



O-184 - TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA TRAS LA RESECCIÓN CURATIVA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

Rihuete Caro, Cristina¹; Carrión Álvarez, Lucía¹; Martínez-Piñeiro Muñoz, Juan Antonio¹; Iturbe González, Mar¹; Naranjo Checa, Carolina¹; Cruzado Ronda, Diego¹; Moreno García, Natalia²; Pereira Pérez, Fernando¹

¹Hospital de Fuenlabrada, Madrid; ²Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La recurrencia de la enfermedad tras la resección curativa de las metástasis hepáticas (MH) de cáncer colorrectal (CCR), ya sea a nivel del remanente hepático o en otras localizaciones, ocurre en alrededor del 60% de los pacientes. Los pacientes en los que se puede llevar a cabo la resección de la recidiva obtienen un beneficio en la supervivencia. El objetivo de este estudio es analizar el tratamiento de los pacientes con recidiva de la enfermedad metastásica de origen colorrectal tratados en nuestro centro.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de 100 pacientes consecutivos intervenidos por CCR y MH entre los años 2008 y 2015. Presentaban todos ellos MH sincrónicas (n = 79) o metacrónicas (n = 21). Se analizaron variables de: datos demográficos, tumor primario, metástasis hepáticas, quimioterapia, enfermedad extrahepática (EH), recidiva y supervivencia.

Resultados: Sesenta y seis pacientes presentaron algún tipo de recidiva: 45 tuvieron recidiva hepática (única = 30 pacientes, asociada a enfermedad EH = 15 pacientes) y los 21 restantes tuvieron recidiva exclusivamente EH. Los pacientes que presentaron recidiva EH fueron con más frecuencia KRAS mutado (p = 0,048). El desarrollo de recidiva fue más frecuente en pacientes: con afectación ganglionar (N+) del tumor primario (p = 0,013), presentación sincrónica de sus MH (p = 0,002), distribución bilateral de las mismas (p = 0,001), aquellos considerados inicialmente irresecables (p = 0,004), que precisaron una hepatectomía mayor (p = 0,025) y empleo de RF intraoperatoria (p = 0,005). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al margen de resección ni en relación con las complicaciones postoperatorias. El desarrollo de recidiva, ya fuera hepática o extrahepática, supuso una peor supervivencia (88,2% a 5 años en pacientes sin recidiva vs 21,4% en pacientes con recidiva, p = 0,000). La probabilidad de que la recidiva pudiera ser resecada dependió de la localización de la misma. El 57% de los pacientes con recidiva exclusivamente hepática pudieron ser sometidos a una re-hepatectomía, mientras que los pacientes con recidiva EH, ya fuera sincrónica con la recidiva hepática o de localización exclusivamente EH, solo pudieron ser sometidos a cirugía con intención curativa en el 20% de los casos. En los pacientes en los que se pudo llevar a cabo una cirugía resectiva de la recidiva la supervivencia global fue superior (mediana 58 meses) que en los que no llegaron a operarse (mediana 25 meses), con una probabilidad de supervivencia a 5 años del 40% en los pacientes operados, frente al 10,6% en los no operados (p = 0,000).

Conclusiones: La recidiva tras la resección curativa de las MH de CCR es frecuente, sobre todo en pacientes con afectación ganglionar del tumor primario, metástasis hepáticas sincrónicas y de distribución bilateral, lo cual traduce una mayor complejidad oncológica y técnica en estos pacientes. La probabilidad de resección de

la recidiva depende de la localización de la misma. La cirugía con intención curativa en estos pacientes aporta un beneficio en la supervivencia, por lo que ésta debe llevarse a cabo siempre que sea factible.