

El papel de la Oncología Quirúrgica en el tratamiento y curación de cánceres sólidos

Con el asesoramiento del DR. PERE BRETCHA, vicepresidente de SEOQ y cirujano del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, del Hospital Quirón Torrevieja, y del DR. JACOBO CABAÑAS, secretario-tesorero de SEOQ y cirujano del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Ramón y Cajal.



A lo largo de los últimos años, el progreso de la Oncología Quirúrgica ha conseguido hacer abordable al tratamiento situaciones tradicionalmente consideradas incurables. Con el apoyo de los avances técnicos, el criterio del oncólogo quirúrgico sigue siendo fundamental a la hora de ponderar los beneficios y riesgos de una intervención sobre la calidad de vida del paciente.

EN EL AÑO 440 A. C. un esclavo le practicó a Atosa, una reina persa con un tumor en el pecho, la primera mastectomía de la historia; eso sí, con una espada y cortando el pecho entero. Esta anécdota, que se narra en el libro *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*¹ supone el primer caso en el que se tuvo constancia del uso de la cirugía para el tratamiento del cáncer.

Más allá de este episodio, hasta principios del siglo XX la cirugía se utilizaba sobre todo para tratar el cáncer en situaciones muy avanzadas y no tanto con intención curativa. Uno de los primeros impulsores de la cirugía curativa fue el cirujano estadounidense William Halsted (1852-1922), quien ideó la mastectomía radical. Desde entonces, esta técnica se ha convertido en imprescindible en el abordaje terapéutico del cáncer.

¹Obra de Siddhartha Mukherjee, editorial Taurus, 2012.

Durante mucho tiempo, prevaleció la idea de que la única forma de evitar que el cáncer regresara era extirpar el tumor y todo el tejido que lo rodeaba: aún no se conocía el concepto de metástasis a distancia. Con el paso del tiempo, se confirmó que un tumor sólido raramente puede curarse si no es posible extirparlo quirúrgicamente, aunque se han desarrollado otras técnicas –como la quimioterapia, la radioterapia o la hormonoterapia– que han resultado básicas en el tratamiento con intención curativa del cáncer. Aplicadas antes, después o simultáneamente a la cirugía, el abordaje integral ha supuesto la auténtica revolución en el tratamiento oncológico.

Los principales objetivos y obstáculos del oncólogo quirúrgico

Tres son los principales objetivos que tiene el oncólogo quirúrgico a la hora de curar el cáncer. El primero es **obtener márgenes quirúrgicos libres de tumor**. A la hora de extirpar un cáncer, el cirujano se ha de asegurar de que no existen células tumorales alrededor del tumor.

Realizar una correcta linfadenectomía, es decir, **extirpar toda la zona de drenaje linfático del tumor** constituye también uno de los objetivos principales del oncólogo quirúrgico. La detección de tumores en estadios iniciales puede hacer innecesario este paso o al menos poder intentar un abordaje más conservador, como la biopsia del ganglio centinela. Algunos tumores, como los sarcomas, raramente diseminan por vía linfática y en estos se suele obviar la linfadenectomía

Por último, es importante **intentar preservar la funcionalidad del paciente**. De los tres objetivos, este se puede plantear sacrificarlo, siempre en beneficio del paciente.

En su labor, el oncólogo quirúrgico se enfrenta con obstáculos importantes. En un primer grupo se encuentran los llamados **criterios de irsecabilidad**: aquellas circunstancias en las que el sacrificio que supone una operación es excesivo o incompatible con la vida. Por ejemplo, cuando el tumor se cruza con grandes arterias o venas que no se pueden sustituir o cuando infiltra estructuras vitales.

Añadida a esta dificultad, el cirujano del cáncer afronta también situaciones en las que el esfuerzo –tanto el del profesional como el que supone una operación para un paciente– no compensa. Es decir, **cuando por operar al enfermo no se le va a poder curar ni ofrecer un estado de salud mejor** que el que tiene antes de la cirugía. Un buen oncólogo quirúrgico ha de saber dónde está el límite y si el esfuerzo merece la pena, siempre con vistas a lograr una supervivencia prolongada con calidad de vida.

*Un buen oncólogo
quirúrgico ha de
saber dónde está el
límite y si el
esfuerzo merece la
pena, siempre con
vistas a lograr una
supervivencia
prolongada con
calidad de vida*

Avances con dificultades

Sin duda, la Oncología Quirúrgica ha avanzado sustancialmente a lo largo del último siglo, pero como en el resto de la actividad científica, el progreso no siempre ha sido lineal. A veces no se ha seguido un camino definido y el método de ensayo y error ha determinado el cambio de muchos protocolos quirúrgicos. Un claro ejemplo lo representa la tendencia a utilizar o no cirugía agresiva que ha ido variando de distinta forma según los distintos tipos de tumores.

En el cáncer de mama, por ejemplo, cincuenta años después de que el Dr. Halsted inventara la mastectomía radical, una cirugía claramente agresiva, se evolucionó hacia operaciones aún más traumáticas para la paciente. La llamada operación de Urban, ideada por el también estadounidense Jerome Urban (1914-1991), consistía en una mastectomía radical ampliada con toracotomía esternocostal del mediastino anterior o, en otras palabras, seccionar las costillas para extirpar los ganglios que están al otro lado. Desde entonces, se ha disminuido paulatinamente la radicalidad de la operación, que ha seguido una escala decreciente, hasta la tendencia actual: conservar el máximo tejido posible y, si es posible, evitar incluso la extracción de los ganglios linfáticos.

La oncología quirúrgica ha convertido situaciones que solían considerarse incurables en aptas para recibir tratamientos con intención curativa.

No ha sucedido así en otros tipos de tumores, como el de páncreas, donde ha ocurrido lo opuesto y se ha pasado de extirpar solo la cabeza del páncreas a intentar ser cada vez más agresivos. La cirugía ya no se considera contraindicada en tumores grandes o en aquellos que afectan a grandes vasos sanguíneos, aunque siempre se prioriza la seguridad del paciente.

En cualquier caso, la tendencia actual es a la integración, a hacer lo necesario para acabar con un cáncer contando con todos los medios disponibles que, sin desmerecer el papel de la cirugía, la hagan aún más eficaz. En este sentido, existen abordajes terapéuticos en los que el papel del cirujano en combinación con otro especialista es imprescindible, como el caso de la radioterapia intraoperativa, una técnica que de momento solo se practica en algunos centros españoles.

Se opta por ella cuando **el cirujano piensa que no va a conseguir dejar suficiente margen libre de células tumorales**, porque el tumor está cercano a estructuras no resecables. Consiste en aplicar radioterapia en altas dosis en el campo quirúrgico, allí donde el cirujano cree que ha sido menos radical.

De lo incurable a lo abordable

Aunque la oncología quirúrgica ha experimentado numerosos avances en los últimos años, ha convertido situaciones que solían considerarse incurables en aptas para recibir tratamiento con intención curativa. Dos ejemplos evidentes en este campo son el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal y el de las metástasis hepáticas.

La carcinomatosis peritoneal –para cuyo estudio la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica cuenta con un grupo específico, el [Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal \(GECOP\)](#)– es la diseminación del tumor en la cavidad peritoneal. Esta situación se consideraba tradicionalmente definitiva de un estado terminal del paciente, que determinaba su derivación a tratamiento paliativo y no curativo. Sin embargo, en 1981 el cirujano estadounidense Paul H. Sugarbaker, desafiando esta ortodoxia oncológica, consideró esta situación como susceptible de ser curada. Para ello definió un nuevo esquema terapéutico que lleva su nombre (*protocolo de Sugarbaker*) y que consiste en la perfusión de quimioterapia intraperitoneal al mismo tiempo que se lleva a cabo la cirugía. La aplicación de la quimioterapia se intensifica al situar la zona en una situación de hipertermia, a 43 grados de temperatura.

Se pueden conseguir supervivencias muy prolongadas con buena calidad de vida en el 25% o 30% de los pacientes con metástasis hepáticas

Hoy por hoy, se trata de un protocolo afianzado y se considera como un abordaje esperanzador para pacientes tradicionalmente desahuciados, un segmento de la población al que la oncología solía ofrecer únicamente un tratamiento paliativo y de soporte. Sin embargo, este procedimiento no se puede llevar a cabo en todos los pacientes; el cirujano ha de conocer los efectos de la quimioterapia y tomar la decisión consultando con un oncólogo médico.

Otra situación que se consideraba terminal y a la que los avances en oncología quirúrgica han conseguido dar la vuelta son las metástasis hepáticas. Los profesionales han demostrado que se pueden conseguir supervivencias muy prolongadas con buena calidad de vida en un porcentaje (entre un 25 y un 30 por ciento) de los pacientes con metástasis hepáticas, tras extirparlas quirúrgicamente, un procedimiento que incluso puede repetirse con éxito.

Una especialidad en permanente evolución

En la oncología quirúrgica se han acogido con reticencias iniciales avances que se han implantado más rápido en la cirugía general. Así ocurrió con la cirugía mínimamente invasiva, cuyo uso preocupó en sus inicios por la posible diseminación de células tumorales que podría implicar. Pero ensayos clínicos aleatorizados realizados a finales

de la década de 1990 y principios de la de 2000 demostraron la equivalencia en resultados oncológicos a la cirugía tradicional o abierta. En la actualidad, la cirugía mínimamente invasiva es la técnica de elección para la cirugía de cáncer colorrectal y se ofrece en otros muchos tumores, aunque no en todos los servicios quirúrgicos españoles. En el caso de la cirugía a través de los orificios naturales, denominada por sus siglas inglesas NOTES, su uso en oncología quirúrgica no ha terminado de despegar por el tamaño de los propios orificios y la necesidad de extirpar tumores de mayor talla.

Otros logros tecnológicos, como los robots de asistencia quirúrgica Da Vinci, están aún en fase inicial en su aplicación en cirugía del cáncer. Sin embargo, algunos estudios ya publicados y otros en marcha parecen demostrar una equivalencia en resultados a la cirugía abierta e incluso una tendencia a la mejoría en determinados casos, sobre todo en los que se refiere a la conservación de la funcionalidad del paciente en casos como el cáncer de próstata, en los que se preservaría más la potencia sexual y la continencia urinaria de los pacientes. Se trata, eso sí, de equipos cuyo coste es aún elevado y por lo tanto no accesible a todos los centros hospitalarios, aunque ofrecen la ventaja de una curva de aprendizaje mucho más corta para el cirujano, según reconocen los propios profesionales.

La oncología quirúrgica es un campo en permanente evolución, cuyo papel en la curación del cáncer resulta indiscutible, aunque cada vez sea mayor su integración con otras opciones terapéuticas.
