



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 21-25 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

O-116 - ESTUDIO HISTOLÓGICO EXHAUSTIVO ESTANDARIZADO EN LAS PIEZAS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA POR CÁNCER PERIAMPULAR. LA CORRECTA ESTADIFICACIÓN R1 PERMITE SELECCIONAR MÁS PACIENTES PARA TRATAMIENTO ADYUVANTE Y OBTENER MAYOR SUPERVIVENCIA

D. Fernández Luengas, M.A. Vaquero Pérez, R. Fernández Sánchez, I. Pascual Miguelañez, S. Salinas Moreno y J.S. Torres Jiménez

Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Resumen

Objetivos: La consecución de márgenes R0 en tumores periampulares constituye el objetivo fundamental del tratamiento quirúrgico, y el principal factor pronóstico de supervivencia tras la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). Sin embargo, hasta la fecha, no se ha impuesto un protocolo estandarizado para el análisis histológico de las piezas de DPC, y los porcentajes de R1 varían desde el 15% en análisis no estandarizados hasta el 85% en análisis exhaustivos protocolizados. Desde la primera publicación de un protocolo de análisis histológico exhaustivo en las piezas de DPC en 2006, cada vez se da más importancia a la frecuencia real de afectación R1, su valor en la selección de pacientes para tratamiento adyuvante, y su implicación en el establecimiento de pronósticos de supervivencia. Se analizan los resultados de la implementación de un protocolo de estudio histológico exhaustivo estandarizado de las piezas de DPC por tumores periampulares, y se propone su uso en todas las unidades de cirugía HBP.

Métodos: Se estudian 26 piezas de pacientes con tumores periampulares, según los estándares del Royal College of Pathologists, entre enero 2009 y abril de 2013. En primer lugar se tiñen los márgenes de la pieza con tinta de distintos colores para el borde de transección pancreática, margen circunferencial anterior, posterior y medial. Se realizan cortes secuenciales axiales de la cabeza pancreática en un plano perpendicular al eje longitudinal del duodeno. Se emite un informe estandarizado que incluye 13 variables. Se recoge la información en una base de datos prospectiva.

Resultados: Se presentan los resultados obtenidos, con fotografías explicativas del campo quirúrgico tras la resección y del proceso de análisis histológico, y se presentan gráficas de estudio comparativo entre afectación de márgenes y tratamiento adyuvante, recidiva local y supervivencia. Se han analizado 20 adenocarcinomas de páncreas, 4 ampulomas y 2 adenocarcinomas biliares. Mortalidad operatoria 3,8% (1 paciente). Resección venosa portal en 19,2% (5 casos) y resección de cava 3,8% (1 caso). Se ha obtenido un 57,7% de afectación R1 (tumor a < 1 mm). El margen más frecuentemente afecto es el circunferencial posterior, 38,4%. Afectación ganglionar 61,5%, media de 22 ganglios examinados. En los R1 se realizó tratamiento adyuvante en un 86,6%: RT-QT adyuvante en 53,3% y QT sola 33,3%. En los R0, se realizó tratamiento adyuvante en el 45,5%: 40,9% QT sola y 9,1% RT-QT. Recidiva a distancia 46,1% (45,5% de los R0 y 46,6% de los R1) y recidiva local 8% (2 casos R1). 16 (61,5%) de los pacientes siguen vivos, 12 libres de enfermedad, entre 1 y 54 meses tras la cirugía, 9 R1 y 6 R0.

Conclusiones: El aumento en el porcentaje de pacientes R1 tras DPC no es sinónimo de mala técnica quirúrgica, si no de análisis histológico exhaustivo. La correcta estadificación de los márgenes de resección permite seleccionar más pacientes para tratamiento adyuvante, y obtener mayores tasas de supervivencia. Permite además obtener resultados fácilmente comparables entre distintos centros. Se propone la implementación de protocolos de examen histológico exhaustivo estandarizado en todas las unidades de cirugía HBP.