

CAPÍTULO 7

Neoadyuvancia con QT (sin RT)

La indicación de QT como única arma en un esquema de neoadyuvancia sigue siendo también ensayada. Existen varias razones que han impulsado esta línea de investigación:

- El conocimiento de los efectos adversos de la RT sobre las funciones intestinal y urogenital.
- La probada sensibilidad de los tumores de recto a los esquemas modernos de QT sistémica.
- La demostración a través de los protocolos de TNT de la mayor adherencia a la QT cuando se la administra en el preoperatorio en contraste con la adyuvancia.
- El bajo riesgo de recurrencia cuando se efectúa una ETM con buena técnica.
- Algunas experiencias aisladas en pacientes con tumores avanzados sin posibilidades de recibir RT pelviana por sus antecedentes oncológicos previos.
- Algunas experiencias ya han sido publicadas, y entre ellas podemos mencionar algunas.

En la reunión de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) de 2011 se presentó el estudio conocido como MSKCC PILOT, que fue luego publicado en 2014. Se trató de una serie de 32 pacientes con tumores T2-3 N1-2 (estadios II y III) tratados de acuerdo a un protocolo de QT neoadyuvante con 6 ciclos de FOLFOX + bevacizumab.²⁰¹ Solo en los casos sin respuesta se indicaría QRT previo a la cirugía. No obstante, esto solo fue necesario en dos casos, pero por intolerancia a la QT. Si no se lograba R0, se indicaría RT postoperatoria, pero esto tampoco fue necesario. Hubo un 25 % de RPC, sin ninguna recaída local a 4 años, y con una SLE del 84 %.

A partir de esta experiencia se inició un estudio fase III multicéntrico denominado PROSPECT (*Preoperative Radiation Or Selective Preoperative radiation and Evaluation before Chemotherapy and TME*). Este protocolo randomiza a los pacientes a un brazo control de QRT + cirugía + QT adyuvante con 8 ciclos de FOLFOX y a otro brazo de investigación en el que los pacientes reciben QT (6 ciclos de FOLFOX). Luego de los 2 primeros ciclos son reevaluados. Aquellos que presentan una respuesta < al 20 % continúan con QRT previa a la cirugía y luego completan otros 6 ciclos de FOLFOX como QT adyuvante, mientras



Figura 12: Neoadyuvancia solo con QT (ensayo en curso)

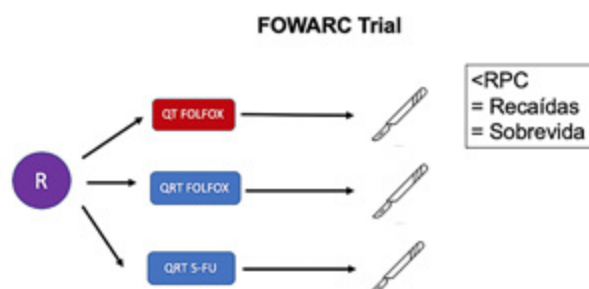


Figura 13: QT vs. QRT

que los que responden reciben 6 ciclos y van directamente al tratamiento quirúrgico sin QRT, para luego completar con 2 ciclos de adyuvancia con FOLFOX. Los resultados de este ensayo serán publicados en el transcurso de este año (Figura 12).

Otro ensayo realizado en China, conocido como Fowarc Trial randomizó pacientes en estadios II y III en tres brazos. QT neoadyuvante con FOLFOX, QRT con FOLFOX y un brazo control con QRT solo con 5FU.⁴⁶ Si bien el brazo de QT tuvo la tasa de RPC más baja (7 % vs. 14 % del brazo control y 28 % del brazo con QRT con FOLFOX), no hubo diferencias en el número de recurrencias locales, SLE ni SG (Figura 13).

Finalmente, un estudio poblacional realizado en EEUU evaluó la sobrevida en 21.707 pacientes con tumores T3N0 y T2-3N1 tratados con QRT vs. QT neoadyuvantes y observó una diferencia significativa en la sobrevida global a favor de la QRT (75 % vs. 67,2 %).²⁶

A la luz de estos datos, no puede recomendarse por el momento la indicación de QT sin RT fuera de un protocolo de investigación.