



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-295 - TEXTBOOK OUTCOME EN CIRUGÍA INVERSA (PROYECTO RENACI)

Villodre Tudela, Celia¹; Miota de Llamas, José P²; Rotellar Sastre, Fernando³; Sánchez Cabús, Santiago⁴; Carbonell, Silvia¹; Sánchez Pérez, Belinda⁵; Ramia, José Manuel¹; Serradilla En Representación de Grupo Renaci, Mario⁶

¹Hospital General Universitario, Alicante; ²Hospital General Universitario de Albacete, Albacete; ³Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; ⁵Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ⁶Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: En 2006, se describió la cirugía inversa (CI), estrategia terapéutica para pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y metástasis hepáticas (MH) sincrónicas inicialmente irresecables consistente en realizar quimioterapia, resección de MH, quimio/radioterapia y extirpación del tumor primario. En 2013, Kolfshoten describe una herramienta de gestión denominada *textbook outcome* (TO), consistente en integrar en un dato varias medidas asistenciales: no complicaciones posoperatorias graves, no prolongación estancia hospitalaria (EH), no mortalidad y no reingresos. Para obtener un TO deben cumplirse todos los parámetros. Se han propuesto TO específicos por procedimientos, pero no hay TO para CI. Presentamos la medición del TO del Registro Nacional de Cirugía Inversa y los factores influyentes en su consecución, proponiendo un TO para CI (TO-CI).

Métodos. Estudio prospectivo observacional de pacientes con CCR y MH sincrónicas en hospitales españoles del 1/6/19 a 31/8/20, incluyendo pacientes > 18 años, ASA I-III, con CCR + MH seleccionados para CI. Se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas, serológicas, quirúrgicas e histológicas. Se determinó TO clásico y TO-CI que incluye además R0, transfusión perioperatoria y tratamiento completo hígado-colon.

Resultados. Se intervinieron 149 pacientes, con una edad media de 61 años (52-68). 66,7% fueron varones, 51% ASA I. La localización del primario más prevalente fue recto (48,3%). La mediana de metástasis resecadas fue 3 y el tamaño de la mayor 30 mm. El 47,7% presentaban afectación de > 4 segmentos. Se realizaron un 40,3% de hepatectomías mayores y un 59,7% menores. En 64,4% de los casos el abordaje fue abierto. Se realizó cirugía en dos tiempos (TS) en 19 pacientes (12,8%). Tiempos: quirúrgico: 240 minutos; clampaje: 30 minutos. Sangrado intraoperatorio: 200 ml. Estancia media: 6 días (4-9). Tuvieron complicaciones mayores (Clavien> II) 17 pacientes (11,4%). La mortalidad (90 días) fue: 0,7%. El TO clásico fue 71,8% y el TO específico 46,3%. TO clásico: comparando el grupo TO (71,8%) vs. no-TO (28,2%). No hubo diferencias significativas en consecución del TO por edad y género. Si hubo en número de metástasis, segmentos afectos, ciclos de quimioterapia y tipo de procedimiento (más TO en hepatectomías menores y abordaje laparoscópico). Los pacientes con cirugía TS tuvieron menor porcentaje de TO. El sangrado fue mayor en el grupo no-TO. En la regresión multivariante solo la realización de embolización portal previa influye negativamente para obtener TO. TO-CI: comparando los grupos TO-CI (46,3%) vs. no-TO-CI (53,7%). No diferencias significativas por edad y género, sí en número de metástasis, tamaño de la lesión mayor, segmentos afectos, ciclos de quimioterapia y tipo de procedimiento (más TO-CI en hepatectomías menores y abordaje laparoscópico). Si embolización portal previa menor TO-CI. El sangrado, tiempo quirúrgico y clampaje fueron menores en el grupo TO-CI. La regresión multivariante mostró

significación estadística en: número de metástasis, siendo inversamente proporcional a la obtención del TO-CI y sangrado.

Conclusiones: El TO clásico obtenido es muy alto para la cirugía CI (71,3%). El TO-CI desciende al 46% pero creemos que incluye tres parámetros muy importantes: transfusión, RO y completar tratamiento. Las pérdidas sanguíneas y el número de metástasis se relacionan con la obtención de TO-CI.