



Estrategia de “ver y esperar” (watch and wait) en cáncer de recto: Actualización y perspectivas

Ulises Rodríguez-Wong,* Ulises Rodríguez-Medina**

* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Health System. Maestro en Ciencias de la Salud, Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.
** Médico Residente de Medicina Interna. University of New Mexico Hospital, USA. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

“Watch and wait” strategy in rectal cancer: Update and perspectives

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2025 / p. 119-122

RESUMEN

El tratamiento estándar del cáncer de recto localmente avanzado ha sido históricamente la combinación de quimiorradioterapia neoadyuvante (QRT) seguida de cirugía resectiva con escisión total del mesorrecto (ETM). Este procedimiento, aunque altamente curativo, implica riesgos significativos como disfunción intestinal, urinaria y sexual, así como la posibilidad de colostomía permanente.

La estrategia “observar y esperar” (watch-and-wait) es un enfoque para el cáncer de recto en el que se monitoriza a pacientes que han logrado una respuesta clínica completa (RCC) al tratamiento previo con quimiorradioterapia, evitando así la cirugía inmediata. Este protocolo se basa en la observación estrecha mediante exámenes clínicos, endoscópicos y de imagen para detectar precozmente cualquier recaída, permitiendo un rescate quirúrgico o tratamiento adicional si es necesario. El objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente, preservando sus funciones (especialmente las del esfínter anal) y evitando las secuelas de una intervención quirúrgica radical.

Palabras clave. Cáncer, cáncer de recto, ver y esperar, terapia neoadyuvante, quimiorradioterapia, respuesta clínica completa.

ABSTRACT

The standard treatment for locally advanced rectal cancer has historically been the combination of neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT) followed by resective surgery with total mesorectal excision (TME). This procedure, although highly curative, carries significant risks such as bowel, urinary, and sexual dysfunction, as well as the possibility of a permanent colostomy.

The “watch-and-wait strategy” is an approach to rectal cancer in which patients who have achieved a complete clinical response (CCR) to prior chemoradiotherapy are monitored, thus avoiding immediate surgery. This protocol is based on close observation through clinical, endoscopic, and imaging examinations to detect any relapse early, allowing for surgical salvage or additional treatment if necessary.

The main objective is to improve the patient’s quality of life, preserving their functions (especially those of the anal sphincter) and avoiding the sequelae of radical surgery.

Key words. Cancer, rectal cancer, watch and wait, neoadjuvant therapy, chemoradiotherapy, complete clinical response.

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

INTRODUCCIÓN

El tratamiento estándar del cáncer de recto local localmente avanzado ha sido históricamente la combinación de quimiorradioterapia neoadyuvante (QRT) seguida de cirugía resectiva con escisión total del mesorrecto (ETM). Este procedimiento, aunque altamente curativo, implica riesgos significativos como disfunción intestinal, urinaria y sexual, así como la posibilidad de colostomía permanente.¹

La estrategia de “ver y esperar” (watch and wait, W&W) ha emergido como una alternativa viable para pacientes con cáncer de recto localmente avanzado que alcanzan una respuesta clínica completa (RCC) posterior a la terapia neoadyuvante. En 2004, Habr-Gama, *et al.*, introdujeron el concepto de W&W para pacientes que alcanzaran una respuesta clínica completa después de la terapia neoadyuvante, demostrando que la resección quirúrgica inmediata no siempre era necesaria.² Este enfoque busca evitar la morbilidad asociada a la cirugía radical, especialmente de la escisión total del mesorrecto (ETM). Desde entonces, múltiples estudios y metaanálisis han evaluado la seguridad y efectividad de esta estrategia, con un creciente interés internacional.

Fundamentos de la estrategia W&W

La estrategia W&W consiste en diferir la cirugía radical en pacientes que, tras la terapia neoadyuvante, muestran RCC evaluada mediante examen físico, endoscopia y resonancia magnética (RM).³ Esta conducta se basa en la observación de que un porcentaje significativo de tumores puede presentar respuesta completa patológica (RCP), y que la cirugía podría no aportar beneficio adicional en estos casos.⁴

Las ventajas principales de esta estrategia incluyen el evitar complicaciones de cirugías mayores, preservar la función anorrectal, reducir el riesgo de estoma permanente y mejorar la calidad de vida de los pacientes en general.

En un estudio realizado por Har-Gama, *et al.*,² se concluye que el cáncer de recto en estadio 0 se asocia con excelentes resultados a largo plazo, independientemente de la estrategia de tratamiento. La resección quirúrgica podría no mejorar los resultados en esta situación y podría estar asociada con altas tasas de construcción de estomas temporales o definitivos, así como con tasas de morbilidad y mortalidad innecesarias.

Los estudios de referencia reportan tasas de recurrencia local temprana (*regrowth*) entre 20-30% en los primeros dos a tres años, pero con alto éxito de rescate quirúrgico oportuno (70-90%) sin afectar la sobrevida global.^{5,6}

El registro multicéntrico internacional (International Watch & Wait Database) detectó, en 880 casos con respuesta clínica completa (RCC), una tasa de recurrencia local a 2 años del 25%, metástasis hepáticas en 8%; la supervivencia

general a 5 años fue del 85% (IC del 95%: 80,9-87,7%) y la supervivencia específica de la enfermedad a 5 años fue del 94% (91-96%).³

En una revisión sistemática realizada por Dattani, *et al.*,⁵ se identificaron diecisiete estudios con 692 pacientes; la incidencia de respuesta clínica completa (RCC) fue del 22.4% [intervalo de confianza (IC) del 95%, 14, 3-31.8]. Se observaron 153 (22.1%) recurrencias locales, de los cuales el 96% (n = 147/153) se manifestaron durante los primeros 3 años de seguimiento. Se realizó cirugía de rescate en el 88% de los pacientes.

En un estudio de Llerena-Freire, *et al.*,⁷ de un total de 21 pacientes, cuatro (19%) tuvieron recaída: dos de tipo local, una a distancia y una mixta. A los tres años, la tasa de supervivencia libre de enfermedad fue del 81% y la supervivencia global fue de 100%.

Una vigilancia sólida con detección temprana de recurrencias permite una alta tasa de éxito en la cirugía de rescate, sin aumentar el riesgo de enfermedad sistémica ni desenlaces adversos de supervivencia.

Un metaanálisis en 2021 compara la estrategia W&W con cirugía inmediata en pacientes con RCC, el estudio muestra una sobrevida global similar y tasas de metástasis a distancia no superiores al manejo quirúrgico convencional.⁸

La tasa de preservación del órgano puede alcanzar hasta el 70-80% en pacientes seleccionados adecuadamente.⁹ Los mejores resultados se observan en tumores distales, respondedores profundos y con protocolos estrictos de vigilancia.

El evitar la cirugía radical reduce la aparición de complicaciones como disfunción urinaria, disfunción sexual, trastornos de la continencia fecal o la aparición del síndrome de resección anterior baja (LARS).¹⁰ Estudios de calidad de vida reportan mejores puntajes funcionales en pacientes bajo W&W frente a aquellos sometidos a ETM.¹¹

Respuesta clínica completa y vigilancia

El diagnóstico de RCC es esencial para seleccionar candidatos apropiados. En la exploración proctológica al tacto rectal no debe haber masa palpable, en la endoscopia se debe observar una mucosa plana o blanquecina y no debe haber úlceras o zonas irregulares.¹²

En la resonancia magnética se debe apreciar una cicatriz fibrosa hipointensa en T2, ausencia de adenopatías sospechosas y sin restricción en difusión (DWI).¹³

La utilidad de la biopsia es limitada debido a los falsos negativos; se emplea solo si hay sospecha de residuo tumoral.^{14,15}

La vigilancia intensiva es la base del éxito del W&W, especialmente los primeros 24-36 meses. La sensibilidad y especificidad de las herramientas de evaluación clínica después de la CRT neoadyuvante son generalmente bajas.¹⁶

Cuadro 1. Protocolos de seguimiento recomendados en estrategia W&W.

• Cada 3 - 4 meses (primeros 2 años):	Examen clínico, sigmoidoscopia o rectoscopia y RM.
• Cada 6 meses (años 3 - 5):	Exploración clínica y RM.
• Anual:	Tomografía para evaluar metástasis.

Los protocolos de seguimiento recomendados por los grupos internacionales incluyen: En los primeros dos años realizar cada 3 a 4 meses exploración física, sigmoidoscopia o rectoscopia y resonancia magnética. De los 3 a los 5 años, cada 6 meses se debe realizar la exploración física y resonancia magnética. Y anualmente se debe efectuar tomografía para la detección de metástasis (*Cuadro 1*). Este seguimiento permite identificar recurrencias tempranas susceptibles de rescate quirúrgico exitoso.³

Controversias y limitaciones

Existe una heterogeneidad en cuanto a la definición de respuesta clínica completa (RCC). La variabilidad en criterios radiológicos o endoscópicos genera incertidumbre diagnóstica. La precisión de la RM y de la endoscopia depende de la experiencia del establecimiento de salud.^{17,18}

En cuanto a la recurrencia tumoral (*regrowth*), aunque la mayoría son localizadas y rescatables, se reportan casos tardíos o no recuperables; su verdadera incidencia aún requiere estudios multicéntricos amplios.¹⁹

Por otra parte, no todos los pacientes son candidatos para la estrategia W&W; tumores con afectación extramural extensa, invasión vascular o respuesta parcial no deben ser considerados para esta estrategia.²⁰

No obstante, la estrategia W&W representa un cambio significativo hacia la preservación del órgano en cáncer de recto. La evidencia reciente respalda su seguridad en centros experimentados y con protocolos rigurosos de vigilancia.

Las tasas de sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global se mantienen comparables a la cirugía radical cuando se selecciona adecuadamente a los pacientes y cuando el rescate se realiza a tiempo. A pesar de ello, persiste incertidumbre en cuanto a la duración ideal del seguimiento, la estandarización de los criterios de RCC y la optimización de la terapia neoadyuvante para maximizar respuestas completas.

CONCLUSIONES

La estrategia de “ver y esperar” es una alternativa válida y cada vez más respaldada por la evidencia para pacientes con cáncer de recto que alcanzan RCC tras quimiorradioterapia neoadyuvante. Su implementación requiere equipos multidisciplinarios, experiencia en diagnóstico por imagen, endoscopia avanzada y compromiso del paciente con la vi-

gilancia estricta. Representa una oportunidad para mejorar la calidad de vida sin comprometer la seguridad oncológica.

REFERENCIAS

1. Sauer R, Becker H, Hohenberger W, Rödel C, Wittekind C, *et al.* Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 351(17): 1731-40.
2. Habr-Gama A, Oliva-Perez R, Nadalin W, Sabbaga J, Ribeiro U Jr, Silva e Sousa AH Jr, *et al.* Operative vs. nonoperative treatment for stage 0 distal rectal cancer following chemoradiation therapy. *Ann Surg* 2004; 240(4): 711-8.
3. Van der Valk MJM, Hilling DE, Bastiaannet E, Meershoek-Klein Kranenbarg E, Beets GL, *et al.*, IWW Consortium. 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.
4. Smith JJ, Strombon P, Chow OS, Roxburgh CS, Lynn P, *et al.* Assessment of complete response after neoadjuvant therapy. *J Clin Oncol* 2019; 37(33): 2541-51.
5. Dattani M, Heald RJ, Goussous G, Broadhurst J, São Julião GP, Habr-Gama A, *et al.* Oncological outcomes following watch and wait in rectal cancer: systematic review. *Br J Surg* 2018; 105: 135-43.
6. Williams H, Lee C, Garcia-Aguilar J. Nonoperative management of rectal cancer. *Front Oncol* 2024; 14: 1477510.
7. Llerena-Freire LF, Nevarez-Noboa FR, Ubilla-Coello ME, Llerena-Freire GI. Watch and wait en el carcinoma de recto: resultados oncológicos en el Hospital SOLCA de Guayaquil, Ecuador. *Rev Colomb Cir* 2025; 40(6): 1114-22.
8. Yu G, Lu W, Jiao Z, Qiao J, Ma S, Liu X. A meta-analysis of the watch-and-wait strategy versus total mesorectal excision for rectal cancer exhibiting complete clinical response after neoadjuvant chemoradiotherapy. *World J Surg Oncol* 2021; 19: 305.
9. Bryant CL, Lunniss PJ, Knowles CH, *et al.* Low anterior resection syndrome. *Colorectal Dis* 2012; 14(10): e327-e334.
10. Van der Sande ME, *et al.* Impact of radiotherapy on anorectal function in patients with rectal cancer following a watch and wait programme. *Radiother Oncol* 2019; 132: 79-84.
11. Battersby NJ. United Kingdom Low Anterior Resection Syndrome Study Group. Predicting the risk of bowel-related quality-of-life impairment after restorative resection for rectal cancer: A multicenter cross-sectional study. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 270-80.

12. Habr-Gama A, São Julião GP, Fernandez LM, Vailati BB, Andrade A, Araújo SEA, Gama-Rodrigues J, Perez RO. Achieving a Complete Clinical Response After Neoadjuvant Chemoradiation That Does Not Require Surgical Resection: It May Take Longer Than You Think! *Dis Colon Rectum* 2019; 62(7): 802-8.
13. Beets-Tan RG, Beets GL. MRI for assessing and predicting response to neoadjuvant treatment in rectal cancer. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2014; 11(8): 480-8.
14. Kokaine L, Gardovskis A, Gardovskis J. Evaluation and Predictive Factors of Complete Response in Rectal Cancer after Neoadjuvant Chemoradiation Therapy. *Medicina* 2021; 57(10): 1044.
15. Perez RO, Habr-Gama A, Pereira GV, Lynn PB, Alves PA, Proscurshim I, Rawet V, Gama-Rodrigues J. Role of biopsies in patients with residual rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation after downsizing: can they rule out persisting cancer? *Colorectal Dis* 2012; 14(6): 714-20.
16. Dedemadi G, Wexner SD. Complete response after neoadjuvant therapy in rectal cancer: to operate or not to operate? *Dig Dis* 2012; 30 Suppl 2: 109-17.
17. Hagiwara A, Fujita S, Ohno Y, Aoki S. Variability and Standardization of Quantitative Imaging: Monoparametric to Multiparametric Quantification, Radiomics, and Artificial Intelligence. *Invest Radiol* 2020; 55(9): 601-16.
18. Mullaney TG, Lightner AL, Johnston M, Keck J, Wattchow D. 'Watch and wait' after chemoradiotherapy for rectal cancer. *ANZ J Surg* 2018; 88(9): 836-41.
19. Cotti GC, Pandini RV, Braghiroli OFM, *et al.* Outcomes of Patients With Local Regrowth After Nonoperative Management of Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy. *Dis Colon Rectum* 2022; 65(3): 333-39.
20. Garcia-Aguilar J, Patil S, Gollub MJ, Kim JK, Yuval JB, Thompson HM, *et al.* Organ Preservation in Patients With Rectal Adenocarcinoma Treated With Total Neoadjuvant Therapy. *J Clin Oncol* 2022; 40(23): 2546-56.