

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

GRADO EN MEDICINA

Facultad de Ciencias de la Salud

“Tratamiento del cáncer colorrectal con metástasis sin resección del primario: diferencias en supervivencia y complicaciones respecto a los tumores resecados”

Autor: Nuria Pellicer Sánchez

Director: Dra. María Teresa García García

Murcia, mayo de 2022

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

GRADO EN MEDICINA

Facultad de Ciencias de la Salud

“Tratamiento del cáncer colorrectal con metástasis sin resección del primario: diferencias en supervivencia y complicaciones respecto a los tumores resecados”

Autor: Nuria Pellicer Sánchez

Director: Dra. María Teresa García García

Murcia, mayo de 2022

TRABAJO FIN DE GRADO



DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: PELLICER SÁNCHEZ	Nombre: NURIA
DNI: 48663024S	Grado: MEDICINA
Facultad: MEDICINA	
Titulo del trabajo: "Tratamiento del cáncer colorrectal con metástasis sin resección del primario: diferencias en supervivencia y complicaciones respecto a los tumores resecaados"	

La Dr. M^a TERESA GARCÍA GARCÍA, tutora del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorga el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 20 de MAYO de 2022

Firmado por M^a TERESA GARCÍA GARCÍA el día 20/05/2022 con un certificado emitido por CAMERFIRMA

Fdo.: M^a TERESA GARCÍA GARCÍA

Agradecimientos

A Teresa y a Sofía por su tiempo, su esfuerzo y por hacer éste trabajo posible. Gracias por confiar en mí para llevar a cabo éste proyecto y por toda la ayuda que me habéis brindado.

A mis padres y a mi hermana, porque vuestro ejemplo, apoyo y confianza han sido imprescindibles para lograrlo. Gracias por ofrecerme la oportunidad de llegar hasta aquí y por acompañarme durante todo el camino.

A Pedro, por creer en mí y darme ánimos cuando lo he necesitado. Gracias por hacer mi vida más sencilla y más feliz.

A mis amigas, por seguir compartiendo nuestras vidas y creciendo juntas.

A la Universidad Católica de Murcia, por la formación recibida a lo largo de éstos años, y en especial, gracias a mis profesores por su dedicación, su esfuerzo y por enseñarnos la importancia de las muchas otras cosas que no se encuentran en los libros.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

I. Resumen y palabras clave.....	13
Resumen.....	13
Abstract.....	14
Palabras clave y abreviaturas.....	16
II. Introducción.....	19
III. Hipótesis y objetivos.....	25
IV. Material y métodos.....	27
Diseño y población del estudio.....	27
Variables del estudio.....	27
Análisis estadístico.....	28
Consideraciones éticas.....	29
V. Resultados.....	31
VI. Discusión.....	35
Limitaciones.....	36
VII. Conclusión	37
VIII. Bibliografía.....	39
IX. Anexos.....	41
Tablas y figuras.....	41
Anexos.....	47

Resumen

Introducción y Objetivos: El beneficio de la cirugía del tumor primario (CTP) en pacientes con cáncer colorrectal con metástasis sincrónicas (CCRms) es controvertido. El objetivo de éste estudio es analizar los resultados y complicaciones del tratamiento, quirúrgico o no, en éstos pacientes.

Material y métodos: análisis retrospectivo de las características clínicas, supervivencia y complicaciones en pacientes con CCRms sometidos a cirugía frente a pacientes no intervenidos.

Resultados: se incluyeron 133 pacientes, 63% varones, con una mediana de edad de 67 años, 76% con estado general favorable (ECOG 0-1). Fue operado el 52%, 45 de entrada (40% urgentes y 60% programados) y 24 evolutivamente. 17% de los pacientes operados desarrolló complicaciones frente a 59% de los no operados. Del 77% tratados con quimioterapia +/- tratamiento biológico, más de la mitad presentó toxicidad significativa con ingreso. 64 pacientes fallecieron y 81 presentaron progresión. La mediana de supervivencia global (SG) fue 17.5 meses y la de supervivencia libre de progresión (SLP) 10.6 meses. La cirugía mejora la SG en el análisis univariable, pero no en el multivariante. La menor edad y el menor índice de masa corporal se traducen en mayor supervivencia. En el análisis multivariante, una mayor ratio neutrófilo/linfocito (RNL) y un mayor número de localizaciones metastásicas se relacionaron con menor SG y SLP. El ECOG y las mutaciones de RAS y BRAF no inciden en la supervivencia.

Conclusiones: aunque los pacientes operados tienen mayor supervivencia, la CTP no parece ser un factor beneficioso independiente, si bien impacta en menor morbilidad y mejor calidad de vida. La RNL y el número de

localizaciones metastásicas influyen de forma independiente en la supervivencia, lo cual puede resultar de utilidad en la selección de pacientes para cirugía inicial.

Abstract

Introduction and Objectives: The benefit of primary tumor surgery (PTS) in patients with colorectal cancer with synchronous metastases (CRPC) is controversial. The aim of this study is to analyze the results and morbidity events resulting from treatment, surgical or not, in these patients.

Material and methods: retrospective analysis of the clinical characteristics, survival and morbidity events in patients with mRCC who underwent surgery versus patients who did not.

Results: 133 patients were included, 63% male, with a median age of 67 years, 76% with favorable performance status (ECOG 0-1). 52% were operated, 45 initially (40% urgent and 60% programmed) and 24 progressively. 17% of the operated patients developed significant morbidity events compared to 59% in the non-operated group. Of 77% treated with chemotherapy +/- biological treatment, more than half presented grade 3-4 toxicity. 64 patients died and 81 developed progression. Median overall survival (OS) was 17.5 months and progression-free survival (PFS) was 10.6 months. Surgery improved OS in the univariate analysis, but not in the multivariate analysis. Younger age and lower body mass index translate into longer survival. In multivariate analysis, higher both neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) and number of metastatic sites were

associated with lower OS and PFS. ECOG and RAS and BRAF mutations had no impact on survival.

Conclusions: patients with initial surgery have a longer OS even though PTS does not seem to be an independent beneficial factor. However, it does have an impact on lower morbidity and better quality of life. NLR and the number of metastatic sites have an independent influence on survival, which may be useful in the selection of patients for initial surgery.

Palabras clave

- Cáncer colorrectal metastásico
- Cirugía del tumor primario
- Supervivencia global
- Supervivencia libre de progresión
- Factores pronósticos
- Complicaciones

Abreviaturas

- CCR: Cáncer colorrectal
- Supervivencia global (SG)
- Supervivencia libre de progresión (SLP)
- Índice de masa corporal (IMC)
- FA: Fosfatasa alcalina
- LDH: Lactato deshidrogenasa
- RAS: rat sarcoma viral oncogene
- K-RAS: Kirsten RAS
- N-RAS: neuroblastoma RAS
- B-RAF: B-homologue of V-RAF(viral rapidly accelerated fibrosarcoma) protein
- EGFR: receptor del factor de crecimiento epidérmico
- MSI: microsatellite inestability (MSI-H: microsatellite inestability high)

-CEA: carcinoembryonic antigen)

-HGUSL (Hospital General Universitario Santa Lucía)

-HULAMM (Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor)

1. Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia más frecuente en Occidente y una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. Aunque de forma infrecuente se puede encontrar linfomas, melanomas, carcinomas neuroendocrinos de alto o bajo grado o sarcomas de esta localización, cuando nos referimos al cáncer colorrectal, estamos hablando de **adenocarcinomas**.

En el momento del diagnóstico, aproximadamente un cuarto de los pacientes con CCR presentan enfermedad metastásica (estadio IV). El pronóstico de la enfermedad avanzada se ha relacionado con una serie de factores dependientes del tumor y del paciente. Las guías de la Sociedad Española de Oncología Médica (2018) de Gomez-España et al (1). recogen los siguientes biomarcadores útiles para valorar el pronóstico o predecir la respuesta a algunos tratamientos.

Biomarcadores pronósticos: Los parámetros clínicos y bioquímicos clásicos, como el estado general ECOG (anexo 1), los niveles séricos de fosfatasa alcalina (FA) y de lactato deshidrogenasa (LDH) y el número de localizaciones de metástasis se han considerado como los principales factores pronósticos relacionados con supervivencia.

Entre los biomarcadores biológicos de supervivencia en pacientes con CCR metastásico, destaca la mutación V600E de BRAF, que es el factor de mal pronóstico con mayor peso. El papel pronóstico negativo de las mutaciones RAS se ha observado independientemente del esquema terapéutico utilizado y de la adición o no de bevacizumab

Biomarcadores predictivos: por el momento, no se han identificado biomarcadores predictivos de respuesta útiles para los diferentes tipos de quimioterapia (oxaliplatino o irinotecan) ni para los antiangiogénicos en primera línea de tratamiento. En cambio, las mutaciones activadoras de RAS (KRAS/NRAS) han sido identificadas como biomarcadores de resistencia de la neoplasia a los anticuerpos monoclonales dirigidos al receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR), lo que ha llevado a restringir el uso de estos fármacos a los pacientes con tumores RAS nativo.

Últimamente, se estudia también el valor predictivo de la inestabilidad de microsatélites (MSI-H) y la sobreexpresión o amplificación de HER-2 para la terapia con anticuerpos inhibidores de punto de control inmune y trastuzumab/lapatinib.

Respecto al **tratamiento quirúrgico**, solo un 20-25% de pacientes con cáncer metastásico son candidatos a ser intervenidos con intención curativa, mientras que la mayoría tiene una enfermedad irresecable.

En estos últimos la **necesidad de resección del tumor primario con fin paliativo** es un tema de debate actual, puesto que el impacto de la misma sobre la supervivencia global es incierto. Si bien hasta hace algunos años la resección del tumor primario era lo habitual si resultaba factible, la línea que se sigue actualmente es realizar la resección paliativa del tumor primario si este es sintomático o en caso de que se desarrollen complicaciones. La duda se plantea en el caso de los pacientes cuyo tumor no produce síntomas.

Los argumentos en contra de la cirugía del tumor primario en pacientes con enfermedad metastásica irresecable son varios: aparte de la morbilidad postoperatoria y del riesgo de mortalidad que conlleva, la cirugía hasta el momento no ha demostrado un claro beneficio en la supervivencia y, además, retrasaría el inicio de una terapia sistémica potencialmente beneficiosa.

Por otro lado, la resección del tumor podría prevenir el desarrollo de complicaciones y de síntomas locales que se asocian a un peor pronóstico y permitir una mejor estadificación de la enfermedad.

Algunos estudios, que se exponen a continuación, afirman que existe un notable aumento de la supervivencia global en aquellos pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, pero se trata de estudios con un diseño retrospectivo y con los lógicos sesgos de selección para cirugía de los pacientes con mejor estado general y expectativa de vida.

A día de hoy, sin embargo, ningún estudio aleatorizado y controlado ha conseguido demostrar superioridad de la cirugía frente al tratamiento sistémico. Ciertamente, también estos estudios tienen sesgos, puesto que posiblemente los pacientes con mejor estado general o mayor facilidad de resección del

primario no aceptan -o no se les ofrece- participar en un estudio en que puede no corresponderles la opción quirúrgica, que subjetivamente da la sensación de ser más radical.

El deseo de evitar complicaciones quirúrgicas de una cirugía no curativa y el no haber demostrado beneficio de la misma han llevado a desestimar la resección del primario incluso en pacientes sintomáticos. Sin embargo, las complicaciones locales a las que puede dar lugar el tumor primario no resecado (obstrucción, perforación, fístulización, sangrado, dolor) pueden comprometer el tratamiento antineoplásico, sobre todo si se trata de fármacos antiangiogénicos, lo que hace a veces optar por la resección del mismo siempre que la carga de enfermedad metastásica sea baja y no presente síntomas de enfermedad sistémica.

Los resultados obtenidos por los estudios hasta ahora realizados son muy variables dependiendo del diseño de los mismos y el tipo de pacientes seleccionados.

- Van Rooijen *et al* (2), identificaron la resección del tumor primario como factor pronóstico de mayor supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP)
- Lam-Boer *et al* (3) concluyen que la resección paliativa del primario aumenta significativamente la supervivencia, independientemente de otros factores, e insisten en que debe tomarse en consideración sobre todo en pacientes jóvenes sin comorbilidades.
- Faron *et al* (4) revisaron de forma retrospectiva los datos de 810 pacientes incluidos en 4 ensayos clínicos de primera línea de quimioterapia. Observaron que los pacientes sometidos a cirugía del tumor primario presentaban mayor supervivencia libre de progresión, especialmente aquellos pacientes con menor nivel de CEA (carcinoembryonic antigen) más bajo y tumor primario de localización rectal.
- Mestier *et al* (5) revisaron retrospectivamente el impacto de la cirugía del primario en la supervivencia y la calidad de vida de

208 pacientes, además de las características que podrían favorecerlas. La conclusión fue que los pacientes operados presentaban una mayor supervivencia, pero se trataba de los pacientes más jóvenes, con menos comorbilidad y CEA más bajo.

- Venderbosch *et al* (6), también detectan -en un análisis retrospectivo-una mayor supervivencia en el grupo de pacientes con resección del tumor primario, además de una menor tasa de complicaciones.
- El Japan Clinical Oncology Group (7), no consiguió demostrar que la cirugía del primario impactara significativamente en la supervivencia con respecto al tratamiento sistémico. De hecho, la evidencia de ausencia de beneficio llevó a suspender el estudio.
- Más recientemente, Kanemitsu *et al* (8) no pudieron tampoco demostrar mayor supervivencia en los pacientes operados antes del tratamiento sistémico frente a aquellos que solo recibieron quimioterapia, aunque sí que reportan una menor morbilidad en el primer grupo.
- Igualmente, Alwadi *et al* (9) concluyen que la resección del primario no influye en la supervivencia global, aunque es necesaria en caso de complicaciones como obstrucción o sangrado.
- El estudio retrospectivo de Poultsides *et al* (10), llevado a cabo entre los años 2000 y 2006 y que contó con la participación de 233 pacientes, concluyó que la mayoría de los pacientes que reciben quimioterapia no requieren cirugía paliativa del primario.
- En el ámbito español, el Grupo Español de Tratamiento de Tumores Digestivos (Gómez-España *et al*) (11) comunicó en el Congreso de la Sociedad Española de Oncología Médica 2021 su estudio retrospectivo de 1634 pacientes asintomáticos con cáncer de colon y metástasis sincrónicas, con datos de supervivencia claramente mejores en el 48% que fueron operados del primario.

Como se puede ver, los trabajos son contradictorios, si bien los estudios más recientes y fiables concluyen que la resección del primario no mejora el

pronóstico. Estos datos apoyan el uso de quimioterapia, sin resección profiláctica de rutina, como la práctica estándar apropiada para pacientes sin obstrucción ni hemorragia en el contexto de enfermedad metastásica.

Sin embargo, en la práctica clínica las opiniones son variables en función de la experiencia clínica o de la costumbre. En la práctica clínica habitual en nuestro centro parece ser más habitual evitar la cirugía del primario en principio, pero no tenemos datos concretos, por lo que surge el presente trabajo. Nos preguntamos cuáles son los criterios para optar por una opción u otra y los resultados de esas elecciones.

2. Hipótesis y Objetivos:

Con base en la idea de que es posible obviar la cirugía del primario en pacientes con cáncer colorrectal metastásico sin que repercuta en los resultados clínicos, nos planteamos los siguientes objetivos.

- Analizar las diferencias en supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) en pacientes con cáncer de colon metastásico según hayan sido o no intervenidos de entrada del tumor primario.
- Estudiar posibles factores pronósticos (biológicos, relacionados con el paciente, con el tumor y con el tratamiento) asociados a mayor o menor supervivencia global en ambos grupos.
- Comparar la tasa de complicaciones en pacientes con cáncer de colon metastásico según hayan sido o no intervenidos de entrada del tumor primario.

3. Material y métodos

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio de cohortes observacional analítico retrospectivo transversal.

Ámbito y lugar de estudio:

Los datos se obtuvieron del servicio de Oncología Médica de un hospital terciario a partir de la base de datos de primeras visitas del Servicio.

Población de estudio:

Pacientes diagnosticados de cáncer de colon / recto estadio IV con metástasis sincrónicas y que han recibido tratamiento antineoplásico en el servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Santa Lucía (HGUSL) de Cartagena entre los años 2018 y 2021. Este Servicio es de referencia también para el Hospital Los Arcos del Mar Menor (HULAMM).

Variables del estudio

Se estudiaron las variables sociodemográficas y variables pronósticas y predictivas en relación al paciente, al tumor y al tratamiento:

- Edad, sexo e IMC del paciente
- Estado funcional (Charlson y ECOG) al diagnóstico (anexo 1 al final: Charlson y escala ECOG)
- Fecha de diagnóstico
- Síntomas al diagnóstico
- Localización del tumor primario (colon derecho, izquierdo o recto)
- Fecha de primera visita en Oncología
- Estado mutacional RAS y BRAF
- Número y localización de las lesiones metastásicas

- Parámetros analíticos al diagnóstico (hemoglobina, leucocitos, neutrófilos, proteínas, albúmina, LDH, PCR), incluyendo marcadores tumorales (CEA, Ca 19.9)
- Necesidad de colocación de prótesis colónica
- Tipo de tratamiento antineoplásico sistémico incluyendo uso de tratamiento biológico
- Toxicidad del tratamiento
- Complicaciones derivadas del tumor
- Fecha y motivo de intervención quirúrgica (urgente, programada)
- Complicaciones derivadas de la cirugía
- Fecha de progresión
- Fecha de exitus
- Causa de exitus

Análisis estadístico

La estadística descriptiva se ha realizado mediante el software Jamovi (<https://www.jamovi.org>) y de RStudio (<http://www.r-project.org>) mediante cálculo de porcentaje e intervalos de confianza en las variables cualitativas, y de medias, mediana, rango y desviación estándar en las cualitativas.

El análisis de supervivencia global y supervivencia libre de progresión (SLP) se ha evaluado mediante regresión de riesgos proporcionales de Cox multivariable (también con RStudio). Las covariables incluidas se han escogido de forma teórica teniendo en cuenta los factores pronósticos conocidos en cáncer colorrectal (ECOG, ratio neutrófilo-linfocito, mutaciones KRAS/NRAS/BRAF, cirugía del tumor primario y niveles de CEA), restringiendo las covariables a lo que admite el modelo. Se ha tenido en cuenta que la cirugía es una variable dependiente del tiempo cuyo estado se actualiza durante el seguimiento. La supervivencia libre de progresión se define como el periodo de tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la progresión o muerte. El tiempo hasta la progresión es el periodo desde el inicio del tratamiento hasta la progresión, sin tener en cuenta la muerte como evento competitivo. La supervivencia global abarca desde el inicio de la terapia hasta la muerte.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité ético de investigación del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena el 25 de febrero de 2022.

Se solicitó exención del consentimiento informado dado que se trata de un trabajo fin de grado que conlleva un estudio observacional retrospectivo sin intervención sobre los pacientes, con nulo riesgo para ellos, sin que consten datos personales de los pacientes en la tabla de recogida de datos (una vez recogidos, los sujetos se identificaron con un número no relacionable con los datos personales).

4. Resultados

En el Sº de Oncología Médica del HGUSL de Cartagena se valoraron, entre 2018 y 2021, 203 pacientes diagnosticados de CCR con metástasis sincrónicas (no corresponden a todos los diagnosticados, únicamente los remitidos al servicio), con una media de 50 pacientes por año. Tras excluir los pacientes con datos importantes incompletos y los que no cumplían criterios (por haberse tratado de forma paliativa o en otros hospitales), analizamos un total de 133 pacientes, 105 procedentes del HGUSL, 21 del Hospital Los Arcos del Mar Menor y 5 de otros centros.

Las características descriptivas de la población se resumen en la **Tabla 1**.

84 pacientes eran varones (63,1%) y 49 mujeres (36,8%), con mediana de edad al diagnóstico de 67 años.

El ECOG más frecuente al diagnóstico fue de 0 - 1 (el 76%), mientras que el 24% presentaba un peor estado general (ECOG mayor o igual a 2).

Los datos respecto al índice de masa corporal (IMC) se detallan en la tabla 1.

Un 77% de los pacientes presentó síntomas al diagnóstico: el 18% debutó con obstrucción o suboclusión intestinal, el 45% con anemia o sangrado, el 13% con dolor y el 1,5% (2 pacientes) con perforación intestinal.

Respecto a la localización del tumor primario, encontramos un igual número en colon derecho e izquierdo (39% respectivamente) y una menor proporción en recto (21%).

Respecto al número y localizaciones metastásicas, la mayoría presentó metástasis en una única localización (65%). En lo referente a la localización anatómica, destacaron las hepáticas (70,7%) y peritoneales (29%).

Un 38% de los tumores fue K-RAS mutado, 5% N-RAS mutado y 10% B-RAF mutado.

El 52% de los pacientes fue intervenido quirúrgicamente. De estos, el 34% se sometió a cirugía inicial: 17 de ellos de urgencia (38%) y 27 programados (60%). El 18% se operó posteriormente de forma evolutiva.

Analizando esta población, todos los pacientes que se operaron de urgencia presentaron síntomas, de ellos el más frecuente fue la oclusión o suboclusión. Lógicamente, la perforación intestinal (infrecuente) fue considerada un criterio de intervención urgente. El resto de síntomas (anemia/hemorragia y dolor) no fueron considerados criterios fundamentales de intervención quirúrgica, como tampoco la obstrucción intestinal de por sí, cuando pudo ser solventada con la colocación de prótesis colónica (16 casos, 12%). El síntoma más frecuente entre los pacientes intervenidos de forma programada y de aquellos no intervenidos fue la anemia/hemorragia. La presencia de síntomas por tanto no fue considerada un criterio fundamental para la cirugía, pero sí que influyó la gravedad de los mismos. La perforación fue considerada el síntoma más grave y la anemia/hemorragia el menos grave.

Del total de los pacientes diagnosticados en el HGUSL (n=104), fueron intervenidos el 50% (n=52); de los diagnosticados en el HULAMM (n=21), se intervino el 62%.

De los pacientes intervenidos, el 17% desarrolló complicaciones, siendo la más frecuente en la mitad de los casos complicaciones no especificadas (otras fueron dehiscencia de suturas o infección).

En el grupo de pacientes no intervenidos, un 59% desarrolló una complicación derivada del tumor, siendo un 46% obstrucción intestinal, y en menor porcentaje perforación, dolor y anemia / sangrado.

Respecto al tratamiento sistémico administrado, el 77% recibió quimioterapia y el 53% tratamiento biológico (34,6% antiangiogénico y el 17.3% anti-EGFR). Un 45% de los pacientes presentó toxicidad de grado mayor o igual a 3, con ingreso por este motivo.

Análisis de supervivencia

De los 133 pacientes seleccionados, se analizó la supervivencia de 125, por ausencia de datos en 8 de ellos. Se registraron 64 eventos de muerte y 81 de progresión. De estos, 32/64 (50%) fallecieron por el tumor, 6 por otras causas y 23 por causa desconocida. La mediana de supervivencia global fue de 17,5 meses (IC95%=15.5-28.0), la mediana de supervivencia libre de progresión de 10,6 meses (IC95%=8.7-13.5) y la mediana de seguimiento en vivos de 24,4 meses (IC95%=14.0-31.6).

Pasando al estudio de la supervivencia libre de progresión y supervivencia global estratificadas por las variables estudiadas, se obtuvieron los resultados recogidos en las **Tablas 2, 3 y 4** y se detallan a continuación. Las **Tablas 5, 6, 7 y 8** resumen los tipos de intervención quirúrgica según presentación clínica, localización del tumor primario y hospital de procedencia.

Efecto de la cirugía del tumor primario sobre la supervivencia

Respecto a la cirugía del tumor primario, en el análisis univariable estos pacientes parecen presentar una mayor SG cuando se operan (**Figura 1**). Sin embargo, en el modelo de Cox multivariable (**Tablas 2 y 3**), se observa que no impacta de forma estadísticamente significativa sobre la SG ($p=0,906$) ni sobre la SLP ($p=0,261$). Esto se explica por los sesgos de selección, ya que habitualmente se intervienen los pacientes con mejor estado general, menor comorbilidad y menor carga tumoral.

El análisis multivariante detectó diferencias en cuanto al tiempo a la progresión con una Hazard Ratio de 0.41 ($p=0.037$, IC 95%=0.18-0.95) según intervención o no del tumor primario (**tabla 4**). Probablemente el motivo por el que encontremos estos resultados dispares se deba a que existan pacientes en los que no consta en la historia clínica progresión pero sí han fallecido (y es presumible que bastantes murieran en progresión).

Factores que influyen en la supervivencia

En el análisis univariable, la **edad** y el **índice de masa corporal** inciden de forma estadísticamente significativa en la supervivencia global. Divididos los datos en terciles, los pacientes con IMC mayor o igual 33 presentaron peor supervivencia (**Fig. 3**), así como los mayores de 75 años (**Fig.4**).

En el análisis multivariante no se incluyeron todas las variables por falta de potencia estadística para más de 5 covariables.

Una mayor **ratio neutrófilo-linfocito** mostró asociarse de manera estadísticamente significativa con un mayor riesgo de muerte ($p<0.001$) y una menor supervivencia libre de progresión ($p=0.007$).

De la misma manera, el **mayor número de localizaciones de metástasis** se relacionó con una menor supervivencia global ($p=0,045$), con un intervalo de confianza 1.00-1.79.

Comparando el grupo de pacientes con mejor estado general (ECOG 0-1) con el grupo con ECOG mayor o igual a 2, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la SG y la SLP.

La presencia de las mutaciones KRAS, NRAS o BRAF tampoco se asoció a diferencias significativas en la supervivencia.

5. Discusión

En nuestra serie, la población de pacientes intervenida (69/133) muestra una mejor supervivencia global, pero no está claro que pueda atribuirse a la cirugía del primario. Es posible que se deba a un sesgo de selección, ya que los pacientes intervenidos tenían en general una enfermedad de mejor pronóstico y eran más jóvenes, aunque este dato no se haya visto reflejado en la media de edades, lo que puede deberse a que algunos pacientes muy añosos fueran operados por presentar complicaciones que hicieran ineludible la intervención.

En los otros estudios revisados, aquellos de tipo retrospectivo como el nuestro mostraron resultados similares, relacionando la cirugía del primario con una mayor supervivencia. En cambio, los estudios aleatorizados no han encontrado diferencias entre ambos grupos.

Respecto a los factores que pueden influir en la supervivencia, en nuestra serie el mayor índice neutrófilo-linfocito y el mayor número de localizaciones metastásicas parecen ser factores con impacto negativo en la supervivencia global, lo cual resulta muy interesante y puede ser un factor determinante a la hora de seleccionar pacientes para cirugía.

La literatura revisada para éste trabajo no da ningún dato sobre este índice, un novedoso marcador inflamatorio que ha empezado a estudiarse en los últimos años y que se ha relacionado con una mayor tasa de complicaciones y una menor supervivencia global en los pacientes con cáncer, constituyéndose como un factor de riesgo independiente.

Respecto a la edad >75 años y la obesidad con IMC >33, sería necesario incluirlos en el análisis multivariante para considerarlos verdaderos factores pronóstico, aunque sería lógico que tuvieran influencia.

Con relación a las complicaciones presentadas, las derivadas de la cirugía son escasas en relación con la elevada frecuencia de complicaciones relacionadas con el tumor en los pacientes no operados. Esto orienta a que, si bien no impacta la cirugía en la supervivencia, sí tiene impacto en la comorbilidad y calidad de vida de los pacientes. Por supuesto, haría falta realizar una encuesta de calidad de vida validada a los pacientes operados y no operados para poder corroborar esta impresión.

Revisando la serie, parece concluirse que los pacientes operados en general son aquellos que presentan síntomas urgentes al diagnóstico o bien aquellos más jóvenes y con mejor pronóstico aparente. Este no es un criterio firme, dado que hemos observado que varía entre los dos hospitales analizados, cuyos servicios de cirugía muestran distintas formas de proceder. No hemos podido analizar datos de supervivencia por ser muy pequeña la muestra procedente de uno de los hospitales.

Limitaciones del estudio

Nuestro estudio muestra una serie de limitaciones al ser de tipo retrospectivo, con un tamaño muestral pequeño, y con un posible sesgo de selección respecto a los pacientes operados. Además, en algunos de ellos faltan datos importantes, aunque en general los datos perdidos son pocos. La mediana de seguimiento de los pacientes, sin embargo, de 24 meses en los vivos, aporta calidad a la serie.

Sería interesante, con un mayor número de pacientes, analizar factores que en nuestra serie parecen influir en la SG, como el IMC y la edad, y otros que no parecen incidir. También resultaría interesante hacer un estudio prospectivo más amplio estratificando los pacientes por ratio neutrófilo-linfocito, que es una variable muy sencilla de obtener, y por número de localizaciones metastásicas.

6. Conclusión

1.- En pacientes diagnosticados de cáncer de colon con metástasis sincrónicas no se puede concluir que la cirugía del tumor primario sea un factor que mejore la supervivencia global ni libre de enfermedad aunque efectivamente los pacientes operados tienen mejor supervivencia.

2.- El índice neutrófilo/linfocito y número de localizaciones metastásicas parecen ser factores pronóstico independientes para la supervivencia global de los pacientes intervenidos del tumor primario, lo cual puede resultar de utilidad clínica para la selección de pacientes candidatos a cirugía.

3.- Las complicaciones derivadas de la cirugía son escasas en relación con la elevada frecuencia de complicaciones relacionadas con el tumor en los pacientes no operados. Ésto nos hace pensar que si bien no impacta la cirugía en la supervivencia, sí tiene impacto en la comorbilidad y calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Gómez-España MA, Gallego J, Gonzalez-Flores E, Maurel J, Páez D, Sastre J, Aparicio J, Benavides M, Feliu J, Vera R. SEOM clinical guidelines for diagnosis and treatment of metastatic colorectal cancer (2018). *Clinical and Translational Oncology* (2019) 21:46–54
2. K.L. van Rooijen, Q. Shi, K.K.H. Goey, J. Meyers V. Heinemann, E. Diaz-Rubio, E. Aranda, A. Falcone et al Prognostic value of primary tumour resection in synchronous metastatic colorectal cancer: Individual patient data analysis of first-line randomised trials from the ARCAD database, *European Journal of Cancer* 91 (2018) 99-106
3. Jorine 't Lam-Boer, Lydia G. Van der Geest, Cees Verhoef, Marloes E. Elferink, Miriam Koopman and Johannes H. de Wilt. Palliative resection of the primary tumor is associated with improved overall survival in incurable stage IV colorectal cancer: A nationwide population-based propensity-score adjusted study in the Netherlands. *Int. J. Cancer* 139 4(2016) , 2082–2094
4. Matthieu Faron, Jean-Pierre Pignon, David Malka, Abderrahmane Bourredjem, Jean-Yves Douillard, Antoine Adenis, Dominique Elias, Olivier Bouché, Michel Ducreux. Is primary tumour resection associated with survival improvement in patients with colorectal cancer and unresectable synchronous metastases? A pooled analysis of individual data from four randomised trials. M. Faron et al. / *European Journal of Cancer* 51 (2015) 166–176
5. Louis de Mestier, Gilles Manceau, Cindy Neuzillet, Jean Baptiste Bachet, Jean Philippe Spano, Reza Kianmanesh, Jean Christophe Vaillant, Olivier Bouché, Laurent Hannoun, Mehdi Karoui. Primary tumor resection in colorectal cancer with unresectable synchronous metastases: A review. *World J Gastrointest Oncol* (2014); 6(6): 156-169
6. Sabine Venderbosch, Johannes H. de Wilt, Steven Teerenstra, Olaf J. Loosveld,, Aart van Bochove, Harm A. Sinnige, MD, Geert-Jan M. Creemers, Margot E. Tesselaar et al. Prognostic Value of Resection of Primary Tumor in Patients with Stage IV Colorectal Cancer: Retrospective Analysis of Two Randomized Studies and a Review of the Literature. *Ann Surg Oncol* (2011) 18:3252–3260
7. George J. Chang. Primary Tumor Resection in Colorectal Cancer With Synchronous Unresectable Metastasis: Time to End the Debate? *J. Clin. Oncol* (2021) 39: 1095-1098
8. Yukihide Kanemitsu, Kohei Shitara, Junki Mizusawa, Tetsuya Hamaguchi, Dai Shida, Koji Komori, Satoshi Ikeda, Hitoshi Ojima et al. Primary Tumor Resection Plus Chemotherapy Versus Chemotherapy Alone for Colorectal Cancer Patients With Asymptomatic, Synchronous

- Unresectable Metastases (JCOG1007; iPACS): A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol* (2021) 39: 1098-1107
9. Zeinab Alawadi, Uma R Phatak, Chung-Yuan Hu, Christina E Bailey, Y. Nancy You, Lillian S. Kao, Nader N Massarweh, Barry W. Feig et al. Comparative Effectiveness of Primary Tumor Resection in Patients with Stage IV Colon Cancer. (2017); 123(7): 1124–1133
 10. George A. Poultsides, Elliot L. Servais, Leonard B. Saltz, Sujata Patil, Nancy E. Kemeny, Jose G. Guillem, Martin Weiser, Larissa K.F. Temple et al. Outcome of Primary Tumor in Patients With Synchronous Stage IV Colorectal Cancer Receiving Combination Chemotherapy Without Surgery As Initial Treatment. *J Clin Oncol* (2009) 27:3379-3384.
 11. Gómez España A., Muñoz M., Falcó E., Sánchez A., Yubero A., García Carbonero R., La Casta A., Reina J. et al. Cirugía inicial del tumor primario (CITP) y supervivencia en el cáncer colorrectal metastásico sincrónico según la localización del tumor primario y el estado de RAS: análisis combinado del grupo español de tratamiento de los tumores digestivos (2021); Comunicación oral. Congreso SEOM virtual, 18-22/oct/2021.

Tablas y figuras

Tabla 1: Características de los pacientes

	N (%)
Edad , mediana (rango)	67 (36-92)
Sexo	
Varones	84 (63.1)
Mujeres	49 (36.8)
ECOG PS	
0	23 (17.8)
1	75 (58.1)
2	21 (16.3)
3	6 (4.7)
4	4 (3.1)
Desconocido	4
IMC , mediana (rango)	25 (17-41.6)
Localización del primario	
Colon derecho	52 (39.1)
Colon izquierdo	52 (39.1)
Recto	29 (21.8)
Metástasis hepáticas	
Únicas	12 (10)
Múltiples	81 (61)
Metástasis pulmonares	
Únicas	5 (4)
Múltiples	31 (23)
Metástasis peritoneales	
Únicas	3 (2)
Múltiples	35 (26)
Nº localizaciones metastásicas , mediana (rango)	1 (0-5)
Ratio neutrófilo-linfocito	3.8 (0.7-21.9)
CEA	61 (1.5-7008)
Albúmina	3.8 (2-4.7)
Mutaciones	
KRAS	51 (38)
NRAS	7 (5)
BRAF	13 (10)
Hemoglobina	11.5 (5.5-17.8)
Cirugía del primario	
<u>Sí</u>	<u>69 (52)</u>
Urgente	17(24,6)
Programada	27 (39)
Evolutiva	24 (24,7)
Desconocido	1(1)
<u>No</u>	<u>64 (48)</u>
Síntomas al diagnóstico	
Obstrucción/suboclusión	103(77)
Anemia/Sangrado	24 (18)
Perforación	60(45)
	2(1)

Tabla 2. Efecto de la cirugía del tumor primario sobre la supervivencia global

Variable	HR (IC 95%)	p-valor
Cirugía 1º	0.94 (0.39-2.26)	0.906
ECOG PS≥2	1.56 (0.84-2.92)	0.156
Ratio neutrófilo-linfocito	1.11 (1.06-1.16)	<0.001
Mutaciones KRAS/NRAS/ BRAF	0.87 (0.52-1.44)	0.596
Nº localizaciones	1.34 (1.00-1.79)	0.045

Tabla 3: Efecto de la cirugía del tumor primario sobre la supervivencia libre de progresión.

Variable	HR (IC 95%)	p-valor
Cirugía 1º	0.66 (0.33-1.34)	0.261
ECOG PS≥2	1.46 (0.86-2.47)	0.153
Ratio neutrófilo-linfocito	1.06 (1.02-1.11)	0.007
Mutaciones KRAS/NRAS/ BRAF	0.99 (0.63-1.57)	0.996
Nº localizaciones	1.21 (0.94-1.55)	0.130

Tabla 4. Efecto de la cirugía del primario sobre el tiempo a la progresión.

Variable	HR (IC 95%)	p-valor
Cirugía 1º	0.41 (0.18-0.95)	0.037
ECOG PS≥2	1.06 (0.53-2.12)	0.851
Ratio neutrófilo-linfocito	1.04 (0.97-1.11)	0.226
Mutaciones KRAS/NRAS/ BRAF	1.48 (0.80-2.73)	0.201
Nº localizaciones	1.07 (0.75-1.52)	0.699

Tabla 5. Frecuencia de tipos de intervención quirúrgica

Cirugía inicial		Evolutiva	No cirugía
Urgente	Programada		
17 (12.8)	27 (20.3)	24 (18)	64 (48.1)
*Se desconoce este dato en 1 paciente			

Tabla 6. Frecuencia de presentación clínica en los diferentes tipos de cirugías

	Urgente	Programada	No cirugía inicial
Asintomático	0	7	22
Obstrucción/suboclusión	10	6	8
Anemia/hemorragia	2	13	45
Dolor	3	1	13
Perforación	2	0	0

Tabla 7. Frecuencia de intervención quirúrgica según localización del tumor primario

	Urgente	Programada	No cirugía inicial
Recto	3	2	24
Colon derecho	10	15	27
Colon izquierdo	4	10	37

Tabla 8. Frecuencia de intervención quirúrgica según hospital de procedencia

	Urgente	Programada	Evolutiva	No cirugía inicial
HGUSL	16	16	20	52
HULAMM	1	9	3	8
Otros	0	1	1	3

Figura 1: Supervivencia global según cirugía del primario

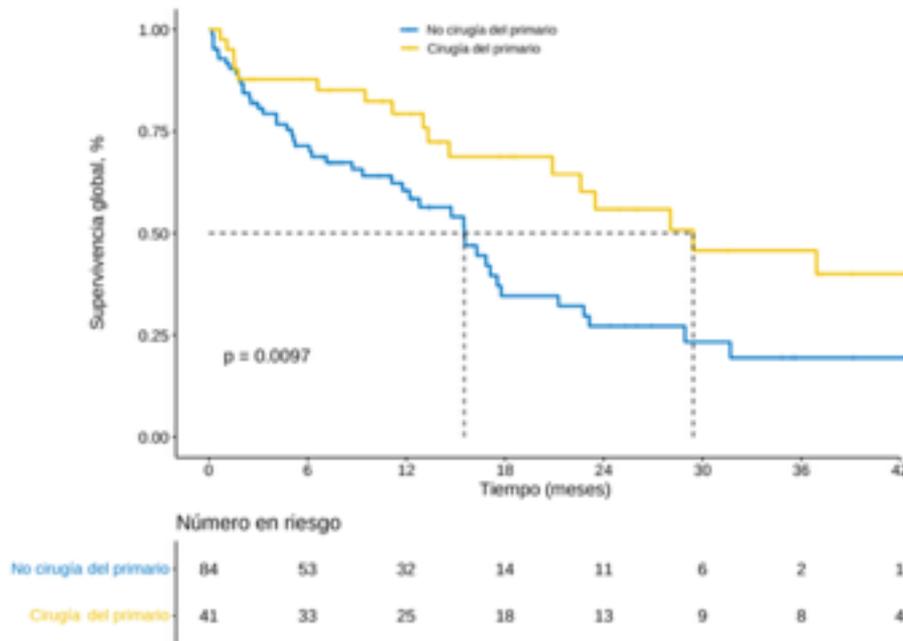


Figura 2: Supervivencia libre de progresión según cirugía del primario

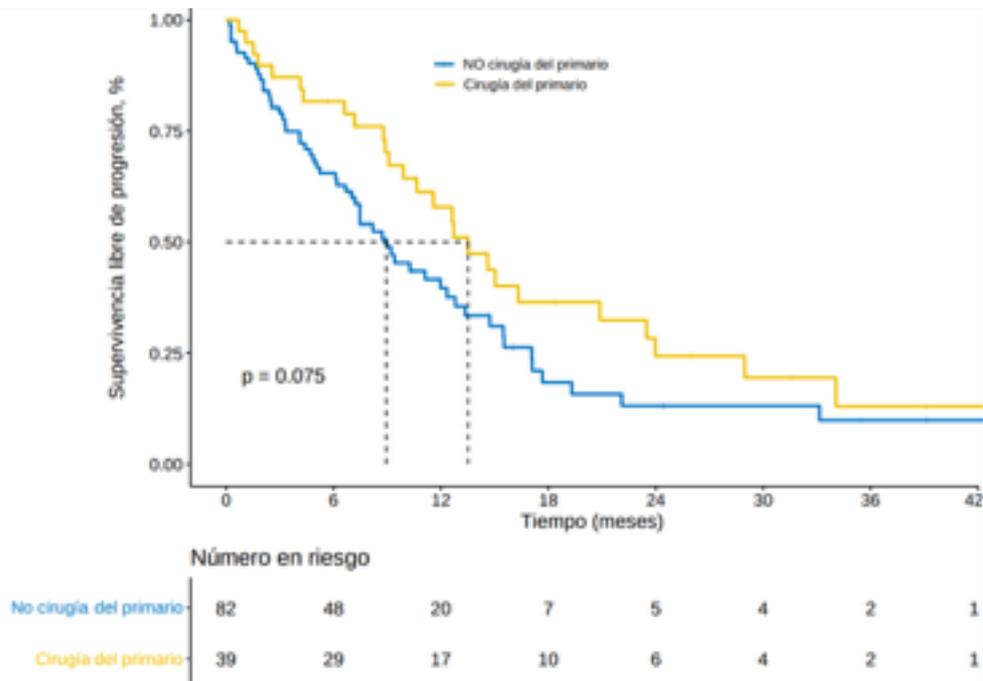


Figura 3. Influencia del IMC en la supervivencia global

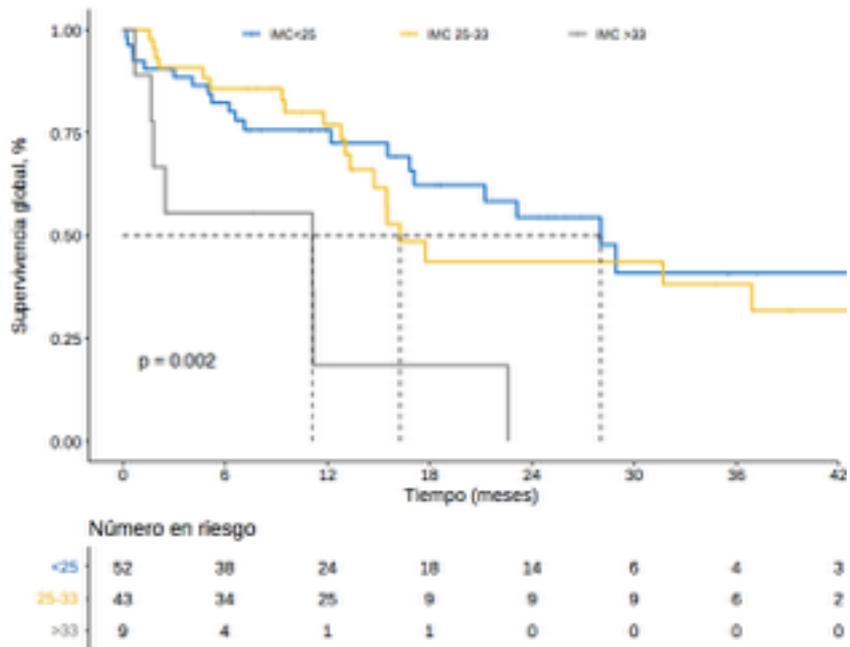
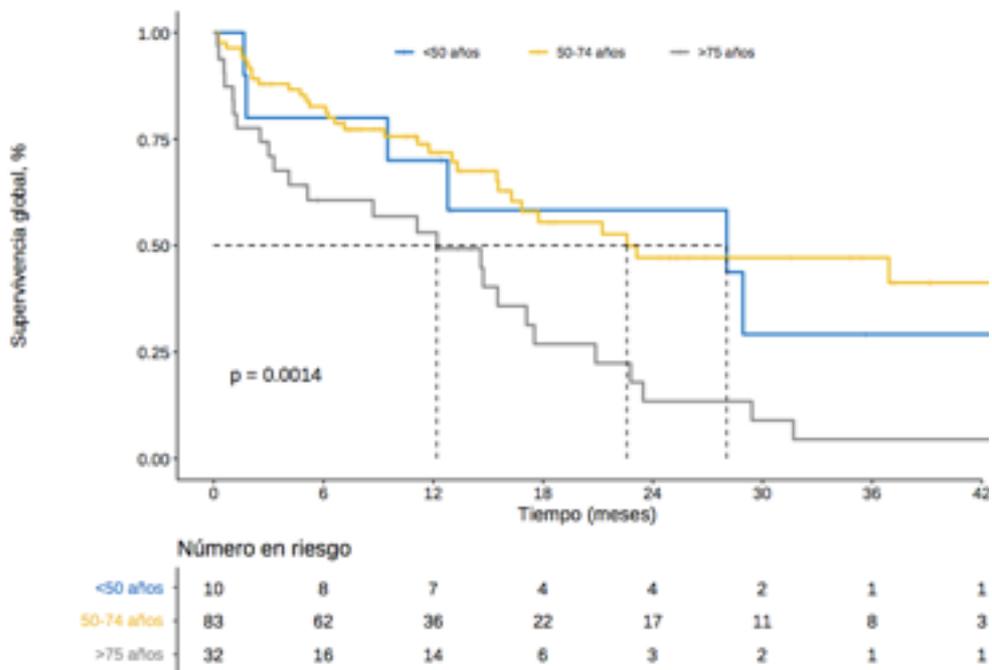


Figura 4. Influencia de la edad en la supervivencia global



ANEXOS

1. Índice de estado general ECOG

ECOG	Grado
Actividad normal, sin limitaciones.	0
Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico. Capaz de realizar trabajos ordinarios.	1
Ambulatorio y capacidad de llevar a cabo autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto.	2
Capacidad para llevar a cabo algún autocuidado. Acostado/sentado más del 50% del tiempo despierto.	3
Incapacidad total. Acostado/sentado el 100% del tiempo despierto.	4
Exitus	5

2. Índice de comorbilidad de Charlson

Patología	Puntuación asignada
Infarto agudo de miocardio	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar crónica	1
Enfermedad reumática	1
Úlcera péptica	1
Enfermedad hepática leve	1
Diabetes leve a moderada	1
Diabetes con complicaciones crónicas	2
Hemiplejía o paraplejía	2
Enfermedad renal	2
Tumores malignos	2
Enfermedad hepática moderada o grave	3
Tumor sólido metastásico	6
SIDA	6

3. Dictamen del Comité ético de investigación clínica



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

D^a Laly Gómez Sannicolás, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Sta. M^a del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud

CERTIFICA QUE,

1º El CEI este CEI en reunión celebrada el 22/02/22 ha evaluado la propuesta del Promotor/investigador referida al estudio:

Tipo de estudio:

Cod. Protocolo	Nº EudraCT
No consta	No procede
Tratamiento del cáncer colorrectal con metástasis irresecables con quimioterapia sin resección del primario: análisis de las complicaciones relacionadas con el tumor	
Versión Protocolo	Febrero-22
Promotor:	<i>No procede</i>

Evaluando los aspectos del estudio requeridos por la legislación vigente:

- La realización del estudio en el Área II/VIII de salud es pertinente.
- El estudio cumple con los requisitos reglamentarios correspondientes al tipo de estudio.
- El diseño del estudio es adecuado para obtener las conclusiones objetivo del mismo.
- Los criterios de selección y retirada de los sujetos están indicados y son adecuados.
- Requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad de los investigadores y los medios disponibles apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiera con el respeto a los postulados éticos.

En base a lo expuesto este comité emite el siguiente dictamen:

INFORME FAVORABLE

Investigador y Centros:

D/D^a Nuria Pellicer Sánchez.

Lo que firmo en Cartagena, 25 de febrero de 2022.

Fdo.: D^a Laly Gómez Sannicolás

CEI.22-07. TFG-Nuria_Pellicer_Sanchez

1 de 2



C/ Mezquita s/n, Paraje los Arcos
Barrio de Santa Lucía, 30202 - Cartagena - Murcia
TF 968 110752 hgusinvestigacion@gmail.com

1º Tras revisar y evaluar sujetos a las medidas de prevención ante la Covid-19, se decidió emitir el informe correspondiente al proyecto de Investigación anteriormente referido.

2º El CEI de las Áreas II y VIII tanto en su composición, como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

4º La composición actual del CEIC que ha evaluado la propuesta fue la siguiente:

Presidente:	D. A. Javier Trujillo Santos	Médico Adjunto Medicina Interna/Infecciosa.
Vicepresidente:	D. José Valverde Molina.	Jefe Servicio, 5ª Pediatría
Secretaria:	Dª Laly Gómez Sannicolás,	Secretaria Unidad Investigación.
Vocales:	D. José M. Bueno Ortiz,	Médico Adjunto Centro de Salud de Fuente Álamo.
	D. Francisco Sánchez Rodríguez	Responsable Farmacia, adscrito a la GAP Área II.
	D. Blas García Rojo	Médico Adjunto Servicio Anestesiología y Reanimación.
	D. Federico Soria Arcos	Médico Adjunto Servicio Cardiología.
	Dª Mª Teresa Roldán Chicano	Enfermera Diplomada.
	Dª Ruth L. Manrique Medina	Médico Adjunto Gerencia A. Primaria. Técnico de Salud
	D. Carlos F. Fernández Ferrer	Licenciado en Derecho
	D. Luis Escondrillas Gómez	Responsable Farmacia del HGUSL
	D. Eduardo Osuna Carrillo de	Catedrático Medicina Legal y Forense.
	Albornoz	Médico adjunto 5ª Pediatría, Vocal C. Bioética, Hospital
	D. Manuel Jesús Cuenca Burgos	HULAMH.
	D. Carlos F. Fernández Ferrer	Ldo. en Derecho.

* En el caso de que se evaluara algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

4. Comunicación 1 enviada al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oncología Médica SEOM 2022

Título (250 caracteres):

¿Es posible seleccionar pacientes con cáncer colorrectal y metástasis sincrónicas que se beneficien de la cirugía inicial del tumor primario?

Autores:

Sofía Wikström Fernández - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Nuria Pellicer Sánchez – Graduada en Medicina. Universidad Católica de Murcia

Andrés Murillo Herrera - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Antía López Muñoz - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Eduardo Feliciangeli Moreno - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

María José Martínez Ortiz - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Jose Balsalobre Yago - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

María Isabel Luengo Alcazar - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Raúl Carrillo Vicente - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Paola Pimentel Cáceres - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Edith Rodríguez Braun - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

María Teresa García García - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Introducción y Objetivos

El 25% de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) presenta metástasis sincrónicas al diagnóstico. La cirugía del tumor primario en pacientes asintomáticos con metástasis sincrónicas irresecables (CTPm) es controvertida actualmente, y el hecho de realizarla o no depende mucho de la actitud del equipo quirúrgico. Hay pocos estudios sobre factores pronóstico que puedan ayudar a tomar la decisión de operar o no el primario en pacientes asintomáticos. Algunos factores descritos son el ECOG, estado mutacional y número de localizaciones metastásicas(1). Un factor que cada vez adquiere más peso es el índice neutrófilo-linfocito (INL) que, a mayor valor, se relaciona con estados proinflamatorios del tumor y peor pronóstico(2).

Nuestro objetivo es detectar factores que permitan poder seleccionar pacientes para cirugía inicial del primario en esta situación.

Material y Métodos

Se realiza un estudio observacional retrospectivo, incluyendo los pacientes con CCR y metástasis sincrónicas tratados en el servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena entre los años 2018 y 2020. Se analizaron las variables recogidas en la Tabla 1. mediante RStudio(3).

La asociación entre la cirugía del tumor primario con la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLE) se ha evaluado mediante regresión de riesgos proporcionales de Cox multivariable. Las covariables incluidas se han escogido teniendo en cuenta los factores pronósticos conocidos en CCR (ECOG, INL, mutaciones KRAS/NRAS/BRAF, cirugía del tumor primario y los niveles de CEA)

Resultados

Se recogieron 133 pacientes y se analizaron los datos de supervivencia de 125, por ausencia de datos en 8 de ellos. Se registraron 64 eventos de muerte y 81 de progresión. La mediana de SG fue de 17.5 meses (IC 95%: 15.5-28.0) y la mediana de SLE de 10.6 meses (IC 95%: 8.7-13.5). La mediana de seguimiento en vivos fue de 24.4 meses (IC 95%, 14.0-31.6). En la tabla 1 se detallan los resultados en relación al efecto de la cirugía y otras variables sobre la SG y SLE, destacando los resultados estadísticamente significativos relacionados con el INL y el número de localizaciones metastásicas.

Conclusión

El índice neutrófilo-linfocito y número de localizaciones metastásicas parecen ser factores pronóstico independientes para la SG de los pacientes intervenidos del tumor primario, lo cual puede resultar de utilidad clínica para la selección de pacientes candidatos a cirugía.

5. Comunicación 2 enviada al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oncología Médica SEOM 2022

Título (250 caracteres):

Análisis de las características clínicas y complicaciones en relación a la resección o no del tumor primario en pacientes con cáncer colorrectal metastásico en nuestro centro.

Autores:

Sofía Wikström Fernández - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Nuria Pellicer Sánchez – Graduada en Medicina. Universidad Católica de Murcia

Andrés Murillo Herrera - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Eduardo Feliciangeli Moreno - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Paola Pimentel Cáceres - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Edith Rodríguez Braun - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Antía López Muñoz - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Lucía Prada Remeseiro - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Ana Fernández Sánchez - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

María Teresa García García - Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

Introducción y Objetivos

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia más frecuente en occidente y es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Al diagnóstico, el 25% de los pacientes presentan metástasis. No está claro el papel de resección del tumor primario en pacientes con metástasis no reseccables o asintomáticos pues, aunque en estudios retrospectivos parece mejorar el pronóstico, los pacientes operados suelen tener mejor situación clínica o menor carga tumoral. Los estudios prospectivos aleatorizados no han demostrado beneficio.

El objetivo es analizar nuestra serie de pacientes con metástasis sincrónicas al diagnóstico de CCRm y describir la evolución y complicaciones según hayan sido o no intervenidos de entrada del tumor primario.

Material y Métodos

Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo incluyendo los pacientes con CCR metastásico sincrónico tratados en el servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena entre 2018 y 2020. Se analizaron las variables recogidas en la Tabla 1, mediante el software Jamovi(2).

Resultados

Se incluyeron 133 pacientes con las características y datos relacionados a la intervención quirúrgica recogidas en la tabla 1. Se intervinieron 69 pacientes (51,8%), la mayoría de manera inicial y de forma programada. Respecto a los pacientes que se intervinieron inicialmente, la mayoría eran de localización en colon derecho (55%) y sintomáticas (82%). De los pacientes no intervenidos de manera inicial, el 17% precisó colocación de prótesis colónica.

El 17% de los pacientes intervenidos desarrolló complicaciones mientras que en el grupo de no intervenidos, un 59% desarrolló una complicación derivada del tumor (46% obstrucción intestinal).

Conclusión

En nuestra población, las complicaciones derivadas de la cirugía son escasas en relación con la elevada frecuencia de complicaciones relacionadas con el tumor en los pacientes no operados, por lo que la resección del primario parece tener impacto en la comorbilidad y calidad de vida de los pacientes.

