



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-111 - NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE PÁNCREAS ESTADIO VERY EARLY AL DIAGNÓSTICO (T1-T2). REPERCUSIÓN EN SG Y SLE

Morote González, Melanie; Castro Catalán, Beatriz; Ballón Bordo, Mónica; Cebolla Rojas, Laura; Morales Taboada, Álvaro

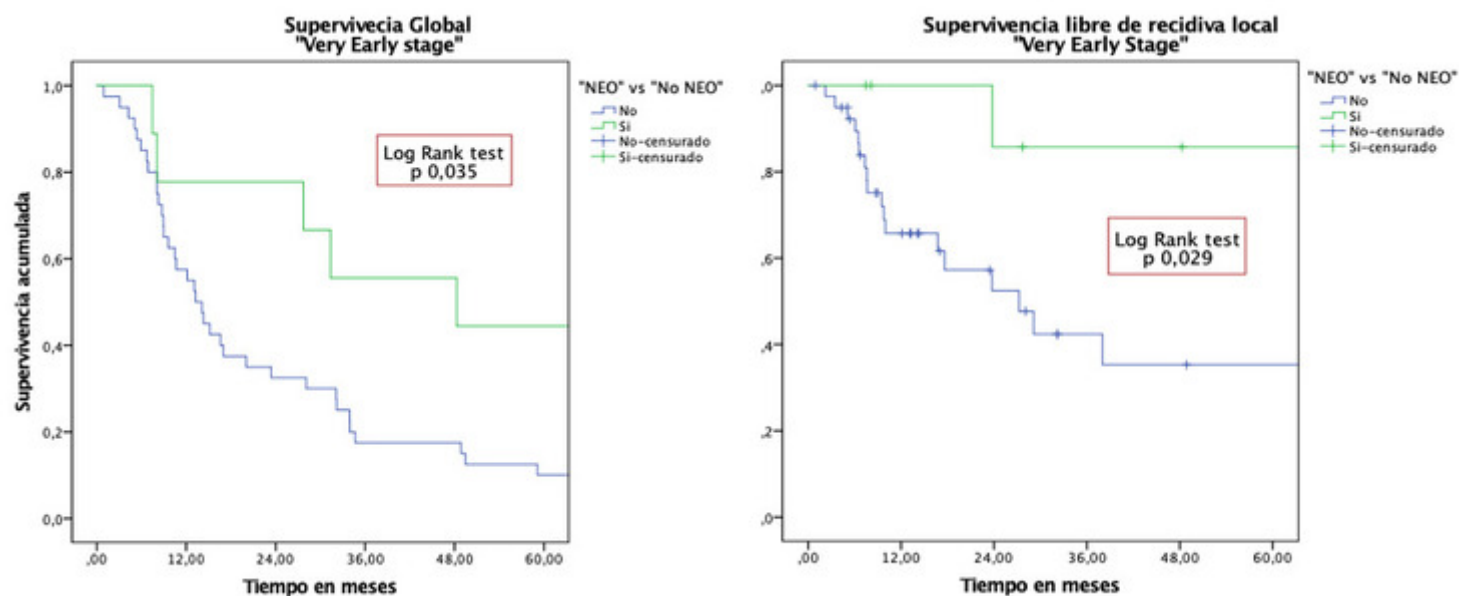
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El ADC de páncreas es la tercera causa de muerte por cáncer en la actualidad, y se prevé que en los próximos años sea la segunda. Tiene una SG a los 5 años menor al 10%, sin embargo, en pacientes con tumores resecables aumenta hasta casi el 20%. A pesar de que el tratamiento actual del cáncer de páncreas resecable es quirúrgico de inicio, según las guías clínicas de la NCCN, pacientes con criterios de resecabilidad podrían tratarse con neoadyuvancia si cumplen con factores de mal pronóstico. Actualmente hay estudios que demuestran un aumento en la SG y SLE tras neoadyuvancia en pacientes resecables. Sin embargo, pocos estudios se han interesado en su impacto en relación a la respuesta patológica completa (RPC) y su repercusión en SG en pacientes con cáncer de páncreas muy precoz (*very early*: T1-T2 al diagnóstico). El objetivo principal de este estudio es evaluar el impacto de la neoadyuvancia en la respuesta patológica completa en pacientes con cáncer de páncreas muy precoz (*very early*: T1-T2 al diagnóstico).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, sobre base de datos de registro prospectivo. Se incluyen 49 pacientes con cáncer de páncreas muy precoz, se agrupan en Grupo Neo (QT + RT neoadyv + cirugía ± QT ady) formado por 9 pacientes, y Grupo No Neo (cirugía ± QT ady) formado por 40 pacientes. Criterios de exclusión fueron pacientes con estadio mayor, localmente avanzado o metastásico. La tasa de resección R0, la presencia de ganglios negativos, la respuesta patológica completa y la supervivencia se analizaron en ambos grupos.

Resultados: No se encontraron diferencias demográficas estadísticamente significativas entre ambos grupos, ni tampoco en características bioquímicas o anatómicas del tumor. No se encontraron diferencias en la morbilidad peri y posoperatoria. El 100% de los pacientes del Grupo Neo fue tratado con RIO, en contraste con el 5% del Grupo No Neo (p 0,01). Tras la cirugía se observa un 35% de R1 en el Grupo No Neo, comparado con un 100% de R0 en el Grupo Neo (p 0,05). En el estudio patológico tumoral se observa un *downstaging* a pT0 en el 44,4% en el Grupo Neo vs. un 11,1% en Grupo No Neo, y en el Grupo No Neo un ascenso del 62,5% a pT3 y pT4 (p 0,009). La SG en el Grupo Neo fue de 48,3 meses, versus 13,3 meses en el Grupo No Neo (*log rank* p 0,035), con una reducción del 57% en la tasa de mortalidad en el Grupo Neo O (HR: 0,43, IC95% [0,19-0,96] p 0,04).



Conclusiones: Por tanto podemos concluir que si vamos más allá en la neoadyuvancia y realizamos un análisis de su efecto en un grupo más selecto de pacientes con estadios muy precoces (estadio I), observamos resultados oncológicos prometedores no estudiados a día de hoy. Sin embargo son necesarios estudios multicéntricos o ensayos clínicos destinados a estudiar esta diferencia para poder extrapolar los resultados a mayor escala.