



O-042 - ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA DE CÁNCER DE COLON ASCENDENTE: HACIA ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PERSONALIZADAS

Sánchez Rodríguez, María¹; Pastor, Carlos²; Marcos Cortés, Lucía¹; Monge Brandi, Laura¹; Dujovne Lindenbaum, Paula¹; Arredondo, Jorge³; Jiménez Gómez, Luis Miguel¹; Tejedor, Patricia¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ²Clínica Universidad de Navarra, Madrid; ³Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: El cáncer de colon ascendente (CCA) tiene un pronóstico más desfavorable en comparación con otros cánceres de colon, lo que exige nuevas estrategias para mejorar los resultados, como la neoadyuvancia y la linfadenectomía ampliada. Sin embargo, no existen claras recomendaciones al respecto y los criterios clinicopatológicos de los pacientes candidatos a recibirlas aún están por esclarecer. El objetivo principal de este estudio es identificar factores de riesgo (FR) de recidiva local (RL) y recidiva a distancia (RD) para personalizar el manejo perioperatorio de cada paciente. También se evaluaron las tasas de supervivencia global (OS) y supervivencia libre de enfermedad (DFS).

Métodos: Estudio multicéntrico y retrospectivo sobre pacientes con CCA intervenidos en el Hospital Gregorio Marañón y la Clínica Universidad de Navarra entre enero 2009-diciembre 2020. Se excluyeron pacientes con metástasis al diagnóstico, tumores colorrectales sincrónicos o metacrónicos 5 años, antecedentes de neoplasias no colorrectales, intervenciones de urgencia o resecciones multiviscerales. Se recogieron datos clínicos, demográficos y oncológicos. Los análisis comparativos se realizaron entre los grupos con y sin RL (RL/nRL) y RD (RD/nRD). Se llevaron a cabo análisis de supervivencia para calcular las tasas de OS y DFS globales y por estadios.

Resultados: Se incluyeron 312 pacientes: 58% hombres y 42% mujeres, con mediana de edad de 71,5 años. El 96% se sometió a hemicolectomía derecha y el 3,8% extendida; el 87% fue laparoscópica y el 13% abierta. La tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo > 3) fue del 7,4%. En el análisis anatómopatológico, el 59% fue clasificado como T3/T4, el 27% pN1/pN2 y el 28% como estadio III. Con una mediana de seguimiento de 61 (43,8, 81,2) meses, se observó una tasa de RL del 2,5% y RD del 14,7%. La tasa de mortalidad cáncer-específica fue del 8%. Comparando RL vs. nRL, el estadio III mostró diferencias significativas (62,5 vs. 27%, p = 0,041). No se encontraron diferencias significativas, aunque sí clínicamente relevantes en cuanto a pN1/pN2 (57,1 vs. 26,6%, p = 0,092) e invasión linfovascular (37,5 vs. 13,6%, p = 0,089); en el análisis multivariante, el único FR independiente para RL fue el estadio III (OR 4,604 (IC95% 1,076-19,707) p = 0,004). Comparando RD vs. nRD, se encontraron diferencias significativas en cuanto a presencia de invasión linfovascular (33,3 vs. 10,9%, p = 0,001) y perineural (31,3 vs. 12,8%, p = 0,003), pT3/pT4 (82,6 vs. 55,1%, p = 0,001), pN1/pN2 (62,2 vs. 21,4%, p = 0,001) y estadio III (63,0 vs. 21,8%, p = 0,001); encontrándose como FR independiente para RD en el análisis multivariante: el estadio III (OR 4,828 (IC95% 2,392-9,746) p = 0,001) y pT3/pT4 (OR 3,493 (IC95% 1,379-8,846) p = 0,008). En el análisis de

supervivencia a 1-/3-/5- años se obtuvieron: OS del 95,8%/89,6%/79,9%; DFS del 94,1%/85,5%/84,3%; DFS por estadios del 99,0%/97,0%/95,8% (estadio I) vs. 93,9%/88,5%/88,5% (estadio II) vs. 88,4%/67,2%/67,2% (estadio III) p 0,001.

Conclusiones: Los pacientes con CCA localmente avanzado (T3/T4 y/o estadio III) presentan un mayor riesgo de RL y RD, con tasas de DFS significativamente más bajas a 3 y 5 años. El manejo de estos pacientes debe ser personalizado y dirigido, valorando terapias alternativas, con el objetivo de optimizar estos resultados.