



## O-094 - INFLUENCIA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO EN LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER DE PÁNCREAS

García Domingo, M<sup>a</sup> Isabel; Cugat Andorrà, Esteban; Camps Lasa, Judith; Herrero Fonollosa, Eric; Pardo Aranda, Fernando; Rada Palomino, Aranzazu; Rodríguez Campos, Aurora

Hospital Universitari Mutua Terrassa.

### Resumen

**Introducción:** Los márgenes positivos tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por adenocarcinoma de páncreas es un factor de mal pronóstico que condiciona el tratamiento adyuvante posterior. Protocolos histopatológicos estandarizados (PHE) en la evaluación de los márgenes de resección pueden mejorar la estadificación.

**Objetivos:** Comparar el impacto de un PHE prospectivo respecto al estudio histopatológico convencional de piezas de DPC de adenocarcinoma de páncreas. Se analizarán: márgenes R1, tratamiento adyuvante, número de recidivas y supervivencia.

**Métodos:** Desde mayo 2004 se han practicado 233 DPC, 170 por patología maligna, incluyendo 135 adenocarcinomas ductales. En mayo del 2012 se instauró un PHE en la evaluación de los márgenes de resección de las piezas de DPC. Se compara la aplicación prospectiva de un PHE en la determinación de márgenes positivos en 41 pacientes afectos adenocarcinoma ductal (grupo PHE) respecto a la serie retrospectiva (NoPHE = 94 pacientes). El PHE consistió en 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 cada 3 mm, incluyendo toda la tumoración. Se definió R1 la presencia de células tumorales a una distancia  $\leq 1$  mm del margen de resección.

**Resultados:** La comparación entre ambos grupos no reveló diferencias significativas en la distribución por sexos: PHE (27 hombres y 14 mujeres) y NoPHE (54 hombres y 40 mujeres); edad media PHE  $67,2 \pm 8,6$  y NoPHE  $64,2 \pm 10$  años, ni tamaño tumoral PHE  $2,8 \pm 1,9$  y NoPHE  $2,9 \pm 1,3$  cm. Se detectaron diferencias en el número total de ganglios obtenidos PHE  $21,4 \pm 7,6$  y NoPHE  $14 \pm 8,9$ ,  $p < 0,001$ , pero no en el número de ganglios positivos PHE  $1,8 \pm 2,4$  vs NoPHE  $1,5 \pm 2$ . Se determinó un mayor porcentaje de resecciones R1: 31,7% (13/41 pacientes) en el grupo PHE respecto al 12,8% (12/94 pacientes) del grupo NoPHE  $p = 0,011$  a expensas de margen vascular afecto PHE 9 de 41 vs NoPHE 5 de 94 pacientes,  $p = 0,006$ . La ratio de pacientes con tratamiento adyuvante fue mayor en PHE 31/41 vs NoPHE 52/94 pacientes,  $p = 0,017$  y con radioterapia PHE 18/41 vs NoPHE 18/94 pacientes,  $p < 0,01$ . Así mismo se ha observado un patrón de recidiva significativamente diferente en el grupo PHE con menos recidiva local PHE: 7 recidivas a distancia/3 local y 2 casos local+a distancia vs 21 a distancia/21 locales y 11 casos de local+ a distancia en el

grupo NoPHE,  $p = 0,024$ . No hay diferencias en la comparación de las curvas de supervivencia de ambos grupos.

**Conclusiones:** El PHE de las piezas de DPC incrementa el diagnóstico de márgenes afectos así como en el número de ganglios. Ello a su vez selecciona un mayor número de pacientes candidatos a tratamiento con radioterapia postoperatoria. Se sugiere que el cambio de patrón de recidiva puede ser debido al mayor número de pacientes tratados con radioterapia gracias a la mejor estadificación aunque sin variaciones en cuanto a la supervivencia.