



Cartas al Director

Paradigma del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto del tercio distal. «Qué extirpamos vs. qué dejamos»



«The paradigm of surgical treatment of distal rectal cancer: What to remove vs. what to leave behind»

Sr. Director:

Hemos leído los artículos publicados por Biondo et al.¹ y Flor-Lorente et al.² sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto del tercio distal (0-5 cm). En ambos artículos, y en el editorial adjunto³, se describen los aspectos quirúrgicos relacionados con los resultados oncológicos: evitar la perforación tumoral, la afectación del margen circunferencial y respetar la integridad del meso-recto.

A pesar de los avances técnicos, existe evidencia de que los resultados oncológicos a largo plazo (recurrencia local y supervivencia libre de enfermedad) son peores en los tumores del tercio distal, constituyendo un grupo de alto riesgo^{4,5}.

Como describen los autores, todavía es controvertido que la amputación abdomino-perineal extraelevadora (ELAPR) sea superior que la amputación convencional (APR) en la supervivencia a largo plazo^{6,7}.

A pesar de la quimio-radioterapia (QT-RT) neoadyuvante y de la disminución significativa de las tasas de recurrencia local, la recidiva a distancia (> 25%) se mantiene constante, especialmente en el pulmón, seguido del hígado⁸. En un estudio reciente en 593 pacientes (estadios II/III), tratados con QT-RT neoadyuvante de curso largo y extirpación completa del meso-recto, y con un seguimiento medio de 44 meses, el 69% de las metástasis fueron pulmonares. Además de la localización distal, también fueron factores de riesgo de recidiva sistémica, el estadio patológico y la infiltración perineural y linfocelular⁹.

En un análisis de nuestro centro en 228 pacientes con CLRA, tratados con un esquema de QT-RT neoadyuvante similar y con un seguimiento medio de 49 meses, observamos un 20,6% (47 pacientes) de recidiva a distancia y 2,6% (6 pacientes) con recidiva local¹⁰. Las metástasis pulmonares fueron más frecuentes en el tercio distal que en el superior (25 vs. 9%; $p = 0,024$). En una actualización reciente en 356 pacientes, la

recidiva pulmonar continua siendo superior en el tercio distal (23,8 vs. 10,9%).

Aunque se han esgrimido factores anatómicos (drenaje venoso), ante la persistencia de dicho patrón y basados en resultados de nuestro país y de Inglaterra¹⁰⁻¹², se han iniciado ensayos fase II, en los que se prioriza el tratamiento quimioterápico, y seleccionan la radioterapia en tumores no respondedores. Schrag et al.¹³ han publicado resultados preliminares en 32 pacientes (estadios II-III) tratados con 6 ciclos de FOLFOX-6 con bevacizumab en los ciclos 1 a 4. Todos los pacientes fueron intervenidos y en 8 (25%) se objetivó respuesta patológica completa. En los 30 pacientes que completaron la quimioterapia, la recurrencia local fue del 0%. Cuatro pacientes (12,5%) desarrollaron metástasis pulmonares y la supervivencia fue del 84% a los 4 años.

Como señalan García-Granero et al.³, tras 30 años de progresos técnicos en el tratamiento del CRLA, además de la cirugía correcta, debemos tratar la enfermedad sistémica — micrometástasis, células tumorales circulantes— precozmente en los casos de alto riesgo, como es el tercio distal del recto¹³⁻¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biondo S, Trenti L, Kreisler E. Distal third rectal cancer: Intersphincteric anterior resection with manual anastomosis using the techniques of Parks Or Turnbull-Cutait. *Cir Esp.* 2014;92 Suppl 1:S13-20 [Article in English, Spanish].
2. Flor-Lorente B, Frasson M, Montilla E. Extralevator abdominoperineal resection in the prone position. *Cir Esp.* 2014;92 Suppl 1:S30-9 [Article in English, Spanish].
3. García-Granero E, Frasson M, Trallero M. Extended resection and pelvic exenteration in distal third rectal cancer. *Cir Esp.* 2014;92 Suppl 1:S40-7.

4. Reshef A, Lavery I, Kiran RP. Factors associated with oncologic outcomes after abdominoperineal resection compared with restorative resection for low rectal cancer: Patient- and tumor-related or technical factors only. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:51-8.
5. Den Dulk M, Marijnen CA, Putter H, Rutten HJ, Beets GL, Wiggers T, et al. Risk factors for adverse outcome in patients with rectal cancer treated with an abdominoperineal resection in the total mesorectal excision trial. *Ann Surg*. 2007;246:83-90.
6. Stelzner S, Koehler C, Stelzer J, Sims A, Witzigmann H. Extended abdominoperineal excision vs standard abdominoperineal excision in rectal cancer—a systematic overview. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26:1227-40.
7. Holm T. Controversies in abdominoperineal excision. *Surg Oncol Clin N Am*. 2014;23:93-111.
8. Guillem JG, Chessin DB, Cohen AM, Shia J, Mazumdar M, Enker W, et al. Long-term oncologic outcome following preoperative combined modality therapy and total mesorectal excision of locally advanced rectal cancer. *Ann Surg*. 2005;241:829-36. discussion 836-838.
9. Ding P, Liska D, Tang P, Shia J, Saltz L, Goodman K, et al. Pulmonary recurrence predominates after combined modality therapy for rectal cancer: An original retrospective study. *Ann Surg*. 2012;256:111-6.
10. Arredondo J, Baixauli J, Beorlegui C, Arbea L, Rodríguez J, Sola JJ, et al. Prognosis factors for recurrence in patients with locally advanced rectal cancer preoperatively treated with chemoradiotherapy and adjuvant chemotherapy. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:416-21.
11. Fernández-Martos C, Pericay C, Aparicio J, Salud A, Safont M, Massuti B, et al. Phase II, randomized study of concomitant chemoradiotherapy followed by surgery and adjuvant capecitabine plus oxaliplatin (CAPOX) compared with induction CAPOX followed by concomitant chemoradiotherapy and surgery in magnetic resonance imaging-defined, locally advanced rectal cancer: Grupo cancer de recto 3 study. *J Clin Oncol*. 2010;28:859-65.
12. Chau I, Brown G, Cunningham D, Tait D, Wotherspoon A, Norman AR, et al. Neoadjuvant capecitabine and oxaliplatin followed by synchronous chemoradiation and total mesorectal excision in magnetic resonance imaging-defined poor-risk rectal cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24:668-74.
13. Schrag D, Weiser MR, Goodman KA, Gonen M, Hollywood E, Cercek A, et al. Neoadjuvant chemotherapy without routine use of radiation therapy for patients with locally advanced rectal cancer: A pilot trial. *J Clin Oncol*. 2014;32:513-8.
14. Rahbari NN, Aigner M, Thorlund K, Mollberg N, Motschall E, Jensen K, et al. Meta-analysis shows that detection of circulating tumor cells indicates poor prognosis in patients with colorectal surgery. *Gastroenterology*. 2010;138:1714-26.
15. Balic M, Williams A, Lin H, Datar R, Cote RJ. Circulating tumor cells: From bench to bedside. *Annu Rev Med*. 2013;64:31-44.
16. Alix-Panabieres C, Schwarzenbach H, Pantel K. Circulating tumor cells and circulating tumor DNA. *Annu Rev Med*. 2012;63:199-215.

Javier A. Cienfuegos*, Jorge Baixauli, Fernando Rotellar y José Luis Hernández Lizoáin

Departamento de Cirugía General, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjacion@unav.es (J.A. Cienfuegos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.007>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Un acrónimo sencillo para mejorar el check-list: CALPE



An easy acronym to improve the check-list: GALPE

Sr. Director:

En relación al artículo publicado en la revista «Dificultades de implantación del check-list en los quirófanos de cirugía» me gustaría aportar un sistema práctico y sencillo que he ideado fundamentalmente para cirugías de duración corta y anestesia local o regional.

Según los resultados del artículo solo un 27,8% de los listados de verificación quirúrgica estaban cumplimentados en su totalidad¹.

Mi idea se trata de un acrónimo que facilita la tarea del check-list o listado de verificación quirúrgica al profesional médico y a enfermería.

Me he basado en otros acrónimos como el ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)² que se utiliza en pacientes politraumatizados.

Mi sistema de verificación es en castellano y utiliza una palabra fácil de recordar, CALPE:

- La C correspondería al consentimiento informado correctamente cumplimentado lo que cubriría el aspecto legal y ético de la intervención.
- La A correspondería a las alergias medicamentosas del paciente evitando errores al administrar medicaciones que pudiesen causar problemas al paciente.
- La L correspondería a la localización de la lesión o el lado de la intervención si se trata de un órgano doble como brazos, piernas, ojos, pulmones riñones, etc. Evitando errores humanos con graves consecuencias sobre el paciente.
- La P correspondería al procedimiento quirúrgico que vamos a realizar. Asegurándonos que se realiza la intervención planificada y que el paciente conoce el tipo de procedimiento.