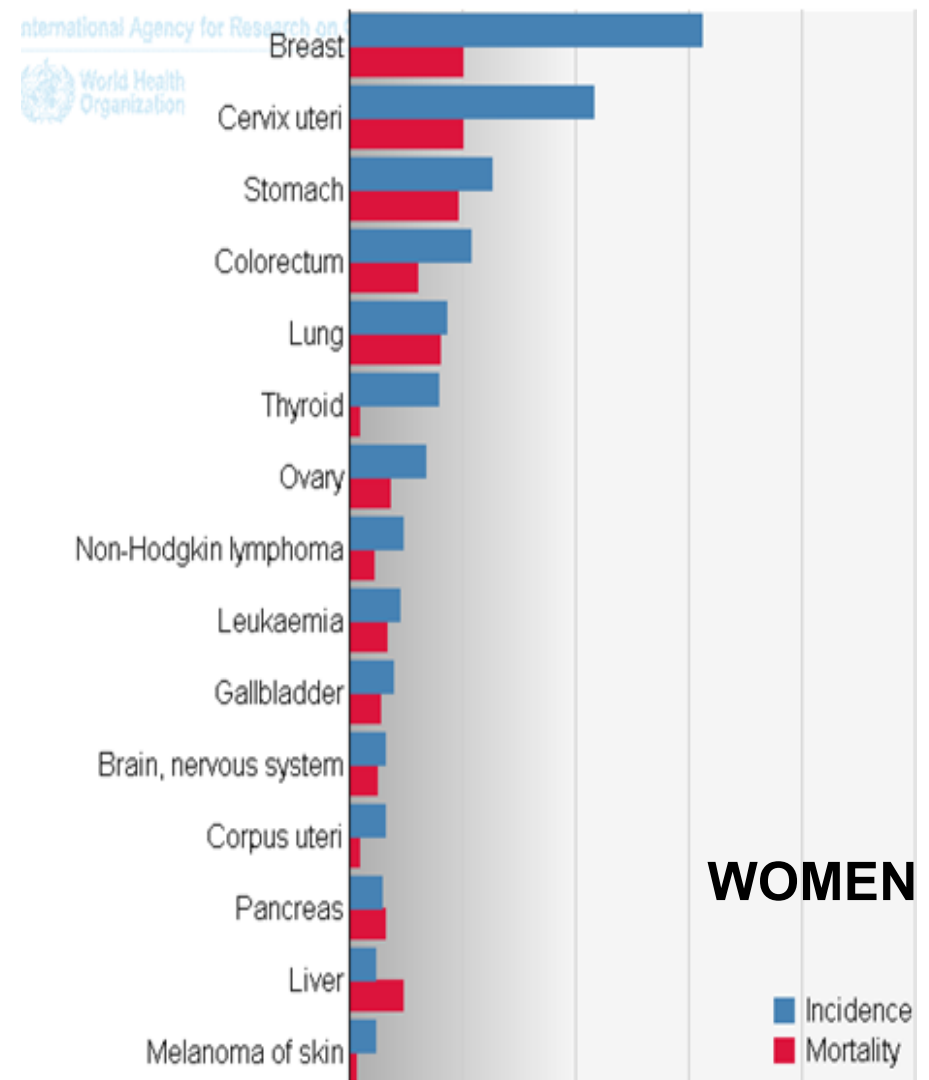
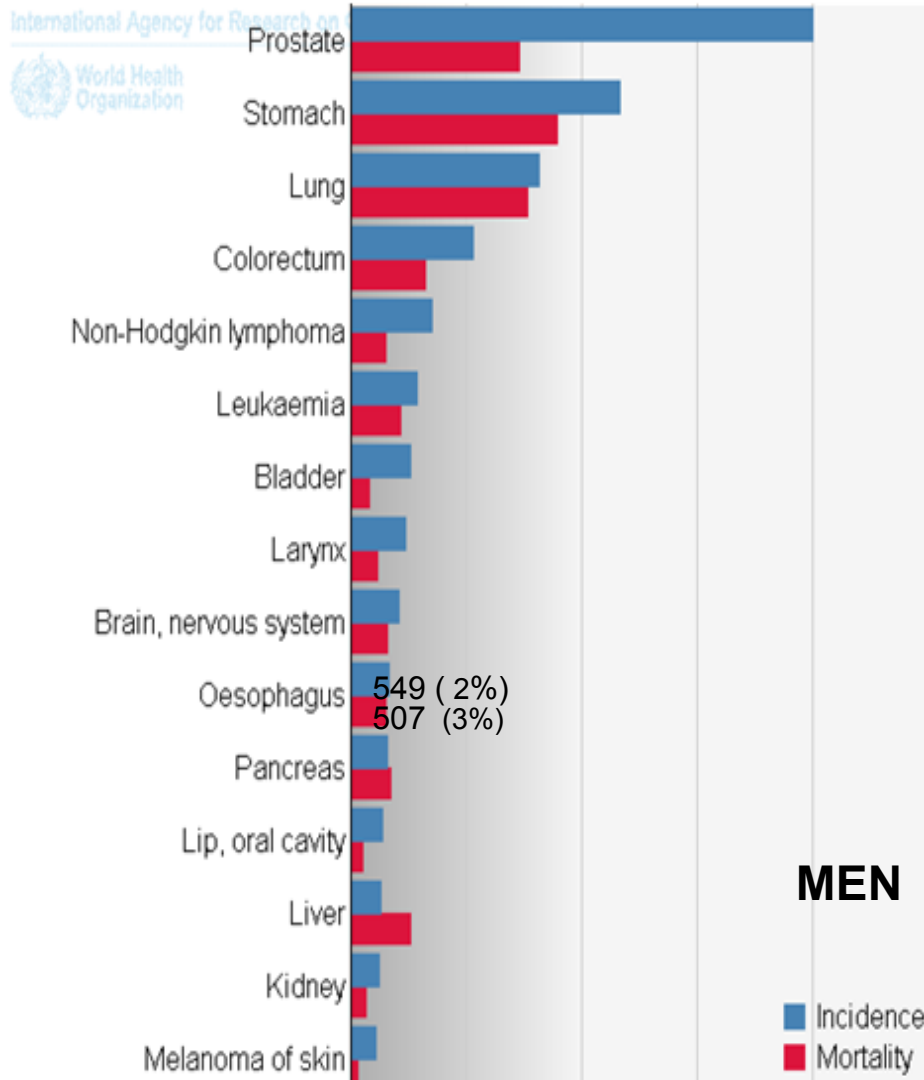
CANCER COLORRECTAL





CANCER DE ESOFAGO

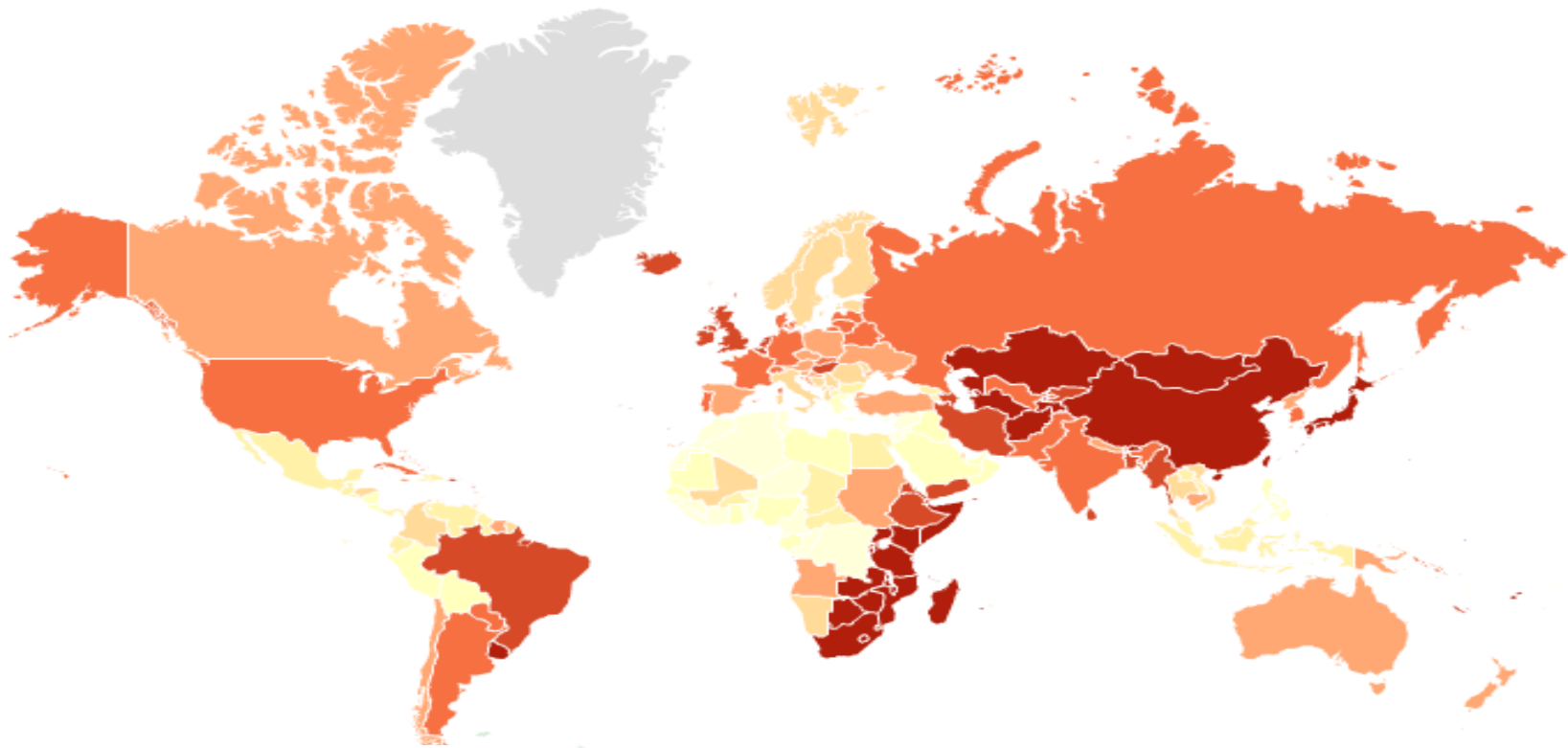
COLOMBIA 





EPIDEMIOLOGIA

Incidencia muy variable en el mundo..



0 1.2 2.8 5.5 10.2 24
Age-standardised incidence rates per 100,000

GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer



ETIOLOGIA

ADENOCARCINOMA

Hombre : Mujer 6:1
Reflujo gastroesofágico.
Obesidad
Esófago de Barret.

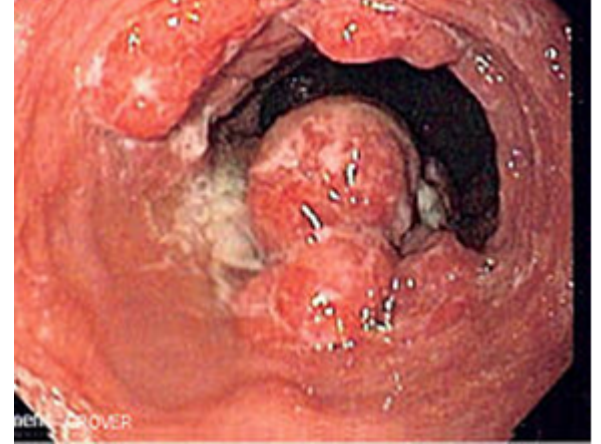
ESCAMOCELULAR

Hombres > de 50 años,
con mayor incidencia en la
raza negra .
Alcohol/Tabaco
Nitritos, toxinas, cáusticos,
radiación, acalasia,
Bisfosfonatos, Tilosis.

Tamizaje en Esófago de Barrett (EDA anual)....



CLINICA



- **Características clínicas**

- 10% en el tercio superior (cervical)
- 35% en el tercio medio
- 55% en el tercio inferior

- **Disfagia (sólidos y/o líquidos)**

- Compromiso circunferencial $\geq 60\%$.
- Odinofagia, dolor torácico, vómitos, regurgitación, pérdida de peso.

- **Patrón de extensión**

- G. linfáticos regionales y supraclaviculares.
- Hígado, pulmón, pleura y hueso.
- Fístulas traqueoesofágicas.

- **Síndrome Paraneoplásico**

- Hipercalcemia (rtPTH).



DIAGNOSTICO

- **ESOFAGOSCOPIA** de elección.
 - Visualización de la lesión
 - Biopsia diagnóstica
 - » 30% negativos (se recomiendan varias biopsias)
 - » Evaluación citológica de rutina.
- Evaluación de laringe/faringe, bronquios y estómago
- Ultrasonido endoscópico
- TAC de tórax y abdomen contrastado
- PET si se considera resecable.
 - Detección de metástasis ocultas
 - Evitar resecciones fútiles



TRATAMIENTO

- **CIRUGIA:**
 - Cirujanos experimentados.
 - Márgenes quirúrgicos + con frecuencia
 - Mortalidad postoperatoria: 5%
 - » Fístulas, abscesos subfrénicos, respiratorias
- **RADIOTERAPIA:**
 - Similar a cirugía en supervivencia
 - Menor control de síntomas obstructivos
- **QUIMIORRADIOTERAPIA:**
 - Combinación con cisplatino
 - Incrementa la tasa de respuestas y la supervivencia.
 - » Como forma única de tratamiento si hay respuesta significativa
 - » Seguida por cirugía, si no hay respuesta al tratamiento
- **MAL PRONOSTICO**
 - Supervivencia 5 años $\leq 5\%$.




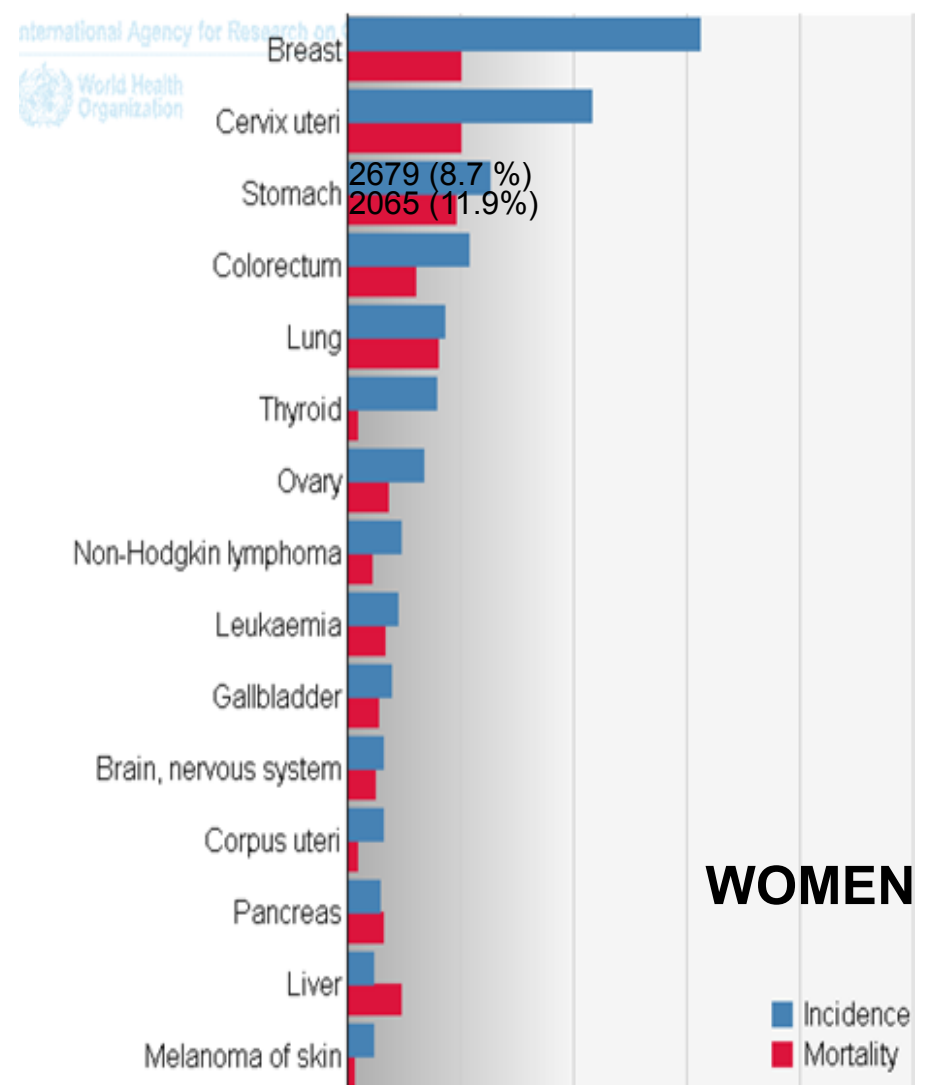
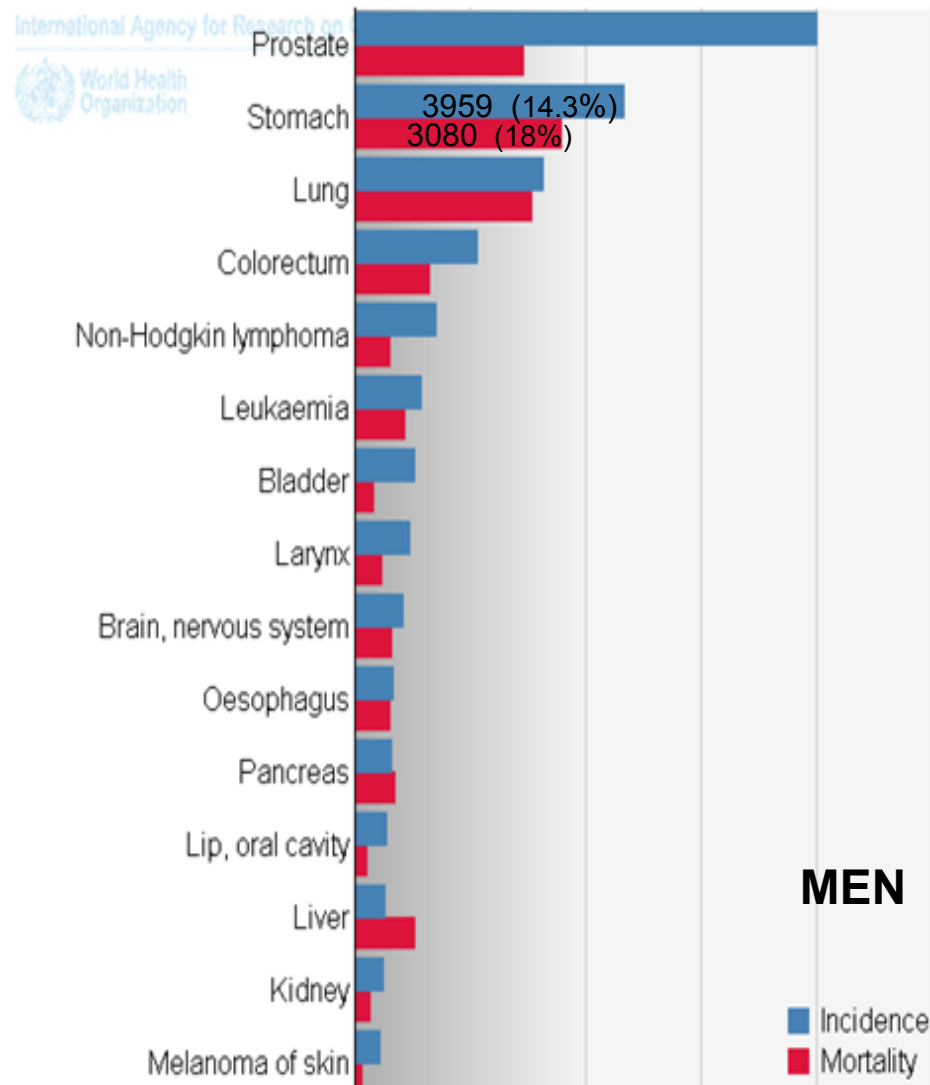
CANCER GASTRICO





CANCER GASTRICO

COLOMBIA 

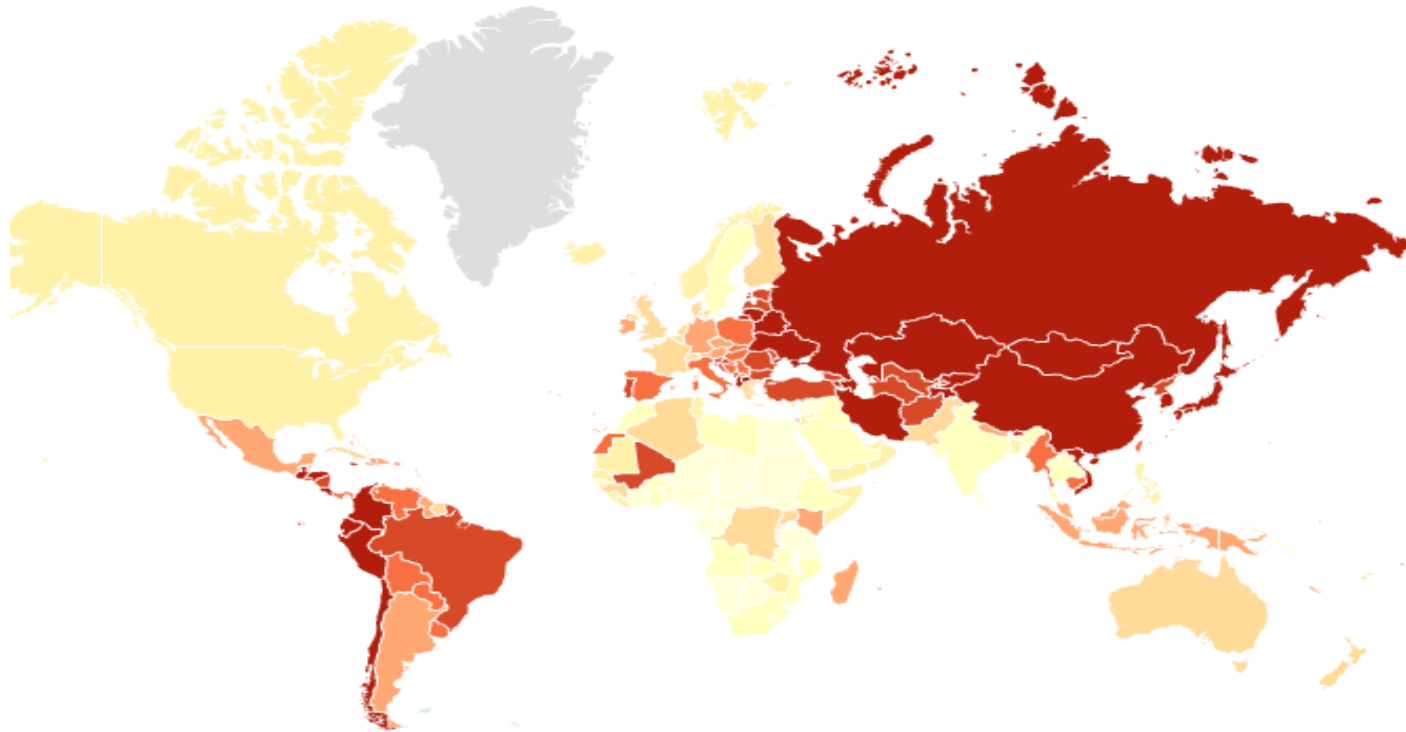


GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer



EPIDEMIOLOGÍA

Existen diferencias geográficas:



0 3.2 6.8 11.4 21.8 63

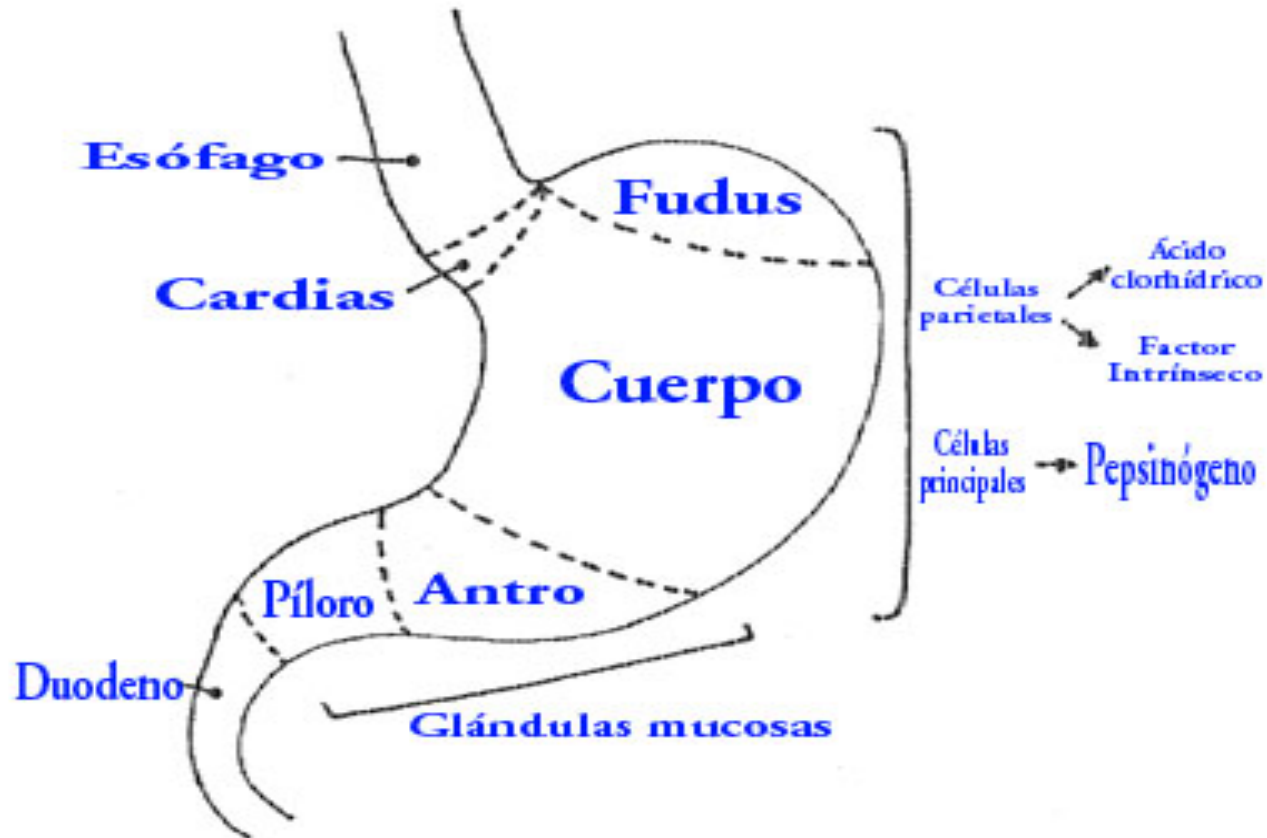
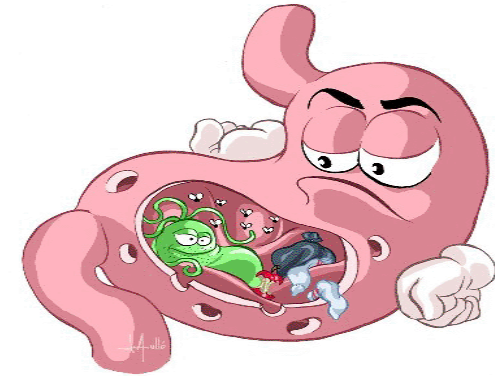
Age-standardised incidence rates per 100,000

GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer



CANCER GASTRICO

Recordemos la Anatomía.....





ETIOLOGÍA



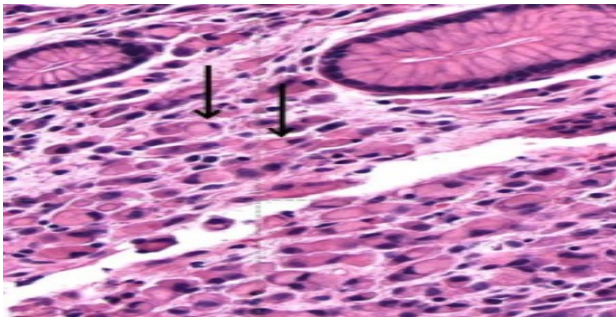
1. Ingestión de nitratos en alimentos secos, ahumados o salados.
2. Bacterias convierten nitratos a nitritos carcinogénicos.
 - Bacterias en alimentos parcialmente descompuestos.
 - *H. pylori*.
 - Pérdida de acidez gástrica .
 - Aclorhidria
 - Antrectomía previa (15-20 años).
 - Gastritis atrófica.
 - Anemia perniciosa.
 - Grupo sanguíneo A.
3. Hipertrofia de los pliegues gástricos (E. de Ménetrier)
4. Mutación de la línea germinal del gen CDH1 (E. cadherina)
 - Carcinoma gástrico difuso familiar.



HISTOPATOLOGIA

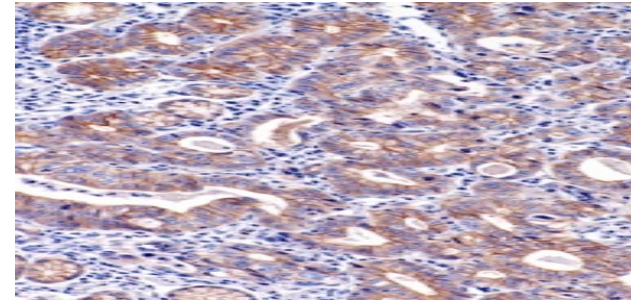
90% Adenocarcinomas

TIPO DIFUSO



- Proximal.
- No lesiones precancerosas
- Mujeres; jóvenes.
- Áreas de baja incidencia.
- F. genéticos.

TIPO INTESTINAL



- Distal.
- Lesiones precancerosas.
- Varones; edad avanzada.
- Áreas de alta incidencia.
- F. ambientales.

10% Linfomas, GIST....



ADENOCARCINOMA DE LA UNION GASTROESOFAGICA

- Disminución de la incidencia de cáncer gástrico distal en el mundo Occidental.....
... pero incremento de la incidencia de cáncer proximal y adenocarcinomas de la UGE

Adenocarcinoma de UGE

Más agresivo.

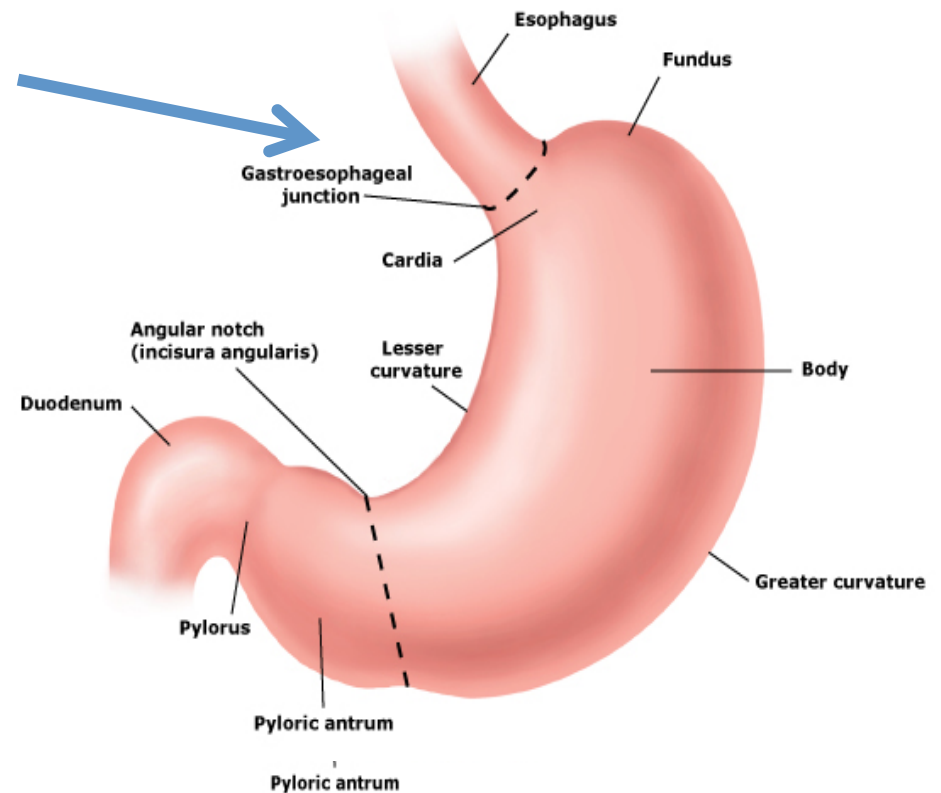
Peor pronóstico que los distales.

Mayor tendencia a la afectación ganglionar y linfática.

Predominancia masculina.

Incrementando dramáticamente en incidencia.

Puede tratarse como cáncer de esófago o estómago





CLINICA



- Asintomático hasta enfermedad avanzada
- Dolor abdominal superior, pérdida de peso, anorexia, astenia.

SÍNTOMAS LOCALIZADORES:

- Disfagia: cardias
 - Náuseas y Vómitos: Síndrome pilórico
 - Saciedad precoz.
 - Sangrado digestivo.
 - Ascitis, ictericia, masa palpable:
- C. AVANZADO

SÍNTOMAS POR DISEMINACIÓN:

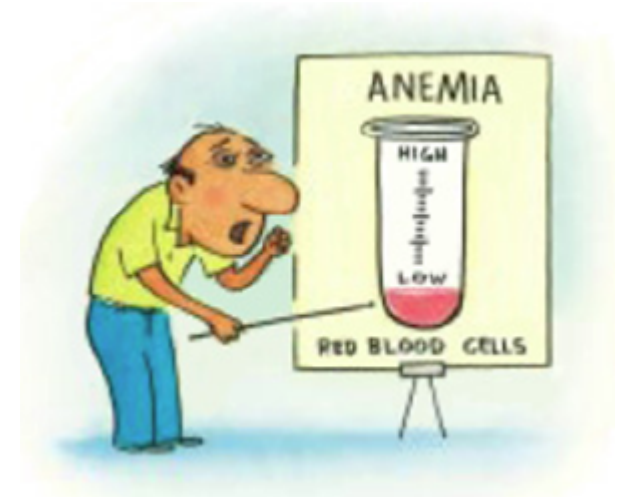
- Carcinomatosis peritoneal
- Metástasis supraclaviculares:
 - **Ganglio de Virchow- Troisier**
- Metástasis axilares:
 - **Ganglio de Irish.**
- Metástasis al ovario:
 - **Tumor de Krukenberg.**
- Metástasis periumbilicales :
 - **Ganglio de la hermana María José**
- Afectación tumoral de Saco Douglas:
 - **Tabique rectal de Blummer.**



CLINICA

- **Cuando sospechar ????????**

- Anemia ferropénica en hombres.
- Sangre oculta en fecales.



- **Presentaciones clínicas raras:**

- Tromboflebitis migratorias (S. De Trousseau).
- Anemia hemolítica microangiopática.
- Queratosis seborreica difusa (S. de Leser-Trélat).
- Acantosis nigricans.



DIAGNOSTICO

- **ESTUDIOS BARITADOS:**

- Puede detectar lesiones y pérdida de la distensibilidad.
- Falsos negativos hasta en el 50%.
- Detección de Neoplasias en estadios tempranos 14%.

- **ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR**

- **GOLD-STANDARD**
- Mayor Sensibilidad y Especificidad.
- Permite visualización y localización tumoral.
- Obtener el diagnóstico: Biopsia y citología.
- Planificar estrategia de tratamiento.

**NO EXISTEN MARCADORES TUMORALES
ESPECÍFICOS PARA ESTE TUMOR.**



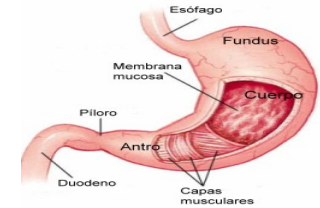


ESTADIFICACION

T	<p>Tx – Tumor primario no evaluables T0 – No evidencia de tumor primario Tis – Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lamina propia. T1 – Tumor que invade la lamina propia, muscular de la mucosa o submucosa. T1a – Tumor que invade la lamina propia o muscular de la mucosa. T1b – Tumor que invade la submucosa T2 – Tumor que invade la muscularis propia – sin extensión a los ligamentos gastrohepáticos, gastrocolónicos, epiplón mayor ni epiplón menor. T3 – Tumor que penetra el tejido conectivo subseroso sin invasión al peritoneo visceral o estructuras adyacentes* T4 – Tumor que invade la serosa (peritoneo visceral) o estructuras adyacentes* T4a – Tumor que invade la serosa (peritoneo visceral) T4b – Tumor que invade estructuras adyacentes*</p>
N	<p>N0 – No metástasis a ganglios linfáticos regionales. Se debe usar pN0 si todos los ganglios linfáticos examinados fueron negativos para metástasis, independiente del número de ganglios resecados. N1 – Metástasis a uno o dos ganglios linfáticos regionales N2 – Metástasis de tres a seis ganglios linfáticos regionales N3 – Metástasis en siete o más ganglios linfáticos regionales N3a – Metástasis en siete a quince ganglios linfáticos regionales N3b – Metástasis en 16 o más ganglios linfáticos regionales.</p>
M	<p>M0 – No metástasis a distancia M1 – Metástasis a distancia</p>



ESTADIFICACION



Estadio 0 – Tis N0 M0
Estadio IA – T1 N0 M0
Estadio IB – T2 N0 M0; T1 N1 M0
Estadíos IIA – T3 N0 M0; T2 N1 M0; T1 N2 M0
Estadio IIB – T4a N0 M0; T3 N1 M0; T2 N2 M0; T1 N3 M0
Estadio IIIA – T4a N1 M0; T3 N2 M0; T2 N3 M0
Estadio IIIB – T4b N0 M0; T4b N1 M0; T4a N2 M0; T3 N3 M0
Estadio IIIC – T4b N2 M0; T4b N3 M0; T4a N3 M0
Estadio IV – Cualquier T Cualquier N M1

> 50% de los pacientes al diagnóstico presentan enfermedad localmente avanzada o metastásica.

Estadio I : SV los 5 años: 50%.

Estadio II: SV a los 5 años: 29%.

Estadio III: SV a los 5 años: 13%.

Estadio IV: SV a los 10 años: 3%.



BIOLOGIA MOLECULAR

	Intestinal Type	Diffuse Type
C-erbB2/HER-2	24%	9%
EGFR	30-90%	
VEGF	30-60%	
c-met	19%	39%
p-mTOR	68%	61%
P-Akt	90%	84%
EpCAM	34%	



TRATAMIENTO

ENFERMEDAD NO METASTÁSICA

Gastrectomía (con vaciamiento ganglionar)

- Única opción curativa.
- Subtotal para tumores distales.
- Total para tumores proximales.

Quimioterapia y/o Radioterapia en enfermedad resecable.

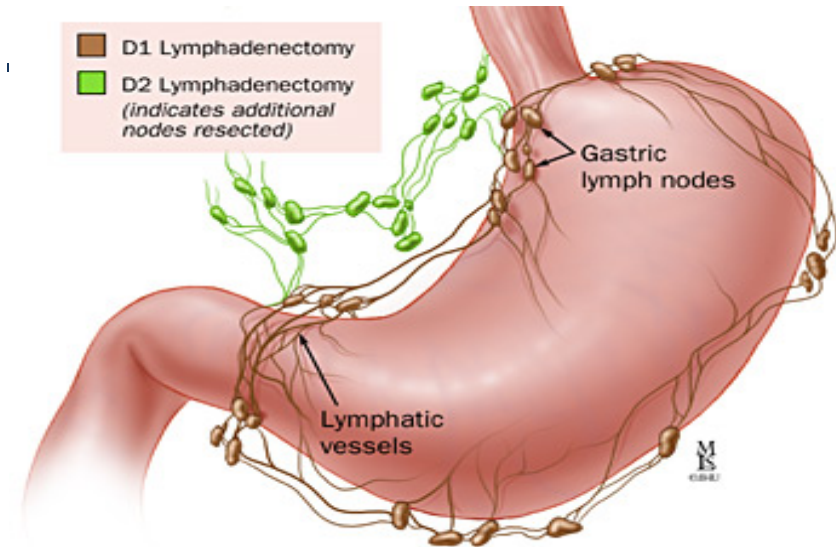
- QT-RT postoperatoria (MacDonald)
 - 5- FU (+ folinato)
- QT perioperatoria (MAGIC)
 - ECF X 3- CIRUGIA- ECF X 3
- Quimioterapia adyuvante (CLASSIC)
 - XELOX





TRATAMIENTO

- **Gastrectomía Total/ Subtotal.**
- **Linfadenectomía ≥ 15 G.**
- **Al menos una D1 (G. perigástricos)**
- **D2 (G. eje celíaco) Recomendación.**
- **Márgenes negativos**
- **No de rutina esplenectomía ni pancreatectomía.**





TRATAMIENTO

- **ENFERMEDAD METASTÁSICA**
- **Gastrectomía paliativa.**
- **Stent +/- Radioterapia**
 - Si hay obstrucción y no es candidato a cirugía.
- **Quimioterapia paliativa**
 - Primera línea**
 - Segunda línea**



TRATAMIENTO

Primera línea

4 meses vs 11 meses.

3 drogas > 2; 2 drogas > 1 ; 1 droga > que nada.

Epirrubicina + Platino + Fluoropirimidina (ECF, EOF, ECX, o EOX)

Docetaxel + Cisplatino + Fluoruracilo (DCF)

Her2+: Adicionar Trastuzumab (supervivencia 15 meses)

Segunda línea

Irinotecán > Terapia de soporte (en pacientes seleccionados)




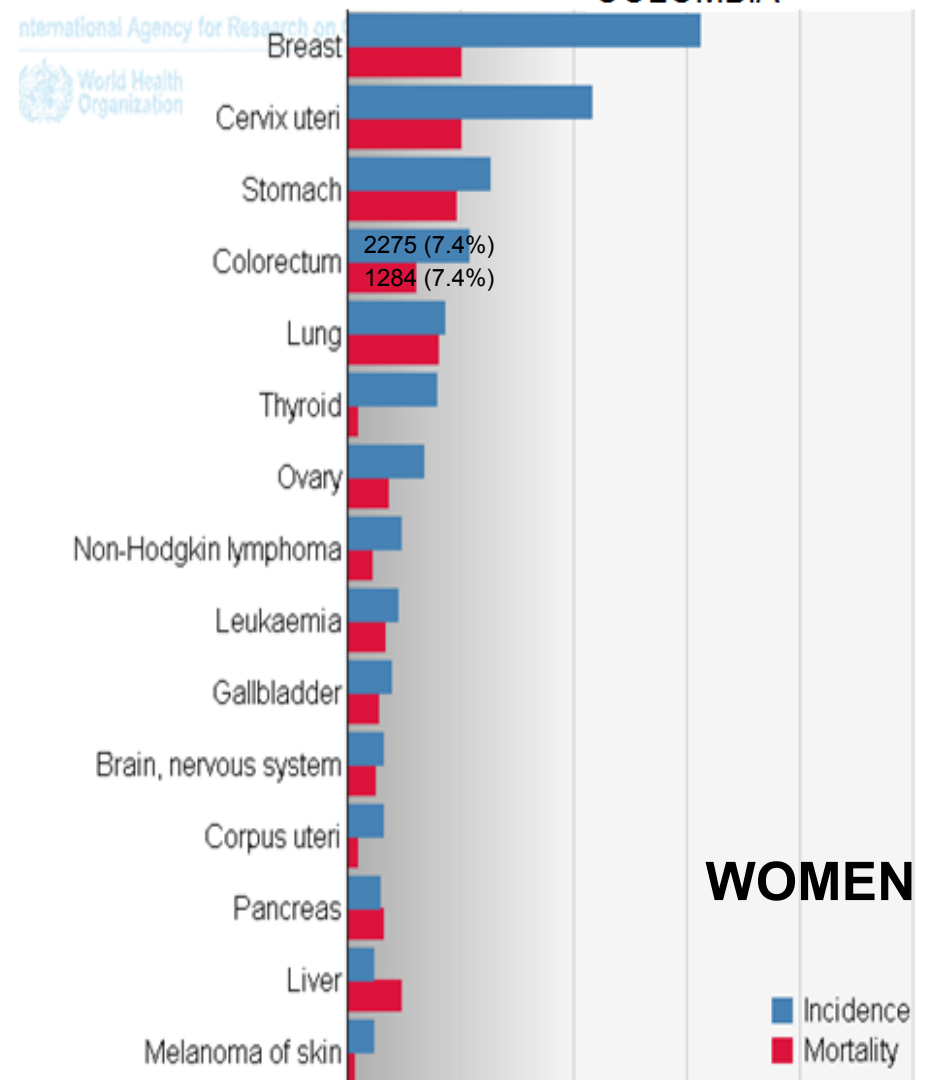
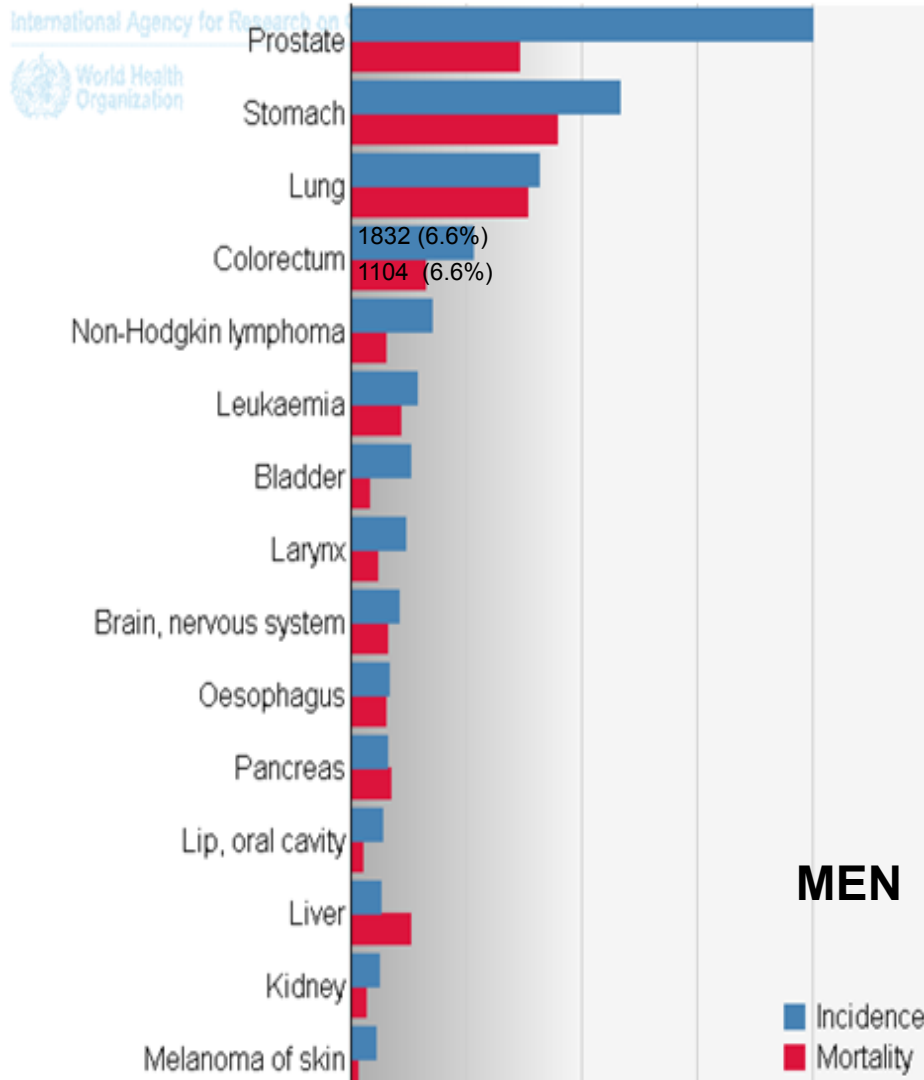
CANCER COLORRECTAL





CANCER COLORRECTAL

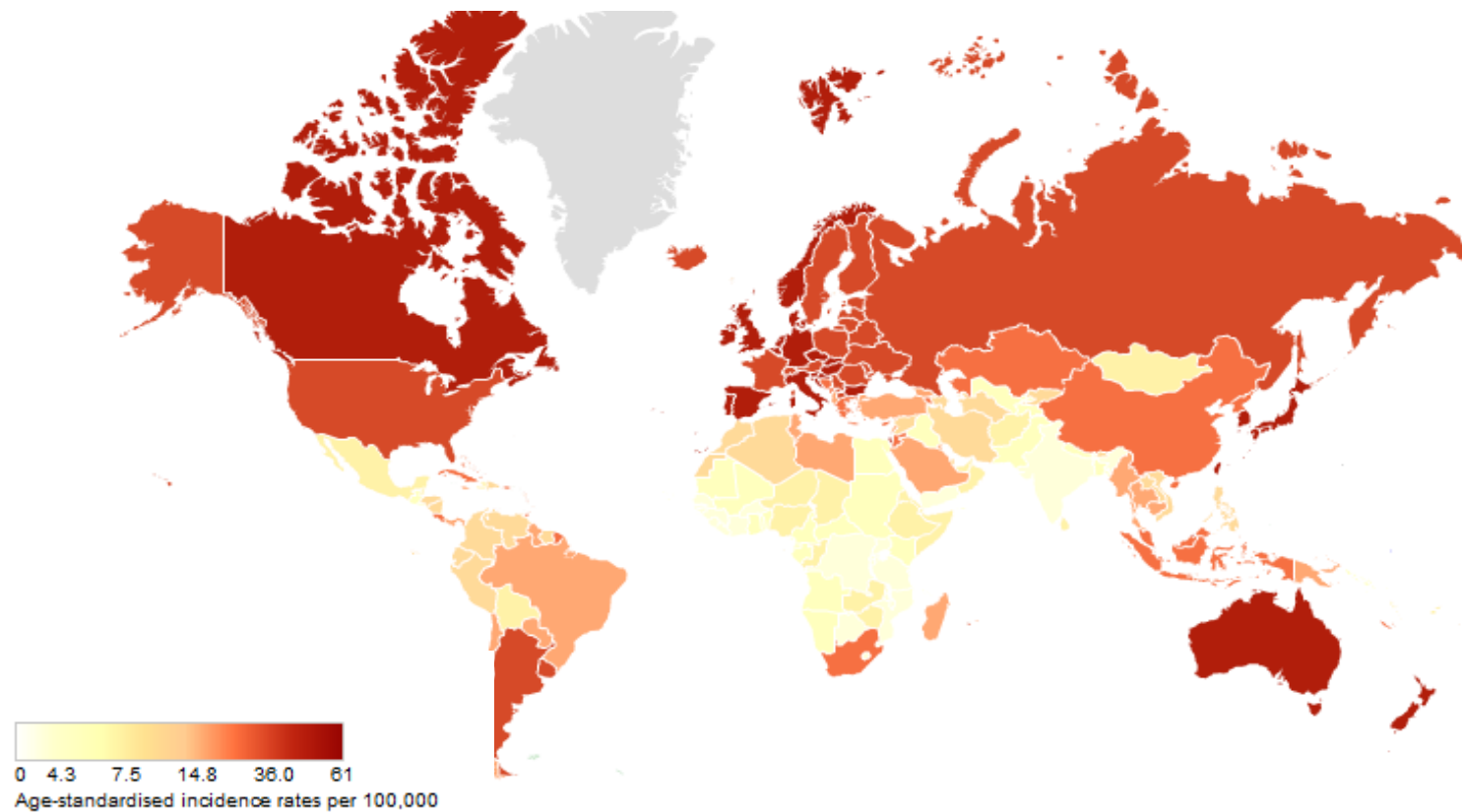
COLOMBIA 





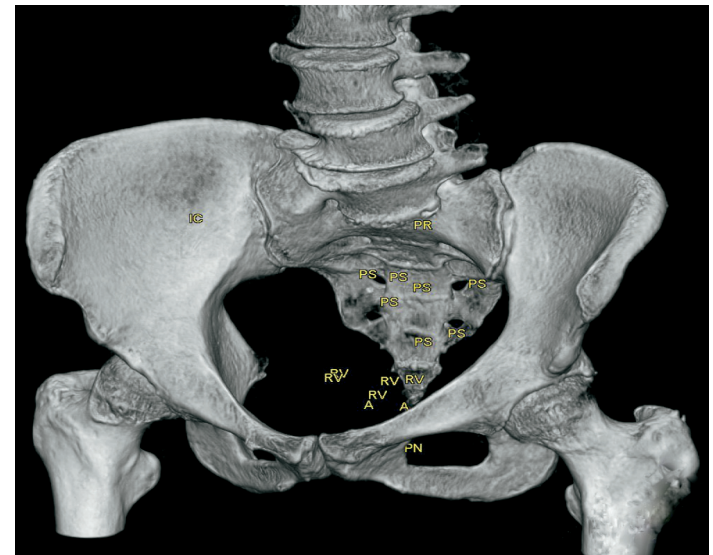
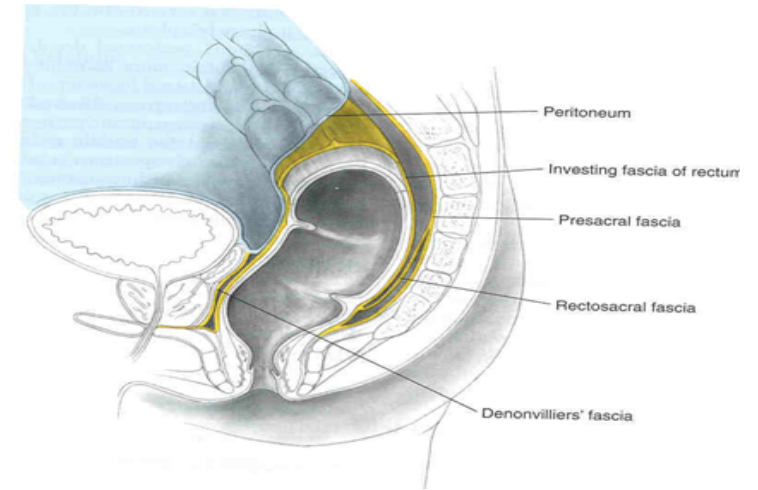
EPIDEMIOLOGIA

Existen diferencias geográficas:





Recordemos la anatomía...

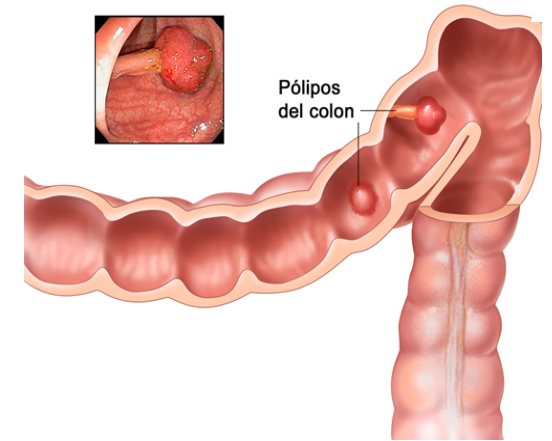




POLIPOS

PÓLIPOS ADENOMATOSOS (60-70%)

- ✓ Tubulares, tubulovellosos y vellosos..
- ✓ 30% edad media, 50% ancianos.
- ✓ 1% terminan en Cáncer.
- ✓ Sangre oculta: menos del 5%.
- ✓ Los pólipos sésiles y grandes son los de mayor riesgo (10% en 2.5 cm o más)
- ✓ Pólipos sincrónicos en 30%
- ✓ Recurrencia en 30-50%
- ✓ Intervalo inicio-evidenciable: aprox. 5 años
- ✓ Colonoscopia máximo cada 3 años.





FACTORES DE RIESGO...

- **CANCER ESPORADICO (80%)**
- Obesidad:
 - ✓ Grasas animales aumentan las b. anaerobias intestinales
Convierten sales biliares a carcinógenos.
 - ✓ Grasas animales aumentan colesterol
Colesterol aumenta pólipos.
 - ✓ Obesidad (inactividad) aumenta IGF-1.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Bacteremia por *Streptococcus Bovis*.
- Ureterosigmoidostomía
- Tabaquismo





FACTORES DE RIESGO



Enfermedad inflamatoria intestinal

- Colitis ulcerativa: 30% a los 25- 30 años.
- Riesgo bajo durante los primeros 10 años
- Subsecuentemente, riesgo de 0.5-1% por año
- Riesgo mayor en pacientes jóvenes con pancolitis
- La colonoscopia es ineficaz como tamizaje en este grupo.
- Se recomienda colectomía total en pacientes con más de 15 años de enfermedad NO controlada (con exacerbaciones)

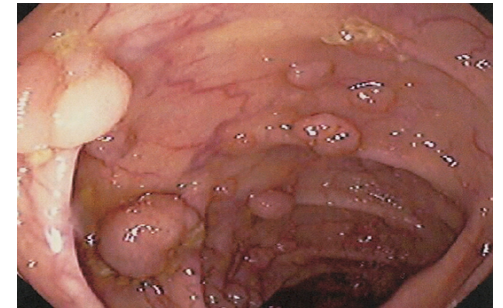


FACTORES DE RIESGO

- **CANCER HEREDITARIO (20%)**
- **Poliposis Adenomatosa Familiar (P.A.F.)**
 - 1 % de todos los CRC.
 - Autosómico Dominante, (pérdida alélica del 5q (APC))
 - Múltiples pólipos adenomatosos (>100) que tapizan la mucosa rectocolónica.
 - Riesgo de cáncer de colon: 100%
 - Tratamiento: Colectomía total
 - Tamizaje: Rectosigmoidoscopia 15-35 años de edad

Síndrome de Gardner.

Síndrome de Turcot.





FACTORES DE RIESGO

- **Cáncer de colon hereditario no polipósico (S. Lynch)**

- 2-4 % de todos CRC.
- 3 o más familiares con cáncer de colon o recto
 - Al menos 1 familiar afecto de 1º con los otros dos:
- Cáncer de colon en menor de 50 años.
- Cáncer de colon que afecta a 2 generaciones sucesivas.
- hMSH2 (Cromosoma 2), hMLH1 (Cromosoma 3)
 - Daño en la reparación del DNA, inestabilidad microsatelital
- Autosómico dominante
- Mayor de 50 años
- Neoplasias sincrónicas y metacrónicas.
- Colonoscopia cada 2 años desde los 25 años .



PREVENCION PRIMARIA

- **Aspirina y NSAIDs**
 - Reduce el riesgo de adenomas, regresión de pólipos (Estudios observacionales)
- **Ácido fólico y calcio oral**
 - Reduce el riesgo de pólipos adenomatosos .
 - **Vitamina D**
 - Puede prevenir el cáncer de colon
- **“Antioxidantes”**
 - Ineficaces (No estudios definitos)
- **Estrógenos exógenos**
 - Disminuyen el cáncer de colon





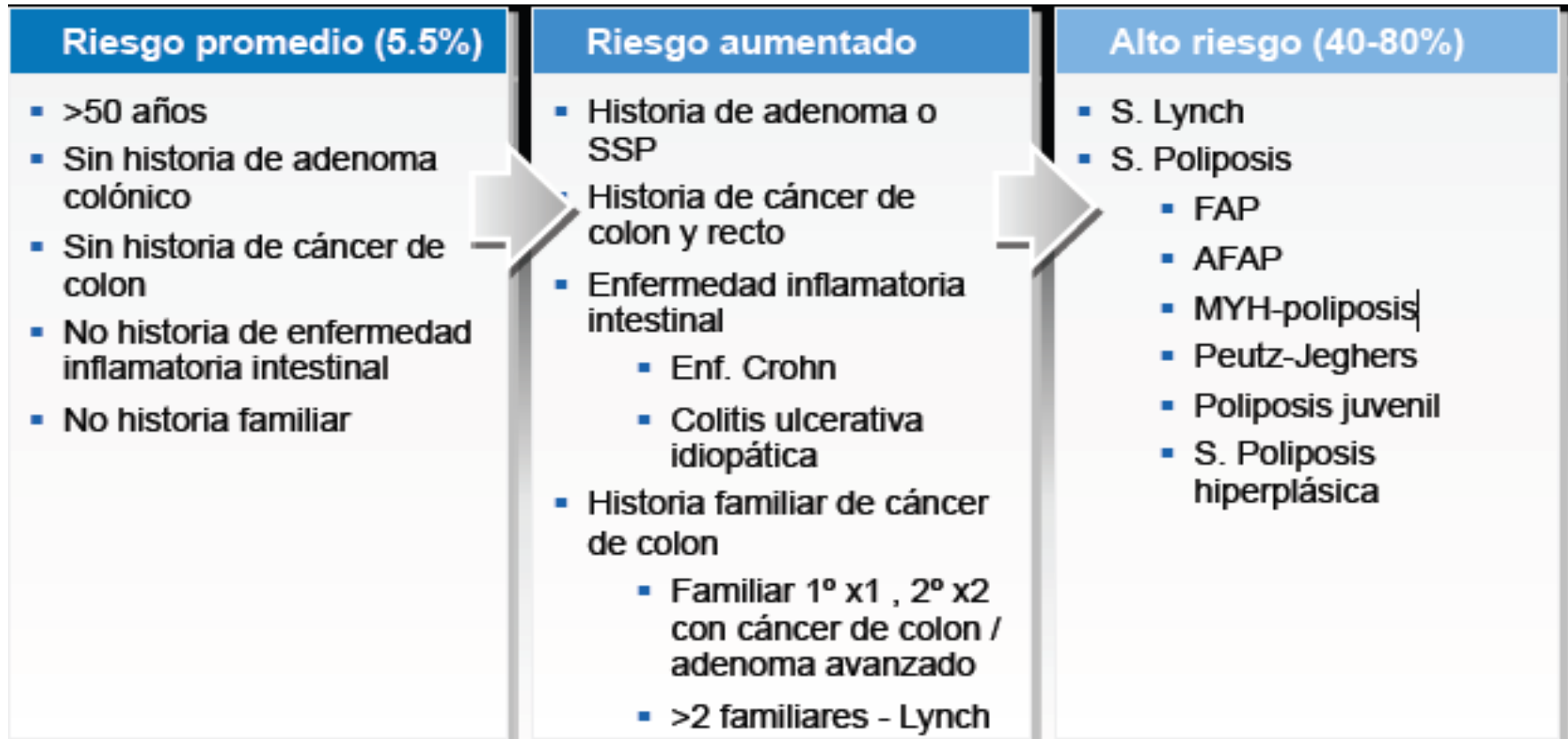
TAMIZAJE



- Tacto Rectal anual > 40 años.
- Sangre Oculta anual > 50 años.
- Sigmoidoscopia cada 5 años en > 50 años.
 - ✓ Alta proporción de falsos positivos
 - ✓ 2-4% de los pacientes son positivos
 - ✓ 10% con cáncer, 20-30% con pólipos
- Colonoscopia con doble contraste cada 10^a
 - Iniciando a los 50 años.
 - Colonoscopia completa
 - Costo-efectiva? (Disminuye mortalidad)
- DNA en fecales

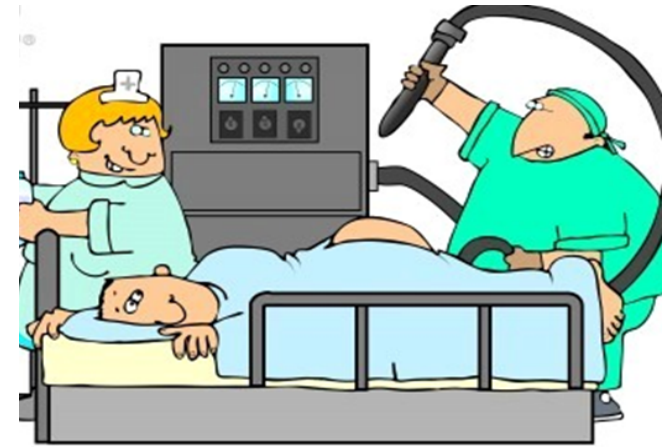


TAMIZAJE



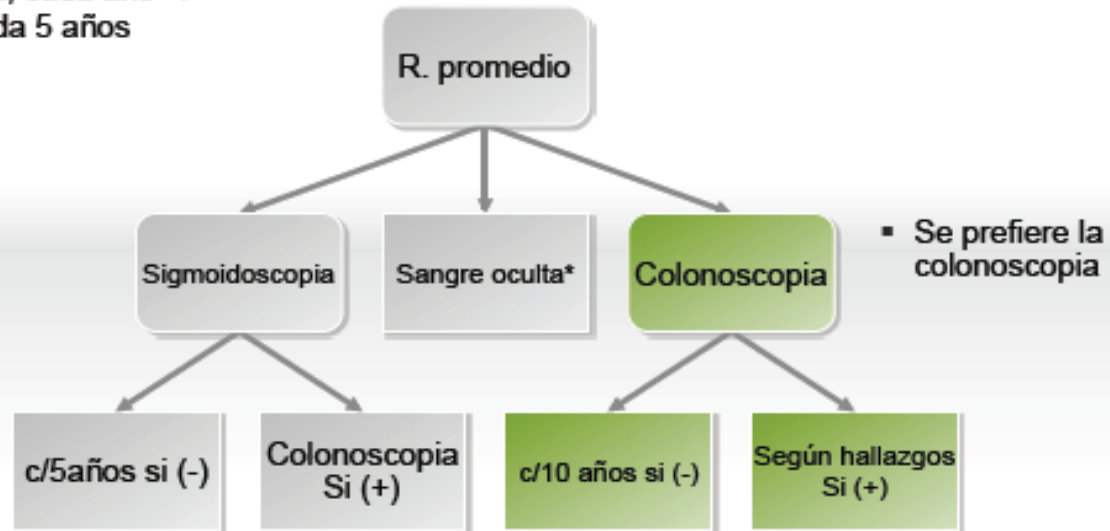


TAMIZAJE



Riesgo promedio

* **Sangre oculta:** Guaiaco o inmunohistoquímica, cada año +/- Sigmoidoscopia cada 5 años





CLINICA Y DIAGNOSTICO

COLON ASCENDENTE

- Sangrado.
- Anemia Ferropénica.

COLON TRANSVERSO Y DESCENDENTE

- Cólicos.
- Alteración del hábito intestinal
- Obstrucción , perforación.

SIGMOIDES-RECTO

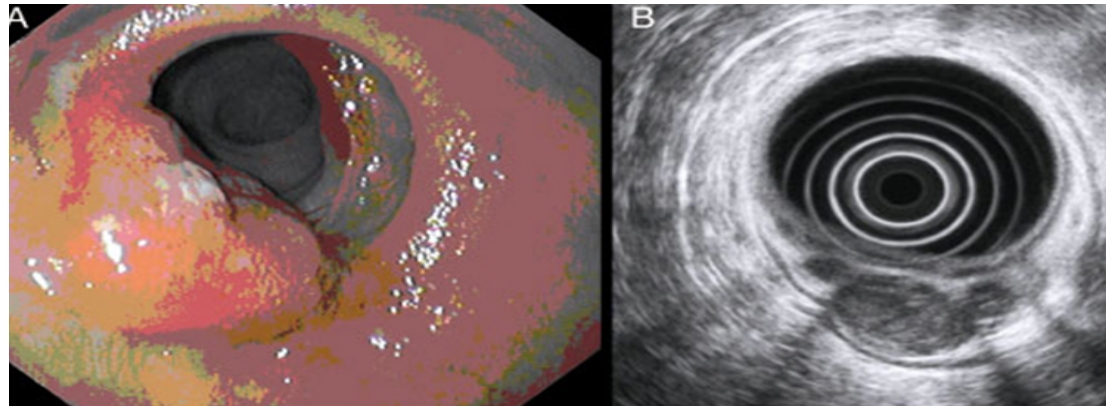
- Hematoquecia.
- Tenesmo.
- Heces acintadas.

Diagnóstico: Colonoscopia completa + Biopsia.



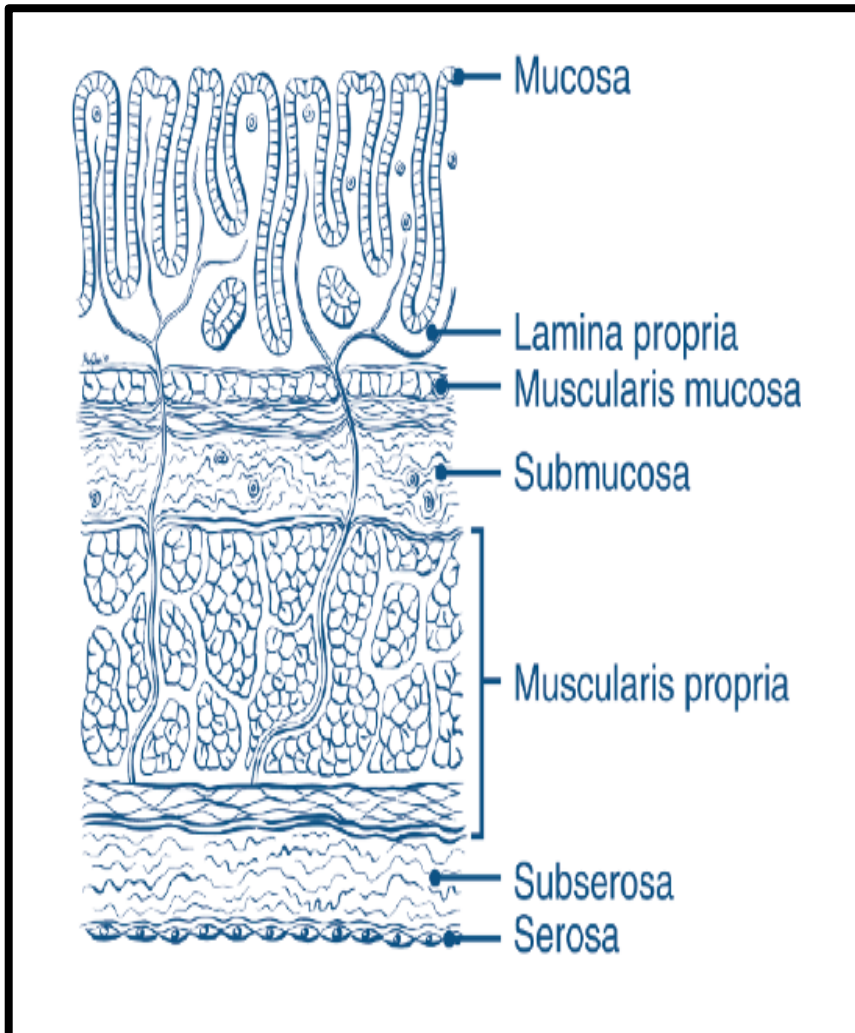
ESTUDIOS DE EXTENSION

- TAC contrastado de tórax, abdomen y pelvis.
- Analítica completa + CEA preoperatorio.
- Colonoscopia total (que incluya ciego).
- Para cáncer de recto, adicionar:
 - RM de pelvis (Evaluar N y fascia mesorrectal)
 - Ultrasonido endoscópico rectal (Evaluar T)





ESTADIFICACION



- TX** Primary tumor cannot be assessed
- T0** No evidence of primary tumor
- Tis** Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria¹
- T1** Tumor invades submucosa
- T2** Tumor invades muscularis propria
- T3** Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissues
- T4a** Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum²
- T4b** Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures^{2,3}



ESTADIFICACION

- NX** Regional lymph nodes cannot be assessed
- N0** No regional lymph node metastasis
- N1** Metastasis in 1–3 regional lymph nodes
 - N1a** Metastasis in one regional lymph node
 - N1b** Metastasis in 2–3 regional lymph nodes
 - N1c** Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
- N2** Metastasis in 4 or more regional lymph nodes
 - N2a** Metastasis in 4–6 regional lymph nodes
 - N2b** Metastasis in 7 or more regional lymph nodes

- M0** No distant metastasis
- M1** Distant metastasis
 - M1a** Metastasis confined to one organ or site (for example, liver, lung, ovary, nonregional node)
 - M1b** Metastases in more than one organ/site or the peritoneum



ESTADIFICACION

Stage	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T4a	N0	M0
IIC	T4b	N0	M0
IIIA	T1–T2	N1/N1c	M0
	T1	N2a	M0
IIIB	T3–T4a	N1/N1c	M0
	T2–T3	N2a	M0
	T1–T2	N2b	M0
IIIC	T4a	N2a	M0
	T3–T4a	N2b	M0
	T4b	N1–N2	M0
IVA	Any T	Any N	M1a
IVB	Any T	Any N	M1b

ESTADIOS AL DIAGNOSTICO:

ESTADIO I: 15 % (SV a los 5 años 85-95%).

ESTADIO II: 20-30% (SV a los 5 años 65-80%).

ESTADIO III: 30-40% (SV a los 5 años 30-60%)

ESTADIO IV: 20-25% (SV a los 5 años <10%)



FACTORES PRONOSTICO

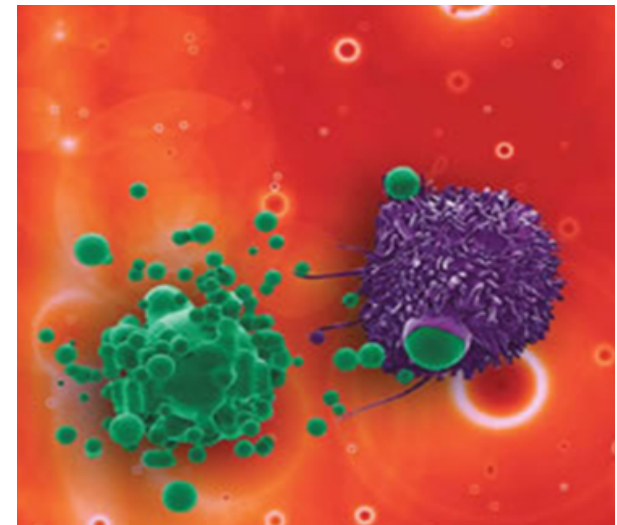
- Número de ganglios linfáticos regionales comprometidos (mínimo 12 ganglios examinados)
- Extensión de la pared colónica.
- Pobre diferenciación (Grado 3).
- Debut con Perforación o Obstrucción.
- Compromiso de órganos vecinos (por extensión directa T4).
- Invasión venosa, linfática o perineural.
- Elevación preoperatoria del CEA (>5 ng/mL).
- Variantes histológicas (anillo de sello, mucinosos..)
- Aneuploidia.
- 18q-.





PATRONES DE DISEMINACION

- **Ganglios linfáticos regionales.**
- **Hígado**
 - Sistema porta.
 - Sitio inicial en 30%.
 - Comprometido en 2/3 al momento de la muerte.
 - Raro enf. Metastásica a otros niveles sin previo compromiso hepático.
- **Pulmón**
 - Puede ser sitio inicial en cáncer de recto distal.
 - Vía plexo venoso paravertebral
- **Ganglios supraclaviculares**
 - Puede ser sitio inicial en cáncer de recto distal
- **Otros:**
 - Hueso , cerebro, etc....





ANTES DE TOMAR CUALQUIER DECISIÓN....

EDAD (> o < 70 años)

ESTADO FUNCIONAL (ECOG 0-4)

NEOPLASIA (Colon /Recto)

CIRUGÍA :

-R0-R1-R2.

-Número de ganglios resecados.

-Invasión vascular, linfática o perineural.

-TME en Recto.

BIOMARCADORES

» MSI (Estadío II).

» **Mutación del KRAS** (Enfermedad metastásica)



ANTES DE TOMAR CUALQUIER DECISIÓN....

- **ESTADÍO**

- Estadio I
- Estadio II (T3-4N0M0) +/- Factores de riesgo.
- Estadio III (N+)
- Estadio IV
 - » M1a (Resecable y/o Potencialmente convertible).
 - » M1a no resecable y M1b.

- Intervalo Cirugía e inicio terapia adyuvante.

- < 4 semanas
- 4 - 12 semanas
- >de 12 semanas



QUIMIOTERAPICOS MAS USADOS

5-FLUORACILO

- Modulado por folinato para incrementar eficacia.
- Infusión intravenosa.
- Toxicidad
 - Diarrea
 - Mucositis
 - Mielosupresión



CAPECITABINA

- Prodroga de Fluoruracilo
- Vía oral (más conveniente ?)
- Toxicidad
 - Diarrea
 - Síndrome mano-pie





ANTICUERPOS MONOCLONALES

- **BEVACIZUMAB : K-RAS MUTADO (40%) o K-RAS NATIVO**
 - Anticuerpo monoclonal anti VEGF
 - Se combina con FOLFOX, FOLFIRI.....
 - Toxicidad
 - Hipertensión
 - Proteinuria
 - Eventos tromboembólicos
 - Perforación intestinal

- **CETUXIMAB: K-RAS NATIVO**
 - Anticuerpo monoclonal anti EGFR
 - Se combina con FOLFOX, FOLFIRI, Irinotecán
 - Activo como agente único
 - Toxicidad
 - Rash acneiforme
 - Diarrea
 - Hipomagnesemia





TRATAMIENTO

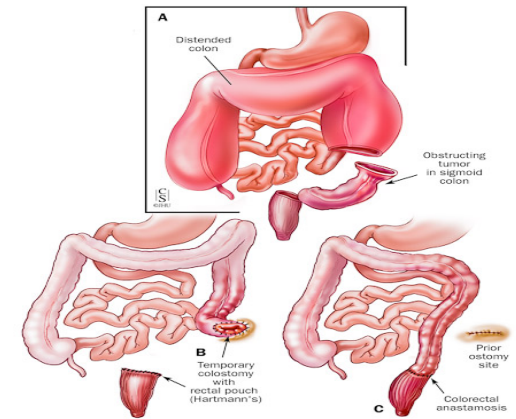
• TRATAMIENTO QUIRURGICO:

COLON:

- Hemicolectomía (electiva o urgente)
- Hemicolectomía ampliada o Colectomía total según la localización tumoral.
 - Con ganglios (más de 12) regionales

RECTO:

- Resección local.
- Resección Anterior (preservando esfínteres).
- Amputación abdomino-perineal (colostomía permanente).





TRATAMIENTO

- TME (Excisión transmesorrectal) en cáncer de recto
 - Disminuye el riesgo de recurrencia local a 10% (de 25%)
 - Con ganglios (más de 12) regionales
- Radioterapia
 - Se recomienda en cáncer de recto (estructura fija)
 - Disminuye el riesgo de recurrencia local en E. II y III.
 - No incrementa la supervivencia global.
- QT-RT adyuvante (con 5-FU o Capecitabina)
 - Disminuye recurrencia local y aumenta supervivencia global.
 - Neoadyuvante es preferida para estadíos II y III.



TRATAMIENTO

• QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

- Incrementa la supervivencia en estadíos III (ganglios +) en 30%.
- Indicada en estadíos II alto riesgo .
 - » Perforación intestinal
 - » Menos de 12 ganglios evaluados
 - » Alto grado histológico
 - » Invasión vascular o linfática
- Iniciar antes de 4 semanas post –cirugía.
- Se administran por 6 meses.
- FOLFOX o XELOX
- Fluoropirimidinas sin oxaliplatino
 - » Junto con radioterapia
 - » ≥ 70 años de edad
 - » Estadíos II de alto riesgo





RESUMEN DE TRATAMIENTO

- Colon, Estadío III (N+), menores de 70 años
 - Cirugía, seguida por 6 meses de FOLFOX o XELOX
- Colon, Estadío III (N+), mayores de 70 años
 - Cirugía, seguida por 6 meses de Fluoropirimidina
- Colon, Estadío II (T3-4N0), alto riesgo
 - Cirugía, seguida por 6 meses de Fluoropirimidina
- Colon, Estadío II (T3-4N0), bajo riesgo, o Estadío I
 - No quimioterapia adyuvante
- Recto, Estadío III (N+) o Estadío II (T3-4N0)
 - QT-RT PreOp, seguida por TME, seguida por QT adyuvante.
 - » QT-RT con fluoruracilo o capecitabina
 - » QT adyuvante con Fluoropirimidina +/- oxaliplatino x4-6 meses
 - Recto, Estadío I (T1-2N0)
 - » TME





TRATAMIENTO

- ENFERMEDAD METASTÁSICA

- **Cirugía**

- Colectomía si hay síntomas locales
 - » Obstrucción, perforación, sangrado, dolor
- Metastasectomía hepática o pulmonar, si es posible
 - » Contraindicada si metástasis en otros sitios
 - » Evaluación de la extensión esencial
 - » Supervivencia a 5 años de 25-30%
 - » Se continúa con quimioterapia “adyuvante” por 6 meses

- **Quimioterapia**

- Incrementa la supervivencia (de 6 a 24 meses)
- Fluoropirimidinas + (Oxaliplatino o/y Irinotecán) +/- (Bevacizumab o Cetuximab)
 - » Cetuximab INEFICAZ con mutación del K-ras



TRATAMIENTO

• ENFERMEDAD METASTÁSICA

– No resecables

- Potencialmente convertibles a quirúrgicos
 - Quimioterapia de alta eficacia x2-3 meses
 - » FOLFIRINOX (FU + Oxaliplatino + Irinotecán)
 - » Bevacizumab + FOLFIRI
 - » Cetuximab + FOLFIRI (si K-ras nativo)
 - Metastasectomía si se obtiene la conversión

• No convertibles

- Secuenciar los esquemas de tratamiento disponibles
- Fluoropirimidina infusional o capecitabina óptimos
- FOLFOX seguido por FOLFIRI, o viceversa
- Bevacizumab en primera o segunda línea (posiblemente, en ambas) junto con los anteriores.
- Cetuximab en primera línea, o luego de progresión con irinotecán
 - » Sólo si K-ras nativo



GRACIAS!