

Cartas al director



No es habilidad poca saber nadar y guardar la ropa

Sr. Director:

Hemos leído con interés el caso clínico presentado por Marín-Hargreaves et al¹ en referencia a la cirugía secuencial inversa (CSI) después de quimioterapia neoadyuvante por metástasis hepáticas sincrónicas de cáncer colorrectal. Nos complace constatar el hecho de que la progresiva confianza en el tratamiento neoadyuvante, basada en su creciente eficacia, así como el incremento del control local de la enfermedad, permita plantear estrategias de tratamiento hasta hace poco tiempo impensables. No obstante, en relación al caso clínico concreto quisiéramos realizar los siguientes comentarios:

– La estadificación clínica del tumor primario rectal del paciente se basa en la fibrocolonoscopia, la ecografía endorrectal y la tomografía computarizada (TC) abdominal. El papel de la TC y la resonancia magnética (RM) abdominopelvianas convencionales en la estadificación antes del tratamiento del cáncer de recto está claramente establecido. Su inaceptable falta de exactitud en la definición del tumor primario (cT) y de la posible afección ganglionar (cN) han dado fundamento a la creciente utilización de la ultrasonografía transrectal y de la RM realizada con bobina endorrectal. No utilizar estas técnicas de forma conjunta, así como no interpretarlas correctamente, provoca que se incurra en errores en la estadificación y la planificación terapéutica². Baste como ejemplo el caso clínico presentado, en el que la estadificación del tumor primario antes del tratamiento es cT3N0 y el resultado anatomopatológico tras la amputación abdominoperineal es ypT3N2, porque había 9 ganglios metastásicos de 9 aislados (*ratio*, 100%).

– La cirugía del tumor primario se realiza aproximadamente un mes tras la resección de la metástasis en el hígado. Mediante esta maniobra terapéutica se contradice una de las ventajas argumentadas por los autores en favor de la CSI: evitar la eventual progresión, recurrencia, reactivación (“rebrote”) de la enfermedad tras la cirugía. De hecho, cabe cuestionarse si la presencia y *ratio* de infiltración ganglionar descritas en el informe anatomopatológico del tumor primario pudiera relacionarse, además de con el error de estadificación previamente comentado, con la progresión tumoral local/regional acontecida en el intervalo entre ambas cirugías (hepática y abdominoperineal).

– El tratamiento del tumor primario se basa en la quimioterapia neoadyuvante y en la amputación abdomino-

perineal. La utilización del tratamiento neoadyuvante concomitante con quimiorradioterapia en el cáncer de recto localizado, estadios II y III, está actualmente plenamente establecida. No utilizarlo redundaría en una menor supervivencia y en el incremento de la recaída local³. Entroncando con el comentario anterior, una alternativa en nuestra opinión más razonable habría sido la administración de quimioterapia basada en 5-fluorouracilo concomitante a radioterapia previamente a la realización de la amputación abdominoperineal.

En cualquier caso, y pese a las consideraciones realizadas que no tratan más que de aproximar la práctica clínica a la excelencia, así como de hacernos reflexionar sobre aspectos concretos que por conocidos no debieran ser descuidados, no quisiéramos obviar de destacar lo acertado del concepto de la CSI representada por los autores en este caso clínico, estrategia esta que seguro merece ser ulteriormente explorada.

**Javier Gallego-Plazas^a, Francisco Menarguez-Pina^b,
Vanessa Pons-Sanz^a e Inmaculada Ballester-Navarro^a**

^aServicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

^bServicio de Cirugía General. Hospital Vega Baja. Alicante. España.

Bibliografía

1. Marín-Hargreaves G, Artigas V, González JA, Martínez C, Marcuello E, Trías-Folch M. Cirugía secuencial inversa después de quimioterapia neoadyuvante por metástasis hepáticas sincrónicas de cáncer colorrectal. *Cir Esp*. 2007;82:235-7.
2. Thoeni RF. Colorectal cancer. Radiologic staging. *Radiol Clin North Am*. 1997;35:457-85.
3. Han N, Galandiuk S. Induction chemoradiation for rectal cancer. *Arch Surg*. 2006;141:1246-52.