



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-007 - ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO Y SU INFLUENCIA PRONÓSTICA: ¿SON REALMENTE ÓPTIMOS LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ACTUALMENTE VIGENTES?

Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Palomo López, Irina; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Evaluar la eficacia como factor pronóstico del ratio nodal (LNR) medido en terciles frente al sistema TNM (7ª edición) en pacientes sometidos a cirugía curativa por cáncer esofágico (CE).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes sometidos a esofagectomía subtotal con plastia gástrica y anastomosis cervical por CE, entre Enero 2003- Enero 2017. Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica en el estudio anatomopatológico y fallecidos en el posoperatorio inmediato. La linfadenectomía se consideró insuficiente cuando el número de ganglios linfáticos (GL) resecados fue < 16 . Los sistemas de estadificación ganglionar comparados fueron el LNR y el pN-TNM 7ª edición. El primero consiste en la razón entre el número de GL afectados y el total de GL resecados, con los resultados, los pacientes se clasificaron en 4 grupos (terciles): LNR0 = 0; LNR1 $0 < \leq 0,33$; LNR2 $0,33 < \# 0,66$. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes; las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test de Kaplan-Meier y *log-rank* para comparar supervivencia entre grupos. La capacidad predictiva de ambos sistemas se calculó mediante curva ROC. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: 59 pacientes fueron incluidos en el estudio: 53 (89,8%) varones y 6 (10,2%) mujeres, con una mediana de edad de 63 (57,72) años. Se realizó linfadenectomía mediastínica estándar en 22 (37,3%) pacientes y extendida al territorio paratraqueal izquierdo en 4 (6,4%) casos. A nivel abdominal se realizó linfadenectomía D1 ampliada en 23 pacientes (39%). La linfadenectomía fue insuficiente en 39 (70,9%) pacientes, y adecuada (> 29 GL) en tan solo 2 (3,4%) casos. El análisis de supervivencia libre de enfermedad (SLE) y supervivencia global (SG) para los distintos sistemas de estadificación viene expresado en las tablas. Según las curvas ROC, el AUC para la SLE fue de 0,714 y 0,718 para LNR y pN-TNM respectivamente ($p = 0,007$) (fig.). En los casos de linfadenectomías insuficientes los dos sistemas se consideraron válidos como predictores pronósticos para cada categoría: LNR (*log-rank* 10,556 y $p = 0,05$) y pN-TNM (*log-rank* 11,670 y $p = 0,009$). Respecto a la SG, tanto el LNR como el pN-TNM no mostraron una capacidad predictiva óptima en las curvas ROC, con un AUC de 592 y 574 respectivamente ($p = 0,247$). Para el subgrupo de pacientes con linfadenectomías subóptimas ambos mostraron una tendencia a la significación: LNR (*log-rank* 5,361; $p = 0,069$) y pN-TNM (*log-rank* 7,553; $p = 0,056$).

Variable	n (%)	SLE 1 ^{er} año	SLE 3 ^{er} año	SLE 5 ^o año	Log-rank	p
pN	N0	33 (60)	80,20%	55,90%	16,713	0,001
	N1	12 (21,8)	75%	46,90%		
	N2	6 (10,9)	16,70%	16,70%		
	N3	4 (7,3)	25%	0		
LNR	LNR1	44 (84,6)	75,80%	49,80%	17,152	< 0,001
	LNR2	3 (5,8)	33,30%	33,30%		
	LNR3	5 (9,6)	0%			
Variable	n (%)	SG 1 ^{er} año	SG 3 ^{er} año	SG 5 ^o año	Log-rank	p
pN	N0	34 (57,6)	80,90%	71,20%	12,061	0,007
	N1	13 (22,0)	76,90%	61,50%		
	N2	7 (11,9)	80%	20%		
	N3	5 (8,5)	50%	0		
LNR	LNR1	45 (84,9)	80,80%	68,50%	9,693	< 0,008
	LNR2	3 (5,7)	66,70%	33,30%		
	LNR3	5 (9,4)	60%	20%		

Conclusiones: En nuestra cohorte, la afectación ganglionar determinada tanto por el sistema TNM como por el LNR medido en terciles se ha mostrado como factor pronóstico para la estimación de la SLE, incluso en el caso de linfadenectomías subóptimas, no ocurriendo lo mismo para la estimación de la SG.