



Evaluación del tratamiento Radioquimioterápico Neoadyuvante del Adenocarcinoma de Recto, Estadío T3-T4 N0-N+.

T.Col Dr. Sáez Garrido, Dr. Guijarro Verdú, Dra. Domínguez Morcillo, Cte. Dr. Sáez García, T.Col Dr. Martín de Miguel, Dra. López Carrizosa.

Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla"

PALABRAS CLAVE: Tratamiento Neoadyuvante. Infraestadificación post-Neoadyuvancia.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento Radioterápico, administrado conjuntamente con quimioterapia, mejora el control local del Adenocarcinoma de Recto localmente avanzado vs cirugía, así como diferentes estudios han demostrado un aumento de la supervivencia global a favor del tratamiento neoadyuvante con Radioquimioterapia. En un elevado número de pacientes, se produce una infraestadificación de la enfermedad con dicho tratamiento, lo que se traduce en un elevado número de cirugías con preservación de esfínteres.

OBJETIVOS

Analizar el infraestadije del Adenocarcinoma de Recto con el tratamiento Radioquimioterápico neoadyuvante en nuestro Centro.

MATERIAL Y METODOS

Desde Enero de 2010 y Septiembre de 2014, se han tratado 23 pacientes diagnosticados de Adenocarcinoma de Recto mediante recto-colonoscopia y biopsia, estadiados mediante RMN, ECO endorrectal y TAC e intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro (HCD "Gómez Ulla"). Las características del estadiaje se adjuntan en la tabla 1.

ESTADIAJE PRE-RT	Nx	N0	N1	N2
T0	—	—	—	—
T "In Situ"	—	—	—	—
T1	—	—	—	—
T2	—	—	2	1
T3	3	6	4	4
T4	—	—	—	3

El esquema de tratamiento efectuado fue Radioterapia Externa Pélvica sobre volumen blanco que incluye tumor rectal con margen y cadenas ganglionares pélvicas de drenaje linfático, administrando una dosis de 4500 cGy. Sobreimpresión sobre tumor rectal hasta 5040 cGy. Fraccionamiento estándar de 180cGy/día, 5 días por semana. Dicho tratamiento se ha realizado con fotones de 15 MV. originados con un acelerador lineal (Clinac 2100). Durante la radioterapia, los pacientes han sido sometidos a tratamiento con Capecitabina, 825mg/m²/12h vía oral, en un 73% de los casos (17 ptes.), añadiéndose Oxaliplatino en un 4,3% (1 pte.) de los casos. Un 4,3% (1 pte.) fue tratado con 5-FU en Infusión continua y en el 13% restante (3 ptes.) se decidió no administrar tratamiento QT neoadyuvante.

RESULTADOS

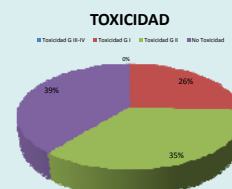
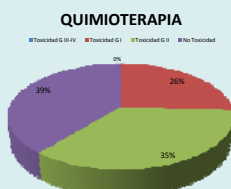
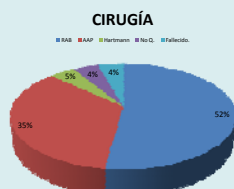
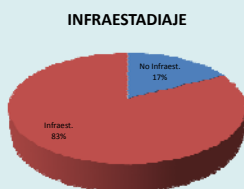
El tratamiento fue llevado a cabo por la totalidad de los pacientes. No se observó toxicidad aguda grado III-IV en ninguno de los casos. En un 39% de los casos no se observó ninguna toxicidad, un 26% sufrió toxicidad Grado I y el 35% restante toxicidad grado II. La intervención quirúrgica se produjo entre 4 y 6 semanas tras la finalización del tratamiento Radioquimioterápico.

En cuanto a las diversas técnicas quirúrgicas, el 52,1% (12 ptes.) de los pacientes fueron sometidos a resección anterior baja (RAB), el 34,7% (8 ptes.) a amputación abdominoperineal (AAP), al 4,3% (1 pte.) intervención de Hartmann, el 4,3% (1 pte.) falleció, y el 4,3% (1 pte.) no fue sometido a ningún procedimiento quirúrgico.

De los 23 pacientes estudiados, se objetivó un infraestadiaje post-Neoadyuvancia en el 82,61% de los casos (18 pacientes) (Tabla 2), con una respuesta completa patológica (ausencia de tumor objetivable en el estudio Anatomopatológico) en el 13,63% de los casos (3 pacientes).

Solo se produjeron 2 defunciones durante el estudio, 1 produciéndose mientras era sometido al paciente a la intervención quirúrgica, y la otra se observó 7 meses después del diagnóstico, encontrando una supervivencia en el momento actual de 91%

ESTADIAJE POST-RT	Nx	N0	N1	N2
T0	—	3	—	—
T "In situ"	—	1	—	—
T1	—	—	—	—
T2	1	9	1	—
T3	1	4	3	—
T4	—	—	—	—



CONCLUSIONES

La Radioquimioterapia Neoadyuvante, en el Adenocarcinoma de Recto localmente avanzado, consigue un elevado índice de infraestadificación, con escasa toxicidad.

BIBLIOGRAFIA

Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014; 64:9

Wood WC, Willett CG. Update of the Massachusetts General Hospital experience of combined local excision and radiotherapy for rectal cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 1992; 1:131

Willett CG. Sphincter preservation in rectal cancer. Local excision followed by postoperative radiation therapy. *Semin Radiat Oncol* 1998; 8:24.

Masui H, Ike H, Yamaguchi S, et al. Male sexual function after autonomic nerve-preserving operation for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:1140.

Havenga K, Maas CP, DeRuiter MC, et al. Avoiding long-term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. *Semin Surg Oncol* 2000; 18:235.

