

CAPÍTULO 20

Conclusiones

- La neoadyuvancia ha quedado definitivamente instalada como estrategia terapéutica a partir de sus evidentes beneficios, los cuales superan largamente el eventual riesgo de sobretratamiento. No obstante, ni la RT pelviana ni la QT están exentas de complicaciones, por lo que debe evitarse la sobreindicación, para reducir al máximo las consecuencias de terapias innecesarias.
- Aunque la ETM por sí sola había mejorado significativamente los resultados del tratamiento del cáncer de recto, el agregado de RT en casos seleccionados aporta un beneficio adicional.
- El *downstaging* depende más del tiempo de espera que del tipo de esquema de RT elegido (corto o largo).
- La TNT aumenta la respuesta, favorece la adherencia a la QT y reduce la toxicidad, pero aún faltan datos definitivos acerca de sus beneficios en términos de sobrevida. La TNT de consolidación permite una tasa de respuesta aún mayor que la que se logra con QT de inducción.
- Cuando el objetivo de la TNT es tratar la enfermedad micrometastásica en pacientes de alto riesgo, la QT de inducción podría ser la opción preferida con el fin de no demorar el inicio de tratamiento sistémico, ya que no se han demostrado ventajas definitivas con la QT de consolidación en términos de sobrevida.
- Cuando lo que se busca es solo preservar el órgano o el esfínter, es más razonable iniciar con RT o QRT, evaluar respuesta clínica y, si la misma es evidente pero no completa, optar por QT de consolidación. De esta manera se evitará administrar y exponer al riesgo de la QT a pacientes que probablemente nunca la requieran.
- La RT de curso corto seguida de TNT de consolidación reúne todas las ventajas, ya que prácticamente no demora el inicio de la QT sistémica y logra tasas muy altas de respuesta, por lo que aparece como una opción ideal y es cada vez más considerada.
- La neoadyuvancia con QT sin RT no puede recomendarse fuera de un protocolo de investigación.
- Existe un número creciente de estudios que apoyan el impacto positivo de las reuniones de EID en el resultado oncológico del tratamiento de los pacientes con cáncer de recto.
- Dado el riesgo de subestadificar la enfermedad ganglionar en el mesorrecto puede considerarse prudente el tratamiento neoadyuvante en los tumores con estadificación cT3N0.
- Otros hallazgos relacionados al tumor que deben hacer que el EMD evalúe la indicación de neoadyuvancia son:
 - El compromiso del MCR.
 - La presencia de ganglios sospechosos en el mesorrecto.
 - El hallazgo de EMVI.
 - La existencia de GL sospechosos.
 - La Indicación de una AAP.
 - Evitar una anastomosis coloanal (alto riesgo o rechazo del paciente).
- La RMAR es el estudio imprescindible en la estadificación clínica previa a cualquier tratamiento del cáncer de recto, especialmente en los tumores localmente avanzados.
- Los patólogos desempeñan un papel fundamental, no solo en la evaluación microscópica, sino también en el manejo adecuado de las muestras macroscópicas. Los *scores* de respuesta a la neoadyuvancia abren una línea de investigación interesante en la definición de conductas luego de finalizado el tratamiento.
- La EER no se debe considerar para evaluar la respuesta a la RT o QRT preoperatorias con el fin de definir conductas. La RMAR es en este contexto el mejor método de imágenes disponible, pero debe complementarse con el examen rectal digital y la endoscopia, todos los cuales deben realizarse en forma seriada.
- En concreto, las guías actuales, tanto europeas (ESMO) como americanas (NCCN), recomiendan un muy amplio margen de espera entre 4 y 12 semanas para las primeras, y entre 5 y 12 para las segundas, luego de la finalización de la QRT, para definir la estrategia quirúrgica. Este plazo es válido luego de los esquemas de curso corto en los que se sigue indicando también la cirugía inmediata.
- Debe tenerse en cuenta que RCC no implica RPC, sino que esta última puede ocurrir en casos en los que impresionaba haber tumor residual tanto clínicamente como en las imágenes. Las biopsias no son de utilidad y no debe soslayarse la posibilidad de enfermedad en el mesorrecto. La confirmación de la existencia de una RPC sigue siendo uno de los mayores desafíos el EID.
- Si bien no existe evidencia definitiva, en casos puntuales convenientemente estudiados con imágenes de cali-

- dad, puede considerarse el cambio de la estrategia quirúrgica acorde a la respuesta a la terapia neoadyuvante.
- Los datos vigentes no favorecen a la RLT en el contexto de neoadyuvancia, dado que es sumamente difícil establecer con certeza, con los estudios disponibles, el nivel de compromiso de la pared del recto y el mesorrecto.
 - Aunque el TNO no es considerado un estándar, ya es considerada en las guías internacionales y debe aceptarse que un paciente con RCC, luego de ser debidamente informado, decida ser incluido en estos protocolos. Se debe tener en claro que la decisión que se ha tomado es la de diferir la cirugía por un plazo indefinido, el que se prolongará solo mientras los estudios pautados para mantener al paciente en un estricto seguimiento continúen demostrando que no hay evidencias de la reaparición del tumor.
 - Aún no existe un consenso universalmente adoptado acerca de un protocolo de seguimiento estandarizado para el seguimiento de estos pacientes.
 - La tasa de respuesta parece correlacionar con el pronóstico, es decir que a mayor *downstaging*, mejor es la sobrevida.
 - La adyuvancia en el contexto de neoadyuvancia solo parece útil en los casos en los que persiste enfermedad ganglionar, especialmente en los ypN2. En general, no se la recomienda ante una RPC.
 - La decisión de usar el oxaliplatino como QT adyuvante debe basarse en la estadificación yp, el performance status y la existencia de comorbilidades.
 - 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.
 - La transposición ovárica debe ser siempre considerada en el EID ante la decisión de tratar con RT a una mujer en edad fértil con deseos de maternidad.