

## PRESERVACIÓN DE ÓRGANO EN CÁNCER DE RECTO ¿ESTAMOS PREPARADOS?

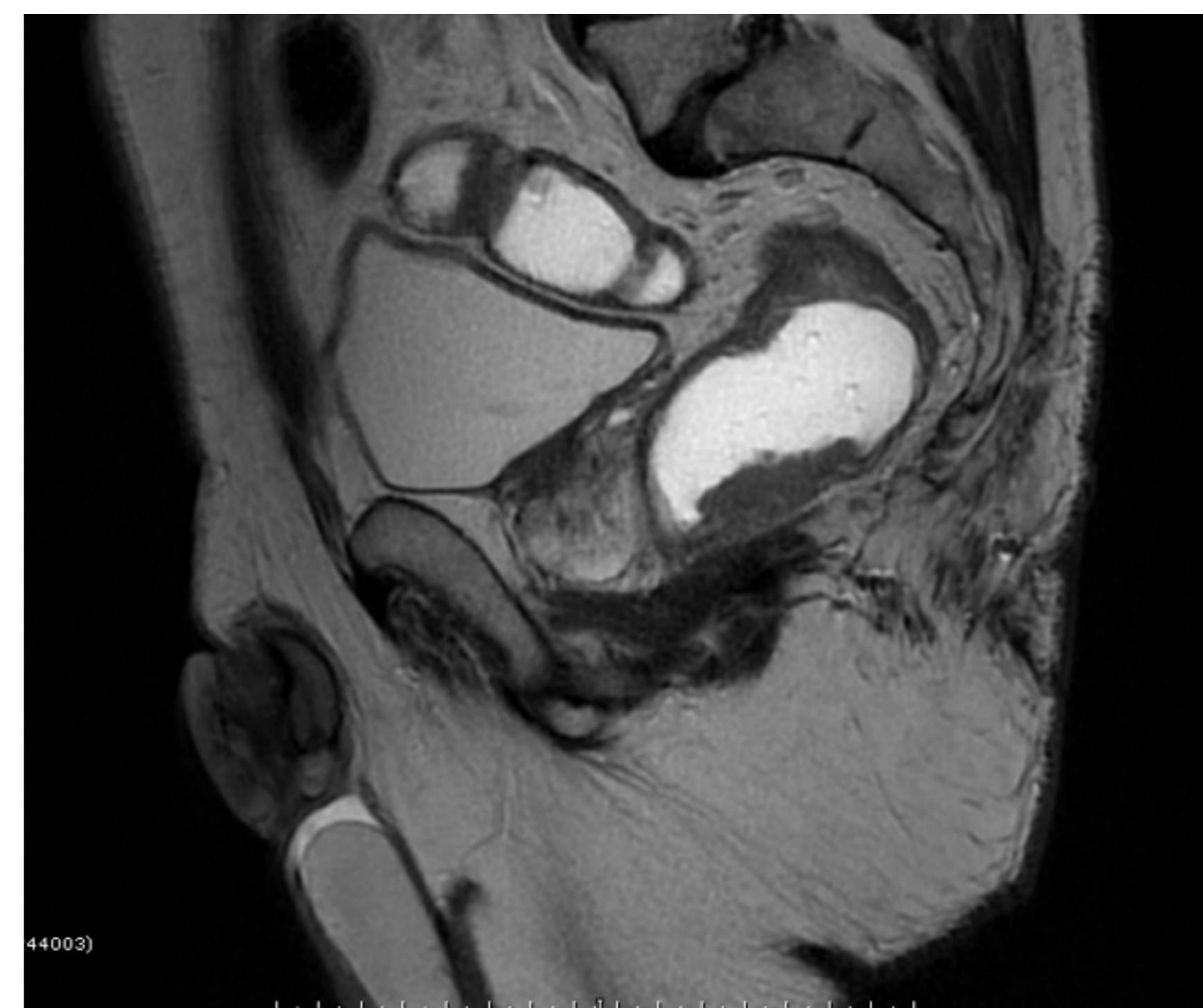
*Inmaculada Rodríguez Ledesma, César Gutiérrez Pérez, María Pumares González, Miriam Vela Domínguez, Beatriz Llorente Ayala  
Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Burgos (HUBU)*

### INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de recto ha aumentado en las últimas décadas, y el manejo terapéutico ha ido evolucionando con los avances en técnicas quirúrgicas y combinaciones de los distintos esquemas terapéuticos. El tratamiento estándar para la enfermedad localmente avanzada no metastásica es la quimio-radioterapia concomitante (CRT) seguida de cirugía con resección mesorrectal completa (TME), con o sin la asociación de una quimioterapia adyuvante. La terapia neoadyuvante total (TNT), con CRT y quimioterapia de inducción o consolidación se está afianzando como una opción ventajosa en base a un aumento en la tasa de respuestas (TR) locales, sin que ello implique más complicaciones postquirúrgicas, y con resultados similares en supervivencia. La eficacia propia de esta terapia, que alcanza respuestas completas patológicas de hasta un 25%, abre la puerta a estrategias de preservación de órgano "watch and wait" ("W&W") en pacientes seleccionados.

### CASO CLÍNICO

Varón de 56 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. No hábitos tóxicos. Consulta en diciembre de 2021 por alteración del tránsito intestinal de un año de evolución, asociando tenesmo rectal y rectorragia en los dos últimos meses. La **colonoscopia** evidencia una lesión en recto de 40 mm de longitud, a 2 cm de margen anal, no estenosante, ocupando el 30% de la circunferencia. Se toman biopsias informadas de adenocarcinoma bien diferenciado con estabilidad de microsatélites por inmunohistoquímica. **Análítica sanguínea** sin alteraciones relevantes salvo por elevación de marcadores tumorales: CEA 24, Ca19.9 17.2. La determinación de los niveles de uracilo es normal (4). El estudio de extensión realizado con **Tomografía Axial Computarizada (TAC)** descarta enfermedad a distancia, describiendo adenopatías locorregionales milimétricas, en rango no patológico, confirmadas como inespecíficas mediante Resonancia Magnética (RM) de pelvis. Con el diagnóstico de adenocarcinoma de recto bajo cT3 cN0 M0 se indica, de forma conjunta con el paciente, **terapia neoadyuvante total con intención de preservación de órgano**. Inicia radioterapia radical (56 Gy en 28 fracciones), concomitante con Capecitabina semanal entre enero y febrero de 2022. Precisa reducir un 20% la dosis de fluoropirimidina por neutropenia grado 2 afebril desde el segundo ciclo. Posteriormente, se administra tratamiento citostático de consolidación según esquema Oxaliplatino – Capecitabina al 80% hasta completar 6 ciclos entre febrero y junio de 2022. En la reevaluación tras fin de tratamiento se objetiva respuesta completa radiológica y endoscópica, programándose seguimiento trimestral con analítica, marcadores tumorales, colonoscopia, TAC y RM pélvica. Tras 4 meses de seguimiento, el paciente continúa en respuesta completa mantenida, conservando excelente estado general.



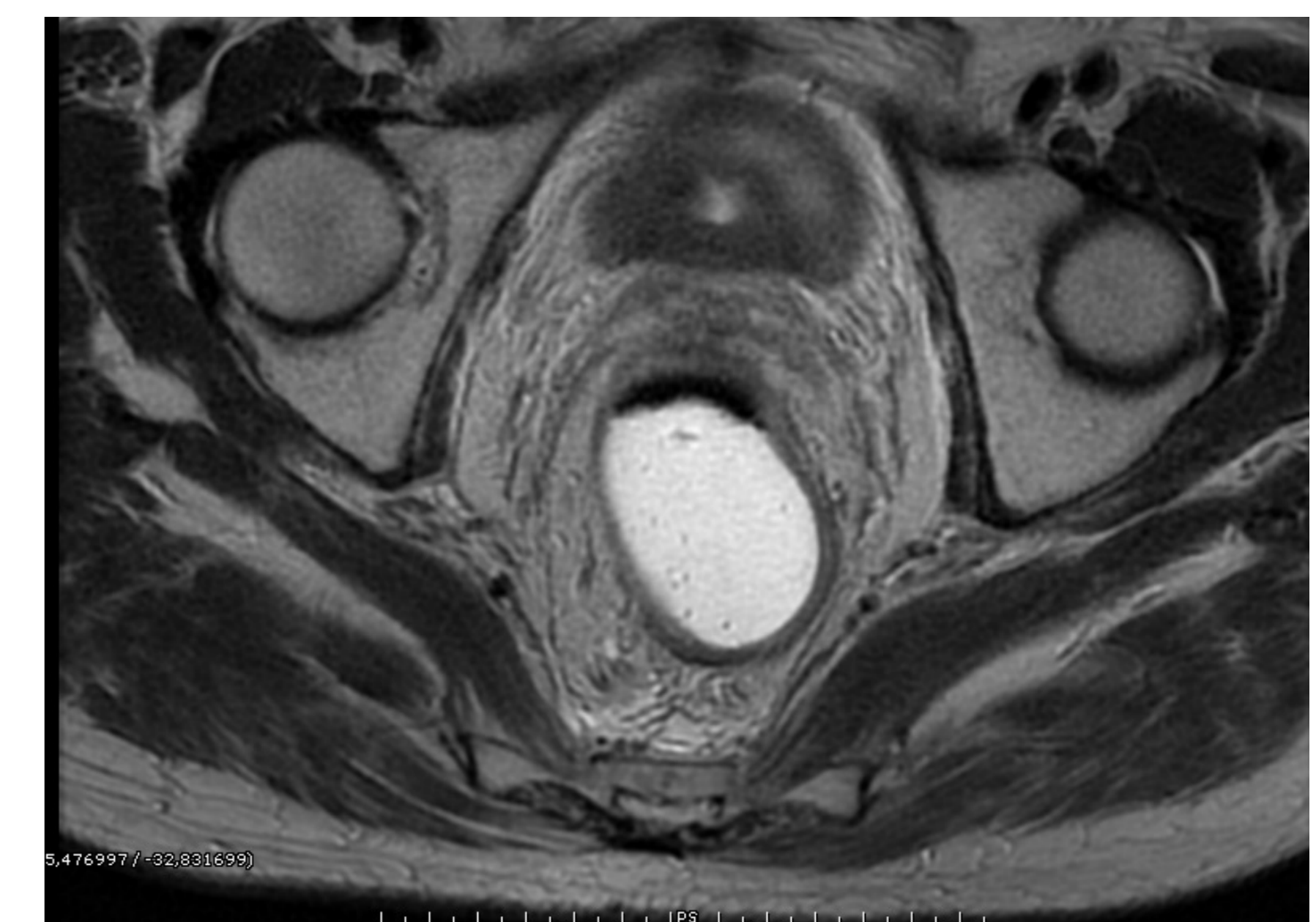
RMN de pelvis al diagnóstico



RMN de pelvis en RC tras finalizar TNT



TAC TAP al diagnóstico



TAC TAP en RC tras finalizar TNT

### DISCUSIÓN

La estrategia TNT ha revolucionado el paradigma del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado. Se basa en la administración de todas las modalidades terapéuticas previas a la cirugía, con intención de realizar un tratamiento temprano de la enfermedad micrometastásica. Existen dos ensayos clínicos randomizados fase III (PRODIGE 23 y RAPIDO) que respaldan este manejo, evidenciando una mayor tasa de respuestas completas patológicas (pCR) y un aumento de la supervivencia libre de progresión (PFS) a los 3 años, sin que exista un beneficio significativo en términos de supervivencia global. Estos resultados traen consigo una nueva modalidad de tratamiento, en la medida en que cuestionan el beneficio de la cirugía posterior a la CRT en aquellos pacientes que alcanzan una pCR, planteando la posibilidad de preservación de órgano. En esta dirección se ha publicado el estudio fase II randomizado OPRA, en el cual aquellos pacientes que alcanzaban respuesta clínica completa o casi completa continuaban con seguimiento estrecho ("W&W"), reservándose la cirugía a la progresión. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en términos de PFS entre los grupos implicados (TNT + cirugía o TNT + W&W), con una mediana de 76% vs 75% respectivamente, al mismo tiempo que se lograba evitar la morbilidad y el deterioro de la calidad de vida asociados a la cirugía. Durante el seguimiento se evidenció, asimismo, que el 53% de los pacientes del grupo W&W conservaban el recto a los 3 años.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Affleck A. The evolution of rectal cancer treatment: the journey to total neoadjuvant therapy and organ preservation. Annals of Gastroenterology [Internet]. 2022 [consultado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.20524/aog.2022.0712>
2. Jimenez-Rodriguez RM, Quezada-Diaz FF, Hameed I, Patil S, Smith JJ, Garcia-Aguilar J. Organ preservation in rectal cancer patients treated with total neoadjuvant therapy. Journal of Clinical Oncology [Internet]. 1 de febrero de 2019 [consultado el 11 de noviembre de 2022];37(4\_suppl):692. Disponible en: [https://doi.org/10.1200/jco.2019.37.4\\_suppl.692](https://doi.org/10.1200/jco.2019.37.4_suppl.692)
3. Van der Valk MJ, Hilling DE, Bastiaannet E, Meershoek-Klein Kranenbarg E, Beets GL, Figueiredo NL et al. Long-term outcomes of clinical complete responders after neoadjuvant treatment for rectal cancer in the International Watch & Wait Database (IWWD): an international multicentre registry study. The Lancet [Internet]. Junio de 2018 [consultado el 11 de noviembre de 2022];391(10139):2537-45. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31078-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31078-x)