



O-137 - TUMOR NORMAL INTERFACE (TNI). UN NUEVO FACTOR PRONÓSTICO HISTOLÓGICO EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL

V. Borrego-Estella¹, A. Serrablo¹, I. Molinos-Arruebo¹, S. Saudi-Moro², L. Ligorred-Padilla¹, I. Talal-El Abur¹, G. Inaraja-Pérez¹ y C. Hörndl-Argarate¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital General San Jorge, Huesca.

Resumen

Objetivos: Las pruebas radiológicas preoperatorias tras QT-neoadyuvante sobreestiman la respuesta a la QT en las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) por lo que la viabilidad tumoral real vendría determinada por el examen histológico. Por este motivo, la respuesta histopatológica a la QT se ha propuesto como uno de los factores pronósticos más importantes. La mayoría de las células tumorales residuales se localizan en la interfase (TNI) entre la MH y el parénquima sano. Nuestra hipótesis es que existe correlación entre la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) en aquellos paciente resecados por MHCCR tras QT neoadyuvante en función del TNI.

Métodos: Estudio retrospectivo clínico-histológico a partir de una base de datos completada de forma prospectiva de 150 pacientes consecutivos sometidos a resección hepática con intención curativa (183 RH) por MHCCR sincrónicas/metacrónicas en hospital de tercer nivel y en equipo multidisciplinar (seguimiento mínimo de 24 meses). Dividimos la muestra en dos cohortes en función de si recibieron QT-neoadyuvante (n = 74, 49,3%) o no (n = 76, 50,7%) para evaluar comparativamente la respuesta histopatológica a la QT. Codificación de 94 variables: datos filiación, datos CCR, datos diagnóstico-resección MH, datos afectación extrahepática, datos seguimiento-recurrencia, datos histopatológicos-inmunohistoquímicos. El patólogo desconocía los hallazgos clínicos-radiológicos y realizó cortes de 4 mm en la muestra, fijación en formol-parafina, tinción con hematoxilina-eosina midiendo el máximo espesor tumoral de forma perpendicular a la MH. Se realizó un análisis univariante/multivariante-regresión-Cox mediante programa SPSS™-15.0 considerando p-valor 0,05 como estadísticamente significativo. Las variables categóricas-cualitativas se compararon por un test- χ^2 y las continuas con un test-T-Student para detectar diferencias entre los dos grupos. Las complicaciones postoperatorias (incluyendo mortalidad) se definieron a 90 días según la clasificación Clavien-Dindo 2004-2009. Realizamos curvas de SG y SLE a 1-3-5 Kaplan-Meier de la serie global y por factores pronósticos comparadas por logrank-test tras la primera hepatectomía.

Resultados: Los pacientes que recibieron QT-neoadyuvante fueron más jóvenes (p = 0,020), mayor invasión ganglionar tras resección del CCR-primario (p = 0,002), estadio CCR más avanzado (p = 0,001), más MH sincrónicas (p 0,001) y con enfermedad-extrahepática (p 0,001) y mayor número de hepatectomías mayores (p = 0,002). El 88,2% presentaban un TNI > 0,5 mm (84,7% en el grupo de neoadyuvancia vs 91,7% en no-neoadyuvancia) y el 11,2% presentaban TNI 0,5 mm (15,3% en el grupo de neoadyuvancia vs 8,3% en de no-neoadyuvancia) (p = 0,197). Este hallazgo puede reflejar un retraso en el efecto de la QT sistémica en tumores indetectables ya que un porcentaje significativo (72,4%) en el grupo de no-QT-neoadyuvante

completó la QT-adyuvante tras la resección del tumor primario. Las tasas de SG-SLE en el grupo con TNI > 0,5 mm (84,7% paciente con neoadyuvancia) y el grupo con TNI 0,5 mm (15,3% pacientes con neoadyuvancia) fueron 81,8% vs 47,1% (p = 0,036), 58,4% vs 25,3% (p = 0,014). La mediana de seguimiento de SG y de SLE fue 43,8 y 35,6 meses. El bajo número de pacientes de nuestra serie ha impedido realizar un análisis multivariante.

Conclusiones: El espesor tumoral medido en el TNI es potencialmente un nuevo factor pronóstico de la supervivencia y recurrencia en pacientes resecados por MHCCR pero no permite determinar la respuesta a la QT-neoadyuvante.