CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):9

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-084 - CÁNCER DE RECTO NO TRIBUTARIO DE ANASTOMOSIS PRIMARIA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA INTERVENCIÓN DE HARTMANN ULTRABAJO Y LA AMPUTACIÓN ABDOMINO-PERINEAL

Fernández Moreno, María Carmen; Mora Oliver, Isabel; Moro Valdezate, David; Martín Arévalo, José; León Espinoza, Carlos; Pla Martí, Vicente; García Botello, Stephanie; Espí Macías, Alejandro

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: Determinar los resultados postoperatorios y oncológicos del cáncer de recto no tributario de anastomosis en función de la cirugía realizada: intervención de Hartmann ultrabajo (IHUB) o amputación abdomino-perineal (AAP).

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes con diagnóstico de cáncer de recto no tributarios de anastomosis primaria a los que se les realizó IHUB o AP desde enero-2000 hasta diciembre-2017. Las variables de estudio han sido cualitativas (sexo, ASA, vía de abordaje, estadio tumoral) y cuantitativas (edad, índice de Charlson, tiempo operatorio, días de ingreso) tiempo de supervivencia global (SGLOBAL) y libre de enfermedad (SLE). Las variables resultado han sido: complicaciones postoperatorias según la clasificación de Clavien-Dindo, necesidad de reintervención postoperatoria, recidiva tumoral y muerte por progresión de enfermedad. Realizamos inicialmente una estadística descriptiva de la serie. Posteriormente se realizó un emparejamiento de casos (1:1) mediante un índice de propensión. Utilizamos la regresión logística como algoritmo de estimación y como algoritmo de emparejamiento el de tipo vecino más cercano. El calibre utilizado fue 0,2. La supervivencia se calculó mediante la realización de curvas de Kaplan-Meier con test log-rank.

Resultados: Se seleccionaron 252 pacientes, de los cuales 66 se sometieron a una IHUB. Los motivos de la IHUB fueron aproximadamente de un 55% por enfermedad avanzada, comorbilidad elevada en un 72% y riesgo de incontinencia fecal postoperatoria en el 55%. Encontramos diferencias entre las dos técnicas en edad ($p < 0,001$), índice de Charlson ($p < 0,001$), ASA ($p < 0,001$), tiempo operatorio ($p < 0,001$), vía de abordaje laparoscópica ($p < 0,001$), necesidad de reintervenciones ($p = 0,053$), absceso pélvico postoperatorio ($p = 0,012$), complicaciones médicas postoperatorias ($p < 0,001$) y muerte en el postoperatorio ($p < 0,001$). No encontramos diferencias en la SLE ($p = 0,258$) aunque sí en la SGLOBAL ($p = 0,011$). Realizamos el emparejamiento de casos teniendo en cuenta todas las variables de estudio en las que se apreciaron diferencias y obtuvimos dos grupos de 46 pacientes cada uno completamente comparables. Al volver a analizar la muestra, únicamente encontramos diferencias en la aparición de complicaciones graves (Clavien-Dindo > 2) ($p = 0,012$; odds ratio: 1,803; intervalo de confianza 95%: 1,255-2,590). No objetivamos diferencias significativas en la SLE ($p = 0,844$) ni en la SGLOBAL ($p = 0,656$).

Conclusiones: La IHUB tiene mayor riesgo de complicaciones graves que la AAP, aunque no apreciamos diferencias en cuanto a la aparición de abscesos pélvicos postoperatorios o muerte postoperatoria. Sin embargo, sus resultados oncológicos en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad y global son similares.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados