CIR ESP. 2022;100(Espec Congr 2):186

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-150 - GRADO DE DIFERENCIACIÓN CELULAR Y SU RELACIÓN CON LA ESTADIFICACIÓN TUMORAL

Cabezudo Molleda, Guillermo; Jezieniecki Fernández, Carlos; Ruiz Soriano, María; Gómez Sanz, Tania; García Vera, Juan Carlos; Redondo Villahoz, Elizabeth; Herreros Rodríguez, José; Beltrán de Heredia Y Rentería, Juan

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Aunque en los últimos años se está observando un descenso paulatino en la incidencia del cáncer gástrico, este continúa siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo. Hoy en día, la cirugía continúa jugando un papel fundamental en el tratamiento del cáncer gástrico, aunque el tratamiento quimioterápico perioperatorio, administrado antes y después de la cirugía, ha demostrado mediante ensayos clínicos un aumento de la supervivencia global y libre de enfermedad en estadios II-IV (M0). Aunque la estadificación TNM se basa en el análisis patológico de la pieza resecada, se hace necesaria una estadificación clínica inicial, en el momento del diagnóstico de la enfermedad, que nos permita decidir la mejor estrategia terapéutica, siendo la ecoendoscopia, la tomografía computarizada y la tomografía por emisión de positrones las pruebas de elección para esta estadificación, utilizando la biopsia, únicamente, con el fin de determinar la naturaleza histológica de la lesión.

Objetivos: Analizar el grado de diferenciación celular y su relación con la estadificación tumoral valorando si esta relación nos ayudaría a mejorar la estadificación preoperatoria mediante la biopsia.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo, entro los pacientes intervenidos por cáncer gástrico en un hospital de tercer nivel, en el periodo comprendido entre enero de 2012 y noviembre de 2020, incluyendo a aquellos pacientes que han sido sometidos a gastrectomía por adenocarcinoma gástrico potencialmente resecable. Analizando variables como: la edad, el sexo, el grado de diferenciación tumoral y la estadificación TNM, y la relación entre las mismas.

Resultados: Datos de 150 pacientes (N = 150), con una media de edad de 70 años, de los cuales 21 se encontraban en estadio I (14,8%), 48 en estadio II (33,8%), 61 en estadio III (43%), 12 en estadio IV (8,5%), y 8 no pudieron ser incluidos por falta de datos. Del total de cánceres anaplásicos (47 pacientes) en la muestra de anatomía patológica 6 (12,8%) se encontraban en estado I, 13 (27,7%) en estadio II, 18 (38,3%) en estadio III, y 10 (21,3%) en estadio IV. En cambio cuando el resultado anatomopatológico resulta un cáncer bien diferenciado (95 pacientes), 15 (15,8%) se encontraban en estado I, 35 (36,8%) en estadio II, 43 (45,3%) en estadio III, y 2 (2,1%) en estadio IV. Vemos que en los tumores anaplásicos la frecuencia de estadio IV es mucho mayor que en los cánceres diferenciados. (p = 0,002) de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: Estos datos sugieren que la identificación de un cáncer anaplásico en la biopsia preoperatoria indica un mayor grado de agresividad, y como tal debería tenerse en cuenta para la planificación del tratamiento, ya que en el momento actual el carácter indiferenciado del cáncer solo se tiene en cuenta para la extensión de la resección, pero no para la indicación de tratamiento quimioterápico perioperatorio.

0009-739X © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados