**00:02** El programa "Los Cánceres" es presentado por el Dr. Bill Evans y traído a usted por el programa de asistencia contra el cáncer, ayuda cuando realmente la necesita.

**00:12** Bill, este mes nos estamos enfocando en el cáncer de colon. ¿Puedes darnos algunos antecedentes? ¿Qué tan común es el cáncer de colon?

**00:18** Bueno, Shauna, hemos estado cubriendo en nuestra serie todos los cánceres más importantes. Empezamos con el cáncer de pulmón, hicimos cáncer de próstata, cáncer de mama el mes pasado y hoy cáncer de colon. Cada uno de ellos afecta a aproximadamente 25,000 canadienses cada año. Y los cuatro juntos representan el 50% de todos los cánceres. Entonces, es un cáncer común. Es un cáncer importante. Pero un mensaje importante para llevarse de este programa, que estoy seguro escucharemos de nuestros invitados, es que si lo encuentras temprano, la probabilidad de ser curado es realmente muy buena. Así que es importante prestar atención a la función de su intestino. Y estoy seguro que escucharemos de parte del Dr. Simonov, quien vendrá después, sobre la importancia de estar consciente de su cuerpo, de cómo funciona su intestino, cómo se siente, qué está haciendo su apetito y si hay sangre en sus movimientos intestinales. Y todas esas cosas deberían llevarlo a su médico de familia y, según sea apropiado, a investigaciones adicionales de las que hablaremos. Pero si se encuentra temprano, este es un cáncer curable. Si no se encuentra temprano, entonces hay cada vez más cosas buenas que se pueden hacer para ayudarlo y asistirlo, incluso para mejorar sus posibilidades de supervivencia después de una cirugía. A menudo hablamos de los factores de riesgo para estos cánceres. Y, de nuevo, como muchos de los otros cánceres en la serie que son tan comunes, el mayor factor de riesgo es en realidad su edad. El 90% del cáncer de colon ocurre después de los 50 años. Y algunos otros factores de riesgo que no puedes controlar realmente son tu constitución genética en una de dos formas: si tienes un pariente de primer grado, por lo que si tu madre, padre, hermanos o hijos han tenido cáncer de colon, entonces estás en mayor riesgo. Pero también hay algunas enfermedades genéticamente determinadas, afortunadamente muy raras, con grandes nombres como poliposis adenomatosa familiar, donde las personas obtienen literalmente cientos, si no miles de pólipos en su colon desde el comienzo hasta el final. Y cualquiera de esos puede convertirse en cáncer. Y luego hay otro síndrome llamado síndrome de Lynch, donde, nuevamente, es una anormalidad genética que predispone al cáncer pero sin pólipo precursor. Y por razones que no se entienden bien, los afroamericanos tienen mayor riesgo de cáncer de colon. Y estamos viendo algunos cambios en nuestra gente de las Primeras Naciones; solían tener una baja incidencia de cáncer colorrectal, pero en varias décadas recientes estamos viendo una incidencia cada vez mayor. Y probablemente tenga que ver con la adopción de una dieta más al estilo canadiense, americana y europea. Lo mismo se ha observado con los japoneses que han emigrado de Japón a Hawái a los Estados Unidos y lo que ves es una baja incidencia de cáncer colorrectal en Japón, un nivel intermedio de cáncer de colon para aquellos que han vivido en Hawái por un período de tiempo. Y si has vivido en los Estados Unidos y tus raíces son japonesas pero has vivido allí toda tu vida, tienes una incidencia similar a otros estadounidenses. Así que presumiblemente tiene mucho que ver con tu entorno y más particularmente con tu ingesta dietética. Hay un par de otras cosas de las que las personas deben ser conscientes. Una de ellas es que la inactividad probablemente aumenta tu riesgo y ciertamente hacer ejercicio y mantener tu función intestinal regular, como dicen los británicos, una constitucional matutina, así que sal a caminar y haz que el intestino se mueva parece ser algo útil de hacer. Y también hemos llegado a ser conscientes de que fumar aumenta tu riesgo de cáncer de colon. Entonces, esas son un par de cosas que puedes controlar. No puedes controlar tu constitución genética ni tu edad. Pero puedes hacer algo en tu estilo de vida en términos de lo que comes, cuánta actividad tienes y qué toxinas pones en ti mismo.

**04:29** Tengo una pregunta rápida más antes de llegar al Dr. Sommer Novick y al Dr. John Gottman, que es oncólogo médico y tratará más con la quimioterapia en las últimas etapas del cáncer de colon un poco más adelante en el programa. ¿Hay otros factores de riesgo? Por ejemplo, mi madre tenía colitis ulcerosa y me dijeron que eso podría ser un factor de riesgo para mí.

**04:50** Sí, olvidé mencionar eso, pero la enfermedad inflamatoria intestinal, ya sea colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, ambas, si las tienes por un período prolongado de tiempo, como años o más, tu riesgo de cáncer de colon aumenta. Y, por supuesto, la gestión también es más complicada porque ya tienen síntomas intestinales y discernir diferentes síntomas que podrían ser indicativos de cáncer colorrectal es un desafío. Y pueden haber tenido múltiples cirugías incluso para cualquiera de esas enfermedades inflamatorias del intestino. Así que, de nuevo, es complicado y las personas con esas enfermedades particulares necesitan ser conscientes de que hay algún riesgo y los médicos necesitan monitorearlos cuidadosamente.

**05:33** Vamos a tomar un breve descanso en AM 900 CHML. Cuando regresemos, hablaremos con el Dr. Marco Seminovick, que es cirujano de cáncer colorrectal en el hospital Juravinski y un poco más tarde con el Dr. John Goff, un oncólogo médico especializado en terapia sistémica de cáncer colorrectal. Eso está por venir en AM 900 CHML.

**05:52** Estás escuchando el programa de asistencia contra el cáncer con el Dr. Bill Evans y la presentadora Shauna Thompson en AM 900 CHML.

**05:59** Estás escuchando el programa de asistencia contra el cáncer en AM 900 CHML, que es traído a usted por el programa de asistencia contra el cáncer. Soy Shauna Thompson aquí con el Dr. Bill Evans. Y estamos tomando un enfoque especial este mes en el cáncer de colon. Ahora nos acompaña el Dr. Marco Simone Novick, un cirujano colorrectal del hospital Juravinski. Y bienvenido, Marco,

**06:17** y gracias por venir esta mañana. Ahora estamos hablando sobre el cáncer de colon y el cáncer rectal. Y estoy seguro de que hay muchas personas que saben dónde está el colon, pero algunas que no. Así que tal vez comencemos con lo básico de describir dónde está el colon dentro de su cuerpo y qué hay allí.

**06:36** Gracias por la invitación, Shauna y Bill, es un momento muy interesante para estar en este campo. Y con suerte, podemos cubrir algunas de las áreas que creo pueden interesar a sus oyentes. Todos saben dónde está su caja torácica, todos saben dónde está la pelvis ósea y entre ellos está el abdomen, y ahí es donde se encuentra el colon. Y al final del colon está el recto, que mide aproximadamente un pie y medio a dos pies. Cuando comes, la comida va a tu estómago, luego al intestino delgado, donde se absorben todos los nutrientes. Y luego todo se deposita en el colon. Y el colon es una especie de gran "C" invertida en tu abdomen. Y básicamente, todo lo que hace el colon es absorber agua. Y el resultado final es heces que se entregan al recto. Hay algunos pequeños electrolitos que se absorben y excretan, pero en su mayor parte, el colon se trata de reabsorber agua para que no te deshidrates.

**07:29** Entonces, a medida que envejecemos, un factor de riesgo es el cáncer de colon, si no es un factor de riesgo. Podemos obtener cáncer de colon porque estamos envejeciendo. Y supongo que el 90% de todos los cánceres de colon ocurren después de los 50 años. ¿Qué esperaría una persona experimentar si estuviera desarrollando un cáncer de colon? ¿Cuáles serían los síntomas? Claro.

**07:49** Lo primero es que es bastante común, pero al mismo tiempo, solo alrededor del 5% de la población terminará teniendo algún tipo de cáncer de colon. Y eso puede ser un cáncer en una etapa muy temprana, muy curable, o en una etapa tardía. Entonces, no queremos asustar a todos y hacerles pensar que todos están obteniendo cáncer de colon. Pero es uno de los tipos más comunes de cáncer. Y tienes razón, a medida que envejeces, ese es quizás el factor de riesgo más importante para quién obtiene cáncer de colon. Hay algunos otros, pero son poco entendidos y podemos discutirlos. Pero los síntomas son lo más importante, como mencionaste, Bill. Y puede ser algo tan vago como un poco de dolor abdominal o una pérdida de peso. Y quieres describir esos a tu médico de familia. Pero los que realmente quieres llevar a la atención del médico de familia son cosas como el sangrado rectal. Así que si realmente ves sangre en tus heces, no asumas que son hemorroides o, sabes qué, tuve este problema hace un mes, puede ser muy grave y desapareció. Si tienes sangrado rectal, llévalo a la atención de tu médico de familia. El otro es un cambio en los hábitos intestinales. Entonces, si normalmente tienes heces sueltas y te vuelves más estreñido, o viceversa, estreñido y te vuelves más suelto, o si sientes incomodidad al tener movimientos intestinales, presiones, cualquier cambio en tus hábitos intestinales que sea consistente. Sabes, todos tenemos cambios de un día para otro. Pero si hay un cambio consistente en tus hábitos intestinales, llévalo a la atención de tu médico de familia y tu médico de familia puede hacer un gran trabajo para averiguar si esto es algo que requiere más investigación.

**09:21** Marco, cuando hablas de sangrado rectal, y he escuchado eso como una señal de advertencia en el pasado, pero ¿cuánto sangrado rectal estamos hablando? Un poco, supongo que si el inodoro tiene mucha sangre, debes ir a ver a tu médico rápidamente. Pero ¿hay cantidades más pequeñas de las que también deberías estar alerta?

**09:38** Lo que sugeriría es que realmente debes llevarlo a la atención de tu médico de familia. Y todos tenemos ocasionalmente hemorroides, es una realidad de la existencia. Y entonces tu médico de familia es quizás el mejor para decir sí, esto merece investigación. Un poco de sangre por un día o dos y luego nada durante años obviamente no es tan importante como alguien que consistentemente tiene incluso solo un poco de manchado en sus heces. Así que, de nuevo, si ves alguna sangre, llévalo a la atención de tu médico de familia y ellos están en la mejor posición para decidir si mereces más pruebas.

**10:15** Así que voy a ver a mi médico de familia. ¿Qué podría esperar que sean las investigaciones que él sugerirá que tenga? Bueno,

**10:22** lo que espero que el médico de familia haga es tomar una buena historia clínica y un examen físico y averiguar si hay otras cosas sucediendo. ¿Te has sentido mal, has perdido peso, disminución de energía? Y luego te harán un buen examen físico. Y una de las claves para eso es una buena palpación del abdomen buscando cualquier sorpresa y, con suerte, no hay ninguna. Y luego un buen examen rectal digital. Desafortunadamente, todavía no es tan común como hace 10 o 20 años, los médicos de familia no están haciendo exámenes rectales de rutina y envían a las personas para investigaciones sin esa primera prueba inicial. Y esa prueba a menudo puede encontrar cánceres que son muy bajos o puede encontrar evidencia de que hay mucho más sangrado en la parte inferior de lo que el paciente está admitiendo. Así que eso es lo que esperaría primero. Y luego las siguientes investigaciones probablemente serían una derivación a un cirujano o a un gastroenterólogo para una colonoscopia. Y eso es, no detectas a alguien que ya tiene evidencia de sangrado. Así que no hay ningún papel para la detección de pruebas de sangre oculta en heces, etc. Esa persona debe ser enviada a un gastroenterólogo o a un cirujano para una evaluación y colonoscopia.

**11:27** Y cuando hablamos de colonoscopia, tal vez podamos describir un poco más lo que implica y los desafíos de negociar alrededor de esa forma de C que acabas de describir del colon, la vuelta a la izquierda.

**11:40** Sabes, todo el concepto de detección tiene que ver. Entonces, la detección es para pacientes que no tienen signos o síntomas o problemas. Pero hay diferentes formas de detectar a los pacientes dependiendo del país. En Ontario, si tienes entre 50 y 74 años y no tienes signos o síntomas, pero digamos que estás programado para una endoscopia. Y solo para que la gente sepa, la gran mayoría de las personas pasan sin problemas, ni siquiera recuerdan que la tuvieron, a menudo están durmiendo. Pero todos conocen a alguien que tuvo una especie de historia de terror para explicar. Así que, en su mayoría, la peor parte es la preparación. Y beberás una solución antes de la cirugía o antes de la endoscopia y todo te será explicado. Y lo que eso hace es limpiar el intestino para que cuando se coloque un endoscopio o un tubo con una cámara al final, la cámara pueda ir hasta el final del colon, que generalmente mide alrededor de nueve pies de largo, y pueda ver todo el colon y hacer una buena inspección y buscar cosas como pólipos, cánceres u otras fuentes de sangrado como hemorroides. La diverticulitis son divertículos, que son pequeñas bolsas en el intestino, que también pueden ser una causa común de sangrado. Así que hay muchas razones por las que podrías tener sangre en tus heces que no tienen nada que ver con el cáncer o cosas como pólipos.

**12:54** Está bien, ¿puedo preguntar sobre los pólipos? Porque claro, he tenido dos colonoscopias ahora. Y encontraron pólipos en ambas ocasiones.

**13:01** Sí, bueno, tienes mucha suerte de que se encontraron como pólipos y no algo más serio como cáncer. Entonces, el pensamiento general, y de nuevo en medicina y ciencia, no tenemos todas las respuestas, pero generalmente pensamos que un pólipo, que es un crecimiento anormal pero no un cáncer, tarda alrededor de 10 años en convertirse en cáncer. Así que tienes un revestimiento mucoso normal del intestino. Y luego puedes obtener algunas células anormales y gradualmente crecer en un pólipo, un pólipo con células anormales y finalmente un pólipo con células anormales que penetran ciertas capas de la pared del intestino que lo convierten en un verdadero cáncer. Y creemos que tarda unos 10 años. Así que intuitivamente tiene sentido que si arrancas ese pólipo antes de que se convierta en cáncer, deberías poder prevenir cánceres. Así que, en cierto sentido, quiero decir, estoy seguro de que tienes pólipos, pero en cierto sentido es una buena noticia que los encontraste como pólipos y no como cánceres.

**13:55** Sí. Y también estoy en una rutina regular ahora para la detección cada cinco años, ¿verdad? Sí

**14:00** Eso es genial. Así que estamos hablando de detección. Volvamos a eso en términos de lo que se ofrece a nivel provincial como un programa de detección, no es tener una colonoscopia. Esa no es la norma de atención que se promueve como en el programa de detección provincial. En realidad, se trata de buscar sangre oculta utilizando una prueba particular y tal vez podrías describir esa prueba y sus pros y contras, si lo deseas.

**14:25** Claro. Entonces, diferentes jurisdicciones alrededor del mundo tienen diferentes políticas y, de hecho, Ontario es, sabes, una de las primeras áreas importantes, no la única en Canadá, en tener un programa de detección. Algunos aspectos de ese programa están claramente respaldados por evidencia y algunos no necesariamente, pero tienen sentido intuitivo. Así que la detección en Ontario es para pacientes que tienen entre 50 y 74 años. Y la prueba que usamos es algo llamado prueba de sangre oculta en heces, y haces como tres pruebas. Y el paciente debe tomar un pequeño hisopo de sus heces y untarlo en un pequeño disco de papel. Y puede ser un poco desconcertante para las personas hacer eso. Y tienen que hacerlo tres veces. Y tienen que evitar ciertas cosas como la vitamina C y la carne roja y tomar aspirina y AINEs. Entonces, puede ser bastante problemático. Pero es la columna vertebral del programa de detección en Ontario. Y también en Ontario, eres elegible para ir directamente a una colonoscopia si tienes un pariente de primer grado con cáncer, y un pariente de primer grado significa padres, hermanos, hermanas o tus hijos. Así que ese es el programa y haces una prueba de sangre oculta en heces cada dos años. Como dije, si tienes un pariente de primer grado, vas para una endoscopia. Y si tu prueba de sangre oculta en heces es positiva, debes ir para una colonoscopia. Y si vas para una endoscopia y tienes una endoscopia normal, no necesitas otra durante 10 años. Las cosas están cambiando en la provincia, estamos pasando de la prueba de sangre oculta en heces a algo llamado prueba FIT, que ha demostrado ser una prueba más efectiva. No solo es mucho más fácil de trabajar para los pacientes, sino que es más sensible y específica, lo que significa que detecta más cánceres. Ninguna prueba es perfecta. Entonces, la prueba de sangre oculta en heces detecta solo alrededor del 50% de los pacientes con cáncer, la prueba FIT detectará alrededor del 80% de los pacientes con cáncer. La prueba FIT es mucho más fácil también, es básicamente un hisopo de algodón que simplemente insertas en las heces mientras pueden estar sentadas en el receptáculo de tu elección. Y solo lo rompes y lo pones en el pequeño contenedor y lo envías por correo. Es solo una pequeña mancha y no hay necesidad de untar, no hay tres pruebas. Y lo más importante, no hay ajuste para los medicamentos o las cosas que estás comiendo, prueba una parte diferente de la molécula de sangre.

**16:55** No importa si has comido carnes rojas y has tenido exactamente pruebas de sangre que serían positivas en la prueba de sangre oculta en heces. Entonces en la prueba FIT, es ventajoso. Ahora en algunas partes del mundo están usando la sigmoidoscopia como una prueba de detección. Y eso no es estándar aquí, aunque hay practicantes de enfermería que fueron entrenados en esta ciudad para realizar esa detección. ¿Cómo ha progresado eso?

**17:19** Bueno, como sabes, Bill, hay muchas, muchas idiosincrasias en cualquier sistema de salud en cualquier parte del mundo. Sin bromear. Y eso es un poco de paradoja en que se ha demostrado que la sigmoidoscopia flexible es más efectiva para prevenir muertes por cáncer colorrectal que la prueba de sangre oculta en heces. Pero es una prueba más desafiante de organizar y básicamente ahora estás haciendo sigmoidoscopias flexibles en todos. Sabes, algunas de las literaturas sugieren que si usamos consistentemente la prueba de sangre oculta en heces durante un período de 10 años, solo alrededor del 10 al 25% de los pacientes terminarían con una colonoscopia. Bueno, esos números son mucho, mucho más altos si estás haciendo una sigmoidoscopia flexible en todos porque en el segundo en que ves un pólipo con una sigmoidoscopia flexible y los pólipos son bastante comunes, sabes, probablemente el 50% de las personas mayores de 60 años tienen un pólipo, terminas haciendo muchas, muchas más colonoscopias. Entonces hay ventajas y desventajas. Y creo que lo que me gustaría enfatizar es que no creo que tengamos la prueba de detección perfecta. Pero tenemos una prueba de detección bastante buena. Ahora FIT debería ser una mejora en eso. Pero al mismo tiempo, no confiemos en la detección para combatir el cáncer colorrectal, si tienes signos o síntomas, realmente tienes que llevarlo a la atención del médico de familia y proceder desde allí. Eso es realmente

**18:39** un mensaje clave que nos gustaría que todos nuestros oyentes escucharan y se llevaran. Ahora eres un cirujano. Entonces hablemos sobre el manejo quirúrgico del cáncer de colon primero y luego intentaremos encajar el manejo quirúrgico del cáncer rectal que ha sido diferente. E, cada vez más, estos procedimientos mínimamente invasivos se están utilizando en todo el mundo como una forma de operar el cáncer de colon, lo que encuentro asombroso porque cuando fui entrenado, era una operación abierta, lo cual tiene sentido porque puedes ver lo que estás haciendo y sentir cosas, y así sucesivamente. Y tal vez podrías describir como cirujano colorrectal los pros y los contras de estos dos enfoques diferentes, una operación abierta o una que se hace esencialmente a través de una serie de perforaciones en la pared abdominal y viendo en una pantalla de video mientras retiras la parte del colon en una bolsa de plástico.

**19:30** Bien. Entonces, un cirujano que realiza sus operaciones predominantemente por laparoscopia o un cirujano que las realiza predominantemente abiertas, todos estamos en la misma página en términos de cuáles son los elementos críticos de una operación de alta calidad. Y eso es una evaluación adecuada antes de la operación, entender exactamente dónde está el cáncer, cuán extenso es. Así que, ya sea que se haga por laparoscopia o abierta, es la misma operación exacta. La única diferencia es que la incisión en una operación abierta es obviamente, en promedio, más larga que cuando se hace por laparoscopia. Ha habido una serie de ensayos con cirugía laparoscópica de colon que sugieren que si la tienes hecha por laparoscopia, te quedas aproximadamente un día menos en el hospital. En promedio, usas menos medicamentos para el dolor y, obviamente, tu cicatriz es más pequeña. Pero sorprendentemente, realmente no hay muchas diferencias en términos de, bueno, no sorprendentemente, tal vez afortunadamente, no hay diferencias en las probabilidades de curación. Incluso cosas como el desarrollo de hernias después de la cirugía no hay diferencia, ya sea que se haga por laparoscopia o abierta. Hemos hecho algunas investigaciones en Ontario que sugieren que las ventajas a medida que los hospitales adoptan más y más cirugía laparoscópica realmente no reflejan lo que serían las ventajas propuestas por los ensayos aleatorizados. Porque quizás, sabes, la gran cosa que tenemos que esperar es que el intestino comience a moverse de nuevo. Ha habido ensayos aleatorizados con cirugía de cáncer rectal y esos son un poco más problemáticos. Esos ensayos sugieren que los resultados de la cirugía laparoscópica no son tan buenos como los resultados de la cirugía abierta para el cáncer rectal. Es bastante controvertido y estoy seguro de que si tuvieras a un cirujano que realizara predominantemente cirugía laparoscópica, no estaría de acuerdo conmigo. Pero diré que el líder estadounidense del principal ensayo que prueba la cirugía laparoscópica de cáncer rectal piensa que debería haber una moratoria en la cirugía laparoscópica de cáncer rectal y ha declarado públicamente que no cree que la cirugía de cáncer rectal deba hacerse por laparoscopia.

**21:31** Ahora nos estamos quedando sin tiempo, pero has tocado el tema del cáncer rectal. Y sé que eres un gran defensor de algo llamado resección mesorrectal total, ¿verdad?

**21:39** Claro, sí, ¿quieres describir eso un poco?

**21:41** Muy brevemente, en 30 segundos o menos. Ahora

**21:45** piensa en el recto como una salchicha en un pan de salchicha que está encajada en la parte trasera de tu pelvis y tu pelvis es como una taza de té. Así que, en esencia, la escisión mesorrectal total es solo asegurarse de que te mantienes fuera de ese pan de salchicha para remover la salchicha en el recto intacta en una sola pieza con la especie de la vaina del mesorrecto donde están todos los ganglios linfáticos intactos, para que esa sea la mejor manera de asegurar que el cáncer no regrese, ya sea en la pelvis o en otra parte del cuerpo.

**22:16** Y has estado promoviendo esta técnica en nuestra región y ayudando a todos los cirujanos colorrectales o cirujanos generales en nuestra comunidad en la LIN a realizar este tipo de cirugía de manera más efectiva.

**22:26** Tengo un gran interés de investigación en optimizar la cirugía de cáncer rectal a nivel de población, la escisión mesorrectal total es solo una pequeña parte de eso. Bueno, es

**22:36** terrífico. Me encanta el trabajo que haces en la mejora de la calidad de la cirugía de cáncer. Has sido un verdadero líder en esta comunidad y realmente quiero agradecerte por venir hoy y hablar sobre el cáncer colorrectal.

**22:47** Gracias por la oportunidad.

**22:48** Es absolutamente fascinante. Estás escuchando el programa de asistencia contra el cáncer en AM 900 CHML, traído a usted por el programa de asistencia contra el cáncer. Volveremos enseguida en AM 900 CHML.

**23:00** Tema sensible, conversación directa por delante. Este es el programa de asistencia contra el cáncer con el Dr. Bill Evans y la presentadora Shauna Thompson en AM 900 CHML.

**23:09** Estás escuchando el programa de asistencia contra el cáncer en AM 900 CHML. Es traído a usted por el programa de asistencia contra el cáncer. Soy Shauna Thompson y estoy aquí con el Dr. Bill Evans. Y tenemos un invitado especial, el Dr. John Goff, un oncólogo médico que se especializa en la terapia sistémica del cáncer colorrectal.

**23:27** Buenos días, John, gracias por venir. Es genial tenerte y siguiendo lo que el Dr. Seminovick estaba hablando sobre todos los enfoques quirúrgicos ahora. Hay un papel cada vez mayor para la terapia sistémica en el manejo del cáncer colorrectal, pero soy lo suficientemente mayor para saber que solo tuvimos un medicamento para trabajar durante mucho tiempo desde 1972 hasta el 2000. Había solo un medicamento, la fluorouracilo o 5FU por sus siglas en inglés. Y luego las cosas han cambiado. Hablemos de algunos de los nuevos medicamentos que tenemos. Y luego cómo eso se relaciona con lo que Marco estaba hablando sobre el manejo quirúrgico del cáncer colorrectal.

**24:03** Sí, gracias por tenerme hoy. Quiero enfatizar la importancia de la detección y realmente no darle demasiado crédito al Dr. Seminovick como cirujano, pero la cirugía es lo primero aquí y queremos atrapar la enfermedad temprano. Porque la quimioterapia es realmente un complemento. El objetivo con la quimioterapia es lo que yo llamo seguro parcial, estamos tratando de disminuir el riesgo de que esa enfermedad regrese después de que se haya realizado la cirugía y con suerte se haya eliminado virtualmente todo o todo del paciente. En el contexto metastásico o incurable, no tenemos las mismas opciones. Y en este punto llamamos a la quimioterapia paliativa, lo que significa que no nos va a curar, pero puede comprarnos algo de calidad y cantidad de tiempo.

**24:47** Si soy un paciente que ha tenido cirugía colorrectal, digamos cirugía de cáncer de colon porque hay diferencias de las que necesitamos hablar con la cirugía de cáncer rectal. ¿Qué determina si recibo alguna quimioterapia adyuvante o adicional después de la cirugía que he tenido?

**25:04** Para el cáncer de colon, lo más importante que miramos es la presencia o ausencia de enfermedad en algo que llamamos los ganglios linfáticos. Y los ganglios linfáticos son parte de nuestro sistema inmunológico, estos pequeños racimos de glóbulos blancos que están en una pequeña bolsa, tal vez del tamaño de un guisante o más pequeño. Y ese es realmente el primer lugar al que tienden a escapar las células cancerosas. Y cuando han logrado llegar a estos pequeños ganglios linfáticos, sabemos que han descubierto cómo viajar. Y sugiere que si han viajado allí, podrían ser capaces de viajar a otra parte. Y luego nos preocupa la posibilidad en el futuro de enfermedad metastásica o enfermedad que se ha extendido más allá del origen original. Y ese es nuestro principal indicador para la quimioterapia. Así que hablabas

**25:46** de la quimioterapia como una especie de seguro. Entonces la estás dando porque has identificado que ha habido una propagación a algunas estructuras locales, los ganglios linfáticos. Y esperas que al poner esto en el sistema del cuerpo, los medicamentos viajen y eliminen cualquier cantidad microscópica de cáncer que esté en otras partes del cuerpo potencialmente, eso es exactamente

**26:06** eso. Si tenemos un nódulo tumoral medible, digamos en el pulmón o el hígado que mide, supongamos, cinco centímetros, un par de pulgadas. Sabes, la quimioterapia puede reducir eso. Pero es bastante excepcional que haga desaparecer ese punto en particular. Pero nuestro pensamiento es que si hay algunas células cancerosas que se han escapado a través del torrente sanguíneo y aterrizado en otra parte del cuerpo, la quimioterapia puede eliminarlas matando esas células fugitivas. Y generalmente citamos alrededor de un 10% o 15% de mejora en la posibilidad de curación en lo que comúnmente usamos como un punto de tiempo de cinco años. Y para cinco o seis años, si el cáncer no ha regresado, estamos bastante seguros de que se ha logrado una curación.

**26:49** No es un gran aumento. Pero, sin embargo, es algo que si estuvieras en la situación de haber tenido cáncer de colon y estuvieras en riesgo, podrías querer aprovechar esa oportunidad de pasar por el tratamiento para mejorar tus posibilidades de mantenerte bien. Pero siempre hay un inconveniente con la quimioterapia. Entonces, ¿qué tipo de cosas experimentaría como paciente si viniera a recibir quimioterapia adyuvante en tu clínica?

**27:12** Bueno, lo primero que hacemos es asegurarnos de que adaptamos el tratamiento al individuo. Y hablamos de atención personalizada. Y en algunos aspectos, no estamos en el punto con el cáncer de colon donde estamos haciendo un montón de pruebas genéticas y eligiendo una receta ideal en base al paciente. Pero queremos ver cuál es la edad del paciente, cuál es su salud general, de lo contrario, ¿hay otros riesgos? Si tengo una enfermedad cardíaca importante y estoy en el hospital cada dos semanas con un problema cardíaco importante, entonces pasar por quimioterapia probablemente no sea la opción correcta para mí. Así que para la mayoría de las personas, los efectos secundarios son en realidad bastante buenos, no demasiado. Siempre tenemos preguntas sobre la pérdida de cabello y los medicamentos para el cáncer de colon son en realidad bastante amigables para el cabello. Las personas siempre están preocupadas por las náuseas o los vómitos, esa es una preocupación clásica. Y en su mayoría eso no es un problema, podemos prevenir o controlar eso si surge. Las cosas a las que realmente prestamos atención son, y esto es cierto para muchas quimioterapias de la variedad de la vieja escuela, aún en uso frecuente, incluyen un riesgo de infección. Y al igual que las células cancerosas, los pequeños glóbulos blancos pueden verse temporalmente afectados y esos niveles de glóbulos blancos en el cuerpo pueden bajar. Y puede haber un riesgo de infección. Es temporal y se puede manejar. Pero hacemos que las personas sean muy conscientes de que si tienen fiebre, deben recibir atención médica inmediata. Y el segundo tema, un poco asqueroso tal vez para la discusión, es la diarrea. Y eso puede ser a veces serio. En su mayoría, se puede controlar bien con medicamentos de venta libre como Imodium. Pero advertimos a los pacientes que se mantengan hidratados, beban bien. Y si la diarrea no está bajo control, queremos saberlo para poder hacer un cambio y controlarla.

**28:54** Entonces, de nuevo, si soy un paciente, ¿qué significa esto para mí al venir al centro de cáncer, con qué frecuencia, cuánto tiempo tengo que pasar? ¿Y puedo trabajar cuando estás en este tipo de tratamiento o no? Es

**29:06** bastante variable. Entonces hay algunas personas que pueden trabajar, tienen la energía y es bastante sorprendente. Algunos pacientes son extremadamente impresionantes en lo que pueden hacer. Pero para muchos de nosotros, creo que es bastante agotador y nuestra expectativa es que la persona promedio no trabajaría. En cuanto al tiempo, lleva mucho tiempo. El tratamiento general después de la cirugía sería de aproximadamente seis meses de tratamiento cada dos semanas o dependiendo del régimen particular o receta y las visitas al centro de cáncer. Requieren algo de paciencia, supongo que por eso los llaman pacientes.

**29:41** diferentemente. Sí.

**29:43** Sí, nuestras clínicas a veces están un poco atrasadas. Las personas tienen que esperar para hacerse sus análisis de sangre y sus citas. La suite de quimioterapia es un lugar cada vez más ocupado. Y tengo que dar un inmenso crédito a los pacientes con los que trabajo porque son pacientes, realmente parecen entender y a pesar de que pasan tanto tiempo allí y están pasando por tanto, son notablemente tolerantes y pacientes con nosotros también. Excelente.

**30:09** No en el contexto de la enfermedad metastásica, dijiste que es paliativa. Y en el pasado, mi experiencia fue que teníamos el único medicamento, pero las cosas han cambiado. Y entiendo que ahora hay más combinaciones de medicamentos. Y puedes pasar de la primera línea a la segunda línea a la tercera línea. Habla un poco sobre cómo ha evolucionado eso. Y lo que significa en términos de la supervivencia general de una persona con etapas más avanzadas de cáncer colorrectal.

**30:34** Sí, somos muy cuidadosos al hablar de la supervivencia porque es extremadamente individual. Y como sabes por la práctica, hay resultados por todo el mapa. Y algunas personas pueden hacerlo extremadamente bien y han sorprendido por completo, y otras personas enfrentan complicaciones desafortunadas y las cosas van en la otra dirección. Pero con el tiempo, hemos acumulado una serie de medicamentos para que en el contexto metastásico, la expectativa de vida promedio haya aumentado de menos de un año con ese único medicamento, la fluorouracilo de cinco años, a cerca de dos años con un pequeño surtido de diferentes medicamentos y diferentes recetas. Y aquí es donde, en cierta medida, la atención personalizada entra en juego, ya que tenemos un poco más de elección y algunas más. Algunas opciones más en el contexto metastásico limitadas por los datos disponibles y, por supuesto, la financiación del ministerio. Uno de los medicamentos que usamos es bastante sensible a la presencia de un gen específico o una anormalidad del ADN que llamamos mutación. Y esta K RAS, y es una familia de mutaciones que en realidad impacta en el uso de un anticuerpo o medicamento en particular y puede influir completamente en si es probable que funcione o no. Así que aunque todavía es temprano en algunos aspectos para la atención personalizada en el cáncer de colon, estamos en los comienzos de tomar decisiones basadas en pruebas genéticas reales de tumores. Entonces

**32:05** no es rutinario probar el cáncer de colon para la mutación K RAS, ¿o lo es en

**32:10** el contexto incurable? Es rutinario, sí. Sí. No ha llegado al contexto curativo.

**32:16** Entonces tienes una mutación de esta particular K RAS y luego algunos de los medicamentos no funcionarán tan eficazmente como entiendo, ¿correcto?

**32:26** Sí, eso es correcto. Obtenemos un poco de valor pronóstico de esto, un poco de comprensión del curso general de la enfermedad. Pero específicamente hay un par de medicamentos llamados panitumumab y cetuximab que funcionan si esta mutación K RAS no está presente y no funcionan si está presente. Exactamente.

**32:45** Y una de las áreas candentes de la oncología es la inmunoterapia. Y escuchamos mucho sobre eso en el cáncer de pulmón, el melanoma y el cáncer de riñón. No tanto en el cáncer colorrectal, pero tal vez un pequeño subsegmento de la población donde podría ser beneficioso. Sí

**33:01** Quiero decir, me atrevo a decir que esta es una parte realmente atractiva de la oncología en este momento, estos medicamentos han obtenido mucha atención en los medios. Y como clase, ciertamente han mejorado la atención en varias enfermedades. Pero tienes razón, en el cáncer de colon ha sido un poco más desafiante. Y hay marcadores, es un poco la misma idea de K RAS usar lo que llamamos un biomarcador para determinar si algo va a funcionar. Pero hay estos marcadores o biomarcadores para estos agentes inmunes. Y uno de ellos es el nivel de PDL-1 en el cáncer. Pero eso no parece funcionar. Entonces, bueno, en el cáncer de colon, parece que está trabajando con un conjunto diferente de reglas en cierta medida. Y el grande, y esto comienza a ponerse un poco complicado, es algo llamado inestabilidad de microsatélites. Y eso es bastante complicado. Pero básicamente, tenemos estas cadenas de ADN repetitivo y se desordenan cuando no las reparamos adecuadamente. Y el problema clave aquí es que cuando tienes cánceres anormales con muchas y muchas mutaciones, se ven raros, se ven extraños para el sistema inmunológico y existe la posibilidad de que el sistema inmunológico lo reconozca como algo extraño o ajeno. Ahora, si puedes desenmascarar estos cánceres que el sistema inmunológico ha despertado, tal vez puedas obtener algunos beneficios y reducirlos. Pero en el cáncer de colon ha sido difícil. Así que todavía estamos estudiando eso, tenemos un ensayo activo en el Centro de Cáncer Juravinski para personas que tienen cáncer de colon y enfermedad avanzada y ese estudio está casi por cerrarse, está avanzando muy rápidamente porque la gente está entusiasmada con estos medicamentos.

**34:40** Es un campo muy emocionante de la oncología y un buen momento para estar en él como oncólogo si eres un oncólogo académico. Pero también ha sido impresionante para mí ver cuánto progreso se ha hecho en agregar diferentes medicamentos y combinaciones y extender la supervivencia de incluso el paciente metastásico y mejorar modestamente la supervivencia de aquellos que se someten a una resección quirúrgica. Así que es una historia muy positiva. Y aprecio mucho que hayas venido y contado, John, gracias.

**35:06** Gracias por tenerme. Dr.

**35:07** John Goff y nuestro invitado. Volveremos enseguida en el programa de asistencia contra el cáncer en AM 900 CHML y el programa de asistencia contra el cáncer es traído a usted por el programa de asistencia contra el cáncer. Tendremos más en un minuto en AM 900 CHML.

**35:19** ¿Quieres respuestas sobre el cáncer? Las encontrarás en el programa de asistencia contra el cáncer con el Dr. Bill Evans y la presentadora Shauna Thompson en AM 900 CHML.

**35:28** Esto es AM 900 CHML y estás escuchando el programa de asistencia contra el cáncer. Soy Shauna Thompson aquí con el Dr. Bill Evans. Solo un recordatorio de que, lamentablemente, no podemos recibir llamadas telefónicas durante el transcurso del programa. Pero puedes contactarnos con cualquier pregunta. Puedes enviarme un correo electrónico a SThompson@900CHML.com o en Twitter usando el handle @ShaunaTalk. Y por favor, usa el hashtag #CancerAssistShow para que podamos tratar tus preguntas. Y de hecho, Bill, nos hemos estado enfocando en el cáncer de colon este mes. El mes pasado estábamos hablando del cáncer de mama. Y tuve un par de personas que me enviaron algunos correos electrónicos con respecto a cierta controversia sobre la mamografía.

**36:06** Bueno, no hay duda. Esta es un área controvertida. Y de hecho, al preparar el programa, hice bastante lectura. Y un número particular de una de las revistas de cáncer tenía todas las perspectivas expuestas desde aquellos que todavía están muy positivos y entusiastas sobre la detección del cáncer de mama hasta algunos que son más negativos. Está claro, sin embargo, que los beneficios iniciales que se informaron para la detección del cáncer de mama fueron demasiado optimistas. Así que una reducción del 40% en la mortalidad está fuera de las tablas y en contraposición a eso, el ensayo canadiense que ahora tiene 25 años no mostró ninguna reducción de la mortalidad. Así que ahí lo tienes, no tienes uno que muestra enorme y uno que no muestra ninguna reducción de la mortalidad. Entre los dos tienes 11 otros ensayos aleatorizados y creo que el consenso de muchos talleres diferentes de expertos alrededor del mundo ha dicho generalmente que hay algún beneficio. Es más modesto, tal vez una reducción del 20% en la mortalidad. Traduciendo eso en algo que las personas podrían entender mejor, tendrías que hacer 1,000 mamografías para prevenir que una mujer muera de cáncer de mama. Algunas personas argumentarían que eso no es una prueba lo suficientemente buena. Otros dirían que para salvar una vida, vale la pena hacer esa detección. Tenemos un grupo de trabajo canadiense sobre atención preventiva de salud en Canadá que revisa la evidencia, sus directrices y recomendaciones salieron en 2011, aún apoyan a las mujeres de riesgo promedio de 50 a 74 años de edad que se someten a mamografías cada dos años. Y para aquellos que son más jóvenes y están en mayor riesgo, como tener un gen BRCA1 o BRCA2, comenzando antes en la vida. Van a revisar toda la evidencia existente y su sitio web informa que estarán publicando nuevas directrices en algún momento de este año. Así que veremos dónde está eso en este momento. Esa es la norma provincial, es llevar a cabo mamografías y las damas de 50 a 74 años. Y no hay duda de que hay tanto beneficios potenciales como daños potenciales. Y a veces las personas enfatizan los daños, siendo que puedes obtener un falso positivo que lleva a un montón de pruebas adicionales, más mamografías, pasas de una mamografía de detección a una mamografía diagnóstica a una biopsia. Y con eso toda la ansiedad asociada con ello. Por otro lado, podrías argumentar que al encontrar pequeños cánceres temprano puedes tener una cirugía conservadora del seno y no las grandes mastectomías radicales del pasado. Pero también recoges estas lesiones precancerosas, cosas que llamamos DCIS o carcinoma ductal in situ. Esto es una especie de cáncer, pero no ha invadido aún. La realidad es que muchos de estos son indolentes y nunca causarían daño, pero algunos de ellos son agresivos y no puedes distinguir la diferencia. Entonces, ¿qué vas a hacer? Y algunas personas leyendo la literatura aquí verán el término sobrediagnóstico y tengo que decir que el sobrediagnóstico significa que es un cáncer, pero nunca tomaría tu vida porque otra cosa tomaría tu vida. Es como encontrar cáncer y tres meses después te atropellan un autobús o tienes un ataque al corazón. No hay manera de saber cuando lo encuentras que no es un cáncer que será importante. Así que el médico no tiene más remedio que tratarlo cuando lo encuentra. Así que no te dejes llevar por la noción de que el sobrediagnóstico equivale a un tratamiento excesivo y los médicos están haciendo cosas malas. Es encontrar cosas que sabemos que no hubieran tomado tu vida porque otras cosas habrían intervenido. Así que es una respuesta complicada a una situación complicada. Dije que esto sería controvertido y no me sorprende que hayamos recibido algunos buenos comentarios, pero muestra que las mujeres están preocupadas y están ahí tratando de encontrar la mejor información para ellas mismas. Y así es una discusión que deberían tener con sus médicos.

**40:16** Y a veces, sabes, puedes estar expuesto a mucha información. Y si no sabes cuál es la fuente de esa información, puede ser sospechosa. Supongo que la conclusión es tener una discusión con tu médico de familia.

**40:30** Y no duele hacer algo de lectura, pero también tienes que tener en cuenta que si no eres médico, puedes ser influenciado por términos como sobrediagnóstico o sobretratamiento o alguna hipérbole que hay en algunos de los artículos. He ido a estos sitios web y claramente están llevando las cosas más allá de lo que la evidencia realmente muestra.

**40:54** Nos quedan solo un par de minutos en el programa de este mes y volveremos el 25 de junio. Pero antes de terminar, quería mencionar un par de recaudaciones de fondos porque el programa de asistencia contra el cáncer depende de donaciones y de personas que ayudan de esa manera. Ayer tuvieron su gran caminata. Otro gran evento está por venir en agosto y es el torneo anual de golf que se celebra en el club de golf y campo Glendale.

**41:19** Y eso ocurre el 9 de agosto y es una gran oportunidad. Creo que la mayoría de los foursomes ya están llenos, pero es $175 por golfista. Así que puede haber algunos espacios disponibles, llama y averigua. Ciertamente hay oportunidades para donación de premios y patrocinio de eventos, incluyendo patrocinar un hoyo en honor a alguien que está luchando contra el cáncer y en memoria de alguien que ya no está con nosotros. Pero recordando que todos estos fondos van hacia los servicios que el programa de asistencia contra el cáncer proporciona e incluye los viajes gratuitos, incluye el equipo que ayuda a los pacientes a quedarse en sus hogares, las sillas de ruedas, las cómodas y otras cosas. Ahora tenemos mucho equipo. Así que estamos realmente bien abastecidos en ese sentido. Pero también siempre podemos usar más. Y también queremos que las personas sean conscientes de que tenemos suministros de incontinencia, forros de cama desechables, apoyos nutricionales, esos son todos los servicios disponibles a través del programa de asistencia contra el cáncer, pero todo hecho posible por iniciativas de recaudación de fondos. Así que realmente espero que salgas para el torneo de golf o cualquiera de las futuras recaudaciones de fondos o simplemente hagas una donación que puedes hacer entrando al sitio web en cancerassist.ca o llamando al 905-383-9797.

**42:40** Y, por supuesto, el efectivo es la donación más flexible porque el programa de asistencia contra el cáncer puede poner los fondos donde más se necesitan y donde hay una necesidad inmediata.

**42:49** Este ha sido el programa de asistencia contra el cáncer traído a usted por el programa de asistencia contra el cáncer.