

# La preservación del recto como alternativa en pacientes con cáncer localmente avanzado

María Laura Morici y Carlos A. Vaccaro

Vaccaro CA, Yazzi FJ, Ojea Quintana G, Santino JP, Sardi ME, Beder D, Tognelli J, Bonadeo F, Lastiri JM, Rossi GL. Locally advanced rectal cancer: Preliminary results of rectal preservation after neoadjuvant chemoradiotherapy. *Cir Esp.* 2016; 94(5):274-9.

El cáncer colorrectal es una enfermedad altamente prevalente. En la Argentina constituye la segunda causa de muerte por cáncer, solo superada por el cáncer de pulmón<sup>1</sup>. La baja adhesión a las estrategias de rastreo deriva en un alto porcentaje de pacientes que se presentan con lesiones avanzadas al momento del diagnóstico. Particularmente en el cáncer de recto, este hecho no solo se asocia a un aumento en la presentación de metástasis a distancia sino también en una alta incidencia de recidivas locales. En estos casos, la implementación de una asociación de radioterapia y quimioterapia constituye una herramienta importante para mejorar los resultados a largo plazo. En el año 2004, un grupo de investigadores alemanes liderado por R. Sauer<sup>2</sup> publicó un estudio que demostró que la quimiorradioterapia administrada antes de la cirugía (neoadyuvancia) ofrece un mejor control de la recidiva local y menor toxicidad. Un hallazgo no esperado de ese trabajo fue que el 8% de los pacientes tenía una respuesta patológica completa (RPC) en la pieza quirúrgica. Esto fue confirmado por otros autores que informan una incidencia de hasta un 16%<sup>3</sup>. Este fenómeno impulsó a un grupo brasileño liderado por la Dra. Prof. Angelita Habr Gama a proponer el tratamiento conservador no resectivo (conocido como *Watch & Wait*) en pacientes que presentan respuesta clínica completa luego de la neoadyuvancia. Esta estrategia ha comenzado a ser implementada por equipos norteamericanos<sup>4</sup> y europeos<sup>5</sup> en un grupo altamente seleccionado de pacientes con resultados oncológicos satisfactorios. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que hasta un 75% de los pacientes con respuesta clínica completa tienen residuos tumorales luego de una cirugía resectiva<sup>6-7</sup>. Dado que no existe un estudio diagnóstico con la suficiente sensibilidad y especificidad para detectar restos tumorales en los pacientes con respuesta clínica completa, esta estrategia todavía es resistida por otros grupos de referencia. En consecuencia, quienes abogan por el tratamiento conservador (*Watch &*

*Wait*) sostienen la necesidad de un estricto seguimiento por un equipo multidisciplinario, bajo consentimiento informado del paciente.

En el artículo en referencia<sup>8</sup> se presenta la experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires con un estudio de cohorte retrospectivo. Se han evaluado 204 pacientes con tumores de recto medio o inferior (distancia al margen anal menor de 11 cm), localmente avanzados (aquellos que presentan fijación extrarrectal marcada al tacto rectal, invasión esfinteriana, resonancia magnética nuclear con amenaza del margen de resección circunferencial 1-2 mm o una invasión tumoral del mesorrecto superior a 5 mm). En dicha serie se compararon los resultados oncológicos entre los pacientes que luego de una respuesta clínica completa no fueron operados (grupo *Watch & Wait*) y los pacientes sometidos a cirugía resectiva que resultaron tener una respuesta patológica completa. Ambos grupos tuvieron 23 pacientes y la mediana de seguimiento fue de 46 meses. Si bien se observó una alta tasa de recaída local en el grupo *Watch & Wait* (4/23, 17%), todas las recidivas pudieron ser tratadas quirúrgicamente con intención oncológica curativa (ya sea con resección local o resección anterior). Por su parte, en el grupo de RPC, no se observaron recaídas locales.

A pesar de las limitaciones para identificar a los pacientes que –aun con respuesta clínica completa– tienen residuos tumorales y que por ende presentan recidiva local, los resultados que muestra la bibliografía actual y la experiencia publicada en este artículo abren un panorama alentador en el paradigma del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado. No obstante, por el momento, la decisión del tratamiento final se basa no solo en el grado de respuesta clínica sino también en el criterio del cirujano tratante y considerando la decisión consensuada con los pacientes. En resumen, los resultados globales de este estudio alienan a indicar un tratamiento conservador en pacientes que responden favorablemente al tratamiento neoadyuvante. Sin embargo, los autores destacan la importancia en la selección de pacientes, que incluye la evaluación clínica por cirujanos especializados y también la evaluación con estudios complementarios de imágenes de alta calidad

Recibido 30/09/16

Aceptado 13/10/16

Sección de Colon y Proctología, Servicio de Cirugía General.  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.  
Correspondencia: maria.morici@hospitalitaliano.org.ar

como la resonancia magnética nuclear (RMN) con difusión, la cual ha sumado una herramienta importante a este fin<sup>9</sup>, con una seguridad diagnóstica de 43-60%, similar a la ecografía transrectal<sup>10</sup>. Finalmente, la evaluación por un

equipo multidisciplinario que incluya oncólogos, radioterapeutas, especialistas en diagnóstico por imágenes, además del equipo quirúrgico, es fundamental en la selección y el seguimiento de estos pacientes.

---

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflicto de interés.

---

## REFERENCIAS

1. Inter-sociedades PNDC. Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL. 2010. [www.msal.gov.ar/inc](http://www.msal.gov.ar/inc) (pagina web del ministerio de salud, Instituto Nacional del Cancer)
2. Sauer R, Becker H, Hohenberger W, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med.* 2004;351(17):1731-40.
3. Maas M, Nelemans PJ, Valentini V, et al. Long-term outcome in patients with a pathological complete response after chemoradiation for rectal cancer: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Oncol.* 2010;11(9):835-44.
4. Smith JD, Ruby JA, Goodman KA, et al. Nonoperative management of rectal cancer with complete clinical response after neoadjuvant therapy. *Ann Surg.* 2012;256(6): 965-72.
5. Maas M, Beets-Tan RG, Lambregts DM, et al. Wait-and-see policy for clinical complete responders after chemoradiation for rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29(35): 4633-40.
6. Hiotis SP, Weber SM, Cohen AM, et al. Assessing the predictive value of clinical complete response to neoadjuvant therapy for rectal cancer: an analysis of 488 patients. *J Am Coll Surg.* 2002;194(2): 131-5; discussion 135-6.
7. Zmora O, Dasilva GM, Gurland B, et al. Does rectal wall tumor eradication with preoperative chemoradiation permit a change in the operative strategy? *Dis Colon Rectum.* 2004;47(10): 1607-12.
8. Vaccaro C, Yazzy F, Ojea G, et al. Cáncer de recto localmente avanzado: resultados preliminares de la preservación del recto después de quimiorradioterapia neoadyuvante. *Cirugía Española.* 2016;94(5): 274-279
9. Suppiah A, Hunter IA, Cowley J, et al. Magnetic resonance imaging accuracy in assessing tumour down-staging following chemoradiation in rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2009;11(3): 249-53.
10. Vanagunas A, Lin DE, Stryker SJ. Accuracy of endoscopic ultrasound for restaging rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation therapy. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99(1):109-12.