

# Cáncer de recto: relevancia de la duración del intervalo entre neoadyuvancia y cirugía

**Esther Uña Cidón (1)**, Pilar Alonso (2), Christian Perea (2), Francisco López-Lara (2)

(1) Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

(2) Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

# introducción

1. La QRT seguida de TME → estándar localmente avanzados
2. La respuesta tumoral a QRT → predictor de control local y supervivencia (Maas et al, Lancet Oncol 2010)
3. La respuesta tumoral es dependiente del tiempo (Wang et al, Radiother Oncol, 2005)
4. En investigación: cambio en plan quirúrgico si respuesta completa a QRT → “esperar y ver” (O'Neill et al, Lancet Oncol 2007)
5. Estrategias que ↑ tasa de RCp → punto central
6. Teóricamente si ↑ intervalo → > RCp , pero...
7. Cirujanos reacios a intervalos > 6-8 sem → fibrosis pélvica
8. Habitual intervalo de 4-8 semanas...
9. Pero se desconoce el intervalo óptimo.

# Objetivos y material-métodos

1. **Objetivo:** Determinar el efecto de la prolongación del intervalo “QRT – cirugía” en:

tasas de respuesta (RCp)

tasa de complicaciones perioperatorias

2. **Material y métodos:**

Estudio retrospectivo; periodo Abril 2008- Febrero 2011.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Diagnóstico patológico de adenocarcinoma de recto
- Estadios clínicos II y III (T3-4, N (+))
- Ausencia de mtx, otras neoplasias, EII, cirugía de urgencia, síndromes hereditarios
- Sometidos a QRT preoperatoria curso largo y posterior TME
  - 45 Gy a pelvis
  - boost de 5.4-9 Gy a masa tumoral
- Capecitabina concurrente 850 mg/m<sup>2</sup>/día durante la radioterapia.
- 

A  
S  
I  
G  
N  
A  
C  
I  
Ó  
N



↗ Grupo A: < 6 sem

↘ Grupo B: ≥ 6 sem

# Material y métodos



## Variables estudiadas:

Demográficas

Características del tumor (grado diferenciación, tamaño, localización, ...)

Estadio clínico

## Análisis de la respuesta:

Escala del grado de regresión tumoral de Dworak (Int J Colorect Dis 1997)

TRG 0: no regresión

TRG 1: tumor dominante; poca fibrosis

TRG 2: pocas cés tumorales; predominio fibrosis

TRG 3: muy pocas cés tumorales

TRG 4: es el equivalente a RCp

## Análisis de complicaciones perioperatorias:

Infecciosas

Dehiscencia anastomosis (fístula)

Dificultad quirúrgica percibida por el cirujano

## Métodos estadísticos:

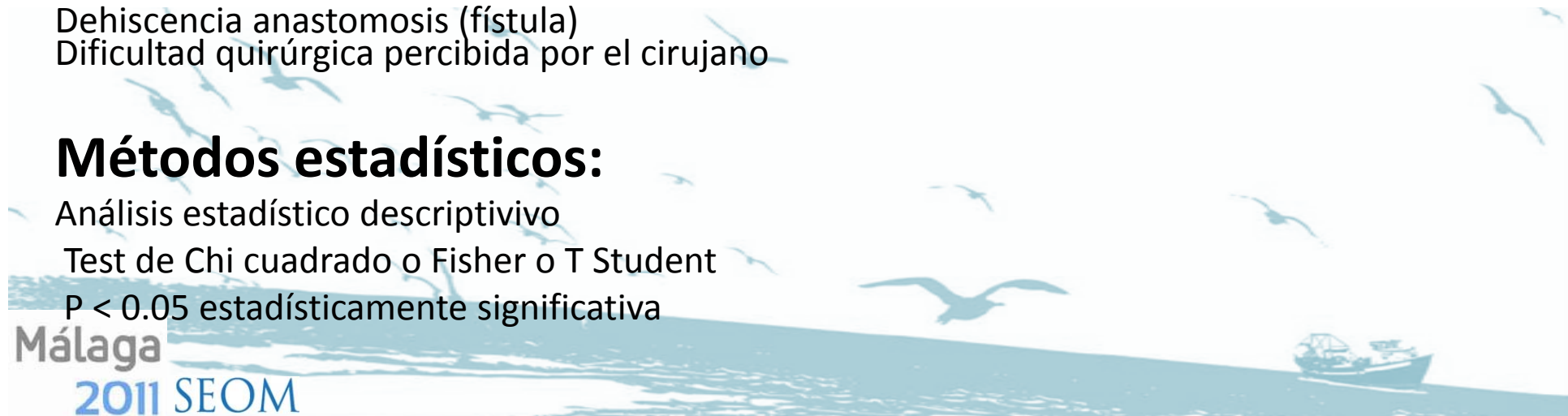
Análisis estadístico descriptivo

Test de Chi cuadrado o Fisher o T Student

P < 0.05 estadísticamente significativa

Málaga

2011 SEOM



# Resultados

Grupo	Grupo A < 6 sem	Grupo B ≥ 6 sem	p
N = 109	51	58	---
Sexo: Varón	34	36	NS
Mujer	17	22	
Edad: mediana	68 años	67 años	NS
Grado histológico: 1-2	29	31	NS
3	22	27	
Estadio clínico: II	24	26	NS
III	27	32	
Localización: baja	23	27	NS
media	19	23	
alta	9	8	

# Resultados

Grupo	Grupo A < 6 sem	Grupo B ≥ 6 sem	p
Sepsis postcirugía	3.8%	3.8%	NS
Dehiscencia anastomosis	6.7%	7.8%	NS
Cirugía dificultosa percibida por el cirujano	12%	13%	NS
Obstrucción intestinal	9%	8%	NS
Tipo de cirugía Conservación esfínter en bajos (< 3 cm)	40%	42%	NS

Grupo	Grupo A < 6 sem	Grupo B ≥ 6 sem	P
RC p	19.6%	35%	0.038

# Discusión

	intervalo	RCp	Recidiva total	Mortalidad	Complic y pres esfint
Tulchinsky et al retrosp	<b>&gt;7 sem</b>	<b>35%</b>	<b>12%</b>	<b>7%</b>	NS
	$\leq 7$ sem	0.03 17%	0.03 27%	0.02 19%	
Lyon R 90- 01 prosp	2 sem				NS
	6-8 sem				
Moore	<b>&gt; 44 días</b>	<b>19%</b>	-----	NS	NS
	$\leq 44$ días	12%			
Kalady	<b>&gt; 8 sem</b>	<b>31%</b>	-----	NS	NS
	$\leq 8$ sem	16%			
García- Aguilar	6-8 sem	18%	NS	NS	NS
	<b>11-13 sem +QT interv</b>	0.02 <b>25%</b>			

# conclusiones

- 1. Un intervalo entre QRT y Cx  $\geq 6$  semanas es seguro comparado con el intervalo más corto**
- 2. Se asocia con una mayor tasa de RCp**
- 3. Se necesita ampliar el seguimiento para conocer otros resultados oncológicos**
- 4. Se necesitan más estudios prospectivos para definir mejor el papel real del intervalo entre QRT y Cx**