



P-407 - IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL MOMENTO ÓPTIMO DE LA CIRUGÍA TRAS QUIMIORTOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

M.E. Gómez García, J. Lorenzo Pérez, J.V. García Díez, F.J. Blanco González, M.J. Enquix Soriano, C. Redondo Cano y B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

Introducción: El tratamiento multidisciplinar, la quimiorradioterapia preoperatoria neoadyuvante (nCRT) y la cirugía oncológica incluyendo la escisión total del mesorrecto (TME) es considerada el tratamiento estándar para los pacientes con cáncer de recto localmente avanzado. Este enfoque se asocia con una reducción de la recidiva local, y un notable efecto de “downstaging” relacionado, además, con notables mejoras en las tasas de preservación esfinteriana. Sin embargo, el tiempo óptimo entre la nCRT y la cirugía sigue siendo discutible y no exento de controversias. En 1999, el Lyon R90-01, el único ensayo diseñado para aleatorizar pacientes a distintos intervalos (2 vs 6-8 semanas) demostró el aumento de la posibilidad de éxito de la cirugía a través de una mejor respuesta tumoral en el segundo grupo, convirtiéndose, como consecuencia de ello, este intervalo de 6-8 semanas se ha constituido como el estándar en el tratamiento del cáncer de recto medio/bajo. Sin embargo, recientemente, algunos investigadores han sugerido que intervalos superiores podrían implementar la regresión dado que la necrosis radio-inducida es un fenómeno tiempo-dependiente. Pese a ello, muchos cirujanos siguen dudando en el retraso de la cirugía más allá de 6-8 semanas debido a las preocupaciones derivadas de que fibrosis radio-inducida puede incrementar la dificultad técnica y aumentar el riesgo de complicaciones quirúrgicas y/o recurrencia loco-regional.

Métodos: Análisis retrospectivo del impacto del intervalo preoperatorio tras tratamiento neoadyuvante con nCRT en los pacientes intervenidos de LARC en el Hospital de la Ribera en la década 2001-2011. Se definieron 4 grupos según el número de semanas: 1: < 4/2: > 4-6/3: > 6-8/4: > 8 semanas.

Resultados: 153 pacientes de nuestro área sanitaria recibieron nCRT; 149 de los cuales se intervinieron con intención curativa. El “timing” entre el fin de la neoadyuvancia y la cirugía fue: < 4 semanas en 15 pacientes (10%), de entre 4-6 semanas. La tasa global de respuesta completa (RC) fue de 7,3%, siendo del 0%, 3,6%, 3% y 0,7% en los grupos 1/2/3/4 respectivamente. Utilizando el estadiaje inicial (cTNM) definido por el TAC y/o RMN, el análisis anatomopatológico definitivo (ypTNM) reveló en el grupo de pacientes sin RC, una tasa de “downstaging” del 6%, 31,3%, 17,9% y 6% en los grupos 1/2/3/4. De los 82 pacientes que cambiaron favorablemente de estadio, en 5 enfermos la regresión en la estadificación fue de II-I, en 38 fue de III-I y en 40, de III-II. De estos 82, correspondían 42 y 25 de ellos a los grupos 2 y 3 respectivamente, es decir, a los que

experimentaron un “timing” de 4-6 y 6-8 semanas.

Conclusiones: El análisis preliminar de nuestros datos demostró que los mejores resultados histológicos tras la neoadyuvancia (tasas de RC y “downstanding”) correspondían a aquellos pacientes con un intervalo pre-quirúrgico 4-6 o 6-8 semanas. Nuestro estudio no pudo o no tuvo suficiente potencia estadística para evidenciar superioridad del timing > 6 semanas, sin embargo, dadas nuestras limitaciones y, la ausencia de evidencia a nivel nacional, multidisciplinar, sería de gran interés la evaluación nacional multicéntrica anatomopatológica de los presumibles beneficios de la ampliación del “Timing” en cáncer de recto... “todos tenemos dificultades para ajustar nuestra planificación quirúrgica... pero algunos debemos hacer más hincapié en la importancia de los tiempos...”.