



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-209 - FACTORES PRONÓSTICOS DE RECAÍDA Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

Eguaras Córdoba, Inés; Sánchez Acedo, Pablo; Tarifa, Antonio; Zazpe Ripa, Cruz; Herrera Cabezón, Javier; Fernández-Velilla, Beatriz; Mateo Retuerta, Janire; Hernando Sanz, Ana

Hospital de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** El adenocarcinoma ductal (ADC) de páncreas es una neoplasia maligna, únicamente el 20% de los pacientes diagnosticados pueden ser resecados, siendo su supervivencia global (SPVG) a 5 años del 20% aproximadamente. Como factores pronósticos (FP) relacionados de recaída y de mortalidad se han descrito el margen de resección, el número de ganglios positivos, el tamaño del tumor, y el ratio ganglionar (RG) como factores más relevantes.

**Objetivos:** Analizar los FP relacionados con la recaída y la supervivencia a 5 años, valorar las diferencias existentes entre dos tipos de abordaje quirúrgico de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) (abordaje clásico (AC) y abordaje inicial de la arteria mesentérica (AMS)). Comparar la supervivencia entre pacientes intervenidos con diagnóstico ADC de páncreas mediante el AC y aquellos intervenidos con AMS.

**Métodos:** Estudio prospectivo que incluye a 129 pacientes con diagnóstico de ADC de páncreas, intervenidos entre 1994 y 2016 de DPC. De ellos 59 con AC y 70 con AMS.

**Resultados:** El seguimiento medio de la serie fue de 31,5 meses. Mediana del intervalo libre de recaída de 18 meses y la mediana de SPVG de 23,9 meses. La supervivencia a 1 año fue de 66,9%, 35,3% a 3 años y 25,6% a 5 años. Los FP relacionados con la recaída fueron: la estadificación T3 o superior (RR: 6,7 (1,9; 23,4)), las resecciones R1 (RR: 3,7 (1,9; 10,9)) y la presencia de ganglios positivos (RR: 2,5 (1,15; 5,5)). La edad, el número de ganglios afectados, el RG, el tipo de abordaje (AC o AMS), y el tratamiento adyuvante previo son factores pronósticos que no se han asociado de forma significativa con la recaída. Los FP relacionados con la SPVG fueron: el RG (RR: 16,6 (1,3; 68,2)): la estadificación T3 o superior (RR: 5,9 (1,53; 22,8)), las resecciones R1 (RR: 5,4 (1,8; 15,6)) y la presencia de ganglios positivos (RR: 3,12 (1,5; 6,7)). Los factores mencionados anteriormente no se asociaron de forma significativa con la SPVG. No hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos AC y AMS en cuanto a la supervivencia específica (SPVE) (p: 0,961). Siendo en el grupo AC la mediana de SPVE 24,4 meses, con una supervivencia a 1 año de 44%, 37,6% a 3 años y 31,8% a 5 años. En el grupo AMS la mediana de SPVE fue de 32,87 meses, con una supervivencia a 1 año de 66,7%, 41,2% a 3 años y 30,8% a 5 años. En cuanto a la comparación entre el grupo con AC y el grupo AMS. Ambos grupos difieren en la estadificación T, siendo más frecuente un estadio más avanzado en pacientes del grupo AMS (> T3 88,5%) frente al AC (> T3 76,6%). Así como, el número de ganglios aislados (Nº ganglios: 23,9 AMS; 7,95 AC). El ratio ganglionar (RG: 0,09 AMS; 0,16 AC) es menor en el grupo de AMS.

**Conclusiones:** El factor pronóstico más importante en la mortalidad es el RG en nuestra serie. El abordaje inicial de la arteria mesentérica superior facilita la extirpación total del mesopáncreas, permitiendo aislar un número mayor de ganglios y obtener un RG menor. A pesar de ello, no hemos demostrado aumento de la SPVG con este abordaje.