

## NUEVOS PARADIGMAS EN EL ABORDAJE DEL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO: RESPUESTA COMPLETA EN PACIENTE EN PROTOCOLO WATCH AND WAIT

Marta Pérez<sup>1</sup>, Carlota Santolaya<sup>2</sup>, Eva Ruiz<sup>2</sup>, José Celedonio Vara<sup>1</sup>, Ignacio Azinovic<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oncología Radioterápica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

<sup>2</sup>Oncología Médica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### INTRODUCCIÓN

- El **cáncer colorrectal** es el cuarto tumor más diagnosticado y la segunda causa de muerte por patología tumoral. La incidencia y la mortalidad están en descenso por los métodos de diagnóstico precoz y de la mejora en los tratamientos.
- La **terapia neoadyuvante total (TNT)** consiste en la administración de tratamiento con quimio-radioterapia previo a la cirugía en tumores localmente avanzados.
- Esta cirugía presenta una morbilidad significativa y la posibilidad de **conservación del esfínter** no siempre es posible, teniendo que portar estos pacientes estoma de forma definitiva.
- Resulta atractiva la posibilidad de realizar **tratamientos conservadores de órgano**, manteniendo resultados oncológicos similares. La estrategia **"watch and wait"** se basa en la posibilidad de no operar tras la neoadyuvancia y realizar un seguimiento estrecho.

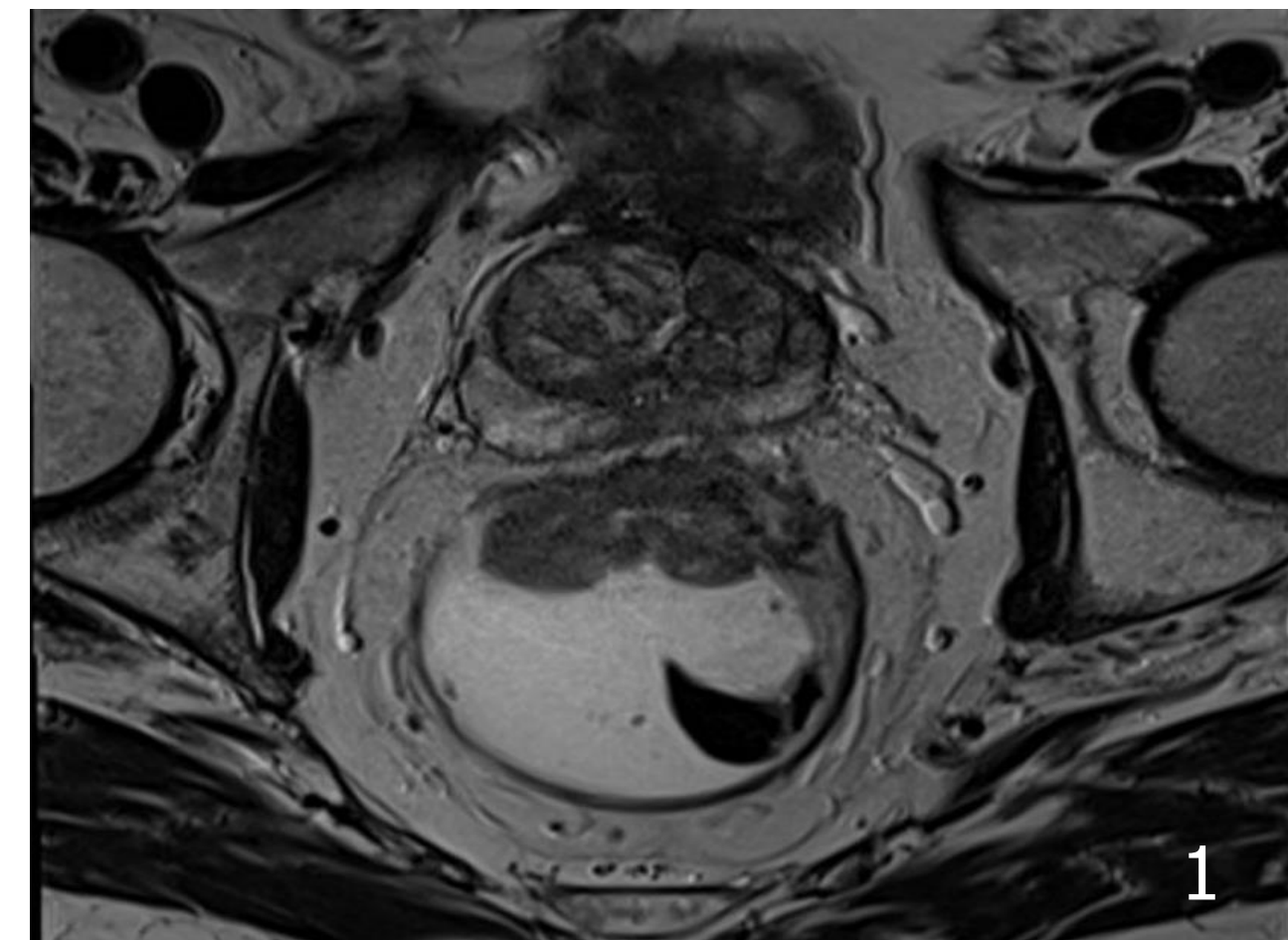
### DESCRIPCIÓN DEL CASO

#### 1. RM de estadificación

#### 2. EDB julio 2019

#### 3. EDB mayo 2022

#### 4. Planificación de tratamiento con RT



#### Anamnesis

Varón de 80 años que a raíz de diagnóstico de adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo, en vigilancia activa actualmente, presenta hallazgo en el estudio de extensión de un pólipo rectal que finalmente es un **adenocarcinoma de recto de tercio medio T3aN0M0**.

#### Exploración física

Tacto rectal con próstata II/IV con discreto aumento difuso de consistencia.

#### Pruebas complementarias

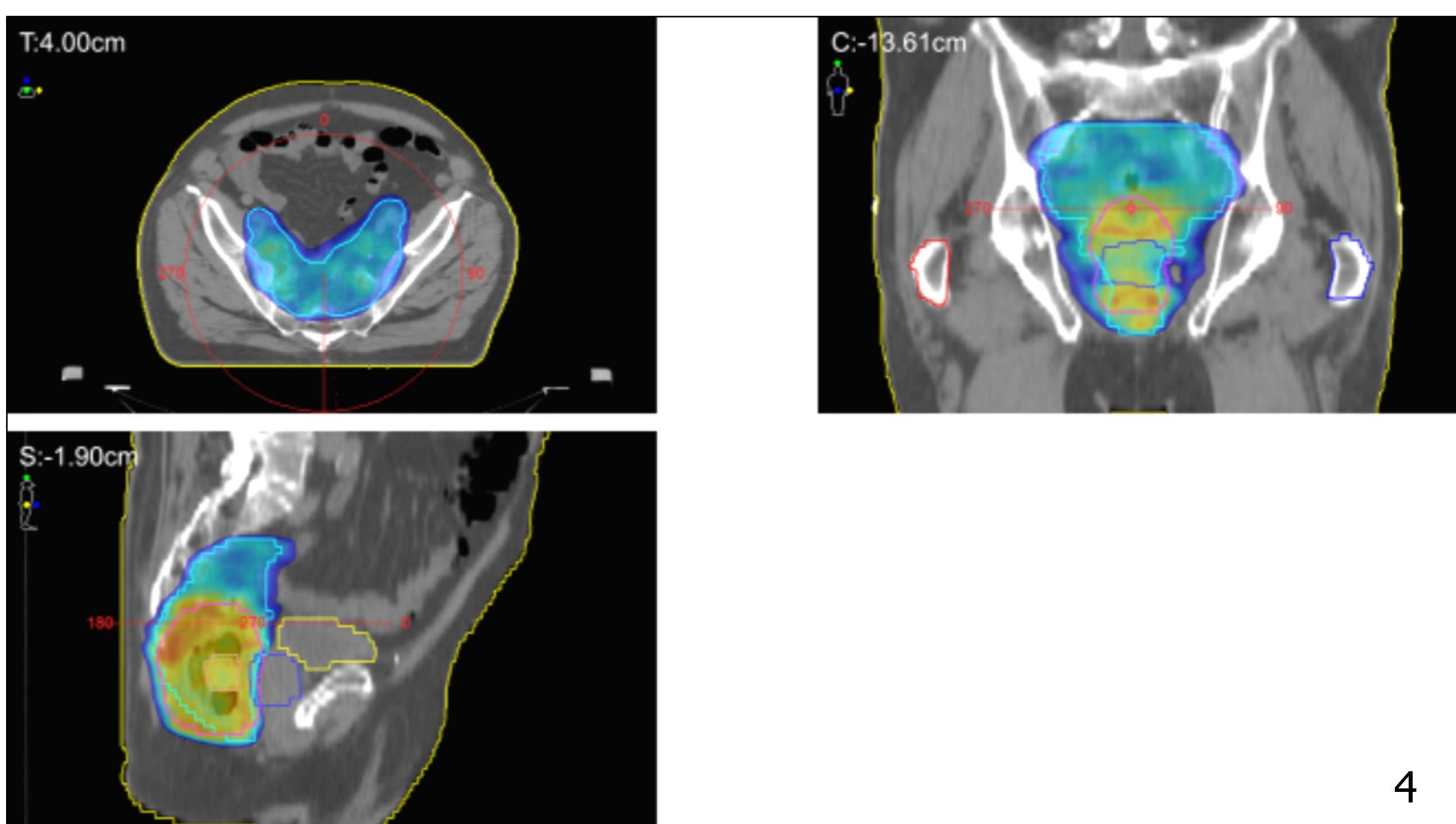
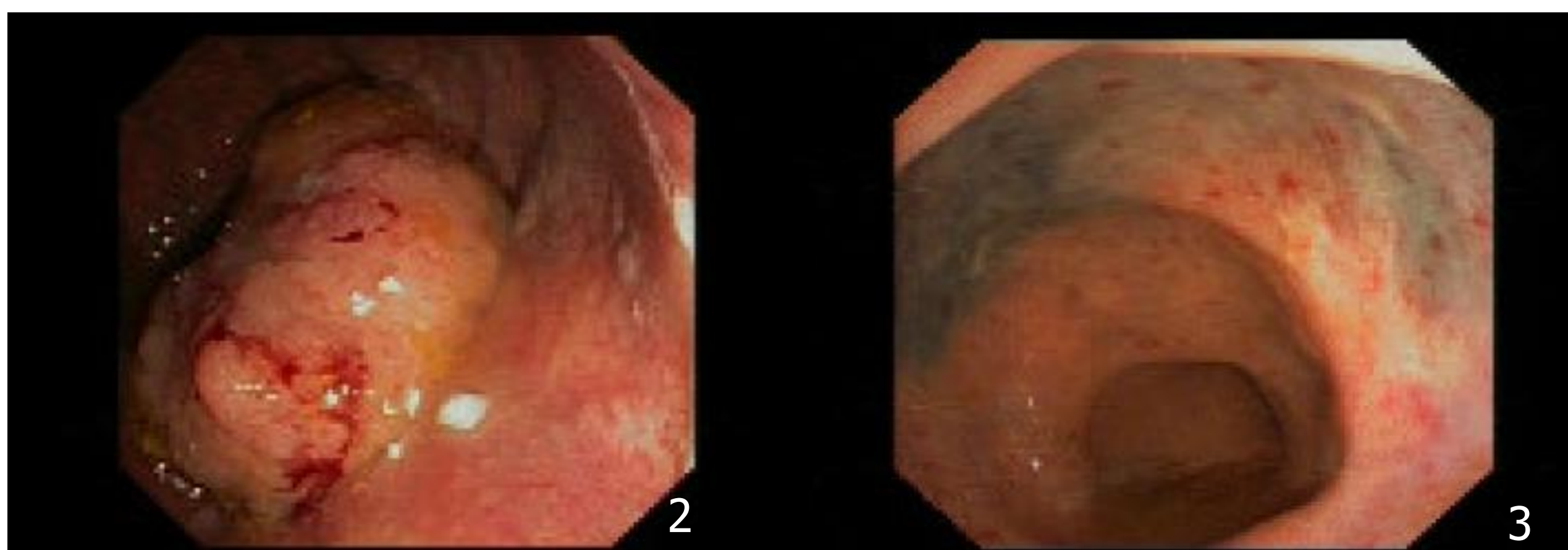
- **Colonoscopia:** formación polipoidea con signos de probable infiltración.
- **AP:** adenocarcinoma.
- **EDB:** además se identifica adenopatía perilesional de 4 mm sospechosa.
- **RM de estadificación:** tumoración polipoidea ulcerada de 37 mm, a 7 cm del margen anal (tercio medio). El tumor invade <5 mm la grasa mesorrectal, sin invasión extramural y con margen de resección circunferencial (MRC) libre. No adenopatías pélvicas ni perirrectales; no afectación a distancia.

#### Diagnóstico diferencial y final

Al ser la lesión rectal un hallazgo del estudio de extensión del adenocarcinoma de próstata diagnosticado, se plantea diagnóstico diferencial entre afectación secundaria y neoplasia primaria de recto. Finalmente nos encontramos ante un caso de dos **tumores sincrónicos**.

#### Tratamiento y evolución

1. TNT con **capecitabina** y RT con dosis total de **50Gy en 25 fracciones**.
2. Resonancia de reevaluación: no tumor residual aparente o mínimo
3. Protocolo **watch and wait**.
4. Tratamiento adyuvante con **FOLFOX**, suspendiéndose el último ciclo por síncope, (¿vasoespasmo por 5FU?).
5. **RESPUESTA COMPLETA. ILE de 24 meses.**



### DISCUSIÓN

La decisión de realizar protocolo "watch and wait" debe ser **personalizada**, debatida por un comité **multidisciplinar** y de acuerdo con el paciente. Las ventajas de evitar la cirugía en pacientes con tumores localmente avanzados con respuesta clínica completa tras la neoadyuvancia se relacionan con la disminución la **morbimortalidad** y la mejora de la **calidad de vida**. Para que un mayor número de pacientes puedan beneficiar de esta estrategia habría que conseguir **aumentar** la tasa de **respuestas patológicas completas** con la neoadyuvancia. Existen cuestiones aún por determinar como la selección de pacientes, el protocolo de seguimiento o la intensificación de los tratamientos.

### BIBLIOGRAFÍA

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Rectal Cancer. Version 5.2020 — June 15, 2020. NCCN.org
- López-Campos F, Martín-Martín M, Fornell-Pérez R, García-Pérez JC, Die-Trill J, Fuentes-Mateos R, et al. Watch and wait approach in rectal cancer: Current controversies and future directions. World J Gastroenterol. 2020;26(29):4218–39.
- Bosset J-F, Collette L, Calais G, Mineur L, Maingon P, Radosevich-Jelic L, et al. Chemotherapy with preoperative radiotherapy in rectal cancer. New Engl J Med. 2006;355:1114–23
- Maas M, Beets-Tan RG, Lambregts DM, et al. Wait-and-see policy for clinical complete responders after chemoradiation for rectal cancer. J Clin Oncol. 2011;29:4633–40.
- Smith JD, Ruby JA, Goodman KA, et al. Nonoperative management of rectal cancer with complete clinical response after neoadjuvant therapy. Ann Surg. 2012;256:965–72