



REVISTA DE REVISTAS

Schrag D. et al. Quimioterapia neoadyuvante sin el uso rutinario de terapia radiante para pacientes con tumores de recto localmente avanzados: un ensayo piloto. *J Clin Oncol* 2014; 32:513-8. DOI: 10.1200/JCO.2013.51.7904.

Propósito: aunque la radioquimioterapia neoadyuvante (RQT) logra bajos índices de recidiva local en tumores del recto en estadios clínicos II y III, retarda la administración de una quimioterapia óptima. Los autores evalúan una quimioterapia (QT) preoperatoria de FOLFOX/bevacizumab con un uso selectivo de radioquimioterapia preoperatoria.

Pacientes y método: treinta y dos pacientes con un cáncer de recto en estadios II y III participaron de este ensayo de una sola institución (*Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*). Todos los pacientes eran candidatos a una resección anterior baja con escisión total del mesorrecto. El esquema incluía 6 ciclos de FOLFOX más 2 ciclos de bevacizumab (ciclos 1 y 4). Los pacientes con enfermedad estable o con progresión del tumor fueron a RQT previa a la cirugía radical, mientras que los respondedores (de acuerdo al examen clínico, RM y USER) fueron a cirugía inmediata. Se recomendó la indicación de 6 ciclos de FOLFOX postoperatorio. El resultado primario a medir fue la tasa de resección completa (R0).

Resultados: entre abril de 2007 y diciembre de 2008 los 32 pacientes incluidos en el estudio lograron una R0. Dos no completaron la QT preoperatoria por toxicidad cardiovascular. Ambos fueron a RQT preoperatoria y luego resecados (R0). De los 30 pacientes que completaron la QT preoperatoria, se comprobó regresión tumoral en todos y fueron a cirugía radical sin RQT preoperatoria. La respuesta patológica completa a la QT exclusiva fue 25% (8 de 32). La recidiva local a 4 años fue 0% y la sobrevida libre de enfermedad fue 84%.

Conclusión: en pacientes seleccionados portadores de un cáncer rectal en estadios II y III, la QT neoadyuvante y la terapia radiante selectiva no parecen comprometer los resultados oncológicos. La RQT preoperatoria estándar y la radiación preoperatoria selectiva y evaluación luego de QT (FOLFOX), y la resección del mesorrecto (PROSPECT) son alternativas terapéuticas actualmente en estudio en

ensayos prospectivos fase III en un estudio cooperativo en EE. UU. y Canadá.

Hugen N. et al. Pronóstico y valor de la quimioterapia adyuvante en los carcinomas colorrectales mucinosos estadios III. *Ann Oncol*. 2013; 24:2819-24.

Antecedentes: los adenocarcinomas mucinosos colorrectales (MC) se han asociado a un mal pronóstico comparado con los adenocarcinomas no-mucinosos (NMC). Mientras se sabe que la respuesta a la quimioterapia paliativa es pobre en los tumores MC, se desconoce el beneficio de la quimioterapia adyuvante en grandes poblaciones. Este estudio analiza la sobrevida global (OS) y la eficacia de la quimioterapia adyuvante en pacientes sometidos a una resección radical por un tumor MC.

Pacientes y método: estudio poblacional de 27.251 pacientes no seleccionados con diagnóstico de cáncer colorrectal entre 1990 y 2010 y registrados en forma prospectiva en una base de datos de anatomía patológica.

Resultados: los tumores MC correspondieron al 12,3% del total, el 52,4% del género femenino. En comparación con los tumores NMC, los tumores MC se localizaron con mayor frecuencia en el colon proximal (54,3% vs. 30,6%; $p < 0,001$). Los tumores NMC fueron estadificados en estadios I más frecuentemente que los tumores MC (20,5% vs. 10,9%; $p < 0,001$). Ajustando por covariables, los tumores MC presentan un mayor riesgo de muerte solo cuando están localizados en el recto (HR 1,22; IC 95%: 1,11-1,34). El análisis multivariado (modelo de regresión de Cox) muestra una sobrevida similar luego de quimioterapia en los pacientes MC y NMC en estadios III.

Conclusión: el peor pronóstico de los tumores MC solo se observa en la localización rectal. En el escenario de la adyuvancia, no hay diferencias en la eficacia de la quimioterapia en ambos tipos histológicos. Por lo tanto, las actuales recomendaciones para quimioterapia adyuvante en el cáncer colorrectal no deben considerar el tipo histológico.

Guillermo Bannura
Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile
Correo electrónico: gbannura@vtr.net