

¿Qué es el cáncer neuroendocrino de recto?

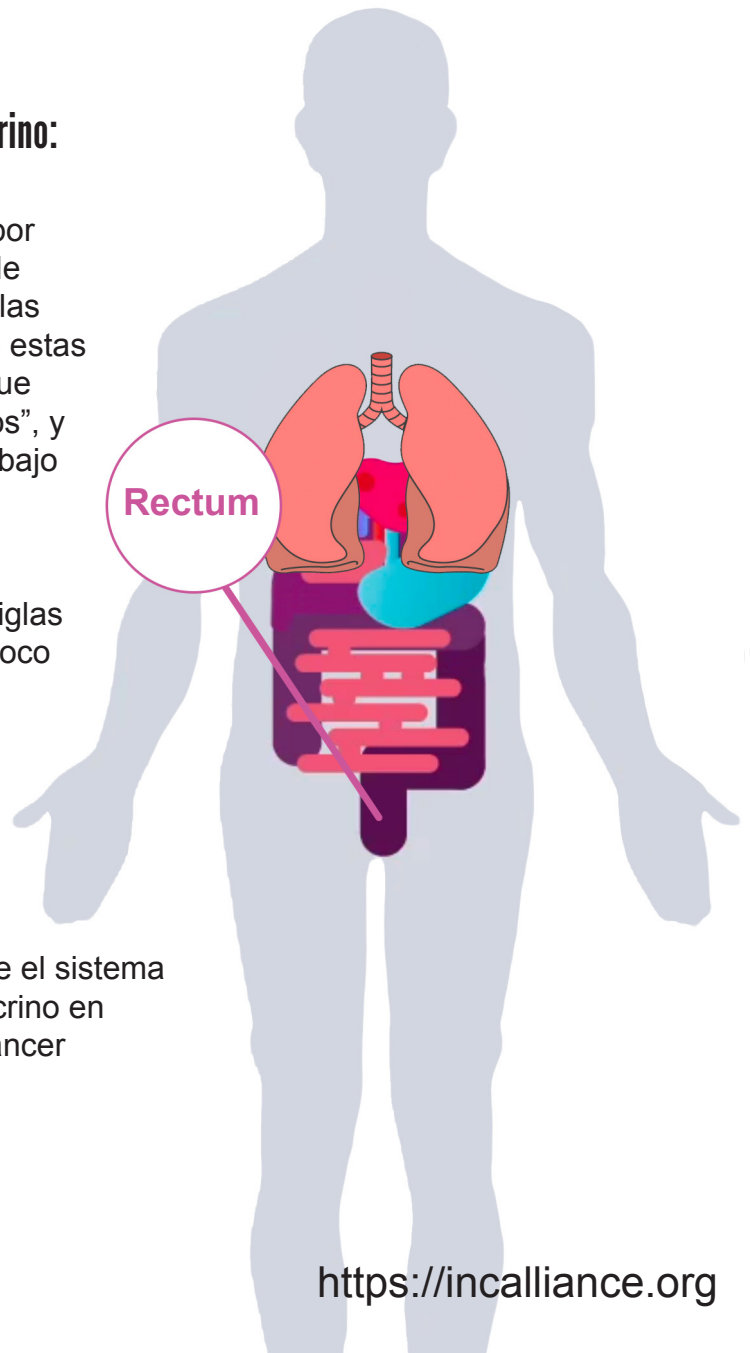
El recto es la parte final del intestino grueso que conecta el colon con el ano. Almacena los desechos producidos en el colon hasta que el cuerpo está listo para eliminarlos mediante el proceso de defecación (lo que se conoce como hacer caca). Es un tubo muscular hueco de unos 10-15 cm (4-6 pulgadas) de largo y 6 cm (2,5 pulgadas) de diámetro en su punto más ancho.

Aunque los cánceres neuroendocrinos de recto son uno de los cánceres neuroendocrinos diagnosticados con mayor frecuencia (en parte a través de las investigaciones de detección del cáncer de colon), se encuentran entre los cánceres colorrectales menos comunes (<2 %).

Existen dos tipos de cáncer neuroendocrino:

- 1** El tumor neuroendocrino (NET, por sus siglas en inglés) es un tipo de cáncer que se origina dentro de las células neuroendocrinas cuando estas presentan cambios anormales que se denominan “bien diferenciados”, y posee un patrón de crecimiento bajo a moderado.
- 2** En relación con el carcinoma neuroendocrino (NEC, por sus siglas en inglés), estos cambios son “poco diferenciados”, y suele haber un crecimiento rápido.

Puede encontrar más información sobre el sistema neuroendocrino y el cáncer neuroendocrino en nuestra hoja informativa “¿Qué es el cáncer neuroendocrino?”.



Síntomas y síndromes neuroendocrinos asociados

En un síndrome se manifiestan dos o más síntomas relacionados a la vez, lo que a menudo sugiere una enfermedad o afección en particular.

Los síntomas de cáncer neuroendocrino de recto pueden incluir los siguientes:

- Sangrado por el recto (rectorragia).
- Picazón y dolor alrededor del recto o del ano.
- Pequeños bultos alrededor del ano.
- Secreción de mucosidad del ano.
- Pérdida del control intestinal (incontinencia intestinal).
- Estreñimiento.
- Sensación de que el recto no se vacía por completo o tenesmo, una sensación de necesidad continua o recurrente de defecar o liberar el intestino.
- Debilidad o fatiga.
- Pérdida de peso inexplicable.

Sin embargo, muchas personas no experimentan síntomas en absoluto durante las primeras etapas de la enfermedad, y el diagnóstico en una etapa temprana suele ser un hallazgo incidental durante chequeos.

El cáncer neuroendocrino de recto rara vez se asocia con un síndrome neuroendocrino relacionado.

Causas y factores de riesgo del cáncer neuroendocrino de recto

No sabemos con exactitud qué produce el cáncer neuroendocrino; no obstante, es importante seguir los consejos para llevar un estilo de vida saludable, como comer sano, hacer ejercicio, no fumar y evitar consumir demasiado alcohol.

La mayoría de los cánceres neuroendocrinos no son hereditarios, pero la suma de afecciones poco frecuentes puede aumentar el riesgo. Por lo tanto, si otros miembros de su familia han sido diagnosticados con un cáncer particular (sobre todo a los 50 años de edad o menos) o una afección genética relacionada con el cáncer, es importante que le informe a su equipo de especialistas no solo sobre sus antecedentes médicos, sino también sobre cualquier enfermedad o afección médica familiar.

Los dos síndromes de cáncer colorrectal heredados más frecuentes son el síndrome de Lynch [cáncer colorrectal hereditario no polipósico (HNPCC, por sus siglas en inglés)] y la poliposis adenomatosa familiar (FAP, por sus siglas en inglés).

Si bien no hay un vínculo causal identificado con el cáncer neuroendocrino de recto, si existen antecedentes familiares de HNPCC o FAP, es importante que su equipo de especialistas lo sepa, ya que puede ayudar a determinar un plan de atención continuo.

Pruebas comunes que pueden o no usarse para llegar al diagnóstico

Sangre u orina:

Hemograma completo
(B12 + hierro en suero)
Función hepática y renal
Bioquímica:
Cromogranina A (y B)
5-HIAA en orina
Antígeno carcinoembrionario (CEA)
β-hCG

Exámenes e investigaciones adicionales:

Ultrasonido endoanal
Sigmoidoscopia/colonoscopia/biopsia
IRM de la pelvis
TC de contraste: tórax/abdomen/pelvis
TEP con receptor de somatostatina (TCEFU/TC de GRS, si la TEP con dotatato no está disponible)
TEP-FDG, si es una enfermedad de alto grado o de progresión rápida.

Patología (lo que se puede ver a través de pruebas especiales bajo un microscopio):

Diferenciación y morfología celular
Sinaptofisina
Cromogranina
Ki67
Inmunoquímica adicional, según sea necesario para ayudar a hacer el diagnóstico.

Tratamiento

Existe un acuerdo de consenso mundial de que todos los pacientes con cáncer neuroendocrino deben ser revisados por un equipo multidisciplinar especialista en cáncer neuroendocrino para garantizar la mejor atención.

El objetivo clave del tratamiento, por lo tanto, debe ser ayudarlo a tener la mejor calidad de vida posible, garantizando el acceso al tratamiento adecuado y el control de los síntomas, y abordando lo que sea más importante para usted.

Se pueden sugerir uno o más de los siguientes enfoques:

- Monitoreo o vigilancia
- Extracción del NET/NEC en forma parcial o total
- Control de su enfermedad, retrasando o deteniendo el crecimiento del NET/NEC
- Cuidados paliativos o alivio de los síntomas

Las opciones de tratamiento dependerán del tipo (clasificación, funcionalidad, etc.), de la ubicación y de la carga tumoral del cáncer neuroendocrino, si se ha diseminado y hacia dónde.

También dependerá de si tiene algún otro problema de salud o enfermedad, y de su salud y estado físico en general.

Una parte importante de la reunión con sus médicos, o con su equipo o enfermera especializada, es asegurarse de obtener la información que necesita para comprender lo que se está analizando, para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.

Es posible que haya diferencias en el acceso a los tratamientos disponibles dependiendo del país.

Las opciones de tratamiento pueden incluir las siguientes:

Surveillance Vigilancia para evaluar la eficacia del tratamiento o en los períodos entre tratamientos (los cuales pueden ser meses o años). Sin embargo, no todas las personas necesitan estar en tratamiento; la vigilancia se puede usar para evaluar el cáncer y su salud general y detectar signos de cambios que puedan indicar que podría ser necesario considerar un tratamiento. Todos los tratamientos tienen posibles efectos secundarios, por lo que es importante saber cuándo el tratamiento puede ser útil para usted o no.

Cirugía – para hacer un bypass, o para extirpar parcial o totalmente el cáncer neuroendocrino primario y los sitios secundarios de la enfermedad (metástasis). En algunos procedimientos quirúrgicos para extirpar el cáncer neuroendocrino de recto puede ser necesario crear una abertura temporal o permanente llamada estoma.

Esto se logra al sacar parte del colon (intestino grueso) hacia la superficie del abdomen para formar un estoma (una abertura), el cual puede ser temporal o permanente, según la cantidad de intestino que se extraiga, la cantidad que quede en su organismo y las condiciones en las que se encuentre el intestino restante. Los desechos salen por el estoma y se recogen en una bolsa externa (conocida como “bolsa de colostomía”). Si el estoma es temporal, es posible que tenga que someterse a cirugía nuevamente más adelante para volver a unir el intestino y cerrarlo. Esto se denomina “reversión de colostomía”.

Sin embargo, muchos cánceres de recto se desarrollan dentro de pólipos en lugar de tumores grandes y, para este caso, existen técnicas menos invasivas que la cirugía para implementar en el tratamiento.

Un pólipo es un grupo de células pequeñas que se desarrolla de dos maneras:

- Pedunculated polyps hang from a short stalk.
- Sessile polyps are flat and they grow directly out of the surrounding tissue.

Si el cáncer neuroendocrino se desarrolla dentro de un pólipo, es posible que lo puedan extirpar mediante endoscopia:

Polipectomía: los pólipos se extirpan durante la endoscopia con pinzas calientes o frías o un lazo.

Diseción de mucosas/submucosas: se introduce un endoscopio en el sitio del pólipo. Con una aguja pequeña, se inyecta un líquido por debajo para levantar el pólipo y crear un campo seguro para extirparlo con un lazo o un bisturí quirúrgico pequeño. Luego, se cauteriza el área (para detener la hemorragia).

Se pueden usar **análogos de somatostatina (ASS)** u otros fármacos para ayudar a regular la secreción de hormonas intestinales, en caso de que haya una producción elevada. También se pueden usar para reducir aún más la tasa de crecimiento en el cáncer neuroendocrino de grado bajo a moderado (NET), ya sean “funcionantes” o no.

La **quimioterapia** se puede administrar por vía oral (en comprimidos) o intravenosa (a través de una vena) para retrasar el crecimiento del tumor o tratar de reducir su tamaño. Esta puede ser la terapia de primera línea para enfermedades de alto grado, es decir, carcinomas neuroendocrinos poco diferenciados o carcinomas de células pequeñas (NEC).

La quimioterapia también se puede usar para aumentar la sensibilidad de las células tumorales a las radioterapias.

Las **terapias moleculares dirigidas** se pueden administrar por vía oral (en comprimidos) o intravenosa (a través de una vena) para retrasar el crecimiento del tumor o tratar de reducir su tamaño.

La **radioterapia** se puede administrar junto con la quimioterapia, después de la cirugía o como tratamiento único para ayudar a destruir células cancerosas o tratar los síntomas de metástasis en los huesos.

La **terapia con péptidos marcados por radionúclidos (PRRT)**, que también se conoce como terapia con radioligandos, utiliza radiación dirigida para tratar las células de cáncer neuroendocrino. Se puede utilizar en algunos pacientes cuyo resultado en un scan con receptores de somatostatina ha sido positivo.

La **radiología intervencionista** puede realizarse a través de técnicas como la embolización o la ablación para tratar el cáncer neuroendocrino que se ha propagado a otros sitios, como el hígado o un pulmón.

Ensayo clínico: la investigación clínica y el desarrollo seguro de nuevos tratamientos es esencial para brindar la mejor atención a las personas con cáncer neuroendocrino. Necesitamos saber que los tratamientos no solo funcionan, sino que funcionan de manera segura. Hay varias fases de la terapia de ensayo: puede encontrar más información en nuestra hoja informativa "Ensayos clínicos".

La participación en un ensayo es voluntaria.

Seguimiento

Existen pautas acordadas por expertos con respecto a cómo y cuándo debe realizarse el seguimiento. Sin embargo, en la práctica esto varía y, a menudo, por una buena razón: el seguimiento debe estar informado por expertos y basado en evidencia o investigación, pero también adaptado a usted y a lo que sea adecuado para su mejor atención.

Recursos

- **International Neuroendocrine Cancer Alliance (INCA)**
www.incalliance.org
- **The Carcinoid Cancer Foundation**
www.carcinoid.org
- **Neuroendocrine Tumor Research Foundation**
www.netrf.org
- **Neuroendocrine Cancer UK**
www.neuroendocrinecancer.org.uk
- **Neuroendocrine Cancer Australia**
<https://neuroendocrine.org.au>
- **Canadian Neuroendocrine Tumour Society (CNETS)**
<https://cnets.ca>

Para obtener una lista completa de los miembros de INCA, visite a:
<https://incalliance.org/full-members/>

Para personas con estoma: puede encontrar más información y ayuda a través de la asociación European Ostomy Association en
<https://ostomyeurope.org>

- ✉ post@incalliance.org
- 🐦 twitter.com/netcancerday
- 📘 facebook.com/netcancerday
- 📷 instagram.com/netcancerday