



Revista Colombiana de Cancerología

www.elsevier.es/cancerologia



ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

Cáncer de recto localmente avanzado. La necesidad de la superespecialización



Fernando Fernández López^{a,*}, Jesús Pedro Paredes Cotore^a,
Antonio Gómez Caamaño^b, Paula Peleteiro Higuero^b y Manuel Bustamante Montalvo^a

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Galicia, España

^b Servicio de Oncología Radioterápica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Galicia, España

Recibido el 21 de octubre de 2014; aceptado el 14 de abril de 2015

Disponible en Internet el 6 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Cáncer de recto;
Localmente
avanzado;
Tratamiento
quirúrgico

KEYWORDS

Rectal cancer;
Locally advanced;
Surgical management

Resumen Presentamos un caso que por sus connotaciones diagnósticas y terapéuticas resulta especialmente didáctico e ilustrativo, pues aborda el cómo, el quién y dónde debe realizarse la cirugía de cáncer de recto localmente avanzado. Ilustra el manejo diagnóstico y la estadiación del cáncer de recto en el momento actual. Este caso se aborda en el comité de forma multidisciplinar, y reúne los distintos avances en la cirugía de cáncer de recto de los últimos años (escisión total mesorrectal, abordaje laparoscópico, radioterapia intraoperatoria, resección perineal extendida, reparación del suelo pélvico con material protésico). Todo ello aunado a la opinión de que deben ser instituciones y grupos muy especializados y dedicados al tratamiento de esta patología los que deberían centralizar su atención médica.

© 2014 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Locally advanced rectal cancer. The need for further specialization

Abstract We present a case, which due to its diagnostic and therapeutic connotations makes it especially educational, as it addresses the how, the who and where should the surgery be performed for locally advanced rectal cancer. It illustrates the diagnostic management and staging of rectal cancer at the present time. The case is approached in a multidisciplinary committee manner, and binds the various advances in surgery of rectal cancer in recent years (total mesorectal excision, laparoscopy, intraoperative radiotherapy, extended perineal resection, pelvic floor repair with prosthetic material). This serves to underline the view that there must be

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 40fernando@gmail.com (F. Fernández López).

highly specialized institutions and groups dedicated to the treatment of this condition in order to centralize its health care.

© 2014 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los resultados oncológicos en el tratamiento del cáncer de recto han experimentado un notable progreso en los últimos 30 años disminuyendo la recidiva local de 30% a menos del 5% en grupos multidisciplinarios¹. Esto ha sido posible por la incorporación de una serie de cambios en la forma de abordar el problema y también porque esta patología se ha concentrado en grupos con un alto volumen de casos que permite obtener mayor experiencia². Como consecuencia, se auditan sus resultados y se trata de mejorar constantemente. Algunos de estos cambios han sido: la escisión total de mesorrecto promovida por Heald; la incorporación de protocolos de quimio y radioterapia neoadyuvante, en especial en los estadios II y III³; la toma de decisiones en el contexto de grupos multidisciplinarios; la auditoría objetiva con parámetros anatomopatológicos de la calidad del mesorrecto; la incorporación de nuevos métodos de diagnóstico por imagen, como la resonancia magnética para la estratificación previa a la toma de decisiones, en especial la valoración del fascia rectal circunferencia; y otros aportes como la escisión por vía perineal extraelevadora (ELAPE), aunque su significado y contribución a la mejoría de los resultados aún está por evidenciar⁴.

La historia clínica corresponde a un paciente varón de 46 años de edad, que tras consultar por molestias personales y trastornos defecatorios en otro centro, le diagnosticaron un absceso perianal que se drena. La persistencia de síntomas locales y el empeoramiento clínico lo llevaron a consultar en nuestro centro donde se apreció una lesión perianal fiscalizada, empastada, tumefacta, sin signos flogóticos y un orificio fistuloso que drena material mucopurulento. La biopsia de dicho trayecto diagnosticó un adenocarcinoma con componente mucinoso, por lo que se iniciaron estudios protocolizados para cáncer de recto.

Se realizó una primera resonancia magnética pélvica, en la que se apreciaba engrosamiento neoplásico circunferencial de la pared del recto, que se extendía desde el margen anal hasta 15 cm en sentido craneal. El tumor mostró múltiples espiculaciones, adenopatías e implantes en la grasa mesorrectal. La lesión a las 5 horas comprometió el margen de seguridad quirúrgico contactando con la fascia mesorrectal. Se objetivó además una fístula perianal transesfinteriana derecha con absceso de 5,6 cm ocupando la fosa isquiorrectal derecha. La colonoscopia no se pudo realizar por estenosis anal. En el seno del Comité Multidisciplinar de Cáncer Colorrectal se propuso que se iniciara tratamiento neoadyuvante con FOLFOX como quimioterapéutico radiosensibilizante y 50 Gy mediante haces conformados.

El paciente fue reevaluado con una nueva resonancia magnética en la que se mostró una importante respuesta con disminución notable del volumen tumoral, aun así se apreciaron extensas áreas de infiltrado de mesorrecto anterior izquierdo. El tumor invadió el complejo esfinteriano y el elevador y un trayecto fistuloso hacia la grasa isquioanal y perineal (fig. 1). Como consecuencia de la repuesta al tratamiento, se propuso cirugía realizándose una resección abdominoperineal con abordaje laparoscópico por vía abdominal y una resección extraelevadora extendida en decúbito prono por vía perineal (fig. 2). Al paciente se le administraron 12 Gy intraoperatoriamente (fig. 2) y la reconstrucción del cierre perineal con material protésico.

El estudio anatomopatológico describió un adenocarcinoma residual de bajo grado, que infiltra el músculo puborrectal y el tejido adiposo periintestinal (pt3). Con un grado de regresión tumoral de Mandard 3 (la fibrosis predomina sobre el tumor). Se realiza resección completa del tumor (R0) con el resultado de margen quirúrgico circunferencial libre de invasión neoplásica y los márgenes quirúrgicos distal y proximal también libres de invasión neoplásica. Veintidós adenopatías aisladas libres de infiltración tumoral (0/22), estableciéndose el estadio patológico tumoral ypT3N0.

Discusión

El caso reúne los aportes más relevantes a la coloproctología del cáncer de recto de los últimos años: escisión total mesorrectal, estadificación locorregional con resonancia magnética pélvica, tratamiento neoadyuvante, administración de radioterapia intraoperatoria, cirugía laparoscópica avanzada para el abordaje abdominal, resección extraelevadora extendida en decúbito prono, reconstrucción perineal con material protésico, valoración anatomopatológica auditando los resultados de la muestra resecada.

Todo lo mencionado anteriormente pone de manifiesto, una vez más, que el cáncer de recto debe tratarse en centros con alto volumen de casos, en donde a la disponibilidad de recursos técnicos y grupos de trabajo multidisciplinarios se le une la presencia de equipos de cirugía colorrectal experimentados.

El cirujano es una variable pronóstica independiente en los resultados de la cirugía del cáncer de recto, especialmente cuando se analizan la proporción de resecciones curativas, la tasa de resección abdominoperineal, la mortalidad operatoria y la morbilidad anastomótica, así como la tasa de recidivas locales y la supervivencia⁵, pero también lo es la estructura organizacional del centro hospitalario⁶.

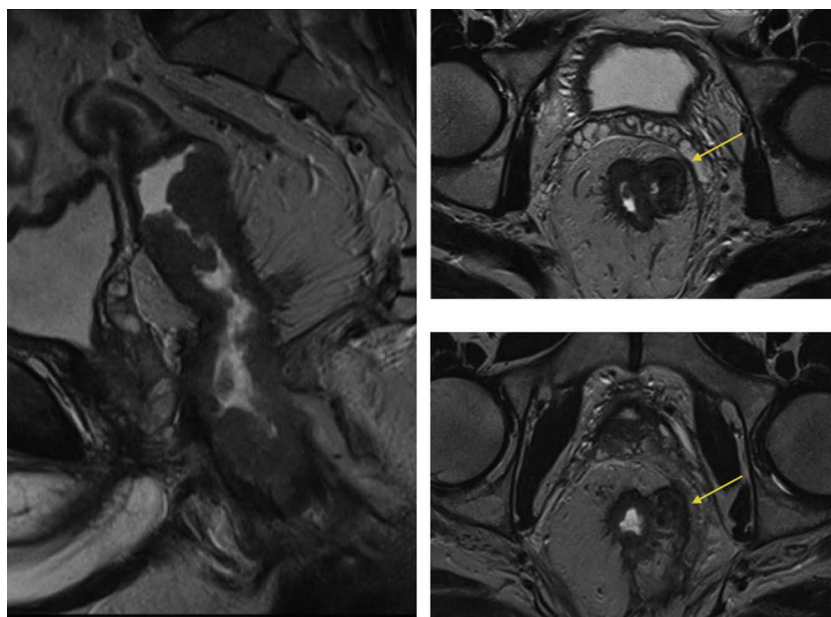


Figura 1 Resonancia nuclear pélvica donde se aprecian trayectos fistulosos y margen mesorrectal circunferencial afecto.

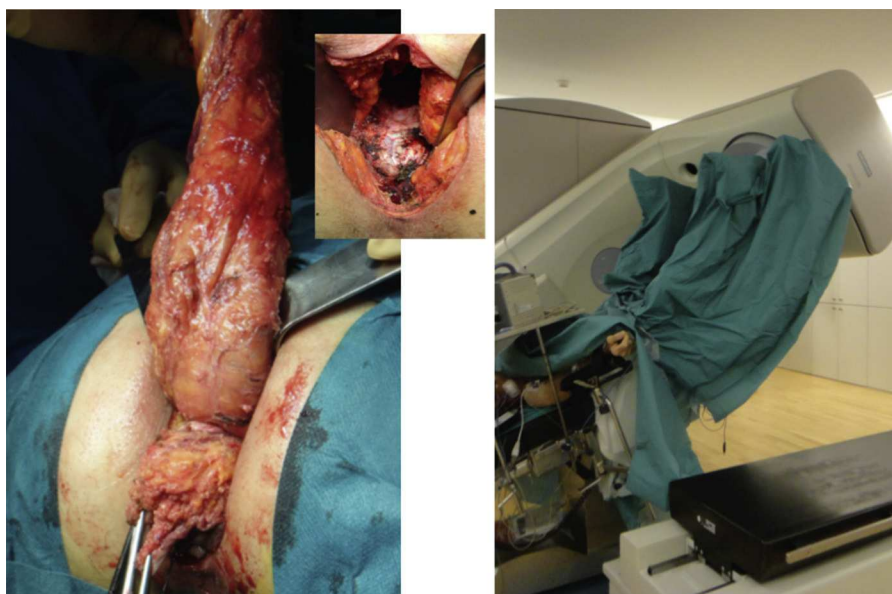


Figura 2 Tiempo perineal de resección abdomino-perineal extraelevadora y paciente recibiendo radioterapia intraoperatoria.

Conclusiones

Los pacientes con cáncer de recto deben ser intervenidos por cirujanos expertos pertenecientes a una unidad de cirugía colorrectal, que realizan este tipo de intervenciones de una forma cotidiana y habitual⁷. Si a esto unimos la disponibilidad y accesibilidad a la tecnología médica en hospitales de tercer nivel, la especialización y la organización en unidades de cirugía colorrectal, mejorarán de forma significativa, entre otros parámetros, la resecabilidad con intención curativa, la tasa de cirugía conservadora de esfínteres, la recidiva local y la supervivencia, especialmente

tras las resecciones del cáncer de recto de los dos tercios inferiores.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wibe A, Moller B, Norstein J, Carlsen E, Wiig JN, Heald RJ, 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.
2. Maruthappu M, Gilbert BJ, El-Harasis MA, Nagendran M, McCulloch P, Duclos A, et al. The influence of volume and experience on individual surgical performance. A systematic review. *Ann Surg*. 2015;261(4):642-7.
3. Martí-Ragué J, Parés D, Biondo S, Navarro M, Figueras J, de Oca J, et al. Supervivencia y recidiva en el tratamiento multidisciplinario del carcinoma colorrectal. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(8):291-6.
4. Anderin C, Granath F, Martling A, Holm T. Local recurrence after prone vs supine abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Colorectal Dis*. 2013;15(7):812-5.
5. Hermanek P. Impact of surgeon's technique on outcome after treatment of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:559-62.
6. García-Granero E, Martí-Obiol R, Gómez-Barbadillo J, García-Armengol J, Esclapez P, Espí A, et al. Impact of surgeon organization and specialization in rectal cancer outcome. *Colorectal Dis*. 2001;3(3):179-84.
7. García-Granero E. Opciones quirúrgicas en el cáncer de recto del tercio distal localmente avanzado. Necesidad de una superespecialización. *Cir Esp*. 2014;92 Supl. 1:1-3.