



QUIRÓNSALUD



En 10 preguntas

Dres. Diego Martínez-Acitores y Rafael Uribarrena

Especialista y jefe del Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Quirónsalud Zaragoza

«Los síntomas del cáncer de colon y de recto no son los mismos»

Belén Tobalina. MADRID

1. El Hospital Universitario Quirónsalud Zaragoza ha realizado con éxito el primer caso de disección submucosa endoscópica (DSE) en la sanidad privada aragonesa para tratar una neoplasia rectal temprana. ¿En qué consiste esta técnica?

Dr. Diego Martínez-Acitores (D. M.): La DSE es una técnica endoscópica avanzada utilizada en el tratamiento de las neoplasias gastrointestinales precoces; es decir, lesiones neoplásicas o preneoplásicas que infiltran únicamente las capas más superficiales del tubo digestivo. Es aplicable al recto, pero también a otros órganos como esófago, estómago y colon. Consiste en la inyección de una mezcla de sustancias en la capa submucosa con la finalidad de crear un espacio submucoso virtual (separando así la capa mucosa de la muscular), para posteriormente realizar un corte circunferencial y extirpación completa de la lesión con un elec-

trodo mediante disección de la capa submucosa.

2. ¿Qué ventajas tiene?

D. M.: La DSE permite la extirpación mediante endoscopia de lesiones en bloque (una sola pieza), independientemente de su tamaño y con márgenes libres de tumor (resección R0). Asimismo, permite una disminución en la morbimortalidad de estos pacientes y una menor estancia hospitalaria.

3. ¿Esta técnica permite la preservación del órgano afectado en mayor medida que la cirugía quirúrgica tradicional?

D. M.: El tratamiento quirúrgico de estas lesiones en estadios precoces consiste en la resección local del segmento afectado y creación de una anastomosis quirúrgica. La DSE ofrece la gran ventaja de la preservación del órgano, dado que únicamente se hace una resección de la capa mucosa y submucosa superficial, no realizando una resección de pared completa, y por tanto, no siendo necesaria la crea-

ción de una anastomosis, con claros beneficios en términos de morbilidad y calidad de vida para el paciente.

4. El cáncer de recto requiere terapias combinadas antes de la cirugía, a diferencia del de colon. ¿En este caso fue así? Y, en general, ¿esta técnica basta o en caso de cáncer de recto es mejor antes dar quimio o radioterapia al paciente?

D. M.: Está técnica únicamente es aplicable a las neoplasias del tubo digestivo en estadio inicial, es decir, que afectan a las capas más

superficiales y, por tanto, con mínima o nula posibilidad de diseminación ganglionar. Por tanto, previo a la realización de la DSE no es necesario administrar neoadyuvancia con quimio/radioterapia.

5. Aunque siempre se suele hablar de cáncer colorrectal no es lo mismo. ¿Los síntomas son los mismos?

Dr. Rafael Uribarrena (R. U.): No. El cáncer de colon suele producir síntomas como anemia ferropénica, alteración del ritmo intestinal, síndrome constitucional y, de forma poco frecuente, obstrucción aguda del colon. El cáncer del recto suele presentarse en forma de tenesmo rectal (sensación de defecación incompleta) o rectorragia (sangrado en la deposición).

6. La frecuencia del cáncer de colon es mayor que la del cáncer de recto por suponer una mayor área. ¿Cuánto más frecuente?

R. U.: El colon engloba cinco segmentos (ciego, colon ascendente, colon transversal, colon descen-

dente y sigma). La incidencia estimada de cáncer de colon para 2025 según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) fue algo más del doble que la del cáncer de recto. Según las estadísticas de 2026 de la American Cancer Society, el cáncer de recto supone el 32% del total de los cánceres colorrectales.

7. ¿Supervivencia en cáncer de recto frente al de colon?

R. U.: La supervivencia del cáncer del recto de forma global es ligeramente inferior a la del cáncer de colon, debido a su carácter más agresivo y a la complejidad de su tratamiento quirúrgico por su ubicación anatómica.

8. ¿Qué porcentaje de curación hay en el caso de cáncer de recto si se detecta en fases tempranas, y si no?

R. U.: La instauración del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal ha permitido el diagnóstico de este tipo de tumores de forma más precoz. En los casos de diagnóstico en estadio inicial, es decir, aquellos que afectan exclusivamente a las capas más superficiales del tubo digestivo, el tratamiento endoscópico o quirúrgico suele tener carácter curativo. En los casos más avanzados, la supervivencia es menor, requiriendo en la mayoría de los casos tratamientos adicionales con quimio/radioterapia. La supervivencia global a los cinco años en fases precoces (estadio I) está en torno al 90% y en fases más avanzadas (estadio IV) es del 16%.

9. ¿Qué porcentaje de cánceres de recto se detectan en fases tempranas, intermedias e IV?

R. U.: Aproximadamente un 30-35% de los tumores rectales se detectan en estadio localizado. Un 40% aproximadamente son diagnosticados en estadios intermedios, en los que existe diseminación local/regional, y en un 20-25% de los casos existe diseminación a distancia en otros órganos.

10. ¿Cuántos años tarda en desarrollarse el cáncer de recto de media?

R. U.: El cáncer de recto (adenocarcinoma) en la población general habitualmente se desarrolla sobre una lesión preneoplásica denominada adenoma. A medida que pasan los años, se producen una serie de cambios histológicos en este adenoma, dando lugar a cambios displásicos y por último, adenocarcinoma. El tiempo de desarrollo de este tipo de tumor es muy variable entre individuos, siendo habitualmente de al menos 10-15 años.



El de recto suele desarrollarse en 10-15 años, pero solo un 30% se detecta en estadio localizado»