



O-328 - LA IMPORTANCIA DEL FACTOR CIRUJANO INDIVIDUAL EN EL RIESGO DE FUGA ANASTOMÓTICA TRAS RESECCIÓN DEL COLON POR CÁNCER: RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO MONOCÉNTRICO DE 1.319 PACIENTES

G. Báguena Requena¹, F. Marinello¹, M. Frasson¹, B. Flor Lorente¹, A. Espí Macías², P. Esclapez Valero¹, A. Cervantes Ruipérez² y E. García-Granero Ximénez¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: Determinar los factores independientes de riesgo fuga anastomótica (FA) tras resección de colon por cáncer.

Métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva del Grupo Multidisciplinar del Cáncer Colorrectal de una Unidad especializada. Fueron incluidos en el estudio los pacientes intervenidos de forma electiva o urgente de cáncer de colon primario en los que se llevó a cabo una resección intención local curativa entre enero 1993 a diciembre de 2010. Fueron excluidos los pacientes en los cuales se realizó un estoma. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos del paciente, preoperatorios, quirúrgicos, anatomopatológicos. Como variable dependiente se consideró la fuga anastomótica (FA), definida como la salida de contenido intestinal a través de la anastomosis (FA menor si son detectadas radiológicamente pero no precisan gestos agresivos y FA mayor si precisan reintervención o drenaje percutáneo). Se realizó un análisis estadístico univariante (chi-cuadrado) para estudiar la asociación entre las diferentes variables y la FA. Las variables que resultaron tener una p 0,10 en el análisis univariante fueron introducidas en un modelo multivariante de regresión logística para determinar los factores independientes de riesgo por FA.

Resultados: Se incluyeron 1.319 pacientes (52,3% varones). La edad media fue $69,3 \pm 11$ años. El 55,1% de los pacientes presentaban un ASA I-II y el 44,9 un ASA III-IV. El 37,3% de las neoplasias estaban localizadas en colon derecho, el 55,1% en colon izquierdo y el 7,6% en colon transversal. El 16,1% de los pacientes debutaron con una neoplasia en obstrucción y el 5,5% con perforación. La mayoría de los pacientes se sometió a cirugía electiva (80,4%) y se realizó resección extendida en el 12,7%. El 84,1% de las intervenciones fueron realizadas por cirujanos de la unidad colorrectal. El 8% de los pacientes desarrolló una fuga anastomótica, de ellas el 83,7% mayor y el 16,3% menor. En el análisis univariante, las variables asociadas con la FA fueron: edad mayor de 70 años, ASA III-IV, el CEA > 5, la obstrucción, perforación, cirugía de urgencia, la transfusión perioperatoria, el tipo de anastomosis (presentando mayor tasa de FA las anastomosis ileorectales) y el cirujano individual. No se encontró diferencia estadística al comparar las cirugías realizadas por especialistas en cirugía colorrectal y cirujanos generales. En el análisis multivariante, las variables de riesgo independientes para FA fueron el cirujano a nivel individual ($p = 0,001$; hasta un OR 5,13 (IC95% 1,32-19,98)) y la transfusión perioperatoria ($p 0,01$; OR 2,71 (IC95% 1,62-4,53)).

Conclusiones: El cirujano a nivel individual junto con la transfusión perioperatoria son factores de riesgo independientes de fuga anastomótica tras la cirugía del cáncer de colon con intención local curativa.