



O-005 - R1 EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS. QUÉ OFRECE EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

M.I. García Domingo, E. Cugat Andorrà, E. Herrero Fonollosa, J. Camps Lasa, H. Vargas Pierola y A. Salas Caudevilla

Hospital Universitario de Mutua de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción: La existencia de un margen positivo tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por adenocarcinoma de páncreas se considera un factor de mal pronóstico que condiciona el tratamiento posterior. El uso de protocolos histopatológicos estandarizados (PHE) en la evaluación de los márgenes de resección puede mejorar la estadificación respecto al R1.

Objetivos: Evaluar el impacto en la determinación de márgenes R1 tras la implementación de un protocolo estandarizado histopatológico en adenocarcinoma de páncreas tratado mediante DPC.

Métodos: Se compara la aplicación prospectiva de un PHE para determinar la existencia de márgenes positivos en 17 pacientes afectos de adenocarcinoma de cabeza de páncreas tratados con DPC (grupo PHE) con la serie retrospectiva (NoPHE = 94 pacientes). El PHE consistió en la identificación mediante la tinción con diferentes colores de los distintos márgenes de resección (pancreático, retroportal o vascular y retroperitoneal). Así mismo se efectuó el corte axial de la pieza con cortes cada 3 mm, incluyendo toda la tumoración. Se definió R1 la presencia de células tumorales a una distancia ≤ 1 mm del margen de resección.

Resultados: Desde mayo del 2000 se han practicado en nuestro centro 160 DPC de las que 111 fueron adenocarcinomas de páncreas. A partir de mayo del 2012 se instauró un PHE en la evaluación de los márgenes de resección que se aplicó a 22 piezas de DPC de las cuales 17 pertenecían a pacientes con adenocarcinoma pancreático. La comparación entre ambos grupos no reveló diferencias en la distribución por sexos: PHE (12 hombres y 5 mujeres) y NoPHE (55 hombres y 39 mujeres); edad media PHE $67,8 \pm 8,4$ y NoPHE $64,3 \pm 9,9$ años, ni tamaño tumoral PHE $3,3 \pm 2,6$ y NoPHE $2,8 \pm 1,2$ cm. Se detectaron diferencias en el número total de ganglios obtenidos PHE $21,3 \pm 7,7$ y NoPHE $14,2 \pm 8,8$, $p = 0,001$, pero no en el número de ganglios positivos PE $1,2 \pm 1,2$ vs NoPHE $1,6 \pm 2$. También se detectaron diferencias significativas en la afectación del margen vascular PHE 5 de 12 vs NoPHE 5 de 89 pacientes, $p = 0,007$ así como en la ratio de pacientes con tratamiento adyuvante PHE 11 de 17 vs NoPHE 41 de 94 pacientes, $p = 0,001$ y radioterapia PHE 6 de 17 vs NoPHE 11 de 94 pacientes, $p = 0,002$. La implementación del PHE determinó un mayor porcentaje de resecciones R1: 29,4% (5/17 pacientes) en el grupo PHE respecto al 13,8% (13/94 pacientes) en el grupo NoPHE. La supervivencia a los 21 meses del grupo PHE fue del 50% y la del grupo NoPHE del 54% y a los 5 años del 16%.

Conclusiones: El examen histopatológico estandarizado de las piezas de pancreatomectomías cefálicas por adenocarcinoma de páncreas influye en el diagnóstico de la afectación del margen de resección así como en la identificación en el número de ganglios. Estos resultados son a su vez determinantes en la selección de pacientes candidatos a tratamiento adyuvante. El uso de un protocolo estandarizado histopatológico es la base para generar datos comparables entre centros.