



P-004 - EL TUMOR NORMAL INTERFACE ES NUEVO FACTOR PRONÓSTICO DE LA SUPERVIVENCIA Y RECURRENCIA EN PACIENTES RESECADOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL PERO NO DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA A LA QT NEOADYUVANTE

V. Borrego-Estella¹, A. Serrablo¹, I. Molinos-Arruebo¹, S. Saudi-Moro², G. Inaraja-Pérez¹, L. Ligorred-Padilla¹, I. Talal-El Abur¹ y C. Hörndler-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 SPSSTM-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 log rank-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 $\geq 0,5$ 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.