



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Editorial

### Es tiempo de reconsiderar la microcirugía endoscópica transanal tras quimio-radioterapia neoadyuvante para el cáncer rectal en pacientes altamente seleccionados



### *Time to rethink transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation for highly selected patients*

La microcirugía endoscópica transanal es una alternativa atractiva a la cirugía radical en pacientes con cáncer rectal. Las ventajas principales de esta estrategia quirúrgica son la mínima morbilidad postoperatoria, la ausencia de necesidad de estomas temporales o definitivos, y los excelentes resultados funcionales<sup>1</sup>. Lamentablemente, los resultados oncológicos han sido desalentadores, probablemente por el riesgo de metástasis de ganglios linfáticos no extirpados durante la escisión local<sup>2,3</sup>.

La difusión de la terapia multimodal con quimio-radioterapia neoadyuvante en el tratamiento del cáncer rectal podría marcar el escenario ideal para una escisión local en pacientes seleccionados. Una regresión tumoral significativa (en cuanto a tamaño y profundidad de la invasión) y la potencial esterilización de los ganglios perirectales metastásicos podría permitir la resección segura del tumor primario residual, obviando la necesidad de una escisión total del mesorrecto (ETM) y proctomía<sup>4</sup>. En el presente número de la revista, un interesante estudio arroja luz añadida a la controversia sobre el tratamiento de estos pacientes<sup>5</sup>. Hay que resaltar algunos resultados reportados, incluyendo las excelentes y bajas tasas de recidiva local y la escasa o mínima morbilidad postoperatoria asociada.

Sin embargo, se deberá proceder con cautela antes de la introducción generalizada de esta estrategia en la práctica clínica. Además del tamaño de la muestra considerablemente limitado y del inherente sesgo de selección de los pacientes incluidos, deberán considerarse una serie de aspectos del artículo antes citado.

En primer lugar, un número considerable de estos pacientes tuvo respuesta patológica completa (pCR). A pesar del hecho de que en ese estudio la respuesta clínica no se relacionó de forma precisa con pCR, más de un tercio de los pacientes no habría precisado resección alguna, ni siquiera

resección local. De hecho, se ha demostrado que el tratamiento no operatorio de los pacientes con respuesta clínica completa (cCR) tiene resultados funcionales superiores con respecto a la escisión local y resultados oncológicos similares<sup>6,7</sup>. De hecho, ninguno de los pacientes con pCR desarrolló una recidiva local como era esperado. Se podría argumentar que la escisión local fue capaz de detectar diversos falsos cCR. Sin embargo, la valoración de la respuesta tumoral transcurridas 8 semanas podría haber sido demasiado precoz en estos pacientes, ya que existen datos que sugieren que los intervalos más prolongados se asocian a un incremento de las tasas de pCR<sup>8,9</sup>.

En segundo lugar, la única recidiva local que se observó fue en un respondedor no completo (ypT1). Quizá la tasa de recidiva local debería haberse calculado exclusivamente entre los no-respondedores (excluyendo los pacientes con pCR) y, por tanto, sería considerablemente superior a la tasa reportada del 4%. La tasa de recidiva local tras escisión local en pacientes con pCR atestigua probablemente la efectividad de la quimio-radioterapia neoadyuvante y no de la escisión local. Al contrario, la tasa de recidiva local tras escisión local de los cánceres residuales en pacientes no respondedores atestiguará definitivamente la efectividad de la escisión local en este contexto. Teniendo esto en cuenta, avalamos definitivamente la efectividad de esta estrategia en 12 pacientes altamente seleccionados (ypT1 o ypT2), descritos en el artículo.

En tercer lugar, la escisión local siempre ha sido una alternativa atractiva para muchos cánceres del recto distal (< 6-7 cm del margen anal). Estos tumores requieren normalmente estomas temporales, si no definitivos, siendo los resultados funcionales considerablemente peores, y superior la morbilidad postoperatoria. El presente estudio incluye pacientes con tumores a 6-7 cm del margen anal que rechazaron la cirugía radical. Considerando los resultados del

estudio MERCURY, en el que los pacientes con estadificación T3a/b por resonancia magnética y tratados mediante ETM tuvieron un 1,7% de recidiva local, se podría argumentar que los tumores T3a/b (y definitivamente los T2) no requerirían quimio-radioterapia neoadyuvante, particularmente en tumores a 6-7 cm de margen anal<sup>10</sup>. De hecho, la distancia considerablemente elevada de estos tumores de margen anal puede haber contribuido a la tasa de morbilidad postoperatoria significativamente baja. Claramente, la resección de las lesiones cercanas al borde anal tiene mayor propensión a causar dolor postoperatorio y a dificultades de cicatrización, por la elasticidad limitada (y por tanto la tensión) del canal anal previamente irradiado<sup>11</sup>.

Además, estudios previos sugieren que en caso de necesidad de realizarse una ETM en pacientes con características patológicas desfavorables tras escisión local, se incrementa la mala calidad de la pieza quirúrgica y el riesgo de tener que realizar una amputación abdomino-perineal en pacientes que habrían podido ser candidatos inicialmente a una cirugía preservadora de esfínteres<sup>12,13</sup>. De hecho, diversos estudios sugieren que los cánceres ypT2 tras quimioterapia tienen que ser tratados con ETM y no con escisión local, debido al riesgo aumentado de recidivas locales<sup>14,15</sup>. Por último, en caso de recidiva local, la ETM de rescate parece estar asociada a una elevada tasa de margen de resección circunferencial positivo<sup>16</sup>.

El presente estudio sugiere que la quimio-radioterapia neoadyuvante, seguida de escisión local utilizando plataformas endoscópicas, puede derivar en muy buenos resultados en pacientes altamente seleccionados. En este estudio la selección incluyó un número significativo de pacientes que probablemente no requerían cirugía alguna (respuestas patológicas completas) o no precisaban quimio-radioterapia (T2/T3 inicial con distancia de margen anal superior a 6-7 cm).

## BIBLIOGRAFÍA

- Sengupta S, Tjandra JJ. Local excision of rectal cancer: What is the evidence? *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1345-61.
- Tsai BM, Finne CO, Nordenstam JF, Christoforidis D, Madoff RD, Mellgren A. Transanal endoscopic microsurgery resection of rectal tumors: Outcomes and recommendations. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:16-23.
- Doornebosch PG, Ferenschild FT, de Wilt JH, Dawson I, Tetteroo GW, de Graaf EJ. Treatment of recurrence after transanal endoscopic microsurgery (TEM) for T1 rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:1234-9.
- McLean Smith FM, Ahad A, Oliva Perez R, Marks J, Bujko K, Heald RJ. Local excision techniques for rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy: What are we doing? *Dis Colon Rectum*. 2017;60:228-39.
- Serra-Aracil X, Pericay C, Mora-López L, García Pacheco JC, Latorraca JI, Ocaña-Rojas J, et al. Neoadyuvancia y cirugía endoscópica transanal en neoplasias de recto T2-T3superficial, N0, M0. Recidiva local, respuesta clínica y patológica completa. *Cir Esp*. 2017;95:199-207.
- Habr-Gama A, Lynn PB, Jorge JMN, São Julião GP, Proscurshim I, Gama-Rodrigues J. Impact of organ-preserving strategies on anorectal function in patients with distal rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:264-9.
- Habr-Gama A, Gama-Rodrigues J, Sao Julião GP, Proscurshim I, Sabbagh C, Lynn PB, et al. Local recurrence after complete clinical response and watch and wait in rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation: Impact of salvage therapy on local disease control. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2014;88:822-8.
- Kalady MF, de Campos-Lobato LF, Stocchi L, Geisler DP, Dietz D., Lavery IC, et al. Predictive factors of pathologic complete response after neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer. *Ann Surg*. 2009;250:582-9.
- García-Aguilar J, Renfro LA, Chow OS, Shi Q, Carrero XW, Lynn PB, et al. Organ preservation for clinical T2N0 distal rectal cancer using neoadjuvant chemoradiotherapy and local excision (ACOSOG Z6041): Results of an open-label, single-arm, multi-institutional, phase 2 trial. *Lancet Oncol*. 2015;16:1537-46.
- Taylor FG, Quirke P, Heald RJ, Moran B, Blomqvist L, Swift I, et al. 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.
- Perez RO, Habr-Gama A, Sao Julião GP, Proscurshim I, Scanavini Neto A, Gama-Rodrigues J. Transanal endoscopic microsurgery for residual rectal cancer after neoadjuvant chemoradiation therapy is associated with significant immediate pain and hospital readmission rates. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:545-51.
- Hompes R, McDonald R, Buskens C, Lindsey I, Armitage N, Hill J, et al. Completion surgery following transanal endoscopic microsurgery: Assessment of quality and short- and long-term outcome. *Colorectal Dis*. 2013;15:e576-81.
- Morino M, Allaix ME, Arolfo S, Arezzo A. Previous transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer represents a risk factor for an increased abdominoperineal resection rate. *Surg Endosc*. 2013;27:3315-21.
- Verseveld M, de Graaf EJ, Verhoef C, van Meerten E, Punt CJ, de Hingh IH, et al. Chemoradiation therapy for rectal cancer in the distal rectum followed by organ-sparing transanal endoscopic microsurgery (CARTS study). *Br J Surg*. 2015;102:853-60.
- Pucciarelli S, de Paoli A, Guerrieri M, la Torre G, Maretto I, de Marchi F, et al. Local excision after preoperative chemoradiotherapy for rectal cancer: Results of a multicenter phase II clinical trial. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:1349-56.
- Perez RO, Habr-Gama A, Sao Julião GP, Proscurshim I, Fernandez LM, de Azevedo RU, et al. Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) following neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer: Outcomes of salvage resection for local recurrence. *Ann Surg Oncol*. 2016;23:1143-8.

Rodrigo Oliva Perez<sup>ab\*</sup>, Guilherme Pagin São Julião<sup>a</sup>  
y Bruna Borba Vailati<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Angelita & Joaquim Gama Institute, São Paulo, Brasil

<sup>b</sup>Colorectal Surgery Division, University of São Paulo School of Medicine, São Paulo, Brasil

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rodrigo.operez@gmail.com (R. Oliva Perez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.03.011>

0009-739X/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de AEC.