

# CAPÍTULO 12

## Complicaciones de la neoadyuvancia

La indicación de RT acarrea siempre un riesgo adicional de complicaciones que hacen que deba seleccionarse con cuidado a qué pacientes se les aplica esta terapéutica, con el fin de evitar sobretratamientos y exposición a estos riesgos en pacientes que no serán beneficiados.<sup>34</sup> La controversia que se plantea es cuáles son los pacientes que se beneficiarán con la indicación de radioterapia, ya que al igual que son actualmente bien conocidos sus efectos beneficiosos en términos de la erradicación de la enfermedad, también son cada vez mejor conocidas las complicaciones que ocurren luego de su aplicación.

Con el fin de comparar la toxicidad con los variados esquemas de tratamiento se utiliza la escala siguiente:

Escala de toxicidad

G° 0 = ausencia de toxicidad.

G° 1 = toxicidad leve.

G° 2 = toxicidad moderada.

G° 3 = toxicidad severa e indeseable.

G° 4 = toxicidad que amenaza la vida o incapacita de forma importante.

G° 5 = muerte tóxica.

Entre las secuelas y complicaciones de la neoadyuvancia, las más frecuentes están relacionadas a los trastornos en la cicatrización de las heridas, que puede afectar no solo la cicatrización a nivel perineal luego de una AAP, sino también a nivel de las anastomosis, incrementando el riesgo de dehiscencias y causando proctitis y enteritis actínicas que pueden llevar a estrecheces anastomóticas.<sup>37</sup> A largo plazo, las manifestaciones de las lesiones causadas por la radioterapia pélvica incluyen abscesos y formación de fístulas, estenosis, descarga de moco, urgencia, tenesmo, diarrea, aumento del riesgo de cáncer y más comúnmente, sangrado. Estas últimas complicaciones son más frecuentes cuando la indicación de RT se hace en el postoperatorio, hecho que fue demostrado por el estudio de Sauer et al.<sup>198</sup> Aunque la mayoría de los pacientes presenta varios síntomas lo usual es que uno de ellos sea el que domina. El tratamiento de estos cuadros puede ser sencillo, mediante la aplicación local de enemas de corticoides o protectores de barrera como el sucralfato, aunque los síntomas suelen reaparecer al suspender su uso. También se han ensayado tratamientos endoscópicos, como la aplicación de argón plasma, pero en algunas ocasiones este cuadro puede motivar el tratamiento quirúrgico, el que podría incluir una resección dificultosa cuando no una ostomía definitiva.<sup>105</sup>

Es conocido que la RT afecta la función esfinteriana ocasionando no solo alteraciones manométricas, sino también un mayor riesgo de incontinencia.<sup>132</sup> Del mismo modo que la AAP genera mayores alteraciones funcionales que la resección anterior, también se ha descrito una mayor frecuencia en la disfunción sexual postoperatoria en los pacientes sometidos a RT como parte del tratamiento del cáncer de recto en comparación con los no irradiados. Hasta donde ha sido evaluado en poblaciones importantes, una espera de hasta 11 semanas no incrementa las complicaciones. Pero es interesante el hallazgo del German Trial, que ha mostrado una significativa reducción en las estenosis anastomóticas con la QRT preoperatoria vs. la postoperatoria (2,7 % vs. 8,5 %).<sup>198</sup> Sin embargo, el ensayo conocido como GRECCAR-6 mostró un mayor número de complicaciones con una espera de 11 semanas vs. 7 semanas, a predominio de complicaciones médicas, y sin haber logrado una diferencia significativa en el número de RPC.<sup>129</sup>

La función intestinal postoperatoria después de la anastomosis colorrectal baja suele ser imperfecta: algunos pacientes tienen diversos grados de incontinencia fecal, evacuación incompleta o deposiciones excesivamente frecuentes. Pero la RT a menudo empeora tales cuestiones. La construcción de un neorrecto con una bolsa en J o una técnica de coloplastia fue descrita con el fin de mejorar algunos problemas postoperatorios intestinales, pero sin resultados definitivos.<sup>133</sup> En este sentido, la neuromodulación sacra es una estrategia terapéutica que aparece como promisorio. También ha mejorado la técnica de irradiación, reduciendo al mínimo la exposición del ano y del intestino dentro del campo. En el futuro, los ensayos deberán incluir evaluaciones detalladas de la calidad de vida y las preferencias de los pacientes, las que tendrán que ser consideradas en la toma de decisiones. Como ya fue mencionado, una dificultad adicional luego de los tratamientos neoadyuvantes está relacionada a la complejidad para identificar ganglios linfáticos en el estudio anatómo-patológico de la pieza, dado que el tejido linfático, al igual que ocurre con el tumoral, es reemplazado por fibrosis.<sup>143,219,248</sup>

Por otro lado, se ha observado también que en los pacientes irradiados son frecuentes los trastornos funcionales, no solo en la función evacuatoria, sino también en la esfera urogenital. En este sentido, se han descrito trastornos en la evacuación vesical y en la potencia sexual, campos en los

que el efecto de la RT agrava las secuelas que puede ocasionar la intervención quirúrgica.<sup>11</sup>

Finalmente, la aparición de la TNT ha colocado también a la QT sistémica en la consideración del EID, incluso en pacientes sin riesgo de enfermedad metastásica, por ejemplo, con la finalidad de incrementar la respuesta y evitar una cirugía amputativa o aún una anastomosis baja. No debe olvidarse que los agentes quimioterápicos no están exentos de toxicidad, la cual en ocasiones puede dejar secuelas y en casos extremos provocar la muerte del paciente.

*La neoadyuvancia salva vidas, pero también puede ponerla en riesgo y alterar severamente la calidad de vida de los pacientes. Es por ello que, aunque toda la evidencia demuestra que siempre que es necesaria la indicación de RT y/o QT, esta es más beneficiosa cuando se aplica antes de la cirugía, debe evitarse también la sobreindicación, para evitar consecuencias de tratamientos innecesarios.*