



## P-004 - EL TUMOR NORMAL INTERFACE ES NUEVO FACTOR PRONÓSTICO DE LA SUPERVIVENCIA Y RECURRENCIA EN PACIENTES RESECADOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL PERO NO DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA A LA QT NEOADYUVANTE

V. Borrego-Estella<sup>1</sup>, A. Serrablo<sup>1</sup>, I. Molinos-Arruebo<sup>1</sup>, S. Saudi-Moro<sup>2</sup>, G. Inaraja-Pérez<sup>1</sup>, L. Ligorred-Padilla<sup>1</sup>, I. Talal-El Abur<sup>1</sup> y C. Hörndler-Argarate<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital General San Jorge, Huesca.

### Resumen

**Objetivos:** Las pruebas radiológicas preoperatorias tras QT-neoadyuvante sobreestiman la respuesta a la QT en las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) por lo que la viabilidad tumoral real vendría determinada por el examen histológico. Por este motivo, la respuesta histopatológica a la QT se ha propuesto como uno de los factores pronósticos más importantes. La mayoría de las células tumorales residuales se localizan en la interfase (TNI) entre la MH y el parénquima sano. Nuestra hipótesis es que existe correlación entre la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) en aquellos paciente resecados por MHCCR tras QT neoadyuvante en función del TNI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo clínico-histológico a partir de una base de datos completada de forma prospectiva de 150 pacientes consecutivos sometidos a resección hepática con intención curativa (183 RH) por MHCCR sincrónicas/metacrónicas en hospital de tercer nivel y en equipo multidisciplinar (seguimiento mínimo de 24 meses). Dividimos la muestra en dos cohortes en función de si recibieron QT-neoadyuvante (n = 74, 49,3%) o no (n = 76, 50,7%) para evaluar comparativamente la respuesta histopatológica a la QT. Codificación de 94 variables: datos filiación, datos CCR, datos diagnóstico-resección MH, datos afectación-extrahepática, datos seguimiento-recurrencia, datos histopatológicos-inmunoquímicos. El patólogo desconocía los hallazgos clínicos-radiológicos y realizó cortes de 4 mm en la muestra, fijación en formol-parafina, tinción con hematoxilina-eosina midiendo el máximo espesor tumoral de forma perpendicular a la MH. Se realizó un análisis univariante/multivariante-regresión-Cox mediante programa SPSS™-15.0 considerando p-valor < 0,05 como estadísticamente significativo. Las variables categóricas-cualitativas se compararon por un test- $\chi^2$  y las continuas con un test-t-Student para detectar diferencias entre los dos grupos. Las complicaciones postoperatorias (incluyendo mortalidad) se definieron a 90 días según la clasificación Clavien-Dindo 2004-2009. Realizamos curvas de SG y SLE a 1-3-5 Kaplan-Meier de la serie global y por factores pronósticos comparadas por log rank-test tras la primera hepatectomía.

**Resultados:** Los pacientes que recibieron QT-neoadyuvante fueron más jóvenes (p = 0,020), mayor invasión ganglionar tras resección del CCR-primario (p = 0,002), estadio CCR más avanzado (p =

0,001), más MH sincrónicas ( $p < 0,001$ ) y con enfermedad-extrahepática ( $p < 0,001$ ) y mayor número de hepatectomías mayores ( $p = 0,002$ ). El 88,2% presentaban un TNI  $\geq 0,5$  mm (84,7% en el grupo de neoadyuvancia vs 91,7% en no-neoadyuvancia) y el 11,2% presentaban TNI  $< 0,5$  mm (15,3% en el grupo de neoadyuvancia vs 8,3% en de no-neoadyuvancia) ( $p = 0,197$ ). Este hallazgo puede reflejar un retraso en el efecto de la QT sistémica en tumores indetectables ya que un porcentaje significativo (72,4%) en el grupo de no-QT-neoadyuvante completó la QT-adyuvante tras la resección del tumor primario. Las tasas de SG-SLE en el grupo con TNI  $> 0,5$  mm (84,7% paciente con neoadyuvancia) y el grupo con TNI  $< 0,5$  mm (15,3% pacientes con neoadyuvancia) fueron 81,8% vs 47,1% ( $p = 0,036$ ), 58,4% vs 25,3% ( $p = 0,014$ ). La mediana de seguimiento de SG y de SLE fue 43,8 y 35,6 meses. El bajo número de pacientes de nuestra serie ha impedido realizar un análisis multivariante.

**Conclusiones:** El espesor tumoral medido en el TNI es potencialmente un nuevo factor pronóstico de la supervivencia y recurrencia en pacientes resecados por MHCCR pero no permite determinar la respuesta a la QT-neoadyuvante.