



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



OR-055 - CAMBIO EN EL PARADIGMA DE LA ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR: ¿CUMPLE EL SISTEMA RATIO NODAL SU OBJETIVO DE VALOR PRONÓSTICO?

Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Mogollón González, Mónica; Triguero Cabrera, Jennifer; Arteaga Ledesma, María; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

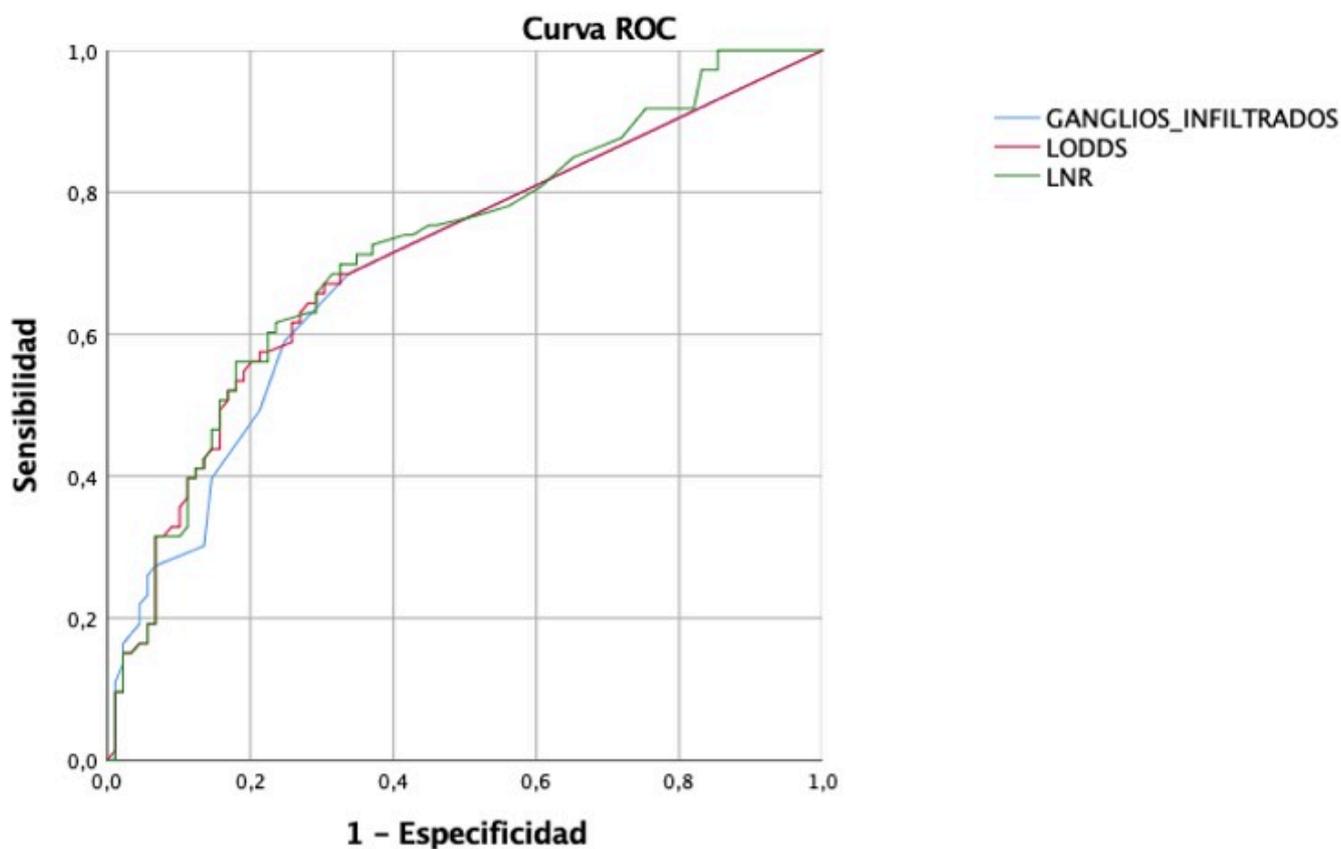
Objetivos: Valorar la eficacia del ratio nodal (LNR) como factor pronóstico de supervivencia en pacientes con cáncer gástrico, en comparación con el clásico sistema TNM (7ª edición) y el actual *log odds of positive lymph nodes* (LODDS).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico con pacientes sometidos a gastrectomía curativa por neoplasia gástrica entre enero 2010-diciembre 2016. Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica en el estudio anatomopatológico y los fallecidos en el posoperatorio inmediato. Se consideró como linfadenectomía insuficiente aquella que contaba con < 16 ganglios linfáticos resecaados (GLr). Los sistemas de estadificación ganglionar comparados fueron: el pN-TNM 7ª edición; el LNR definido como la proporción de ganglios linfáticos metastásicos (GLm) divididos entre el total de GLr; y LODDS definido como el ratio de GLm respecto a los negativos analizados. Ambos se han clasificado acorde a publicaciones previas: LNR1 $\leq 0,28$ y LNR2 ($0,28 < \text{LNR} \leq 1$); LODDS0 < -1, LODDS1 ($-1 \leq \text{LODDS} < -0,5$), LODDS2 ($-0,5 \leq \text{LODDS} < 0$), LODDS3 ($0 \leq \text{LODDS} \leq 0,5$). Se utilizó el test de Kaplan-Meier y *log-rank* para comparar la supervivencia entre grupos, empleando la curva ROC para determinar la fiabilidad del estudio. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes: 68 (62,4%) hombres y 41 (37,6%) mujeres con una mediana de edad de 70 (61-78,5) años y de seguimiento de 52 (22-65) meses. 45 (41,2%) pacientes presentaron linfadenectomías inadecuadas con tan solo un 8,4% de linfadenectomías óptimas ($\geq 29\text{GLr}$). 43 (39,4%) fueron linfadenectomías D1, 54 (49,5%) D2 y 11 (10,1%) D2 ampliada. Durante el seguimiento, 38 (34,8%) pacientes presentaron recidiva tumoral. El estudio de supervivencia global (SG) para los distintos sistemas de estadificación viene expresado en la tabla. Para la supervivencia global (SG), los tres sistemas de valoración de la afectación ganglionar podrían considerarse buenos predictores pronósticos según las curvas ROC, con AUC de 0,698, 0,721 y 0,706; respectivamente ($p < 0,001$). En los casos de linfadenectomías insuficientes, el sistema LNR fue el que mejor AUC obtuvo con un valor de 0,677 ($p 0,042$) (fig.). Respecto a la relación de los sistemas de clasificación con la supervivencia libre de enfermedad, todos ellos se consideraron válidos como predictores pronósticos para cada categoría (*log-rank* 10,507; 3,896 y 11,916; respectivamente. Atendiendo a los casos con linfadenectomías subóptimas tan solo el LNR y LODDS mostraron una relación estadísticamente significativa, siendo el sistema LNR el más fiable con una

AUC de 0,706 (p0,027).

Variable	n (%)	SG 1 ^{er} año	SG 3 ^{er} año	SG 5 ^o año	Log-rank	p	
pN	N0	56 (51,4)	92,6%	81,5%	77,2%	46,207	< 0,001
	N1	19 (17,4)	77,8%	50%	43,7%		
	N2	20 (18,3)	73,3%	40%	38%		
	N3a	13 (11,9)	63,6%	36,4%	27,3%		
	N3b	1 (0,9)	0%	-	-		
LNR	LNR1	83 (76)	90,1%	68,9%	62,2%	23,13	< 0,001
	LNR2	26 (24)	43,8%	18,8%	12,5%		
	LODDS0	78 (71,5)	89,9%	69,5%	62,6%		
	LODDS1	10 (9,1)	66,7%	33,3%	16,7%		
LODDS	LODDS2	7 (6,4)	33,3%	0%	-	0,395	< 0,001
	LODDS3	4 (3,6)	-	-	-		
	LODDS4	13 (12)	50%	30%	25%		



Conclusiones: En nuestra serie, el sistema LNR se demostró como el mejor sistema de estadificación ganglionar cuando se compara con el pN o LODDS en los casos con linfadenectomías insuficientes, que conforman el 41,2% de los pacientes estudiados. Por ello consideramos que puede ser una alternativa reproducible y fiable al tradicional sistema de clasificación.