



P-139 - ¿LA CLASIFICACIÓN DE CURABILIDAD DE LA JRSGC AFECTA A LA SUPERVIVENCIA EN NUESTRA POBLACIÓN O EL TNM SOLO ES REALMENTE SUFFICIENTE?

Ovejero Merino, Enrique; López García, Adela Petra; Mendoza Moreno, Fernando; Gómez Sanz, María de los Remedios; Marcos, Ruth; Lasa Unzúe, Inmaculada; Furtado Duarte Lobo Gonçalves, Isabel María; Gutiérrez Calvo, Alberto José

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: En el cáncer gástrico, la clasificación de "curabilidad" en A-B-C ha sido abandonada y sustituida por la de "enfermedad residual" (R0-R1-R2), pero todavía se usa en Asia. Nos planteamos si la "curabilidad", tal y como se evalúa intraoperatoriamente, aporta alguna información sobre la supervivencia estimada por pTNM de un paciente, tras cirugía gástrica con intención radical.

Métodos: Nuestro programa comenzó en 1988 (hace 31 años). Desde el primer paciente se han recogido, prospectivamente, todos los casos. 565 intervenidos con intención curativa. Todos los casos se han codificado simultáneamente según el TNM postoperatorio (pTNM) y según la clasificación japonesa (JRSGC). En el presente trabajo, hemos estratificado los pacientes por TNM y por curabilidad, calculando las supervivencias estimadas y la posible significación estadística de las diferencias. La clasificación de curabilidad fue descrita por la JRSGC: "Curabilidad A": T = sin tumor residual, con N = sin linfadenopatía o limitada a los ganglios cercanos al tumor, y con M = sin metástasis. "Curabilidad B": T = sin tumor residual, pero no cumple el resto de criterios de curabilidad A. "Curabilidad C": tumor residual.

Resultados: Se presentan en la tabla:

pTNM (postoperatorio)	Media meses (global)	Superviv.5 años (%)	Superv. 10 años (%)
	A (n = 200) B (n = 202) C (n = 159)	A (n = 200) B (n = 202) C (n = 159) A (n = 200)	B (n = 202) C (n = 159) A (n = 200) B (n = 202) C (n = 159)
Curabilidad = resección completa	204 109		
IA = T1 N0	(170- 237) (40- 176)	83,5	66,7 - 74,2 55,6 -

IB = T2 N0, T1 N1	178 (131-225)	104 (35- 172)	-	71,8	55,6	-	61,5	55,6	-
IIA = T3 N0, T2 N1, T1 N2	137 (90-183)	137 (97- 176)	17 (0- 33)	77,8	62	0	70,4	54	0
IIB = T4a N0, T3 N1, T2 N2, T1 N3a-N3b	88 (63-112)	54 (29- 80)	17 (0- 50)	77,8	40	0	72,2	33,3	0
IIIA = T4a N1, T3 N2, T2 N3a-N3b	96 (38-155)	126 (92- 160)	12 (6- 18)	54,5	59,6	0	45,5	51,1	0
IIIB = T4b N0-1, T4a N2, T3 N3a- N3b	16 (7-24)	55 (33- 76)	37 (11- 63)	50	32,4	10,7	50	20,6	10,7
IIIC = T4b N2-N3a-N3b, - T4a N3a-N3b		21 (0-44)	20 (0- 46)	-	33,3	0	-	22,2	0
IV = M1	-	42 (20- 64)	24 (15- 33)	100	37,9	11,6	100	34,5	10,7
Global	183 (157-209)	100 (82- 118)	25 (17- 33)	78	50	10,1	69,5	42,1	9,4
Log rank 0,041	Log rank 0,000	Log rank 0,87	Log rank 0,01	Log rank 0,002	Log rank 0,934	Log rank 0,008	Log rank 0,000	Log rank 0,924	

Conclusiones: En nuestra serie, tras cirugía gástrica con intención radical, la supervivencia media de los pacientes, estratificada por curabilidad: Difiere de modo significativo para curabilidad A-B. No lo hace para curabilidad C: un "mejor" TNM no predice más supervivencia. La resección completa es mandatoria para que la clasificación TNM prediga correctamente supervivencia. TNM da menos información sola que cuando se estratifica con curabilidad. Hasta el 70% con "curabilidad A" y estadios I y II viven > 10 años.