

1973.

RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN CANCER DE RECTO Y ANO*

Dr. Carlos Rey León**

Dr. Juan Sus Slijm***

El valor de la irradiación preoperatoria en cáncer de recto y ano va tomando forma a medida que se publican estudios serios, acerca del tema (2,3,5,6,7,8,9,11) de tal suerte que se ha constituido en una forma de tratamiento rutinario en los servicios de Gastroenterología y Radioterapia del Instituto Nacional de Cancerología aproximadamente desde 1.968. En los cánceres rectales existe la tendencia a irradiar y a operar posteriormente; en los cánceres anales a irradiar el paciente con controles muy estrictos y de acuerdo a la radiorespuesta ó seguirle controlando ó volverlo tributario de la cirugía radical.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de Cáncer del Recto y Ano del INC desde febrero de 1.968 hasta Septiembre de 1.973.

* Trabajo a ser presentado durante la XXII Convención Nacional de Gastroenterología que se reunirá en Medellín, Diciembre de 1.973

** Gastroenterólogo, Instituto Nal. de Cancerología

*** Residente de Cirugía General. Inst. Nal. de Cancerología

Para el estudio sobre cáncer rectal se seleccionaron aquellas historias de pacientes que fueron sometidos a Resección Abdominoperineal hayan sido o no irradiados preoperatoriamente. Se tomaron en cuenta los casos con diagnóstico anatomopatológico de Adenocarcinoma o de Carcinoma escamocelular. Se rechazaron los melanomas, sarcomas y linfomas. No se tuvieron en cuenta aquellos pacientes con cáncer rectal que aunque llenaran las condiciones anteriores fueron sometidos a cirugía radical con conservación de esfínteres, como la Resección anterior o el "Pull-Through", o aquellos sometidos solamente a cirugía derivativa.

Para el estudio sobre Cáncer anal, fueron revisados durante este mismo período, las historias de los pacientes con diagnóstico de carcinoma escamocelular que una vez terminado su tratamiento radioterápico fueron seguidos por lo menos un control.

No se tuvieron en cuenta los casos tratados paliativamente.

RESULTADOS

Cáncer rectal

Se encontraron 48 pacientes, de los cuales 25 fueron irradiados pre-operatoriamente con dosis que fluctuaron entre 2.500 y 5.000 rads. de acuerdo a normas de la sección de Radioterapia del INC.

El cuadro No. 1 muestra los 2 grupos de pacientes de acuerdo a edad, sexo, histología del tumor, y el criterio que tuvo el cirujano para hacer la resección "curativa" ó "paliativa", siendo esta última practicada a 8 pacientes por la presencia de metástasis hepáticas evidenciables durante el acto operatorio. A 22 pacientes de ambos grupos sometidos a cirugía con criterio "curativo" se les hizo un Vaciamiento ganglionar Aortoilíaco, tema sobre el cual se prepara una comunicación posterior.

El cuadro No. 2 muestra algunas diferencias entre los 2 grupos de pacientes en cuanto se refiere a la clasificación de Duke. En ninguno de los grupos se encontró tumores de la clasificación A.

En 47 pacientes fue medido el tamaño del tumor en la pieza quirúrgica, cuyo promedio es similar en ambos grupos (5 cmts.)

En los casos irradiados se anotó mejoría de las condiciones locales tales como hemorragia, ulceración, tenesmo y dolor en el 80% de los pacientes.

La mortalidad operatoria encontrada en esta serie es de 11% y 9% respectivamente y no se presentaron complicaciones en el acto operatorio atribuídas por el cirujano a la radioterapia.

En los pacientes irradiados se observa menor recidiva local que en los no irradiados. 4 Pacientes no irradiados y uno irradiado pre-operatoriamente presentaron recidiva local.

Controles

Cuadro No. 3. Definimos "satisfactorio" al paciente que se encuentra asintomático y que clínicamente no presenta recidiva ó metástasis tumorales.

Debido al bajo índice de seguimiento de nuestros pacientes por las dificultades de todos conocidas hemos dividido los 2 grupos en pacientes aún controlados y aquellos perdidos de vista. (9) El tiempo de seguimiento en nuestros pacientes controlados varió de 6 a 60 meses.

Es notoria la mejor evolución de los pacientes tratados con irradiación pre-operatoria, poniendo de presente que nuestra serie tiene un tiempo de control aún muy corto.

En el cuadro No. 4 se aprecia como los pacientes con tumores C de Dukes evolucionan mejor con radioterapia preoperatoria que sin ella.

Cancer Anal

Se encontraron 8 casos de pacientes con carcinomas escamocelulares, 4 por cada sexo. No se pudo hacer distinción entre los originados del canal y del margen ya que su tamaño y/o infiltración excluían tal diferencia. En un paciente un tumor estaba superpuesto sobre condilomas acuminados probados por Anatomía patológica. A todos los casos se les irradió con dosis que fluctuaron entre 3.000 y 7.000 rads. Los tumores variaban de 3 a 10 cms. de diámetro.

Evolución con el tratamiento radioterápico.

- 2 pacientes quedaron libres de tumor con las irradiaciones, uno de ellos fue sometido posteriormente a Vaciamiento inguinoilíaco izquierdo, por metástasis ganglionares. Ambos se encuentran en buenas condiciones 4 y 18 meses después de tratados.
 - 4 pacientes se encontraron libres de tumor primario por algunos meses, demostrado por biópsias. Se presentó recidiva local posteriormente en todos ellos, por lo cual a 2 se les practicó resección abdominoperineal, encontrándose ambos pacientes en buenas condiciones 10 y 12 meses después de la cirugía.
- De los otros 2 uno espera cirugía radical y el otro se perdió.

- 1 paciente solo presentó mejoría local importante post-irradiación y en el otro paciente no se obtuvo cambio con la radioterapia.

COMENTARIOS

Según Quan (8) la radioterapia preoperatoria permanece aún en la balanza y sólo la experiencia retrospectiva ha mostrado mejor supervivencia en los casos C de Dukes. Sin embargo, los mismos autores (11), en un estudio posterior prospectivo señalaron que la supervivencia era discretamente mejor en los casos no irradiados, con ganglios positivos ó sin ellos (5,11).

Se ha tratado de evaluar con la radioterapia preoperatoria la impresión clínica que se tenía de la disminución en la incidencia de metástasis, reducción del tamaño tumoral y menor índice de recidiva local (2,11). Además, se ha tratado de demostrar que la radioterapia vuelve " operables" los casos límites (borderline) (2,3, 8,11), y por otro lado, mejora las condiciones locales (1,2,3,8, 11) tales como ulceración , hemorragia, infiltración a los tejidos adyacentes, tenesmo y dolor.

En los grupos presentados aquí no podemos evaluar supervivencia

5 años obviamente porque solo los primeros pacientes tratados están llegando a esta meta, además del bajo índice de control de nuestros casos, ya que muchos de ellos se pierden. Sin embargo, anotamos la mejoría local en el 80% de los pacientes de cáncer rectal tratados con radioterapia preoperatoria, y es consenso general de que algunos no llegan a la etapa quirúrgica del tratamiento debido a dicha mejoría. Por otro lado, la recidiva local durante la evolución de los pacientes es notoriamente menor con radioterapia preoperatoria que sin ella, y además, al comparar los casos clasificados como C de Dukes vemos cómo mejora el pronóstico durante el seguimiento.

En otros trabajos (3) se muestra con controles similares a los usados aquí como la radioterapia preoperatoria disminuye el índice de metástasis ganglionares de 44 al 26% en los pacientes sometidos a resección abdominoperineal. Sin embargo, posteriormente se demostró (5) en otro estudio prospectivo que dicha incidencia es similar, del 35% y 39% respectivamente. En nuestro trabajo los índices de compromiso ganglionar son de 40% para los irradiados y del 46% para los no irradiados, dato escasamente significativo desde el punto de vista estadístico, y más aún al tener en cuenta los pocos casos comparados.

En cuanto hace a Cáncer anal ha sido informado por otros autores (4,6,9,10) la necesidad de diferenciarlos entre los originados del canal y del margen ya que su evolución y pronóstico son diferentes. En nuestros casos los pacientes se presentaron con lesiones tan avanzadas que no se pudo hacer tal diferenciación.

En un estudio reciente (6) incriminan fístulas y abscesos como causas predisponentes. En las historias nuestras encontramos un tumor sobreimpuesto sobre condilomas acuminados, asociación rara aunque ya relatada en los libros de texto (1).

Aunque en otras instituciones proponen ~~por~~ tratar los cánceres del canal anal con cirugía radical (4,6,10) y los del margen con resección conservadora y/o radioterapia, en nuestra institución de rutina se empieza tratamiento radioterápico en todos los casos diagnosticados a pesar de lo avanzado de la lesión en el momento de la primera consulta.

En esta revisión presentamos sólo 8 casos de carcinoma escamoce-lular del ano, dada la relativa rareza de la lesión; mostramos 6 pacientes cuyo tumor primario se eliminó con la radioterapia, aunque 6 de ellos presentaron recidiva del mismo durante el tiempo de control indicándose entonces la cirugía radical. En un caso me-

poraron las condiciones locales, tan molestas para el paciente.

Por supuesto, el tiempo de control de los pacientes con cáncer anal es muy pobre, pero las referencias consultadas indican la esterilización (4,6,7,9,10) tumoral en algunos pacientes con cánceres escamo celulares, datos análogos a los nuestros, lo cual daría una alternativa diferente a la cirugía por lo menos inicialmente al paciente, afecto de cáncer del ano.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en este trabajo acerca del cáncer rectal muestran como la radioterapia preoperatoria es aconsejable, en los pacientes que van a ser sometidos a resección abdominoperineal, ya que mostramos que con igual mortalidad operatoria y sin aumento de complicaciones atribuibles a las radiaciones durante el acto quirúrgico, el beneficio que obtienen estos pacientes se evidencia en mejoría de la sintomatología, menor índice de recidiva local, además de que mejora la evolución de los pacientes en términos de "supervivencia" medida de 6 a 60 meses en nuestros casos.

Sin embargo, hacemos énfasis en que los casos presentados son muy pocos con un tiempo de control aún muy corto para poder hacer conclusiones más definitivas.

En cuanto se refiere a cáncer de ano, y haciendo las mismas salvaduras que anteriormente para cáncer rectal, aconsejamos irradiar a los pacientes y controlarlos posteriormente indicando la cirugía radical de acuerdo a la radiorespuesta.

RESUMEN :

Se presenta un informe preliminar de 25 pacientes con cáncer de recto irradiados preoperatoriamente y sometidos a resección abdominoperineal durante el período de 1.968 a 1.973 y se comparan dichos casos con un grupo control similar de 23 pacientes no irradiados.

Presentamos 8 casos de cáncer anal tratados inicialmente con radioterapia, algunos de ellos llevados posteriormente a cirugía radical por recidiva tumoral.

Recomendamos seguir más tiempo nuestros casos y continuar el estudio con radioterapia preoperatoria con el fin de evidenciar lo favorable de ella en cáncer anorectal.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, Del REGATO. *Cancer*. The C. V. Mosby Co. pp. 577, 1. 970
2. ALLEN, Clifford V. et. al. Observations in preoperative irradiation of rectosigmoid carcinoma. *Am. J. Roent. Rad. Ther. Nucl. Med.* 108:136-140, 1. 970.
3. DWIGHT, Richard W. Preoperative radiation and surgery for cancer of the sigmoid colon and rectum. *Am. J. Surg.* 123: 93- 103, 1. 972.
4. FRANKLIN, Robert. Carcinoma of the colon, rectum and anus. *Annals of Surg.* 171: 811-818, 1. 970.
5. HIGGINS, George A. The role of preoperative irradiation in cancer of the rectum and rectosigmoid. *Surg. Clin. N. A.* 52: 847-857, 1. 972
6. McCONNEL, E. M. Squamous Carcinoma of the anus. *Brit J. Surg.* 57: 89-92, 1. 970
7. O'BRIEN, Paul H. Preoperative radiation in cancer therapy. *Surg. Clin. N. A.* 51: 61-67, 1. 971
8. QUAN, Stuart H. A surgeon looks at radiotherapy in cancer of the colon and rectum. *Cancer* 31: 1-5, 1. 973
9. REY LEON, Carlos. CONSTANTIN, Arry. Cancer de recto y ano. *Temas escog. Gastroent. Tomo XV*, pp. 155-161, 1. 972
10. SAWYERS, John L. Squamous cell cancer of the perianus and anus. *Surg. Clin. N. A.* 52: 935-941, 1. 972
11. STERNS, MW. DEDDISH. QUAN. Preoperative irradiation for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Dis. Col. Rect.* 11: 281, 1. 968.

Cuadro N°1

 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
 RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN CANCER
 DE RECTO Y ANO

		Irradiados	No Irradiados
<u>Total Casos</u> (CA Recto)		25	23
Edades		30 - 78	31 - 74
Sexo	F	16	10
	M	9	13
HISTOLOGIA (CA DE RECTO)	Adeno Ca.	20	20
	Adeno Ca. Mucoide	3	3
	E / Celular	2	0
Curativas (R. A. P.)		21	19
Paliativas (R. A. P.)		4	4

Cuadro N° 2

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN
CANCER DE RECTO Y ANO

Clasificación	Irradiados	No Irradiados
A	-	-
B	15	13
C	10	9
Total	25	22

CLASIFICACION DE DUKES (ca de recto)

* Un caso no clasificado por pérdida del
especimen.

Cuadro N° 3 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN CANCER DE RECTO Y ANO		Irradiados	Limites de control en meses	No Irradiados	Limites de control en meses
EN CONTROL <i>(Ca de Recto)</i>	SATISFACTORIO	12	6-40	6	30-60
	NO SATISFACTORIO	1	8	4	10-40
	Muertos por Cacinomatosis	-	-	1	30
PERDIDOS <i>(Ca de Recto)</i>	SATISFACTORIO	7	6-20	1	6
	NO SATISFACTORIO	2	6-30	7	6-24
	Muertos por Carcinomatosis	-	-	2	6-12

Cuadro N° 4 INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN CANCER DE RECTO Y ANO	Irradiados	No Irradiados
Clasificación C de Dukes (Ca de Recto)	10	9
Evolucionan bien (Ca de Recto)	7	2
	70 %	25 %

I/268/73

- NEOPLASMAS DEL RECTO
- RADIOTERAPIA
- NEOPLASMAS DEL ANO
- ABDOMEN.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002576

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA - BOGOTA, COLOMBIA
BIBLIOTECA

AUTOR

Carlos Rey León - Juan Sus Slim.

TITULO