



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-115 - ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

Muñoz López-Peláez, Vicente<sup>1</sup>; Pérez Aguirre, María Elia<sup>2</sup>; Díez Valladares, Luis Ignacio<sup>2</sup>; Sánchez Pernaute, Andrés<sup>2</sup>; Torres García, Antonio José<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Valdepeñas, Valdepeñas (Ciudad Real); <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo principal es analizar la supervivencia global de una serie de pacientes intervenidos mediante duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por adenocarcinoma ductal de páncreas (ADP) en un periodo de 10 años. El objetivo secundario es analizar la supervivencia en función del estudio anatomopatológico, la reseabilidad del TAC, el estadio oncológico, los bordes de resección, la afectación ganglionar, la aparición de metástasis y la terapia adyuvante.

**Métodos:** Se presenta un estudio retrospectivo de una base de datos creada prospectivamente en la que se analizan pacientes intervenidos mediante DPC por ADP reseable desde 2007 a 2017 seguidos hasta la actualidad. La base de datos y el análisis estadístico han sido realizados con SPSS 20. La supervivencia se analiza con el estadístico Kaplan Meier. Se considera resultado estadísticamente significativo una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Fueron intervenidos 74 pacientes con una edad media fue 71 años, el 55% mujeres. La supervivencia global media fue de 31 meses (ES 4, IC 22-39) y la mediana de 20 (ES 2, IC 14-25). La supervivencia al año de la cirugía fue del 62% de los pacientes, a 3 años 25% y a 5 años 13%. Se realizó TAC como prueba de imagen en el 90% de los pacientes, 65% fueron reseables y 35% borderline, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia. Tras la resección, el estadio más frecuente fue T3 el 59% seguido de T2 el 33%. Los pacientes con tumores T1 y T2 presentaron mayor supervivencia que el resto (24 vs 15 meses),  $p = 0,03$ . El 63% presentó afectación ganglionar con una supervivencia de 15 meses vs 21,  $p > 0,05$ . Quimioterapia adyuvante se dio al 78% de los pacientes con una supervivencia de 21 vs 12 meses,  $p > 0,05$ . Radioterapia postoperatoria se aplicó al 36%, encontrando diferencias significativas (12 meses vs 25),  $p = 0,04$ . Durante el seguimiento presentaron metástasis hepáticas 32% con una mediana de supervivencia de 14 meses frente a 21 meses,  $p = 0,03$ . No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia tras la aparición de metástasis peritoneales o pulmonares ni en recidivas locales. La aplicación del protocolo LEEDS en el procesado de muestras se realizó en el 69%, el 78% de ellos presentó bordes de resección R1 ( $< 1$  mm), pero no se encontraron diferencias en la supervivencia con los R0. Tampoco hubo diferencias en la presencia de invasión perineural y vascular, ni en la afectación de ganglios linfáticos infiltrados (15 meses vs 21).

**Conclusiones:** El ADP es el tumor del área periampular de peor pronóstico incluso en pacientes reseables, con una mediana de supervivencia de 20 meses tras la cirugía en nuestra serie. Los

pacientes con tumores T1 y T2 al diagnóstico y el tratamiento con radioterapia presentan mayor supervivencia. Por el contrario, los que presentan metástasis hepáticas en el seguimiento la disminuyen. La afectación ganglionar, la quimioterapia adyuvante y la afectación del margen de resección no ha demostrado diferencias en la supervivencia en nuestro estudio.