



# Cirugía Española

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



## P-358 - NEOADYUVANCIA RADIOTERÁPICA EN EL CÁNCER RECTAL, ¿MEJOR CICLO LARGO O CICLO CORTO?

Gavilán Parras, Julio; MacMathuna, Seamus; Martín Arroyo, Silvia; Muñoz Caracuel, Elisabet; Raposo Puglia, Daniel; Gutiérrez Cafranga, Estibaliz

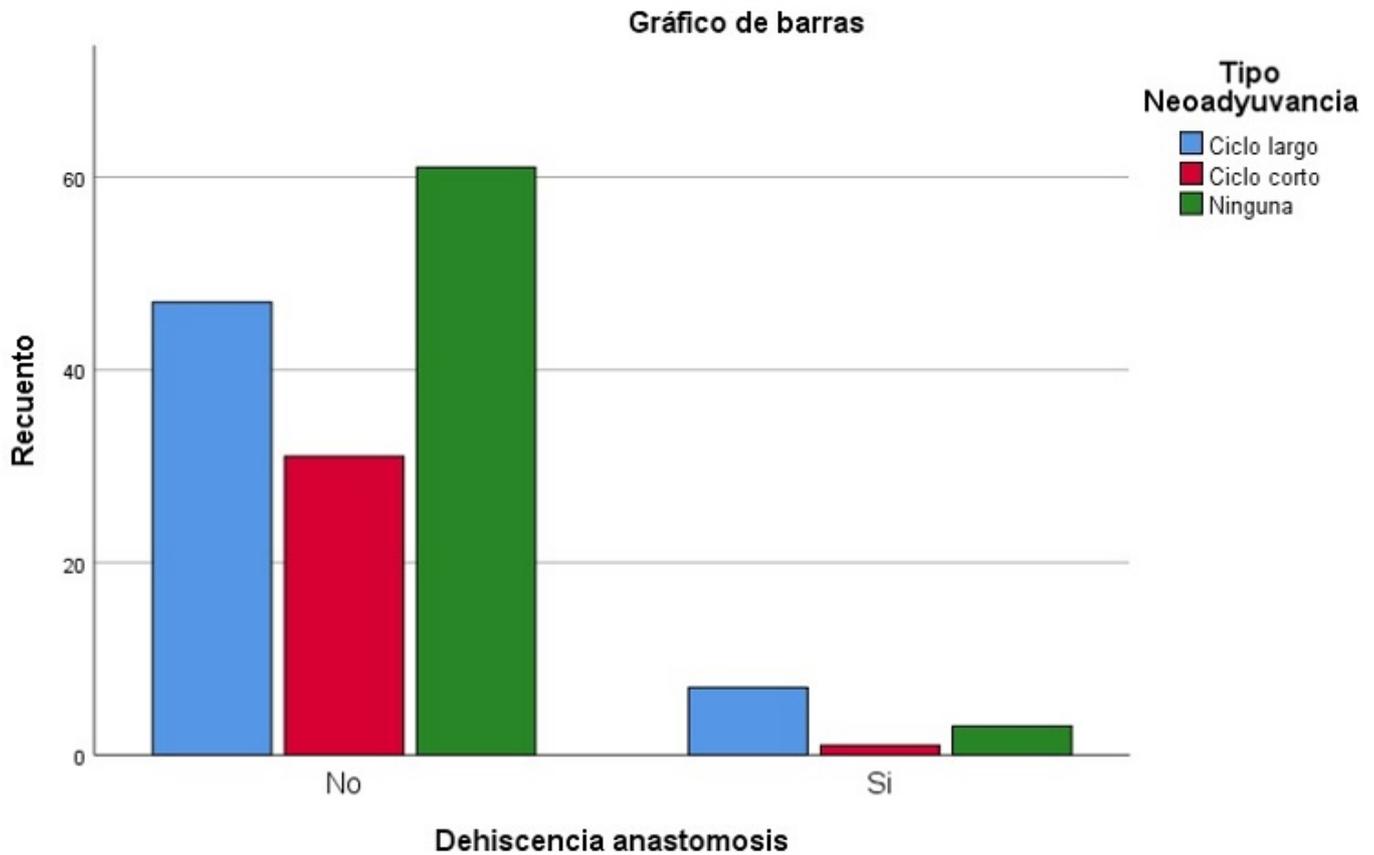
Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

### Resumen

**Objetivos:** La neoadyuvancia para el tratamiento del cáncer de recto se considera el *gold standard* a partir del estadio IIA. Tradicionalmente se ha utilizado el ciclo radioterápico largo en combinación con quimioterapia, sin embargo, en los últimos años, ha aumentado la tendencia a utilizar el ciclo corto. Especialmente tras estudios que indican que este régimen no es inferior al ciclo largo. El ciclo corto consiste en aplicar una radiación de 5 × 5 Gy en un máximo de ocho sesiones, a lo que se le une un tratamiento quimioterápico siguiendo el esquema CAPOX o FOLFOX. Nuestro objetivo es estudiar cómo estas dos distintas terapias neoadyuvantes pueden influir en los resultados de la cirugía del cáncer rectal.

**Métodos:** Para nuestro análisis hemos recogido una cohorte con los pacientes intervenidos de cáncer de recto entre 2017 y 2020 en el Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Se han excluido los pacientes a los que se les realizó una amputación abdominoperineal o una resección transanal. En total se ha incluido a 150 pacientes a los que se les ha realizado una resección anterior de recto con anastomosis colorrectal. La cohorte se ha dividido según el tipo de neoadyuvancia radioterápica recibida en tres grupos: ciclo corto, ciclo largo y sin radioterapia neoadyuvante. Las variables estudiadas han sido: Aparición de infección del sitio quirúrgico, dehiscencia anastomótica e íleo posoperatorio. Todas ellas recogidas a los 30 días de la intervención. La estadística se realizó con el programa SPSS versión 25.

**Resultados:** De los 150 pacientes 93 (62%) recibieron neoadyuvancia radioterápica, de ellos 54 (36%) recibieron ciclo largo, 32 (21,3%) ciclo corto y 64 (42,7%) no recibieron radioterapia neoadyuvante. De los pacientes con infección del sitio quirúrgico: 7 (13%) habían recibido ciclo largo, 2 (6,3%) habían recibido ciclo corto, y 8 (12,5%) pertenecían al grupo sin radioterapia; chi-cuadrado  $p = 0,59$ . De los pacientes con dehiscencia anastomótica: 7 (13%) pertenecían al grupo de ciclo largo, uno (3,1%) pertenecía al grupo del ciclo corto y 3 (4,7%) pertenecían al grupo sin radioterapia; chi-cuadrado  $p = 0,13$ . De los que sufrieron íleo parálítico: 8 (14,8%) pertenecían al grupo de ciclo largo, 2 (6,3%) habían recibido ciclo corto y 3 (4,7%) no habían recibido radioterapia; chi-cuadrado  $p = 0,13$ .



**Conclusiones:** En base a los resultados obtenidos, parece que no hay relación entre el tipo de radioterapia neoadyuvante y la aparición de infección del sitio quirúrgico. Sí que se observa menor porcentaje de íleo y dehiscencia anastomótica en el grupo con ciclo corto, que obtiene porcentajes similares a los del grupo sin radioterapia. Sin embargo, estos resultados no han resultado estadísticamente significativos. Será necesario continuar estudiando la evolución de los pacientes intervenidos de cáncer de recto, especialmente de aquellos que reciben ciclo corto de radioterapia, para poder obtener unas conclusiones más fiables.