



P-004 - INFLUENCIA DE LA ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR EN LA SUPERVIVENCIA TRAS GASTRECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO: ¿ES EL SISTEMA TNM NUESTRA MEJOR HERRAMIENTA?

Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Moya, Miguel Ángel; Espadas Padial, Benjamina; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Actualmente, el sistema de estadiaje TNM de la UICC constituye una de las mejores herramientas pronósticas para evaluar la supervivencia tras cirugía curativa. Sin embargo, diversos estudios han demostrado una desventaja respecto a otras clasificaciones, ya que no tiene en cuenta el número de ganglios linfáticos (GL) resecaados. El objetivo fue evaluar los distintos sistemas de estadificación ganglionar y su influencia en la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG) tras gastrectomía curativa por CG.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a gastrectomía curativa por CG entre enero de 2009 y diciembre de 2014. Se recogieron datos demográficos, anatomopatológicos (clasificación TNM-pN- 8ª edición, GL resecaados, GL positivos) y de seguimiento. Se consideró una linfadenectomía subóptima o insuficiente cuando el número de GL resecaados fue < 16 . Los sistemas de estadificación ganglionar utilizados fueron: el ratio nodal (LNR) definido como la proporción de GL metastásicos divididos entre el total de GL resecaados; y el Log Odds de GL positivos (LODDS) definido como el ratio de GL positivos respecto a los negativos. Ambos se han clasificado acorde a publicaciones previas: $LNR1 \leq 0,28$ y $LNR2 (0,28 < LNR \leq 1)$; $LODDS0 < -1$, $LODDS1 (-1 \leq LODDS < -0,5)$, $LODDS2 (-0,5 \leq LODDS < 0)$, $LODDS3 (0 \leq LODDS < 0,5)$ y $LODDS4 \geq 0,5$. Se utilizó el test de Kaplan-Meier y log-rank para comparar la supervivencia entre grupos. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas mediante su mediana y rango intercuartílico. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 83 pacientes: 55 varones (66,3%) y 28 mujeres (33,7%); con una mediana de edad de 70 años (60-78). La mediana de seguimiento fue 43 meses (15-68). Se realizó linfadenectomía D2 en 45 pacientes (54,21%), y en 44 casos (53%) del total fue subóptima. El examen histopatológico definitivo reveló afectación ganglionar en 40 pacientes (48,2%): 3 (3,6%) fueron clasificados como N3b; 9 (10,8%) como N3a; 14 (16,9%) N2; y 14 (16,9%) como N1. 38 (45,78%) pacientes presentaban estadio III y 43 (51,8%) de los pacientes recidivaron durante el seguimiento. Respecto a la relación entre la SLE y los distintos sistemas de estadificación ganglionar, solo el LODDS pudo discriminar diferentes curvas de supervivencia para cada categoría (log rank = 10,507; $p = 0,033$). En los pacientes con linfadenectomía insuficiente, tanto LNR como LODDS mostraron una relación estadísticamente significativa ($p = 0,015$ y $p = 0,032$).

respectivamente). La relación entre los sistemas de estadificación y la SG viene expresada en la tabla.

Variable		SG al año	SG a los 3 años	SG a los 5 años	Log-rank	p
pN	N0	90%	78%	73,6%	29,083	< 0,001
	N1	70,6%	41,2%	34,3%		
	N2	71,4%	14,3%	14%		
	N3a	60%	33%	20%		
	N3b	33,3%	30%	0%		
LNR	LNR1	84,4%	59,4%	54,4%	20,118	< 0,001
	LNR2	50%	16,7%	5,4%		
	LODDS0	83,9%	60%	54,6%		
	LODDS1	80%	22,2%	20%		
LODDS	LODDS2	60%	22%	0%	24,231	< 0,001
	LODDS3	-	-	-		
	LODDS4	55,6%	20%	11,1%		

Conclusiones: En nuestra serie, los sistemas LODDS y LNR se definen como los principales sistemas de clasificación ganglionar predictores de recidiva, especialmente en pacientes con linfadenectomías insuficientes. Por ello, consideramos que pueden ser una alternativa fiable al sistema pN utilizado hasta ahora.