

¿Es el *momentum* del gastroenterólogo-oncólogo? Una nueva sub-especialidad, para el manejo integral del cáncer digestivo

Roque Sáenz F.¹, Ricardo Santander D.², Claudio Navarrete G.³ y Rodrigo Zapata L.⁴

¹IDCA International Digestive Cancer Alliance; Jefe Unidad de Endoscopia, Clínica Alemana, Santiago, Chile; Vice-Chair, The Latin-American GIE Training Center WGO/WEO; Facultad de Medicina, Clínica Alemana Santiago-Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
²Gastroenterología Clínica Alemana, Santiago, Chile; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Santiago-Universidad del Desarrollo.
³Médico Jefe The Latin American GIE Training Center WGO/WEO, Clínica Alemana de Santiago; Facultad de Medicina, Clínica Alemana Santiago-Universidad del Desarrollo.
⁴Jefe Unidad de Gastroenterología, Clínica Alemana Santiago, Chile; Facultad de Medicina Clínica Alemana Santiago-Universidad del Desarrollo y Universidad de Chile.

Is this the time for the gastroenterologist-oncologist? A new sub-specialty for the comprehensive management of digestive cancer

Situación epidemiológica del cáncer digestivo

Cada año fallecen en el mundo alrededor de 58 millones de personas de diferentes causas, según datos estimativos de la Organización Mundial de la Salud¹. Las causas más frecuentes de muerte en el mundo el año 2004 fueron: a) Cardiovasculares (31% de las mujeres y 26% de los hombres fallecieron por esta causa); b) Enfermedades infecciosas y parasitarias (15% de las mujeres y 16% de los hombres) y c) Neoplasias malignas (11% de las mujeres y 13,4% de los hombres)¹. El año 2008 se diagnosticaron en el mundo unos 12,7 millones de nuevos casos de neoplasias malignas (sin incluir piel) y ese año se estima que fallecieron 7,6 millones de personas a consecuencias de cáncer². La mitad de las neoplasias malignas que se diagnostican hoy en día corresponden a neoplasias del sistema digestivo y glándulas anexas. Esto es: esófago, estómago, intestino delgado y ampulla, hígado y vías biliares (vesícula biliar), páncreas, colon y recto. Los cánceres digestivos causan 5 de las 10 principales etiologías de muerte por neoplasias malignas en el mundo (gástrico, hígado, colorrectal, esófago y páncreas) (Figura 1)². A nivel mundial, específicamente, el cáncer gástrico ocasiona alrededor de 800.000 muertes y el cáncer colorrectal otras 600.000 muertes anuales, cifras que han ido en aumento en las últimas 2 décadas¹⁻³. La incidencia regional de estas neoplasias es variable, dependiendo de muchos factores incluyendo diferentes prevalencias de infecciones virales, exposición a factores ambientales, edad y género de la población, situación socioeconómica, etc¹.

La sobrevida global de la población ha aumentado en forma importante en los últimos 20 años, determinando un envejecimiento progresivo de la población. Este último factor es considerado una de las principales causales que explica el aumento de la incidencia de cáncer. La situación es diferente según el país. En Chile existe una tendencia mantenida a disminuir el cáncer gástrico en los últimos años y esperamos resultados a largo plazo de políticas sanitarias, tendientes

a disminuir la incidencia desproporcionada de cáncer vesicular. Por otro lado, se aprecia en las últimas décadas un aumento del cáncer de esófago, páncreas, colorrectal y de la vía biliar.

Sólo en Estados Unidos en 2004 se diagnosticaron 233.000 nuevos pacientes con cánceres digestivos (tasa incidencia de 81,6 por 100.000 habitantes), lo cual representa el 18% del total de cánceres⁴. Dos tercios de estos cánceres ocurrieron en mayores de 65 años, y la media de edad al diagnóstico fue de 70 años⁵. Ese mismo año hubo 135.000 muertes debidas a cánceres digestivos (Tasa de 46 por 100.000 habitantes, correspondientes al 24% del total de muertes por cáncer, es decir, la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer pulmonar. Del total de muertes de origen digestivo (incluye infecciones, diarreas, cirrosis, cánceres, etc.), el 57% fue por cánceres digestivos⁴.

Con los adelantos de la medicina, un diagnóstico más precoz y mejores terapias, se ha logrado mejorar en globo la sobrevida de estos cánceres digestivos de un promedio de 6% a 5 años (1979) a 34,5% a 5 años de seguimiento en la actualidad⁴. El año 2004 hubo aproximadamente 3,5 millones de consultas ambulatorias por cánceres digestivos (Tasa de 1.185 visitas médicas ambulatorias por 100.000 habitantes). El número de consultas ambulatorias no cambió significativamente en el período 1992-2004, pero la tasa de hospitalizaciones disminuyó en 13% durante ese período, probablemente por un mejor manejo médico. (Tabla 1)⁴.

En Chile, el cáncer es la segunda causa de mortalidad de la población⁶. El año 1998 hubo 17.472 defunciones ocasionadas por tumores malignos, lo cual corresponde al 21,8% del total de muertes (2^a causa de muerte después de las enfermedades circulatorias que generan el 27,5% del total de muertes). Esto corresponde a una tasa de 118 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo el principal factor asociado al volumen de las tasas, el grado de envejecimiento poblacional. Ese mismo año el grupo de cánceres

Recibido: 30 de abril de 2012
Aceptado: 18 de mayo de 2012

Correspondencia a:
Dr. Roque Sáenz Fuenzalida
Clínica Alemana de Santiago.
Av. Vitacura 5951,
Vitacura, Santiago, Chile.
Tel.: (56 2) 210 10 40
E-mail: rsaenz@alemana.cl

Tabla 1. Impacto de algunas patologías digestivas en Estados Unidos, 2004¹

Enfermedades digestivas	Muertes, según causa	Años de vida potencial perdidos a los 75 años	Visitas de control ambulatorio, todos los diagnósticos	Altas hospitalarias, todos los diagnósticos
Todas las enfermedades digestivas	236.164	2.007.500	104.790.000	13.533.000
Todos los cánceres digestivos	135.107	945.200	4.198.000	726.000
Cáncer colorrectal	53.226	333.000	2.589.000	255.000
Cáncer de páncreas	31.800	206.800	415.000	68.000
Cáncer de esófago	13.667	113.800	372.000	44.000
Cáncer gástrico	11.253	84.200	141.000	31.000
Cáncer primario del hígado	6.323	72.400	63.000	33.000
Cáncer de vías biliares	4.954	32.900	—	17.000
Cáncer vesicular	1.939	10.900	—	6.000
Cáncer del intestino delgado	1.115	9.300	—	9.000
Enfermedades hepáticas	36.090	559.100	2.398.000	759.000
Todas las hepatitis virales	5.393	101.800	3.510.000	475.000
Infecciones gastrointestinales	4.396	12.800	2.365.000	450.000
Enfermedad ulcerosa péptica	3.692	19.700	1.473.000	489.000
Pancreatitis	3.480	42.800	881.000	454.000
Enfermedad diverticular	3.372	8.600	3.269.000	815.000
Enfermedad de reflujo gastroesofágico	1.150	6.000	18.342.000	3.189.000
Todas las enfermedades inflamatorias intestinales	933	9.100	1.892.000	221.000
Todos los trastornos intestinales funcionales	423	2.500	11.648.000	1.241.000

Fuentes: Vital Statistics of the United States National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS) and National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS). Healthcare Cost and Utilization Project Nationwide Inpatient Sample (HCUP NIS).

más frecuente fue el de los tumores digestivos, dando cuenta del 46,2% del total de muertes por cáncer y seguido por los cánceres urogenitales (15%) y por los cánceres respiratorios (11,4%).

Las principales localizaciones de cánceres digestivos en Chile en 1998⁶ fueron (Tabla 2): a) Cáncer gástrico (2.891 muertes); b) Cáncer biliar (1.707 muertes); c) Cáncer colorrectal (1.005 muertes); d) Cáncer hepático (749 casos); e) Cáncer de páncreas (663 muertes); y f) Cáncer de esófago (659 muertes). En los hombres los principales cánceres fueron el cáncer gástrico (21% de los cánceres en hombres), seguido del cáncer de pulmón (14,1%) y próstata (13,8%). En las mujeres los principales cánceres fueron el cáncer biliar (14,8% de los cánceres de mujeres), seguido del cáncer gástrico (11,9%) y el cáncer de mama (11,4%) (Tabla 3).

En las últimas tres décadas la tasa de mortalidad

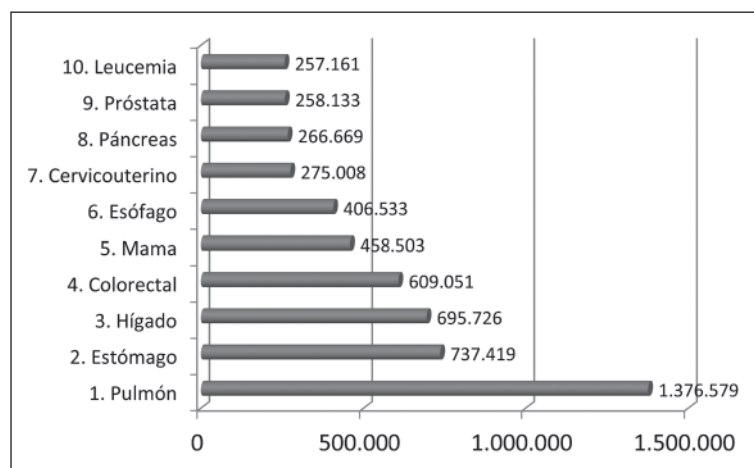


Figura 1. Las 10 causas de muerte por cáncer (tipo de cáncer) más frecuentes en el mundo, en número de personas muertas estimadas el año 2008².

Gastroenterología y algo más...

Tabla 2. Principales localizaciones de cáncer en Chile. Mortalidad 1998⁵

Ubicación	Muertes	
	n	%
Digestivos	8.060	46,2
Respiratorios	1.990	11,4
Genital masculino	1.330	7,6
Genital femenino	1.298	7,4
Linfático y hematopoyético	1.265	7,2
Urinario	702	4,0
Sistema nervioso	241	1,4
Sistema endocrino	104	0,6
Otros	1482	14,2
Por localización anatómica		
Estómago	2.891	16,6
Pulmón	1.797	10,3
Biliar	1.707	9,8
Próstata	1.218	7,0
Colorrectal	1.005	5,8
Mama	992	5,7
Hígado	749	4,3
Cuello uterino	728	4,2
Páncreas	663	3,8
Esófago	659	3,8
Total	17.472	100

Tabla 3. Riesgo y probabilidad de muerte por diversas localizaciones de cáncer. Chile 1998. Resumen de⁵

Localización	Tasas por 100.000 habitantes			Probabilidad de muerte hasta los 80 años (%)
	Total	Hombres	Mujeres	
Bucofaríngeo	1,1	1,6	0,6	0,16
Esófago	4,4	5,8	3,1	0,65
Estómago	19,5	25,3	13,8	2,95
Colorrectal	6,8	5,9	5,8	0,91
Hígado	5,1	5,7	4,4	0,81
Biliar	11,5	5,8	17,1	1,70
Páncreas	4,5	4,3	4,6	0,64
Pulmón	12,1	17,0	7,4	2,03
Mama	6,7	0,1	13,1	1,64 (Mujeres)
Cuello uterino			9,7	1,22
Endometrio			1,2	0,18
Ovario			4,0	0,53
Próstata		16,6		2,30
Testículo		1,2		0,10
Riñón	3,1	3,9	2,3	0,49
Linfomas	3,2	3,3	3,1	0,44
Total	117,8	120,2	115,5	17,7

por cáncer ha aumentado en 20,5%⁷. En el año 1990, la tasa de mortalidad por cáncer (ambos sexos, todas las edades) era de 107,5/100 mil habitantes. En el año 2007 dicha tasa aumentó a 129,5/100 mil habitantes. Asimismo en las últimas 4 décadas la proporción de defunciones por cáncer (sobre el total de defunciones) ha aumentado en forma progresiva, siendo de 12,1% en 1970, 18,1% en 1990 y de 24,8% en el año 2005, representando en este último año la segunda causa de muerte en Chile, sólo superado por las enfermedades del sistema circulatorio⁷.

Avances en el manejo y prevención del cáncer

Las terapias actuales del cáncer y sus combinaciones potenciadoras, o por separado, como la cirugía, radio y quimioterapia más las terapias biológicas y ablativas, han progresado^{8,9} y hoy se encuentran bastante estandarizadas de acuerdo a guías y protocolos conocidos y en permanente actualización. Los resultados de estas estrategias terapéuticas son realmente asombrosos en algunas de estas neoplasias como por ejemplo el linfoma MALT y la terapia anti-*Helicobacter pylori*, las metastasectomías asociadas a distintos esquemas quimioterápicos en cáncer de colon metastásico, las terapias ablativas o quimioembolización en cánceres hepáticos o la radiación en tumores rectales.

La prevención primaria suele ser difícil de dimensionar, cuando se trata de cambios en el estilo de vida, en dieta, actividad física, etc. Evitar posibles carcinógenos ambientales como las radiaciones o medicaciones como los suplementos hormonales o bien enfermar de hepatitis B o C con medidas preventivas y vacunación sigue siendo una estrategia razonable y relevante, pero a veces de difícil implementación.

El esfuerzo en el diagnóstico precoz de lesiones pre-malignas o neoplasia en estadios iniciales, es por ahora un objetivo claro a alcanzar con planes de detección de lesiones precoces o pre-neoplásicas.

Estas estrategias han permitido ir mejorando la ecuación incidencia/mortalidad, de varios cánceres digestivos, como detección precoz mediante tamizaje (*screening*) con imágenes para cáncer hepático en pacientes con hemocromatosis o hepatitis viral crónica, o el diagnóstico precoz de neoplasias mucosas en el tubo digestivo en el caso de Esófago de Barrett y enfermedades inflamatorias intestinales. El uso de marcadores tumorales y los estudios genéticos, también son de ayuda en esta estrategia de detección temprana del cáncer.

Sin embargo, este esfuerzo no es igualitario en los diferentes escenarios. Las estrategias de los gobiernos en salud (basadas en parte en una estrategia costo-beneficio) y de las Sociedades Científicas (preocupadas en la salud, prevención y terapia de pacientes), deben

orientarse enfocadas en las realidades epidemiológicas y en las facilidades de los medios disponibles en cada país.

El gastroenterólogo y la oncología digestiva

Es cada vez más frecuente y extendido que en ambientes científicos y asistenciales, como en Europa occidental, y América del Norte, sean los gastroenterólogos los especialistas encargados, de colaborar en la prevención, diagnóstico (ojalá en etapas precoces mediante el "screening"), la etapificación y el tratamiento (también idealmente en etapas precoces curables; que incluyen resecciones endoscópicas mini invasivas), controlar y paliar en etapas avanzadas a los pacientes con cánceres digestivos¹⁰⁻¹³. Además, deben cuidar de los aspectos nutricionales, de las complicaciones digestivas de las terapias involucradas y de la evolución de la misma enfermedad.

Los pacientes oncológicos con frecuencia son derivados a un equipo habitualmente multidisciplinario (oncólogos, cirujanos, anestesistas de dolor, etc.), que deja de lado en parte el cuidado y manejo inicial que puede tener el gastroenterólogo clínico muy conocedor de la historia natural y potenciales complicaciones de estos pacientes.

El cuidado del paciente podría mejorar en forma significativa con el gastroenterólogo más involucrado en todo el proceso. Podría aplicar en forma más efectiva su experiencia y destrezas a través de toda la evolución de la enfermedad, asumiendo un rol más relevante dentro de los equipos multidisciplinarios, lo que actualmente ocurre infrecuentemente. El problema, es una necesidad que no ha sido abordada adecuadamente hasta ahora.

Esto ha condicionado el nacimiento de la especialidad, sub-especialidad de un Gastroenterólogo/Oncólogo (la oncología digestiva).

Un nuevo escenario: un *curriculum* para el gastroenterólogo oncológico

Nos encontramos a las puertas de pensar y confeccionar un *curriculum* adecuado y una formación (beca), que permita certificar a un especialista que conduzca el manejo integral del paciente con una patología oncológica digestiva, *de principio a fin*.

La complejidad de este rol para el gastroenterólogo clínico, requiere sin duda, de mayor y mejor entrenamiento de los especialistas en oncología, en los programas actualmente en progreso y en futuros planes de formación más específicos. Es relevante pensar que este nuevo especialista debiera enfocarse sólo en la oncología general y digestiva, prescindiendo del manejo de los cánceres no digestivos, focalizando claramente su formación oncológica.

La inclusión de programas de endoscopia oncológica (con técnicas como EMR, ESD, disecciones submucosas, ablación, colocación de endo- prótesis etc) y de oncología médica en la malla curricular, son requisitos indispensables hoy, para abordar a los más de 10 millones de pacientes con cáncer digestivo en el mundo, cada año.

La técnica de la disección submucosa endoscópica, (ESD) desarrollada inicialmente en Japón, como una extensión de la resección mucosa endoscópica (EMR), se ha difundido progresivamente a otros países de la región inicialmente y del mundo. Requiere de entrenamiento adecuado, en modelos animales primero y luego en pacientes bajo supervisión directa, más equipamiento adecuado y de última generación. Requiere de destrezas y de manejo endoscópico de complicaciones como perforación, estenosis o hemorragia. Se requieren programas de entrenamiento estructurados y establecer criterios de competencia (Tabla 4).

En muchos países, el rol del gastroenterólogo está en la prevención, diagnóstico de lesiones precoces y avanzadas, tratamiento de lesiones precoces y paliación, además del seguimiento. La cirugía está en manos del cirujano oncológico y la radiación y quimioterapia (incluidos los esquemas con biológicos), en manos de oncólogos.

Poco a poco se va cambiando al concepto de gastroenterólogos a cargo de la atención integral del cáncer digestivo.

Muchos países aún no cuentan con programas de especialización y *curriculum* académicos dentro de los planes de formación. Esto ha motivado a varias Sociedades Científicas a poner en el tapete este tema que nos involucra directamente¹ y nos invita a meditar sobre este problema, que ya nos era propio desde hace unos años, en el seno de la Sociedad Chilena de Gastroenterología.

Hace no muchos años, nuestra visión global de la formación del gastroenterólogo (2007)¹² no incorporaba como un tópico significativo la oncología digestiva. Nos parecía, que era necesario agregar un tercer año diferenciado de formación, debido a muchas materias que habían extendido en demasía su influencia como la endoscopia avanzada (EUS, DSE, etc.), trasplante

Tabla 4. Indicaciones de disección sub-mucosa endoscópica (ESD)

1	Cáncer gástrico precoz <ul style="list-style-type: none"> • T1 con invasión mucosa o sub-mucosa, sin compromiso nodal
2	Cáncer precoz de esófago <ul style="list-style-type: none"> • m1-m2. Carcinoma <i>in situ</i> o tumor hasta <i>lamina propria</i>
3	Cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> • limitado a la mucosa o con escasa invasión bajo la <i>muscularis mucosae</i> (< 1.000 um). SM1

Gastroenterología y algo más...

hepático y hepatología, biología molecular y genética clínica, además de terapias biológicas y de células madre en enfermedad inflamatoria intestinal. Se agregan las terapias locales de tumores hepáticos seleccionados con radiofrecuencia o alcoholización y las terapias del Barrett con radiofrecuencia y EMR/ablación. Dentro de esta sub-especialización progresiva la endosonografía ha adquirido un rol relevante en afinar criterios de invasión de la pared luminal, de linfonodos, de metástasis y de obtener muestras bajo visión EUS e incluso la terapia local con agentes virales por ejemplo, o paliación al alcoholizar el plexo celíaco en ocasiones.

La cirugía oncológica ya es una especialidad, que permite el manejo adecuado y dirigido de este aspecto de la oncología. Falta hacer análisis de costo eficacia y satisfacción al paciente, con las modalidades existentes, a las cuales se agregaría este nuevo concepto de terapia integral por el gastroenterólogo oncólogo.

Los gastroenterólogos suelen ser los que hacen el diagnóstico y lo comunican al paciente y a la familia, haciendo de coordinadores de la terapia que sigue, ya con cirugía, terapia adyuvante o quimioterapia. Los gastroenterólogos cuidan también de los efectos colaterales de las terapias en uso, como lesiones de mucosa, sobre-infecciones, uso de antibióticos y su efecto, efecto de quimioterápicos en el tubo digestivo y en la función hepática; además comprenden la anatomía y fisiopatología de los órganos digestivos.

El *Board* Europeo de Gastroenterología y Hepatología ha definido ya subespecialidades de la gastroenterología como: la endoscopia avanzada terapéutica, la hepatología y el trasplante, la nutrición clínica y más recientemente la oncología digestiva¹³. Alemania aparece adelantado dentro del concierto Europeo incorporando dos años de formación oncológica digestiva luego del término de la especialización en gastroenterología. Hay esfuerzos crecientes en otros países del Asia-Pacífico y de Europa occidental como también en Norteamérica. Ya tenemos a Charles Moertel MD, como especialista gastroenterólogo/oncólogo en la Clínica Mayo de Rochester.

Los tratamientos específicos, están en el dominio de la cirugía, de la oncología médica y de la radiación. Resección radical, o reducción de masa tumoral, quimioterapia y radioterapia respectivamente.

No existe un entrenamiento formal para el tratamiento de las lesiones malignas digestivas, salvo tal vez en el caso del carcinoma hepato-celular, donde los gastroenterólogos con especialización en hepatología y trasplante, conducen el manejo de estos pacientes hacia las diferentes modalidades de terapia incluyendo: la cirugía, el trasplante hepático cuando está indicado, diferentes terapias ablativas, la quimioembolización o un manejo paliativo con o sin Sorafenib (inhibidor de varias proteínas tirosina-kinasas).

La ausencia de programas de tamizaje, el uso emergente de EMR y ESD y las limitaciones del acceso a equipamiento y accesorios y el número limitado de pacientes con tumores digestivos en estado precoz, que permiten avanzar en la curva de aprendizaje, son aspectos fundamentales de los resultados actuales de la oncología.

Se ha contado con la fructífera colaboración científica entre países desarrollados y en desarrollo en oncología digestiva, lo que puede significar estudios cooperativos en el futuro.

Rol más activo de los gastroenterólogos en equipos de cáncer multidisciplinarios

Los gastroenterólogos tienen el conocimiento farmacológico suficiente para tratar tumores neuroendocrinos y enfermedad inflamatoria intestinal. Pueden ayudar a mejorar la continuidad de tratamiento y aportar sus conocimientos y destrezas gastroenterológicas más efectivamente, en el curso de la enfermedad.

En este marco, se requiere de una exposición más completa y estructurada en todos los aspectos de la oncología digestiva, en los programas tradicionales de entrenamiento en gastroenterología. Esto podría implementarse en base a recomendaciones detalladas en los *curriculum* publicados de gastroenterología.

Un seguimiento a 47 países hecho por la WGO, mostró que 30% de los gastroenterólogos que respondieron en algunos países, administran alguna forma de quimioterapia. En esos países aparece más bien como una necesidad que una opción, debido a la falta de oncólogos. Se requerirían dos años adicionales de entrenamiento, además del entrenamiento habitual del gastroenterólogo para asumir el rol de oncólogo digestivo.

En África se preocupan de la prevención y tratamiento del cáncer hepático. Los gastroenterólogos se encargan de la paliación y cuidados al fin de la vida, el manejo endoscópico y nutrición. La paliación endoscópica aparece como un aporte de gran ayuda por el gastroenterólogo.

En la prevención del cáncer digestivo, el gastroenterólogo tiene un rol de liderazgo. En pacientes con riesgo elevado de cánceres gastrointestinales, pueden sugerirse cambios quimo-preventivos, como fármacos (Aspirina®, antioxidantes, etc.) o suplementos nutricionales, como ácido fólico o ácidos grasos especiales, los que podrían contribuir en la prevención primaria o secundaria.

El "*Oncólogo Gastroenterólogo*", debe ser un "*Oncólogo Clínico*", con conocimiento amplio, no tan sólo en terapia, sino también, en prevención, nutrición, aspectos de genética clínica, test de diagnóstico y estadificación, manejo terapéutico de las complicaciones, cirugía paliativa, paliación y manejo al final

de la vida, rol que requiere entrenamiento integral contenido en los programas de estudio. Restringido a cánceres digestivos.

Enseñanza y destrezas endoscópicas avanzadas que se aplican a pacientes con cánceres digestivos

Se requiere de entrenamiento avanzado de los becarios de endoscopia oncológica, para manejar las numerosas técnicas disponibles para tamizaje, diagnóstico, etapificación y tratamiento. Se debe desarrollar un criterio de aplicación de estas técnicas durante el curso de la enfermedad. Conducir investigación suficiente, para responder preguntas importantes, diseñar protocolos endoscópicos y evaluar resultados. Este tipo de formación ya se ofrece en centros especializados como en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center NYC (Tabla 5).

Se requiere mucho trabajo para que la promesa de un enfoque gastroenterológico amplio sea una realidad, lo que requiere de una evaluación rigurosa de las necesidades locales o regionales.

Estas destrezas técnicas requeridas y la tecnología en uso deben difundirse a través del mundo. Esto lo hace la WGO a través de los 'Centros Formadores WGO', que existen en el mundo, especialmente en países en desarrollo. En Chile, desde el año 2004 como ejemplo, existe "The Latin American Gastrointestinal Endoscopy Training Center" en Clínica Alemana de Santiago-UDD, que es un centro de formación de la WGO/WEO, en donde, más de 500 profesionales han sido formados en las técnicas de endoscopia avanzada, desde el inicio de este centro en el año 1997 antes de ser avalado por las Sociedades Internacionales, en el 2004.

Se debe enseñar, estadificación y procedimientos terapéuticos tales como EUS y ERCP, los cuales aparecen como la piedra angular de la endoscopia oncológica.

Tabla 5. Aspectos necesarios a evaluar en oncología gastroenterológica*

• Diferencias en el cuidado del cáncer digestivo en las diferentes regiones del mundo.
• ¿Qué produce estas diferencias?
• Asuntos de las condiciones de la fuerza de trabajo
• Falta de centros multidisciplinarios con recursos adecuados
• Falta de una red de ensayos clínicos
• Falta de recursos en general
• Falta de acceso y continuidad de tratamiento
• Falta de centros de entrenamiento

*Adaptado al español de Winawer y cols¹⁰.

ca moderna. Difundir las técnicas originadas en Japón como la EMR y ESD disponibles actualmente en algunos centros académicos solamente. Estos procesos requieren del esfuerzo académico realizando seminarios de trabajo y la influencia de profesores visitantes, además de la participación de la industria relacionada.

Se requiere mayor integración en el cuidado de pacientes que padecen cánceres digestivos, sin importar el contexto geográfico o cultural. Esto ha sido difícil de lograr, aún en países desarrollados.

Se debe crear nuevas estructuras departamentales en la organización, integrando horizontal y verticalmente, para obtener los mejores cuidados en pacientes con cáncer digestivo.

Otra estrategia interesante para la tarea de integración sería hacer converger en una persona el conjunto de habilidades requeridas. Quizás el camino más fácil sería que endoscopistas terapéuticos avanzados que ya realizan diagnóstico, estadificación, EUS, ERCP, *Stenting*, EMR, ESD, ablación, terapia endoscópica y paliación, entre otras, adquieran las destrezas faltantes de la oncología clínica, general y digestiva.

Esto requiere re-definir los planes de entrenamiento actual en programas integrados.

Beca mixta de gastroenterología, endoscopia avanzada y oncología (Figura 2)

El *curriculum* de gastroenterología, por otra parte, debiera contener entrenamiento en muchos aspectos de la oncología digestiva, como prevención, etapificación, diagnóstico, nutrición, cuidados paliativos, imágenes, etc., diseñando un *curriculum* más integral y completo, suplementado por endoscopia oncológica (1 año) o bien oncología médica (dos años) para los becarios interesados en este proyecto.

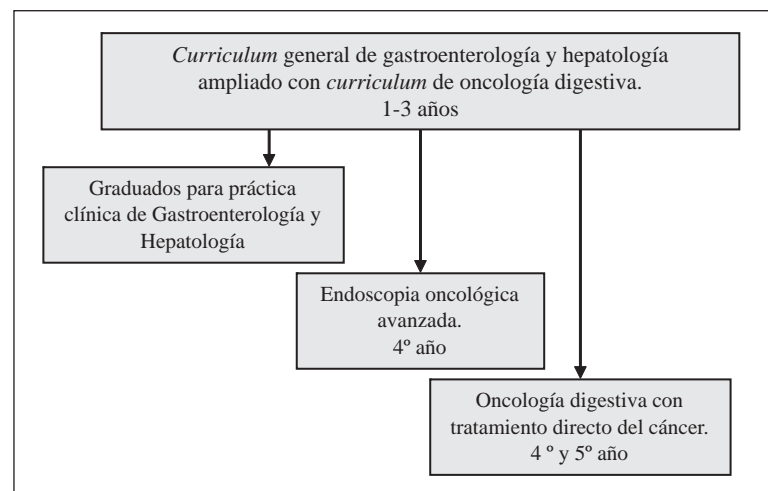


Figura 2. Esquema tentativo para el entrenamiento en Oncología Digestiva. Adaptado al español de Winawer y cols¹⁰.

Gastroenterología y algo más...

El gastroenterólogo del futuro, debe evolucionar a un rol más activo en equipos multidisciplinarios. El desarrollo de este *curriculum* requiere del liderazgo de las Sociedades Científicas y los Centros Formadores.

Se requiere de sistemas que faciliten estudios rigurosos del valor de esta propuesta, en relación a los resultados en los pacientes y en la continuidad de la atención. Construir o facilitar bases de datos y redes de ensayos clínicos, especialmente regionales.

Los cambios son difíciles y pueden dificultar el camino si se perciben como entrometerse en el campo de otros especialistas o pedir demasiado a un gastroenterólogo ya sobrecargado. Es necesario resolver varios ítems como el soporte financiero y los recursos para entrenar en esta dirección.

Sin embargo, la única razón para este cambio es mejorar la vida de nuestros pacientes y nos corresponde comprobar el valor de la propuesta.

Debe promoverse una discusión amplia sobre el tema y obtener la hoja de ruta para estos objetivos difíciles, pero atractivos y derribar barreras.

En los próximos años el número de oncólogos que deberán tener a cargo esta creciente cantidad de pacientes con cáncer digestivo y que sobreviven, será claramente insuficiente. Se hará diagnóstico y terapia más precoz y la sobrevida mejorará. Los gastroenterólogos están llamados a asumir un rol más relevante, en esta carga de trabajo en el tratamiento directo de estos pacientes y como parte del equipo multidisciplinario.

Las Sociedades Científicas de Gastroenterología y Hepatología han abordado este interesante tema, llegando a algunas opiniones de consenso. Es probablemente el trabajo conjunto de oncólogos y gastroenterólogos, lo que desarrollará de una forma armónica y útil esta disciplina.

“Es necesario abrir la mente y abrir las compuertas de una propuesta con presente y futuro.”...

“El progreso consiste en el cambio”

(Miguel de Unamuno)

Referencias

- Mathers CD, Boerma T, Fat DM. Global and regional causes of death. *Br Med Bull* 2009; 92: 7-32.
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Worldwide Cancer Statistics, September, 2011. En <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/world/cancer-worldwide-the-global-picture> [Consultado el 13 de mayo de 2012].
- Murray CJ, López AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease Study. *Lancet* 1997;349:1269-76.
- Everhart JE. The burden of digestive diseases in the United States. http://www3.niddk.nih.gov/Burden_of_Digestive_Diseases/index.shtml [Consultado el 8 de mayo de 2012].
- SEER Cancer Statistic Review 1975-2005. National Cancer Institute. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2005/results_merged/topic_med_age.pdf [Consultado el 8 de mayo de 2012].
- Medina E, Kaempffer AM. Mortalidad por cáncer en Chile: Consideraciones epidemiológicas. *Rev Med Chile* 2001; 129: 1195-202.
- Jiménez de la Jara J. Informe Final: Mapa de la investigación en cáncer en Chile. Cancer Research Map Chile. Consorcio Tecnológico en Biomedicina Clínico-Molecular Aplicada (BMRC-Chile) Programa de Salud Pública y Centro de Evaluaciones Económicas y Sociales en Salud. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. Diciembre, 2010. <http://www.saludunderecho.cl/archivos/2010/12/Mapa-del-C3%A1ncer-en-Chile-2010.pdf> [Consultado el 13 de mayo de 2012].
- Varmus H. The New Era in Cancer Research. *Science* 2006; 312: 1162-5.
- Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Are increasing 5-Year survival rates evidence of success against cancer? *JAMA* 2000; 283: 2975-9.
- Winawer SJ, Pasricha PJ, Schmiegel W, Sinicrope FA, Sung J, Seufferlein T, et al. The Future Role of the Gastroenterologist in Digestive Oncology: An International Perspective. *Gastroenterology* 2011; 141: e13-e21.
- Sung J. Future role of gastroenterologists in digestive oncology in the Asia Pacific region: Panir Chelvam Memorial Lecture, Asian Pacific Digestive Week 2010. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26: 432-6.
- Fosman E, Sáenz R, Yurdaydin C, Kozu T. Standards in gastroenterology training: a comprehensive guide to basic standards in gastroenterology. Milwaukee, WI: World Gastroenterology Organization, 2007.
- Mulder CJ, Peeters M, Cats A, Dachele A, Droste T. Digestive Oncologist in Gastroenterology Training Curriculum. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 1109-15.