

La quimiorradioterapia preoperatoria en el tratamiento del cáncer de recto

Uno de los objetivos del tratamiento del cáncer de recto es el aumentar los procedimientos con conservación de la función esfinteriana a la vez de mejorar las tasas de supervivencia disminuyendo las cifras de recurrencia locorregional, que cuando ocurre tiene en general un carácter ominoso. Con estos objetivos se han desarrollado diversas técnicas quirúrgicas, que incluyen la excisión total del mesorrecto, la resección local de los tumores T1 y T2 y la práctica de resecciones de recto con anastomosis coloanales con refinamientos coloplásticos de reservorio.

Estas técnicas no han conseguido un resultado estándar y fácilmente reproducible, habiendo una gran variabilidad en las tasas de recurrencia entre los distintos cirujanos y equipos quirúrgicos, por lo que se postula en muchos foros la necesidad de crear equipos superespecializados que atiendan a estos pacientes para conseguir mejorar los resultados.

Las mejoras en la estadificación de los tumores rectales, con la exploración digital rectal, la tomografía axial computarizada y la mayor precisión de la ecografía endorectal han permitido seleccionar a grupos de pacientes que se pueden beneficiar del tratamiento con resecciones locales transanales. En los tumores con estadio T1 y T2 de localización extraperitoneal menores de 3 cm y que se presentan como lesiones no ulceradas y bien diferenciadas, la resección local obtiene resultados de supervivencia similares a los obtenidos mediante resección anterior o la amputación abdominoperineal, si la resección es completa y se demuestra la ausencia de invasión linfática, vascular y perineural. Sin embargo, recientemente un estudio del grupo de Minnesota, aplicando esta técnica con rigurosa selección, demuestra unos índices de recurrencia del 18% en T1 y 37% en T2 después de 54 meses de seguimiento, y en un trabajo muy reciente este grupo llama la atención de que sólo el 80% de los que recurren pueden ser operados con intención curativa, y de ellos un 40% tienen una recurrencia posterior.

Las técnicas de resección del recto con intención curativa y preservación del esfínter se han desarrollado con el objetivo de aumentar la calidad de vida. Pero es necesario poder seleccionar los pacientes en los cuales la preservación del esfínter permite una función defecatoria normal. Muchos de estos pacientes pueden comportarse como portadores de una colostomía perineal, mucho más invalidante que una colostomía abdominal. La realización de estudios de manometría anorrectal previa a la cirugía

oncológica probablemente permitirá identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de una resección con anastomosis coloanal.

La radioterapia y quimioterapia se han utilizado como tratamiento complementario, habiéndose realizado muchísimos estudios con diferentes regímenes y combinaciones, desde hace casi 30 años. Hasta ahora, el comportamiento más habitual en los grupos europeos y americanos es la utilización de la quimiorradioterapia postoperatoria en relación con la estadificación patológica del espécimen quirúrgico. La radioterapia preoperatoria se ha utilizado con objeto de disminuir las tasas de recurrencia y la cifra de supervivencia. El estudio de cáncer rectal de Suecia es el primero que demuestra un aumento significativo de la supervivencia del 48 al 58% y unas tasas de recurrencia del 11 frente al 27% de la radioterapia preoperatoria de ciclo corto en todos los estadios de Dukes frente a la cirugía como único procedimiento. Los beneficios de la radioterapia preoperatoria son: disminuir la masa tumoral y conseguir una infraestadificación ganglionar, permitiendo la posibilidad de aumentar la cirugía conservadora de la función esfinteriana, y disminuir la recurrencia locorregional, con una aceptable tolerancia, sin los efectos adversos de la radioterapia postoperatoria, principalmente la enteritis actínica; además, se puede realizar sin que tenga un impacto significativo en la morbilidad postoperatoria.

No está definitivamente definido el papel de la quimiorradioterapia preoperatoria, cuál es el mejor régimen y la mejor combinación con la quimioterapia y el modo de usarla (en bolo o infusión continua) y a qué pacientes se les debe aplicar, si sólo a los estadios avanzados o a todos los tumores.

La radioterapia preoperatoria utilizada en estadios no invasivos puede que sobretrate a pacientes que no lo necesitan, pero la tolerancia es buena y puede mejorar los resultados clínicos en muchos casos en los que se aplican tratamientos conservadores y que, como referimos, tienen cifras nada despreciables de recurrencia. Se ha reportado una serie con una supervivencia a 5 años del 90% y una recurrencia del 14% utilizando la radioterapia preoperatoria y escisión de tumores T1 y T2 del tercio inferior del recto. Serán necesarios más estudios que confirmen estos resultados.

Existen varios trabajos, como el que se publica en este número de la revista, en los que la quimiorradioterapia

preoperatoria permite aumentar las tasas de cirugía conservadora de esfínteres sin aumento significativo de la mortalidad. La valoración del aumento de tasa de cirugía conservadora exige una valoración, antes y después del tratamiento con la quimiorradioterapia, de la necesidad de cirugía de amputación abdominoperineal hecha por el mismo cirujano, con unos criterios homogéneos.

Existen evidencias de que en la tercera parte de los pacientes tratados con radioterapia preoperatoria el tamaño tumoral (TNM) disminuye, así como el número de ganglios infiltrados. Sin embargo, esta reducción del TNM no se acompaña para muchos de una mayor supervivencia ni de un menor porcentaje de recurrencia, como ha publicado recientemente el grupo de Cleveland. Es necesario obtener métodos de estadificación posradioterapia diferente al TNM en estos casos y avanzar en el diagnóstico de las micrometástasis ganglionares por técnicas de biología molecular, para definir qué estrategias terapéuticas postoperatorias deben realizarse.

En algunos casos la radioterapia preoperatoria consigue una regresión completa de la tumoración. Si la cirugía que se requiere es una amputación abdominoperineal, ¿qué hacer en este caso? Existen escasos estudios, pero en uno de ellos se demuestra que estos pacientes estaban sin evidencia de enfermedad a 36 meses de seguimiento, sin realizarles ninguna cirugía. Sin embargo, un estudio reciente demuestra que la presencia de una respuesta total con quimiorradioterapia en la mucosa rectal no implica la ausencia de tumor residual en los ganglios del mesorrecto, por lo que el tratamiento estándar debe ser la cirugía radical hasta disponer de instrumentos precisos para valorar el estadio del tumor regional posquimiorradioterapia. La tomografía por emisión de positrones podría contribuir a la mejor estadificación ganglionar y a un diagnóstico más temprano de la recurrencia locorregional, pero aún no hay suficiente evidencia.

Es necesario avanzar con una buena investigación clínica sobre todos estos puntos para poder definir mejor el papel de la quimiorradioterapia preoperatoria en el cáncer de recto. Sería muy interesante la creación de un grupo español con unidades interesadas que diseñaran y desarrollaran un estudio prospectivo multicéntrico en esta línea de investigación.

M. Gómez Fleitas

Instituto de Patología Digestiva.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Bibliografía general

- Ahmad NR, Nagle DA. Preoperative radiation therapy followed by local excision. *Semin Radiat Oncol* 1998; 8: 36.
- Friel C, Cromwell J, Marra C, Madoff R, Rothenberger D, García-Aguilar J. Salvage radical surgery after failed transanal excision for early rectal cancer: do not count on it. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: A5.
- García-Aguilar J, Nellgren A, Sirivongs P, Brie D, Madoff RD, Rothenberger DA. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy, a word of caution. *Ann Surg* 2000; 3: 345-351.
- Habt-Gama A, Santinho B, de Souza PM. Low Rectal Cancer. Impact of radiation and chemotherapy on surgical treatment. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1087.
- Noone R, Fazio V, Lavery I. Response of large rectal cancers to preoperative radiotherapy does not predict outcome. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: A19.
- Rossi MB, Nakagawa WT, Novaes PE. Radiation and chemotherapy instead of surgery for low infiltrative rectal adenocarcinoma: a prospective trial. *Ann Surg Oncol* 1998; 5: 113.
- Stockholm Colorectal Cancer Study Group. Randomized study on preoperative radiotherapy in rectal carcinoma. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 423-430.