



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos
Fundada en 1904 por D. Juan V. García

Volumen 97, Especial Congreso 2, Noviembre 2019

XIII Reunión Nacional de Cirugía
del 4 al 6 de noviembre de 2019



www.elsevier.es/cirugia

P-047 - FACTORES PRONÓSTICOS Y PATRÓN DE RECURRENCIA TRAS RESECCIÓN CURATIVA DE COLANGIOCARCINOMAS EXTRAHEPÁTICOS

Jaén Torrejimenó, Isabel; Ramón Rodríguez, Julen; López Guerra, Diego; García Gómez, Begoña; Bonilla Sera, José Miguel; Rojas Holguín, Adela; Blanco Fernández, Gerardo

Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz.

Resumen

Objetivos: Los colangiocarcinomas extrahepáticos son clasificados como perihiliares (pCCA) o distales (dCCA) basados en la localización tumoral. Los pCCA suponen un reto quirúrgico debido a la proximidad a vasos vitales y la dificultad de conseguir márgenes adecuados. Por el contrario, los dCCA pueden ser tratados con una duodenopancreatectomía cefálica y resección del conducto biliar. El 45% de los casos presentan enfermedad a distancia al diagnóstico. La resección quirúrgica completa supone el único tratamiento curativo de estos tumores. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las diferencias pronósticas y los patrones de recidiva entre estos tumores.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por colangiocarcinoma extrahepático en nuestro servicio.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes con colangiocarcinoma extrahepático. Se realizó cirugía con intención curativa en 59 (71,7%) y en el resto solo derivación biliar o toma de biopsias por enfermedad localmente avanzada o a distancia. 33 eran dCCA y 26 pCCA. De estos pacientes 27 (45,8%) son varones, con una edad media de 65,55 años (40,04-80,56). Se realizaron 31 duodenopancreatectomías cefálicas (52,5%), 18 resección vía biliar con hepatectomía derecha o izquierda (30,5%) y 10 (16,9%) resección vía biliar solo. Se llevó a cabo una resección vascular para completar la resección del tumor en el 10,6% de los casos. 39 pacientes (66,1%) presentaron complicaciones en el postoperatorio (Clavien-Dindo II 59% y IIIa-b 25,6%). La mortalidad postoperatoria a 30 días fue del 11,4% y a 90 días 15,9%. La tasa de resección R0 fue mayor en los dCCA que en los pCCA (97% frente a 61,5%, $p = 0,006$). Los pacientes con pCCA eran en la mayoría de los casos bien diferenciados en comparación con los dCCA (57,7% frente a 24%, $p = 0,011$). La categoría N fue menor en los pCCA que en los dCCA (23,6% frente a 58,1%, $p = 0,09$). Se observaron diferencias en cuanto a la supervivencia global (SG) entre los pCCA y los dCCA, a 1 año (47,6% frente a 73,9%) y 3 años (9,5% frente a 30,4%) respectivamente, ($p = 0,012$) respectivamente. La tasa de recidiva fue de 53,8% pCCA y 54,5% dCCA ($p = 0,961$), no se observaron diferencias en cuanto al patrón de recidiva entre ambos tipos de tumores, la mayoría presentaron enfermedad a distancia (30,8% frente a 44,4%) durante el seguimiento. En el análisis univariante, se observó que la presencia de invasión vasculo-linfática y el sexo varón eran factores pronósticos de SG y supervivencia libre de enfermedad, no confirmándose posteriormente en el análisis multivariante. No se observaron diferencias en cuanto al tipo de resección R0/R1, la presencia de metástasis ganglionar o el grado de diferenciación del tumor.

Conclusiones: En nuestra serie la supervivencia global a 1 y 3 años de los pacientes con dCCA es superior a aquellos con pCCA. El patrón de recaída más frecuente fue en forma de metástasis a distancia. A diferencia de otros estudios, no hemos encontrado influencia del estado ganglionar, la resección R0/R1 o la invasión vasculolinfática en la supervivencia en nuestra serie. Es necesario un estudio con mayor muestra para confirmar estos hallazgos.