



Artículo especial:

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO: *WATCH AND WAIT*

NON-SURGICAL TREATMENT: WATCH AND WAIT

P. J. Paredes Cotoré¹, A. Parajó Calvo², J. E. Casal Núñez³

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza..

(2) Hospitalario Universitario. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

(3) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.

Nota: Los contenidos de este artículo especial son una obra derivada de la “Guía práctica para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto del Grupo Gallego de Coloproctología y la Sociedad de Cirugía de Galicia, publicada por el Servicio Gallego de Salud en 2025 bajo licencia CC BY-SA 4.0.

Fecha de recibido: 12/01/2026 - Fecha de aceptación: 18/01/2026 - Fecha de publicación en línea: 31/03/2026.

Citar como: Paredes Cotoré PJ, Parajó Calvo A, Casal Núñez JE. Tratamiento no quirúrgico: *Watch and wait*. Rev Cir Gal. 2026; 10(14, supl1). Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons-BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO “Watch and wait (WW)”:

Según los datos disponibles, la regresión tumoral después de QRT se observa en muchos pacientes con cáncer de recto localmente avanzado, y entre el 10%-38% se logra una respuesta completa (RPC) en las piezas de resección quirúrgica^{306,307}.

La respuesta clínica completa (RCC) se define por la ausencia de signos de tumor residual o ganglios linfáticos comprometidos en la reevaluación clínica tras QRT y se caracteriza por:

(a) ausencia de cualquier tumor palpable en el examen rectal digital (DRE) y la rectoscopia (excepto una pequeña úlcera o cicatriz eritematosa residual) y (b) una reducción sustancial en la resonancia magnética sin tumor residual observable o sólo fibrosis residual y sin ganglios linfáticos sospechosos. La biopsia

endoscópica solo se recomienda cuando el DRE y la RM no son concluyentes³⁰⁸.

La RCC no siempre se correlaciona con la RPC y además hasta el 7% de los pacientes pueden tener una RPC a pesar de una RC incompleta caracterizada por una úlcera residual³⁰⁹.

Es conocido que los pacientes sin enfermedad mural pueden presentar ganglios linfáticos tumorales y por ello la evaluación clínica y endoscópica por sí sola no puede predecir de manera confiable la respuesta ni obviar la necesidad de una escisión radical, por lo que se utilizan pruebas de imagen con EER, TAC, MRI o PET para identificar a los pacientes con RCC. No obstante, estas pruebas de imagen pueden subestimar la estadificación N como comunican algunos autores al encontrar que entre el 16%-28% de los pacientes con RCC tenían ganglios positivos y su incidencia se asocia con el estadio T inicial^{310,311}.

En el primer estudio prospectivo sobre el manejo observacional de los cánceres rectales, la RCC tras QRT se evaluó de 8 a 10 semanas después de completar la terapia y los pacientes se observaron activamente durante 10 meses adicionales³¹². Sin embargo, el momento óptimo para evaluar la respuesta permanece indefinido y esta respuesta es dependiente del tipo de tratamiento neoadyuvante y del tiempo transcurrido desde su finalización hasta la evaluación del paciente^{313,314}.

Debido a la carencia de una evidencia consistente, quizás sería conveniente evaluar de respuesta entre 6 y 12 semanas después de completar el tratamiento, los pacientes que han mostrado cierto grado de respuesta en realidad podrían beneficiarse de una espera más prolongada y quizás de quimioterapia de consolidación en algunos de ellos (6). La mayoría de los tumores respondedores lo hacen en 6 semanas (>70% de respuesta es un buen predictor de RCC) y el 50% alcanza la RCC en 6-12 semanas. Se aconseja la 1ª re-evaluación a las 6-8 semanas y después cada 3-4 semanas³¹⁵.

No se recomienda la biopsia excisional de lesiones sospechosas para detectar ypT0 porque existe una alta tasa complicaciones de la herida operatoria, muy sintomáticas, con afectación funcional, se dificulta evaluación en seguimiento y se dificulta y empeora la cirugía TME de rescate³¹⁶. La biopsia incisional, debido a la posibilidad de regresión tumoral "parcheada", puede tener resultados falsos negativos.

El estudio OnCoRe³¹⁷, publicado en 2016, en el que los pacientes fueron reevaluados a las 8 semanas tras QRT, la SLE a los 3 años fue del 83%, la tasa de rebrote local tras el diagnóstico de RCC fue del 34 % y de éstos, el 88% pudieron ser rescatados (76% con cirugía y 12% con radioterapia de contacto con Papillon). En un metaanálisis³¹⁸ que incluye 17 estudios y 692 pacientes, la reevaluación osciló entre 3 y 24 semanas, la supervivencia a 3 años fue de 93,5% y la SLE de 89,2%. Con una tasa de recurrencia local de 22,1%, el 96,1% en los 3 primeros años de seguimiento, el rescate quirúrgico fue posible en el 88% de los casos. El metaanálisis

conducido por Dossa et al.³¹⁹ no encuentra diferencias significativas entre los pacientes manejados con watch-and-wait y pacientes con RCC tratados con cirugía en términos de recurrencia sin rebrote (RR 0,58, 95% CI 0,18-1,90), mortalidad por cáncer (RR 0,58, 95% CI 0,06-5,84), SLE (HR 0,56, 95% CI 0,20-1,60), o SG (HR 3,91 95% CI 0,57-26,72).

Los metaanálisis analizados presentan una serie de limitaciones entre las que destacamos la gran variabilidad en las tasas de RCC (20-50%) debido a la falta de estandarización de la definición de la RCC, la heterogeneidad entre los estudios y la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados^{318,319}.

Un estudio multicéntrico surgido del registro en una base de datos internacional (IWWD)³¹⁵ que incluye a 880 pacientes con RCC, describe el resultado de la estrategia W&W. La incidencia acumulada de 2 años de nuevo crecimiento local fue del 25,2% y se diagnosticaron metástasis a distancia en el 8% de los 880 pacientes. La SG a 5 años fue del 85% y la SLE del 94%. Tras el rebrote local se realizó TME en el 77,7% de los pacientes con intención curativa en el 99,1% de los casos y en el 22,3% se realizó escisión local. Se pudo comprobar un riesgo aumentado de metástasis a distancias en los pacientes con rebrote local 17,8% (38/213) en comparación al 4,9% (33/634) de pacientes que tuvieron una respuesta clínica sostenida. A pesar de las limitaciones del estudio (variabilidad entre los hospitales participantes en el régimen de neoadyuvancia, distintas estrategias de diagnóstico por imagen y no información detallada de cerca del 30% de los participantes en relación al tratamiento del rebrote local), los autores destacan la importancia de la vigilancia endoscópica en los primeros 2 años de seguimiento, la incidencia de metástasis a distancia y el pequeño riesgo de enfermedad incurable. En un estudio retrospectivo, Smith et al.³²⁰ comunican un alto índice de metástasis a distancia en los pacientes con rebrote local. En el grupo de 113 pacientes con RCC, 22 pacientes (19,5%) presentaron rebrote local y de ellos el 36% fueron diagnosticados de metástasis a distancia en comparación al 1% de pacientes sin crecimiento local (p<0,001).

El uso selectivo de la política "watch and wait" para pacientes con RCC tras QRT parece producir resultados oncológicos similares a los que se obtienen cuando los pacientes con RCC son tratados quirúrgicamente y al mismo tiempo se obvian los resultados adversos de la cirugía³²¹.

La mayoría de los estudios actuales carecen de la calidad suficiente para dar una respuesta convincente al empleo de este procedimiento, se basan en un número escaso de pacientes, son heterogéneos con variabilidad en la terminología y en el seguimiento. Por ello se hace necesario esperar a los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados prospectivos que están en marcha sobre el tratamiento no quirúrgico en los pacientes con cáncer de recto y RCC tras QRT.

El tratamiento no operatorio del cáncer de recto es una opción terapéutica a tener en cuenta, que debe plantearse bajo protocolización y en pacientes seleccionados, en hospitales con comités multidisciplinares expertos y tras una cuidadosa discusión con el enfermo sobre los posibles riesgos de peor evolución. Grado de recomendación A. Nivel de evidencia 1B.

BIBLIOGRAFÍA:

306. Hartley A., Ho K. F., McConkey C., Geh J. I. Pathological complete response following pre-operative chemoradiotherapy in rectal cancer: analysis of phase II/III trials. *Br J Radiol.* 2005; 78:934-8. Doi: 10.1259/bjr/86650067.
307. Belluco C., De Paoli A., Canzonieri V., Sigon R., Fornasarig M., Buonadonna A., et al. Long-term outcome of patients with complete pathologic response after neoadjuvant chemoradiation for cT3 rectal cancer: implications for local excision surgical strategies. *Ann Surg Oncol.* 2011; 18:3686-93. Doi: 10.1245/s10434-011-1822-0.
308. Fokas E., Appelt A., Glynne Jóns R., Beets G., Pérez R., García Aguilar J., et al. International consensus recommendations on key outcome measures for organ preservation after (chemo)radiotherapy in patients with rectal cancer. *Nat Rev Clin Oncol.* 2021; 18:805-16. Doi: 10.1038/s41571-021-00538-5. PMID: 34349247.
309. Hiotis S. P., Weber S. M., Cohen A. M., Minsky B. D., Paty P. B., Guillem J. G., et al. Assessing the predictive value of clinical complete response to neoadjuvant therapy for rectal cancer: an analysis of 488 patients. *J Am Coll Surg.* 2002; 194:131-5; discussion 135-6. Doi: 10.1016/s1072-7515(01)01159-0. PMID: 11848629.
310. Swellengrebel H. A., Bosch S. L., Cats A., Vincent A. D., Dewit L. G., Verwaal V. J., et al. Tumour regression grading after chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer: a near pathologic complete response does not translate into good clinical outcome. *Radiother Oncol.* 2014; 112:44-51. Doi: 10.1016/j.radonc.2014.05.010. PMID: 25018000.
311. Park I. J., You Y. N., Skibber J. M., Rodríguez Bigas M. A., Feig B., Nguyen S., et al. Comparative analysis of lymph node metastases in patients with ypT0-2 rectal cancers after neoadjuvant chemoradiotherapy. *Dis Colon Rectum.* 2013; 56:135-41. Doi: 10.1097/DCR.0b013e318278ff8a.
312. Habr Gama A., Pérez R. O., Proscurshim I., Campos F. G., Nadalin W., Kiss D., Gama Rodrigues J. Patterns of failure and survival for nonoperative treatment of stage c0 distal rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation therapy. *J Gastrointest Surg.* 2006; 10:1319-28; discussion 1328-9. Doi: 10.1016/j.gassur.2006.09.005.
313. López Campos F., Martín Martín M., Fornell Pérez R., García Pérez J. C., DieTrill J., Fuentes Mateos R., et al. Watch and wait approach in rectal cancer: Current controversies and future directions. *World J Gastroenterol.* 2020; 26:4218-39. Doi: 10.3748/wjg.v26.i29.4218.
314. Bernier L., Balyasnikova S., Tait D., Brown G. Watch-and-Wait as a Therapeutic Strategy in Rectal Cancer. *Curr Colorectal Cancer Rep.* 2018; 14:37-55. Doi: 10.1007/s11888-018-0398-5.
315. van der Valk M. J. M., Hilling D. E., Bastiaannet E., Meershoek Klein Kranenbarg E., Beets G. L., Figueiredo N. L., et al. Long-term outcomes of clinical complete responders after neoadjuvant treatment for rectal cancer in the International Watch & Wait Database (IWW): an international multicentre registry study. *Lancet* 2018; 391:2537-45. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31078-X.
316. Cerdán Santacruz C., Vailati B. B., São Julião G. P., Habr Gama A., Pérez R. O. Watch and wait: Why, to whom and how. *Surg Oncol.* 2022 Aug; 43:101774. Doi: 10.1016/j.suronc.2022.101774.
317. Renehan A. G., Malcomson L., Emsley R., Gollins S., Maw A., Myint A. S., et al. Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer (the OnCoRe project): a propensity-score matched

- cohort analysis. *Lancet Oncol.* 2016; 17:174-183. Doi: 10.1016/S1470-2045(15)00467-2.
318. Dattani M., Heald R. J., Goussous G., Broadhurst J., São Julião G. P., Habr Gama A, et al. Oncological and Survival Outcomes in Watch and Wait Patients With a Clinical Complete Response After Neoadjuvant Chemoradiotherapy for Rectal Cancer: A Systematic Review and Pooled Analysis. *Ann Surg.* 2018; 268:955-67. Doi: 10.1097/SLA.0000000000002761.
319. Dossa F., Chesney T. R., Acuna S. A., Baxter N. N. A watch-and-wait approach for locally advanced rectal cancer after a clinical complete response following neoadjuvant chemoradiation: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017; 2:501-13. Doi: 10.1016/S2468-1253(17)30074-2.
320. Smith J. J., Strombom P., Chow O. S., Roxburgh C. S., Lynn P., Eaton A., et al. Assessment of a Watch-and-Wait Strategy for Rectal Cancer in Patients With a Complete Response After Neoadjuvant Therapy. *JAMA Oncol.* 2019; 5:e185896. Doi: 10.1001/jamaoncol.2018.5896. PMID: 30629084;
321. Li J., Liu H., Yin J., Liu S., Hu J., Du F., et al. Wait-and-see or radical surgery for rectal cancer patients with a clinical complete response after neoadjuvant chemoradiotherapy: a cohort study. *Oncotarget.* 2015; 6:42354-61. Doi: 10.18632/oncotarget.6093.