



## O-293 - RESPUESTA PATOLÓGICA E INTERVALO ENTRE QUIMIOTERAPIA Y CIRUGÍA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO ONCOLÓGICO

Tonello, Marco<sup>1</sup>; Alonso Casado, Óscar<sup>2</sup>; Ortega Pérez, Gloria<sup>2</sup>; González Moreno, Santiago<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Padua, Italia; <sup>2</sup>MD Anderson, Madrid.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** El tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (LARC) se basa en quimiorradioterapia neoadyuvante y resección quirúrgica. Se recomienda que la cirugía se lleve a cabo 6-8 semanas después de la radioterapia, evitando la fase inflamatoria aguda, para minimizar el riesgo de complicaciones. La respuesta patológica, medida como grado de regresión tumoral (TRG), es uno de los factores pronósticos de supervivencia más importantes en el LARC. El objetivo del estudio es analizar la relación entre el intervalo desde el fin de la quimiorradioterapia y la respuesta patológica en nuestros pacientes.

**Métodos:** Hemos revisado retrospectivamente las historias de todos los pacientes intervenidos en nuestro hospital por cáncer de recto desde 2003 a 2015. Seleccionamos aquellos pacientes que presentaban LARC y fueron tratados con quimiorradioterapia neoadyuvante. Recogimos variables relacionadas con los pacientes, el tumor, la cirugía y el seguimiento. Para el análisis estadístico se utilizaron los test de t-Student, chi-cuadrado o test exacto de Fisher y Log-Rank (Mantel-Cox) cuando fue apropiado, con el programa SPSS v.20.0 (SPSS Inc. Chicago, IL).

**Resultados:** De los 139 pacientes tratados en nuestro hospital por cáncer de recto entre 2003 y 2015, 87 cumplieron criterios de inclusión. Los pacientes con respuesta patológica completa (TRG1) o casi completa (TRG1 y 2) tienen mayor supervivencia global (OS) y supervivencia libre de enfermedad (DFS) (p 0,07 y p 0,0001). Ninguna otra variable (como el estado de T y N, tipo de resección, distancia al margen anal) mostró asociación con la supervivencia. La respuesta patológica fue: TRG1 en 22,9% de los pacientes, TRG2 en 46,1%, TRG3 en 22,9%, TRG4 en 8,1%, TRG5 en 0%. El intervalo hasta la cirugía fue: antes de 6 semanas en el 15,6%, entre 6 y 8 semanas en el 49,4%, entre 8 y 10 semanas en el 23,4% y después de 10 semanas en el 11,7%. TRG1 se detectó en el 8,3% de los pacientes tratados antes de 6 semanas, 21,1% entre 6 y 8 semanas, 33,3% entre 8 y 10 semanas y 22,2% en los pacientes operados después de 10 semanas. Cuando agrupamos TRG1 y TRG2 los resultados fueron: 58,3% antes de 6 semanas, 68,4% 6-8 semanas, 83,3% 8-10 semanas, 66,7% después de 10 semanas). El intervalo desde el fin de la quimiorradioterapia no se asoció de forma significativa con la OS y DFS.