



O-203 - LA FUTILIDAD EN EL CÁNCER DE COLON. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Hernández Bermejo, David; Rubio García, Juan Jesús; Blasco Segura, Teresa; Mauri Barberá, Francisco; Paredes Segura, Adrián; García Sirera, Javier; Romero Simó, Manuel; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: La cirugía oncológica ha sido históricamente un pilar fundamental en el tratamiento del cáncer. Sin embargo, en ciertos pacientes, la intervención quirúrgica no supone beneficio en la supervivencia o calidad de vida, incluso causa un impacto psicológico negativo en paciente y familiares. La identificación de estos casos es crucial para evitar tratamientos innecesarios, optimizar recursos y respetar los principios éticos de autonomía del paciente. Así surge el concepto de futilidad quirúrgica, definido como aquella cirugía que no beneficia al paciente, incluyendo cirugías programadas que no hayan podido ser realizadas por hallazgos intraoperatorios inesperados, cirugías con complicaciones mayores (CM) posoperatorias que causen la muerte del paciente y recurrencia de la enfermedad temprana con supervivencia reducida. Presentamos la determinación de la futilidad quirúrgica en cáncer de colon en un hospital terciario, no definida previamente en la literatura internacional.

Objetivos: Definir y analizar la cirugía fútil en las intervenciones quirúrgicas programadas de carcinoma de colon.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio: 2012-2018. Criterios de inclusión: todos los pacientes sometidos a una cirugía de resección de colon. Criterios de exclusión: cirugía no oncológica, cirugía urgente, enfermedad metastásica presente en el momento de la cirugía, histología no adenocarcinoma. Hemos registrado las características muestrales y las variables pre, intra y posoperatorias, así como su seguimiento oncológico mínimo de 5 años o hasta el fallecimiento.

Resultados: Definimos futilidad en cirugía por carcinoma de colon como aquellos pacientes con cirugías programadas que no hayan podido ser realizadas por hallazgos intraoperatorios inesperados conduciendo a resecciones incompletas (R1), cirugías con mortalidad en los primeros 30 días por CM, mortalidad el primer año relacionada con el tumor o la cirugía; y cirugías con una recurrencia temprana de la enfermedad durante el primer año (supervivencia libre de enfermedad menor a 1 año). Estudiamos 598 pacientes. Varones: 59%, edad: 70 años (RIQ 62-78). ASA I-II: 57,2%. Localización más frecuente del tumor: colon derecho (43,1%) y sigma (37,3%). La tasa de cirugía fútil fue 16,9% (101 pacientes). Causas: resecciones R1: 2,7% (16 pacientes); mortalidad 30 días por CM: 5% (30 pacientes); mortalidad el primer año relacionada con el tumor o la cirugía: 2% (12

pacientes); cirugías con recurrencia temprana de la enfermedad durante el primer año: 15,2% (91 pacientes). La estancia mediana fue 7 días (RIQ 5-11). El índice de complicaciones fue del 31,6%, siendo CM el 25,3% (151 pacientes). Supervivencia global y libre de enfermedad 78,8% y 70,4% a 3 años; y 69,9% y 64,4% a 5 años. Se compararon el grupo de pacientes que presentaron una cirugía fútil vs. no fútil, encontrando diferencias en edad media (73 vs. 68,4; $p < 0,000$), ASA alto (III/IV) (59,8 vs. 39,1%; $p < 0,000$) y estadio T avanzados (T3/T4) (74,4 vs. 62,5%; $p = 0,011$).

Conclusiones: Se trata del primer estudio que define y analiza la futilidad quirúrgica en el cáncer de colon. Hemos comprobado una tasa de cirugía fútil significativa del 16,9%, tratándose de un indicador relevante, que precisa de un consenso para estandarizar su definición. Este concepto, que integra diferentes factores asociados con la ineficacia quirúrgica, tiene mucha relevancia como medida de utilidad quirúrgica y beneficio para el paciente.