

Cáncer de recto: valor de la resección del mesorrecto en el pronóstico de la enfermedad

M. Pera

Servicio de Cirugía. Hospital del Mar. Barcelona. España.

El mesorrecto es el tejido graso, linfovascular y nervioso que rodea al recto de forma circunferencial, empezando en el promontorio sacro. Desde ahí desciende e inmediatamente por debajo de la fascia rectosacra disminuye de grosor, a la altura del tercio distal.

La afectación del mesorrecto en pacientes con cáncer de recto puede ser por extensión directa, mediante infiltración de los ganglios linfáticos o en forma de depósitos aislados¹. La importancia clínica del mesorrecto y de su exérésis quirúrgica se debe, precisamente, a la demostración de depósitos tumorales distantes del tumor primario². El porcentaje de metástasis en el mesorrecto distal al tumor primario varía entre un 4 y un 20%, y con frecuencia se extiende más lejos que la afectación intramural³. Por otro lado, existe una estrecha correlación entre el grado de afectación del mesorrecto y el pronóstico después de la cirugía⁴. En un estudio sobre 167 pacientes intervenidos de forma consecutiva, la supervivencia a los 5 años fue significativamente mayor en pacientes con afectación discreta del mesorrecto (< 5 mm) que en aquellos con una afectación mesorrectal más extensa (55 frente al 25%).

EXÉRESIS TOTAL DEL MESRECTO: EL CIRUJANO COMO FACTOR PRONÓSTICO

El objetivo de la cirugía es conseguir unos márgenes radiales libres tanto del tumor primario como de los posibles depósitos tumorales en el mesorrecto. Por ello, una amplia resección a través de los planos anatómicos es la técnica estándar en la cirugía del cáncer de recto. Esta resección anatómica incluye la disección del espacio presacro mediante visualización directa, preservación de la integridad de la fascia mesorrectal y la exérésis total del mesorrecto (ETM), especialmente en los tumores del tercio medio e inferior⁵. El valor de esta técnica quirúrgica no se ha demostrado de forma rigurosa y, probablemente, nunca llegue a realizarse un estudio prospectivo y aleatorio. Sin embargo, las evidencias que permiten recomendar la ETM como técnica de elección proceden de estudios bien diseñados de cohortes o casos y controles en los que

se asocia a porcentajes de recurrencia local inferiores al 10%^{6,7}.

Así como la afectación del mesorrecto es un importante indicador de la gravedad de la enfermedad, la ETM es una importante variable técnica⁵. La influencia que la variabilidad en la técnica quirúrgica tiene sobre el resultado de la cirugía del cáncer de recto ha sido bien demostrada, especialmente en lo que se refiere a porcentajes de recurrencia local⁸. La técnica realizada por el cirujano adquiere, de esta forma, un importante valor pronóstico. La introducción en algunos países de programas destinados a formar a un grupo específico de cirujanos en la técnica de la ETM ha permitido no sólo reducir los porcentajes de recurrencia local del 40 al 10%, sino también mejorar la supervivencia⁹⁻¹¹.

La evaluación que el patólogo realiza de la pieza de resección, complemento de la valoración efectuada por el cirujano durante la operación, proporciona una información muy útil sobre la calidad de la ETM y, por tanto, sobre la probabilidad de recurrencia local¹². En un estudio sobre 478 pacientes intervenidos por cáncer de recto, dos tercios de todas las recurrencias locales fueron anticipadas por la evidencia, quirúrgica o patológica, de una resección incompleta en el momento de la intervención¹³. Otros estudios han demostrado mayores porcentajes de recurrencia local en pacientes cuyos márgenes circunferenciales de resección están afectados por la enfermedad¹. El hecho de que la mayoría de las recidivas locales sean extrarrectales más que anastomóticas y que la ETM con márgenes radiales libres se asocie con porcentajes menores de recurrencia local^{14,15} apoya la importancia de conseguir una resección completa del mesorrecto. La afectación del margen circunferencial tras realizar una resección completa del mesorrecto con intención curativa indica enfermedad avanzada, no cirugía inadecuada; en esos casos la muerte por enfermedad a distancia suele producirse antes que la recurrencia local^{5,16}.

Por otra parte, estudios histopatológicos en los que se han investigado con especial interés los depósitos tumorales en el mesorrecto indican que un margen mesorrectal distal al tumor de unos 4 cm es suficiente³.

¿ES SUFFICIENTE LA EXÉRESIS TOTAL DEL MESORECTO?

Algunos consideran que la ETM puede reducir los porcentajes de recurrencia local de forma suficiente para que sea posible disminuir el número de pacientes que precisan radioterapia preoperatoria. Esta hipótesis se ha estudiado en un reciente ensayo clínico holandés en el que pacientes con cáncer de recto resecable, no adherido a estructuras adyacentes, fueron aleatorizados en dos grupos: exéresis completa del mesorrecto frente a exéresis completa del mesorrecto más radioterapia externa preoperatoria (25 Gy)¹⁷. Los resultados preliminares de este estudio, tras un seguimiento de dos años, demuestran que la radioterapia todavía proporciona un beneficio adicional: la radioterapia preoperatoria disminuye el porcentaje de recurrencia local incluso cuando se administra a aquellos pacientes a los que posteriormente se les practica una ETM. Los resultados de este estudio indican que no todas las recurrencias locales son atribuibles a una técnica quirúrgica subóptima, sino que en algunos casos pueden explicarse mejor por la extensión local del tumor o por sus características biológicas en el momento de la cirugía.

CONCLUSIÓN

En resumen, con las evidencias actuales, para tumores del recto superior (10 a 15 cm del margen anal) la recomendación es practicar una resección anterior con sección del recto 4-5 cm por debajo del tumor, mientras que en los tumores del tercio medio e inferior debe realizarse una ETM con anastomosis colorrectal baja o coloanal⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quirke P, Durdey P, Dixon M, Williams N. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. *Lancet* 1986;2:996-9.
2. Heald R, Husband E, Ryall R. The mesorectum in rectal cancer surgery-the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 1982;69:613-6.
3. Hida J, Yasutomi M, Maruyama T, Fujimoto K, Uchida T, Okuno K. Lymph node metastases detected in the mesorectum distal to carcinoma of the rectum by the clearing method: justification of total mesorectal excision. *J Am Coll Surg* 1997;184:584-8.
4. Cawthorn S, Parums D, Gibbs N, A'Hern R, Caffarey S, Broughton C, et al. Extent of mesorectal spread and involvement of lateral resection margin as prognostic factor after surgery for rectal cancer. *Lancet* 1990;335:1055-9.
5. Nelson H, Petrelli N, Carlin A, Couture J, Fleshman J, Guillem J, et al. Guidelines 2000 for colon and rectal surgery. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:583-96.
6. McFarlane J, Ryall R, Heald R. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993;341:457-60.
7. Arbman G, Nilsson E, Hallböök O, Sjödhal R. Local recurrence following total mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg* 1996;83:375-9.
8. Stocchi L, Nelson H, Sargent D, O'Connell M, Tepper J, Krook J, et al. Impact of surgical and pathologic variables in rectal cancer: a United States community and cooperative group report. *J Clin Oncol* 2001;19:3895-902.
9. Kockerling F, Reymond M, Altendorf-Hofmann A, Dworak O, Hohenberger W. Influence of surgery on metachronous distant metastases and survival in rectal cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:324-9.
10. Martling A, Holm T, Rutqvist L, Moran B, Heald R, Cedemark B. Effect of a surgical training programme on outcome of rectal cancer in the County of Stockholm. Stockholm Colorectal Cancer Study Group. Basingstoke Bowel Cancer Research Project. *Lancet* 2000;356:93-6.
11. Wibe A, Moller B, Norstein J, Carlsen E, Wiig J, Heald R, et al. A national strategic change in treatment policy for rectal cancer-implementation of total mesorectal excision as routine treatment in Norway. A national audit. *Dis Colon Rectum* 2002;45:857-66.
12. Nagtegaal I, Van de Velde C, Van der Worp E, Kapiteijn E, Quirke P, Van Krieken H. Macroscopic evaluation of rectal cancer resection specimen: clinical significance of the pathologist in quality control. *J Clin Oncol* 2002;20:1729-34.
13. Goldberg P, Nicholls R. Prediction of local recurrence and survival of carcinoma of the rectum by surgical and histopathological assessment of local clearance. *Br J Surg* 1995;82:1054-6.
14. Lopez-Kostner F, Lavery I, Hool G, Rybicki L, Fazio V. Total mesorectal excision is not necessary for cancers of the upper rectum. *Surgery* 1998;124:612-7.
15. Zaheer S, Pemberton J, Farouk R, Dozois R, Wolff B, Ilstrup D. Surgical treatment of adenocarcinoma of the rectum. *Ann Surg* 1998;227:800-11.
16. Hall N, Finan P, Al-Jaberi T, Tsang C, Brown S, Dixon M. Circumferential margin involvement after mesorectal excision of rectal cancer with curative intent. Predictor of survival but not local recurrence? *Dis Colon Rectum* 1998;41:979-83.
17. Kapiteijn E, Marijnen C, Nagtegaal I, Putter H, Steup W, Wiggers T, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001;345:638-46.