



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-144 - QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA VS CIRUGÍA EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS COLORRECTALES RESECABLES: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO SOBRE RESULTADOS A LARGO PLAZO A TRAVÉS DE PAREAMIENTO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

Di Martino, Marcello<sup>1</sup>; de la Hoz Rodríguez, Ángela<sup>1</sup>; Primavesi, Florian<sup>2</sup>; Jones, Robert<sup>3</sup>; Piardi, Tullio<sup>4</sup>; Rami, Rhaïem<sup>4</sup>; Syn, Nicholas<sup>5</sup>; Grupo Colaborativo de Trabajo Metástasis Hepática de Carcinoma Colorrectal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; <sup>2</sup>Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck; <sup>3</sup>The Royal Liverpool University Hospital, Liverpool; <sup>4</sup>Centre Hospitalier Universitaire de Reims, Reims; <sup>5</sup>Singapore General Hospital, Singapore.

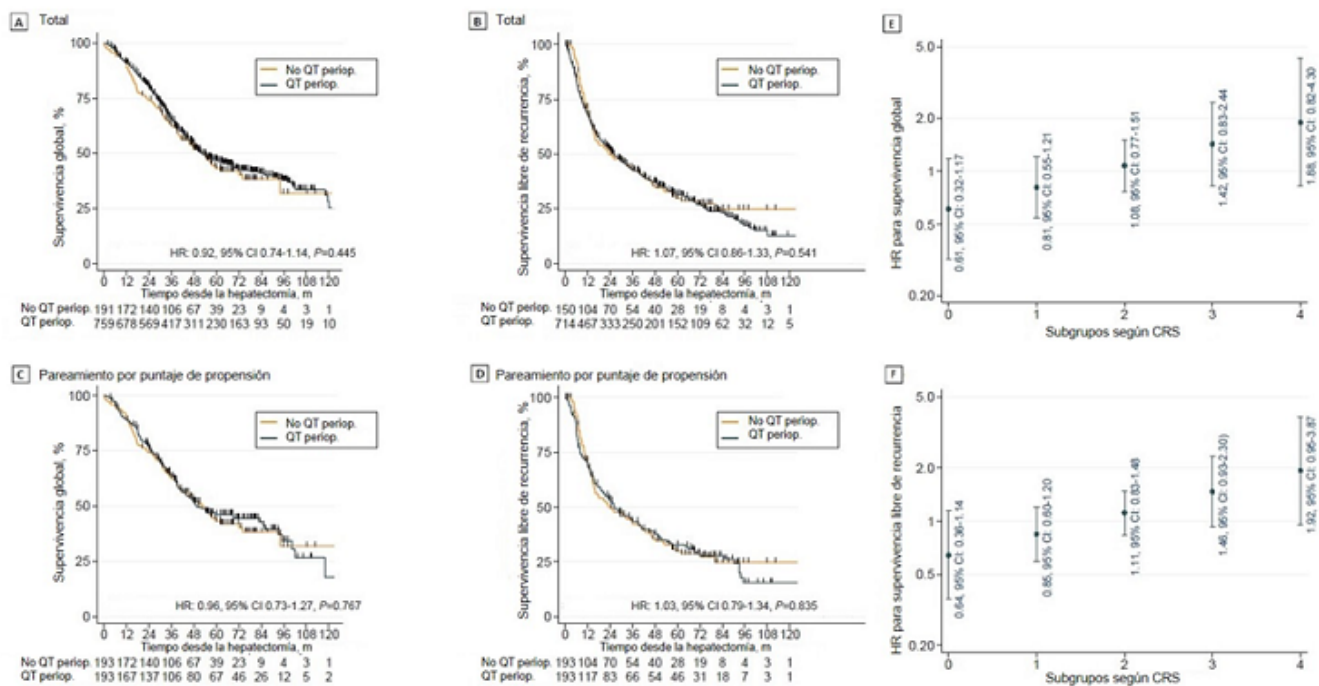
### Resumen

**Introducción:** Existe cierto grado de incertidumbre sobre el papel de la quimioterapia (QT) perioperatoria en el tratamiento de las metástasis hepáticas colorrectales (MHCCR) resecables, que no ha demostrado claros beneficios en la supervivencia en comparación con la cirugía sin QT. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados a largo plazo de la QT perioperatoria en el tratamiento de las MHCCR.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de pacientes sometidos a resección hepática por MHCCR entre 2010-2015. Se envió una invitación para participar en el estudio a través de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) que se extendió posteriormente a centros internacionales. Los criterios de inclusión fueron: pacientes > 18 años con MHCCR resecables de carcinoma colorrectal confirmado histológicamente y sometidos a resección en unidades especializadas de cirugía hepática. Las variables principales de estudio fueron la supervivencia libre de recurrencia (SLR) y global (SG). El análisis estadístico se realizó según técnicas de pareamiento por puntaje de propensión con modelos de regresión logística que incorporaron variables que estaban desequilibradas en la muestra y variables que previamente se habían relacionados en la literatura con diferencias en los tratamientos. Tras el pareamiento los pacientes se estratificaron según el *Clinical Risk Score* (CRS). Se utilizó la prueba  $\chi^2$  para la comparación de variables cualitativas, la t de Student y la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Las curvas de supervivencias se analizaron según Kaplan-Meier. Se consideraron como significativos, valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Nueve centros incluyeron 967 pacientes con MHCCR sometidos a resección hepática. De estos, 193 (20%) no recibieron QT, 774 (80%) sí: 282 (29,2%) en forma de QT neoadyuvante, 184 (19%) en forma de QT adyuvante y 308 (31,9%) en forma de QT combinada. El número medio de lesiones resecadas fue de  $2,7 \pm 4,1$ ; el tamaño medio de la lesión más grande fue de  $37 \pm 50$  mm; 283 (29,2%) pacientes se sometieron a resección hepática mayor; 85 (9,6%) se operaron por abordaje laparoscópico. En el postoperatorio, 130 pacientes (13,6%) presentaron complicaciones  $\geq$

Dindo-Clavien IIIA y hubo 24 exitus (2,5%). Durante el seguimiento, 665 pacientes (70,9%) presentaron recurrencia de la enfermedad, la SLR mediana fue de 15 meses (IC95% 14-16 meses), la SG fue de 51 meses (IC95% 43-56 meses). Cuando se compararon el total de pacientes con QT con el grupo de cirugía sin QT no se observaron diferencias en la SG y SLR (fig. A-B). El pareamiento por puntaje de propensión exhibió una buena discriminación (AUROC = 0,810, IC95% 0,776-0,843) y calibración. Tras el pareamiento tampoco se observaron diferencias significativas en complicaciones post-operatorias, tasas de resecciones R0, SG y SLR (fig. C-D). El análisis estratificado según el CRS no demostró diferencias en SG y SLR en ninguno de los subgrupos (fig. E-F).



**Conclusiones:** La QT perioperatoria no consiguió demostrar beneficios en términos de SLR y SG en pacientes con MHCCR sometidos a resección hepática. Son necesarios ensayos clínicos aleatorizados en grupos homogéneos de pacientes estaticados según score de riesgo para aclarar el papel de la QT en el tratamiento de las MHCCR.