



# Cirugía Española



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

## O-026 - INFLUENCIA DEL KRAS EN LA CIRUGÍA DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

Carrión Álvarez, Lucía<sup>1</sup>; Rihuete Caro, Cristina<sup>1</sup>; Martínez-Piñero Muñoz, Juan Antonio<sup>1</sup>; Iturbe González, Mar<sup>1</sup>; Naranjo Checa, Carolina<sup>1</sup>; Cruzado Ronda, Diego<sup>1</sup>; Cifuentes García, Irene<sup>2</sup>; Pereira Pérez, Fernando<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Fuenlabrada, Madrid; <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** Más de la mitad de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) desarrollan metástasis hepáticas (MH) a lo largo de su evolución. El gen KRAS se encuentra mutado en aproximadamente el 50-60% de estos pacientes, lo cual parece asociarse a una menor supervivencia. Los objetivos del estudio son la identificación de los factores pronósticos y los criterios de resecabilidad en relación con el gen KRAS.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de 100 pacientes consecutivos con CCR y MH intervenidos en nuestro centro entre los años 2008 y 2015. Se estudiaron diferentes variables en función del grado de mutación del KRAS.

**Resultados:** La mediana de edad de los pacientes fue de 62,2 años (RIC 10,9), siendo un 67% varones. El tumor primario se localizó mayoritariamente en el colon izquierdo (48%). El 77,5% de los pacientes tenían afectación ganglionar, con una tasa de mutación del KRAS del 45,5%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ES) según el estado mutacional del KRAS en cuanto a la localización o el estadio del tumor primario, ni tampoco en relación con la localización, tamaño o número de las MH, la extensión de la hepatectomía o la incidencia de complicaciones postoperatorias. Los pacientes con KRAS mutado presentaron una mayor tasa de afectación microscópica del margen de resección hepático (60%) respecto al grupo de KRAS nativo (31%,  $p = 0,003$ ), sin que hubiera diferencias en cuanto al tipo de resección hepática llevada a cabo. En los pacientes con resecciones combinadas (anatómicas con no anatómicas,  $n = 27$ ), la tasa de R1 fue muy superior (88,9%) en los pacientes KRAS mutado respecto a los KRAS nativo (25%),  $p = 0,013$ . El 84% de los pacientes con KRAS mutado presentaron recidiva de su enfermedad, frente al 60% de los pacientes KRAS nativo ( $p > 0,05$ ). La recidiva a nivel extrahepática fue más frecuente en el grupo de KRAS mutado (72%), mientras que el grupo de KRAS nativo presentó con más frecuencia recidiva hepática (84%),  $p = 0,0019$ . La tasa de afectación del margen de resección (R1) fue claramente más alta en los pacientes con un índice ganglionar (IG)  $> 0,4$  (72,7%), respecto a los pacientes con IG  $\leq 0,4$  (37,3%) ( $p = 0,028$ ). No se encontraron diferencias ES en relación a las complicaciones postoperatorias, enfermedad extrahepática o presencia de recidiva, que presentaron valores más altos en los pacientes con IG  $> 0,4$ .

**Conclusiones:** Los pacientes con KRAS mutado presentaron una mayor tasa de afectación microscópica del margen de resección hepática respecto al grupo de KRAS nativo. La recidiva extrahepática fue más frecuente en el grupo de KRAS mutado. Los pacientes con KRAS mutado presentan una menor supervivencia global y

tienen una tasa de afectación del margen hepático muy superior. Por ello, en estos pacientes se debería plantear la modificación del protocolo de tratamiento quirúrgico, valorando la necesidad de añadir pruebas que confirmen la radicalidad microscópica y la fiabilidad de la resección quirúrgica.