



EDITORIAL

Cáncer de recto, hacia una actitud más conservadora en tiempos de pandemia.

José Luis Domínguez Tristancho. *Unidad de Coloproctología y Terapia Celular. Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Hospital Universitario “Fundación Jiménez Díaz”. Madrid.*

¿Como iniciar esta editorial?, no es fácil. Recuerdo, cuando me iniciaba en la Cirugía, escuchar la palabra “tumor” era “sacar tiempo de donde fuera para operar lo antes posible”. Los pacientes se operaban, pero la morbilidad de la cirugía, en mayor o menor grado, era una constante. Poco a poco, fuimos conscientes de la importancia de la nutrición y la limitación de la transfusión a lo estrictamente necesario para disminuir las complicaciones.

A finales de los 90s los programas FAST- TRACK (ERAS, rehabilitación multimodal, recuperación intensificada...), nos golpean de lleno y rompen los esquemas que hemos ido aprendiendo. Unos programas que además de alentar estrategias tan transgresoras como no utilizar drenajes o SNG durante la cirugía, recomendaban alimentar y movilizar al paciente pocas horas después de la misma, paciente al que por otro lado se le había estado sometiendo a ejercicio físico semanas antes de su intervención tras comprobar que su estado nutricional y los niveles de glucemia, hematófilas eran los adecuados. Una pérdida de tiempo según el concepto clásico, un aprovechamiento del mismo para los que como nosotros apostamos por cambiar “lo antes posible” a “en el momento oportuno”. Este cambio de dogma ha significado para los centros que lo realizan de manera rutinaria el convertirse en centros de referencia nacional con unos indicadores de resultados sorprendentes (1).



Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 1-5

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024566

El manejo del cáncer de recto también ha sufrido y sigue sufriendo cambios que también son objeto de controversia.

En los años 40 un americano de la Clínica Mayo, Claude Dixon rompía el paradigma del tratamiento del cáncer de recto, la amputación abdomino-perineal de Miles, postulando que en aquellos tumores que se encontraban a más de 5cm. por encima de los esfínteres podía realizarse una cirugía preservadora de esfínteres, nacía así la resección anterior baja. William Miles, mentor de la amputación abdomino-perineal y técnica hegemónica en esas fechas, contestaba a Dixon que era una barbaridad conservar los esfínteres y que fuera cual fuera la distancia a la que se encontrara el tumor había que extirpar los 3 niveles ganglionares (superior, medio e inferior) y eso exigía una resección completa de la víscera. La contestación de Dixon fue muy clara y rotunda... “el beneficio de una técnica quirúrgica no hay que medirla por su agresividad sino por la supervivencia del paciente”.

Si bien apuntada con anterioridad, fue en la década de los 80s cuando la quimioterapia y la radioterapia, comienzan a formar parte habitual de la estrategia terapéutica del cáncer de recto. En este sentido, la neo-adyuvancia ha conseguido que un mayor número de pacientes conserven sus esfínteres, disminuyendo significativamente las recidivas locales, si bien con la servidumbre de una peor función, mayor índice de sinus y fugas.

Con lo anterior, la neo-adyuvancia, quizás sin pretenderlo, nos ha puesto delante dos retos: ¿Cómo saber de antemano qué pacientes no van a responder al tratamiento y con ello poder obviarlo evitando así la morbilidad asociada? y, ¿Qué hacer con los pacientes que alcanzan una respuesta clínica “completa”?

El concepto “mirar y esperar” (W&W) que tiene su origen en los trabajos de Angelita Habr-Gama está revolucionando el mundo de la cirugía oncológica y es objeto de investigación clínica en todo el mundo. El W&W supone, en principio, obviar la morbilidad derivada de la cirugía que como hemos visto es especialmente significativa



Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 1-5

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024566

si el paciente recibió quimio-radioterapia preoperatoria. El punto de mayor debate es decidir el momento óptimo de para valorar la respuesta clínica a la neoadyuvancia.

En cualquier caso, el auténtico reto es cambiar el pronóstico a largo plazo, ya que a pesar de controlar localmente la enfermedad el paciente desarrolla enfermedad metastásica que al final es lo que condiciona su supervivencia.

Frente a esto es obligado hacerse preguntas como, ¿estamos infradiagnosticando a algunos pacientes? Las pruebas radiológicas a nuestra disposición han alcanzado un alto grado tecnológico como la RM pélvica que con gran precisión nos da información sobre la estadiación loco-regional de la enfermedad pero, ¿es posible que estemos ante T2-T3, N0-N1 que ya al diagnóstico tengan micrometástasis a distancia? Puede que la respuesta a ello venga de la mano de la biopsia líquida y la teoría de la genometástasis uno de cuyos mayores valedores es el Prof. Damián García Olmo(2).

La morbilidad derivada de la cirugía conlleva a que casi un 40% de los pacientes no realice de forma adecuada, en tiempos óptimos, la adyuvancia o ni siquiera lleguen a iniciarla abriendo una ventana a la posibilidad de la enfermedad metastásica tras la cirugía. Por otro lado, la agresión que implica el acto quirúrgico “per se” supone un ambiente inflamatorio generalizado que facilitaría la posibilidad de micrometástasis. Hay autores que hipotetizan que la entrega total del tratamiento oncológico antes de la cirugía evitaría en gran parte la diseminación metastásica.

Es importante pues, identificar a los pacientes “buenos respondedores”, hacerles un seguimiento estrecho, administrarles los tratamientos oncológicos de forma óptima y completa y una vez finalizados estos re-evaluar y entonces decidir en sesión multidisciplinar si se continua con manejo “no operatorio” o se va a cirugía radical y todo ello teniendo en cuenta, no solo aspectos de la enfermedad, también comorbilidades y decisión del propio paciente.



Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 1-5
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_archcolo.202024566

De la misma manera, y como ya hemos indicado, es de igual importancia detectar aquellos pacientes que no van a responder a la neoadyuvancia para obviar la toxicidad derivada de la misma y no demorar la cirugía. Para ello se precisan marcadores clínicos y, sobre todo, moleculares que aún no están perfectamente descritos y constituyen un campo realmente necesario en la investigación clínica.

Y en todo esto llega la pandemia por Covid19, nuestros hospitales se colapsan, nuestros quirófanos se reconvierten en espacios de UCIs, la actividad asistencial se transforma, hay que evitar contactos, difusión del virus.... en definitiva, el contagio. El paciente quirúrgico pasa a tener un alto riesgo de contagio y de morbilidad y si éste es Covid positivo el riesgo se traslada al personal que lo atiende, anestesistas, cirujanos, instrumentistas, celadores, auxiliares... y entonces comienzan a publicarse recomendaciones que atienden al “manejo del paciente quirúrgico en tiempos de Covid19”. La AECP centra su atención en la patología neoplásica colo-rectal y contempla básicamente 2 escenarios, semi-urgente y urgente en ausencia o en presencia de colapso hospitalario.

En ausencia de urgencia quirúrgica (perforación, obstrucción, sangrado...) se contempla una ventana terapéutica “más conservadora” donde cobran protagonismo las opciones de tratamiento que hemos comentado como sería el caso de continuar con neoadyuvancia en tumores que tuvieron una buena respuesta “inicial” o contemplar neoadyuvancia en cáncer de colon localmente avanzado “no obstructivo” y resecable, administrando quimioterapia durante 2 ó 3 meses antes de la cirugía. Estas opciones nos traerán de seguro escenarios más propicios para el tratamiento quirúrgico como la cirugía preservadora de órgano y en algunos casos la posibilidad de plantear el manejo “no quirúrgico” de la enfermedad (W&W).



Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 1-5

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024566

A todo ello hay que sumar la necesidad de ser más eficientes, liberar espacios, utilizar solo los recursos necesarios y protocolizar nuestras actuaciones, es decir aplicar las recomendaciones de la vía RICA (3).

La pandemia ha modificado nuestras vidas, nos ha colocado ante una situación nunca antes vivida, reflexionaremos y sacaremos muchas conclusiones y, en muchos aspectos tendremos que re-inventarnos. Entre estos está la asistencia sanitaria y también la forma de manejar a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Ripollés-Melchor J, Ramírez-Rodríguez JM, Casans-Francés R, Aldecoa C, Abad-Motos A, Logroño-Egea M, et al. Association Between Use of Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Postoperative Complications in Colorectal Surgery: The Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol (POWER) Study. *JAMA Surg.* 2019;154(8):725-36.
2. García-Casas A, García-Olmo DC, García-Olmo D. Further the liquid biopsy: Gathering pieces of the puzzle of genomestasis theory. *World J Clin Oncol.* 2017;8(5):378-88.
3. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2014. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf>