



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-125 - FACTORES DE RIESGO DE MARGEN AFECTO (MA) Y SU INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA (SPV) Y EL INTERVALO LIBRE DE RECIDIVA HEPÁTICA (ILRH) EN PACIENTES RESECADOS POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL (MHCCR)

A. Tarifa Castilla, P. Sánchez Acedo, C. Zazpe Ripa, A. Viudez Berral, J. Herrera Cabezón y J.M. Lera Tricas

Hospital de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: En la cirugía de las MHCCR el concepto del margen de resección ha ido evolucionando en últimos años. Inicialmente se hablaba de la necesidad de un obtener márgenes superiores al centímetro. Actualmente la amplitud de ese margen se ha ido reduciendo. Incluso hay autores que dan por buena la resección completa de la lesión, sin margen, en determinadas situaciones.

Objetivos: Estudiar la tasa de MA según los criterios actuales, en nuestro centro. Conocer los factores quirúrgicos que se relacionan con la obtención de un MA. Realizar un análisis uni y multivariante de la influencia del MA y otros factores de riesgo sobre el ILRH y sobre la SPV.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo observacional. Consideramos MA la presencia de tumor a menos de un milímetro del borde de resección. En primer lugar incluimos 124 resecciones hepáticas de MHCCR, realizadas de forma consecutiva, entre enero de 2006 y diciembre de 2011. Analizamos la influencia sobre la incidencia de MA de los siguientes factores operatorios: 1ª, 2ª o 3ª hepatectomía, cirugía laparoscópica, tipo de resección, número y tamaño de las metástasis, transfusión peri operatoria y la quimioterapia neoadyuvante. En segundo lugar, estudiamos 100 pacientes (71 H-29 M), incluyendo sólo primeras hepatectomías, con intención curativa. Estudiamos la influencia del MA sobre ILRH y SPV, teniendo en cuenta las siguientes variables: N + en el primario, sincrónicas, bilobares, CEA, número y tamaño de las lesiones, resección mayor, uso de radiofrecuencia, enfermedad extrahepática resecable y quimioterapia peri operatoria. Usamos la chi-cuadrado (test exacto de Fisher para valores esperados < 5), el método de Kaplan-Meier para el análisis de la supervivencia, el log-rank para la comparación de probabilidad de supervivencia y el análisis de Cox para el multivariable.

Resultados: Detectamos 28 MA (22.5%). El MA se relaciona de forma significativa con la quimioterapia neoadyuvante ($p < 0,005$), con el tipo de resección ($p = 0,009$) y con el nº de lesiones ($p = 0,049$). La mediana de seguimiento de los 100 pacientes es de 31 meses. La media para el ILRH es de 54,7 meses (46,7-61,7) y para la SPV de 61,5 (54,7-68,4). No se estiman las medianas por falta de eventos. Ninguno de los factores estudiados influye significativamente en el ILRH, aunque la quimioterapia tiende a la significación en el multivariante ($p = 0,06$). Respecto a la SPV, el MA obtiene significación en el análisis por univariante ($p = 0,007$), pero la pierde el multivariante, donde las únicas que se comportan como factores de riesgo independiente, son el tamaño ($p < 0,005$) y el nº de lesiones ($p < 0,005$).

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia, el MA se relaciona con otros datos operatorios como el nº de lesiones, el tipo de resección y la quimioterapia neoadyuvante. 2. Cuando se realiza una extirpación completa de MHCCR, la presencia de un MA no empeora de forma significativa la SPV. 4. De acuerdo con estos resultados, en la planificación quirúrgica se debe buscar la resección completa de la MHCCR, sin que la posibilidad de MA suponga una contraindicación.