



## O-039 - ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO NACIONAL DE FUGA ANASTOMÓTICA TRAS RESECCIÓN QUIRÚRGICA POR CÁNCER DE COLON

García del Álamo Hernández, Yaiza<sup>1</sup>; Sanz Ongil, Ramón<sup>1</sup>; Cano Valderrama, Óscar<sup>2</sup>; Cerdán Santacruz, Carlos<sup>1</sup>; Gancedo Quintana, Álvaro<sup>1</sup>; Frasson, Mateo<sup>3</sup>; Flor Lorente, Blas<sup>3</sup>; García Septién, Javier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; <sup>2</sup>Hospital do Meixoeiro, Vigo; <sup>3</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo principal fue determinar la tasa de fuga anastomótica (FA) tras cirugía por cáncer de colon (CC) a nivel nacional, así como el estudio de los posibles factores de riesgo (FR) preoperatorios e intraoperatorios asociados.

**Métodos:** Estudio observacional multicéntrico prospectivo que incluyó pacientes consecutivos con CC intervenidos entre diciembre 2022-diciembre 2023. Los criterios de inclusión fueron: pacientes > 18 años, sometidos a cirugía oncológica de CC y con reconstrucción inmediata de tránsito sin estoma derivativo. Se excluyeron pacientes con tumores de recto (&lt; 15 cm del margen anal) y tumores recidivados. La recogida de datos se realizó mediante la plataforma REDCap. Se recogieron datos clínicos, demográficos y parámetros analíticos preoperatorios. Durante la hospitalización se incluyeron variables quirúrgicas y del ingreso destacando las complicaciones posoperatorias (clasificación Clavien-Dindo). Para el análisis de resultados de morbimortalidad se realizó un seguimiento de 60 días. Se realizó un análisis descriptivo presentando las variables categóricas como porcentajes y frecuencias, las continuas como media y desviación estándar si seguían una distribución normal o como mediana y rango intercuartílico (RIC) en caso contrario. La asociación entre variables categóricas se realizó mediante la prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher y mediante t de Student o U de Mann-Whitney entre categóricas y continuas, según si su distribución siguió o no a la normal. Cuando se demostró asociación con la FA (p < 0,1) en el análisis univariante (AU), la variable se incluyó en un análisis multivariante (AM) para determinar FR independientes.

**Resultados:** Se contó con la participación de 58 centros incluyendo 2.422 pacientes. La edad mediana de la muestra fue de 73 años siendo 1.020 (42,2%) mujeres. La mayoría de las intervenciones fueron programadas (2.305, 95,6%), mediante abordaje laparoscópico (1.824, 75,6%) y siendo realizadas por un cirujano coloproctólogo (1.854, 76,9%). La anastomosis más realizada fue la mecánica (2.157, 89,7%) y se reforzaron en 617 (25,7%) casos. La localización tumoral más frecuente fue el colon derecho (1.318, 54,6%). Se diagnosticó FA en 149 (6,2%) pacientes, siendo el tiempo mediano de su diagnóstico 5 días. La FA se relacionó con un incremento en la mortalidad posoperatoria (11,4 vs. 0,7%; p < 0,001) y los días de hospitalización (21,5 vs. 7,1, p < 0,001). El grado de FA fue mayoritariamente C (91 pacientes, 69,5%). En el AU se relacionaron con un aumento de FA: ser varón, edad, exfumador, diagnóstico realizado por distinto motivo al cribado, colon izquierdo, cirugía urgente, no preparación mecánica, cirugía abierta, cirujano no coloproctólogo y resección extendida. Al realizar el AM se encontraron como FR independientes para la FA el sexo masculino (OR = 2,0 (1,3-3,0); p = 0,001), la edad (OR = 1,02 (1,00-1,04); p = 0,039), el diagnóstico realizado por distinto motivo al cribado (OR = 1,8 (1,1-2,9); p = 0,016) y la no preparación mecánica del

colon (OR = 1,6 (1,1-2,4); p = 0,010).

**Conclusiones:** La FA persiste siendo una complicación no desdeñable tras la cirugía por CC con un importante impacto en la hospitalización y la mortalidad. El sexo masculino, la edad, el diagnóstico realizado por distinto motivo al cribado y la ausencia de preparación mecánica del colon fueron FR para la FA.