

Cirugía y Cirujanos

Volumen 73
Volume

Número 4
Number

Julio-Agosto 2005
July-August

Artículo:

Editorial

Tratamiento multidisciplinario para
cáncer del recto: ¿evolución o
estatismo?

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Editorial**Tratamiento multidisciplinario para cáncer del recto:
¿evolución o estatismo?**

Acad.Dr. Pedro Luna-Pérez*

Respecto al tratamiento clásico del paciente con cáncer de recto y factores de riesgo (ganglios linfáticos metastásicos), en estudios prospectivos y sorteados se ha demostrado que la administración posoperatoria de quimioterapia y radioterapia mejora el control local y la sobrevida al hacer la comparación con pacientes tratados con cirugía radical.¹⁻³

La cirugía radical tradicional para el cáncer de recto es la resección abdominoperineal en la que hay pérdida del esfínter anal, presencia de un estoma permanente y asociación con elevada frecuencia de trastornos funcionales genitourinarios.⁴

Si bien la administración preoperatoria de radioterapia más cirugía radical mostró mejoría en la recurrencia local no así en la sobrevida,⁵ por lo cual dichos resultados fueron poco apreciados. En 1992, el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI hizo una aportación importante a la literatura al resaltar que la radioterapia preoperatoria se asociaba con tasa baja de recurrencias locales como resultado de la disminución en el tamaño del tumor y de piezas quirúrgicas con desaparición del tumor o con etapas consideradas tempranas.⁶ Otros investigadores corroboraron esta observación.⁷ Siguiendo con la misma hipótesis, el mismo grupo de investigadores comunicó que la cirugía tradicional podía ser evitada y que a los pacientes con cáncer del recto se les podía conservar la función anal.^{8,9}

En los años siguientes, grupos de trabajo de países europeos demostraron que la administración de radioterapia preoperatoria disminuye la tasa de recurrencias locales y mejora la sobrevida.^{10,11}

Un grupo de investigadores europeos y nuestro grupo nos planteamos la hipótesis de que la asociación de quimioterapia y radioterapia podría mejorar la tasa de respuesta en los tumores localizados en el tercio inferior y medio del recto, y como consecuencia se podría ofrecer una cirugía que conservara la función anal asociada con una tasa baja de recurrencia local y mayor sobrevida. Los resultados apoyaron la hipótesis antes expuesta.^{12,13}

Estas observaciones pasaron a estudios fase III. El estudio de *European Organization for Research and Treatment of Cancer*¹⁴ incluyó a 949 pacientes tratados entre 1993 y 2003, distribuidos en forma aleatoria en dos grupos:

- Grupo A: radioterapia más cirugía.
- Grupo B: quimiorradioterapia más cirugía.

Los resultados demostraron que la tasa de respuesta completa en las piezas quirúrgicas fue de 5.3 y 13.7%, respectivamente ($p = 0.001$). Así mismo, se encontraron diferencias significativas en tamaño del tumor, número de ganglios linfáticos estudiados en la pieza quirúrgica y número de ganglios metastásicos ($p = 0.001$). De tal forma, la quimiorradioterapia disminuye el tamaño y la etapa del adenocarcinoma del recto. Otro estudio prospectivo, sorteado y multicéntrico, corroboró que la asociación de quimiorradioterapia preoperatoria más cirugía ofrece una tasa baja de recurrencia local y un incremento de sobrevida en procedimientos que conservan el esfínter anal.¹⁵ Los resultados de estas investigaciones apoyan las observaciones efectuadas previamente.

La respuesta a la quimiorradioterapia preoperatoria evaluada en la pieza quirúrgica se asocia a recurrencia local y a sobrevida libre de cáncer. Nuestro grupo demostró que los pacientes con respuesta completa y aquellos con etapa I tuvieron una sobrevida libre de cáncer de 95 % y una tasa de recurrencia local de 0 %; así mismo, en los pacientes con etapa III (ganglios linfáticos metastásicos) la sobrevida fue de 30 % y la recurrencia local de 18 %.¹⁶ Estos hallazgos han dirigido la investigación a nuevos fármacos que puedan mejorar la tasa de respuesta. El oxaliplatino, irinotecan, cetuximab, bevacizumab, solos o en combinación con 5-FU o capecitabine, han demostrado tasas de respuesta de aproximadamente 25 %, lo cual garantiza efectuar estudios fase III comparándolos con el tratamiento estándar (5-FU más leucovorín).

El principal problema al que nos enfrentamos los clínicos es encontrar a los pacientes que tienen respuestas completas. Los métodos de evaluación mediante endoscopias, ultrasonido, tomografía, resonancia o tomografía por emisión de positrones no han sido útiles para este propósito. Se han efectuado determinación de marcadores moleculares en el tumor,^{17,18} sin embargo, los resultados no han sido altamente confiables ni reproducibles.

* Jefe del Servicio de Colon y Recto, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Pedro Luna Pérez, Enrique Rebsamen 1142-2 Col. del Valle, Tel: 5575 7267,

E-mail: lunapp@infosel.net.mx

Recibido para publicación: 18-07-2005

Aceptado para publicación: 22-08-2005

Un grupo de investigadores en Brasil demostró la trascendencia de identificar a los pacientes que responden. Dejó a un grupo de pacientes «respondedores» sin efectuarles cirugía y la tasa de recurrencia local y de cirugía de rescate fue menor de 10 %.¹⁹ Si bien el estudio no ha podido ser reproducido, es evidente que los resultados a largo plazo en sobrevida y conservación del esfínter anal de 95 % en los pacientes que han sido operados y que tienen respuesta completa, amerita mayores esfuerzos para identificar a este grupo de pacientes.

En la actualidad se está iniciando un estudio prospectivo, sorteado y multicéntrico en pacientes con E-II demostrada por ultrasonido endorrectal y con respuesta clínica completa a la quimiorradioterapia preoperatoria, distribuidos en dos grupos: uno en observación y otro con escisión local.

Como puede observarse en los resultados de los estudios mencionados, el tratamiento del cáncer del recto ha tenido una evolución vertiginosa hacia tratamientos multidisciplinarios y en los pacientes que responden a quimiorradioterapia preoperatoria se procura efectuar cirugías más conservadoras. Nuestro grupo participa activamente en estos cambios, lo cual ha hecho que el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI gane presencia local, nacional e internacional.

Referencias

1. Gastrointestinal Tumor Study Group. Prolongation of the disease-free interval in surgically treated rectal carcinoma. *N Engl J Med* 1985;312:165-172.
2. Douglas HO Jr, Moertel CG, Mayer RJ, et al. Survival after postoperative combination treatment of rectal cancer. *N Engl J Med* 1986;315:1294-1295.
3. Krook JE, Moertel CG, Gunderson LL, et al. Effective surgical adjuvant therapy for high-risk rectal carcinoma. *N Engl J Med* 1991;324:709-715.
4. Luna-Perez P, Rodriguez-Ramirez S, Vega J, Sandoval E, Labastida S. Morbidity and mortality following abdominoperineal resection for low rectal adenocarcinoma. *Rev Invest Clin* 2001;53:388-95.
5. Gerard A, Buyse M, Nordlinger B, et al. Preoperative radiotherapy as adjuvant treatment in rectal cancer: final results of a randomized study of the European Organization on Research and Treatment of Cancer Gastrointestinal Tract Cancer Cooperative Group. *Ann Surg* 1988;208:606-614.
6. Luna-Perez P, Castro J, Delgado S, Labastida S, Cruz y Celiz M, Herrera L. Local recurrence of rectal adenocarcinoma following preoperative radiation therapy and surgery. *Arch Med Res* 1992;23:183-188.
7. Bosset JF, Mantion G, Lorchel F, et al. Adjuvant and neoadjuvant radiation therapy for rectal cancer. *Semin Oncol* 2000;27:60-65.
8. Luna-Perez P, Barrientos H, Delgado S, Morales A. Usefulness of frozen section examination in resected mid-rectal cancer after preoperative radiation. *Am J Surg* 1990;156:582-584.
9. Luna-Perez P, Rodriguez D, Ortiz N, Labastida S, Delgado S, Herrera L. Sphincter-saving surgery with and without preoperative radiation therapy as treatment for adenocarcinoma of the mid-rectum. *Surg Oncol (Oxford)* 1995;4:223-229.
10. Swedish Rectal Cancer Trial Group. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 1997;336:980-987.
11. Medical Research Council Rectal Cancer Working Party. Randomized trial of surgery alone versus radiotherapy followed by surgery for potentially operable advanced rectal cancer. *Lancet* 1996;348:1605-1610.
12. Bosset JF, Pavly JJ, Hamers HP, et al. Determination of the optimal dose of 5-fluorouracil when combined with low dose D,L-leucovorin and irradiation in rectal cancer: results of three consecutive phase II studies—EORTC Radiotherapy Group. *Eur J Cancer* 1993;29A:1406-1410.
13. Sanchez W, Luna-Perez P, Alvarado I, Labastida S, Herrera L. Modified clearing technique to identify lymph node metastases in post-irradiated surgical specimens from rectal adenocarcinoma. *Arch Med Res* 1996;27:31-36.
14. Bosset JF, Calais G, Mineur L, et al. Enhanced tumorocidal effect of chemotherapy with preoperative radiotherapy for rectal cancer: preliminary results—EORTC 22921. *J Clin Oncol* 2005;23:5620-5627.
15. Sauer R, Becker H, Hohenberger W, et al. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med* 2004;351:1731-1739.
16. Luna-Perez P, Trejo-Valdivia B, Labastida S, Garcia S, Rodriguez D, Delgado S. Prognostic factors of locally advanced rectal Adenocarcinoma treated with preoperative radiation therapy and radical surgery. *World J Surg* 1999;23:1069-1075.
17. Luna-Perez P, Arriola E L, Cuadra Y, Alvarado I, Quintero A. p53 protein overexpression and response to induction chemo-radiation therapy in patients with locally advanced rectal adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol* 1998;5:203-208.
18. Luna-Perez P, Segura J, Alvarado I, Labastida S, Santiago-Payan H, Quintero A. Specific c-K-ras Gene mutations as a tumor-response marker in locally advanced rectal cancer treated with preoperative chemo-radiotherapy. *Ann Surg Oncol* 2000;7:727-731.
19. Habr-Gama A, Perez Oliva R, Nadalin W. Long-term results of preoperative chemoradiation for distal rectal cancer correlation between final stage and survival. *J Gastrointest Surg* 2005;9:90-101.

