Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):733

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-360 - DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA Y PRONÓSTICO ONCOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

M.E. Gómez García, J. Lorenzo Pérez, J.V. García Díez, F.J. Blanco González, C. Redondo Cano, M.J. Enguix Soriano, D. Iborra Cebriá y D. Álvarez Martínez

Hospital de la Ribera, Alzira.

Resumen

El tratamiento estándar para la mayoría de los pacientes con cáncer de recto localmente avanzado (LARC) es la escisión total del mesorrecto (TME) tras quimio-radioterapia neoadyuvante (QRTn) con preservación esfinteriana siempre que sea posible. En nuestra institución, el 65% de los pacientes intervenidos por cáncer de recto en los últimos 10 años se sometieron a cirugía con preservación del esfínteriana. Esta operación implica una morbilidad superior, fundamentalmente en relación al riesgo de dehiscencia anastomótica (DA); tasa que asciende al 26% en algunas series y, cuyo número, gravedad y consecuencias sépticas se han intentado paliar con el empleo de estomas desfuncionalizantes. Además, las DA se han asociado con mayor mortalidad operatoria, mayores tasas de recurrencia locoregional (LR) y global (OR) y menor supervivencia cáncer-específica (CSS) y global (OS). El propósito de este estudio es determinar el impacto pronóstico de las DA en nuestra población con LARC.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos con intención curativa por LARC tras QRTn en nuestro hospital en 2001-2011. Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo), anatómicos/quirúrgicos (distancia tumoral al margen anal, tipo de cirugía, estoma, DA, etc.) y oncológicos. DA se definió como complicación clínica con requerimiento de reintervención quirúrgica y/o manejo por radiología intervencionista/endoscopia. La estimación de LR, supervivencia libre de enfermedad (DFS), CSS y OS se calcularon con el paquete estadísticos SPSS 20.

Resultados: 149 pacientes fueron incluidos en el análisis, con una media de edad de 67 años (75% > 60 años); 69% varones, 31% mujeres. El seguimiento medio fue de 5,7 años. La localización fue: 16 recto superior, 68 medio y 65 inferior. Se realizó anastomosis colorrectal en 68 casos (45,6%), en 31 de ellos con ileostomía de protección asociada, en los que la tasa de dehiscencias fue de 10,3% (7/68). Se constató recaída de enfermedad en 1/7 enfermos con DA y en 11/142 restantes (sin DA + No valorables por realización de colostomía definitiva), siendo dicha recaída de tipo locorregional y existiendo diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo sin dehiscencia (p = 0,006). No se constataron diferencias significativas en cuanto a DFS (p = 0,667), ni CSS (p = 0,392) aunque, sí en supervivencia libre de LR (5 años): 80,1% en el grupo con DA+ frente a 99,2% en DA- (p = 0,002). Tampoco de detectó diferencia significativa en OS (p = 0,418) aunque ésta fue de 69,7% en DA- vs 57,1% en DA+.

Conclusiones: Los resultados de la hipótesis a estudio, no pudieron demostrar una relación significativa entre la DA y un peor pronóstico oncológico, tanto en lo que a DFS, CSS y OS respecta. Las tasas de LR sí fueron significativamente diferentes, pero, unos y otros datos deben examinados con cautela dado que la interacción entre DA y recaída de enfermedad podría estar considerablemente influenciada por la baja potencia estadística, buena parte derivada de las limitaciones del tamaño muestral y sus respectivas incidencias (7DA y 20recaídas en DA+ y DA-). De esta forma, sin poder descartar que su correlación haya sido en nuestra muestra demasiado pequeña para poder ser adecuadamente medida, los datos en cuanto a LR mantiene abierta la veda del impacto pronóstico de las DA en el ámbito locoregional, derivado, presumible/potencialmente de una posible demora terapéutica adyuvante...mucho aún sobre lo que profundizar...y una razón más para la exquisitez en la técnica quirúrgica.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados