



## Opciones quirúrgicas en el cáncer de recto del tercio distal localmente avanzado. Necesidad de una superespecialización. Introducción

### Surgical options in locally advanced cancer of the distal third of the rectum. Need for superspecialization. Introduction

Eduardo García-Granero

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia  
Departamento de Cirugía, Universidad de Valencia, Valencia, España

Globalmente, la cirugía radical del cáncer de recto ha experimentado en los últimos 30 años grandes progresos en los resultados oncológicos a través de una serie de cambios encadenados en la práctica clínica. Estos cambios son: la implantación, difusión y reconocimiento universal de la escisión total del mesorrecto (ETM)<sup>1</sup>; la aplicación de la neoadyuvancia, inicialmente para todos los estadios II y III<sup>2</sup>; la evaluación objetiva de la calidad de la cirugía con parámetros patológicos como el margen de resección circunferencial (MRC) y la calidad del mesorrecto en el espécimen quirúrgico<sup>3,4</sup>; y, finalmente, la incorporación de la resonancia magnética a la estadificación preoperatoria, como elemento clave para la indicación de neoadyuvancia selectiva en relación, sobre todo, con la potencial infiltración de la fascia mesorrectal<sup>5,6</sup>, así como la planificación de una posible resección extendida en los casos de tumores T4<sup>7</sup>.

La combinación e integración de estos elementos, y de los distintos especialistas relacionados, constituye el núcleo de los grupos multidisciplinares (GMD), elemento básico para el manejo actual del cáncer de recto. Sin embargo, el espectro de los resultados oncológicos y la morbilidad de la cirugía cambian cuando se analiza de forma específica el cáncer del tercio inferior del recto y diversos aspectos importantes ponen de manifiesto la necesidad de la superespecialización,

la centralización y el volumen adecuado de pacientes para conseguir cirujanos expertos con buenos resultados.

El tercio distal del recto es una división arbitraria que para bastantes grupos se extiende hasta los 5-6 cm del margen de ano medido con rectoscopia rígida. Dicho de otra forma, el cáncer de recto inferior es aquel cuyo límite inferior se sitúa a nivel o inferior al origen de los elevadores en la pared lateral de la pelvis<sup>8</sup>. Anatómicamente, este pequeño segmento comprende la zona terminal del recto con escasa grasa mesorrectal, la zona de transición y el propio canal anal con el plano de los elevadores y el aparato esfíntérico. Todo ello tiene importantes implicaciones en la estadificación, selección de la neoadyuvancia, tipo de tratamiento quirúrgico y, en consecuencia, la calidad de vida de los pacientes que presentan un cáncer en esta localización.

Así, para un tumor situado en una longitud de 5-6 cm correspondiente al tercio distal del recto podrán seleccionarse procedimientos tan distintos como la escisión local en los tumores precoces<sup>9</sup> o la escisión radical con ETM en los localmente avanzados. Y dentro de esta opción deberemos elegir entre las técnicas de preservación de esfínteres, como la resección anterior ultrabaja (RAUB) con anastomosis mecánica, las resecciones interesfintéricas, con anastomosis manual transanal, o incluso procedimientos como el pull-through. Por

el contrario, en pacientes frágiles, con deterioro basal de la continencia fecal o en los que el tumor comprometa los esfínteres del ano, la técnica a realizar será la amputación abdominoperineal<sup>10</sup>.

Además, en el cáncer de recto distal localmente avanzado, la ETM presenta con mayor frecuencia un MRC afectado y una peor calidad del mesorrecto<sup>4,11</sup>. La RAUB puede ser difícil técnicamente, tanto con cirugía convencional como por laparoscopia, especialmente para seleccionar y realizar la sección del borde distal al tumor<sup>12</sup>. Ante esta dificultad surge la resección interesfintérica como otra opción terapéutica que demanda criterio y experiencia en sus indicaciones y su realización para obtener una calidad de vida aceptable. De ahí el origen e interés potencial en las nuevas técnicas de la ETM vía transanal<sup>13</sup>. Otra de las razones evidentes para la subespecialización surge de la renovación conceptual de la ELAPR (*extralevator abdominoperineal resection*) y la controversia de si debe realizarse en posición supino o prono, como consecuencia de las cifras alarmantes de tasas de recidivas locales comparadas con la RAUB, elevadas tasas de MRC afectado, perforación y mesorrectos insatisfactorios, obtenidas con la amputación de recto convencional<sup>14-16</sup>.

Finalmente, tampoco debemos olvidar que un porcentaje elevado de pacientes son clínicamente T4b, que precisan para su potencial curación de una resección extendida, multiviscebral o incluso de una exenteración pélvica<sup>17</sup>. La indicación, la planificación y la ejecución adecuadas de estas últimas exige la participación de varios especialistas coordinados por un cirujano colorrectal muy experto, el máximo nivel técnico y precisión para intentar conseguir una resección oncológica R0, sin olvidar la importancia de la reconstrucción del suelo pélvico y periné, opcionalmente con colgajos miocutáneos, para disminuir la morbilidad y proporcionar un nivel aceptable de calidad de vida<sup>18</sup>.

Las indicaciones quirúrgicas del cáncer de recto del tercio inferior exigen cirujanos expertos integrados en GMD que evalúen adecuadamente las indicaciones basándose de forma individualizada y combinada en el factor tumor, su localización, extensión y relación con los esfínteres; el factor paciente, especialmente su estado de salud, sus expectativas, y, finalmente, el factor cirujano, sobre todo en cuanto a su experiencia directamente relacionada con el volumen de casos/año y grado de especialización<sup>19</sup>.

Igual que en otros países europeos, en la última década hemos realizado en el ámbito nacional un gran esfuerzo promovido por la Asociación Española de Cirujanos para implantar y difundir la ETM<sup>20</sup>, pero parece que no está todo hecho. En la década pasada, el Reino Unido también desarrolló un programa nacional educativo de GMD en la aplicación de la ETM. Sin embargo, recientemente, en ese país se ha implantado un programa nacional de salud para la formación de GMD en el manejo del cáncer de recto del tercio inferior conocido como LOREC (*low rectal cancer*)<sup>8</sup>. Este programa puede servir como orientación y modelo de algo necesario a implantar en nuestro país para continuar con la mejoría experimentada en el tratamiento del cáncer de recto. El objetivo principal de este número monográfico de CIRUGÍA ESPAÑOLA va en esa dirección, al poner de manifiesto la complejidad y necesidad

de superespecialización del tratamiento del cáncer de recto del tercio inferior.

## Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## B I B L I O G R A FÍ A

1. Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision, 1978-1997. Arch Surg. 1998;133:894-9.
2. Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Putter H, Steup WH, Wiggers T, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med. 2001;345:638-46.
3. Nagtegaal ID, Quirke P. What is the role for the circumferential margin in the modern treatment of rectal cancer? J Clin Oncol. 2008;26:303-12.
4. Quirke P, Steele R, Monson J, Grieve R, Khanna S, Couture J, et al; MRC CR07/NCIC-CTG CO16 Trial Investigators; NCRI Colorectal Cancer Study Group. Effect of the plane of surgery achieved on local recurrence in patients with operable rectal cancer: a prospective study using data from the MRC CR07 and NCIC-CTG CO16 randomised clinical trial. Lancet. 2009;373:821-8.
5. Frasson M, García-Granero E, Roda D, Flor-Lorente B, Roselló S, Esclapez P, et al. Preoperative chemoradiation may not always be needed for patients with T3 and T2N+ rectal cancer. Cancer. 2011;117:3118-25.
6. Taylor FG, Quirke P, Heald RJ, Moran B, Blomqvist L, Swift I, et al; MERCURY study group. Preoperative high-resolution magnetic resonance imaging can identify good prognosis stage I, II, and III rectal cancer best managed by surgery alone: a prospective, multicenter, European study. Ann Surg. 2011;253:711-9.
7. Taylor FG, Quirke P, Heald RJ, Moran BJ, Blomqvist L, Swift IR, et al. Preoperative magnetic resonance imaging assessment of circumferential resection margin predicts disease-free survival and local recurrence: 5-year follow-up results of the MERCURY Study. J Clin Oncol. 2014;32:34-43.
8. Moran BJ, Holm T, Brannagan G, Chave H, Quirke P, West N, et al. The English National Low Rectal Cancer Development Programme (LOREC): key messages and future perspectives. Colorectal Dis. 2014;16:173-8.
9. You YN, Baxter NN, Stewart A, Nelson H. Is the increasing rate of local excision for stage I rectal cancer in the United States justified?: a nationwide cohort study from the National Cancer Database. Ann Surg. 2007;245:726-33.
10. Tytherleigh MG, McMortensen NJ. Options for sphincter preservation in surgery for low rectal cancer. Br J Surg. 2003;90: 922-33.
11. García-Granero E, Faiz O, Muñoz E, Flor B, Navarro S, et al. Macroscopic assessment of mesorectal excision in rectal cancer: A useful tool for improving quality control in a multidisciplinary team. Cancer. 2009;115:3400-11.
12. Rullier E, Sa Cunha A, Couderc P, Rullier A, Gontier R, Saric J. Laparoscopic intersphincteric resection with coloplasty and coloanal anastomosis for mid and low rectal cancer. Br J Surg. 2003;90:445-51.
13. De Lacy AM, Rattner DW, Adelsdorfer C, Tasende MM, Fernández M, Delgado S, et al. Transanal natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) rectal resection:

- "down-to-up" total mesorectal excision (TME)--short-term outcomes in the first 20 cases. *Surg Endosc.* 2013; 27:3165-72.
14. Shihab OC, Brown G, Daniels IR, Heald RJ, Quirke P, Moran BJ. Patients with low rectal cancer treated by abdominoperineal excision have worse tumors and higher involved margin rates compared with patients treated by anterior resection. *Dis Colon Rectum.* 2010;53:53-6.
15. De Campos-Lobato LF, Stocchi L, Dietz DW, Lavery IC, Fazio VW, Kalady MF. Prone or lithotomy positioning during an abdominoperineal resection for rectal cancer results in comparable oncological outcome. *Dis Colon Rectum.* 2011;54: 939-46.
16. Holm T. Controversies in abdominoperineal excision. *Surg Oncol Clin N Am.* 2014;23:93-111.
17. Smith JD, Nash GM, Weiser MR, Temple LK, Guillem JG, Paty PB. Multivisceral resections for rectal cancer. *Br J Surg.* 2012; 99:1137-43.
18. Austin KK, Young JM, Solomon MJ. Quality of life of survivors after pelvic exenteration for rectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 2010;53:1121-6.
19. Wibe A, Law WL, Fazio V, Delaney CP. Tailored rectal cancer treatment--a time for implementing contemporary prognostic factors? *Colorectal Dis.* 2013;15:1333-42.
20. Ortiz H, Codina A; en representación del Grupo Colaborador del Proyecto Vikingo. The Spanish Association of Surgeon's audited teaching programme for rectal cancer. Results after six years. *Cir Esp.* 2013;91:496-503.