

2.2. SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER COLO-RECTAL. ESTRATEGIAS DE ESTUDIO.

Juan-Domingo Toledo y Ugarte.
Profesor Emérito de la UPV-EHU.

Deseo agradecer al Prof. Alfredo Matilla la invitación para tomar parte activa en este Grupo de Trabajo con el tema de Cáncer Colo-Rectal.

Lo que voy a exponer son criterios adquiridos con mi experiencia con el grupo de Trabajo del Instituto Oncológico de Guipúzcoa, (Dras. Maria Jesús Mitxelena e Isabel Pericás), en el Registro Hospitalario de Basurto (1997-2003), y con el del Hospital Central de Asturias (Dra. María Victoria Folgueras), No presento datos de ningún otro Centro ni de la Bibliografía.

Esta múltiple colaboración me ha dado la ocasión de conocer paralelamente los dos temas de Estadificación en la extensión de los tumores, a la que luego me referiré.

Independientemente de los criterios de trabajo del Club de Registros de Tumores, desarrollados hasta ahora, creo que esta triple experiencia me permite cierta “flexibilidad de adaptación y colaboración en el futuro. Lo que expongo aquí son criterios personales de distintas estrategias estadísticas que he utilizado en distintos estudios.

Nuestra manera de abordar el estudio de un tumor es, en primer lugar, su situación dentro de la base de datos de un Registro. Para ello solemos tomar unos datos globales del Registro: Año de comienzo, cifras anuales de registro de hombres y mujeres, y suma total de casos. Adicionalmente tenemos que fijar en cada momento el último año en que están completas las listas de presentación de casos, y el número de años que han corrido desde esta fecha, para fijar la última a partir de la cual podemos establecer una supervivencia de 5 años.

Es importante el *Histograma de Edad al diagnóstico y Sexo*: Hay *casos precoces de presentación, entre los 25 y los 40 años*, pocos pero llamativos, muy sugerentes de corresponder a *síndromes familiares eventualmente multiorgánicos*, mientras que los carcinomas que pudiéramos llamar “ambientales, o de causa desconocida” aumentan el número a partir de esta edad, para alcanzar la *máxima frecuencia en el decenio de los 65 a 74 años*, y siguen presentándose en el decenio de los noventa años.

El *Carcinoma Colo-Rectal* tiene, en los datos de los registros mencionados, una **proporción numérica a favor de los hombres de 2/3 del total, y 1/3 para las mujeres**. Sin embargo, *en los casos de edad avanzada, por encima de los 85 años predominan las mujeres*, pero es porque a esas edades han sobrevivido muchas más mujeres que hombres.

Al estudiar las localizaciones presentes en un Registro Hospitalario es importante una visión de conjunto de la situación del tipo de cáncer que estudiamos, en sus cifras totales de presentación, *su situación ordinal dentro de las frecuencias cuantitativas de presentación de todos los cánceres*: lo que en realidad quiere esto decir es saber si está

entre los 5 o los 10 primeros en frecuencia, pues eso tiene una importancia al escoger el objeto de estudio: Vamos a dar unos Ejemplos:

TABLA 1
HOSPITAL DE BASURTO:
Frecuencias de Presentación.

Año1995	n° de casos	Porcentaje.	Año2000	n° de casos	Porcentaje.
1. Recto-Colon	210	15,80%	1. Mama	204	15,54%
2. Pulmón	135	10,16%	2. Recto-Colon	196	14,53%
3. Mama	123	9,26%	3. Pulmón	105	8,00%
4. Vejiga	102	7,67%	4. Laringe	95	7,24%
5. Estómago	81	6,09%	5. Próstata	90	6,85%
Resto de los casos	678	51,02%	Resto de los Casos	623	47,45%
TOTAL	1329	100,00%	TOTAL	1313	100,00%

Es decir, los 5 primeros casos por frecuencia del año 1995 suman un 49 % del total, mientras que el resto de todos los demás casos suman un 51 %. Si en vez de ello tomáramos los 10 casos de mayor frecuencia, su suma sería de 994 casos y su porcentaje de un 74,75 %, mientras que el resto desde el undécimo lugar hasta el final sólo sumarían el 25,25 %.

El puesto n° 10, los linfomas serían 49 casos, con un 4 % del total. Es decir, que mientras los cinco primeros tumores sumarían 684 casos, los cinco siguientes sumarían la mitad, con 323 casos. A partir del undécimo, con 49 casos, sólo podríamos obtener supervivencias globales, pues la subdivisión en quinquenios no nos daría datos significativos para éstos.

Si comparamos estas cifras con las del año 2000, está claro que en estas no podremos tener supervivencias comparativas del quinquenio, y este año fue el último del que dispusimos datos. Vemos que ha cambiado el orden de presentación de frecuencias, pero las proporciones siguen parecidas.

Tabla 2.
Frecuencias de Presentación

1	2	3	4	5
1995: Recto-Colon	Pulmón	Mama	Vejiga	Estómago
2000: Mama	Recto-Colon	Pulmón	Laringe	Próstata.

Vemos pues que ha cambiado la secuencia de frecuencias, pero en el puesto 5 estamos con un 6,85% de las frecuencia totales y un 47,45 % de las frecuencias de la sexta al final. Viene a ser muy parecido en cifras y proporciones respecto al año 1995.

Lo mismo pasaría si contáramos las relaciones de las 10 primeras frecuencias, que nos darían un 75% frente a un 25% del resto.

En cambio vemos que ha cambiado el orden de las frecuencias de los órganos en el año 2000. No podemos detenernos en análisis de los porqués, pero es un hecho que se repite de nuevo en los casos del Hospital Central e Asturias y del Oncológico de San Sebastián.

En cada uno de ellos hay una diferencia:

En la serie del Hospital Central de Asturias el pulmón está en primer lugar siempre, y el resto de los casos se distribuye de la misma manera.

En el Instituto Oncológico de Guipúzcoa predomina siempre la mama, la próstata es una constante en el tercer o cuarto puesto según los años. Ello se debe a que es un Hospital Monográfico de Cáncer, formalmente privado, concertado con Osakidetza y con otros Seguros Privados o de empresa, sin ánimo de lucro, y de libre elección dentro de la provincia, y accesible a las provincias limítrofes. Esto hace que haya “organotropismos selectivos” en determinados órganos, pero las proporciones suelen ser parecidas.

La conclusión es que todos los registros muestran cambios en sus distintos años, pero cada hospital tiene una frecuencia de presentación de órganos y una variación según los años que le son características.

Entrando en el **órgano** que me corresponde tratar me gusta darle la **denominación de Recto-Colon** y no la inversa, por considero este órgano como una unidad anatómica, histológica, fisiológica, y oncológica. Creo que esto será fácilmente comprensible sin más explicaciones. El órgano, con el sustantivo Recto-Colon, al dejar la **n** al final me parece más eufónico que Colon-Recto, y el título Carcinoma Colo-Rectal es correcto para la enfermedad, pero no para el órgano.

El término Recto-Colon debe comprender ciego, marco cólico, colon-sigmoideas y recto, pero no el anillo anal, evitando los carcinomas cloacogénicos que, aunque pocos, son de otra naturaleza. A mi entender, la sub-base de datos debe comprender como localización el conjunto de zonas mencionadas, y ***la búsqueda del diagnóstico debe ser específica de “Adenocarcinoma”*** evitando linfomas y otros tumores mesenquimatosos malignos.

La separación entre recto y colon tiene la indeterminación de donde va a parar al final el sigmoideas. Por otra parte, en pruebas previas realizadas en un trabajo anterior, no hallamos diferencias significativas entre la supervivencia de recto y colon. Es una prueba que siempre se puede repetir, y siempre con una precisión constante en la diferencia topográfica, y con un gran número de casos.

Algún radioterapeuta y algún oncólogo de mi entorno fundamentaban esta separación de colon y recto en función de diferencias en algunos protocolos terapéuticos, sobre todo en las técnicas quirúrgicas y de radiación. A mi entender, en la difusión de un procedimiento estadístico nuevo, es mejor tener series grandes que nos permitan subdividir Estadios, que multiplicar innecesariamente el número de órganos, atomizando las series y sub-series estadísticas, sin saber si tienen razón de ser.

Este tema viene de la mano cuando tratamos de los Estadios.

Desconozco todavía habrá sido abordado por el grupo de trabajos el temade las dos distintas estadiificaciones tumorales, la de la UICC con cuatro Estadios, y la del TNM simple, con tres: su código sería común para todos los Tumores: T+,N0,M0-T+N+M0-

yTNM+. Cada una de ellas tiene ventajas e inconvenientes, pero pienso que la de la UICC es la que va a tener más demanda en el mercado clínico-científico.

Con todo ello, existen ya Registros que van por cada uno de los sistemas, y yo he trabajado en recto-colon con los dos. Mi punto de vista ante el problema sería seguir por el momento trabajando con el sistema inicialmente adoptado –hablo específicamente de recto-colon, pero el problema es general- hasta que haya suficiente experiencia práctica sobre ambos, incluyendo tests comparativos, para decidirse por un sistema, teniendo en cuenta que todo cambio es costoso para el que lo tiene que hacer.

TABLA 3

BASURTO, Quinquenio 1995-1999. 1.069 casos registrados.

Cifras Completas:			Casos Invasivos		
Estadio in situ	4	0,37%	Estadio Localizado	471	45,87%
Estadio Localizado.	471	44,06%	Estadio Regional	306	29,79%
Estadio Regional	306	28,63%	Estadio Diseminado	250	24,34%
Estadio Diseminado	250	23,39%	TOTAL	1027	100,00%
Sin Estadificar	38	3,55%			
TOTAL	1069	100,00%			

Las tablas que anteceden tienen cada una un sentido distinto y complementario. La de las cifras completas de todos los registros contienen un grupo muy escaso de 4 casos, que si fueran más frecuentes, pudieran ser considerados como parte de un diagnóstico precoz, pero que a este nivel de cifras más parecen incidentales.

Los casos sin estadificar son pocos, lo cual va a favor de la calidad del trabajo del registro, y en ese sentido hay que tener en cuenta que la estadificación es más fácil y segura en este sistema que en el de 4 Estadios de la UICC.

Se han hecho curvas de supervivencia de Kaplan Meier y su resumen es el siguiente:

TABLA 4.

Supervivencia del conjunto total :	45% de los casos	a los 60 meses (5 años)
Supervivencia de Localizados:	67% “	“
Supervivencia de Regionales:	40% “	“
Supervivencia de Diseminados:	8% “	“

Diferencia estadística entre Locales y Regionales	p<0,0001
“ “ “ Regionales y diseminados	p<0,0001

Aunque un 44% de tumores localizados sea una buena cifra en Recto-Colon, y un 29% de Regionales sea aceptable, 250 diseminados son muchos.

La supervivencia de un 67% de Localizados a los 5 años empieza a anunciar un 55% a los 10 años, que para el Recto-Colon no está mal, pero el resto de las cifras del total y de los otros Estadios no es buena, y es que el Adenocarcinoma de Recto-Colon, después del Carcinoma de Pulmón es el más agresivo de los tumores de entre los 5 más frecuentes.

Vamos a comparar ahora estas cifras con las obtenidas en los 2 quinquenios que habíamos seleccionado del Registro del Instituto Oncológico

Tabla 5.

	Quinquenio 90-94		Quinquenio 95-99		Decenio 90-99	
Estadio I	11 casos	7,6%	15 casos	5,1%	26 casos	5,9%
Estadio II	50 “	34,7%	90 “	30,4%	140 “	31,8%
Estadio III	48 “	33,3%	120 “	40,5%	168 “	38,2%
Estadio IV	35 “	24,4%	71 “	24,0%	106 “	24,1%
TOTAL	144 “	100,0%	296 “	100,0%	440 “	100,0%
		100,0%				

Tabla 6.

Supervivencia Global

Quinquenio 90-94		Quinquenio 95-99		Decenio 90-99	
5 años	10 años	5 años	10 años	5 años	10 años
32%	20%	24%	---	24%	

De la comparación de las cifras del Hospital de Basurto y del Instituto Oncológico hay una diferencia notable en dos puntos relacionados entre sí:

En Basurto hay muchos más casos en general y en el Estadio Localizado, que corresponde al Estadio I+Estadio II de la UICC. Su supervivencia global es mejor

La explicación hay que buscarla en el primer punto: Basurto es un Hospital General con una gran Unidad de Cirugía de Digestivo y llegan casos territoriales. El Instituto Oncológico es un Hospital Monográfico al que no llegan tantos casos, pero es un centro sin distrito propio, y los que lo hacen son menos localizados y más diseminados, peores, y por lo tanto su supervivencia no puede ser la misma

De todos modos hemos hecho una búsqueda más, la de los casos del 2003. Los resultados son los siguientes y Vds. mismos pueden interpretarlos:

Tabla 7. **Estadios del Adenocarcinoma colo-rectal del I.Oncológico, 2003**

Estadio I	15	15,15 %
Estadio II	29	29,29%
Estadio III	35	35,36%
Estadio IV	20	20,20%

Hemos procurado exponer con claridad y sencillez datos comparados de primera mano de tres hospitales distintos cuyos Registros nos son conocidos, y por ello, y por el tiempo de exposición y el espacio de texto que nos ha sido concedido hemos renunciado a una discusión mas amplia, restringiéndonos a las interpretaciones que nos dictaba nuestra experiencia en el tema. Esperamos haber cumplido nuestro propósito.

Referencias:

Poster J.D. Toledo, B. Madurga Y M. Latorre. Estudio de un quinquenio del Registro de tumores del Hospital de Basurto.

Poster. J.D. Toledo, M.J. Mitxelena e I. Pericás. Estudio de supervivencia del cáncer colo-rectal en el Registro de tumores del Instituto Oncológico de Guipúzcoa.