



## O-206 - NUEVOS FACTORES PRONÓSTICOS EN EL COLANGIOCARCINOMA DISTAL. ¿ES EL NÚMERO DE GANGLIOS LINFÁTICOS MÁS IMPORTANTE QUE EL ESTADIO N?

*Pérez Xaus, Marc; Ielpo, Benedetto; Guerrero Ortiz, María Alejandra; Sánchez Velázquez, Patricia; Burdío Pinilla, Fernando; Grande Posa, Luis; Pera Román, Miguel*

*Hospital del Mar, Barcelona.*

### Resumen

**Objetivos:** El colangiocarcinoma distal es una neoplasia periampular asociada a una baja supervivencia global. La cirugía es uno de los pilares fundamentales en su tratamiento, siendo la técnica de elección la duodenopancreatectomía cefálica. El objetivo de este estudio es investigar el impacto de los nuevos factores pronósticos, incluyendo la ratio de ganglios linfáticos positivos/ganglios totales (RGL) al pronóstico de esta enfermedad en los pacientes intervenidos, junto con los factores más convencionales como el sistema de estadiaje TNM.

**Métodos:** Realizamos un estudio multicéntrico, retrospectivo desde enero de 2015 a diciembre de 2019, incluyendo todos los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica por colangiocarcinoma distal en 3 hospitales distintos (Hospital del Mar, Barcelona; Hospital de la Princesa, Madrid; y Singapore General Hospital, Singapur). Se utilizó un análisis bivalente para identificar los predictores de baja supervivencia. Las variables significativas fueron introducidas en un modelo multivariante que evaluó la supervivencia global, supervivencia libre de recidiva, recurrencia precoz (definida como la recurrencia dentro de los primeros 12 meses tras la duodenopancreatectomía cefálica), la recurrencia local y a distancia. Los scores pronósticos estudiados fueron la RGL, la ratio plaqueta-linfocito, la ratio neutrófilo-linfocito y el índice de inflamación sistémica.

**Resultados:** El estudio incluyó 132 pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica. En el análisis bivalente los factores asociados a una baja supervivencia global fueron el estadio T ( $p = 0,001$ ), el estadio N ( $p = 0,001$ ), la RGL ( $p < 0,001$ ), el grado histológico ( $p < 0,001$ ), la invasión microvascular ( $p = 0,003$ ) y los márgenes quirúrgicos positivos R1 ( $p = 0,007$ ). No fueron estadísticamente significativos la ratio plaqueta-linfocito, la ratio neutrófilo-linfocito ni el índice de inflamación sistémica. El punto de corte de la RGL asociado a mayor sensibilidad y especificidad fue el 15% (RGL15) con un área bajo la curva de 0,720. En el análisis multivariante, el estadio T, la RGL15 y los márgenes R1 resultaron predictores independientes de baja supervivencia libre de recidiva ( $p = 0,022$ ,  $p = 0,006$  y  $p = 0,004$  respectivamente) y de baja supervivencia global ( $p = 0,013$ ,  $p = 0,004$  y  $p = 0,002$ ). Además, el RGL15, el grado histológico y los márgenes R1 fueron predictores independientes para la recurrencia precoz ( $p = 0,019$ ,  $p < 0,001$  y  $p = 0,007$ ), y RGL15 y márgenes R1 de la recurrencia local ( $p = 0,001$  y  $p = 0,013$ ) y a distancia ( $p = 0,012$  y  $p = 0,007$ ).

**Conclusiones:** El RGL 15, a diferencia del estadio N, es un predictor independiente de supervivencia global, de supervivencia libre de recidiva, de recurrencia temprana, de recurrencia local y a distancia, junto con los márgenes quirúrgicos positivos R1.