



P-227 - EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE MEJORA LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS RESECABLE Y BORDERLINE RESECABLE. UN METANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Aliseda, Daniel; Martí-Cruchaga, Pablo; Zozaya, Gabriel; Blanco, Nuria; Sabatella, Lucas; Uriz, Adriana; Pardo, Fernando; Rotellar, Fernando

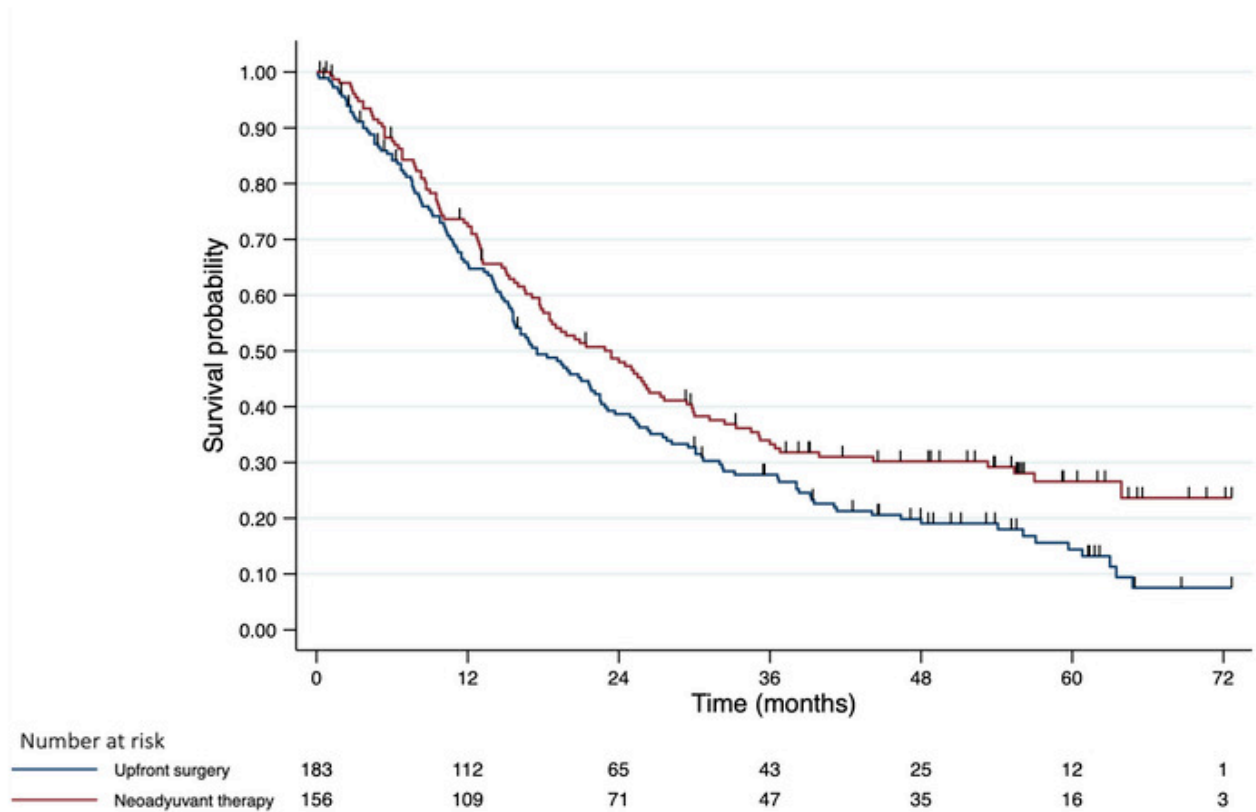
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Resumen

Objetivos: El tratamiento neoadyuvante (NAT) en pacientes con adenocarcinoma ductal pancreático (PDAC) se ha asociado con mejores tasas de resección R0, ganglios linfáticos negativos y una reducción de la recurrencia local. Sin embargo, el beneficio de la NAT sobre la supervivencia global (SG) a largo plazo en pacientes con PDAC *borderline* resecable (BR) y especialmente resecable (R), así como el protocolo de NAT más eficaz (quimioterapia (CMT) sola, radioterapia (RDT) o una combinación de ambas) sigue siendo controvertido. Nuestro objetivo es comparar la SG a largo plazo en pacientes con PDAC en función de si recibieron NAT o cirugía inicial.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de las bases de datos PubMed, MEDLINE y Web of Science. La búsqueda incluyó RCTs publicados hasta el 18 de diciembre de 2022 que comparaban la SG en pacientes con R-PDAC y BR tras NAT frente a cirugía inicial. Con los datos de supervivencia reconstruidos a partir de las curvas de Kaplan-Meier, se realizó un metanálisis basado en modelos de riesgos proporcionales de Cox estratificados y de fragilidad compartida y un metanálisis Bayesiano para comparar la SG entre la NAT y la cirugía inicial por separado en pacientes con BR- y R-PDAC.

Resultados: Se incluyeron 7 RCTs con 1,016 pacientes (507 NAT frente a 509 cirugía inicial). En los pacientes con R-PDAC, la NAT mostró una reducción del 29,3% en la tasa de riesgo de muerte (IC95%: 0,548 a 0,912; $p = 0,0071$) y se asoció con una SG superior a 5 años del 26,6% [IC95%: 19,3 a 34,5] frente al 14,4% [IC95%: 9,0 a 21,1] en el brazo de cirugía inicial. En el grupo de BR-PDAC, los pacientes que recibieron NAT tuvieron una SG a 5 años superior (23,4% frente a 16,2%) y un menor riesgo de muerte (HR: 0,675 [IC95%: 0,561 a 0,812]; $p < 0,0001$) en comparación con los pacientes sometidos a cirugía inicial. Además, en las pacientes con BR-PDAC, la RDT neoadyuvante o la combinación de RDT + CMT duplicó el riesgo de muerte en comparación con la CMT sola (HR: 2,112 [IC95%: 1,607 a 2,777]; $p < 0,0001$). Por otro lado, la CMT sola se asoció con un 47,7% menos de riesgo de muerte en comparación con la cirugía inicial (IC del 95%: 0,417 a 0,656); $p < 0,0001$).



Conclusiones: En pacientes con PDAC-R, la NAT parece mejorar la SG a largo plazo y reducir el riesgo de muerte, lo que la hace beneficiosa en comparación con la cirugía inicial. En pacientes con BR-PDAC, la CMT sola neoadyuvante parece ser más beneficiosa que la RDT o la quimiorradiación, ya que se asocia con mejores resultados de SG y un menor riesgo de muerte.