



## O-328 - LA IMPORTANCIA DEL FACTOR CIRUJANO INDIVIDUAL EN EL RIESGO DE FUGA ANASTOMÓTICA TRAS RESECCIÓN DEL COLON POR CÁNCER: RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO MONOCÉNTRICO DE 1.319 PACIENTES

G. Báguena Requena<sup>1</sup>, F. Marinello<sup>1</sup>, M. Frasson<sup>1</sup>, B. Flor Lorente<sup>1</sup>, A. Espí Macías<sup>2</sup>, P. Esclapez Valero<sup>1</sup>, A. Cervantes Ruipérez<sup>2</sup> y E. García-Granero Ximénez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario, Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar los factores independientes de riesgo fuga anastomótica (FA) tras resección de colon por cáncer.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva del Grupo Multidisciplinar del Cáncer Colorrectal de una Unidad especializada. Fueron incluidos en el estudio los pacientes intervenidos de forma electiva o urgente de cáncer de colon primario en los que se llevó a cabo una resección intención local curativa entre enero 1993 a diciembre de 2010. Fueron excluidos los pacientes en los cuales se realizó un estoma. Se analizaron las siguientes variables: datos demográficos del paciente, preoperatorios, quirúrgicos, anatomopatológicos. Como variable dependiente se consideró la fuga anastomótica (FA), definida como la salida de contenido intestinal a través de la anastomosis (FA menor si son detectadas radiológicamente pero no precisan gestos agresivos y FA mayor si precisan reintervención o drenaje percutáneo). Se realizó un análisis estadístico univariante (chi-cuadrado) para estudiar la asociación entre las diferentes variables y la FA. Las variables que resultaron tener una  $p < 0,10$  en el análisis univariante fueron introducidas en un modelo multivariante de regresión logística para determinar los factores independientes de riesgo por FA.

**Resultados:** Se incluyeron 1.319 pacientes (52,3% varones). La edad media fue  $69,3 \pm 11$  años. El 55,1% de los pacientes presentaban un ASA I-II y el 44,9 un ASA III-IV. El 37,3% de las neoplasias estaban localizadas en colon derecho, el 55,1% en colon izquierdo y el 7,6% en colon transversal. El 16,1% de los pacientes debutaron con una neoplasia en obstrucción y el 5,5% con perforación. La mayoría de los pacientes se sometió a cirugía electiva (80,4%) y se realizó resección extendida en el 12,7%. El 84,1% de las intervenciones fueron realizadas por cirujanos de la unidad colorrectal. El 8% de los pacientes desarrolló una fuga anastomótica, de ellas el 83,7% mayor y el 16,3% menor. En el análisis univariante, las variables asociadas con la FA fueron: edad mayor de 70 años, ASA III-IV, el CEA  $> 5$ , la obstrucción, perforación, cirugía de urgencia, la transfusión perioperatoria, el tipo de anastomosis (presentando mayor tasa de FA las anastomosis ileorrectales) y el cirujano individual. No se encontró diferencia estadística al comparar las cirugías realizadas por especialistas en cirugía colorrectal y cirujanos generales. En el análisis multivariante, las variables de riesgo independientes

para FA fueron el cirujano a nivel individual ( $p = 0,001$ ; hasta un OR 5,13 (IC95% 1,32-19,98)) y la transfusión perioperatoria ( $p < 0,01$ ; OR 2,71 (IC95% 1,62-4,53)).

**Conclusiones:** El cirujano a nivel individual junto con la transfusión perioperatoria son factores de riesgo independientes de fuga anastomótica tras la cirugía del cáncer de colon con intención local curativa.