



O-166 - DPC POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS (ADC): FACTORES PRONÓSTICOS Y SUPERVIVENCIA. ¿QUÉ APORTA EL ABORDAJE DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR (AMS) FRENTE AL ABORDAJE CLÁSICO (AC)?

J. Herrera, P. Sánchez, C. Zazpe, A. Tarifa, A. Viudez y J.M. Lera

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: En la DPC AC la ligadura de las ramas arteriales de la AMS se realiza como paso final de la extirpación de la pieza. El abordaje posterior de la AMS como primer gesto de la intervención tiene una serie de ventajas teóricas: valora su infiltración antes de realizar maniobras irreversibles, detecta y permite preservar arterias hepáticas accesorias, disminuye la congestión venosa de la pieza y permite una ampliación del margen retroperitoneal y la extensión de la linfadenectomía.

Objetivos: estudiar los factores pronósticos predictivos de la supervivencia global (SPV) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) entre los dos grupos estudiados.

Diseño: estudio prospectivo observacional de comparación de cohortes.

Métodos: En abril del 2008 comenzamos a utilizar la técnica del abordaje de la AMS en pacientes con tumores invasivos, y hasta abril de 2013 hemos realizado 141 DPC, de las que 59 fueron por ADC de páncreas y en 56 se realizó AMS. Este grupo se comparó con los 47 casos consecutivos de ADC intervenidos mediante AC anteriores al abril de 2008. Las variables estudiadas son: demográficas, tamaño, N+, grado de diferenciación, nº de ganglios extirpados, nº ganglios +, ratio ganglionar (+/extirpados), clasificación R de la cirugía, SLE y SPV. La recogida de los datos ha sido prospectiva y el análisis retrospectivo. Se han utilizado para la estadística el SPSS 16 para el estudio univariable (chi-cuadrado), multivariante (Cox), SPV Kaplan-Meier (logrank test). Resultados AMS/AC: Edad media: 67 (39-83)/66,8 (47-83); varón/mujer: (31/25)/(28/19); tamaño: 2,7/2,67 (ns); N+: 71%/59% (ns); grado: 2,3/2,1 (ns); nº ganglios extirpados: 23/7,85 (p = 0,001); ganglios +: 2,32/1,7 (ns); ratio +/-extirpados 0,10/0,19 (p = 0,04); R1: 38%/32% (ns). SLE estimada (12 meses%: (90/85); 24 meses%: 78/54; 36 meses%: 59/30) mediana estimada meses: 13/16 (p = 0,89). SPV estimada (12 meses%: (86/76); 24 meses%: 73/52; 36 meses%: 47/26) mediana estimada meses: 32/25 (p = 0,51). Estudio univariable Chi-cuadrado: N+ (0,002); R (0,000); ratio (0,003), ns = grupo AMS/AC y tamaño. El estudio multivariante de Cox demostró como predictores de supervivencia (SPV): ratio ganglios +/-extirpados: (p = 0,025) (HR: 5,45 (1,4-20,7)); R: (p = 0,000) (HR: 3,7 (1,9-7,3)).

Conclusiones: Los factores predictivos de SPV en el análisis multivariante son el ratio ganglionar y la clasificación R. El abordaje de la AMS consigue una mayor linfadenectomía y un ratio ganglionar menor que el AC aunque, a pesar de esto, no mejora significativamente la SLE y SPV. La R no es comparable por diferentes métodos de clasificación anatomopatológica utilizados en ambos grupos. Con un mayor

seguimiento y una clasificación R estandarizada es posible que podamos valorar mejor el posible beneficio del abordaje de la AMS.