



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-090 - Resultados de la cirugía de las Metástasis Hepáticas de CÁNCER Colorrectal (MHCCR) Sincrónicas y análisis de subgrupos según la estrategia de tratamiento

Tarifa Castilla, Antonio; Herrera Cabezón, Javier; Sánchez Acedo, Pablo; Zazpe Ripa, Cruz; Miranda Murua, Coro; Viudez Berral, Antonio; Lera Tricas, José Miguel

Hospital de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: Hoy en día disponemos de distintas estrategias para tratar las MHCCR que consisten en diferentes combinaciones del tratamiento oncológico con la cirugía del tumor primario y de las metástasis. La elección es especialmente compleja cuando el diagnóstico de las metástasis es sincrónico al tumor primario.

Objetivos: Conocer nuestros resultados en la cirugía de las MHCCR sincrónicas. Estudiar las diferencias entre las distintas estrategias empleadas en el tratamiento de estos enfermos.

Métodos: Estudiamos prospectivamente 230 pacientes intervenidos para resección de MHCCR hasta diciembre de 2013. De los pacientes con metástasis sincrónicas, incluimos en el subgrupo de cirugía simultánea (CSM) a los que se les realizó en un solo tiempo la extirpación del tumor primario y de las MHCCR y en el subgrupo de cirugía secuencial (CSC) a los que se les intervino dos veces. Comparamos la supervivencia entre los pacientes con metástasis sincrónicas y metacrónicas y entre los subgrupos de CSM y CSC. En segundo lugar comparamos la morbi-mortalidad de la CSM con la de la CSC. En el análisis tenemos en cuenta factores pronósticos y de riesgo quirúrgico.

Resultados: 140 pacientes (60,9%) presentaron metástasis sincrónicas y 90 (39,1%) metacrónicas. Los primeros tuvieron una mediana de supervivencia de (44,1 meses), significativamente menor ($p = 0,041$) que los segundos (61,5 meses). De los pacientes con metástasis sincrónicas a 74 (52,86%) se les realizó CSM y a 66 (47,14%) CSC (64 primero el tumor colorrectal y 4 en orden inverso) Entre ambos subgrupos no hubo diferencias en la mediana de edad: 65 VS 63,5 años; metástasis > de 5cm: 15 (20,27%) VS 11 (16,66%); presencia de enfermedad extrahepática resecable: 2 (2,70%) VS 2 (3,03%) y quimioterapia perioperatoria: 66 (89,18%) VS 57 (86,36%). Sólo hubo diferencias en cuanto al número de metástasis, 21 (28,38%) pacientes de CSM tenían > 3 lesiones y 32 (48,48%) de CSC ($p = 0,014$). La supervivencia fue mayor ($p = 0,051$) en la CSC (mediana de supervivencia: 79,73 meses) que en la CSM (39,83 meses). La morbilidad de la CSC (57,57%) fue mayor ($p = 0,044$) que la de CSM (40,54%). También fue mayor en la CSC la necesidad de drenajes percutáneos 18 (27,27%) vs 11 (14,86%), las reintervenciones 9 (13,64%) vs 2 (2,70%) y la mortalidad postoperatoria 4 (6,06%) vs 1 (1,35%). La estancia hospitalaria, fue ligeramente superior en la CSC (13,9 vs 11,8 días de media) pero sumando a la cirugía hepática el ingreso de la cirugía colorrectal las diferencias fueron mucho mayores. A 26 pacientes (39,39%) de CSC y a 10 (13,51%) de CSM se

les realizó una hepatectomía mayor ($p < 0,000$).

Conclusiones: 1. En nuestra experiencia, los pacientes con MHCCR sincrónicas seleccionados para CSC, tiene mayor supervivencia. Según algunos autores estas diferencias podrían justificarse con la selección de enfermos de mejor pronóstico ya que los que progresan en el intervalo son descartados. 2. Los pacientes intervenidos en nuestro centro de forma secuencial tienen una mayor morbilidad, que podría explicarse en parte porque a los pacientes que precisan resecciones hepáticas más extensas se les selecciona para una estrategia de cirugía en dos tiempos.