



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-104 - NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DE LA VÍA BILIAR EN EUROPA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO (ESTUDIO EUR-IPNB)

Lluís, Nuria¹; Achalandabaso, Mar²; Charco, Ramon²; Lesurtel, Mickaël³; Serradilla-Martín, Mario⁴; Ramia, José Manuel⁵, en representación Grupo EUR-IPNB

¹Miami Cancer Institute, Miami; ²Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; ³Beaujon Hospital, París; ⁴Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; ⁵Hospital General Universitario, Alicante.

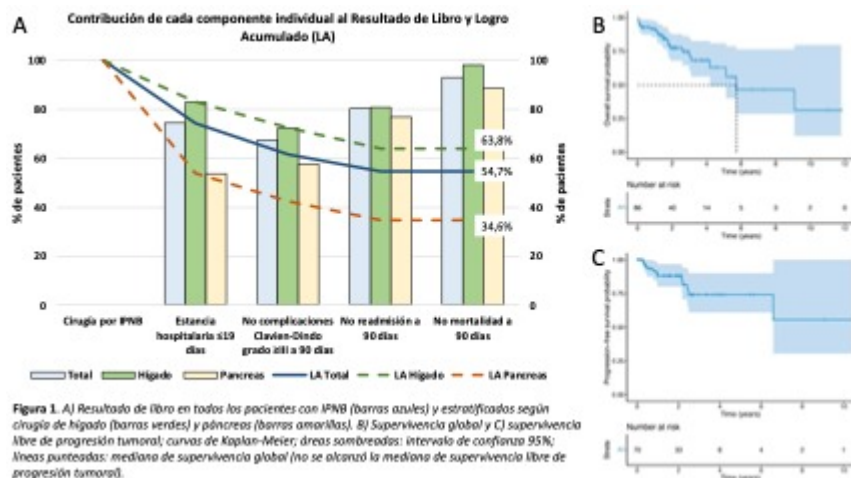
Resumen

Introducción y objetivos: Como enfermedad rara, hay pocos pacientes con neoplasia papilar intraductal de vía biliar (IPNB) en países occidentales. El objetivo principal fue caracterizar la estrategia de manejo actual y resultados en Europa. Los objetivos secundarios fueron cuantificar el resultado de libro (RL) posquirúrgico e identificar los factores asociados a supervivencia.

Métodos: Serie retrospectiva de pacientes con IPNB intervenidos quirúrgicamente entre 1 enero de 2010 y 31 diciembre de 2020 en centros representados por miembros de la *European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association (E-AHPBA)*. Los datos anonimizados se recopilaron y administraron mediante REDCap. El RL se definió como la ausencia de: estancia hospitalaria prolongada (percentil 75), complicaciones grado \geq III de Clavien-Dindo a 90 días, reingreso a 90 días, y mortalidad a 90 días. En ausencia de todos estos componentes, se consideró que el paciente había experimentado un RL. Se utilizó el coeficiente *kappa* para medir la concordancia diagnóstica entre observadores. Se utilizó análisis de regresión logística multivariable para determinar si había asociación entre las características demográficas y clínicas de los pacientes, o las características patológicas de los tumores y el logro de RL. Para identificar factores pronósticos asociados a supervivencia, las variables que fueron significativas a nivel 0,10 en el análisis univariable se incluyeron en una regresión de riesgos proporcionales de Cox multivariable.

Resultados: Un total de 29 centros aportaron 86 pacientes con IPNB. La mediana de edad fue 66 años (55-72), 48,8% fueron mujeres, 86% caucásicos. Se realizó abordaje abierto en 73 pacientes (84,9%), laparoscópico en 13 (15,1%). La concordancia entre Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica en cuanto a ubicación tumoral fue casi perfecta (*kappa* 0,88); hubo concordancia sustancial entre Radiodiagnóstico y Anatomía Patológica en cuanto a multiplicidad tumoral (*kappa* 0,80), y entre Cirugía y Anatomía Patológica con respecto a la presencia de mucina intraluminal (*kappa* 0,61). Se logró RL en 54,7% de pacientes; alcanzó 63,8% después de resección hepática y 34,6% después de resección pancreática (fig. A). El análisis multivariable mostró que la resección del páncreas (OR 0,29; IC95% 0,10-0,78; $p = 0,02$) fue un factor predictivo independiente de peor logro de RL. La mediana de supervivencia global fue 5,72 años, la supervivencia global a 5 años 63% (IC95%: 49-81) (fig. B). La supervivencia libre de progresión tumoral a 5 años fue 74% (IC95% 61-90) (Fig. 1C). El análisis de regresión multivariable de Cox mostró que la etnia distinta de la

caucásica (HR 7,79; IC95% 1,60-37,99; p = 0,01), puntuación de comorbilidad de Charlson > 4 (HR 3,94; IC95% 1,30-11,95; p = 0,02), no alcanzar RL (HR 5,13; IC95% 1,35-19,51; p = 0,02) y el hallazgo de múltiples tumores (HR 3,33; IC95% 1,06 10,47; p = 0,04) fueron factores pronóstico independientes de peor supervivencia global.



Conclusiones: Los pacientes con resección hepática por IPNB tuvieron más probabilidad de lograr un RL que aquellos que requirieron una resección pancreática. El origen étnico, la comorbilidad y la multiplicidad tumoral fueron factores pronósticos independientes de supervivencia global.