

PROTOCOLO ASISTENCIAL DEL CARCINOMA RECTO

Comité de Coloproctología HUVR

Diciembre 2010

TRATAMIENTO NEOADYUVANTE

Indicación

- Adenocarcinoma de recto no intervenido
- Estadío clínico: cT3-T4 y/o N+ (adenopatías perirrectales) M0

Exceptuando:

Ca recto cT3 mínimamente invasivo (< 5 mm) N0 y margen circunferencial no afecto por RNM (en estos pacientes se procedería a resección quirúrgica de entrada sin tto neoadyuvante previo)

- PS 0-2
- No síntomas de obstrucción intestinal.
- No sangrado importante (con repercusión hemodinámica o que requiera transfusión frecuente)

Estudio pretratamiento

- Hemograma
- Bioquímica básica, renal y hepática
- CEA
- TAC de torax, abdomen y pelvis
- Colonoscopia completa si tumor no obstructivo + biopsia de la lesión
- Si obstructivo: Colonoscopia virtual o colonoscopia intraoperatoria
- Ecografía endorectal (Sólo tumores por debajo de 9 cm)
- RNM pélvica de estadiaje
- Hoja de Consulta al Servicio de Radioterapia y Oncología Médica
- Presentación en Comité de Tumores de Coloproctología

Esquema de tratamiento neoadyuvante

Capecitabina 825 mg/m²/12 h po 5 días/sem (L-V) durante la RT

RT: 1,8 Gy/fracción hasta 45-50,4 Gy

En pacientes con dificultad para la ingesta oral de medicamentos, la Capecitabina podrá ser sustituida por:

5-FU 225 mg/m²/día en infusión continua de forma concomitante con la RT

Estudio postradioterapia y precirugía

- Estudio preoperatorio: hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, CEA y ECG
- TAC de tórax, abdomen y pelvis (si TAC de estadiaje realizado > 2 meses antes)
- RNM pélvica
- Hoja Consulta a Coloproctología, que valorará al paciente y cursará RDQ, consentimientos y anestesia

Tratamiento quirúrgico

A las 4-6 semanas de haber finalizado el tratamiento radioterápico

Técnicas:

- Recto superior: Resección anterior baja con mesorrectal subtotal (abierta, robótica o laparoscópica)
- Recto medio e inferior: Resección anterior baja con mesorrectal total (abierta, robótica o laparoscópica)
- Recto inferior con afectación de esfínteres: Resección abdomino-perineal (abierta, robótica o laparoscópica)

Estudio postcirugía

- Hemograma completo
- Bioquímica básica, renal y hepática
- CEA
- TAC de tórax, abdomen y pelvis
- Colonoscopia completa si no se pudo hacer en estudio inicial

Tratamiento QT adyuvante

Tras la cirugía completar 4 meses de tto adyuvante con esquema **XELOX** cada 3 semanas (o **FOLFOX-6** cada 2 semanas si no es factible el tto oral)

XELOX: Oxaliplatino 130 mg/m² iv (infusión de 2 horas) d1 cada 21 días
Capecitabina 1000 mg/m²/12h po d1-14/21 días

FOLFOX-6: Oxaliplatino 85 mg/m² iv (infusión de 2 horas) d1 cada 14 días (en "Y" con AF)
Acido Folínico 400 mg/m² iv (infusión de 2 horas) d1 cada 14 días (en "Y" con Oxal)
5-FU 400 mg/m² iv bolo d1 cada 14 días
5-FU 2400 mg/m² ic 46 horas d1 cada 14 días

TRATAMIENTO ADYUVANTE

Indicación:

- Adenocarcinoma de recto reseccionado quirúrgicamente de entrada
- Estadío patológico: pT3 (atraviesa la muscularis propia invadiendo subserosa o tejido perirrectal no recubierto de peritoneo) o pT4 (invade otros órganos o estructuras y/o perfora peritoneo visceral) y/o pN1(1 a 3 ggl+)-pN2 (≥ 4 ggl+) y/o margen circunferencial afecto.

Existen dudas sobre la indicación de tto adyuvante en casos seleccionados T3N0. Habrá que tener en cuenta otros factores relevantes como la localización tumoral (tumores en tercio superior de recto o intraperitoneales menos riesgo), la edad del paciente, la calidad de la resección quirúrgica (TME, nº de ganglios extirpados/examinados) o el margen circunferencial.

Estudio pretratamiento (tras la cirugía):

- Hemograma completo
- Bioquímica básica, renal y hepática
- CEA
- TAC de tórax, abdomen y pelvis
- Colonoscopia completa si no se hizo antes de la I. Qca
- Hoja de Consulta al Servicio de Radioterapia

Esquema de tratamiento adyuvante:

Iniciar entre 1 y 2 meses tras la cirugía RT con QT concurrente según el siguiente esquema:

RT: 1,8 Gy/fracción hasta 45-50,4 Gy (sobreimpresión 10 Gy en periné si resección abdominoperineal)

Capecitabina 825 mg/m²/12 h po 5 días/sem (L-V) durante la RT

En pacientes con dificultad para la ingesta oral de medicamentos, la Capecitabina podrá ser sustituida por:

5-FU 225 mg/m²/día en infusión continua de forma concomitante con la RT

⇓ 4 semanas tras fin de RT

XELOX (5-6 ciclos) ó FOLFOX-6 (8 ciclos)

NOTA: Si el inicio de la RT se demorara por motivos logísticos u otros motivos, se iniciará tto con poli-QT (XELOX o FOLFOX) hasta el inicio de la RT, completándose el resto de ciclos de QT tras completar el tto con RT

Estudio postratamiento

- Hemograma completo
- Bioquímica básica, renal y hepática
- CEA
- TAC de torax, abdomen y pelvis