



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-250 - ¿EXISTE RETRASO EN EL INICIO DE LA QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN LOS PACIENTES CON CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN E HIPEC?

Pineño Flores, Cristina; Segura Sampedro, Juan José; Rodríguez Pino, Jose Carlos; Soldevila Verdeguer, Carla; González Argenté, Francesc Xavier; Morales Soriano, Rafael

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La cirugía de citoreducción completa \pm HIPEC seguida del tratamiento sistémico con quimioterapia adyuvante es hoy en día el tratamiento de elección en los pacientes con carcinomatosis peritoneal que cumplen criterios de resecabilidad y índice de carcinomatosis peritoneal bajo (ICP). Aunque sigue en duda cuántos de estos pacientes inician el tratamiento adyuvante y si hay un retraso en el inicio del mismo, y si el retraso de la quimioterapia tiene un impacto en la supervivencia de estos pacientes.

Objetivos: El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar si existe un retraso en el inicio de la quimioterapia adyuvante tras una cirugía de citoreducción completa + HIPEC (CCR + HIPEC), comparándolo con un grupo de pacientes con carcinomatosis peritoneal en el que solo se realizó citoreducción (CCR).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos prospectiva en el que se incluyeron todos sometidos a una cirugía de citoreducción completa con o sin HIPEC. Se excluyeron los pacientes en los que no se pudo recuperar la información sobre el tratamiento con quimioterapia adyuvante, menores de 18 años, los pacientes en los que no se consiguió una citoreducción completa, *exitus* posoperatorios (Clavien-Dindo V), EPIC y pacientes en los que se realizó una segunda citoreducción más HIPEC tras una nueva recidiva peritoneal.

Resultados: Se incluyeron un total de 126 pacientes, 99 en el grupo de CCR+ HIPEC y 27 en el de CCR. En ambos grupos el origen del tumor primario más frecuente el carcinoma seroso de ovario de alto grado (CCR + HIPEC: 42,4 vs. CCR: 55,6%), seguido del cáncer de origen colorrectal (CCR + HIPEC:40,4% vs. CCR: 29,6%) (p 0,079). Se inició el tratamiento sistémico con quimioterapia adyuvante en el 65,7% (65) de los pacientes con CCR + HIPEC, sin observarse diferencias significativas respecto al grupo de solo CCR (70%). El inicio de la quimioterapia fue entorno a la semana 8 en los pacientes en los que se realizó CCR + HIPEC y en la semana 6 en el grupo sin HIPEC. El 17,2% de los pacientes con CCR + HIPEC se produjo un retraso en el inicio de la QT adyuvante frente al 7,4% en el grupo de solo cirugía, aunque no se observaron diferencias significativas (p 0,376). La única causa en el grupo sin HIPEC fueron las complicaciones posoperatorias; y en el grupo con HIPEC fueron: complicación posoperatoria, petición del paciente, retraso en la consulta de oncología, ECOG 3 (1), y comorbilidad preoperatoria. Al aplicar las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y el *log-rank* test, no se evidenciaron diferencias significativas supervivencia global (SG) y en la supervivencia libre de enfermedad (SLE).

Conclusiones: En nuestro estudio no se evidenciaron diferencias significativas entre el grupo de citoreducción +HIPEC y el grupo solo citoreducción ni en el inicio de la quimioterapia sistémica ni en el retraso de la quimioterapia sistémica; sin observarse diferencias significativas en la SG ni en la SLE. Aunque nuestros resultados coinciden con otros estudios observacionales publicados, son necesarios estudios bien diseñados sobre el uso de la quimioterapia perioperatoria y el tiempo de inicio del tratamiento sistémico en los pacientes con carcinomatosis peritoneal.