



O-130 - EL GRADO DE RESPUESTA PATOLÓGICA (PRG) DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORRECTAL EN LOS PACIENTES TRATADOS CON NEOADYUVANCIA DEBE CONTEMPLARSE DE FORMA RUTINARIA EN EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. NUESTRA EXPERIENCIA MULTIDISCIPLINAR TRAS 183 RESECCIONES HEPÁTICAS EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: La respuesta histopatológica a la QT neoadyuvante se propone como uno de los factores pronósticos más importantes tras resección de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR). El objetivo de este estudio fue correlacionar los resultados clínicos a largo plazo con los tres componentes de la respuesta patológica (fibrosis, necrosis y células tumorales viables) tras la resección hepática en pacientes con MHCCR tratados con o sin neoadyuvancia.

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 histológica 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 mismo patólogo realizó toda la revisión de las muestras y desconocía los hallazgos clínicos-radiológicos. Realizó cortes de 4 mm, fijación formol-parafina, tinción hematoxilina-eosina. El grado de respuesta patológica (PGR) se determinó como la suma de porcentajes de las células tumorales viables (< 10%, Chun 2009), la necrosis (? 50%, Rubbia-Brandt 2007-2010) y la fibrosis (? 40%, Poultides 2012). Se analizó la asociación entre la respuesta patológica, sus componentes, la QT neoadyuvante, la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de enfermedad (SLE). 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 un logrank-test tras la primera hepatectomía.

Resultados: El estudio histopatológico del grupo QT-neoadyuvante ($n = 74$) vs grupo no-QT neoadyuvante ($n = 76$) mostró áreas con mayor porcentaje de fibrosis ? 40% ($p = 0,046$) y menor viabilidad de células

tumorales ($p = 0,047$). En el grupo de NAC: Necrosis $\geq 50\%$ (SG a 5 años: 80 vs 38,7%, $p = 0,004$; SLE a 5 años: 51,1 vs 23,9%, $p = 0,025$); Células tumorales viables $< 10\%$ (SG a 5 años: 76,9 vs 47,2%, $p = 0,041$; SLE a 5 años: 48,5 vs 28,3%, $p = 0,044$). Por el contrario la fibrosis $\geq 40\%$ no se comportó como un factor pronóstico de supervivencia (27,8 vs 56,6%, $p = 0,142$) ni de recurrencia (25 vs 33,2%, $p = 0,239$).

Conclusiones: El grado de respuesta patológica (PGR) del estudio histopatológico de la muestra basado en una necrosis $\geq 50\%$ y en una celularidad tumoral viable $< 10\%$ ha sido un factor predictor de supervivencia y recurrencia en los paciente con MHCCR. La fibrosis a diferencia de la necrosis ha sido un marcador biológico-histopatológico de respuesta a la neoadyuvancia por lo que la realización de biopsia-preoperatoria podría estar indicada para determinar qué grupo de pacientes se va a beneficiar más de un tratamiento multidisciplinar agresivo. Son necesarios ensayos prospectivos-aleatorizados con mayor tamaño muestral para confirmar los resultados de nuestro estudio.