



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ARTÍCULO ORIGINAL

Mejor calidad de vida y menor incontinencia fecal en pacientes con cáncer de recto con la estrategia de seguimiento *watch and wait*



A. Pascual-Russo^{a,*}, D. Milito^a, L. Facio^a, M. Furia^a, V. Forestier^a, S. Iseas^b, G. Méndez^b, M. Coraglio^c, C.M. Lumi^c, G. Masciangioli^c, E. Mauriño^d y H. Vázquez^{d,e}

^a Motilidad Digestiva, Hospital de Gastroenterología «Dr. Carlos Bonorino Udaondo», CABA, Argentina

^b Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología «Dr. Carlos Bonorino Udaondo», CABA, Argentina

^c Servicio de Proctología, Hospital de Gastroenterología «Dr. Carlos Bonorino Udaondo», CABA, Argentina

^d Departamento de Medicina, Hospital de Gastroenterología «Dr. Carlos Bonorino Udaondo», CABA, Argentina

^e Investigador Asociado, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. CABA, Argentina

Recibido el 5 de mayo de 2020; aceptado el 6 de julio de 2020

Disponibile en Internet el 28 de agosto de 2020

PALABRAS CLAVE

Cáncer de recto;
Calidad de vida;
Trastornos
funcionales
anorrectales

Resumen

Introducción y objetivos: La estrategia *watch and wait* (WW) es una alternativa a la resección anterior (RA) en pacientes con cáncer de recto (CR), con respuesta clínica completa a la neoadyuvancia. Existen pocos reportes que describan la calidad de vida (cV) y los trastornos funcionales anorrectales (TFA) en esta población.

Objetivo: Analizar y comparar los TFA y la CV en pacientes con adenocarcinoma de recto localmente avanzados tratados con neoadyuvancia con diferentes estrategias: grupo 1 (G1): WW y grupo 2 (G2): RA.

Material y métodos: Se incluyeron 30 pacientes (G1: n = 20 y G2: n = 10) que cumplieron al menos 12 meses de finalizado el tratamiento neoadyuvante, edad mediana de 59.5 años (rango: 41-79), 15 son hombres. Los TFA fueron evaluados con: a) historia clínica, b) diario de continencia anal de 21 días, c) escala de continencia anal de Jorge y Wexner, d) manometría anorrectal (MAR) y la CV con el cuestionario de incontinencia fecal (FIQL).

Resultados: Diario de continencia anal: G1: incontinencia fecal (40%) y urgencia defecatoria (45%) vs. G2 incontinencia fecal (60%) y urgencia defecatoria (30%), sin diferencias significativas (p = NS). Escala de continencia anal: la incontinencia fecal de G1 fue significativamente menos severa que la de G2 [mediana 6.5 puntos vs. 13 puntos; (p = 0.0142)]. MAR: sin diferencias entre los grupos. CV: es significativamente diferente entre ambos grupos (FIQL/G1: 3.7 vs. FIQL/G2: 2.8; p < 0.03).

Abreviaturas: CCR, cáncer colorrectal; CR, cáncer de recto; RQT, radioquimioterapia; RA, resección anterior; ETM, escisión total del mesorrecto; WW, *watch and wait* (observar y esperar); TFA, trastornos funcionales anorrectales; CV, calidad de vida; MAR, manometría anorrectal; FIQL, *Fecal Incontinence Quality of Life*.

* Autor para correspondencia. Dirección: Av. Caseros 2061. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Teléfono: 4304-4641/9 Int. 129
Correo electrónico: apascualrusso@gmail.com (A. Pascual-Russo).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.06.006>

0375-0906/© 2020 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: La estrategia de seguimiento WW en pacientes con CR localmente avanzado estaría asociada con una mejor CV y menor incontinencia fecal.

© 2020 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Rectal cancer;
Quality of life;
Functional anorectal disorders

Better quality of life and reduced fecal incontinence in rectal cancer patients with the watch-and-wait follow-up strategy

Abstract

Introduction: The watch-and-wait (WW) strategy is an alternative to anterior resection in patients with rectal cancer (RC) that have had a complete clinical response to neoadjuvant treatment. Few reports describe the quality of life and functional anorectal disorders (FADs) in that population.

Aim: To analyze and compare the FADs and quality of life in patients with locally advanced adenocarcinoma of the rectum treated with neoadjuvant therapy, divided into two different strategy groups: group 1 (G1), WW; and group 2 (G2), anterior resection.

Materials and methods: Thirty patients (G1: n = 20 and G2: n = 10) that had finished neoadjuvant therapy at least 12 months prior were included. Mean patient age was 59.5 years (range: 41-79) and 15 of the patients were men. The FADs were evaluated through: a) clinical history, b) 21-day bowel diary, c) Jorge and Wexner fecal incontinence scale, d) anorectal manometry (ARM), and fecal incontinence quality of life scale (FIQL).

Results: Bowel diary: fecal incontinence (40%) and urge to defecate (45%) in G1 vs. fecal incontinence (60%) and urge to defecate (30%) in G2, with no significant differences (p = NS). Fecal incontinence scale: fecal incontinence in G1 was significantly less severe than that in G2 (median 6.5 points vs. 13 points [p = 0.0142]). ARM: no differences between the two groups. Quality of life: significantly different between the two groups (FIQL/G1: 3.7 vs. FIQL/G2: 2.8; p < 0.03).

Conclusions: The WW follow-up strategy in patients with locally advanced rectal cancer was associated with better quality of life and reduced fecal incontinence.

© 2020 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción y objetivos

El cáncer colorrectal (CCR) es una enfermedad de gran magnitud epidemiológica. Sus tasas de incidencia muestran una tendencia ascendente en los últimos años. En la Argentina ocupa el tercer lugar para ambos sexos. Según estimaciones de Abriata MG et al., la tasa bruta de mortalidad cada 100,000 habitantes en la Argentina fue 18.3 para hombres y 15.0 para mujeres en el año 2012¹.

El cáncer de recto (CR) representa aproximadamente un tercio de los casos de CCR. Recientes publicaciones del *Surveillance, Epidemiology, and End Results Program of the National Cancer Institute* (SEER) demostraron un aumento en la incidencia de 2.6 en los últimos años².

La precisa estadificación es crucial en la planificación de las estrategias del tratamiento preoperatorio. En pacientes con CR localmente avanzado, el tratamiento combina la radioquimioterapia (RQT) preoperatoria o neoadyuvancia seguida de la cirugía. La resección anterior (RA) con escisión total del mesorrecto (ETM) es la cirugía de elección cuando se puede conservar el aparato esfinteriano, pero se asocia a una morbilidad significativa por complicaciones tales como la fuga anastomótica, los trastornos de las funciones defecatoria y genitourinaria³. La irradiación de la pelvis también es

un factor importante y tiende a dar lugar a peores resultados funcionales y mayores complicaciones de la anastomosis.

La RQT neoadyuvante es la estrategia terapéutica que aumenta la posibilidad quirúrgica con preservación esfinteriana para los tumores de recto inferior. Entre el 40 y el 60% de los pacientes muestran algún tipo de respuesta a la RQT, pero entre el 7 y el 15% tienen una respuesta patológica completa^{3,4}. Sobre este escenario, se ha desarrollado una estrategia no operatoria denominada *watch and wait* (WW) (observar y esperar) en la que los pacientes con respuesta clínica completa (regresión tumoral total determinada por examen proctológico, evaluación endoscópica e imágenes, posterior al tratamiento con RQT) son dirigidos a un protocolo estricto de seguimiento sin cirugía radical^{3,5-7}.

Si bien la RA es el tratamiento de elección para el CR, este procedimiento genera una serie de alteraciones fisiopatológicas conocidas como «síndrome de la resección anterior», que alcanza al 60% de los pacientes operados⁸⁻¹⁰. Este síndrome combina en distinta medida e intensidad trastornos de las funciones anorrectales (TFA): urgencia defecatoria, tenesmo, sensación de evacuación incompleta, aumento del número de las deposiciones, alteración del ritmo evacuatorio y grados variables de incontinencia fecal, generando

consecuencias psíquicas y sociales que influyen en la calidad de vida (CV) de los pacientes. Son diferentes los factores fisiopatológicos implicados; se destaca la pérdida o la disminución de la función de reservorio del recto o *compliance* rectal, el daño a las vías nerviosas aferentes y eferentes del plexo hipogástrico, que provoca disminución de la sensibilidad anorrectal e incoordinación de los reflejos loco-regionales con pérdida del reflejo rectoanal inhibitorio^{10,11}. Aunque estos síntomas normalmente mejoran varios meses después de la cirugía, la mitad de los pacientes persiste con ellos un año después del procedimiento quirúrgico y al menos el 10% de los pacientes continúa con una función defecatoria deteriorada. Las medidas higiénico-dietéticas, el tratamiento farmacológico y los ejercicios de *biofeedback* han dado resultados variables; algunos síntomas tienden a mejorar con el tiempo, pero no todas las alteraciones se resuelven, incluso algunas empeoran¹². También se propone como tratamiento a la neuromodulación sacra¹³, pero tras el fracaso de los métodos conservadores debe considerarse la ostomía.

Los resultados funcionales luego de la RA varían significativamente y tienden a relacionarse con el nivel de la anastomosis. Como principio general, a medida que la anastomosis es más distal, la función evacuatoria empeora. Al analizar los resultados funcionales se debe tener en cuenta también las funciones sexual y urinaria. Si bien la exéresis del tumor es el principal objetivo en la cirugía, la preservación de los nervios autónomos de la pelvis es esencial para disminuir la afectación de estas funciones. Una serie reportó que hasta el 25% de los pacientes operados por CR presentaban disfunción genitourinaria que se traduce en eyaculación retrógrada, disfunción eréctil, dispareunia e incontinencia urinaria, entre otros síntomas^{14,15}.

No solo la cirugía afecta la función defecatoria y genitourinaria de los pacientes sometidos a tratamiento por CR, la irradiación de la pelvis también es un factor importante y tiende a dar lugar a peores resultados funcionales y mayores complicaciones de la anastomosis¹⁶. Los efectos biológicos de la radiación dependen de dos mecanismos: uno inmediato provocado por el daño en el ADN, y otro tardío relacionado con la aparición de una respuesta inflamatoria en el tejido irradiado. El daño sobre el ADN puede ser directo provocando la muerte celular inmediata o indirecto como consecuencia de la formación de radicales libres. Los efectos tardíos se producen como resultado de cambios progresivos en el tejido vascular y conectivo, acompañado de un aumento de los mediadores de inflamación y fibrogénicos. El resultado final es una mucosa crónicamente inflamada y ulcerada. La mucosa intestinal se caracteriza por ser un tejido de respuesta rápida a la radiación debido a un elevado recambio celular. Los síntomas pueden aparecer durante o pocos días después de la radioterapia o a los meses o años de finalizar el tratamiento. La proctocolitis por radiación se manifiesta con tenesmo, diarrea, mucorrea y, en ocasiones, proctorragia¹⁶⁻¹⁸.

El **objetivo** de nuestro trabajo es analizar y comparar los TFA y la CV en dos cohortes de pacientes con diagnóstico de CR tratados con radioquimioterapia neoadyuvante y con una estrategia diferente: grupo 1 (G1): estrategia de seguimiento WW y grupo 2 (G2) tratamiento quirúrgico: RA + ETM.

Material y métodos

Población

El presente estudio incluyó pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de recto que luego de RQT neoadyuvante fueron seleccionados prospectivamente a estrategia WW (G1) o cirugía (G2), en una única institución entre el 1 de enero de 2013 hasta el de 30 de abril de 2019. Los criterios de inclusión fueron adenocarcinoma de recto hasta los 15 cm del margen anal, no metastásico, con un intervalo mínimo post-RQT de doce meses, sin evidencia de enfermedad bajo una vigilancia estricta (G1) u operados con más de doce meses del cierre de la ileostomía de protección (G2). Los criterios de exclusión fueron pacientes tratados con resección local, radioterapia pélvica previa por otras patologías, TFA previos al diagnóstico de CR, complicaciones de la RA como estenosis y/o historia previa de dehiscencia de la anastomosis.

Metodología

El tratamiento de RQT neoadyuvante se basó en radioterapia 3 D de curso largo con una dosis total de 50-50.4 Gy concurrente con la administración oral de capecitabina 825 mg/m²/bid en forma continua. La evaluación de la respuesta al tratamiento se analizó con base en resultados del examen proctológico, estudios endoscópicos, resonancia de alta resolución de abdomen y pelvis (RMAR) y tomografía computada de tórax realizados en un período no menor a 6-8 semanas luego de finalizar la radioterapia. Se definió respuesta clínica completa a la evidencia de una zona blanquecina o telangiectasias o pérdida de los pliegues en la mucosa rectal, donde yacía el tumor por estudios endoscópicos, asociados a la ausencia de lesión tumoral y enfermedad ganglionar por RMAR.

Los casos identificados como **respuesta clínica completa** fueron seleccionados para una estrategia de vigilancia de WW (G1) si requerían amputación abdominoperineal. Los criterios de vigilancia para el manejo no operatorio se basaron en un examen proctológico mensual, RMAR de pelvis, marcadores tumorales en forma trimestral, tomografía de tórax y abdomen semestral en los dos primeros años y luego de este período se repitieron semestralmente.

En el G2, la cirugía se realizó según la técnica de ETM con ileostomía de protección, con un intervalo igual o mayor a ocho semanas luego de finalizado el tratamiento neoadyuvante en los pacientes que tuvieron **lesión residual**, por examen proctológico o por RMAR. El seguimiento posquirúrgico se realizó con marcadores tumorales trimestralmente, y tomografía de tórax, abdomen y pelvis semestralmente durante los primeros dos años y videocolonoscopia a los 12 meses del procedimiento quirúrgico.

Luego de la selección de los pacientes que cumplían los criterios de elegibilidad, se analizaron en cada grupo los antecedentes clínicos, los TFA y la CV con el cuestionario de incontinencia fecal (FIQL).

En la historia clínica se registraron las siguientes características funcionales: a) número de deposiciones diarias: según el consenso de ROMA IV en tres categorías: estreñimiento: < 3 deposiciones semanales; ritmo

evacuatorio normal: entre tres y 21 deposiciones semanales; diarrea: > 21 deposiciones semanales, b) número de escapes diarios, c) urgencia defecatoria (presencia o ausencia), d) tenesmo (presencia o ausencia), e) características de las heces, f) función sexual (disfunción eréctil y eyaculación retrógrada en el hombre y dispareunia en la mujer), g) alteraciones miccionales (incontinencia, urgencia, tenesmo). Asimismo, se les entregó y completaron un diario de continencia: confeccionado para el registro en un período de 21 días de los siguientes parámetros: número y características de las deposiciones, escapes percibidos y no percibidos, presencia de urgencia defecatoria, escape de gases, uso de apósitos, presencia de escurrimiento, uso de fármacos que modifiquen el ritmo evacuatorio y condicionamiento de las actividades de la vida diaria. La continencia se evaluó con la escala de continencia anal de Jorge y Wexner modificada que determina la severidad de la incontinencia anal, tomando en cuenta si el paciente presenta escapes de heces sólidas, heces líquidas, gases, sensorialidad, el uso de apósitos y el impacto en la calidad de vida. Se utiliza una escala con la que se obtiene una puntuación entre 1 y 20. La severidad de la incontinencia se clasifica como: leve: 1-5 puntos; moderada: 6-10 puntos; grave: 11-15 puntos y severa: 16-20 puntos¹⁹. Se les realizó una manometría anorrectal convencional (MAR): técnica que permite evaluar la actividad motora anorrectal mediante el registro simultáneo de las presiones del conducto anal y la ampolla rectal, tanto en condiciones de reposo como simulando situaciones fisiológicas (maniobra de contracción voluntaria, pujo y tos)²⁰. El manómetro utilizado marca Magna-Ars®, está constituido por una bomba de infusión hidroneumocapilar de perfusión continua a una velocidad de 0.2 mL/min, una sonda de polivinilo de cuatro sensores orientados radialmente (estándar anorrectal-4 channel R4B-3-0-0-0), un sistema de registro de presiones y una computadora que permite registrar y analizar los datos obtenidos. Se evaluaron los siguientes parámetros: presión de reposo, presión durante la contracción voluntaria, reflejo tusígeno, maniobra del pujo, reflejo rectoanal inhibitorio, sensorialidad rectal, *compliance* rectal²¹ y test de expulsión del balón. Asimismo, se realizó la técnica de retiro lento para obtener las presiones del canal anal (técnica móvil o de *pull-through*).

Se entregó un cuestionario de calidad de vida de incontinencia anal (*Fecal Incontinence Quality of Life*, FIQL): la escala FIQL es un instrumento específico validado en español (España), que mide la CV en pacientes con incontinencia fecal, compuesto por 29 ítems que evalúan cuatro aspectos: estilo de vida (10 ítems), conducta (9 ítems), depresión/autoestima (7 ítems) y vergüenza (3 ítems). Cada ítem tiene un rango de uno a cuatro, a mayor puntaje obtenido, mejor CV. El cuestionario tiene un valor máximo de cuatro puntos y un valor mínimo de un punto. La puntuación para cada subescala es la media de todos los ítems^{22,23}.

Análisis estadístico

En una hoja de cálculo de Excel, se incluyen los datos personales, clínicos, histológicos, funcionales y los resultados de los estudios realizados. Para el procesamiento se utilizó el MedCalc Versión 11.2.1.0, MedCalc Software bvba. Los datos obtenidos fueron informados como mediana y rango. Los

resultados de las variables cuantitativas se analizaron comparando los valores mediante el test de Mann-Whitney para grupos independientes. Las variables cualitativas se expresaron en %. Las diferencias se analizaron con χ^2 o Fisher, según corresponda. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

En la investigación no se realizaron experimentos en animales o en humanos. El estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación (CODEI) y el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital de Gastroenterología «Dr. Carlos Bonorino Udaondo». Se obtuvo el consentimiento informado de cada paciente (documento que obra en poder del autor de la correspondencia) y fue realizado de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, garantizando la confidencialidad de los datos.

Resultados

Fueron seleccionados 55 pacientes para participar en el estudio. Treinta pacientes finalmente fueron incluidos: edad mediana 59.5 años (rango: 41-79), de los cuales, 15 son hombres (tabla 1). La distancia del CR al margen anal, la afectación ganglionar, el margen circunferencial, la invasión vascular extramural, el CEA y el tiempo de seguimiento no muestran diferencias entre ambos grupos ($p = \text{NS}$) (tabla 1). Asimismo, en la estadificación inicial con RMAR se categorizó a los dos grupos en subgrupos, según la penetración del tumor en T1/T2 y T3/T4 (un paciente del G2 no realizó la RMAR); no encontramos diferencias significativas de CV ni en TFA entre ambos subgrupos incluidos en G1 ($p = \text{NS}$); estos hallazgos no se pueden comparar en G2 debido a que los pacientes pertenecen todos a T3/T4 ($p < 0.04$). Asimismo, hay diferencias significativas al comparar la CV de los subgrupos T3/T4: G1 mediana 3.75 (1.45-4.0) vs. G2 mediana 2.67 (1.92-4.0); $p = 0.05$ (tabla 1).

En la tabla 2 se describen las causas por las cuales los pacientes no ingresaron en el estudio. Cabe destacar que el mayor número de pacientes no enrolados pertenecen al G2. La causa más frecuente fue la imposibilidad de localizarlos por la desactualización de los números telefónicos y/o la dirección del paciente de la historia clínica.

En la tabla 3 se describen las características funcionales obtenidas de la historia clínica. Al interrogatorio dirigido y evaluando el diario de continencia de 21 días, el análisis comparativo entre los dos grupos no mostró diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas ($p = \text{NS}$) (tabla 4).

El análisis de la incontinencia fecal, evaluada con la escala de Wexner, demostró que en los pacientes del G1 fue menos severa y significativamente diferente, comparada con los pacientes del G2 [mediana: 6.5 puntos (rango: 3-14) vs. 13 puntos (rango: 11-17), respectivamente ($p = 0.0142$)].

Los parámetros manométricos anorrectales no mostraron diferencias significativas entre los grupos con ninguna de las variables (tabla 5).

La CV analizada con el cuestionario FIQL resultó ser significativamente peor en los pacientes operados: G1 mediana 3.74 (1.45-4.0) vs. G2 mediana 2.83 (1.92-4.0); $p = 0.0153$.

Tabla 1 Características demográficas y clínicas de los pacientes en ambos grupos al ingresar al estudio

| Datos demográficos | G1 | G2 | P |
|---|------------------|------------------|-------|
| n pacientes | 20 | 10 | - |
| Sexo (M/H) | 11/9 | 4/6 | NS |
| Edad mediana (rango) | 62.0 (41-79) | 57.5 (44-73) | NS |
| Tiempo de seguimiento (meses) mediana (rango) | 28.0 (12.0-64.6) | 31.6 (13.9-56.6) | NS |
| Distancia al margen anal (cm) mediana (rango) | 5 (1-12) | 5 (2-12) | NS |
| Tumor mrT1-2 n (%) | 8 (40) | 0 (0) | 0.04* |
| Tumor mrT3-T4 n (%) | 12 (60) | 9 (100) | 0.04* |
| Afectación ganglionar mrN + n (%) | 8 (40) | 5 (50) | NS |
| Margen circunferencial + n (%) | 7 (35) | 5 (50) | NS |
| Invasión vascular extramural + n (%) | 2 (10) | 3 (30) | NS |
| Ganglios laterales + n (%) | 3 (15) | 2 (20) | NS |
| CEA \geq 5 ng/dL n (%) | 2 (10) | 2 (20) | NS |

M: mujeres H: hombres.

mr: estadificación inicial por resonancia magnética

CEA: antígeno carcinoembrionario

* Test exacto de Fisher.

Tabla 2 Se describen las causas por las cuales los pacientes de ambos grupos no participaron del estudio

| Motivos | G1 (n = 5) | G2 (n = 21) |
|---|------------|-------------|
| Fallecimiento (no relacionados con el CR) | 1 | 2 |
| Residencia en el interior del país | 1 | 2 |
| Problemas familiares | 1 | - |
| No aceptaron la participación | 2 | 2 |
| Recaída tumoral | - | 1 |
| Estenosis de la anastomosis | - | 3 |
| No fue posible su localización | - | 11 |

Tabla 3 Características funcionales de ambos grupos

| Variables de la historia clínica | G1 (n = 20) | G2 (n = 10) | p |
|----------------------------------|----------------|----------------|----|
| 1) Deposiciones diarias | 0 (0) | 0 (0) | NS |
| Estreñimiento (n) (%) | 7 (35) | 7 (70) | NS |
| Diarrea (n) (%) | 13 (65) | 3 (30) | NS |
| Normal (n) (%) | 8 (40) | 6 (60) | NS |
| Escapes (n) (%) | | | |
| Urgencia defecatoria (n) (%) | 9 (45) | 3 (30) | NS |
| Tenesmo (n) (%) | 3 (15) | 0 (0) | NS |
| Función sexual (n) (%) | 1 (5) | 2 (20) | NS |
| Alteraciones miccionales (n) (%) | 3 (15) | 0 (0) | NS |

Tabla 4 Se describe el diario de continencia anal de 21 días en ambos grupos

| Características | G1 (n = 20) | G2 (n = 10) | p |
|------------------------------|-------------|-------------|----|
| Diarrea n (%) | 7 (35) | 7 (70) | NS |
| Incontinencia fecal n (%) | 8 (40) | 6 (60) | NS |
| Urgencia defecatoria n (%) | 9 (45) | 3 (30) | NS |
| Escape de gases n (%) | 5 (25) | 5 (50) | NS |
| Tenesmo rectal n (%) | 3 (15) | 1 (10) | NS |
| Incontinencia urinaria n (%) | 3 (15) | 0 (0) | NS |
| Impotencia n (%) | 2 (10) | 2 (20) | NS |
| Dispareunia n (%) | 1 (5) | 0 (0) | NS |
| Eyacuación retrógrada n (%) | 1 (5) | 0 (0) | NS |

Tabla 5 Se describen los parámetros de la manometría anorrectal en ambos grupos

| Parámetros | G1 (n = 20) | G2 (n = 10) | P |
|------------------------------------|-------------|-------------|----|
| Hipotonía del conducto anal n (%) | 12 (60) | 6 (60) | NS |
| Hipersensorialidad rectal n (%) | 9 (45) | 7 (70) | NS |
| Disinergia del piso pelviano n (%) | 12 (60) | 5 (50) | NS |
| Dificultad evacuatoria n (%) | 0 (0) | 1 (10) | NS |
| Incontinencia fecal n (%) | 8 (40) | 6 (60) | NS |
| Hipotonía de los esfínteres anales | 6 | 5 | NS |
| Hipersensorialidad rectal | 5 | 5 | NS |

Tabla 6 Calidad de vida en ambos grupos

| Puntaje | G1 (n = 20) | G2 (n = 10) | p |
|--|----------------------------|--------------------------|---------|
| FIQL total mediana (rango) | 3.74 (1.45 - 4.0) | 2.83 (1.92 - 4.0) | 0.0153* |
| n pacientes con incontinencia (n) (%)FIQL mediana (rango) | 8 (40) 3.69 (1.4 - 4.0) | 6 (60) 2.49 (1.9-3.1) | 0.0282* |
| n pacientes sin incontinencia (n) (%) FIQL mediana (rango) | 12 (60) 3.81 (2.8-4) | 4 (40) 3.68 (3.0-4.0) | NS |

* Test de Mann-Whitney.

Asimismo, al comparar los pacientes con incontinencia fecal de ambos grupos se observó una diferencia significativa con menor puntaje en G2 [G1 (n = 8) mediana: 3.69 (1.4-4.0) vs. G2 (n = 6) mediana: 2.49 (1.9-3.1); p = 0.0282]. Entre los pacientes sin incontinencia fecal de ambos grupos no se registraron diferencias significativas (p = NS) (tabla 6).

Discusión

Se han investigado los TFA y la CV de los pacientes tratados con cirugía por CR, aunque son pocas las publicaciones en pacientes bajo la estrategia de seguimiento WW^{8,24-26}. La neoadyuvancia por sí sola no está libre de efectos adversos, ya que un tercio de los pacientes del grupo WW tienen alterados los puntajes en las escalas de incontinencia fecal²⁷.

El estudio de Habr-Gama A et al. comparó pacientes bajo la estrategia WW vs. pacientes tratados con RQT seguida de la escisión local mediante MAR, escala de Wexner y FIQL, luego de tres años de finalizado el tratamiento⁴. El grupo sometido a resección local presentó menor presión del canal anal, menor compliance rectal, mayor puntuación de la escala de Wexner y menor puntuación del cuestionario FIQL²⁵. Si bien la estrategia quirúrgica en nuestra población fue distinta, los resultados obtenidos fueron similares.

Ozgen Z et al. en el 2015 estudiaron la CV (mediante los cuestionarios EORTC QLQ C30 y CR38) y los resultados funcionales (MAR y escala de Wexner) en 29 pacientes con CR localmente avanzado tratados con neoadyuvancia y RA luego de una mediana de seguimiento de 30 meses. El 25-50% de los pacientes presentan algún tipo de disfunción pélvica. Concluyen que la neoadyuvancia + RA se asocia con una mayor urgencia e incontinencia fecal, con un impacto significativo en la CV²⁶.

De acuerdo a nuestro conocimiento, existe una sola publicación que analiza simultáneamente ambos grupos: Hupkens BJP et al. compararon la CV mediante diferentes

cuestionarios luego de dos años de finalizado el tratamiento con RQT²⁷. Los pacientes del grupo WW tienen mejores puntuaciones en todos los cuestionarios. El grupo RA presentó peores puntuaciones en las escalas de incontinencia fecal, con diferencias estadísticamente significativas. Nuestro estudio apoya este concepto con resultados similares: los pacientes operados tienen mayor impacto en su CV (tabla 6), basado en que los pacientes con incontinencia fecal del G2 tienen una CV con puntaje menor y significativamente diferente, comparados con el grupo G1 (p = 0.0282), sin diferencias entre los pacientes que no presentan incontinencia fecal.

La incontinencia fecal analizada con la escala de Wexner, si bien está presente en ambos grupos, fue menos severa y significativamente diferente en los pacientes con estrategia WW, comparada con los operados (p = 0.0142). Los resultados sugieren que la incontinencia sería de leve a moderada en los no operados y de severa a grave en los pacientes operados. La actividad motora anorrectal de ambos grupos fue analizada mediante la MAR, mas no pudo demostrar ninguna diferencia significativa en todas las variables investigadas (tabla 5).

Nuestro estudio mantiene el concepto de que el tratamiento del CR no está libre de TFA y conlleva alteraciones en la CV. El tratamiento quirúrgico sería el que peores resultados funcionales tiene con un mayor impacto en la CV.

Pensamos que observar y esperar (WW) sería la mejor estrategia por la preservación de la anatomía con menor probabilidad de incontinencia fecal.

Conclusiones

Los resultados obtenidos sugieren que un gran porcentaje de pacientes tratados por CR, independientemente de la estrategia que se considere, presenta alteraciones de la función anorrectal y de su calidad de vida.

La estrategia de seguimiento *watch and wait* en pacientes con adenocarcinoma de recto localmente avanzados estaría asociada con una mejor CV y una menor incontinencia fecal, comparada con la estrategia RA + ETM.

Un mayor número de pacientes son necesarios para poder ratificar o rectificar los resultados obtenidos en este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses.

Financiación

Apoyo financiero

No se recibió financiación para diseñar, realizar y/o escribir este manuscrito.

Becas

Agostina Pascual Russo recibió la beca de Investigación, Salud Pública y Capacitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para "Estudio piloto comparativo de la calidad de vida y la función anorrectal en pacientes tratados por cáncer de recto mediante *watch and wait versus* tratamiento quirúrgico". Años: 2017-2019. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Subsidio

Otorgado para la compra de insumos (sonda de manometría anorrectal de 4 canales, impresión de póster). Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Referencias

- Abriata MG. Epidemiología del cáncer cérvico-uterino en Argentina. Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte del INC. Ministerio de Salud de la Nación, con base en datos de la DEIS. 2011. Argentina. Disponible en: http://www.inc.gov.ar/viii-seminario-pnpcc/pdfs/pdfs2011/Abriata,%20Graciela_Epidemiologia%20cancer%20cervico%20uterino%20Argentina.pdf.
- Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2013;24:vi81-8, <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdt240>.
- Vaccaro CA. Enfoque multidisciplinario del cáncer colorrectal. 1a Ed. Ediciones Journal; 2014. p. 272.
- Habr-Gama A, Oliva Pérez R, Nadalin W, et al. Operative versus nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy: long-term results. *Ann Surg*. 2004;240:711-7, <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000141194.27992.32>.
- Habr-Gama A, Oliva Pérez R, Wynn G, et al. Complete clinical response after neoadjuvant chemoradiation therapy for distal rectal cancer: characterization of clinical and endoscopic findings for standardization. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:1692-8, <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181f42b89>.
- Pozo ME, Fang SH. Watch and wait approach to rectal cancer: a review. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7:306-12, <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v7.i11.306>.
- Habr-Gama A, São-Juliano GP, Oliva Pérez R. Nonoperative management of rectal cancer: identifying the ideal patients. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2015;29:135-51, <http://dx.doi.org/10.1016/j.hoc.2014.09.004>.
- Laforest A, Bretagnol F, Mouazan AS, et al. Functional disorders after rectal cancer resection: does a rehabilitation programme improve anal continence and quality of life? *Colorectal Dis*. 2012;14:1231-7, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2012.02956.x>.
- Mulsow J, Winter DC. Sphincter preservation for distal rectal cancer - a goal worth achieving at all costs? *World J Gastroenterol*. 2011;17:855-61, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v17.i7.855>.
- Chen TY-T, Emmertsen KJ, Laurberg S. Bowel dysfunction after rectal cancer treatment: a study comparing the specialist's versus patient's perspective. *BMJ Open*. 2014;4:e003374, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003374>.
- Matzel KE, Bittorf B, Günther K, et al. Rectal resection with low anastomosis: functional outcome. *Colorectal Dis*. 2003;5:458-64, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1463-1318.2003t01-1-00503.x>.
- Liang Z, Ding W, Chen W, et al. Therapeutic evaluation of biofeedback therapy in the treatment of anterior resection syndrome after sphincter-saving surgery for rectal cancer. *Clin Colorectal Cancer*. 2016;15:e101-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clcc.2015.11.002>.
- Álvarez-García AF, Moya-Forcén PJ. Límites y nuevas indicaciones en neuromodulación de raíces sacras. *Cirugía Andaluza*. 2018;29:508-14.
- Marijnen CAM, Van de Velde CJH, Putter H, et al. Impact of short-term preoperative radiotherapy on health-related quality of life and sexual functioning in primary rectal cancer: report of a multicenter randomized trial. *J Clin Oncol*. 2005;23:1847-58, <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.200505256>.
- Nesbakken A, Nygaard K, Bull-Njaa T, et al. Bladder and sexual dysfunction after mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg*. 2000;87:206-10, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2168.2000.01357.x>.
- Peeters KCMJ, Van de Velde CJH, Leer JWH, et al. Late side effects of short-course preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for rectal cancer: increased bowel dysfunction in irradiated patients-a Dutch Colorectal Cancer Group study. *J Clin Oncol*. 2005;23:6199-206, <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.200514779>.
- Mollåa M, Biete A, Piqué J, et al. Lesiones intestinales de la radioterapia. *Gastroenterol Hepatol*. 2001;24:454-60, [http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705\(01\)79002-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705(01)79002-4).
- Carr ND, Pullen BR, Haselton PS, et al. Microvascular studies in human radiation bowel disease. *Gut*. 1984;25:448-54, <http://dx.doi.org/10.1136/gut.25.5.448>.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:77-97, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02050307>.
- Lacima-Vidal G, Serra-Pueyo J, Mínguez-Pérez M, et al. *Tratado de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva*. 1a Ed. Editorial Panamericana; 2015.
- Madoff RD, Orrom WJ, Rothenberg DA, et al. Rectal compliance: a critical reappraisal. *Int J Colorect Dis*. 1990;5:37-40, <http://dx.doi.org/10.1007/BF00496148>.
- Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:9-16, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02237236>.
- Mínguez M, Garrigues V, Soria MJ, et al. Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence

- quality of life scale. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:490–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s10350-006-0514-5>.
24. Martens MH, Maas M, Heijnen LA, et al. Long-term outcome of an organ preservation program after neoadjuvant treatment for rectal cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2016;108:djw171, <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djw171>.
25. Habr-Gama A, Lynn PB, Jorge JM, et al. Impact of organ-preserving strategies on anorectal function in patients with distal rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:264–9, <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000000543>.
26. Ozgen Z, Ozden S, Atasoy BM, et al. Long-term effects of neoadjuvant chemoradiotherapy followed by sphincter-preserving resection on anal sphincter function in relation to quality of life among locally advanced rectal cancer patients: a cross-sectional analysis. *Radiat Oncol*. 2015;10:168, <http://dx.doi.org/10.1186/s13014-015-0479-4>.
27. Hupkens BJP, Martens MH, Stoot JH, et al. Quality of life in rectal cancer patients after chemoradiation: watch-and-wait policy versus standard resection - a matched-controlled study. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:1032–40, <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000000862>.