CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):13

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-013 - RESULTADOS PRELIMINARES DE LA CIRUGÍA EN LA NEOPLASIA DE PÁNCREAS 'BORDERLINE RESECTABLE'

Fabregat, Juan; Busquets, Juli; Peláez, Núria; Secanella, Lluís; Laquente, Berta; Verdaguer, Helena; Martínez Carnicero, Laura; Serrano, Teresa

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: Recientemente se ha definido un subgrupo de pacientes dentro del adenocarcinoma de páncreas llamado “borderline resectable” (ADKP-BR).

Métodos: Durante el período 2010-2014 incluimos pacientes afectados de ADKP-BR según criterios MDAnderson, en un protocolo de neoadyuvancia y cirugía. Todos fueron estatificados en nuestro centro mediante tomografía computarizada (TCMD) y valorados por un equipo multidisciplinar, indicándose drenaje biliar y obtención de citología. El tratamiento con quimioterapia se basaba en gencitabina y oxaliplatino cada 2 semanas (GEMOX). En 6 de ellos se añadió erlotinib en el contexto de un ensayo clínico. A continuación, se realizaba una TCMD para descartar progresión de la enfermedad, y la administración durante 5 semanas de 5-FU infusión y radioterapia concomitante. Los pacientes incluidos en el ensayo clínico recibieron gencitabina dos veces por semana y erlotinib, durante el tratamiento con radioterapia. Por último, se realizaba una nueva TCMD, y resección quirúrgica en caso de ausencia de progresión. Estadística: se realizó un estudio descriptivo de la serie, y se dividió la serie en grupo cirugía (GC) y grupo progresión (GP).

Resultados: Registramos 22 pacientes durante el período de estudio, 11 finalizaron el tratamiento y fueron intervenidos; en 9 se practicó duodenopancreatectomía cefálica, en 1 pancreatectomía corporocaudal y en 1 duodenopancreatectomía total. La resección vascular, fue necesaria en 7 pacientes: en 5 se realizó resección venosa, en 1 se realizó resección venosa y del tronco celíaco; y en 1 se realizó resección de tronco celíaco y anastomosis arterial. El tiempo operatorio fue de 488 minutos (360-650). No se registró mortalidad postoperatoria, 7 (63%) tuvieron alguna complicación, y 4 de ellos tuvieron que ser reintervenidos para realizar hemostasia lesión arterial, gastrectomía total, hemostasia de sutura gástrica, y una laparotomía exploradora. La estancia hospitalaria postoperatoria mediana de 14 días (7-75). El estudio patológico evidenció respuesta completa (ypT0) en 3 casos (27%), y márgenes microscópicos libres (R0) en 7 (63%). Al cierre del estudio (01/02/2015), 4 pacientes siguen vivos, y 18 fueron exitus, con una mediana de supervivencia de 14 meses (IC95% = 9,29-18,7). La supervivencia actuarial mediana del GC fue estadísticamente superior al GP (30 (IC95% 14,4-46,3) vs 10 (IC95% 7,8-13,9) meses, $p < 0,0001$).

Conclusiones: El tratamiento neoadyuvante del ADKP-BR nos permite seleccionar un grupo de pacientes en el que la resección consigue una supervivencia significativamente superior al grupo en

el que se observa progresión durante la neoadyuvancia. La resección pancreática postneoadyuvancia requiere de resecciones vasculares en la mayoría de casos.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados