

Si tu cuerpo
no habla
Preguntale



MARZO Mes Internacional de la lucha contra el CÁNCER DE COLON

- ▶ Entendiendo su informe de patología.
- ▶ Cuidado de seguimiento después del tratamiento primario de cáncer colorrectal.
- ▶ Entendiendo el tratamiento.

▶ ENTENDIENDO SU INFORME DE PATOLOGÍA

Usualmente se realiza una colonoscopia para diagnosticar el cáncer colorrectal. Si se identifica un área sospechosa, se toma una muestra de tejido del colon y se envía al laboratorio para que sea evaluado por el patólogo. Los hallazgos del patólogo se recopilan dentro de un documento llamado informe de patología. Un informe de patología junto con otras pruebas y procedimientos importantes ayudará a su médico tratante a hacer el diagnóstico final y determinar la estrategia de tratamiento.

Un informe de patología típicamente incluye:

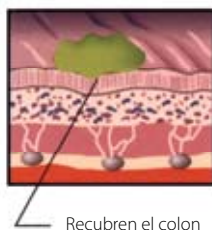
- ▶ Localización del tumor
- ▶ Una descripción de la apariencia macroscópica del tejido
- ▶ Una descripción microscópica
- ▶ Tipo de tumor
- ▶ Células de origen
- ▶ Grado histológico
- ▶ Márgenes del tumor
- ▶ Invasión vascular
- ▶ Profundidad de la invasión
- ▶ Compromiso de nódulos linfáticos (ganglios)

Descripción macro y microscópica:

Este informe describe los atributos físicos del tejido removido: color, peso, y tamaño. La evaluación microscópica describe cómo aparecen las células del tejido bajo el microscopio.

Tipo de tumor y origen:

El tipo más común de cáncer colorrectal es el adenocarcinoma, lo cual significa un cáncer de células glandulares que recubren el interior del colon y el recto. Este tipo de tumor es maligno y se puede diseminar a otras partes del cuerpo.



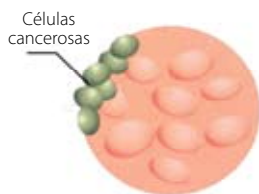
Grado histológico:

Cuando se desarrollan las células normales, se llama diferenciación. Un grado histológico se basa en qué tanto una célula tumoral se parece a una célula normal. El grado del tumor usualmente se describe como "bien", "moderadamente", o "mal" diferenciado.

- ▶ **Grado 1 o bien diferenciado:** las células se parecen a las normales y no están creciendo rápidamente.
- ▶ **Grado 2 o moderadamente diferenciado:** las células aparecen un poco parecidas a las normales.
- ▶ **Grado 3 o mal diferenciado:** las células son anormales y tienden a crecer y a diseminarse más agresivamente.

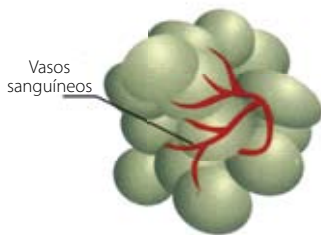
Márgenes del tumor:

Si las células cancerosas están presentes en los bordes del espécimen, los márgenes son "positivos". Si las células cancerosas no están presentes en los márgenes son "libres" o "negativos".



Invasión vascular:

El informe de patología describe si hay vasos sanguíneos presentes dentro del tumor.



Profundidad de la invasión:

Un tumor que está localizado significa que no se ha diseminado a los tejidos adyacentes.

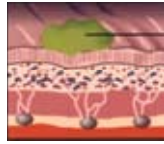


Un tumor que se ha diseminado a los tejidos adyacentes es llamado "invasivo".



Compromiso de los nódulos linfáticos (ganglios):

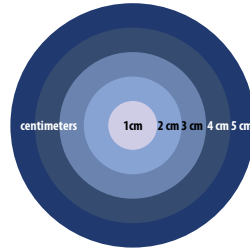
La diseminación de un tumor a un nódulo linfático se refiere como un nódulo "positivo". Si no hay diseminación, se llama nódulo linfático "negativo".



Tumor "In situ"

Tamaño del tumor:

Su médico medirá un tumor en centímetros (cm). El tamaño del tumor es uno de los factores usados para determinar el estadio del cáncer.



PREGUNTAS PARA HACERLE A SU MÉDICO

- ▶ ¿El cáncer se ha diseminado más allá del tumor primario?
- ▶ ¿Este es un cáncer de crecimiento rápido o lento?
- ▶ ¿Tengo algún nódulo linfático positivo?
- ▶ ¿Se necesitará más cirugía de acuerdo a los resultados de la prueba?
- ▶ ¿Cuál es el estadio de mi cáncer colorrectal?
- ▶ ¿Qué opciones de tratamiento tengo: oral, IV, o una combinación?

CUIDADO DE SEGUIMIENTO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO PRIMARIO DE CÁNCER COLORRECTAL

Recomendaciones de la Sociedad Americana de Oncología Clínica

RECOMENDACIONES	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4
Examen por parte del doctor	Cada 3 a 6 meses	Cada 3 a 6 meses	Cada 3 a 6 meses	Cada año
Prueba de CEA	Cada 3 a 6 meses	Cada 3 a 6 meses	Según lo determine su médico	Según lo determine su médico
Colonoscopia*	Una vez		Cada 3 a 5 años	
Recto-sigmoidoscopia	Cada 3 a 12 meses (para pacientes con estadio II ó estadio III que no tienen tratamiento de radiación pélvica), o según la recomendación del médico.	Idem	Idem	Idem
Escáner CT	Según lo recomiende su médico	Según lo recomiende su médico	Según lo recomiende su médico	Según lo recomiende su médico

**La colonoscopia debe hacerse dentro del primer año después del tratamiento primario. Si el examen no muestra signos de recurrencia del cáncer, se debe hacer una colonoscopia adicional en el tercer año, si es normal, cada 5 años y así de ahí en adelante.*

TXT

▶ ENTENDIENDO EL TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer colorrectal depende de la localización, tamaño y grado de diseminación del mismo; así como de la edad y el estado general del paciente. Se utilizan 3 tipos de tratamiento estándar: cirugía, radioterapia, quimioterapia.

La cirugía y la radioterapia son llamadas terapias locales porque se dirigen a las células cancerosas en un punto específico. Los médicos no pueden tener certeza de que todas las células cancerosas hayan sido eliminadas durante la cirugía. Algunas pueden haber quedado. Otras pueden haber salido del tumor primario y viajado a otras partes del cuerpo a través de la circulación sanguínea o el sistema linfático. Estas células pueden mantenerse "latentes" hasta generar con el tiempo una nueva amenaza de cáncer.

Es por eso que en ciertas circunstancias se necesita de un tratamiento sistémico (quimioterapia) que tiene un alcance diferente a la terapia local. La quimioterapia puede ser "adyuvante" o para "enfermedad avanzada".



La forma de administración de la quimioterapia puede ser por vía oral, endovenosa o combinando ambas.

Terapia Adyuvante

La terapia adyuvante usa fármacos para ayudar a destruir cualquier célula cancerosa que no haya sido eliminada durante la cirugía o con la radiación. El objetivo de este tratamiento es disminuir el riesgo de reaparición del cáncer. En latín, "adyuvante" significa ayudar, particularmente, ayudar a alcanzar las metas.

La terapia adyuvante sistémica trata las células cancerosas que han viajado a otras partes del cuerpo o están en el sistema linfático o el torrente sanguíneo.

¿Qué tan pequeña es una célula cancerosa?

Un billón de células cancerosas equivalen aproximadamente a media pulgada.



Cien millones de células equivalen al tamaño de la cabeza de un alfiler.



Después de su cirugía, usted tendrá varias pruebas para determinar si el cáncer permanece en algún sitio. Si sus pruebas son negativas es porque no hay cáncer presente detectable. De cualquier manera, mientras el cáncer a veces es curado con el tratamiento primario inicial, es posible que muchas células cancerosas estén “escondidas” del alcance de las pruebas debido a su tamaño. Algunas personas tienen mayor riesgo de tener estas células cancerosas “escondidas” y son candidatas para recibir terapia adyuvante sistémica.

Decisiones acerca de la terapia adyuvante sistémica

Es importante determinar los riesgos de la terapia adyuvante sistémica versus los beneficios. Los siguientes factores pueden ayudarle a su médico a determinar si la terapia adyuvante es apropiada para usted.

Número de nódulos linfáticos involucrados

Entre más grande sea el número de nódulos linfáticos involucrados, mayor será la posibilidad de que las células cancerosas estén presentes después de su cirugía.



Tamaño del tumor

Un tumor grande pudo haber existido por un período de tiempo más largo, permitiendo una mayor oportunidad para que las células se salieran y se diseminaran a otras partes del cuerpo.



Edad

La salud global general del paciente es una consideración



Cómo se ven las células

Bajo un microscopio.



La terapia adyuvante sistémica es un punto de discusión entre usted y su médico.

Tratamiento para enfermedad Avanzada

En caso de enfermedad avanzado o adyuvante metastásico, la quimioterapia pretende reducir la progresión de la enfermedad y reducir los síntomas de la misma.

En muchos casos puede reducir la progresión de enfermedad con el propósito de someter al paciente a una nueva

Se pueden utilizar varios medicamentos para tratar el cáncer colorrectal. A menudo se combinan dos o más de estos medicamentos para intentar que estos sean más eficaces.

En la actualidad contamos con el avance en el área de las terapias dirigidas; con diferentes moléculas inhibidoras de procesos intermedios en el desarrollo del cáncer: la nutrición vascular (angiogénesis), inhibidores de la proliferación del crecimiento.

Las terapias dirigidas han cambiado de manera considerable el tratamiento del cáncer colorrectal, en concreto han mejorado el pronóstico de la enfermedad aumentando el tiempo que el paciente está libre de recaída de enfermedad y extendiendo la supervivencia de pacientes con enfermedad avanzada.

Usted puede conversar con médico para recibir información apropiada sobre la enfermedad y su tratamiento.

Constituyen una nueva estrategia en el tratamiento del cáncer colorrectal al combinarse con quimioterapias convencionales.

PREGUNTAS PARA HACERLE A SU MÉDICO

- ▶ ¿Existe evidencia de que la terapia adyuvante sistémica ayuda a los pacientes como yo (en términos de edad, tamaño del tumor y nódulos linfáticos involucrados) a vivir más tiempo?
- ▶ ¿Cuál es la posibilidad de que mi cáncer regrese?
- ▶ ¿Qué tanto la terapia adyuvante sistémica ayuda a reducir esa posibilidad?
- ▶ ¿Cuáles son los efectos colaterales de la terapia adyuvante sistémica?
- ▶ ¿Usted cree que los beneficios potenciales superan los riesgos?
- ▶ ¿Qué opciones de tratamiento tengo: oral, IV, o una combinación?

Si tu cuerpo
no habla
Preguntale



MARZO Mes Internacional de la lucha contra el CÁNCER DE COLON



MARZO Mes Internacional de la
lucha contra el CÁNCER DE COLON