



O-049 - ¿ES EL MARGEN DISTAL MÁS LARGO, EN EL CÁNCER RECTAL AL COMPARAR EL ABORDAJE ROBÓTICO RESPECTO A LA LAPAROSCOPIA?

Barzola Navarro, Ernesto Jesús; Creus, Paula; Planellas, Pere; Gómez, Nuria; Pigem, Anna; Julia, David; Fárres, Ramón

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: El margen distal (MD) y el margen circunferencial son los parámetros anatomopatológicos que más se correlacionan con los resultados oncológicos en el cáncer rectal. La mayoría de guías recomiendan que el MD sea de como mínimo 1-2 cm en la neoplasia de recto inferior y medio y de 5 cm en el superior. Aun así, todavía está en debate cuál sería el MD más adecuado. Por otro lado, un MD más largo podría repercutir en los resultados funcionales. Por eso, el objetivo de este estudio es determinar si se obtiene una mayor longitud de MD vía robótica (RAS) que laparoscópica (LS).

Métodos: Análisis retrospectivo de 571 pacientes diagnosticados de cáncer rectal, tratados con quimiorradioterapia y cirugía asistida por robot o laparoscópica entre enero de 2015 y diciembre de 2021. Se compararon los resultados quirúrgicos utilizando el análisis de puntuación de propensión (PSM) para reducir las diferencias producidas por las variables de confusión.

Resultados: Según el PSM, las variables clínicas estaban bien equilibradas después de aparejar 200 pacientes (100 en cada grupo). Relativamente a la técnica quirúrgica, la duración mediana de la cirugía fue de 247,5 minutos (IQR, 213-300), siendo significativamente más larga la del grupo RAS que en el de LS ($p < 0,001$). La conversión a cirugía abierta fue del 10% en RAS y 3% en LS. La tasa de fuga anastomótica fue del 5% en ambos grupos y la estancia hospitalaria mediana de 6 días. La morbilidad en 90 días era similar entre los grupos. Hubo una mayor tasa de escisión completa del mesorrecto en el grupo RAS 92,1 vs. 71,3% del grupo LS ($p = 0,001$). Existen diferencias estadísticamente significativas entre la longitud del MD obtenida vía RAS respecto LS, 3 cm (2-5) y 2 cm (1,2-3,2) respectivamente ($p = 0,001$). No hubo diferencias significativas en la supervivencia libre de enfermedad entre los dos abordajes. En el análisis multivariante, se identificó el estadio III tumoral como el único factor asociado con la supervivencia libre de enfermedad (HR: 9,34, (95% CI, 1,13-77,1) $p = 0,038$).

Table 4. Univariate and multivariate analysis for disease-free survival (DFS) in rectal cancer patients							
		Distant metastasis		UNIVARIATE ANALYSIS		MULTIVARIATE ANALYSIS	
		No event	Event	HR (95%CI)	P-value	HR (95%CI)	P-value
Sex	Male	87 (58.8%)	17 (63.0%)	1			
	Female	61 (41.2%)	10 (37.0%)	0.85 (0.39-1.86)	0.686		
Age, median (IQR)		69 (61-75)	66 (54-80)	1.01 (0.97-1.04)	0.832		
BMI, median (IQR)		25.8 (23.8-28.8)	26.2 (22.2-29.9)	1.01 (0.92-1.10)	0.912		
ASA classification	I - II	9 (6.1%)	2 (7.4%)	1			
	III- IV	139 (93.9%)	25 (92.6%)	0.98 (0.23-4.13)	0.976		
Tumour location, cm	11-15	42 (28.4%)	10 (37.0%)	1			
	6-10	85 (57.4%)	13 (48.1%)	0.87 (0.27-2.78)	0.872		
	0-5	21 (14.2%)	4 (14.8%)	0.75 (0.33-1.71)	0.751		
Neoadjuvant treatment	No	41 (27.7%)	7 (25.9%)	1			
	Yes	107 (72.3%)	20 (74.1%)	0.97 (0.41-2.28)	0.937		
Surgical approach	Laparoscopy	72 (48.6%)	14 (51.9%)	1		1	
	Robotic	76 (51.4%)	13 (48.1%)	1.23 (0.57-2.63)	0.592	1.27 (0.55-2.89)	0.577
Pathological Tumoral stage	0	34 (23.0%)	1 (3.7%)	1		1	
	I	38 (25.7%)	5 (18.5%)	4.26 (0.50-36.45)	0.186	3.80 (0.44-33.04)	0.206
	II	44 (29.7%)	6 (22.2%)	4.82 (0.58-40.07)	0.145	4.70 (0.56-39.1)	0.153
	III	32 (21.6%)	15 (55.6%)	13.46 (1.78-102.01)	0.012	8.83 (1.06-73.16)	0.044
Circumferential margin	Not affected	143 (96.6%)	24 (88.9%)	1		1	
	Affected	5 (3.4%)	3 (11.1%)	3.84 (1.14-12.87)	0.029	0.83 (0.13-5.27)	0.843
Distal margin	Not affected	145 (98.0%)	25 (92.6%)	1			
	Affected	3 (2.0%)	2 (7.4%)	3.09 (0.73-13.12)	0.126		
Distal margin, cm, median (IQR)		2.5 (1.5-4)	2.1 (1.5-4.4)	1.01 (0.83-1.22)	0.925		
Proximal margin, cm, median (IQR)		18 (11.8-23.5)	18 (14-23)	0.99 (0.95-1.04)	0.637		
Resection type	R0	140 (94.6%)	22 (81.5%)	1		1	
	R1	8 (5.4%)	5 (18.5%)	3.80 (1.43-10.14)	0.017	2.57 (0.58-11.40)	0.216
Mesorectum quality	Missing	5 (3.4%)	0 (0%)	1			
	Complete	124 (83.85)	21 (77.8%)	1.19 (0.16-8.91)	0.863		
	Nearly complete	7 (4.7%)	4 (14.8%)	3.12 (0.35-27.93)	0.309		
	Incomplete	12 (8.1%)	2 (7.4%)	1.16 (0.11-12.85)	0.902		
Lymph nodes harvested, median (IQR)		25 (18-33)	25 (18-34)	1.01 (0.98-1.03)	0.640		
Positive lymph nodes harvested, median (IQR)		0 (0-0)	0 (0-3)	1.25 (1.08-1.44)	0.003	1.12 (0.90-1.39)	0.309
Adjuvant treatment	Yes	115 (77.7%)	23 (85.2%)	1			
	No	33 (22.3%)	4 (14.8%)	0.64 (0.22-1.85)	0.410		

Data are number (percentage), n (%), unless stated otherwise Bold p values indicate significance

Conclusiones: El abordaje robótico permite obtener un MD más amplio, pero este no se correlaciona con una mayor supervivencia libre de enfermedad. Es necesario un posterior estudio para hacer un balance entre los márgenes oncológicos y la función anorrectal teniendo en cuenta el papel actual de los márgenes.