

## CAPÍTULO 16

### Neoadyuvancia en estadios IV

A la complejidad que por sí misma implica el manejo de los tumores de recto, no es poco frecuente que el EID deba agregarle un condimento adicional, el cual está dado por la posible coexistencia de enfermedad metastásica, la cual a su vez puede ser resecable (o potencialmente resecable) o directamente irresecable. Como si esto fuera poco, dada la infinidad de variables que influyen en los resultados del tratamiento en este contexto, la evidencia es prácticamente inexistente. No se ahondará en las decisiones relacionadas a la conducta quirúrgica, si debe ser sincrónica, en etapas o si debe considerarse el abordaje reverso (comenzar con la resección hepática antes de la extirpación del tumor primario), ya que no es el objetivo de este relato. Sin embargo, como lineamiento general, es de preferencia enfocarse inicialmente también desde el punto de vista quirúrgico en el control de la enfermedad metastásica (abordaje reverso), ya que de esta dependerá en mayor medida el pronóstico. Se intentará, en cambio, analizar las posibles estrategias de quimioterapia agregadas a la neoadyuvancia con relación al tumor primario en ambos contextos, es decir cuando la enfermedad metastásica es o no resecable. En cualquier caso, los criterios para indicar neoadyuvancia no cambian, es decir que se la indicará en base a los mismos parámetros relacionados al tumor primario, independientemente de la presencia o no de las metástasis.

#### Metástasis resecables

Las guías del NCCN consideran que debe indicarse siempre QT sistémica en estos casos, ya sea antes o después de la neoadyuvancia, para la cual son igualmente aceptables la QRT de curso largo o la RT de curso corto. En todos los casos, la cirugía sincrónica o en etapas seguirá a la QT sistémica y la neoadyuvancia. Más allá de que ambos esquemas de neoadyuvancia están contemplados en las guías, lo cierto es que se prefiere la RT corta, dado que lo prolongado del esquema largo con una baja intensidad en el tratamiento quimioterápico coloca a los pacientes en riesgo de diseminación de su enfermedad sistémica. Más allá de lo que dicen estas guías, es evidente que en esta circunstancia la QT sistémica es primordial y debe iniciarse cuanto antes, salvo que los síntomas del tumor primario obliguen a actuar de otra manera.

Una interesante opción, propuesta por un grupo coreano, sugiere iniciar el tratamiento con QT sistémica y continuar con RT de curso corto, pero programar la cirugía

luego de un periodo de espera largo de 6 semanas, durante el cual se aplican otros 4 ciclos de QT sistémica con el fin de intensificar al tratamiento de la enfermedad sistémica, que es en definitiva lo que marcará el pronóstico de estos pacientes.<sup>116</sup>

En cualquier caso, en este complejo contexto la única posibilidad de alcanzar la curación está relacionada a la posibilidad de resecar toda la enfermedad con márgenes negativos. Sin embargo, no deben perderse de vista las indicaciones de neoadyuvancia para el tumor primario, dado que está descripta la recaída pelviana en hasta un 34 % de los casos e incluso situaciones en que se llega a controlar la enfermedad metastásica pero se produce una recaída loco-regional con la morbilidad que ello implica.<sup>24,117</sup>

#### Metástasis no resecables

En esta situación el objetivo primordial es el control sistémico, por lo cual siempre está indicada la QT como principal, y en ocasiones único tratamiento. De hecho, en los casos en los que el tumor primario no provoca sintomatología la QT sistémica es la única terapéutica a considerar. Por el contrario, en los tumores sintomáticos podría considerarse un esquema de RT de curso corto con el fin de evitar un oclusión y la necesidad de una intervención quirúrgica de urgencia.<sup>44,238</sup> Este problema se abordó en un estudio de fase II, en el que 40 pacientes con tumores sintomáticos y metástasis sincrónicas no resecables recibieron RT de curso corto (5 x 5 Gy) y QT sistémica basada en oxaliplatino. La mediana de sobrevida fue de 11,5 meses y solo ocho pacientes (20 %) requirieron cirugía durante el curso de su enfermedad. Los síntomas se resolvieron por completo en un 30 % y otro 35 % tuvo una mejora significativa.<sup>229</sup> En lesiones francamente obstructivas podrá efectuarse una ostomía descompresiva previa a la QT. La colocación de stents constituye una alternativa, quizás sea actualmente la mejor indicación para la utilización de estos dispositivos. Sin embargo, no siempre es posible utilizarlos en los tumores que involucran el recto bajo por el riesgo de migración.

*Como conclusión, en los estadios IV el principal objetivo es el control sistémico, por lo que las indicaciones de neoadyuvancia están supeditadas a ello, ya que el foco inicial se coloca en la QT.*