



O-091 - IMPORTANCIA DE LA RESPUESTA LOCAL TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO EN LA RECURRENCIA A CORTO PLAZO

López Fernández, Concepción; Labrador Alzas, Carolina; Merino García, María del Mar; García Pérez, Blanca; Valle Rodas, María Elisa; Gallarín Salamanca, Isabel María; Jiménez Redondo, José Luis; Carmona Agundez, María

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

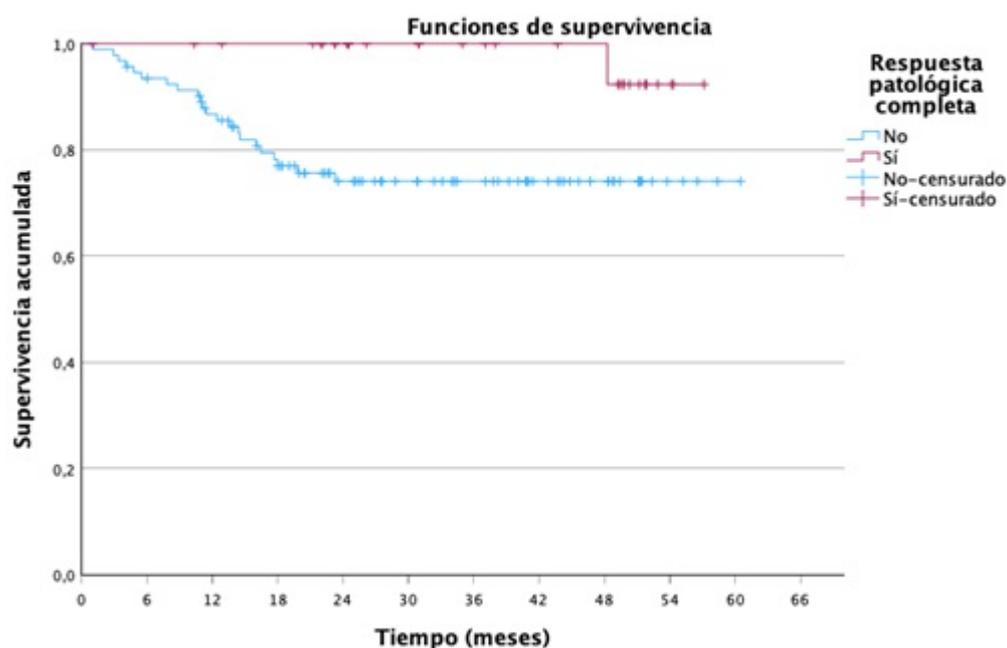
Resumen

Objetivos: Determinar la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG) en nuestra cohorte de pacientes intervenido de adenocarcinoma de recto, además de identificar posibles factores involucrados en la tasa de recurrencia tumoral temprana, prestando especial interés a aquellos que muestran respuesta patológica completa (RPC) tras neoadyuvancia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de forma consecutiva entre enero de 2019 y diciembre de 2022 de adenocarcinoma de recto medio o inferior con escisión total del mesorrecto tras neoadyuvancia. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedad estadio IV. Se calculó la probabilidad de supervivencia con método de Kaplan Meier y se compararon factores con la prueba *log rank*. Se estudiaron posibles variables relacionadas con la SLE mediante regresión de Cox. Se fijó la significación estadística en $p < 0,05$ y se consideraron para análisis multivariante aquellas variables con $p < 0,100$.

Resultados: En el periodo estudiado se intervinieron de neoplasia de recto 163 pacientes, cumpliendo criterios de inclusión 126. De estos, 3 casos fueron excluidos por fallecer en los primeros 30 días de la cirugía índice. Se analizaron finalmente 123 casos: 91 eran hombres (74%) con una edad media de 64 años (DE 10). El tratamiento neoadyuvante más frecuentemente utilizado fue el ciclo largo quimiorradioterapia en el 67,5% seguido de la terapia neoadyuvante total (TNT) en el 21,1%. En el 52,8% se llevó a cabo una resección anterior ultrabaja y en el 21,1% una amputación abdominoperineal. Veintitrés pacientes presentaron recurrencia (18,7%) en una mediana de seguimiento de 35 meses (5-61 meses): locorregional en 6 casos, progresión a nivel peritoneal en 3 y 22 pacientes desarrollaron metástasis a distancia. La probabilidad acumulada de SLE a los 12 meses fue del 90% y a los 2 años del 80%. La SG al año de la cirugía fue del 99% y a los 2 años del 91%. Solo un paciente con RPC presentó recurrencia (metástasis hepáticas). La SLE a los 2 años entre pacientes sin RPC fue del 74% frente al 100% de los que sí la lograron (*log rank* $p = 0,01$) (fig.). De las características tumorales en la RM inicial, solo la infiltración de estructuras adyacentes estuvo relacionada con la recurrencia en el análisis univariante. Ningún esquema neoadyuvante influyó en la SLE, inclusive la TNT. Tampoco el tipo de cirugía ni las complicaciones posoperatorias. Sin embargo, el estadio ypN y la RPC fueron factores pronósticos entre las variables relacionadas con la pieza quirúrgica. En el análisis multivariante, el estadio ganglionar fue factor independiente para la

recurrencia precoz. Los pacientes ypN1 asociaron un HR 4,4 (IC95% 1,7-11) respecto a los ypN0 y los ypN2 un HR 10,5 (IC95% 3-38).



Conclusiones: Aunque todos los pacientes con RPC excepto uno estaban libres de recurrencia al final del seguimiento, fue solo la respuesta ganglionar la que resultó determinante en la SLE. Los pacientes con estadio ganglionar positivo a pesar de neoadyuvancia precisan un seguimiento más estrecho debido al mayor riesgo de recurrencia temprana.