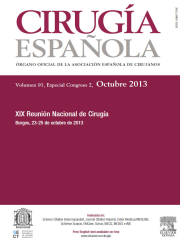




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-382 - LA PRESENCIA DE PSEUDOCÁPSULA FIBROSA PERITUMORAL NO INFLUYE EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL Y NO ES UN MARCADOR FIABLE DE RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA

S. Saudi Moro, V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, M. Gracia Mateo, G. Inaraja Pérez, I. Talal El-Abur, J.L. Moya Andia, M. Pérez Sánchez Cuadrado, M. Beltrán Martos, C. Hörndler Argarate y A. Serrablo Requejo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: La presencia de pseudocápsula fibrosa peritumoral en el estudio-anatomopatológico ha sido considerada como un factor de buen pronóstico en los pacientes intervenidos por metástasis hepáticas de adenocarcinoma colorrectal (MHCCR), ya que actúa como una barrera física-química frente a la invasión local del tumor. Analizaremos si su presencia ha influido en la supervivencia y/o recurrencia de nuestra serie.

Métodos: Estudio retrospectivo clínico-histopatológico 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 confirmadas histológicamente 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 y tinción con hematoxilina-eosina midiendo la pseudocápsula como aquella capsula fibrosa regular con espesor $\geq 0,5$ mm en todo el contorno de la MH. Se realizó un análisis univariante/multivariante-regresión-Cox mediante programa SPSS™-15.0 considerando p -valor $< 0,05$ significativo. Las variables categóricas-cualitativas se compararon por test- χ^2 y las continuas con test t-Student para detectar diferencias entre los dos grupos. Las complicaciones postoperatorias (incluyendo mortalidad) se definieron a 90 días según 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 ($p = 0,002$). De los 147 pacientes la pseudocápsula estaba presente en 25 pacientes (17%). De los 74 pacientes que habían recibido QT-neoadyuvante 60 (80,1%) no presentaban pseudocápsula vs 14 (18,9%) que sí. Grupo sin neoadyuvancia, por 63 (84,9%) que no presentaban pseudocápsula vs 11 (15,1%) en los que sí. La SG a 5 años de los 25 pacientes con pseudocápsula no ha sido distinta de la de los 122 pacientes que carecían de ella (59,4 vs 56,6%, $p = 0,568$). Lo mismo ocurrió al evaluar la SLE a 5 años (28,8 vs 34,3%, $p =$

0,535). Al evaluar comparativamente las dos cohortes de pacientes en función de recibir o no QT neoadyuvante a la resección hepática, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia de pseudocápsula fibrosa ($p = 0,534$). Además, dentro del grupo de neoadyuvancia, tampoco influyó su presencia ni sobre la supervivencia a 5 años (50 vs 53%, $p = 0,413$) ni sobre la supervivencia libre de enfermedad a 5 años (0 vs 34%, $p = 0,132$).

Conclusiones: En nuestra serie la presencia de pseudocápsula fibrosa, no se comportó como un marcador pronóstico de respuesta a la neoadyuvancia y no se asoció a una mayor agresividad biológica tumoral ni a un peor pronóstico.