



## O-077 - ESTUDIO CARCINOMA cT1-T2N0 GÁSTRICO: IMPORTANCIA DE ECOENDOSCOPIA Y TC ABDOMINAL EN LA ESTADIFICACIÓN PREOPERATORIA

M.C. Miranda Murua, M.C. Yáñez, A. Artajona Rosino, P. Sánchez Acedo, A. Vesga Rodríguez, A. Tarifa Castilla y J. Herrera Cabezón

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** Desde la implantación del protocolo de tratamiento de carcinoma gástrico, realizamos laparoscopia de estadificación y neoadyuvancia a tumores cT3-4 o N+ en pacientes no ancianos sin comorbilidad. El tratamiento quirúrgico como primer tratamiento lo realizamos en cT1-2 N0, y la estadificación se realiza mediante ecoendoscopia y Tc abdominal. A veces nos encontramos discordancia entre cTNM y pTNM. El objetivo este trabajo es estudiar nuestra serie de carcinoma cT1-2N0 atendiendo la concordancia de las pruebas diagnósticas con los resultados histológicos definitivos y su implicación en la supervivencia.

**Métodos:** Serie retrospectiva de 292 pacientes, cT1-2 N0 tratados quirúrgicamente y diagnosticados mediante biopsia por gastroscopia y estudio de extensión mediante TC abdominal. En 38% se realizó ecoendoscopia. Se estudia mediante estudio bivalente la relación entre tipo tratamiento quirúrgico, complicaciones, éxitos, pTNM, y el estado actual al finalizar el estudio. Se realiza estudio de supervivencia de la serie mediante curvas de Kaplan Meier. Se realiza estudio de sensibilidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para ecoendoscopia y TC así como su implicación en la supervivencia.

**Resultados:** 292 pacientes cT1-2N0M0. Media de edad 68,71 ( $23,92 \pm 12,1$ ). Los resultados se presentan en la tabla 1. En el estudio ganglionar global fue N1 en 46% de los casos, 56% en el grupo sin ecoendoscopia y 26% en el grupo de ecoendoscopia (tabla 2). 113 pacientes fueron estudiados mediante ecoendoscopia. En el estudio de la T la sensibilidad fue 57% y VPP 62%, no hubo concordancia en 48% y fue por infraestadificación 35 casos (63%). La infraestadificación ocurrió más en T2 que en T1 ( $p = 0,000$ ) y ésta tiene impacto en la supervivencia ( $p = 0,022$ ). La sensibilidad para N fue de 73% y VPN 73%. Estudiadas T y N conjuntamente, no hay concordancia en 61,9% y en el 60% es por infraestadificación. En el grupo de TC la sensibilidad para T fue del 75% y para N del 24%. La infraestadificación ocurrió en 46 pacientes (40%) y la supervivencia es menor en los infraestadificados.

Tabla 1			
Ecoendoscopia	Tipos IQ	Estadio definitivo	Estado actual

Normal	1 (0,8%)	GST	124 (42%)	IA	97 (33%)	Exitus	104 (35%)
uT0	3 (2,63%)	GT	141 (48%)	II	56 (19%)	Exitus sin enf	43 (15%)
uTis	6 (5,3%)	G. ampliada	28 (9%)	III	74 (25,2%)	Perdido	4 (1,3%)
uT1N0	49 (43%)			IV	29 (9%)	Sano	137 (46%)
uT2N0	54 (48%)					Vive con enf	5 (1,7%)

Resultados estadísticos con significación estadística entre variables							
	p		p		p		p
Edad-ASA	0,002	IQ-complicaciones	0,02	Sup-Edad	0,001	ILE-edad	0,001
Edad-tipo resección	0,004	IQ-exitus	0,0024	Sup-N +	0,001	ILE-N+	0,001
Edad-estado actual	0,009			Sup-Complicaciones	0,001	ILE-Complicaciones	0,002
				Sup-Estadio definitivo	0,001	ILE-Estadio definitivo	0,001

**Conclusiones:** La supervivencia y el ILE están relacionados con la edad, afectación ganglionar, complicaciones y estadio definitivo. La supervivencia de la serie ha sido 61,6%. El 46% sobrevivió con una mediana de seguimiento de 52,06 meses. En el estudio por ecoendoscopia T2 es donde se producen más discordancias mayormente por infraestadificación. La infraestadificación en ecoendoscopia ha tenido implicación terapéutica y en la supervivencia.