



P-316 - Respuesta patológica completa (RC) en cáncer de recto localmente avanzado (LARC): análisis pronóstico

M.E. Gómez García, J. Lorenzo Pérez, F.J. Blanco González, J.V. García Díez, S. Martínez Alcaide, M. Pedrosa Soler, L. García Requena y B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: La quimio-radioterapia neoadyuvante (QRTn) es la modalidad terapéutica electiva en los pacientes con LARC. Durante los últimos años, la atención se ha centrado en el papel de la QRTn en la actuación sobre el lecho tumoral en los cánceres de recto T3-4 (que representan un 9-29% en las muestras anatomopatológicas) y en el aumento de la cirugía con preservación esfinteriana. El significado clínico de la respuesta a la QRTn y su efecto potencial sobre el pronóstico sigue siendo dilucidado. Se ha sugerido que una mayor respuesta estaría relacionada con mejor pronóstico oncológico a largo plazo. Sin embargo, los resultados, hasta ahora disponibles, no han sido aún suficientemente concluyentes.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes en estadio clínico (cTNM) II/III que recibieron tratamiento con QRTn. Se establecieron y compararon dos grupos: aquéllos que experimentaron respuesta completa (RC) y los que no los hicieron (No-RC). Asimismo, estos resultados se analizaron, de forma combinada, por localización de la neoplasia (recto superior, medio y bajo).

Resultados: De los 136 pacientes de los que se disponían datos anatomopatológicos y oncológicos completos, 12 experimentaron RC y 124 No-RC. En ellos, la media de edad fue de 67 años y el IMCm de 28,8. La dosis de RT media fue 54 Gy, recibiendo todos un régimen de QT de radiosensibilización con 5-FU, con un tiempo de espera medio entre QRTn y cirugía de 7 semanas. Las tasas de supervivencia libre de enfermedad (DFS) y cáncer-específica (CSS) fueron 91,7 vs 69,4% ($p = 0,176$) y 100 vs 82,3% ($p = 0,145$) en los grupos RC/No-RC respectivamente. Ningún caso de recto superior ($n_{sup} = 14$) tuvo RC frente a 7 (10,61%) y 5 (8,93%) de los localizados en recto Medio ($n_{med} = 66$) e Inferior ($n_{inf} = 56$). La DFS según RC vs No-RC fue 85,7 vs 72,9% en R.Medio y 100 vs 66,7% en R.Inferior. La CSS fue de 100 vs 83,1% (R.Medio) y 100 vs 80,4% (R.Inferior) en los casos RC vs No-RC respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con RC mostraron mejores resultados oncológicos tanto en DFS como CSS, de manera concordante con estudios como el de Rödel et al. Sin embargo, las limitaciones de nuestro estudio, derivadas parcialmente del tamaño muestral, pudieron influir en la imposibilidad de obtener suficiente potencia estadística para demostrar diferencias significativas. De cualquier modo, estos posibles beneficios serían especialmente patentes en las neoplasias de recto extraperitoneal, en las que las diferencias en la tasa de recaídas entre RC vs No-RC fueron muy notorias.