

Estado actual del abordaje de pacientes con cáncer de recto en Latinoamérica. Resultados de la encuesta Carela incluyendo 385 cirujanos de 18 países en la región

Nicolás Avellaneda¹; Juan Carlos Patrón Uriburu²; Marcelo Viola Malet^{3,4}; Juan Carlos Reyes⁵; Fabio Leiro⁶.

Consortio Colaborativo de Cirugía Colorrectal LATAM

1: Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario CEMIC, Argentina. 2: Servicio de Cirugía Colorrectal, Hospital Británico, Argentina. 3: Departamento de Cirugía General, Médica Uruguaya, Uruguay. 4: Departamento de Cirugía Colorrectal, Hospital Pasteur, Uruguay. 5: Servicio de Cirugía Colorrectal, Fundación Abood Shaio, Colombia. 6: Servicio de Cirugía Colorrectal, Fundación Favalaro, Argentina.

RESUMEN

Introducción: El abordaje multidisciplinario (MDT) en centros de alto volumen es el estándar de oro para el tratamiento de pacientes con cáncer de recto (CR). No hay datos poblacionales en Latinoamérica que reflejen el tratamiento de estos pacientes en la región.

Objetivo: Realizar una encuesta que incluya países de Latinoamérica, cubriendo distintos puntos críticos en el manejo de pacientes con cáncer de recto.

Materiales y métodos: Durante mayo de 2022, cirujanos de países dentro de la región fueron invitados a completar una encuesta cubriendo tres puntos sobre manejo de pacientes con CR: volumen anual de pacientes atendidos y complejidad del centro, técnica quirúrgica, y disponibilidad de MDT y tipos de tratamiento oncológico utilizados. Los cirujanos participantes fueron categorizados según el número de pacientes con cáncer de recto atendidos en su institución (bajo -CBV-, mediano -CMV- y alto volumen -CAV-).

Resultados: 385 respuestas a la encuesta fueron incluidas en el análisis correspondientes a centros de 18 países de Latinoamérica: 100/210/75 de centros de bajo, medio y alto volumen, respectivamente. CMV y CAV tuvieron mayor incidencia de cirujanos especializados a cargo de los pacientes con CR. 67,79% de los centros tiene acceso a técnicas mini-invasivas, siendo esto más frecuente en CMV y CAV. La utilización de neoadyuvancia en tumores localmente avanzados fue de 93,51%, con adherencia a protocolos de Watch & Wait de 60,78%. CMV y CAV presentaron mayores índices de abordaje multidisciplinario de los pacientes. Por último, la adherencia a estrategias de terapia neoadyuvante total y radioterapia de curso corto es baja, con mayor prevalencia en CMV y CAV.

Conclusiones: Esta encuesta es la primera en aportar información sobre el tratamiento de CR en distintos centros y países de Latinoamérica. Futuros estudios deberán analizar el impacto de las diferencias entre centros sobre el resultado del tratamiento.

Palabras clave: Cáncer, Recto, MDT, Neoadyuvancia, Latinoamérica

ABSTRACT

Introduction: Multidisciplinary approach (MDT) in high-volume centers is the gold standard for treatment of patients with rectal cancer (RC). There are no population data in Latin America that reflect the approach to these patients in the region.

Aim: To carry out a survey including Latin American countries, covering different critical points in the management of patients with RC. Materials and methods: During May/2022, surgeons from countries within the region were invited to complete a survey covering 3 points about the management of patients with RC: Annual volume of patients treated and complexity of the center, surgical technique, and availability of MDT and types of cancer treatment used. Participating surgeons were categorized according to the number of patients with rectal cancer treated at their institution (low -CBV-, medium -CMV- and high volumen -CAV-).

Results: 385 responses to the survey were included in the analysis including centers from 18 Latin American countries: 100/210/75 from low, medium and high volume centers, respectively. CMV and CAV have a higher incidence of specialized surgeons in charge of patients with RC. 67.79% of the centers have access to minimally invasive techniques, this being more frequent in CMV and CAV. The use of neoadjuvant therapy in locally advanced tumors was 93.51%, with adherence to Watch & Wait protocols of 60.78%. CMV and CAV presented higher rates of multidisciplinary approach to patients. Finally, adherence to total neoadjuvant therapy and short-course radiotherapy strategies is low, with a higher prevalence in CMV and CAV.

Conclusions: This survey is the first to provide information on RC treatment in different centers and countries in Latin America. Future studies should analyze the impact of differences between centers on the outcome of treatment.

Keywords: Cancer, rectal, MDT, neoadjuvant, Latin America

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Nicolás Avellaneda: n.avellaneda86@gmail.com

Recibido: julio de 2022. Aceptado: diciembre de 2022

Consortio Colaborativo de Cirugía Colorrectal LATAM: <https://orcid.org/0000-0002-3679-7280>, Nicolás Avellaneda: <https://orcid.org/0000-0002-6802-7125>,

Juan Carlos Patrón Uriburu: <https://orcid.org/0000-0001-5893-4429>, Marcelo Viola Malet: <https://orcid.org/0000-0003-2733-5276>, Juan Carlos Reyes: <http://orcid.org/0000-0002-1758-7149>,

Fabio Leiro: <https://orcid.org/0000-0002-9477-2997>

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia más común a nivel mundial y la segunda causa de muerte relacionada a cáncer.¹

Muchos estudios se han publicado estudiando la relación entre la atención de pacientes con CCR en centros de bajo y alto volumen (tomando como referencia la cantidad de pacientes atendidos por esta patología anualmente), demostrando que los segundos obtienen mejores resultados tanto en términos de morbilidad y mortalidad de los procedimientos y a largo plazo.^{2,3,4} Por esta razón, algunos países y regiones han tomado la decisión de centralizar la atención de pacientes hacia instituciones altamente especializadas.^{5,6}

La especialización del centro tratante parece ser particularmente importante a la hora de abordar pacientes con neoplasias localizadas en el recto, ya que, en la actualidad, este tipo de tumores pueden ser sometidos a diferentes tratamientos, incluyendo radioterapia, quimioterapia y cirugía.^{7,8} A su vez, una adecuada escisión total del mesorrecto (ETM) obteniendo un espécimen quirúrgico adecuado está directamente relacionado con el pronóstico oncológico de estos pacientes.

Para poder tomar decisiones adecuadas a cada paciente, es importante contar con un equipo multidisciplinario (MDT) incluyendo especialistas en diagnóstico por imágenes, patología, cirugía colorrectal, radioterapia, oncología clínica, entre otras especialidades.^{9,10}

Sin embargo, existen pocos datos acerca de las estrategias de manejo de pacientes con cáncer de recto en Latinoamérica. La disponibilidad de MDT, el grado de especialización del cirujano a cargo de estos pacientes, la complejidad de los centros involucrados, así como también la técnica quirúrgica utilizada a la hora de operar pacientes con neoplasias de recto, son interrogantes que a la fecha no han sido descriptos a nivel poblacional en la región y solamente existen algunos datos de centros académicos de alto volumen.^{11,12,13}

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de una encuesta realizada a cirujanos de países en toda la región, cubriendo los aspectos más relevantes del abordaje de pacientes con cáncer de recto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Durante el mes de abril de 2022, 4 cirujanos (FL, JPU, MVM, JCR) con experiencia en el tratamiento de pacientes con cáncer de recto de tres países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Uruguay), diseñaron una encuesta, basada en su opinión de expertos, orientada a cubrir cuatro áreas del abordaje de pacientes con cáncer de recto:

- 1) Características del centro y grado de especialización de cirujano a cargo de los pacientes.
- 2) Características de la técnica operatoria.
- 3) Características de la estadificación, adopción de tratamiento neoadyuvante y distintos tipos de tratamiento oncológico.
- 4) Adopción de MDT y características de este.

Participantes y recolección de datos

Un formulario de Google fue creado para la recolección de datos y la encuesta estuvo dirigida a médicos con orientación quirúrgica que ejercen su práctica en centros dentro de cualquier país de Latinoamérica, irrestricto de su grado de formación (residente, fellow, cirujano general, cirujano colorrectal). Como criterio de inclusión se utilizó el hecho de tratar pacientes con cáncer de recto, y aquellos centros que no atienden pacientes con este tipo de patología fueron excluidos del análisis.

Para identificar y circular la encuesta entre actores de la región, se contactó a sociedades científicas de cada país, así como también se utilizaron redes sociales (Twitter, Instagram, Facebook, LinkedIn), y por último, grupos de WhatsApp incluyendo aquellos canales utilizados para otros estudios colaborativos previamente (ESCP's EAGLE Study, estudio FRAIL-Latam, EAST of DAMASCUS study).

Estratificación de centros acorde al volumen quirúrgico

Según la información proporcionada por los respondientes a la encuesta, los centros participantes fueron divididos en 3 categorías tomando en cuenta el volumen de pacientes con cáncer de recto atendidos en cada institución anualmente y utilizando una clasificación pre-establecida:¹⁴

- Bajo volumen (CBV): Menos de 20 pacientes por año.
- Mediano volumen (CMV): Entre 20 y 50 pacientes por año.
- Alto volumen (CAV): Mas de 50 pacientes por año.

VARIABLES ANALIZADAS

Información del respondiente y centro: ámbito en el que desarrolla su actividad (Público/privado/grupo independiente), número de camas de la institución, grado de especialización del cirujano a cargo de pacientes con cáncer de recto, acceso a cirugía mini-invasiva para tratamiento de cáncer de recto (abdominal y/o transanal).

Características de la técnica operatoria: conducta con respecto a descenso del ángulo esplénico durante la cirugía de ETM, nivel de ligadura de vasos mesentéricos inferiores (alta: ligadura de arteria mesentérica inferior a <2 cm. de su nacimiento en la aorta),¹⁵ decisión ante un tumor de recto ultra-bajo/supra-anal (clasificación de Bordeaux tipo I),¹⁶ utilización de ostomías de protección para anastomosis colorrectales, realización de vaciamiento del compartimiento lateral pélvico.

Características de la estadificación, adopción de tratamiento neoadyuvante y distintos tipos de tratamiento oncológico: método de imagen utilizado para estadificación local (pelvis), utilización de neoadyuvancia para tumores localmente avanzados, adopción de protocolo de Watch & Wait (W&W) ante evidencia sugestiva de una respuesta clínica completa post tratamiento neoadyuvante (RCC),¹⁷ utilización de esquemas de radioterapia corta¹⁸ y tratamiento neoadyuvante total (TNT).¹⁹

Adopción de MDT y características de este: Disponibilidad de MDT en la institución, periodicidad de reuniones y si dichas reuniones son específicas para recto o en conjunto con otros tumores, participación del cirujano en las decisiones del tratamiento oncológico.

Por último, se incluyeron preguntas relacionadas a participación del respondiente en sociedades científicas y la intención de participar en eventuales registros prospectivos sobre el tratamiento de cáncer de recto a nivel poblacional y/o en estudios retrospectivos sobre resultados en la región.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó utilizando el software Stata (v11.1, Statacorp, College Station, Texas USA). Las variables categóricas fueron descriptas como porcentajes y las variables continuas como media y rango.

Siendo este un estudio de opinión (encuesta) y no un estudio con datos de pacientes, no se utilizaron métodos estadísticos para buscar significancia en las diferencias entre grupos.

RESULTADOS

Durante el mes de mayo de 2022, 398 médicos respondieron a la encuesta, de los cuales 13 ejercían su trabajo en centros que no tratan pacientes con cáncer de recto y fueron excluidos de la misma, siendo 385 el número total de respuestas incluidas en este trabajo, incluyendo profesionales de 18 países dentro de Latinoamérica. La media de edad fue 43,78. La cantidad de respuestas por tipo de centro fue de 100 (25,97%), 210 (54,55%), y 75 (19,48%) para CBV, CMV y CAV, respectivamente.

Información del respondiente y centro

La figura 1 resume el número de respondientes por país y el grado de especialización de dichos respondientes. Argentina fue el país con mayor cantidad de respuestas (33,25%) y la mayoría de estos eran cirujanos colorrectales (46,49%) seguido de cirujanos generales (28,83%).



Figura 1. Respondentes por país y especialidad.

La tabla 1 presenta el nivel de atención de los centros en los que se desempeñan los respondientes, los cuales trabajan en el ámbito público y privado más frecuentemente (42,08%), con un 10,39% actuando de forma particular (no vinculada a un hospital puntual, sino desarrollando su actividad en distintos centros privados).

Los centros de bajo volumen cuentan más frecuentemente con menos de 100 camas (68%), mientras que los centros de alto volumen cuentan con más de 300 camas en su mayoría (50,67%). Respecto al grado de especialización del cirujano a cargo de pacientes con cáncer de recto, en los CAV el 66,67% estos son atendidos estrictamente por cirujanos colorrectales, mientras que este porcentaje desciende a 29% en CBV.

Con respecto a la disponibilidad y utilización de abordaje mini-invasivo como técnica electiva, la adherencia a laparoscopia fue de 67,79% para todo el grupo, siendo más frecuente esto en CAV (76%) y descendiendo a 56% para CBV. El porcentaje global de centros utilizando plataformas robóticas fue de 1,82%. Relativo al abordaje de tumores locales por vía transanal, la adherencia a plataformas mini-invasivas (TEM, TAMIS, TEO, etc.) fue de 50,65%, siendo más frecuente en CAV (64%), y descendiendo a 30% en CBV.

Tabla 1. Información sobre tipo de centro y acceso a cirugía mini-invasiva

Variable	General 385 (100%)	Bajo Volumen 100 (25,97%)	Medio Volumen 210 (54,55%)	Alto volumen 75 (19,48%)
Edad	43,78 (23-79)	41,8 (23-79)	45,34 (26-71)	42,07 (28-71)
Grado de formación de respondente				
Cirujano general	111 (28,83)	44 (44)	58 (27,62)	9 (12)
Cirujano colorrectal	179 (46,49)	31 (31)	104 (49,52)	44 (58,67)
Residente	36 (9,35)	14 (14)	16 (7,62)	6 (8)
Cirujano colorrectal en formación	21 (5,45)	4 (4)	13 (6,19)	4 (5,33)
Cirujano oncológico	23 (5,97)	0	12 (5,71)	11 (14,67)
Cirujano gastrointestinal	15 (3,90)	7 (7)	7 (3,33)	1 (1,33)
Lugar de desempeño				
Hospital público	66 (17,14)	25 (25)	29 (13,81)	12 (16)
Hospital privado	117 (30,39)	29 (29)	70 (33,33)	18 (24)
Hospital público y privado	162 (42,08)	36 (36)	89 (42,38)	37 (49,33)
Grupo independiente	40 (10,39)	10 (10)	22 (10,48)	8 (10,67)
Número de camas de institución				
0 – 100	140 (36,36)	68 (68)	60 (28,57)	12 (16)
101 - 300	144 (37,40)	26 (26)	93 (44,29)	25 (33,33)
Más de 300	101 (26,23)	6 (6)	57 (27,14)	38 (50,67)
Especialización de cirujano a cargo de tratamiento de cáncer de recto				
Cirujano general	48 (12,47)	24 (24)	21 (10)	3 (4)
Cirujano colorrectal	174 (45,19)	29 (29)	95 (45,24)	50 (66,67)
Mayormente cirujano general	56 (14,55)	22 (22)	30 (14,29)	4 (5,33)
Mayormente cirujano colorrectal	107 (27,79)	25 (25)	64 (30,48)	18 (24)
Abordaje operatorio				
Convencional	117 (30,39)	44 (44)	57 (27,14)	16 (21,33)
Laparoscópico	261 (67,79)	56 (56)	148 (70,48)	57 (76)
Robótico	7 (1,82)	0	5 (2,38)	2 (2,67)
Abordaje transanal de tumores locales				
Convencional	190 (49,35)	70 (70)	93 (44,29)	27 (36)
Minimamente invasivo (TEM, TAMIS, etc.)	195 (50,65)	30 (30)	117 (55,71)	48 (64)

Características de la técnica operatoria

La tabla 2 especifica los datos relativos a la técnica quirúrgica.

Ante la realización de una ETM y posterior anastomosis primaria, el descenso del ángulo esplénico se realiza de rutina en el 50,91% de los centros, siendo más frecuente en los CAV (74,67%) y más infrecuente en los CBV (35%). La ligadura de los vasos mesentéricos inferiores se realiza a nivel central en la mayoría de los centros (88,83%).

Ante tumores de recto supra-anales, la decisión de realizar una ETM preservando el complejo esfinteriano (y evitando una amputación abdomino-perineal) es del 71,95% para todo el grupo, siendo del 80% para CAV y de 63% en CBV. La utilización del abordaje transanal (Ta-TME) para este tipo de pacientes es de 20% a nivel global, con pocas diferencias entre centros de distinto volumen.

La utilización de rutina de ostomías de protección para anastomosis colorrectales posteriores a ETM fue de 51,69% a nivel global, siendo más frecuente este abordaje en CAV (58,67%), mientras que en CBV realizan mayormente ostomías de forma selectiva (48%). Un 7% de CBV no utiliza ostomías nunca, mientras que este número desciende a 1,33% en CAV.

Por último, con respecto a la realización de vaciamiento del compartimiento lateral pélvico (ante la presencia de ganglios con sospecha de enfermedad), un 38,80% de los centros nunca realiza este tipo de cirugía. Este procedimiento se realiza selectivamente en 74,67% de CAV, y el número desciende a 54% en CBV.

Tabla 2. Datos de técnica operatoria

Variable	General 385	Bajo Volumen 100	Medio Volumen 210	Alto volumen 75
Descenso del ángulo esplénico durante TME				
Nunca	2 (0,52)	2 (2)	0	0
Selectivamente	187 (48,57)	63 (63)	105 (50)	19 (25,33)
Siempre	196 (50,91)	35 (35)	105 (50)	56 (74,67)
Ligadura de vasos mesentéricos inferiores				
Periférica	43 (11,17)	18 (18)	23 (10,95)	2 (2,67)
Central	342 (88,83)	82 (82)	187 (89,05)	73 (97,33)
Conducta ante un tumor de recto ultra bajo				
Cirugía de Miles	108 (28,05)	37 (37)	56 (26,67)	15 (20)
TME Abdominal	200 (51,95)	44 (44)	109 (51,90)	47 (62,67)
Ta-TME	77 (20)	19 (19)	45 (21,43)	13 (17,33)
Ostomía de protección para anastomosis primaria post TME				
Nunca	11 (2,86)	7 (7)	3 (1,43)	1 (1,33)
Selectivamente	175 (45,45)	48 (48)	97 (46,19)	30 (40)
Siempre	199 (51,69)	45 (45)	110 (52,38)	44 (58,67)
Vaciamiento lateral				
Nunca	149 (38,80)	46 (46)	85 (40,48)	19 (25,33)
Selectivamente	236 (61,20)	54 (54)	125 (59,52)	56 (74,67)

Información sobre estadificación de tumores, utilización de MDT y tratamiento oncológico

La tabla 3 incluye información sobre las respuestas relativas a la estadificación de pacientes con tumores de recto, la disponibilidad de equipos multidisciplinarios y la utilización de neoadyuvancia (y sus diferentes formas).

El porcentaje de utilización de Resonancia Magnética Nuclear de alta resolución para estadificación local es de 84,16% a nivel global, con 73% de los CBV utilizando este recurso. La ecografía endoanal, por otro lado, es utilizada por muy pocos centros en la región (2,60%).

De la misma manera, la utilización de neoadyuvancia ante tumores de recto localmente avanzados es alta en la región, tanto en CBV, CMV y CAV. Por otro lado, la adherencia a estrategias de Watch & Wait ante pacientes con evidencia sugestiva de RCC post neoadyuvancia oscila entre 50% (en CBV) y 63% (en CAV).

Respecto de la disponibilidad de MDT en cada centro, los CAV cuentan en su mayoría con este tipo de equipo para la discusión de pacientes con tumores de recto (93,33%), mientras que solo el 72% de los CBV utilizan este recurso. A su vez, es más frecuente que los CAV cuenten con un comité específico para pacientes con cáncer de recto y que se reúnan semanalmente, mientras que en CBV, la discusión suele ser compartida con otro tipo de tumores y con una periodicidad menor.

La participación del cirujano en las indicaciones al tratamiento oncológico (neoadyuvancia, adyuvancia) es más frecuente en CAV donde dicha participación es del 84%, mientras que en CBV, solo el 52% de los centros involucra al cirujano en este tipo de decisiones.

Por último, la adopción de nuevas estrategias de tratamiento neoadyuvante es alta en la región, y se da más frecuentemente en CAV.

Tabla 3. Utilización de neoadyuvancia y MDT

Variable	General 385	Bajo Volumen 100	Medio Volumen 210	Alto volumen 75
Estadificación local				
RMN	324 (84.16)	73 (73)	185 (88.10)	66 (88)
TAC	51 (13.25)	23 (23)	20 (9.52)	8 (10.67)
Ecografía endoanal	10 (2.60)	4 (4)	5 (2.38)	1 (1.33)
Ante tumores de recto localmente avanzado, indicación				
Neoadyuvancia	360 (93.51)	90 (90)	197 (93.81)	73 (97.33)
Cirugía	25 (6.49)	10 (10)	13 (6.19)	2 (2.67)
Ante evidencia sugestiva de RCC, conducta				
Cirugía	143 (39.22)	45 (50)	71 (36.04)	27 (36.99)
W&W	217 (60.78)	45 (50)	126 (63.96)	46 (63.01)
MDT				
No	60 (15.58)	28 (28)	27 (12.86)	5 (6.67)
Sí	324 (84.42)	71 (72)	183 (87.14)	70 (93.33)
Tipo de MDT				
General	204 (62.96)	60 (84.51)	115 (62.84)	29 (41.43)
Específico para recto	120 (37.04)	11 (15.49)	68 (37.16)	41 (58.57)
Periodicidad de MDT				
Semanal	164 (50.62)	27 (38.03)	86 (46.99)	51 (72.86)
Quincenal	59 (18,21)	10 (14,08)	40 (21,86)	9 (12,86)
Mensual	67 (20,68)	20 (28,17)	38 (20,77)	9 (12,86)
Bimestral	23 (7,10)	12 (16,90)	11 (6,01)	1 (1,43)
Trimestral	11 (3,40)	2 (2,82)	8 (4,37)	
Participa el cirujano en decisiones de tratamiento oncológico (neoadyuvancia – adyuvancia)				
No	129 (33,51)	48 (48)	69 (32,86)	12 (16)
Sí	256 (66,49)	52 (52)	141 (67,14)	63 (84)
RT curso corto				
No	116 (30,13)	37 (37)	63 (30)	16 (21,33)
Sí, selectivamente	173 (44,94)	32 (32)	93 (44,29)	48 (64)
Sí, de rutina	29 (7,53)	5 (5)	18 (8,57)	6 (8)
No lo sé	67 (17,40)	26 (26)	36 (17,14)	5 (6,67)
TNT				
No	52 (13,51)	17 (17)	32 (15,24)	3 (4)
Sí, selectivamente	198 (51,43)	44 (44)	105 (50)	49 (65,33)
Sí, de rutina	90 (23,38)	19 (19)	50 (23,81)	21 (28)
No lo sé	45 (11,69)	20 (20)	23 (10,95)	2 (2,67)

La tabla 4 resume los datos relativos a la participación de los respondientes en sociedades científicas, la cual es alta en la región, con 88,31% de los respondientes perteneciendo a alguna sociedad. Mientras que en los CBV es más frecuente que los cirujanos estén relacionados con sociedades de cirugía general, en el caso de CAV, estos más frecuentemente se encuentran afiliados a sociedades de cirugía colorrectal.

La mayoría de los participantes manifestaron interés en participar de un registro formal de pacientes tratados por CR.

Tabla 4. Afiliación a sociedades científicas e intención de participar en registros poblacionales de cáncer de recto

Variable	General 385	Bajo Volumen 100	Medio Volumen 210	Alto volumen 75
Asociado a sociedad científica				
No	45 (11,69)	18 (18)	18 (8,57)	9 (12)
Cirugía General	153 (39,74)	52 (52)	85 (40,82)	16 (21,33)
Cirugía Colorrectal	166 (43,12)	26 (26)	91 (43,33)	49 (65,33)
Ambas	21 (5,45)	4 (4)	16 (7,62)	1 (1,33)
Intención de participar en un registro nacional/regional de cáncer de recto				
No	11 (2,86)	5 (5)	6 (2,86)	0
Sí	327 (84,94)	79 (79)	179 (85,24)	69 (92)
Tal vez	47 (12,21)	16 (16)	25 (11,90)	6 (8)

DISCUSIÓN

Los resultados de esta encuesta resultan interesantes, sobre todo porque es el primer estudio basado en el abordaje de pacientes con CR incluyendo centros de todos los volúmenes y países.

El primer dato que sorprende es la elevada prevalencia de tratamiento de pacientes con cáncer de recto en hospitales que tratan menos de 20 pacientes al año. Ha sido extensamente publicado en la bibliografía que, en cirugía oncológica, y especialmente en cáncer de recto, los resultados tanto de morbilidad y mortalidad así como a mediano y largo plazo están directamente relacionados con el volumen del centro tratante.^{20,21}

Si bien esta encuesta no permite sacar conclusiones basadas en resultados, sí permite ver ciertas tendencias sobre lo que pasa en CBV y CAV.

En CAV, la tendencia general es que los pacientes con cáncer de recto sean atendidos por cirujanos especializados en patología colorrectal, lo cual es menos frecuente en CBV (donde son mayormente atendidos por cirujanos generales). A su vez, el acceso a cirugía mini-invasiva es mayor en CAV, tanto para cirugía transanal como para cirugía abdominal. Esto en sí es un dato relevante, ya que la cirugía mini-invasiva está asociada con mejores resultados a corto plazo, sin afectar negativamente los resultados oncológicos en estos pacientes.²²

Si bien la utilización de neoadyuvancia para tumores de recto localmente avanzados es alta en todos los grupos, la utilización de MDT para la discusión de casos, la periodicidad de reuniones de dichos equipos multidisciplinarios y la participación de los cirujanos en la toma de decisiones no solo de las indicaciones quirúrgicas sino también de la indicación y selección de distintos esquemas de neoadyuvancia/adyuvancia, es mayor en el grupo de CAV.

En la actualidad, el abordaje de pacientes con cáncer de recto de forma multidisciplinaria es importante, ya que diariamente, nuevos esquemas y propuestas de tratamiento operatorio y no operatorio surgen, que deben ser discutidas idealmente por todos los profesionales a cargo del paciente, incluyendo radioterapeutas, oncólogos, cirujanos colorrectales y especialistas en diagnóstico por imagen, entre otros. Por esta razón, el American College of Surgeons ha lanzado un programa destinado a sentar las bases del manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes (National Accreditation Programme for Rectal Cancer, NAPRC).^{23,24} El mismo está siendo utilizado en centros en la región (13), y podría ser una buena herramienta para fomentar la utilización de MDT en los distintos centros a cargo de pacientes con cáncer de recto en Latinoamérica.

Con respecto a la técnica quirúrgica, CAV realizan el descenso del ángulo esplénico de rutina (en todos los pacientes sometidos a TME y anastomosis) más frecuentemente, mientras que esta conducta es selectiva en la mayoría de los CBV. Esta diferencia puede deberse a muchos factores, incluidos los inherentes al volumen necesario de pacientes para realizar esta práctica de forma

rutinaria y segura. Sin embargo, es una discusión actual dentro de la especialidad (la necesidad o no de movilizar el ángulo esplénico en todos los pacientes sometidos a TME).²⁵

Por otro lado, aquellos pacientes con tumores de recto bajo tienen más posibilidad de acceder a una cirugía preservadora del aparato esfinteriano (evitar la amputación abdomino-perineal como primera cirugía), en CAV. Si bien hay pocas publicaciones relativas a los resultados funcionales posteriores a este tipo de cirugía en grupos de Latinoamérica,²⁶ este tipo de pacientes pueden ser sometidos a resecciones anteriores bajas sin comprometer los resultados oncológicos de la cirugía.¹⁶

Resulta curioso ver la prevalencia de centros utilizando la técnica de escisión total del mesorrecto por vía transanal en pacientes con cáncer de recto en la región. Si bien es una técnica que podría facilitar la cirugía, sobre todo en aquellos pacientes con una anatomía pélvica desfavorable, sus resultados - especialmente los oncológicos - parecieran estar directamente relacionados con el volumen de cirugías realizadas periódicamente.^{27,28} Esto ha llevado a la publicación de manuscritos desaconsejando la utilización de esta técnica en centros de bajo volumen/sin la capacitación necesaria.²⁹

Por último, más del 10% de los CAV son cirujanos/grupos de cirujanos con actividad independiente (no relacionada con una institución de salud en particular). Eso, sumado al hecho de que la mayoría de los cirujanos de CBV están asociados a sociedades de cirugía general (y no de cirugía colorrectal), plantea un interrogante sobre el potencial impacto de involucrar a estos individuos en actividades y sociedades relacionadas a la especialidad, pudiendo ayudar esto último a fomentar ideas como estandarización de la técnica quirúrgica, implementación de MDT, etc.

Este estudio tiene limitaciones inherentes al bajo nivel de evidencia científica que representa una encuesta, la cual permite generar hipótesis, pero de ninguna manera generar respuestas a dichas hipótesis. Otra debilidad de la encuesta es la heterogeneidad de los respondientes en su grado de especialización y en el medio en el que trabajan (público, privado, independiente).

Sin embargo, los resultados de este estudio son relevantes, sobre todo por ser el primer estudio que realiza un relevamiento sobre la actualidad del tratamiento de cáncer de recto en una región como Latinoamérica, que cuenta con aproximadamente 700 millones de habitantes. Cualquier hipótesis generada al interpretar los resultados de esta encuesta debe ser comprobada (o refutada) con resultados del tratamiento de pacientes, razón por lo cual se lanzó el estudio retrospectivo CaReLa, incluyendo a todos los respondientes a esta encuesta. Este estudio, junto con otros que se están realizando en la región de forma colaborativa, permitirán obtener más información relativa a los resultados del tratamiento de pacientes con patología colorrectal en la región, y eventualmente, plantear potenciales soluciones a indicadores subóptimos que se identifiquen.

REFERENCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
2. Huscher CGS, Bretagnol F, Corcione F. Laparoscopic Colorectal Cancer Resection in High-Volume Surgical Centers: Long-Term Outcomes from the LAPCOLON Group Trial. *World J Surg* 2015; 39(8):2045-51.
3. Huo YR, Phan K, Morris DL, et al. Systematic review and a meta-analysis of hospital and surgeon volume/outcome relationships in colorectal cancer surgery. *J Gastrointest Oncol*. 2017 Jun; 8(3): 534-546.
4. Borowski DW, Bradburn DM, Bharathan B, et al. Volume-outcome analysis of colorectal cancer-related outcomes. *Br J Surg* 2007; 94(Suppl 2): 157.
5. Aquina CT, Probst CP, Becerra AZ, et al. High volume improves outcomes: The argument for centralization of rectal cancer surgery. *Surgery* 2016; 159,3:736-748.
6. Bülow S, Harling H, Iversen LH, et al. Improved survival after rectal cancer in Denmark. *Colorectal Dis* 2010; 12,7:e37-42.
7. Van der Valk MJM, Hilling DE, Bastiaannet E, et al. Long-term outcomes of clinical complete responders after neoadjuvant treatment for rectal cancer in the International Watch & Wait Database (IWWD): an international multicentre registry study. *Lancet* 2018; 391:2537-45.
8. Habr-Gama A, Perez RO, Nadalin W, et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg* 2004; 240:711-717; discussion 717-718.
9. Keller DS, Berho M, Perez RO, et al. The multidisciplinary management of rectal cancer. *Nat Rev Gastroent Hepatol* 2020; 17(7):414-429.
10. Dahlverg M, Glimelius B, Pahlman L, et al. Changing strategy for rectal cancer is associated with improved outcome. *Br J Surg* 1999; 86(3):379-84.
11. Bun, M., Laporte, M., Canelas, A. E., Mella, J. M., Lencinas, S. M., Peczan, C. E., Mezzadri, N. A., & Rotholtz, N. A. (2022). Cirugía laparoscópica del cáncer de recto. *Revista Argentina de Cirugía*, 100(5-6), 126-140.
12. Rossi G, Vaccarezza H, Vaccaro C, et al. Tratamiento Laparoscópico del Cáncer de Recto: Resultados Oncológicos a Largo Plazo. *Rev. argent. cir* ; 105(2): 52-59, dic. 2013.
13. Avellaneda N, Grasselli J, Akselrad S, et al. How can I start a MDT for management of rectal cancer patients? Analysis on feasibility of using American NAPRC standards in a low-income country hospital. *Turkish Journ of Colorectal Dis*. Ahead of print.
14. Hagemans JAW, Alberda WJ, Versteegen M, et al. Hospital volume and outcome in rectal cancer patients; results of a population-based study in the Netherlands. *Eur J Surg Oncol* 2019; 45(4):613-619. doi: 10.1016/j.ejso.2018.12.018.
15. Lowry AC, Simmang CL, Boulos P, et al. Consensus statement of definitions for anorectal physiology and rectal cancer: report of the tripartite consensus conference on definitions for anorectal physiology and rectal cancer, Washington, D.C., may 1, 1999. *Dis. Colon Rectum*, 44 (7) (2001), 915-919.
16. Rullier E, Denost Q, Vendrely V, et al. Low rectal cancer: classification and standardization of surgery. *Dis Colon Rectum* 2013; 56(5):560-7. doi: 10.1097/DCR.0b013e31827c4a8c.
17. Quezada Diaz FF, Smith JJ. Nonoperative Management for Rectal Cancer. *Hematol Oncol Clin North Am* 2022 Jun; 36(3):539-551. doi: 10.1016/j.hoc.2022.03.003.

18. Dijkstra EA, Hospers GAP, Kranenbarg EMK, et al. Quality of life and late toxicity after short-course radiotherapy followed by chemotherapy or chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer - The RAPIDO trial. *Radiother Oncol* 2022; 171:69-76. doi:10.1016/j.radonc.2022.04.013.
19. Smith JJ, Chow OS, Gollub MJ, et al. Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma: a phase II randomized controlled trial evaluating 3-year disease-free survival in patients with locally advanced rectal cancer treated with chemoradiation plus induction or consolidation chemotherapy, and total mesorectal excision or nonoperative management. *BMC Cancer* 2015 Oct 23; 15:767. doi: 10.1186/s12885-015-1632-z.
20. Jonker FHW, Hagemans JAW, Burger JWA, et al. The influence of hospital volume on long-term oncological outcome after rectal cancer surgery. *Int J Colorectal Dis* 2017 Dec; 32(12):1741-1747.
21. Song Y, Shannon AB, Concors SJ. Are Volume Pledge Standards Worth the Travel Burden for Major Abdominal Cancer Operations? *Ann Surg* 2022; 275(6):e743-e751. doi: 10.1097/SLA.0000000000004361.
22. Dehlaghi KJ, Cao Y, Petersson J, et al. Long term oncological outcomes for laparoscopic versus open surgery for rectal cancer - a population based nationwide non-inferiority study. *Colorectal Dis* 2022. doi: 0.1111/codi.16204. Online ahead of print.
23. Improving Rectal Cancer Outcomes with the National Accreditation Program for Rectal Cancer. *Clin Colon Rectal Surg* 2020; 33(5):318-324. doi: 10.1055/s-0040-1713749. Wexner SD, White CM.
24. Wexner SD, Berho ME. The Rationale for and Reality of the New National Accreditation Program for Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum* 2017; 60(6):595-602. doi: 10.1097/DCR.0000000000000840.
25. Rondelli F, Pasculli A, De Rosa M, et al. Is routine splenic flexure mobilization always necessary in laparotomic or laparoscopic anterior rectal resection? A systematic review and comprehensive meta-analysis. *Updates Surg* 2021 Oct; 73(5):1643-1661. doi: 10.1007/s13304-021-01135-y.
26. Lococo J, Rodríguez C, Barbalace N, et al. Calidad de vida, posterior a la cirugía en cáncer de recto. Comparación de resultados funcionales en: cirugía abierta, laparoscópica, y robótica. *Rev Arg Colopr* 2022; 33:02. doi: <https://doi.org/10.46768/racp.v33i02.139>.
27. Wasmuth HH, Faerden AE, Mykblebust TA, et al. Transanal total mesorectal excision for rectal cancer has been suspended in Norway. *Br J Surg* 2020 Jan; 107(1):121-130. doi: 10.1002/bjs.11459.
28. Francis N, Penna M, Mackenzie H, et al. Consensus on structured training curriculum for transanal total mesorectal excision (TaTME). *Surg Endosc* 2017; 31(7):2711-2719. doi: 10.1007/s00464-017-5562-5.
29. Kang L, Sylla P, Atallah S, et al. taTME: boom or bust?, *Gastroenterology Report* 2020; 8; 1:1-4.

COMENTARIO

Un gran número de publicaciones de distintas partes del mundo ha tratado este tema. La dificultad en la recolección de los datos y la heterogeneidad de los mismos son aspectos que dificultan obtener resultados con impacto significativo. Si bien es en los centros de alto volumen donde se encuentran en mayor proporción los cirujanos especialistas y donde se practican las técnicas quirúrgicas más modernas, no siempre ha sido factible asociar estas características con mejor sobrevida a largo plazo, por lo que concluir que un centro de alto volumen equivale a mejores resultados oncológicos es limitado desde el punto de vista estadístico.

La presente encuesta nos permite tener, al menos, una idea de la situación actual en Latinoamérica, lo que representa un primer paso muy importante. El desafío a futuro será determinar con estos datos cómo varían los resultados oncológicos en los centros de acuerdo al volumen operado, y si esta variación tiene significancia estadística.