



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-08 - VALOR PRONÓSTICO DE LA INVASIÓN VASCULAR LINFÁTICA Y HEMÁTICA EN ESTADIOS I-IIA DEL CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS

Muñoz Molina, G.M.; Fra Fernández, S.; Cabañero Sánchez, A.; Cavestany García-Matres, C.; Caballero Silva, U.; Saldaña Garrido, D.; Moreno Mata, N.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Objetivos: Conocer el valor pronóstico de la adición de factores anatomopatológicos a la clasificación TNM actual y determinar su capacidad para mejorar la estratificación de riesgo de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro entre 1 enero 2010 y el 1 mayo 2019 por carcinoma pulmonar de células no pequeñas. Se excluyen los pacientes que fallecen durante el primer mes posoperatorio. Se siguen los pacientes hasta 1 de junio del 2021 para recoger datos acerca de mortalidad y su causa, presencia de recidiva y fecha de las mismas. Se estadifican todos los pacientes conforme a la 8ª edición TNM. Junto a las variables clínicas, se recogen datos acerca del tratamiento y los factores anatomopatológicos a analizar (invasión vascular sanguínea y linfática, invasión perineural, necrosis tumoral, estroma inflamatorio). Se estudia la asociación entre las variables anatomopatológicas y los eventos recidiva y muerte con el modelo de regresión de Cox de riesgos proporcionales. Se realizaron análisis univariante y multivariante. Se ha calculado el Hazard ratio de cada variable. Finalmente se ha calculado el índice Harrell, para demostrar cómo la adición de alguno de estos factores mejora la capacidad pronóstica.

Resultados: Un total de 479 pacientes han sido analizados. La supervivencia global media es de 56,93 meses. La supervivencia libre de enfermedad media es de 50,02 meses. La supervivencia específica por tumor a los 3, 5 y 10 años fue 94, 86 y 77%. La supervivencia libre de enfermedad a los 3, 5 y 10 años fue de 81, 76 y 69%. El análisis multivariante mostró que la supervivencia específica estaba significativamente relacionada con la clasificación TNM ($p < 0,000$), la invasión vascular hemática (HR 2,65 $p < 0,001$) y la invasión vascular linfática (HR 2,31 $p < 0,011$). El índice de Harrell para el TNM era de 0,6197. Al añadir la invasión vascular hemática y linfática alcanzó el valor de 0,7013. Si se agrupaban ambos tipos de invasión en una única variable, como algunos autores realizan, alcanzó igualmente valores significativos, y consiguió un valor del índice de Harrell junto con la TNM de 0,7012. La supervivencia libre de enfermedad estaba relacionada en el análisis multivariante con la TNM ($p < 0,000$), la invasión vascular hemática (HR 1,61, $p = 0,030$), la invasión vascular linfática (HR 2,76, $p = 0,0001$) y la necrosis tumoral (HR 1,75, $p = 0,046$). El índice de Harrell pasó de 0,59 a 0,67. La agrupación de ambos tipos de infiltración vascular en una variable, mostró los mismos resultados, con índice de Harrell de 0,68.

Conclusiones: La inclusión de la invasión vascular hemática y linfática en la estratificación de los pacientes mejora el valor pronóstico de la TNM. Estos pacientes podrían beneficiarse de tratamientos complementarios dado su mayor riesgo de recidiva y muerte.