



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-129 - Adenocarcinoma Gástrico uT2: ¿lo estamos tratando bien?

Torres Alfonso, José Ramón; Posada, María; Barambio, Javier; López, Irene; Salcedo, Gabriel; Vorwald, Peter; García-Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: La quimioterapia neoadyuvante ha demostrado su utilidad en el tratamiento del cáncer gástrico localmente avanzado permitiendo aumentar las tasas de supervivencia global. Generalmente, se recomienda su administración para estadios a partir de IIA (? uT3 y/o uN+), si bien existen guías clínicas que plantean su utilización en estadios más precoces, siendo un tema todavía controvertido. Es por este motivo que una adecuada estadificación preoperatoria es fundamental. Actualmente la ecoendoscopia (EUS) constituye la prueba de elección en la estadificación loco-regional del cáncer gástrico, aunque en la literatura se describen valores muy heterogéneos respecto a su precisión diagnóstica (56,9-87,7%). Este estudio pretende analizar las características y el diagnóstico anatomopatológico definitivo de los pacientes estadificados de forma preoperatoria por EUS como uT2 en nuestro centro, y que por lo tanto no reciben quimioterapia neoadyuvante, de cara a valorar si sería necesario modificar el esquema de tratamiento y plantearse la neoadyuvancia.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes intervenidos de cáncer gástrico en nuestro centro entre los años 2009 y 2017. Se recogen datos de la EUS preoperatoria y del estudio anatomopatológico definitivo.

Resultados: Se diagnosticaron 31 casos de adenocarcinoma gástrico estadificado preoperatoriamente como uT2. 14 (45%) fueron uT2N0 y 17 (55%) uT2N+. En nuestro centro la sensibilidad de la EUS en cuanto a la valoración de la N se encuentra en torno al 45%, por lo que es la valoración ecoendoscópica de la T lo que se toma como referencia principal a la hora de indicar la neoadyuvancia. No obstante, cuatro pacientes estadificados como uT2N+ que presentaban adenopatías significativas en el TC recibieron neoadyuvancia. Los 27 pacientes restantes fueron directos a cirugía. Dos casos fueron irresecables por descubrirse carcinomatosis intraoperatoriamente. El estudio anatomopatológico definitivo de los 25 casos sometidos a cirugía de entrada analizándolo por estadios fue el siguiente: 8 (32%) casos fueron estadio IA (3 casos pT1aN0, 5 casos pT1bN0), 5 (20%) casos estadio IB (2 casos pT2N0, 3 casos pT1bN1), 6 (24%) casos estadio IIA (3 casos pT3N0, 1 caso pT2N1 y 2 casos pT1bN2), 2 (8%) casos estadio IIB (1 caso pT3N1, 1 caso pT2N2), 3 (12%) casos estadio IIIA (1 caso pT3N2, 2 casos pT2N3a) y 1 (4%) caso IIIC (pT4aN3a). En base a estos resultados se infraestadificaron un 24% de los casos, que en realidad eran tumores localmente avanzados que se hubieran beneficiado del tratamiento neoadyuvante.

Conclusiones: La diferenciación preoperatoria entre T2 y T3 continúa siendo un reto en el tratamiento de cáncer gástrico. El riesgo de infraestadificación plantea la cuestión de si se debería administrar de forma sistemática neoadyuvancia en estadios más precoces de la enfermedad. Los datos de nuestra serie reflejan un

24% de infraestadificación pero, ¿es justificable sobretratar al 76% de los pacientes? Parece complicado poder justificarlo. Es realizar más estudios para tratar de identificar grupos de pacientes que se puedan beneficiar de la neoadyuvancia, a la vez que seguir avanzando en las técnicas diagnósticas para una correcta estadificación preoperatoria de los pacientes.