



P-386 - IMPACTO EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIERRE PRECOZ DE ESTOMA EN CÁNCER DE RECTO

Montalbán Ayala, Paula; Blanco Terés, Lara; Carreras I Hoyos, Marta; Arellano Plaza, Paloma; García del Álamo, Yaiza; Gijón Moya, Fernando; García Septiem, Javier; Martín Pérez, María Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El temor a retrasar el tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de recto, es uno de los argumentos descritos en la literatura en contra del cierre precoz (CP) de estoma de protección (EP) tras la escisión mesorrectal (EMR).

Objetivos: Evaluar si la implantación de un protocolo de CP de estoma (PCPE) tiene impacto en el tratamiento adyuvante de los pacientes intervenidos por cáncer de recto.

Métodos: Estudio prospectivo, controlado con una cohorte histórica. Se incluyeron pacientes sometidos a cierre de EP tras EMR por cáncer de recto tras la implantación del PCPE (enero/2020-diciembre/2023) (periodo 2). Se seleccionaron como controles, pacientes sometidos a cierre de EP antes de la implantación del PCPE (enero/2014-enero/2020) (periodo 1). Se definió CP a aquel realizado en los 30 primeros días tras la confección del EP y se llevó a cabo según el PCPE en aquellos pacientes sin datos clínico-analíticos ni radiológicos de dehiscencia anastomótica (DA) comprobado mediante enema-TC a partir del 7.º día de la creación del EP. Los pacientes con un cierre superior a los 30 días se definieron como cierre convencional (CC).

Resultados: Se incluyeron 132 pacientes intervenidos de EMR con EP por cáncer de recto entre enero/2014 y enero/2024. Se excluyeron 12 pacientes (9,1%) con EP permanente. 120 pacientes se incluyeron en el análisis: 60 en el periodo 1 y 60 en el periodo 2. Durante el periodo 2, 36 pacientes fueron sometidos a CP (60%) mientras que en 24 (40%) se realizó CC. La implantación del PCPE redujo el tiempo con el EP de forma estadísticamente significativa [261 días (142-413) vs. 26,5 días (19-49); $p = 0,001$]. En el periodo 2 se observó un descenso en la tasa de complicaciones propias del estoma (66,7 vs. 38,3; $p = 0,002$), sin aumentar las complicaciones tras el cierre del mismo (43,3 vs. 28,3; $p = 0,08$). Respecto al tratamiento oncológico, sin observarse diferencias en el estadiaje preoperatorio, el periodo 2 recibió una mayor tasa de *Total Neoadjuvant Therapy* (TNT) (1,7 vs. 18,3%; $p = 0,02$). No se encontraron diferencias entre ambos periodos en la tasa de pacientes con indicación de tratamiento adyuvante, ni los que finalmente lo recibieron (tabla). Tampoco se observó un retraso en el inicio del tratamiento tras la implantación de un PCPE.

| Variables tratamiento adyuvante | Periodo 1 (n = 60) | Periodo 2 (n = 60) | p |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---|
|---------------------------------|--------------------|--------------------|---|

| | | | |
|---|--------------|----------------|-------|
| Tratamiento adyuvante indicado, n (%) | 36 (60) | 34 (56,7) | 0,711 |
| Tratamiento adyuvante recibido, n (%) | 28 (46,7) | 23 (38,3) | 0,356 |
| Motivos de no recibir la adyuvancia, n (%) | 8 (13,3) | 11 (18,3) | 0,018 |
| TNT | 0 (0) | 6 (54,5) | |
| Fragilidad del paciente basal | 8 (100) | 5 (45,5) | |
| Tiempo hasta iniciar la adyuvancia (días), Me (RIQ) | 60 (52 - 69) | 61,5 (52 - 75) | 0,83 |

Conclusiones: La implantación de un PCPE en nuestro centro no impactó en la cumplimentación del tratamiento adyuvante, ni generó un retraso en el inicio del mismo.