



## O-042 - ANÁLISIS MULTICÉNTRICO DE LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA CIRUGÍA DE CÁNCER DE COLON ASCENDENTE: HACIA ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PERSONALIZADAS

Sánchez Rodríguez, María<sup>1</sup>; Pastor, Carlos<sup>2</sup>; Marcos Cortés, Lucía<sup>1</sup>; Monge Brandi, Laura<sup>1</sup>; Dujovne Lindenbaum, Paula<sup>1</sup>; Arredondo, Jorge<sup>3</sup>; Jiménez Gómez, Luis Miguel<sup>1</sup>; Tejedor, Patricia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra, Madrid; <sup>3</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de colon ascendente (CCA) tiene un pronóstico más desfavorable en comparación con otros cánceres de colon, lo que exige nuevas estrategias para mejorar los resultados, como la neoadyuvancia y la linfadenectomía ampliada. Sin embargo, no existen claras recomendaciones al respecto y los criterios clinicopatológicos de los pacientes candidatos a recibirlos aún están por esclarecer. El objetivo principal de este estudio es identificar factores de riesgo (FR) de recidiva local (RL) y recidiva a distancia (RD) para personalizar el manejo perioperatorio de cada paciente. También se evaluaron las tasas de supervivencia global (OS) y supervivencia libre de enfermedad (DFS).

**Métodos:** Estudio multicéntrico y retrospectivo sobre pacientes con CCA intervenidos en el Hospital Gregorio Marañón y la Clínica Universidad de Navarra entre enero 2009-diciembre 2020. Se excluyeron pacientes con metástasis al diagnóstico, tumores colorrectales sincrónicos o metacrónicos < 5 años, antecedentes de neoplasias no colorrectales, intervenciones de urgencia o resecciones multiviscerales. Se recogieron datos clínicos, demográficos y oncológicos. Los análisis comparativos se realizaron entre los grupos con y sin RL (RL/nRL) y RD (RD/nRD). Se llevaron a cabo análisis de supervivencia para calcular las tasas de OS y DFS globales y por estadios.

**Resultados:** Se incluyeron 312 pacientes: 58% hombres y 42% mujeres, con mediana de edad de 71,5 años. El 96% se sometió a hemicolectomía derecha y el 3,8% extendida; el 87% fue laparoscópica y el 13% abierta. La tasa de complicaciones mayores (Clavien-Dindo  $\geq$  3) fue del 7,4%. En el análisis anatomopatológico, el 59% fue clasificado como T3/T4, el 27% pN1/pN2 y el 28% como estadio III. Con una mediana de seguimiento de 61 (43,8, 81,2) meses, se observó una tasa de RL del 2,5% y RD del 14,7%. La tasa de mortalidad cáncer-específica fue del 8%. Comparando RL vs. nRL, el estadio III mostró diferencias significativas (62,5 vs. 27%,  $p = 0,041$ ). No se encontraron diferencias significativas, aunque sí clínicamente relevantes en cuanto a pN1/pN2 (57,1 vs. 26,6%,  $p = 0,092$ ) e invasión linfovascular (37,5 vs. 13,6%,  $p = 0,089$ ); en el análisis multivariante, el único FR independiente para RL fue el estadio III (OR 4,604 (IC95% 1,076-19,707)  $p = 0,004$ ). Comparando RD vs. nRD, se encontraron diferencias significativas en cuanto a presencia de invasión linfovascular (33,3 vs. 10,9%,  $p < 0,001$ ) y perineural (31,3 vs. 12,8%,  $p = 0,003$ ),

pT3/pT4 (82,6 vs. 55,1%,  $p < 0,001$ ), pN1/pN2 (62,2 vs. 21,4%,  $p < 0,001$ ) y estadio III (63,0 vs. 21,8%,  $p < 0,001$ ); encontrándose como FR independiente para RD en el análisis multivariante: el estadio III (OR 4,828 (IC95% 2,392-9,746)  $p < 0,001$ ) y pT3/pT4 (OR 3,493 (IC95% 1,379-8,846)  $p = 0,008$ ). En el análisis de supervivencia a 1-/3-/5- años se obtuvieron: OS del 95,8%/89,6%/79,9%; DFS del 94,1%/85,5%/84,3%; DFS por estadios del 99,0%/97,0%/95,8% (estadio I) vs. 93,9%/88,5%/88,5% (estadio II) vs. 88,4%/67,2%/67,2% (estadio III)  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Los pacientes con CCA localmente avanzado (T3/T4 y/o estadio III) presentan un mayor riesgo de RL y RD, con tasas de DFS significativamente más bajas a 3 y 5 años. El manejo de estos pacientes debe ser personalizado y dirigido, valorando terapias alternativas, con el objetivo de optimizar estos resultados.