



## O-007 - TUMOR BUDDING Y OTROS FACTORES PRONÓSTICOS DEL CÁNCER COLORRECTAL

*M. Labalde Martínez, F.J. Labrador, S. Pinto, J. Carlin, A. Golitsin y J. García-Parreño*

*Hospital Universitario, Guadalajara.*

### Resumen

**Introducción:** El tumor budding (TB) o desdiferenciación focal son agrupaciones microscópicas de células indiferenciadas tumorales situadas por delante del borde invasor de la lesión. Su presencia en alto grado es un factor de mal pronóstico independiente del CCR. El objetivo de este trabajo es determinar si el grado de TB está asociado con otros factores pronósticos del CCR.

**Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 43 pacientes (27 varones y 16 mujeres) con una edad media de 73,4 años (27-91) intervenidos por CCR desde abril-2012 a febrero-2013. El tumor se localizó en: colon derecho en 12 casos (28%), transverso en 4 (9%), izquierdo en 3 (7%), sigma en 13 (30%) y recto en 11 (26%). Se realizaron 13 (30%) hemicolectomías derechas, 3 (7%) resecciones intestinales, 3 (7%) hemicolectomías izquierdas, 13 (30%) sigmoidectomías, 1 (2%) amputación abdominoperineal, 8 (19%) resecciones anteriores bajas y 2 (5%) Hartmann. El método histológico utilizado para determinar la presencia de TB fue el descrito por Nakamura en 2008. El análisis estadístico se realizó con el programa G-Stat2.0. Las diferencias se consideraron significativas si  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En relación al TB 11 (26%) casos fueron clasificados como alto grado y 32 (74%) como bajo grado. Con respecto a la clasificación TNM la serie se distribuye de la siguiente manera: T1 (1 caso), T2 (4 casos), T3 (24 casos), T4 (14 casos); N0 (24 casos), N1 (12 casos), N2 (7 casos); M0 (36 casos), M1 (7 casos). Se demostró invasión linfática en 15 (35%) casos, vascular en 10 (23%), perineural en 17 (40%) y depósitos aislados tumorales en 11 (26%). El patrón de crecimiento tumoral fue expansivo en 17 (39%) e infiltrativo en 26 (61%). Se evidenció reacción linfocitaria tumoral en 23 (53%) casos. La presencia de TB de alto grado se asocia de forma significativa a la presencia de ganglios linfáticos invadidos por tumor ( $p = 0,027$ ), patrón de crecimiento infiltrativo ( $p = 0,016$ ), invasión linfática ( $p = 0,02$ ), vascular ( $p = 0,043$ ), perineural ( $p = 0,009$ ) y depósitos tumorales aislados ( $p = 0,01$ ). El TB de bajo grado se relaciona con la presencia de reacción linfocitaria peritumoral ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** El TB está relacionado con la transición epitelio-mesénquima en la que las células tumorales adquieren capacidad de migración e invasión. El TB de alto grado es un factor de mal pronóstico independiente en el CCR, se asocia a otros factores de mal pronóstico como se ha descrito en este trabajo y condiciona peores tasas de supervivencia y tiempos libres de enfermedad más cortos. La relevancia clínica del análisis de TB radica en que permite identificar un subgrupo de pacientes con CCR de peor pronóstico, particularmente en estadio II, en los que ajustar la estrategia terapéutica para aumentar la supervivencia. El TB bajo grado se asocia a factores de buen pronóstico como la reacción linfocitaria peritumoral ya que ésta puede promover la destrucción de las células de TB. La aplicación práctica de estas investigaciones consiste

en la posibilidad de desarrollar terapias inmunes que aumenten la reacción inflamatoria dirigida contra las células de TB y mejorar el pronóstico de los pacientes.