



P-269 - RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE CABEZA DE PÁNCREAS EXOCRINO

Muñoz López-Peláez, Vicente; González Soares, Sara; Sánchez del Pueblo, Cristina; García Botella, Alejandra; Pérez Aguirre, Elia; Díez Valladares, Luis; Torres García, Antonio

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: El cáncer de páncreas exocrino está aumentando su prevalencia en nuestra sociedad. La supervivencia mediana en cáncer de páncreas metastásico es aproximadamente de unos 6 meses. La cirugía continúa siendo la única opción terapéutica potencialmente curativa.

Objetivos: Analizar la experiencia en el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de cabeza de páncreas en nuestro centro.

Métodos: En la última década se han intervenido en nuestro Hospital 73 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de cabeza de páncreas, con una edad media de 70 años (47-86) y con una distribución por sexos de 32 varones y 41 mujer. En todos los pacientes se realizó duodenopancreatectomía cefálica con linfadenectomía regional. En 7 (9,6%) pacientes fue precisa la resección vascular. Se hizo un estudio de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier y se compararon los posibles factores pronóstico mediante el test de log rank.

Resultados: La mortalidad postoperatoria fue del 5,5% (4 pacientes) y la morbilidad según la clasificación de Clavien fue mayoritariamente I (54,8%) y II (24%), siendo el porcentaje de fístula portoperatoria del 15,1% (11 pacientes), al igual que el del retraso del vaciamiento gástrico (15,1%). En 47 (64,4%) pacientes la resección fue R1 según el estudio histológico. La invasión perineural estuvo presente en 46 pacientes (63%) y la invasión vascular en 22 pacientes (30,1%). La mayor parte de los pacientes presentaban un tamaño tumoral T3 (60,3%) y ganglios positivos (65,8%). La supervivencia global de la serie fue del 10% a los diez años y la supervivencia libre de enfermedad del 15%. Tuvieron peor pronóstico, aunque sin significación estadística, los tumores con tamaño más avanzado T ($p = 0,07$); no hubo diferencias en función de la positividad de los ganglios, la invasión perineural o vascular, ni de la afectación de los bordes de resección.

Conclusiones: Si bien el único tratamiento adecuado para el adenocarcinoma de páncreas se basa en la resección quirúrgica, los pobres resultados alcanzados a largo plazo hacen necesario implementar tratamientos adyuvantes a la cirugía con el fin de mejorar la supervivencia.