

EL CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA
FUENTE: SEOM

El más común en España
Los 34.331 casos del 2017 lo sitúan como el cáncer más frecuente. Le siguen por este orden: próstata, pulmón, mama y vejiga

Más casos en hombres
El 60% de los casos (20.621 en el 2017) se diagnostican en hombres; el 40% (13.711), en mujeres

Segundo en mortalidad
Con 15.793 defunciones en el 2017, es el segundo cáncer más mortal, por detrás del de pulmón. Le siguen páncreas, mama, próstata y estómago

En el mundo
Es el tercer tipo de cáncer más frecuente en el mundo (1.360.602 casos al año) y el cuarto más mortal (693.933)



LIBERT TEIXIDÓ

Un gen vincula inflamación y cáncer de páncreas

■ Un gen que regula la inflamación está involucrado en el cáncer de páncreas, según una investigación internacional dirigida por Paco Real, del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) en Madrid. Según los resultados que se presentan hoy en *Nature*, el gen NR5A2 suprime tanto la inflamación como la aparición de células tumorales. Así, una actividad baja de NR5A2 propicia la inflamación y eleva el riesgo de cáncer. Este resultado explica que una proporción elevada de cánceres de páncreas vengan precedidos de pancreatitis (o inflamación del páncreas). Asimismo, abre la vía a estudiar si el cáncer de páncreas se puede prevenir con tratamientos antiinflamatorios.

La extracción del recto a través del ano



FUENTE: Hospital Clínic

ORGANIZACIÓN EN EL QUIRÓFANO

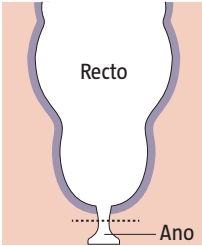
El grupo de cirujanos se divide en dos equipos durante la operación para liberar el colon en ambos sentidos para agilizar y minimizar riesgos durante la intervención



LA OPERACIÓN

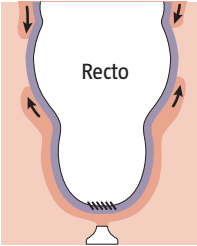
Equipo transanal

1. Se sutura el final del recto y se corta para separarlo del ano y así preservar los esfínteres

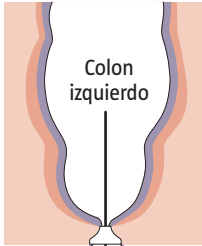


Equipo abdominal

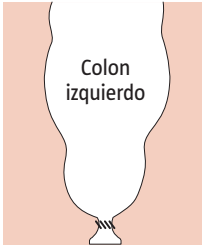
2. Mediante una laparoscopia se separa el colon izquierdo desde el abdomen



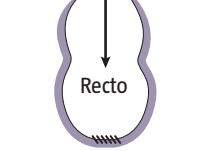
4. Se extrae el recto y el sigma tirando de ellos a través del ano y se corta



5. Finalmente se empalma el colon con el ano



3. Se separa el recto y el mesorrecto de los músculos y los vasos sanguíneos



der acceder al tumor si el TGF-beta se mantiene elevado. Lo cual explica por qué unos pacientes responden al tratamiento y otros no, la paradoja que intrigaba a los oncólogos.

“Estos resultados sugieren que, si actuamos contra el TGF-beta, podremos aumentar de manera sustancial el número de tumores que responden a la inmunoterapia”, sostiene Batlle.

Esto puede ser especialmente útil en el cáncer colorrectal, del que se registraron 34.331 casos en España en el 2017. “Un 40% de los cánceres colorrectales tienen niveles elevados de TGF-beta y pensamos que podrían beneficiarse de este tratamiento”, apunta Batlle. Los que tienen estos niveles elevados de la molécula, recuerda, suelen tener mal pronóstico.

Pero las implicaciones de la investigación van más allá del cáncer colorrectal. Otros cánceres con niveles elevados de TGF beta incluyen el de vejiga –como ha

Cambio de paradigma: el sistema inmunitario puede atacar incluso neoplasias con pocas mutaciones

confirmado el trabajo dirigido por Genentech–, el de hígado y el de páncreas. Todos ellos son, a priori, candidatos a recibir tratamientos combinados contra TGF-beta y contra PD-L1.

A nivel conceptual, “hemos demostrado que incluso tumores con poca carga de mutaciones genéticas, lo que llamamos tumores fríos, pueden responder a la inmunoterapia”, destaca el director de la investigación. “Hasta ahora se pensaba que sólo los tumores calientes, con muchas mutaciones, responderían. Es un cambio de paradigma”.

Una cirugía del Clínic se impone en tumores de recto

La técnica Tatme reduce el riesgo de recaída del 18% al 4%

ANA MACPHERSON
Barcelona

A puntarse un tanto contra el cáncer a gran escala en cirugía es complicado. Hay que demostrar el avance básicamente con las manos, sobre decenas de cadáveres. Porque no se puede dar a probar a los pacientes sin haber demostrado claramente que es mejor esa técnica que la ya establecida. Los cirujanos del equipo de Antonio de Lacy en el Clínic han conseguido convertir su *tanto* en la estrella de los últimos congresos de cirugía colorrectal.

“La cirugía transanal que desarrollamos durante la primera década del siglo es ya el procedimiento estándar en gran parte del mundo, pero el sistema combinado simultáneo a través del ano y por laparoscopia abdominal es ahora el que se puede convertir en primera opción: conseguimos que en lugar de un 18% de fallos tengamos un 4%. Eso supone que en el 96% de los pacientes operados no hay diseminación de células tumorales, el peor enemigo. Oncológicamente es fundamental: reduce las recaídas. Y además nuestro sistema limita complicaciones, impotencias e incontinencias que a menudo acompañan a esta cirugía. Y reducimos a la mitad el tiempo quirúrgico”, resume Antonio de Lacy, responsable del equipo de cirugía gastrointestinal del Clínic.

Este último procedimiento,

bautizado con el nombre de Cecil, en recuerdo del león al que dio muerte un dentista en el 2015 en un parque nacional de Zimbabue, se utiliza ya en el 100% de los pacientes con tumores de recto en el Clínic. Se ha empezado a aplicar también en colitis ulcerosas y poliposis familiar, dolencias que afectan a pacientes jóvenes, entre los 20 y los 25 años.

En el procedimiento Cecil, el quirófano reúne a los dos equipos, el que operará a través del ano y el que lo hará a través del abdomen. El primero separa el

El equipo de Lacy opera el intestino simultáneamente desde el ano y el abdomen

ano y los esfínteres de la zona que se va a extirpar y avanza desde ahí recto arriba hacia el siguiente tramo, el sigma. Hay que separar sin romper la bolsa que contiene el recto y sus ganglios, sus vasos sanguíneos y su grasa: el mesorrecto. “Es fundamental para el éxito oncológico que no se rompa en ningún momento”, insiste Lacy.

El otro equipo avanza en dirección contraria con los instrumentos introducidos en el abdomen a través de pequeños orificios. Cada uno irá liberando su zona del resto de adhe-

rencias. “Dentro todo está pegado, los intestinos no están sueltos”, aclaran los cirujanos. Ambos equipos cortarán desde su lado los vasos sanguíneos que riegan la zona enferma y han de hacerlo “en origen”, en la aorta que les da sangre. Los que trabajan desde el abdomen, además, dejarán libre el colon izquierdo, el siguiente tramo desde el sigma.

Cuando ambos equipos se encuentran en el intestino del paciente es el momento de sacar el mesorrecto y el sigma. Luego, tiran del colon y lo empalman con el ano y esos centímetros preservados donde están los esfínteres que controlan esa parte del tránsito intestinal. Cien minutos menos que cuando sólo se accede a través del ano. Y mejor visión en cada paso.

En un reciente estudio publicado por el equipo del Clínic sobre 158 pacientes operados seguidos durante 3 años ya se apunta el impacto en una mayor supervivencia de los operados en comparación con otras técnicas. “Pero es pronto, 3 años es poco. Y es mejorable ese porcentaje de fallos”, apunta Lacy.

Los avances en cirugía se hacen sumando experiencias de muchos y, en este caso, el Clínic ha avanzado especialmente en la cirugía a través de los orificios naturales, de la que ha bebido este nuevo procedimiento. “Hemos evaluado, examinado, criticado entre muchos equipos de todo el mundo. Y ahora es la opción que más promete”.