



# Cirugía Española

**CIRUGÍA  
ESPAÑOLA**

Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-375 - Estándares de calidad en cirugía rectal: análisis crítico de resultados e impacto de la especialización y evolución de nuestra unidad

M.E. Gómez García, J. Lorenzo Pérez, J.V. García Díez, F.J. Blanco González, L. García Requena, S. Martínez Alacaide, M. Pedrosa Soler y B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera, Alzira.

### Resumen

**Introducción:** El tratamiento de las neoplasias de recto ha cambiado favorablemente en los últimos años gracias a los avances en la técnica quirúrgica, fundamentalmente con la introducción del concepto de exéresis mesorectal total (ETM), y, en los tratamientos adyuvantes con radioterapia/quimioterapia, conllevando un abordaje multidisciplinar optimizado y una mejora en el control de la enfermedad. Paralelamente, se han realizado numerosos estudios con el fin de analizar la calidad de la cirugía del cáncer de recto y los factores que influyen en sus resultados, habiéndose relacionado el volumen anual (por hospital y/o cirujano) con los resultados, así como también el factor cirujano como variable pronóstica independiente, en los resultados de la cirugía del cáncer de recto al considerar: resecciones curativas, morbi/mortalidad operatoria, tasa de amputaciones, recidiva local o supervivencia. En nuestro país, en el 2003, Ortiz et al demarcaron las siguientes pautas: mortalidad operatoria (? 30 días post-operatorios) = 2-3%; dehiscencia anastomótica (DA) = 9-12%; tasas globales de recaída local (LR- 5 años) = 4-9%; 1,5-2,4% tras tratamiento neoadyuvante. Sin embargo, actualmente, los últimos datos derivados del proyecto multicéntrico nacional VIKINGO, coordinado también por el Dr. Ortiz, acotan dichos resultados a un 6% de DA, un 3% de LR, 10% Recidiva sistémica (SR) y 1% de LR + SR. Desde la motivación inculcada por el mencionado proyecto de auditoría/docente, el objetivo de este estudio ha sido realizar un análisis crítico de nuestros resultados y nuestra evolución, comparándolos con los estándares nacionales y, desde la perspectiva diferencial de la especialización en cirugía colorrectal (CCR) y la influencia de la implementación progresiva.

**Métodos:** Se recopilaron y analizaron los datos demográficos, anatomopatológicos y oncológicos de los pacientes tratados por cáncer de recto localmente avanzado (LARC) entre 2001-2011, evaluándolos comparativamente con los descritos en la literatura.

**Resultados:** De 149 pacientes intervenidos con intención curativa, 51 (34,2%) fueron amputaciones abdomino-perineales (AAP) y 98 (65,8%) resecciones anteriores (RAR). Se realizó anastomosis en 68 casos (69,4%), 31 (45,6%) con ileostomía de protección. La tasa global de complicaciones fue de 26,4% y de dehiscencias de 10,3% (7/68). De las 7 dehiscencias anastomóticas (DA), 4 correspondían a cirujanos con experiencia específica CCR 5 años y 3 con dedicación CCR ? 5 años; representando unas tasas de 8,7% vs 13,6%, respectivamente ( $p = 0,268$ ). Se constató recaída de enfermedad en 47/149 casos (31,6%), siendo RL en 12/149 (8,1%). La RL fue del 8,6% vs 7,1% en los grupos de experiencia 5 vs ? 5 años ( $p = 0,765$ ). Considerando el factor período de años (2001-2006 vs 2007-2011), las tasas de supervivencia libre de enfermedad (DFS) y cáncer-específica (CSS) fueron 63,6% vs 72% y 74,6% vs 89% respectivamente (DFS $p = 0,003$ /CSS $p = 0,082$ ). Las tasas de supervivencia global (OS) fueron: 52,2% vs 81,7% ( $p = 0,487$ ) en los

períodos 2001-2006 vs 2007-2011.

**Conclusiones:** Los valores obtenidos en nuestra unidad, se encuentran dentro de los rangos descritos por los grupos de referencia en lo que a morbilidad postoperatoria respecta, relativamente por encima en cuanto a dehiscencias; superan sin embargo, excesivamente, las tasas de RLR deseables, sin que se hayan podido constatar peores resultados oncológicos o quirúrgicos en los pacientes intervenidos por cirujanos con menor tiempo de dedicación específica a CCR. De cualquier modo, si se ha conseguido una implementación por período de años en todos los parámetros pronósticos, que ha sido significativa en cuanto a recaída de enfermedad (DFS).