

CAPÍTULO 18

Encuesta

Con el fin de conocer el estado del conocimiento acerca de la neoadyuvancia en el cáncer de recto desarrollamos una encuesta breve, de solo 12 preguntas con 4 opciones que se muestran a continuación. Se trata de una encuesta sencilla, que podía contestarse en un máximo de 4 minutos, con preguntas eminentemente prácticas acerca de las decisiones más comunes.

Esta encuesta se difundió a través del correo electrónico de nuestra sociedad y también de las redes sociales (LinkedIn, Twitter e Instagram) de nuestro órgano de difusión, la Revista Argentina de Coloproctología, la que tiene una fuerte presencia y bastante más de un millar de seguidores. A continuación se muestran las preguntas y las respuestas obtenidas, junto con el análisis de los resultados:

- En su práctica habitual, ¿qué casos con cáncer de recto se presentan en equipo interdisciplinario? (Figura 15).
 - Solo casos avanzados.
 - No cuento con equipo interdisciplinario.
 - A pedido del cirujano u oncólogo tratante.
 - Todos los casos.
- ¿Cuál es, de acuerdo a su criterio, el mínimo de cirugías anuales de cáncer de recto requeridas para ser considerado un cirujano de alto volumen? (Figura 16).
 - Más de 10.
 - Más de 20.
 - Más de 30.
 - Más de 40.
- ¿Cuál es, a su criterio, el objetivo de indicar una terapia neoadyuvante en cáncer de recto? (Figura 17).
 - Control de enfermedad local y preservación del órgano.
 - Control de enfermedad local, preservación de órgano y prolongar la sobrevida.
 - Prolongar la sobrevida y preservar el órgano.
 - Control de la enfermedad local y a distancia.
- ¿En qué casos de su práctica habitual indica un esquema corto de radioterapia? (Figura 18).
 - Siempre.
 - Solo en estadios IV.
 - En pacientes con síntomas oclusivos.
 - Nunca.

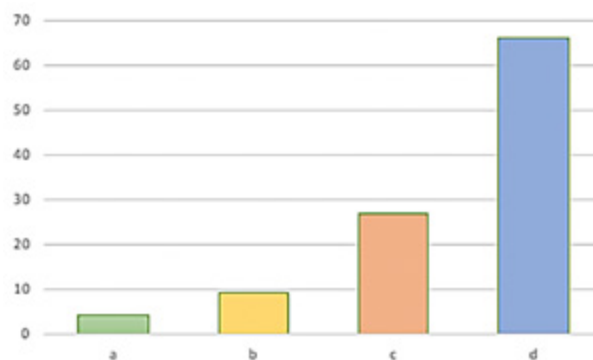


Figura 15: Más del 60 % discute la totalidad de sus casos en el EID y un 25 % lo hace selectivamente, mientras que algo más del 12 % todavía refiere que prácticamente no participa de estas reuniones y toma sus decisiones de manera individual

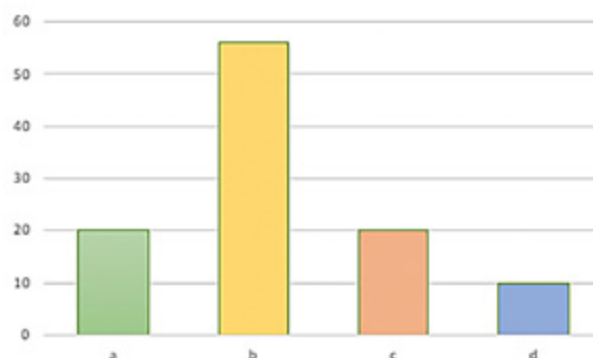


Figura 16: Un 53 % consideró que un cirujano experto debe realizar no menos de 20 operaciones radicales por cáncer de recto al año, solo 10 % cree que deben ser 40, y el 36 % restante se repartió equitativamente entre 10 y 30 operaciones anuales

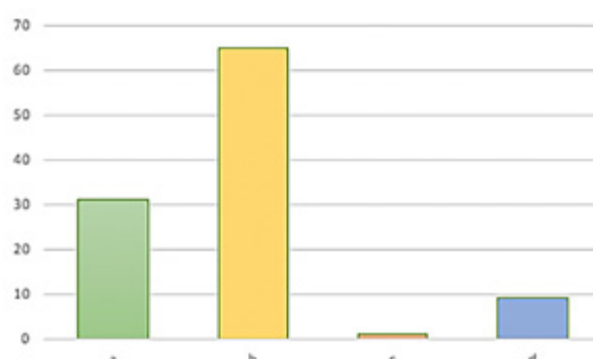


Figura 17: El 60 % opinó que los objetivos de la neoadyuvancia son los de controlar la enfermedad localmente, preservar el recto y prolongar la sobrevida, mientras que un 30 % aún no cree que la neoadyuvancia tenga como objetivo prolongar la sobrevida

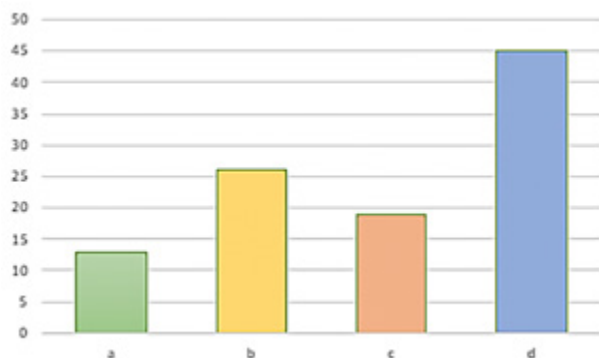


Figura 18: Con relación a los esquemas de RT de curso corto, alrededor del 45 % no lo indica en ningún caso, mientras que un 25 % lo hace en estadios IV. Sorprendió que un 18 % respondió que lo indica ante síntomas oclusivos y 12 % que lo indica siempre

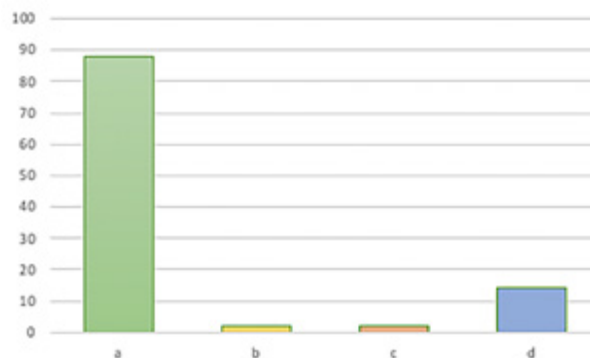


Figura 20: El 83 % de los encuestados ya considera la estrategia de TNO en su práctica, 13 % lo hace solo en casos de alto riesgo para una cirugía. Menos del 2 % lo hacen únicamente ante la solicitud del paciente y otro 2 % no lo considera en su práctica

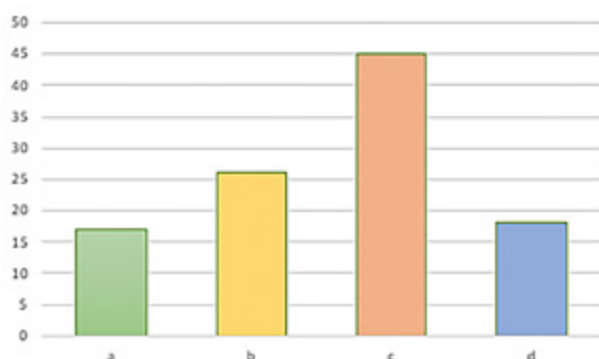


Figura 19: El tiempo de espera para la primera evaluación de respuesta post-neoadyuvancia se repartió por partes casi idénticas entre 4 y 10 semanas con el 17 %. Coincidiendo con la mayoría de las recomendaciones, un 25 % lo hace a las 6 semanas y 42 % a las 8

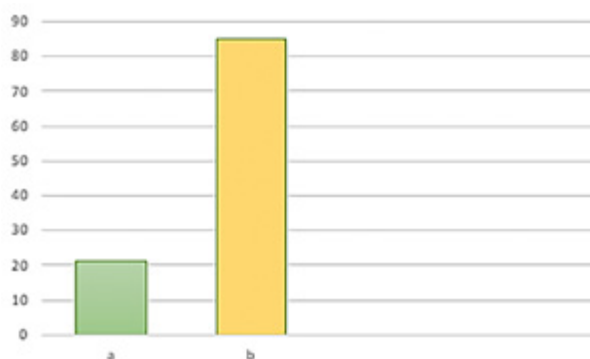


Figura 21: El 80 % toma sus decisiones quirúrgicas sobre la base de la reestadificación postneoadyuvancia y 20 % de la estadificación inicial

5. En su práctica, ¿cuánto tiempo transcurre desde finalizado el tratamiento neoadyuvante hasta el primer control para evaluar respuesta? (Figura 19).
 - a. 4 semanas.
 - b. 6 semanas.
 - c. 8 semanas.
 - d. 10 semanas.
6. ¿Considera la indicación de la estrategia de W&W en su práctica? (Figura 20).
 - a. Sí.
 - b. Nunca.
 - c. Solo si el paciente lo solicita.
 - d. Solo en pacientes de alto riesgo quirúrgico.
7. Al momento de planificar la cirugía, luego de finalizado el tratamiento neoadyuvante, ¿usted se basa en la estadificación inicial o lo hace acorde a la respuesta del tumor? (Figura 21).
 - a. Estadificación inicial.
 - b. Estadificación postneoadyuvancia.

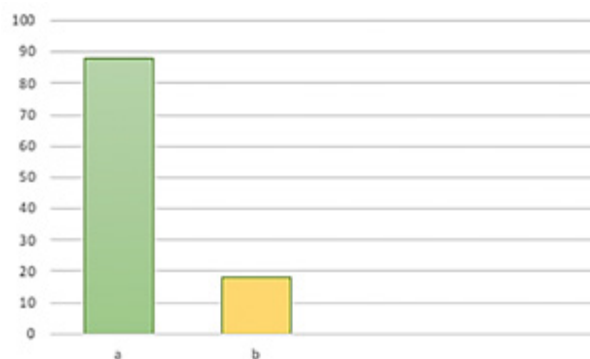


Figura 22: Con respecto a las nuevas estrategias de TNT, el 83 % respondió que son consideradas por si o por su EID a la hora de definir la estrategia de tratamiento para sus pacientes

8. En pacientes con cáncer de recto sin secundarismo, pero con alto riesgo de enfermedad metastásica, ¿usted o su equipo interdisciplinario indicarían algún esquema de TNT (terapia neoadyuvante total)? (Figura 22).
 - a. Sí.
 - b. No.
9. ¿Qué método de evaluación no debe faltar en el seguimiento de un paciente dentro del protocolo de W&W?

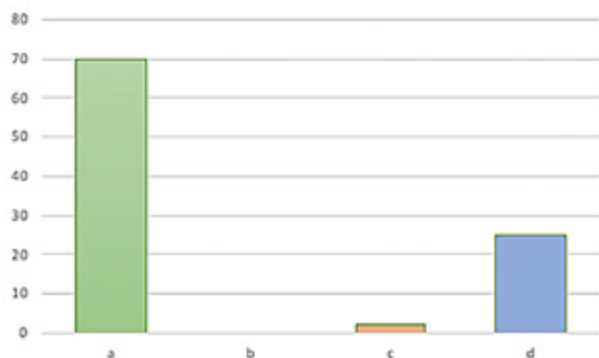


Figura 23: El 75 % sigue a los pacientes que incluye en un protocolo de W&W con examen proctológico, videocolonoscopia y RMAR. Solo un 25 % agrega el PET-TC

(Figura 23).

- Examen proctológico, RMAR y VCC.
 - Examen proctológico, VCC, PET-TC.
 - VCC, RMAR y PET-TC.
 - Examen proctológico, RMAR, VCC y PET-TC.
10. En un paciente de sexo masculino de 50 años con un tumor de recto a 6 cm del MA con estadificación inicial cT4N2a y respuesta clínica e imagenológica completa, usted indicaría (Figura 24):
- W&W.
 - Resección anterior baja.
 - Amputación abdominoperineal.
 - TEM / TEO / TAMIS.
11. En un paciente de 40 años con un tumor en estadio cT2N0 a 4 cm del margen anal, ¿consideraría neoadyuvancia con el objetivo de preservar el recto? (Figura 25).
- No.
 - Solo QRT de curso largo, ya que mi paciente quizás nunca necesite QT.
 - Consideraría TNT de inducción.
 - Consideraría TNT de consolidación según la respuesta.
12. ¿En qué casos considera usted o su equipo interdisciplinario, la adyuvancia luego de la neoadyuvancia? (Figura 26).
- Siempre que se indicó neoadyuvancia.
 - Siempre, salvo en los casos con respuesta completa patológica.
 - Solo en los estadios ypN+.
 - Solo en los estadios ypN2.

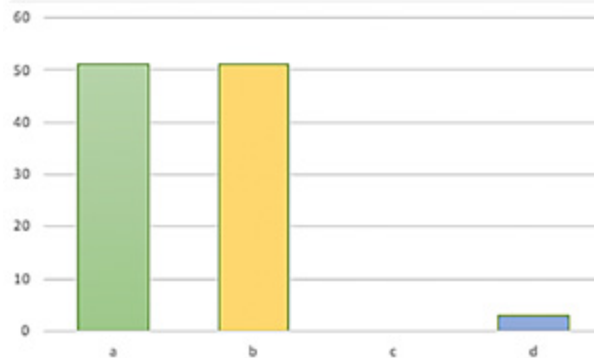


Figura 24: Ante la RCC en un tumor cT4N2a a 6 cm del margen anal en un paciente masculino el 48,5 % se inclina por cirugía radical y el 48,5 % por W&W, pese al alto riesgo de recurrencia que se observa en estos casos. Nadie indicaría una AAP y solo el 3 % haría una biopsia excisional de la cicatriz por TEM, TEO o TAMIS

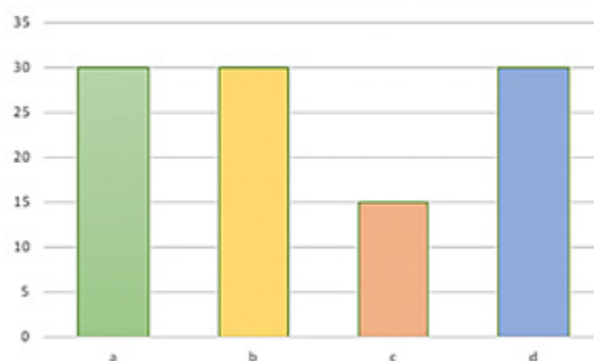


Figura 25: En un tumor cT2N0 ubicado a 4 cm del margen anal, el 15 % indicaría TNT de inducción, mientras que el resto se reparte en porcentajes idénticos cercanos al 28 % entre QRT de curso largo, TNT de consolidación o cirugía directa sin ningún tratamiento previo. En esta situación, en la que en caso de optar por indicar neoadyuvancia el objetivo sería el de preservar el órgano, suena razonable un esquema de QRT y de acuerdo a la respuesta seguir adelante con QT de consolidación

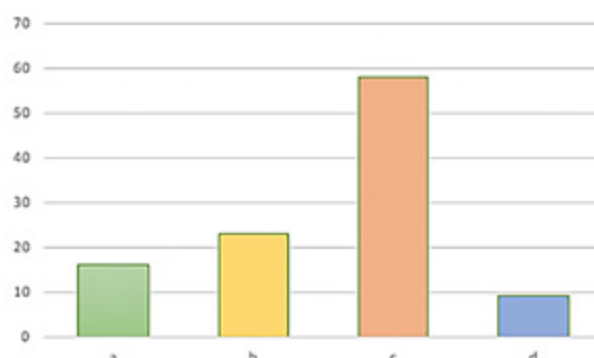


Gráfico 26: Finalmente, la indicación de adyuvancia luego de neoadyuvancia también fue una pregunta en la que no hubo grandes coincidencias, lo cual es razonable dada la escasa evidencia. Sin embargo, un 55 % lo harían en tumores ypN+, 21 % siempre salvo en los casos con RPC (ypTON0), 15 % la indicarían siempre que se indicó neoadyuvancia y 8,5 % solo en estadios ypN2.