



P-231 - FACTORES IMPLICADOS EN LA LOCALIZACIÓN DE LA RECURRENCIA TUMORAL EN EL CÁNCER DE COLON

V.J. Ovejero Gómez, M.V. Bermúdez García, I. Berrio Obregón, F. Gil Piedra, P. Colsa Gutiérrez, A. Gutiérrez Ruiz y A. Ingelmo Setién

Hospital Sierrallana, Torrelavega.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal representa el segundo tumor maligno y la causa más frecuente de muerte oncológica en países desarrollados, asentando en el colon dos tercios de estos tumores. Se han implicado factores de diversa índole en la recurrencia oncológica pero con escasa determinación sobre el lugar de la misma. Su conocimiento podría facilitar la elaboración de estrategias terapéuticas más selectivas. El objetivo de este estudio es dilucidar algunos factores de riesgo recurrencial y su asociación con la localización de la recidiva en el cáncer de colon.

Métodos: Estudio retrospectivo preliminar de 181 pacientes con cáncer de colon (excluyendo estadio IV), predilección masculina (56'9%), localización distal (58%) y edad media de $69 \pm 10,3$ años operados en nuestro hospital con intención curativa entre enero de 2000 y diciembre de 2006. Al diagnóstico, se constató elevación patológica del CEA en el 22,1% precisando una intervención urgente el 11,6%, fundamentalmente por obstrucción. Los pacientes fueron clasificados por su histopatología en estadio I (9,9%), II (53,6%) y III (36,5%). Se documentaron un 39,2% de complicaciones médico-quirúrgicas postoperatorias de las cuales el 56,3% fueron de carácter infeccioso. La reintervención se produjo en el 7,2% de pacientes y la causa más frecuente fue una dehiscencia anastomótica (5,5%). Hemos analizado el peso específico de variables epidemiológicas, clínicas, histopatológicas y quirúrgicas para establecer el riesgo recurrencial y su relación con la localización de la recidiva.

Resultados: Se produjo recidiva tumoral en el 40,9% de pacientes. La tasa de recidiva y supervivencia media a los 5 años fue del 15,5 y 62,2% en el estadio II y del 24,9 y 41,6% en el estadio III, respectivamente. La cirugía urgente, el estadio III con infiltración pT₄ y la infiltración vascular/perineural resultaron significativos ($p < 0,05$) en el estudio univariante para todas las formas de recurrencia. Específicamente, las complicaciones postoperatorias, especialmente infecciosas, la reintervención y un número inferior a 11 adenopatías aisladas se relacionaron con una recidiva local ($p < 0,05$). En cambio, la cirugía urgente y un CEA > 7 ng/ml resultaron más significativos ($p < 0,05$) en la recidiva a distancia. El estudio multivariante definió como riesgo específico de recidiva local las complicaciones infecciosas intrabdominales y a distancia la cirugía urgente con CEA > 7 ng/ml, con valor estadístico. Los pacientes con infiltración vascular/perineural y las complicaciones infecciosas postquirúrgicas se asociaron a una recidiva precoz.

Conclusiones: Parece existir un mayor riesgo global de recurrencia en pacientes con estadio III, cuanto mayor es el grado de infiltración parietal, y en presencia de permeación vascular o infiltración perineural; pero con mayor afinidad por una recidiva local en presencia de infecciones intrabdominales postoperatorias y a

distancia cuando presentan un CEA elevado al diagnóstico y precisan una intervención quirúrgica urgente. La anemia al diagnóstico, la localización, el tamaño y el grado de diferenciación tumoral no guardan relación significativa con la evolución oncológica de este cáncer. El conocimiento de estos factores de riesgo específico podría contribuir a un seguimiento más dirigido según el riesgo de recidiva y localización más probable de la misma.